KOGNİTİF ve DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

III KDTD

KOGNİTİF VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

3. ULUSAL KONGRESİ

"ZOR VAKALAR YENİ YAKLAŞIMLAR„

14 - 17 KASIM 2013

HARBİYE ASKERİ MÜZE VE KÜLTÜR SİTESİ

İSTANBUL

www.kdtdkongreleri.org

ÖZET KİTABI

İÇİNDEKİLER

DAVET YAZISI 3
DAVETLİ KONUŞMACILAR 6
PANELLER 30
UZMANLA BULUŞMA TOPLANTILARI 97
ÇALIŞMA GRUPLARI 102
SÖZEL BİLDİRİLER 121
POSTER BİLDİRİLER 126

DAVET YAZISI

Değerli Meslektaşlarımız,

1995 yılında kurduğumuz Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği (KDTD), 1996 yılında Avrupa Davranış ve Kognitif Terapiler Derneği (EABCT) ile bütünleşmiş ve 2001 yılında 31. EABCT Kongresi'ni İstanbul'da da düzenlemiştir. KDTD, 2000 yılında yine İstanbul'da "Uluslararası I. Cinsel İşlev Bozuklukları Konvansiyonu"nun düzenlenmesi görevini üstlenerek, cinsel işlev bozuklukları alanında ülkemizdeki ilk uluslararası kongrenin gerçekleşmesini de sağlamıştır. 2001 yılında düzenlenen EABCT kongresinden tam 10 yıl sonra, 2011 yılında, bir dünya kongresi niteliği taşıyan, 7. Uluslar arası Kognitif Psikoterapiler Kongresi'nin düzenlenmesi onur ve görevi de derneğimiz tarafından başarıyla tamamlanmıştır. Bu kongreye 60'ı aşkın ülkeden 1.100 kişi katılmış ve bizleri son derece mutlu eden anlamlı ve olumlu geri bildirimler vermişlerdir. 28 - 30 Eylül 2007 tarihleri arasında düzenlenen KDTD 1. Ulusal Kongresi ve 6 - 8 Kasım 2011 tarihlerinde düzenlenen KDTD 2. Ulusal Kongresi'nin ardından, ülkemizde ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin alanımıza giderek artanilgisinin doğal bir sonucu olarak gelenekselleştirdiğimiz KDTD 3. Ulusal Kongresi'ni 14 - 17 Kasım 2013 tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştireceğiz. Düzenlediğimiz her bir kongrenin bir öncekinden daha nitelikli olması temel hedefimiz olacaktır. Bu kongrelerin, bilgi - beceri güncellenmesi doğrultusundaki gereksinimleri de karşılamasını istiyor ve umuyoruz. Bu amaçla, kongremizde bir çok meslektaşımızın merak ettiği 3. Dalga KDT yaklaşımlarına da yer vereceğiz. Kongremizde, depresyon, anksiyete bozuklukları, bilgisayar destekli terapiler, kişilik bozuklukları, şizofreni alanlarındaki güncel bilgi ve beceri aktarımı çeşitli konferans ve çalışma grupları aracılığıyla konunun otoriteleri olan değerli konuklarımız tarafından yapılacaktır. Cinsel terapiler konusunda ABD'nin ileri gelen klinisyen ve araştırmacılardan biri olan Robert Segraves tarafından iyi ve etik uygulamalar çerçevesinde yapılacak olan cinsel tedaviler çalışma grubundan, cinsel işlev bozuklukları ile ilgilenen meslektaşlarımızın yararlanacağını umuyoruz.

Kongrenin ilk günü, kendi alanlarının en başarılı isimleri arasından seçilen konuk meslektaşlarımızın yürüteceği tam gün süren çalışma gruplarına ayrılmıştır.Daha sonraki üç günde ise yarım gün süren çalışma grupları, paneller, uzmanla buluşma saatleri ve konferanslar düzenlenecektir. Dinleyiciler ile etkileşim içinde yürütülecek bu etkinliklerin, Türkiye'nin çeşitli yörelerinden çeşitli zorlukları göze alarak bizlerden uzun soluklu eğitim almaya gelen öğrencilerimiz için yapabileceklerimizin en azı olduğunu düşünüyoruz. Aynı etkinliklerin alana ilgi duyan yeni adaylar içinde oldukça yararlı olacağı görüşündeyiz.

Avrupa KDT Birliği (EABCT) içeriği ve süresi yönünden kendi belirlediği standartlara uygun olarak eğitim almış profesyonelleri akredite etmeye başlamıştır. Bu akreditasyon komitesinin bir üyesi olarak söyleyebilirim ki öğrencilerimizin bir bölümünün Avrupa KDT Birliği'nce onaylanan terapistler listesinde yer alması son bir kaç yıldır derneğimizin en önemli eğitim hedeflerinden biri olmuştur. Bu bağlamda, kongremizin bir amacı da bu hedefe yönelik motivasyonu sıcak tutmak olacaktır. Ayrıca bu kongremizde EABCT standartlarına göre eğitimini tamamlamış ilk grup meslektaşlarımıza sertifikalarını vermekten onur duyacağız. Konuya ilgi duyan tüm meslektaşlarımızı, Psikiyatri / Psikoloji alanında çalışan tüm profesyonelleri bu kongrede görmek ve tanımak istiyor, kongrenin bilimsel düzeyini siz katılımcılar sayesinde artacağının bilinci içinde katılım ve katkılarınızı bekliyoruz.

Sevgi ve saygılarımla,
KDTD Kongre Düzenleme Kurulu adına

Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur

KDTD Başkanı
Avrupa Davranış ve Kognitif Terapiler Birliği (EABCT) Eski Başkanı
Avrupa Davranış ve Kognitif Terapiler Birliği (EABCT) Akreditasyon ve Sertifikasyon Komitesi Üyesi
Avrupa Davranış ve Kognitif Terapiler Birliği (EABCT) "Psikoterapilerde Ortak Dil Kullanımı" Çalışma Birimi Temsilcisi
Uluslararası Kognitif Terapiler Birliği (IACP) Yöne tim Kurulu Üyesi
Kognitif Terapiler Akademisi (ACT) Kur ucu Üyesi, Diplomatı ve Onaylı Süper vizörü
Marmara ÜTF Ps ikiyatri Anabilim Dalı Öğr etim Üyesi

KURULLAR

**Tüm kurullardaki isimler, soyadı sırasına göre düzenlenmiştir.*

Kongre Başkanı
Mehmet Zihni Sungur

Kongre Sekreteri
Gülçin Şenyuva

Ödül Kurulu
Yusuf Sivrioğlu
Mehmet Zihni Sungur
Şükrü Uğuz

Kongre Düzenleme Kurulu
Tamer Aker
Naz Bozok
Defne Eraslan
Berk Murat Ergün
Erhan Ertekin
Mükerrem Güven
Zülfiye Kaya
Gülay Oğuz
Yusuf Sivrioğlu
Mehmet Zihni Sungur
Gülçin Şenyuva
Şükrü Uğuz

Danışma Kurulu
Ercan Abay
Naz Berfu Akbaş
Begüm Akmaniş
Tunç Alkın
Abdurrahman Altındağ
Cumhur Amasyalı
Şenol Anaç
Selçuk Aslan
Murad Atmaca
Deniz Aydın
Elif Onur Aysever
Feyza Bağlan
Ufuk Bal
Gonca Baştuğ
Sedat Batmaz
Feyza Bayraktar
Yasin Bez
Can Cimilli
Uğur Çakır
Ahmet Çetin
İlkten Çetin
Füsun Çuhadaroğlu
Nur Dinçer
Murat Dokur
Emin Dönmez
Onur Durmaz
Engin Eker
Saliha Erdim
Havva Erdoğan
Ayşe Erdoğmuş
Deniz Erkal
Selcen Esenyel
Hayrettin Eyüboğlu
Nurhan Fıstıkçı
Nurperi Garson
Yasemin Görgülü
Azad Günderici
Duru Gündoğar
Anıl Gündüz
Olcay Güner
Aytül Gürbüz Tükel
Sertaç Güven
Şengül Hafızoğlu
Alper Hasanoğlu
Cem İncesu
Aytül Karabekiroğlu
Demet Karaman
Burhanettin Kaya
Arşaluys Kayır
Ali Keyvan
Serdar Kırcı
Ramazan Konkan
Emre Konuk
Meltem Kora
Ümran Korkmazlar
Levent Küey
Nihan Didem Ljohiy
Gökhan Malkoç
Çağdaş Öykü Memiş
Kültegin Ögel
Haluk Özbay
Nihal Özcan
Muhittin Özçelik
Jülide Özdiker
Ozan Pazvantoğlu
Yael Profeta
Elif Saral Mutlu
Osman Seçkin
Haldun Soygür
Levent Sütçigil
Gülbahar Şen
Ömer Şenormancı
Abdülkadir Tabo
Nuray Tanyılmaz
Volkan Topçuoğlu
Karabet Topuzoğlu
Fuat Torun
Sema Tuna
Raşit Tükel
Hakan Türkçapar
Elif Ulubak
Fatma Ülger
Selen Üstüner
Nur Velidedeoğlu Kavuncu
Axel Wurz
Yankı Yazgan
Nesrin Yetkin
Ejder Akgün Yıldırım
Mustafa Yıldız
Mihrimah Yılmaz
Onur Yılmaz
Onat Yılmaz
Fethiye Zalım

KOGNİTİF ve DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

DAVETLİ KONUŞMACILAR

Edward CRAIGHEAD
Emory University, Psikoloji ve Davranış Bilimleri Departmanı, Duygudurum Bozuklukları Birimi Direktörü, USA

Kongre Öncesi Çalışma Grubu

Bipolar Bozukluklarda Kanıta Dayalı Psikososyal Tedaviler
Bu çalışma grubu bipolar bozuklukların psikopatolojisine ilişkin tanı, psikososyal ve ailesel etkenlerin tarif edilmesi ile başlayacaktır. Böylece tüm kanıta dayalı psikososyal müdahalelerin bir parçası olan "psikoeğitim" için gereken temel veriler sunulmuş olacaktır.

Çalışma grubunda önde gelen dört psikososyal müdahalenin modelleri, müdahalelerin ayrıntıları ve uygulanmalarındaki özellikler ve araştırma sonuçları tartışılacaktır. Tartışılacak tedaviler arasında Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Kişiler arası Psikoterapi/Sosyal Ritm Terapisi, Grup Psikoeğitimi Terapisi ve Aile Odaklı Terapi (AOT) yer almaktadır. Bu terapilerin ilaç tedavileri ile entegre edilmelerinin yanı sıra, hangi hasta için hangi terapinin seçileceğine dair kısa bilgiler de verilecektir. Çalışma grubunun ana odağı müdahale ayrıntılarını içerecek biçimde, ikisi de davranışçı ve bilişsel terapi müdahale modellerinden türetilen BDT ve AOT olacaktır.

Çalışma grubunda hem BDT hem AOT müdahale seanslarının ayrıntılarının ve özgül müdahale stratejilerinin sunumunu zenginleştirmek adına klinik olgu verilerine yer verilecektir. Terapilerin müdahale stratejileri erişkin ve ergen bipolar hastalarla yapılan terapi seansları boyunca müdahalelerin akış sırasına göre düzenlenecektir. BDT için yer alan konular: bipolar bozukluklarda özgül davranışsal (sosyal ritmin stabilize olması) ve bilişsel (örn. sağlıklı benlik algısının kaybı); otomatik düşüncelerin ve duyguların belirlenmesi; düşünceler ve şemaların ilişkisi ve sonunda inançların değiştirilmesi üzerinde odaklanma. AOT (Miklowitz'in modeline dayalı) hakkında ise psikoeğitim, iletişimi geliştirme ve sorun çözme becerileri eğitimi başlıklarına yer verilecektir.

Evidence Based Psychosocial Treatments For Bipolar Disorders

This workshop will begin with a description of the diagnoses, psychosocial, and family factors associated with the psychopathology of bipolar disorders. This will provide the background material necessary for the "psychoeducation" component of all evidence based psychosocial interventions.

The workshop will discuss the models, details of the interventions, issues in implementation, and empirical outcome data for the four major psychosocial interventions. The treatments that will be

discussed include: Cognitive Behavior Therapy (CBT), Interpersonal Psychotherapy/Social Rhythm Therapy, Group Psychoeducation Therapy, and Family Focused Therapy (FFT). The integration of these therapies with medication interventions will be discussed, as will the limited information on which therapy for which patient. The primary focus of the workshop, including intervention details, will be CBT and FFT--both therapies derived from behavioral and cognitive therapy intervention models.

The workshop will include clinical case materials to enhance the presentation of the details of the intervention sessions and specific intervention strategies of both CBT and FFT. The intervention strategies of the therapies will be organized according to the flow of the interventions across therapy sessions with adult and adolescent bipolar patients. For CBT, the sections will include: the background and rationale including special behavioral (social rhythm stability) and cognitive (e.g., loss of sense of healthy self) issues associated with bipolar disorders; identification of automatic thoughts and feelings; relationships of thoughts and schema; and focus on ultimately changing beliefs. FFT (based on Miklowitz's model) will include sections entitled : psychoeducation, communication enhancement training, and problem solving skills.

Kongre İçi Çalışma Grubu

Depresyonu ve Distimik Bozukluğu Önlemekte Okul Içinde Uygulanabilecek KDT Yaklaşımları

Sunan: W. Edward Craighead[1] Ortak yazar: Eiríkur Örn Arnarson[2]
[1] J. Rex Fuqua Profesörü, Psikiyatri ve Davranış Bilimleri Anabilim Dalı ve Psikoloji Anabilim Dalı, Emory Üniversitesi, ABD.
[2] Profesör, İzlanda Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Okulu ve Psikiyatri Anabilim Dalı, Landspítali-Üniversite Hastanesi, İzlanda

Çalışma grubunda ergenlerde ilk depresyon epizodunu ve/veya distimiyi önlemeye yönelik tasarlanmış bir programın temel ilkeleri ve yöntemleri üzerinde durulacaktır. Söz konusu koruma programı bazı depresif belirtilerin varlığı ve/veya olumsuz yorumlama stili nedeni ile "risk altında" olarak değerlendirilen 14-15 yaşlarındaki öğrenciler için okul ortamında uygulanmak üzere tasarlanmıştır. Çalışma grubunda müdahale stratejileri tanımlanacak ve sunulacak, ayrıca programın uygulanmasında karşılaşılan ve ele alınan güçlüklere yer verilecektir. ABD'de ve Portekiz'de buna ve ilişkili projelere dair sonuç verileri de kısaca gözden geçirilecektir.

Program duygudurum bozukluklarının ortaya çıkmasına karşı dayanıklılığı güçlendirmeye yönelik bir gelişimsel psikososyal modele dayalıdır. Gelişimsel süreçlere deyinirken kişiler arası, sorun çözme, davranışçı ve bilişsel psikopatoloji modellerini ve müdahalelerini de kapsar.

Grup liderlerinin ve öğrencilerin el kitaplarında benlik saygısını ve iyilik halini güçlendirmek için uyum sağlayıcı başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve böylece bir MDB episodunun ve onunla ilişkili sorunların ortaya çıkmasının önlenmesi üzerinde durulmaktadır. Başka bir deyişle program rasyoneli ve uygulamaları pozitif bir nitelik taşır ve uyuma dönük kişisel gelişimi güçlendirmeye yönelik tasarlanmıştır.

Kaynaklar:

1. Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. Behaviour Research and Therapy, 47 (7), 577-585. (doi:10.1016/j.brat.2009.03.011)

2. Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2011). Prevention of Depression among Icelandic adolescents: A 12-month follow-up. Behaviour Research and Therapy, 49 (2011) 170-174. doi: 10.1016/j.brat.2010.12.008

School - Based CBT Prevention of Depression and Dysthymia

Presenter: W. Edward Craighead[1] Co-Author: Eiríkur Örn Arnarson[2]
[1] J. Rex Fuqua Professor, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences and Department of Psychology, Emory University, U.S.A.
[2] Professor, Faculty of Medicine, School of Helath Sciences, University of Iceland and Department of Psychiatry, Landspitali-University Hospital, Iceland

The workshop will focus on the basic principles and methods of a program designed to prevent the initial episode of depression and/or dysthymia among adolescents. The indicated prevention program is designed for implementation in school settings for 14-15 year-old students assessed to be "at risk" for depression because of the presence of some depressive symptoms and/or a negative attributional style. The workshop will provide a description and presentation of the intervention strategies and the difficulties faced and addressed in the implementation of the program. There will be a brief overview of the outcome data from this project and related projects in the U.S. and Portugal.

The program is based on a developmental psychosocial model of enhancement of resilience to factors associated with the occurrence of mood disorders.It is sensitive to developmental processes, while incorporating principles of interpersonal, problem solving, behavioral, and cognitive models of psychopathology and intervention.

The focus of the group leaders' and students' manuals is on the development of adaptive coping skills to enhance self-esteem and well-being and, thereby, to prevent the development of an episode of MDD and related problems. In other words, the program rationale and procedures have a positive flavor and are designed to enhance adaptive personal development.

References:

3. Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. Behaviour Research and Therapy, 47 (7), 577-585. (doi:10.1016/j.brat.2009.03.011)

4. Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2011). Prevention of Depression among Icelandic adolescents: A 12-month follow-up. Behaviour Research and Therapy, 49 (2011) 170-174. doi: 10.1016/j.brat.2010.12.008

Konferans

Major Depresyon Tedavisinde Kullanılan KDT Uygulamalarında Değişimi Sağlayan Mekanizmalar ve Tedavinin Yordayıcıları

Majör Depresif Bozukluk dünya çapında sık görülen ve işlev kaybına neden olan bir sorundur. Çoğu ülkede nüfusun %17-18'ini etkiler ve toplumsal, ailesel ve tıbbi sorunları artırır. MDB yineleyici ve kronik bir sorundur. MDB hastası olan kişilerde anksiyete, madde kötüye kullanımı, okul ve iş sorunları için riskin artışının yanı sıra, ABD'de toplumdaki intihar oranının yaklaşık 15 katı olan intihar oranı ile intihar riskinde de artış gösterirler.

Son 30 yılın verileri Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) MDB için etkili bir koruma ve tedavi biçimi olduğunu tekrarlayıcı biçimde göstermiştir. Bu konuşmada konuşmacının MDB ilk episodunun önlenmesi ve MDB'de depreşmenin önlenmesine dair araştırmaları ve klinik çalışmaları özetlenecektir.

BDT'nin en iyi antidepresanlar kadar ve diğer etkili psikoterapiler (örn. kişiler arası terapi) kadar etkili olduğu gösterilmiştir. Sunumun bir bölümünde klinik BDT modeli ve uygulamaları kısaca gözden geçirilecektir. Bunu tedavi sonuçlarına dair çalışmaların kısa ve öz bir özeti izleyecektir. Ana odak BDT tedavi sonuçlarının biyo-belirteçlerine dair güncel çalışmalar üzerinde olacaktır. Çeşitli büyük çaplı klinik çalışmaların MDB hastalarının yaklaşık %60'ının bir terapiye ya da antidepresana "yanıt" verdiğini göstermesine rağmen hastaların ancak %30 kadarı tam remisyona erişmektedir. Sunumda hastalar MDB alt tipleri açısından uygun biçimde değerlendirildiğinde ve uygun tedavi ile eşleştirildiklerinde hastaların %60-70'inin tam remisyona ulaştığını düşündüren yeni nörobilim ve klinik çalışmalarımız üzerine odaklanılacaktır.

Predictors and Mechanisms of Change In CBT For Major Depression

Major Depressive Disorder is a prevalent and debilitating worldwide problem. MDD affects 17-18% of the population in most countries, and it increases social, familial, and medical problems. MDD is a recurrent and chronic problem. Individuals who suffer MDD have an increased risk for anxiety, substance abuse, school and work failure and suicide, with a suicide rate in the U.S. of approximately 15 times the population suicide rate.

Data over the past 30 years have demonstrated repeatedly that Cognitive Behavior Therapy (CBT) is an efficacious preventive and treatment regimen for MDD. This talk will summarize the presenter's research and clinical work on prevention of first episode and prevention of relapse of MDD.

CBT has been shown to be as effective as the best antidepressants and the other efficacious psychotherapies (e.g., IPT). This section of the presentation will briefly review the clinical CBT model and procedures. This will be followed by a succinct summary of the treatment outcome studies. The major focus will be on current studies of biomarkers of CBT treatment outcomes. Several large-scale clinical trials have shown that although about 60% of MDD patients "respond" to a single therapy or antidepressant, only about 30% show full remission. The presentation will focus on our neuroscience and clinical trials recent advances suggesting that 60-70% of MDD patients *fully remit* when patients are assessed appropriately for subtypes of MDD and matched to the appropriate treatment.

Maria CEU SALVADOR
Coimbra University, Psikoloji ve Eğitim Bilimleri Fakültesi, Portekiz

Kongre Öncesi Çalışma Grubu

Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuklarda KDT Tekniklerinin Kullanımı

Çocuklarda görülen sıkıntıların pek çoğu, normal gelişim sürecinin bir parçası olup oldukça yaygın ve genellikle geçicidir. Yine de, anksiyete çok yoğun olabilir, öyle ki belirgin psikolojik sıkıntı ve uyumsuzluğu neden olur.

Anksiyete bozuklukları çocukluk ve ergenlikte rastlanan mental bozuklukların en sık şeklidir. Buna rağmen yıkıcı bozukluklar kadar diğerlerini rahatsız edici değildirler ve sıklıkla göz ardı edilirler, anksiyete bozuklukları bu çocukların hayatlarında büyük ıstırap ve zorlanmaya sebep olabilmektedir. Çocukların anksiyetelerinin üstesinden gelmelerine yardım, daha iyi bir yaşam kalitesi için ve erişkin anksiyete bozuklukları ile ilişkili dramatik bireysel ve toplumsal maliyetlerin önlenmesinde katkı sağlayacaktır.

Anksiyete bozukluklarının kognitif modeli, öncelikle, yetişkinler ile ve yaygın bir şekilde yetişkinler ve ergenlerle çalışılarak geliştirilmektedir. Kognitif modelin anksiyeteli çocuklar için uygun olup olmadığı hakkında yapılan çalışmalar; aynı anahtar bileşenlerin söz konusu olduğunu ve aynı çerçeve içinde çalışmanın olanaklı olduğunu göstermektedir.

Böylelikle, bu çalışma grubunun hedefleri aşağıdadır:

1. Anksiyete bozuklukları modelini sunmak
2. Çocuklara bu model uygulanıldığında gelişim özelliklerinin göz önüne alınmasının gerektiğini tartışmak
3. En yaygın anksiyete bozukluklarının kısa bir şekilde sunumunu yapmak
4. Anksiyete bozukluğu olan çocuklarda kullanılan KDT tekniklerini sunmak ve katılımcıların eğitimi:
    a. Davranışçı Teknikler
    b. Kognitif Teknikler
    c. Özel müdahale programları
    d. 3. Dalga Kognitif Teknikler
    e. Yaratıcı Teknikler
    f. Aile ile çalışma

Using CBT Techniques In Children With Anxiety Disorders

Many of the anxieties seen in children are fairly commom and usually transitory, being part of a normal developmental process. However, anxiety can be so intense that it leads to significant psychological distress and maladjustment.

Anxiety disorders are the most frequent type of mental disorder in children and adolescents. Although they are frequently overlooked and not as annoying to others as disruptive disorders, anxiety disorders can cause considerable suffering and interference in the children's lives.

Helping children overcome their anxiety will contribute to a better quality of life and will contribute to the prevention of dramatic personal and community costs associated with adult anxiety disorders.
The cognitive model for anxiety disorders has been developed, primarily, with adults and it has been widely used to work with adults and adolescents. Research on whether the cognitive model holds for anxious children has suggested that the same key components are present and that it is possible to work within this framework.

The aims of this workshop are, therefore, the following:

5. To present the cognitive model for anxiety disorders
6. To discuss developmental characteristics that have to be taken in consideration when applying the model to children
7. To briefly present the most common anxiety disorders
8. To present and train participants in CBT techniques for children with anxiety disorders
    a. Behavioural techniques
    b. Cognitive techniques
    c. Specific intervention programs
    d. 3rd wave cognitive techniques
    e. Creative techniques
    f. Working with the family

Kongre İçi Çalışma Grubu

Gençlik Döneminde Görülen Sosyal Fobi Tedavisinde Özellestirilmiş Grup Tedavisi Uygulamaları

Sosyal anksiyetenin geçici dönemlerine, günlük işlevsellikte gün içinde çok az bir zorlanmaya sebep olur, normal bir gelişimsel yaşantı vardır, buna rağmen çocukların ve gençlerin hayatları boyunca gelişim ve uyumları üzerine belirgin etkileri ile sosyal anksiyete bozukluğu (veya sosyal fobi) sosyal anksiyete continuum'unda patolojik bir noktayı temsil eder.

Akran ilişkileri ve arkadaşlıkların gelişimi aidiyat duygusu, sosyal kabul, arkadaşlık, yakınlık ve özsaygı sağlamaktadır. Böylece, başarılı akran ilişkileri, oldukça olumlu bir yolla, sosyal beceri gelişimi ve yetkinlik hisleri, yetişkin işlevselliği için temel özelliklerine katkıda bulunur. Diğer yandan, akran ilişkilerindeki güçlükler uyum, akademik ve zihinsel sağlık sorunlarının bir göstergesi olabilir. Gençlikte sosyal fobi, sosyal izolasyon ve kaçınma davranışları, sosyal destek ağları ve romantik ilişkiler, sosyal beceri gelişimi için fırsatların kaybına yol açması, duygusal dengelerine katkı sağlayan önemli meselelerden herhangi birinde önemli bir rol oynayabilir.

Bu gerçekler göz önüne alındığında, son günlerde gençlerde en yaygın anksiyete bozukluğu olan sosyal fobinin erken fark edilmesi ve müdahale edilmesi için yoğun bir çaba vardır.

Bu sebepler dizisini izleyen anlayışa ait bilginin yayılması, sosyal fobisi olan gençlerle çalışan (ya da çalışacak olan) profesyoneller arasında değerlendirme ve tedavi edici müdahale sorunları ile baş etmelerinde bu gençlere yardım ve yüksek bir yaşam kalitesine sahip olmaları için önemli olabilir. Bu anlamda, çalışma grubu aşağıdaki amaçlar üzerine kurulmuştur:

1) Sosyal fobiyi, özellikle gençlikteki dışavurumunu tanımlamak
2) İyi bilinen kognitif davranışçı modelleri ve onların tedavi edici etkilerini açıklamak
3) Kapsamlı bir şekilde, sosyal fobili Portekizli gençler için geliştirilen bir protokol olan "Diğerlerinin arasında kendim olmak" programını sunmak

Treating Social Phobia In Adolescents With a Specific Group Program

Although transitory episodes of social anxiety are a normal developmental experience, causing little interference in day to day functioning, social anxiety disorder (or social phobia) represents a pathological point in social anxiety *continuum*, with significant implications in children and adolescents' development and adjustment throughout their lives.

Peer relationships and the development of friendships provide a sense of belonging, social inclusion, companionship, intimacy and self-esteem. Therefore, successful peer relationships contribute, in a fairly positive way, to the development of social skills and feelings of competence, essential features for adult functioning. In the opposite side, difficulties in the relationship with peers may be a predictor

of adaptation, academic and mental health problems. In adolescence, social phobia can play a substantial role in social isolation and avoidant behaviours, leading to the loss of opportunities to develop social skills, social support nets, and romantic relationships, any of these being important issues contributing to their emotional balance. Given these facts, there is nowadays a strong effort to early detection and intervention in social phobia, the most prevalent anxiety disorder in adolescents.

Following this line of reasoning, spreading information regarding comprehension, assessment and therapeutic interventions among professionals that work (or will work) with adolescents with social phobia may be important to help these youngsters to overcome their problems and have a high quality of life. In this sense, this workshop has settled the following goals:

1) To characterize social phobia, particularly its expression during adolescence;
2) To present well known cognitive-behaviour models and their therapeutic implications
3) To present the program "To Be Myself among the Others", a protocol developed for Portuguese adolescents with generalized social phobia.

Konferans

Başarının Bedeli: Okulda Performans Kaygısını Anlamak ve Yönetmek

İyi bir öğrenci olmayı istemek, tek başına, bakıldığında bir sorun değildir. Gerçekten, yeterli bir istek, ve toplumsal olarak ödüllendirilen bir hedeftir. Yine de, baskı ve başarı talebi cidden bir zorlamaya ve klinik olarak belli bir soruna dönüşebilir.

Acımasız standartlar ve yeterliliğin bir imgesini taşımak için güçlü bir istek, olumsuz değerlendirmenin sonuçları ve hata yapma korkusu ile birlikte performans kaygısının belli başlı bileşenleridir. "Ya cevabı bilmezsem ne yaparım?" ya da "Benim aptal olduğumu düşünecekler" gibi düşünceler, sıkıntı ve fizyolojik duyumlarla ilgili kaygı, sınıfta kaçınma davranışları ya da okul reddi öğrencinin performansına ve sınava engel teşkil edebilir.

Araştırmalar, test anksiyetesi ve diğer okul performans durumlarında aşırı anksiyetenin çocuk ve gençlerde görülen en yaygın durumlardan olduğunu (Beidel & Turner, 1988; McDonald, 2001) ve engelleyici bir durum olduğunu(McDonald, 2001; Prins & Hanewald, 1997) teyit etmektedirler.

Bu konferansın amacı, çocuk ve gençlerdeki performans kaygısını ve bunun diğer görünümlerini anlatmak, özel belirtilerin mevcudiyetine ve KDT yaklaşımının önemine dikkat çekmek olacaktır.

The Price of Success: Understanding and Managing Anxiety In School Performance Situations

Wanting to be a good student is not, by itself, considered a problem. It is, in fact, an adequate, desired, and socially rewarded goal. Nevertheless, the pressure and demand for success may turn into a truly interfering and clinically significant problem. A strong desire to convey an image of competence and unrelenting standards, along with the fear of failure and consequent negative evaluation are the main ingredients of performance anxiety. Thoughts like "What if I don't know the answer?" or "They'll think I'm stupid", anxiety and related physiological sensations, and avoidance behaviours in the classroom or school refusal may interfere with the student's performance and grades. Research confirms that test Anxiety and excessive anxiety in other school performance situations are the most prevalent conditions in children and adolescents (Beidel & Turner, 1988; McDonald, 2001) and that it is an interfering condition (McDonald, 2001; Prins & Hanewald, 1997).

The aim of this conference will be to present these and other aspects of performance anxiety in children and adolescents, calling attention to the presence of specific symptoms, and to the importance of a CBT approach.

Robert SEGRAVES
Case Western Reserve University MetroHealth Sağlık Merkezi Psikiyatri Birimi Başkanı, USA

Kongre Öncesi Çalışma Grubu

Cinsel İşlev Bozukluğu Tedavisinde Biyopsikososyal Model

İnsan cinselliği kültürel, kişiler arası, bireysel psikolojik ve biyolojik faktörlerden etkilenir. Modern psikiyatrinin gereği, uygun tedavi yaklaşımları tüm bu değişkenlerin göz önünde bulundurulmasıyla ve biyopsikososyal model çatısı altında olabilir. Bu çalışma grubunda tedaviyle bütünleştirilmiş görüşme, vaka örnekleriyle tartışılacaktır.

Biopsychosocial Model For the Treatment of Sexual Dysfunction

Human sexuality is influenced by cultural, interpersonal, individual psychological and biological factors. Responsible treatment requires consideration of all of these variables and can best be subsumed under the biopsychosocial model which is essential to modern psychiatry. This workshop will discuss an integrated approach to treatment and will be illustrated by case examples.

Kongre İçi Çalışma Grubu

Seks Terapileri: Zor ve Karmasık Vakaların Tedavisi

Her cinsel işlev bozukluğu vakası başlangıcından itibaren karmaşıktır. Cinsel davranış biyolojik, psikolojik, kişiler arası ve kültürel faktörler arasındaki karmaşık ilişkilerin ürünüdür. Cinsel işlev bozukluğunun tedavisi için başvuran bir hasta bu alanlardan birinde veya hepsinde bozukluğa sahip olabilir. Bu nedenle çok boyutlu görüşme sorunun gerçek doğası hakkında, çiftlerle ilgili ve bireylerin cinsel hikayeleri konusunda dikkatli öykü alma temeline dayanır. Zorluklar nadiren tıbbi veya psikiyatrik durumlara bağlı girişimler sonucu oluşur. Birçok olguda etyoloji belirsizdir ve çiftlerin cinsel davranış hakkındaki etkileşim ve bilişleriyle ilgili dikkatli bir araştırma gerektirir. Bu çalışma grubunda özellikle karmaşık vakalarda öykü alma, tutarlı bir hipotez kurma ayrıntılı bir şekilde anlatılacaktır. Sunum olgu örnekleriyle detaylı şeklide ele alınacaktır. Katılımcıların muayeneleri sırasında karşılaştıkları olguları sunmaları sağlanacaktır.

Sex Therapy: Treatment of Complex Cases

All cases of sexual dysfunction are complex when they first present for treatment. Sexual behavior is the product of complex interactions among and between biological, psychological, interpersonal and cultural factors. A patient presenting for treatment of sexual dysfunction may have dysfunction in any or all of those spheres. Thus a multidimensional assessment is necessary to determine the intervention most likely to be successful. This assessment is based on a careful history of the exact nature of the problem and its history in the couple and as well as the sexual histories of the individual members of the relationship. Rarely, the difficulties are secondary to medical or psychiatric conditions with well established interventions. In most cases, the etiology is obscure necessitating a careful examination of the couple's interactions and cognitions concerning sexual behavior. This workshop will detail a logical approach to diagnostic examination and hypothesis generation concerning etiology. The approach will be detailed with case examples. Participants are encouraged to present cases of theirs for consultation.

Konferans

DSM 5 Cinsel İşlev Bozukluğu Tanı Ölçütlerinde Yapılan Değişiklikler

Bu sunumda DSM 5'te cinsel işlev bozukluluklarının tanı ölçütlerinde yapılan değişikliklere ve bu değişikliklerin gerekçelerine odaklanılacaktır. DSM 5'teki başlıca kavramsal değişiklik erkek ve kadın bozukluklarının benzer olmasının gerekmemesidir. Erkek ve kadın bozukluklarının benzer olması gerektiği düşüncesi DSM 3'e ve Masters, Johnson ve Helen Singer Kaplan'ın çalışmalarına dayanır. Bu gereklilik değişen derecelerde daha sonraki DSM'lerde de sürmüştür. Ancak, son dönemlerde yapılan araştırmalar iki cinsiyetin cinsel deneyimler konusunda belirgin bir şekilde değişim gösterebileceğini ortaya koymaktadır. DSM 5'teki bir diğer önemli değişiklik operasyonel kriterlerin ve daha özgül kriterlerin kullanımıdır. Mevcut araştırmalar süre ve şiddet kriterinin tanı eşiklerini belirlemede kullanılabileceğini göstermiştir. Böylece klinik araştırmalarda daha homojen gruplar oluşturulmasına olanak sağlanmaktadır. DSM 5'in içerdiğindeki bir diğer ana değişiklik erken boşalma süre kriterinin tanımlanması ve kadın cinsel istek bozukluklarının genişletilerek öznel cinsel uyarılma bozukluklarının dahil edilmesi olmuştur.

Changes in Criteria Sets for Sexual Dysfunction Diagnoses in DSM 5

This presentation will focus on changes in diagnostic criteria for the sexual dysfunction in DSM 5 and the rationale for these changes. A major conceptual change in DSM5 is that male and female disorders will no longer be required to be analogous. The requirement that male and female disorders be analogous began in DSM III and was based on the work by Masters and Johnson and Helen Singer Kaplan. This requirement was maintained to varying degrees in subsequent versions of the DSM. However, modern research indicates that the two sexes may vary considerably in their experience of sexuality. Other major changes in DSM 5 include use of operational criteria and greater specificity of criteria. Current research indicates that specific duration and severity criteria can be used to specify diagnostic thresholds, thus permitting more homogenous groups for clinical research. Other major changes in DSM 5 include the specification of a duration criteria for premature ejaculation and the expansion of female desire disorders to include disorders of subjective sexual arousal.

Leslie SOKOL
Kognitif Terapiler Akademisi (ACT) Kurucu Üyesi, Başkan Vekili ve Eğitim Direktörü, USA

Kongre Öncesi Çalışma Grubu

Anksiyete Bozukluklarında KDT: Yasantısal Süreçlerin Kullanımı

Bu yaşantısal çalışma grubunda anksiyete bozukluklarının anlaşılması ve tedavisi üzerinde durulacaktır. Etkileşimli egzersizler sayesinde katılımcılar, belirli anksiyete bozukluklarına bilişsel bakış açılarının sıkıntıyı azaltmaya yönelik müdahalelerde nasıl kullanılacağını öğrenebilecektir. Anksiyete bozukluklarını tedavi etmek her bir anksiyete bozukluğu ile ilişkili korkunun özgül içeriğini belirlemeyi ve bu tehlike algılarının doğru biçimde nasıl değerlendirileceğini öğrenmeyi gerektirir. Bu değerlendirmeler hem bilişsel süreçler, hem de davranışsal alıştırma egzersizleri üzerinden gerçekleştirilebilir. Abartılı ve çarpıtılmış tehlike algıları düzeltildikten ve baş etme becerileri artırıldıktan sonra hastalar artık fobik kaçınmaları ile yüzleşmeye hazırdırlar. Katılımcılar hastalarını anksiyetelerini yönetebilmek için gerekli donanıma erişmelerine yarayacak bilgiler ve kanıta dayalı bilişsel ve davranışçı stratejileri kullanmak için pratik stratejiler öğrenecektir.

CBT For Anxiety Disorders: The Experiential Process

This experiential workshop will focus on the conceptualization and treatment of anxiety disorders. Through interactive exercises, participants will learn how to apply the cognitive conceptualization of specific anxiety disorders in the application of interventions to reduce distress. Treating anxiety disorders requires identifying the specific content of fear associated with each individual anxiety disorder and learning how to accurately evaluate those perceptions of danger. Those evaluations can be done through both cognitive processes and behavioral exercises of exposure. Once exaggerated and distorted perceptions of danger are reduced and coping skills are increased, patients are then free to face their phobic avoidance. Participants will gain knowledge and practical strategies to use evidence-based cognitive and behavioral strategies to arm their patients in managing their anxiety.

Kongre İçi Çalışma Grubu

Zor ve Karmasık Vakalarda KDT: Tedavi Engellerini Asmak

Bu çalışma grubu terapistlerin günlük pratiklerinde karşılaşabilecekleri engellere dair yararlı bir rehber sunacaktır. Farklı takılma noktaları gözden geçirilecek ve ardından çeşitli sorunları aşmaya yönelik olarak olgu örnekleri eşliğinde pratik önerilerde bulunulacaktır. Engelleri anlamak ve bunlara yön verebilmek için olgu formülasyonu önerilir. "Tedavisi zor" hastalarla ilgili meseleler, seans yapısının

tesisi, direnç ve umutsuzluk konuları da tartışılacaktır. Terapist ile ilgili etkenler, hastayla ilgili etkenler, bunların etkileşimleri ve hastanın çevresel ortamı ve psikopatolojisi tedavi sonuçlarını

etkiler. Ev ödevlerini tamamlamak bilişsel davranışçı terapide başarı ile korele olduğundan hastalara ev ödevleri konusunda başarılı olmada yardımcı olma konusu da ele alınacaktır. Klinisyenlere terapide karşılaşılan güçlükleri aşmaya yönelik pratik stratejiler sunulacaktır.

Effective CBT For Complex Cases: Overcoming Roadblocks

This workshop will provide a useful map around roadblocks therapists may encounter in everyday practice. Different stumbling block will be reviewed followed by case examples and practical advice on overcoming various problems. Case conceptualization is recommended for understanding and navigating roadblocks. Concerns related to "difficult-to-treat" patients, application of session structure, resistance and hopelessness will also be discussed. Therapist factors, patient factors, their interaction, and the patient's environment and psychopathology all influence treatment outcome. A conversation about helping patients to succeed at homework will take place since homework completion correlates with success in cognitive behavior therapy. Clinicians will be provided with practical strategies to overcome difficulties encountered in therapy.

Konferans

Gençlikte Kendilik Saygısını Olusturma

Günümüzde gençliğin yaygın bir sorunu benlik saygısı düşüklüğüdür. Kendinden kuşku duymak kendine güvenmenin en büyük karşıtıdır. Kuşku, sorununuz yokken olduğunu düşünmenize ya da zorluklarla baş edebilecekken edemeyeceğinize inanmanıza yol açarak kendine güveni zayıflatır. Kendinden kuşku duymak mağlup edilebilir. Kuşkuyu zayıflatmak kendine güven inşa etmenin temel taşıdır. Kendine güven içinizden gelir ve kişisel hedeflere uzanma ve erişme imkanı tanır. Kendine güveni geliştirmek bir süreçtir. Kendine güvenli olmak bir seçimdir. Nasıl düşündüğünün kontrolüne sahip olmak, kendinden kuşku duyma düşüncelerini gerçeğin daha doğru yansımaları ile görebilme olanağı sunar. Güvenle düşünmek gençlere kendine güvenleri ile temas etme ve yaşamın zorlukları ile yüzleşme imkanını tanır.

Building Self-Esteem In Youth

A common developmental problem in our youth today is low self-esteem. Self-doubt is confidence's greatest opponent. Doubt weakens self-confidence by leading you to think you are in trouble when you are not, or think you can't handle things when you can. Self-doubt can be defeated. Weakening doubt is the corner stone in building self-confidence. Self-confidence is comes from within you and allows

one to reach for and obtain their personal goals. Growing your self-confidence is a process. Being confident is a choice. Being in control of how you think allows those self-doubt thoughts to more accurate reflections of reality. Thinking confidently allows the youth of the world to tap into their self-esteem and face life's challenges.

Mehmet Zihni SUNGUR
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği Başkanı, Türkiye

Konferans

Farkındalığı Artırabilmek İçin KDT'nin Sufizm'den Öğrenebilecekleri Var mı?

Sufilik, içinde barındırdığı bilgi birikimi; kendine özgü ilkeleri, özgül amaçları ve tahmin edilebilir sonuçları bağlamında yalnızca mistik bir dini inanış ya da felsefe olmaktan öteye bir bilim alanı olarak da düşünülebilir.

Sufiler insan yaşamının amacını sorgular çünkü yaşam içindeki tüm etkinliklerin arkasında çabalarımıza anlam ve yön veren amaçlar olduğunu bilirler. Amaç yok olduğunda etkilikler de son bulur. O halde insan yaşamının amacı nedir? "Neden varım ya da varız?" Ne var ki bu tür konuların bilimin kapsama alanı dışında kaldığı söylenegelmektedir. Ancak bilimin bu tür sorulara yanıt aramamasının bir bedeli vardır. Psikiyatri "anomi" olarak bilinen "anlamsızlık hastalığı"nın ve bireylerin giderek birbirlerine yabancılaştıklarının farkına varmak durumundadır. Diğer yandan çağdaş bilim kültürü de insanların yalnızca anlam yüklediklerini belirtmekte ve anlamı keşfetmek gibi bir kavrama vurgu yapmamaktadır.

Sufi yaklaşımında nihai hedef anlam olup, anlamlar algıların ürünüdür. Diğer yandan insan yaşamının amacı ve anlamı çoğu kez "sıradan" bir algılama spektrumunun dışında kalmaktadır. Bu spektrumun genişletilerek görme alanının artırılması Sufizmin temel amaçlarından biri olmaktadır. Algı alanının genişlemesi "uyanma", algının kendisi ise "bilgi" olarak adlandırılır.

Bu sunumda öncelikle Sufiliğin bazı temel kavramları ile BDT'nin bazı temel kavramları arasındaki benzerlikler tartışılacak ve "farkındalığı artırabilmek için terapistlerin Sufilikten öğrenebilecekleri var mı?" sorusuna yanıt aranacaktır.

Jesse WRIGHT
University of Louisville, Uofl Depresyon Merkezi Direktörü,USA

Kongre Öncesi Çalışma Grubu

KDT Uygulamalarında Kısa Süreli Seanslarla Yüksek Verim Alma

Hedefler:

1. Kısa süreli seanslarda kullanılabilmesi için standart BDT'de meydana gelen değişimleri tanımlama
2. Kısa BDT seanslarının uygulamalarını, yararlarını ve sınırlılıklarını belirtme
3. Kısa seansların etkisini artırabilecek yöntemleri detaylandırma
4. Anksiyete bozuklukları ve depresyonda kısa BDT seanslarını uygulama

BDT aslında geleneksel olarak 50 dakikalık sürelerde uygulanmak için geliştirilmiştir. Ancak, daha kısa süreli seanslardan yarar görebilecek hastalar için seansları kısaltmada bir çok yöntem kullanılmıştır. Kısa seanslar psikiyatristler, hemşireler ve ilaç yazabilen fakat BDT'yi klinik çalışmalarına eklemek isteyen kişiler tarafından kullanılmaktadır. Ancak, kısa seanslar ilaç yazamayan klinisyenler tarafından kısa klinik görüşmelerde uygun olabilir ya da tercih edilebilir. (Örneğin, psikoz ya da bipolar tedavisinde ya da hastane ortamında)

Bu grup çalışması sizlere kısa seanslara hasta seçimi, takibi, terapinin akışını organize etme ve verimliliği ve öğrenmeyi artırma konusunda bazı yönergeler sağlayacaktır. Kısa süreli seansları hastalar için yararlı hale getirebilecek bazı yöntemler sunulacaktır. Anksiyete ve Duygu durum Bpzukluğu olan hastalarda kısa seansların kullanımı gösterilecek ve uygulanacaktır.

High-Yield CBT For Brief Sessions

Objectives:

5. Describe core modifications of standard CBT for use in brief sessions
6. List applications, indications, and limitations for brief CBT sessions
7. Detail methods for enhancing the impact of brief sessions
8. Practice using brief CBT sessions for anxiety disorders and depressive disorders

CBT was originally developed for use in traditional "50-minute hours." However, methods have been described for reducing the length of sessions for patients who may benefit from a shortened format for therapy. Brief sessions have been used by psychiatrists, nurse practitioners, and others who may prescribe medications and wish to incorporate CBT methods into their clinical work. But, brief

sessions may also be used by non-prescribing clinicians for applications in which an abbreviated clinical contact may be appropriate or preferred (for example in the treatment of psychosis or bipolar disorder, or in hospital settings).

This workshop will provide guidelines for selecting patients for brief sessions, pacing and organizing the flow of treatment, and maximizing efficiency and learning. Specific tools will be suggested for making brief therapy contacts highly useful to patients. Methods will be illustrated and practiced for conducting brief sessions for patients with anxiety and mood disorders.

Kongre İçi Çalışma Grubu

Tedaviye Uyum ve Katılımı Artırmada KDT

Hedefler:

1. Farmakoterapiye uyumu bozan otomatik düşünce ve temel inançları bulmak
2. Farmakoterapiye uyumu bozan davranışsal örüntüleri detaylandırmak
3. Farmakoterapiye uyumu artıracak anahtar BDT yöntemlerini belirlemek
4. Faaliyet planlarını tamamlamada ve onlara uyum sağlamada erteleme ya da diğer engellerle baş edebilmeleri için hastalara hangi yöntemlerin verilebileceğini göstermek

Farmakoterapiye uyum göstermemek, ruhsal hastalıklarda tedaviye cevap alınamamasının temel sebeplerinden birisidir. Uyumsuzluğun temel sebepleri arasında bilişsel ve davranışsal etkenler uyumu artırmada terapötik müdahaleler için iyi birer hedef oluşturmaktadır. Bu çalışma grubu farmakoterapiye uyum sağlanamamasının genel sebeplerini belirtecek ve katılanların uyum problemlerinde BDT'yi kullanabilmeleri için beceri geliştirmelerini sağlayacaktır. 10 adet uyumu artırmaya yönelik yöntem bu çalışmada detaylandırılacaktır.

Farmakoterapiye olan uyumsuzluğa odaklanmanın dışında, erteleme ve diğer görev tamamlama zorluğu olan hastalara yardım edebilecek yöntemler sunulacaktır. Video gösterimleri ve rol oynama egzersizleri uyumu artırmak için katılımcılara BDT yöntemleri sağlayacaktır.

Improving Treatment Adherence with CBT

Objectives:

1. Describe automatic thoughts and core beliefs that may impair adherence to pharmacotherapy.
2. Detail behavioral patterns that may impair adherence to pharmacotherapy.
3. Outline key CBT methods for enhancing adherence to pharmacotherapy.
4. Demonstrate skills in using CBT to help patients with procrastination and other barriers to task completion and adherence to action plans.

Non-adherence to pharmacotherapy is a common reason for lack of response to treatment for mental disorders. Among the major reasons for non-adherence, cognitive and behavioral factors provide an especially useful target for therapeutic interventions to enhance adherence. This workshop outlines common reasons for non-adherence to pharmacotherapy and helps attendees build skills in using CBT for adherence problems. Ten high-yield methods for improving adherence are detailed.

In addition to a focus on pharmacotherapy non-adherence, the workshop demonstrates methods for helping patients with procrastination and other task completion difficulties. Video illustrations and role play exercises provide attendees with examples of CBT strategies for improving adherence.

Konferans

Bilgisayar Destekli KDT Tedavisi: Gelişim ve Fırsatlar

1. Bilgisayar destekli bilişsel davranışçı terapinin gelişimini betimleme (BDBDT)
2. BDBDT için yapılan araştırmalarda alınan temel sonuçları bildirme
3. BDBDT'yi klinik uygulamaya uyarlamak için yöntemleri detaylandırma

Bilgisayar destekli bilişsel davranışçı terapi BDT'nin etkinliğini artırmak, klinisyenlere etkili terapi yapma konusunda yardımcı olmak, becerileri artırabilecek alıştırmalar sağlamak, etkili tedaviye erişimi kolaylaştırmak ve sağlık giderlerini azaltmak için geliştirilmiştir. BDBDT'nin ilk programları sadece bilgisayarlardaki yazılara dayanıyordu. Ancak, yeni programlar multimedia ya da sanal gerçeklik kullanarak öğrenmeyi artırmayı hedefliyorlar. Bazı programlar terapistlerin hastaların takibini yapabileceği ve hastanın daha çok katılımını sağlayabileceği özel modüller içermektedir BDBDT'nin etkililiği bir çok randomize ve kontrollü çalışma tarafından desteklenmiştir. BDBDT ile depresyon tedavisi üzerine yapılan araştırmalar klinisyenlerin terapötik bilgisayar programlarını desteklemeleri ve yönetmelerinin sonuçları olumlu etkilediğini göstermiştir. BDBDT henüz çok

yaygın olmasa da, gelecek için umut vaat etmektedir. Bu konferansta BDBDT'yi klinik uygulamalarında kullanmak isteyen klinisyenler için bazı ipuçları verilecektir.

Computer-Assisted Cognitive-Behavior Therapy: Progress and Opportunities

1. Describe progress in development of computer-assisted cognitive-behavior therapy (CCBT)
2. Outline key findings of research on CCBT
3. Detail methods for integrating CCBT into clinical practice

Computer-assisted cognitive-behavior therapy (CCBT) has been developed to improve the efficiency of CBT, aid clinicians in delivering effective therapy, provide engaging skill building exercises, increase access to effective treatment, and reduce the cost of health care. Early programs for CCBT

primarily relied on text provided on computers. However, newer programs typically employ multimedia or virtual reality to enhance the learning experience. Some programs include specialized modules that therapists can use to track progress and facilitate patient involvement in CCBT. The efficacy of CCBT has been supported by a large number of randomized, controlled trials. Results of research on CCBT for depression suggest that clinician involvement in supporting and guiding the use of therapeutic computer programs has a favorable influence on outcome. Although CCBT has not been widely disseminated, it appears to offer considerable potential for the future. Tips are provided for clinicians who wish to explore the use of CCBT in their clinical practices.

Mauro GALLUCCIO

The European Association for Negotiation and Mediation

Konferans

Uluslararası Müzakareye Disiplinlerarası Kognitif Yaklaşım

Politik yapılar ve eylemlerin de bireylerin kişilikleri tarafından biçimlendirildiğini ve "yönetildiğini" varsayarsak, bilişsel ve emosyonel süreçlerin uluslar arası ve yerel yapılar ve politik liderlerin dış politika kararları konusunda önemli bir rolü olabileceği sonucuna varabiliriz. Psikolojik ve sosyal işlevleri daha kapsayıcı dış politika ve strateji münazara teorilerine dönüştürmeyi başarabilirsek, bu birbirleriyle bağıntılı ilişkilere daha bütüncül ve tutarlı açıklamalar getirebilir ve bu sayede alanin içinde en ileri uygulamalarını geliştirebiliriz. Münazara ile ilgili son yıllarda yayınlanan araştırma yazılarında egemen olan yaklaşımın bizatihi karar süreçlerine odaklanmak olduğu, münazaracının özellikleri ve sosyal-emosyonel yetilerinin olası bir başarılı sonuç açısından belirleyici konumunun göz ardı edildiği görülmektedir. Biz ise, deneysel çalışmaların yanında kişiyle ilgili bilgilerin masaya yatırıldığı, münazaracıları etkileyen kognitif ve emosyonel süreçlerin göz önünde bulundurulduğu empirik çalışmaların öneminin göz ardı edilmemesi gerektiği inancındayız.

An Interdisciplinary Cognitive Approach to International Negotiation

In assuming that political structures and actions are also shaped and "managed" by people's personalities we acknowledge that cognitive and emotional processes play an important role mediating between international and domestic structures, and processes of foreign policy decisions of political leaders. A far more complete and coherent explanation of the nature of those interdependent relations could be reached by integrating psychological and social processes into more comprehensive theories of international relations and strategic negotiating interaction, in this way contributing to advancing the state-of-the art within the field. The dominant perspective in research papers about negotiation published in the last few years focuses its attention on the decision processes *per se*, devaluing the traits and social-emotional skills of the negotiator as a determining factor in the eventually successful outcome. We value the importance of empirical researches that teases apart the components of the person, the cognitive and emotional processes, and the situational context "impacting" the negotiators, together with experimental studies.

KOGNİTİF ve DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

PANELLER

PANEL 1

Türkiye'de Farklı Popülasyonlara Yönelik Olarak Gelistirilen Farkındalık (Mindfulness) Terapisi Programları

Farkındalık Okulda: Üniversite Gençligine Yönelik Bir Farkındalık ve Öz-Anlayış (Compassion) Programı

Zümra ÖZYEŞİL

Bilinçli farkındalık şimdiki ana yargısız ve açık olarak dikkatini vermek ve bu anda her ne meydana geliyorsa kabullenmektir. Öz-anlayışı tam anlamıyla deneyimleyebilmek için bilinçli farkındalık bakış açısına sahip olmamız ve acı veren duygu ve düşüncelerden kaçınmamak ve de onları bastırmamak gerekir(Neff, 2003). Bilinçli farkındalık bize herşeyi olduğu gibi görmemize ve kabul etmemize, "ben" e dair acı veren meşguliyetimizi azaltmamızda, yaşamımızdaki anların zenginliğini deneyimlememize yardımcı olur ve daha fazla resmin bütününe odaklanıp, davranışlarımızın çıkarımlarına daha az odaklanarak günlük kararlarımızda daha akıllıca davranabilmemiz için bizi özgürleştirir. Bilinçli farkındalık temelli programlarda yaşamlarımızda bilinçli farkındalığı sağlayabilmak amacıyla geliştirilmiş tutumlara yönelik bir çok teknik vardır. Temel tutumlar yargılamama, sabır, acemi zihni, güven, hırlanmamak, Kabul ve oluruna bırakmak olarak sıralanabilir. Her bir tutum birbirinden bağımsız değildir ve herbiri diğerini geliştirmemizi sağlar.

Bilinçli farkındalık ve öz-anlayışı geliştirmek için kullanılan teknikler; farkında nefes alma, şimdiki ana odaklanma, kendini gözlemleme, beden farkındalığı, kabul, bilişsel defüzyon, öz eleştiriye karşı öz-anlayış çözümleridir. 6 hafta boyunca herhafta 50 şer dk lık oturumlardan oluşan bilinçli-farkındalık ve öz-anlayış temelli programın pilot çalışması Arel üniversitesinde yapılmıştır. Aynı üniversitede yapılan araştırmada 40 gönüllü arasından seçilen 14 öğrenciye algılanan stress düzeylerini ve sınav kaygılarını azaltmak amacıyla uygulanan, yarı deneysel desendeki araştırma (Özyeşil ve Ögel, 2013) sonucunda öğrencilerin algılanan stress ve sınav kaygısı öntest ve sontest puanlarında anlamlı düzeyde farklılaşma bulunmuştur.

Panelin bu bölümünde hedef grubu üniversite ve lise öğrencileri olan ve genel amacı bu öğrencilerin genel ve okul yaşamını etkileyen başa çıkma becerilerini geliştirmek olan bilinçli-farkındalık ve öz-anlayış temelli programın içeriği, uygulama süreci hakkında bilgi paylaşımında bulunulacaktır.

Farkındalık Terapisini İçeren Bir Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı: SAMBA

Ceren KOÇ

Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) sigara, alkol ve madde bağımlılığının tedavisi amacıyla hazırlanmış yapılandırılmış bir tedavi programıdır. Programın farklı versiyonları bulunmaktadır. Bunlardan klinik ortamda kullanılan SAMBA Klinik 6 temel alan ve 16 oturumdan oluşmaktadır. Program Bilişsel Davranışçı teori temellidir. Programda Farkındalık ve Kabullenme Terapisi'nden de yararlanılmaktadır. Farkındalık ve Kabullenme Terapisi son yıllarda bağımlılık alanında önemli bir yer edinmeye başlamıştır. Farkındalık, bireyin şimdiki anı hissederek yaşamasını, yargılarından arınmasını, düşünce ve duygularına mesafe koymayı öğrenmesini ve kabullenme becerisini edinmesini hedefleyen bir terapi yaklaşımdır. Terapide şimdiye odaklanma, yargısızlık, mesafe koyma, kabullenme ve gözlem gibi teknikler kullanılmaktadır. Farkındalıkta, Bilişsel Davranışçı Terapi'de olduğu gibi düşüncenin içeriğini değiştirmekten ziyade kişinin düşüncesiyle olan ilişkisine odaklanarak daha meta-kognitif bir yaklaşım gösterilmektedir. Kişinin düşüncesine ya da duygusuna tepki vermeden yargısızca gözlemlemesi ve kabullenmesi öğretilmektedir. Kaymada önemli bir faktör olan stresin azaltılmasında farkındalığın etkili olduğu görülmüştür. Aynı zamanda kaymayı tetikleyen unsurların gözlemlenmesi ve fark edilmesi, craving (şiddetli arzu) ve impulsivitede (dürtüsellik) farkındalık tekniklerinin etkin olduğu görülmektedir. Kaymayı tetikleyen ve bağımlılıkta sıkça görülen suçluluk, pişmanlık ve utanç gibi olumsuz duygularla başa çıkmada yine farkındalığın etkili bir yöntem olarak kullanılabileceği araştırma sonuçlarında belirtilmektedir.

Bu panelde farkındalığın SAMBA oturumlarında nasıl kullanıldığı ve uygulamalar sırasında nelerle karşılaşıldığı anlatılacaktır.

Kaynaklar

1. Ögel K, Koç C, Karalar B, Başabak A, Aksoy A, İşmen M, Yeroham R. SAMBA İsimli Bir Bağımlılık Tedavi Programının Etkinlik Çalışması. Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2011; 21 (Suppl. 2): S150-1

2. Bowen S., Chawla N, Collin, S. E., Witkiewit K., Hsu S., Grow J, Clifasefi S, Garner M., Douglass A., Larimer M. E., Marlatt, A. 'Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial', Substance Abuse 2009, 30: 4, 295 — 305

3. Brewer J A., Sinha R., Chen Justin A., Michalsen R. N., Babuscio T. A., Nich C., Grier, A., Bergquist, K. L., Reis, D. L., Potenza, M. N., Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. 'Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from a Randomized, Controlled Stage I Pilot Study', Substance Abuse 2009, 30: 4, 306 — 317

4. Bowen S., Chawla N., Marlatt G. A. (2011) Mindfulness- Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide. New York: The Guilford Press.

Klinik Popülasyona Yönelik Bir Grup Farkındalık Terapisi Programı:FARKET

Zeynep ŞEKER

Farkındalık; John Kabat-Zinn'in tanımıyla, yargısız bir şekilde, şimdiki ana odaklanabilmek amacıyla, dikkatini regüle etmektir. Kişiler, şimdi ne hissettiğine, ne düşündüğüne, ne gördüğüne, ne işittiğine ve bedeninde neler hissettiğine dikkatini yönelterek farkındalığın ilk adımını atmış olur. Farkındalık, öğrenilebilen bir beceridir.

Farkındalık ve Kabullenme Terapisi, anksiyete ve depresyon olgularında, bilişsel yeniden yapılandırma, dikkat süreçleri, kaçınma ve diğer işlevsel olmayan davranışlar üzerinde etkili olarak kabul edilmektedir. Farkındalık terapisinin temel becerileri olan Şimdiye Odaklanma, Yargısızlık, Mesafe Koyma, Kabullenme ve Deneyimleme becerileri, kişilerin bilişsel çarpıtmalarının oluşmasını engeller ve şemalar üzerinde çalışmakta etkin olur. Düşünce içeriğinden çok düşünce sürecini değiştirmeyi amaçlayan bu yaklaşım, aynı zamanda kişinin gelişimini ve anlamlı bir hayat yaşamasını teşvik ederek, yaşam kalitesini yükseltmeyi de hedefler.

Farkındalık - Kabullenme Eğitim ve Tedavi Programı (FARKET), 6 haftalık, kişinin farkındalık kapasitesini arttırmasına ve stresle baş etme becerilerini güçlendirmesine yardımcı olmayı hedefleyen bir grup çalışmasıdır. Çalışmanın pilot uygulaması, bir hastanenin psikiyatri kliniğinde yapılmaktadır. Hedef kitlesi anksiyete ve depresyon olgularıdır. Sunumda farkındalık temelli terapilerin, anksiyete ve depresyon tedavisi alanındaki kullanımının yanı sıra, uygulanmakta olan programın içeriği hakkında daha detaylı bilgi verilecektir. Ayrıca uygulamada karşılaşılan sorunlar ve ülke popülasyonuna adaptasyon süreci tartışılacaktır.

Türkiye'de Farkındalık Terapisi Uygulanabilir mi?

Kültegin ÖGEL

Farkındalık doğudan batıya geçen ve batıda yaygınlaşan bir öğreti. Farkındalık yöntemlerinin terapi haline getirilmesi ise, batılı bilimsel terapi tekniklerine doğu esintilerinin eklenmesi olarak görülebilir. Farkındalık terapilerinin önemli bir kısmı, "farkındalık temelli terapiler" olarak geçmektedir. Bunun en önemli nedeni farkındalığın bizzat kendisinin bir terapi değil öğreti olmasından kaynaklanmaktadır. Ama farkındalıktan terapide yararlanıldığı taktirde ruhsal bozuklukların tedavisinde önemli katkı sağladığı gözlenmiştir. Her terapi yönteminde olduğu gibi terapilerin kültüre uyumlu hale getirilmesi önem taşımaktadır. Farkındalık öğretileri aslında bizim kültürümüzde de varolan öğeleri de içermektedir. Temel kavramların ötesinde metaforların, öykülerin kullanılması da kültürel uyarlamayı kolaylaştırmaktadır. Farkındalık terapisi kullanan birçok klinisyen, yayınlarında bizim kültürümüzün önemli şahsiyetlerinden de örnekler vermektedir. Bu nedenle kültürel uyumun sağlanmasının kolay

olacağı inancındayım. Ancak farkındalık temelli terapilerin bir öğreti veya inanç olmadığı, birer terapi tekniği olduğu hatırlanmalıdır.

PANEL 2

Travma Odaklı Kognitif Davranışçı Tedavilerden Kazanılan Tecrübeler

Psikoeğitim Programı

Emel CÖGÖLOĞLU

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık belirtileri ile kendini gösteren ve yaşamın birçok alanını önemli ölçüde etkileyen bir bozukluktur. TSSB'da klinik görünümü, hastanın travma öncesinde ve sonrasında yaşadığı süreçler şekillendirir. Belirtiler kişiden kişiye değişir ve zaman içinde aynı kişide bile farklılık gösterebilir. Tedavisinde temelde, yeniden yaşantılama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık belirtilerinin azaltılması, öfke patlamalarının ve suçluluk hislerinin önlenmesi, duygu ifade yeteneğinin arttırılması, işlevsel olmayan şemaların ele alınıp yeniden yapılandırılması hedeflenir. Farmakolojik tedavinin yanı sıra bilişsel davranışçı psikoterapi, pozitif psikoterapi, EMDR gibi çeşitli psikoterapi yöntemleri ile tedavi edilmektedir. Tedaviye eklenen psikoeğitim çalışmalarının iyileşme ve relapsların azaltılmasını olumlu yönde etkilediği görülmektedir.(1,2)

Psikoeğitim, hastaların ve ailelerinin hastalık ile ilgili bilgi düzeyini arttırmayı, tedavi sürecine aktif katılımlarını sağlamayı hedefleyen, psikoterapötik ve eğitimsel müdahaleleri sinerjistik olarak kullanan bir yöntemdir.(3) Günümüzde, travmaya maruz kalan kişilerin takibinde giderek daha sık kullanılmaktadır.

Travma yaşayan kişilere yönelik olarak yapılan psikoeğitim çalışmaları, stresin doğası ile ilgili bilgi verme, posttravmatik ve diğer belirtiler ve bunların iyileşmesi için neler yapılabileceğini kapsar. Hastalıkla ilgili bilgilendirme broşürleri, web sitelerinin kullanımı gibi pasif müdahalelerden, terapist eşliğinde yapılan bilişsel davranışçı tedavi tekniklerine dayanan aktif müdahalelere kadar çeşitli şekillerde uygulanabilmektedir.(3)

Bu sunumda Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Psikiyatri AD.'da yürütülen psikoeğitim çalışmaları ve kazanılan deneyimler hakkında bilgi verilecektir.

(1) Charles W.H. (2011). Interventions for war related posttraumatic stress disorder. JAMA, 306(5), 549-551.
(2) Şenyurt, M.(2013). Psikoeğitimin, travma sonrası stres bozukluğu olan hastalarda öfke yönetimi ve problem çözme becerileri üzerine etkisi. Yanımlanmamış doktora tezi, Ankara
(3) Wessely, S. ve ark. (2008). Does psychoeducation help prevent post traumatic psychological stres? Psychiatry, 7(4), 287-302.

EMDR Uygulamaları

Taner ÖZNUR

Günümüzde çoklu travma öyküsü bulunan hastalarla ilişkili terapi uygulamalarında aşamalı, kombine ve iyi titre edilmiş yaklaşımlar büyük önem kazanmaktadır. Bu hasta grubuna yönelik aşamalı EMDR modelinde, hastaların ihtiyaç duyduğu kendini toparlayabilme ve dayanma gücünün oluşturulmasında, kaynak kurulum ve geliştirme stratejisi kullanımı kritik öneme sahiptir. Bilindiği üzere, kronik travmatizasyon sıklıkla bilişsel, duygusal ve psikososyal alanlarda derin yaralar oluşturmakta, bozulmuş şemalara, kontrol güçlüklerine yol açmaktadır. Kompleks travma olgularının EMDR ile tedavisinin ilk aşaması stabilizasyona odaklanır. Bu aşamada uyumu bozan savunma düzeneklerinin bırakılarak yeni baş etme becerilerinin elde edilmesi, kendilik kapasitesinin ve kaynakların geliştirilmesi hedeflenir. Bu aşamada, hastaların geçmiş-bugün ve iç-dış gerçeklik arasında eş-zamanlı dikkat sürdürme becerisi kazanmaları amaçlanır. İkinci aşamayı travmanın işlenmesi oluşturur. Bu aşamada terapist, kompleks TSSB olgularının basit EMDR müdahalelerine cevap vermeyen kognitif ve duygusal döngülere sıklıkla girebildiğini bilmesi önemlidir. Bu nedenle, terapist disregülasyon işaretlerine karşı uyanık olmalı ve bilişsel müdahaleler yoluyla hastayı terapötik süreç içinde tutmaya çalışmalı ve bilişsel hataları çözümlemede yardımcı olmalıdır. Her ne kadar EMDR genel olarak, travmaya yönelik maruz bırakma uygulamalarına göre daha düşük tedaviyi yarıda bırakma oranlarına sahip olsa da, kompleks travma olgularının EMDR ile tedavisinde bu oranın yüksek olduğu bilinmektedir. Tedavinin üçüncü aşamasını kendilik imajının yeniden oluşturulması ve geliştirilmesi oluşturur. Bu aşamada psikoeğitim, modelleme, görselleştirme, role-play uygulamaları hastayı yeniliklere hazırlayarak kendiliğin gelişimine katkıda bulunmak üzere kullanılır.

Kaynaklar:

1.Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. British Journal of Psychiatry, 190,97–104.

2. Brown, S., & Shapiro, F. (2006). EMDR in the treatment of borderline personality disorder. Clinical Case Studies, 5(5), 403–420.

3.Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 11(1), 3–24.

Anahtar Kelimeler: Komleks travma, EMDR, kaynak kurulum

Uzun Süreli Alıştırma (Prolonged Exposure) Tedavisi

Levent SÜTÇİGİL

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kişinin yaşamını ve beden bütünlüğünü tehdit eden bir olay sonrası gelişen, hastanın yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliğini önemli derecede etkileyen bir bozukluktur. İnsanların % 60'ının yaşamları boyunca bu tip bir travmayla karşılaştıkları düşünüldüğünde sıklığının oldukça fazla olduğu tahmin edilebilir. Bozukluğun tedavisi farmakolojik ve psikososyal tedavilerin birlikte kullanılması ile yapılır.

Psikososyal tedavilere odaklandığımızda, bu alanda en çok çalışmanın bilişsel davranışçı terapilerle ilgili olduğunu görmekteyiz. Bilişsel davranışçı tedavilerin kombine ve tekli kullanımlarında TSSB semptomlarının % 70'ler oranında yatıştığı bilinmektedir.

Prolonged Exposure Terapi (PE) programı 1980'li yıllardan itibaren uygulanmaya başlamıştır. Davranışçı tekniklerden oluşan temel yapı, anksiyete bozukluklarından elde edilen tecrübeler ile oluşturulmuştur. 30 yıldır süren çalışmalar PE terapisinin, TSSB'da etkili olduğunu açık şekilde göstermiştir. (1) Çalışmalar terapinin travma sonrası ortaya çıkan major depresyon, yaygın anksiyete, öfke ve suçluluk üzerine de olumlu etkisi olduğunu göstermektedir. Tedavi programı, haftada bir ya da iki kez 60-90 dakika süren görüşmelerden oluşur. Tedavi yaklaşık 9-12 hafta sürer. (2,3)

Tedavi programı dört ana bölümden oluşur: (a) Psiko-eğitim, (b) Nefes egzersizi eğitimi, (c) Travmayı hatırlattığı için kaçınılmaya çalışılan nesne, kişi, durum ve ortamlarla tekrarlayıcı şekilde yüzleştirme (invivo exposure) ve (d) Hastanın travmayla ilgili hatırladıklarını tekrarlayan şekilde yüksek sesle anlattırmak (imaginal exposure).

Panelde PE terapisi hakkında bilgi verilecek, klinik uygulamalardan kazanılan tecrübeler paylaşılacaktır.

1. McLean CP, Foa EB. Dissemination and Inplementation of Prolonged Exposure Therapy For PTSD. J Anxiety Disord 2013 Mar 2013.

2. Foa EB, Hembree EA, et al. Randomized trial of PE for PTSD with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. J Consult Clin Psychol 2005 Oct; 75 (5): 953-964.

3. Yoder MS, Lozano B, Center KB et al. Effectiveness of Prolonged Exposure for PTSD in Older Veterans. Int J Psychiatry Med 2013; 45(2):111-124.

PANEL 3

Multidisipliner Açıdan Obezite: Kuram, Değerlendirme ve Tedaviler

Sağlık Psikolojisi Çerçevesinde Obezite: Kuramsal Yaklaşımlar

Özlem SERTEL

Vücuttaki yağ kütlesinin yağsız kütleye oranından aşırı artış olarak da tanımlanan obeziteye yönelik geleneksel tedavilerin en temel hedeflerinden birinin kilo kaybı olduğu söylenebilir. Oysa obezitesi olan bir bireyin bu sonuç odaklı hedefi gerçekleştirmesinin yanında, kilo kaybını sürdürebilmesi için de bazı tutum ve davranış değişikliklerini benimsemesi büyük önem taşımaktadır. Nitekim, son zamanlarda obeziteye yönelik sağlık psikolojisi alanındaki literatür, riskli sağlık davranışlarının kontrolünde, obeziteye yönelik tedavilere uyum ve tedavilerin sonuçlarının sürdürülebilirliğinde kişilik, sosyodemografik özellikler gibi bireysel faktörler kadar tutumlar gibi durumsal faktörlerin önemini vurgulamakta, davranış değişikliğinin gerçekleşebilmesi için tutumların kavranabilmesinin gerekliliğinin altını çizmektedir. Tutum değişikliğinde ise sağlık davranış kuramlarını temel alan yaklaşımların daha etkin ve etkili olduğu göze çarpmaktadır. Bu doğrultuda bu sunumda, obezitenin gelişimi, tedavisi ve tedavi sonuçlarının sürdürülmesinde tüm sağlık davranış kuramlarının odağında yer alan öz-etkinlik kavramından, bu kavramla ilgili araştırmalardan, obez bireylerde öz-etkinliğin ölçümü ve öz-etkinliği artırıcı müdahale önerilerinden ülkemizdeki kültürel bileşenler de dikkate alınarak bahsedilecektir.

Obezitede Motivasyonel Değerlendirme

Ezgi DEVECİ

Tarihte şişmanlık ile ilgili bir çok tanımlama yapılmıştır. Şişmanlık bazı dönemlerde güç ve kudret gibi terimlere benzer şekillerde ifade edilirken bazı dönemlerde ise doğurganlık ve bereket ile tanımlanmıştır. Ancak şişmanlığa atfedilen bu değer özellikle 19. yüzyılda değişime uğramış, şişman kişinin toplumdaki konumu farklılaşmaya başlamış ve şişman kişiler daha hareketsiz, sağlıksız ve problemli olarak anılmaya başlanmıştır.

Günümüzde ise şişmanlık yani obezite, kişilerin çocukluk, ergenlik veya yetişkinlik döneminde oluşabilen, genetik, çevresel ve psikolojik etkileşimleri olan kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Obezite bir çok tıbbi problemi beraberinde getirmekte ve erken ölümlere neden olabilmektedir. Bu nedenle obezite tedavisinde amaç öncelikle bireye sağlıklı bir beslenme alışkanlığı kazandırmakla birlikte obeziteye bağlı oluşan hastalıkların kilo kaybının sağlanmasıyla azaltılmaya çalışılması ve bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Bunun için obezite tedavisinde temel olarak diyet, egzersiz, ilaç ve davranışçı yöntemleri içeren geleneksel tedavi yöntemler ile cerrahi yöntemler kullanılmaktadır.

Obezite tedavisi süreklilik ve bireylerin tedaviye aktif katılımını gerektirir. Ancak obezite bu kadar ciddi bir problem olmasına ve yüksek oranda yaygınlık göstermesine rağmen tedaviye başvuran aşırı kilolu ve obez bireylerin çok büyük bir kısmı kilolarını kontrol altına alabilecek ve diyetlerine devamlılığı sağlayabilecek tedavi programlarına "hazır" olamamakta ya da başladıkları tedaviyi sürdürememektedirler. Bu nedenle obezite tedavisinde ele alınması gereken konulardan biri de hastanın tedaviye uyumu ve motivasyonudur.

Bu sunumda obezite tedavisinde kullanılan geleneksel ve cerrahi yöntemler, obez bireylerin neden tedaviye hazır olamadığı veya tedavilerini sürdüremedikleri, obez bireylerin geleneksel yöntemlerden cerrahi yöntemlere geçiş nedenleri ile obezitede tedaviye hazır oluş ve tedavi motivasyonunun önemi Prochaska ve Diclemente (1982) tarafından oluşturulan Transteorik Model kapsamında ele alınacaktır. Ayrıca bu bilgiler ışığında geleneksel ya da cerrahi tedavi öncesinde sorgulanması gereken ve motivasyonel faktörleri etkilediği bilinen önemli değişkenler tartışılacaktır.

Obezitede Cerrahi Tedavi Öncesi Son Durak: Psikiyatrik Değerlendirme

Başak YÜCEL

Dünyada ve ülkemizde obezite giderek yaygın ve baş edilmesi güçleşen bir tıbbi sorun haline gelirken tedavi seçeneklerinde farklı ve görece yeni teknikler daha fazla kullanılmaktadır. Obezite tedavisinde amaç, gerçekçi bir vücut ağırlığı kaybı hedeflenerek, morbidite ve mortalite risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Sadece kilo kaybının sağlanması değil, ulaşılan kilonun korunması da tedavide ulaşılmak istenen amaçlardandır. Sözü edilen hedeflere ulaşmada diyet, egzersiz, davranışsal yöntemler, farmakolojik yöntemler uzun dönemden beri kullanılmaktadır.

Tüm bu geleneksel yöntemlerin denendiği ve sonuç alınamadığı durumlarda başvurulan tekniklerden biri obezite (bariatrik) cerrahisidir. Tıbbi bir nedenle de olsa vücudun anatomik yapısını önemli ölçüde değiştiren bir operasyon geçirme kararı kolay verilemez. Üstelik sonrasında hedeflenen kilo kaybı/korunması için eski alışkanlıklarda ve davranış biçimlerinde ciddi değişiklikler yapmak, belki yaşam boyu sürecek tıbbi kontrollere de 'evet' demek gerekiyorsa…

Bu zorlu süreci öngörebilmek, sonrasındaki sorunlar için hazırlıklı olmak, gerektiğinde ertelemek, gerekli hazırlık sürecinden sonra tekrar denemek yararlı olacaktır. Bu nedenle obezite cerrahisi çağdaş tüm merkezlerde çeşitli branşların katıldığı (genel cerrah, endokrin, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, psikiyatri, beslenme uzmanları, psikologlar) bir ekip çalışması ile yürütülmektedir.

Psikiyatr ve psikologların bu süreçte hastaların ciddi bir psikiyatrik bozuklukları (şizofreni, psikoz, ağır depresyon vb.) veya operasyon sonrası kilo sorunun devamına neden olabilecek yeme bozuklukları olup olmadığını ayırt etmeleri gerekir. Ayrıca hastanın beklentilerinin gerçekçiliği, operasyonla ilgili bilgi düzeyi, davranış değişikliğine yönelik çabası, tedavi ekibiyle işbirliği ve uyumu da dikkatle değerlendirilmesi gereken konulardır. Bu kapsamlı değerlendirmeler daha sonra hastayı değerlendiren meslektaşlarla paylaşılır. Bu ekibin görüşmesinden sonra ortak karar verilir.

Ancak ekip ve hasta uzun bir yola çıktıklarını bilmelidir. Psikiyatrist ve psikologların rolü ameliyat sonrası da devam edecektir. Bu sunumda ameliyat öncesi psikiyarik değerlendirme ve hasta seçiminin temel ilkeleri ele alınacaktır.

Diyetlerin Kilo Aldırdığı Durumlar: Obeziteye Sebep Olan Yeme Bozuklukları ve Alternatif Çözüm Önerileri

Feyza BAYRAKTAR

Obezite dünyadaki en yaygın sağlık problemlerinden bir tanesi ve obeziteye sebep olan genetik, çevresel faktörlerin yanı sıra bazı yeme bozuklukları da obeziteye sebep olabilir. Diyet yapmak her ne kadar kilo kontrolünün olmazsa olmaz parçası gibi gözükse de diyetlerin zaman içerisinde tıkınırcasına yeme ataklarına sebep olduğu ve tıkınırcasına yeme atakları olan kişilerde diyet düşüncesinin bu atakları arttırdığı araştırmalarla kanıtlanmıştır. Dolayısıyla diyet yapmak bazı durumlarda kişinin kilo almasına sebep olabilir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu obeziteye sebep olan yeme bozukluklarından en yaygın olanıdır[1]. Yeme bozukluğu tedavi edilmeden kilo kontrolü sonuç vermez o yüzden yeme bozukluğu obezite tedavisinin bir parçası olarak yürütülmelidir.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, DSM V de yeme bozuklukları içinde yerini almıştır. DSM V tanı kriterlerine göre tıkınırcasına yeme bozukluğu:

- Çoğu insanın yediğinden çok daha fazla miktarlarda yiyeceği kısa bir süre içerisinde yemek(ortalama 2 saat)
- Yeme atağı boyunca kendini kontrol edememe, kontrolden çıkmışlık, hissi
- Aşırı yeme atakları aşağıda sayılan özelliklerden üç ya da daha fazlasını içerir:
- 1- Normalden çok daha hızlı yemek
- 2- rahatsızlık verecek derecede şişene kadar yemek
- 3- fiziksel bir açlık hissedilmemesine rağmen büyük miktarlarda yemek
- 4-çok yemiş olmaktan utandığı için yalnız yemek
- 5- yedikten sonra kendine kızmak, aşırı bir suçluluk hissetmek
- Aşırı yeme atakları olduğunda üzüntü hissetme
- Aşırı yeme atakları üç ay süreyle haftada en az bir kez olur.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu tedavisinde en etkin olan yöntem bilişsel davranışçı terapidir. Kademeli olarak kişinin yeme davranışını değiştirmesi, kilo ve beden imajını odak noktası yapmasından uzaklaştırması hedef alınır[2]. Yalnız bilişsel davranışçı terapinin etkin olmadığı durumlarda diyalektik davranışçı terapi kullanılabilir. Özellikle duygu durum değişiklerine bağlı yeme atakları yaşayan kişilerde diyalektik davranışçı terapi daha etkili olabilir. Diyalektik davranışçı terapi kişinin duygu regulasyonunu düzenlemesi ve buna bağlı gelişen atakların önüne geçmesini hedefler[3]. Özellikle gurup terapilerinde diyalektik davranışçı terapinin yeme bozuklukları tedavisinde oldukça etkin olduğu görülmüştür[4].

KAYNAKÇA

Castonguay, L. G., Eldredge, K. L., & Agras, W. S. (1995). Binge eating disorder: Current state and future directions. *Clinical Psychology Review*, 15, 865-890.

Marcus, M.D. (1997). Adapting treatment for patients with binge-eating disorder. In D.M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed., pp. 484-483). New York: Guilford Press.

Wiser, S., & Telch, C. F. (1999). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 755-768.

Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A preliminary uncontrolled trial. *Behavior Therapy, 31,* 569-582.

PANEL 4

Yumurta mı Tavuktan Çıkar Tavuk mu Yumurtadan: Duygu, Düşünce, Davranış

Duygu Odaklı Terapi

Nergis LAPSEKİLİ

Duygular, insanları çevrelerindeki şeylerin anlamları konusunda bilgilendirirler. Duygular, ayrıca kişileri hızlı ve işlevsel tepkiler vermeleri için motive ederler. Aklın çözmesi gereken sorunu belirler ve söylerler. Duygular, kişinin kendiliği ve çevresiyle ilişkisini düzenlerler ve hayata anlam verirler. Sağlıklı uyum sağlayabilmek, olumlu duygulardan keyif alabilmek kadar, olumsuz duyguların farkında olma, müsamaha edebilmek, düzenleyebilmek ve kullanabilmeyi de gerektirir.Gerek olumsuz gerekse olumlu duygusal bilgiye ulaşma ve onu işlemleme becerisinde yetersizlik kişiyi en işlevsel olan uyum sağlama ve anlam üretme sisteminden mahrum eder.

Bazı korkularımızın biyolojik ve evrimsel bir yanı var. Örneğin yılandan korku hemen öğreniliyor ama silahtan korkan bir yetişkini gören çocuk bunu hemen öğrenmeyebiliyor. Ve süreçte duygu repertuarımız, duygusal şemalarımızla yapılandırılır. Duygusal şema,sensorimotor uyaran, duygusal bellek ve kavramsal bilgi gibi çeşitli tür ve düzeylerde bilgiyi birleştiren, cevap üretme becerisi olan bir iç organizasyondur.

Bilişsel şemadan farklı olarak, duygusal şemanın önemli bir parçası sözsüz ve affektif deneyimleri (nonverbal and affective experience) içerir. Bu kavram kişinin biyoloji ve deneyiminin entegrasyonunu temsil eder. Bu bakımdan kişinin emosyonel deneyiminin, hem bu deneyimi

tetikleyen durumsal ipuçlarını içeren ve hem de bu deneyimden kişinin kendisi ile ilgili öğrendiği inançları içeren parçalarının kodlanmasının bir sentezidir. Tüm bu olaylar otomatik olarak ve

farkındalık dışında gelişir. Bu deneyimler çok küçük yaşlardan kodlanmaya başlarlar ve otomatik ve bilinçli olmaksızın gelişen bu süreçlerin bilişlerle yönlendirilmesi mümkün değildir. Çünkü o yaşlarda sözel ifade daha gelişmemiştir. Dil duygu meydana getirmez ancak duyguya çok şey katar. Biliş, ne deneyimlendiğinin dile getirilmesidir (articulation).

EFT'de işte bu deneyimsel kayıtlar uyarılmaya çalışılır. Hastaya ne hissettiği sorulmaz. O an canlandırılıp, duygularının tekrar uyarılması sağlanır. Yani bilişsel olarak duygu sorulmaz, hastanın o duyguyu tekrar yaşaması sağlanır. ***"We have to feel it in order to healit".***

Bunun için gerekli başlıca duygusal değişim basamakları şunlardır: 1. Farkında olmak, 2.Duyguyu ifade etmek, 3. Duygusal düzenlemeyi (emotional regülation) arttırmak, 4. Duygu üstüne düşünmek (Reflect on emotion), 5.Duyguyu duyguyla değiştirmek, 6. Duyguyu yeni kişilerarası deneyimle değiştirmek.

Kabullenme ve Kararlılık Terapisi

Fatih YAVUZ

Günümüz ana akım psikopatoloji kuramları; modern tıp yaklaşımının da etkisiyle insanın normalde 'sağlıklı' ve 'mutlu' olduğunu varsaymakta ve yaşantılanan olumsuz duygu ve düşüncelerin kişinin psikolojik problemlerinin kaynağı olduğunu öne sürmektedir. Buradan hareketle geliştirilen 'tedavi' protokolleri de çoğunlukla olumsuz duygu ve düşünceler gibi içsel yaşantıların azaltılması ve mümkünse ortadan kaldırılmasına odaklanmıştır.

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) ise bu yaklaşımların aksine içsel yaşantıların normalleştirilmesi ve işlevselliklerine vurgu yaparak farklı bir duruş sergiler. İnsanın dil ve biliş kaynaklı psikolojik acılar çektiğini öne süren KKT, farkındalık temelli bir yaklaşım doğrultusunda dil ve biliş ilişkili süreçlerin tanınmasını ve danışanın bireysel değerleri doğrultusunda harekete geçirilmesine odaklanır. KKT'de geleneksel bilişsel ve davranışçı terapilerin aksine içsel yaşantılar temel müdahale değildir ve dolayısıyla bunların azaltılmaları veya ortadan kaldırılmaları amaçlanmaz. Bu nedenle KKT'de duygu ve düşüncelerin 'psikopatoloji' ile ilişkisine farklı bir noktadan yaklaşılmaktadır.

Literatürde çok çeşitli psikopatolojilerle birlikte diabet ve epilepsi gibi birçok klinik tabloda da yasam kalitesini artırdığı klinik çalışmalarla gösterilmiş olan KKT; bir psikoterapi olmanın ötesinde insanın

işlevselliğini artıran genel bir yaklaşımdır. Bu da yalnız klinik durumlar için değil koruyuculuk ve relaps önleyicilik açısından da eşsiz imkanlar ortaya koyabilmektedir.

Kognitif Davranışçı Terapi

Mehmet AK

Hz. Mevlana; 'Ne düşünüyorsan o'sun sen. Gül düşünürsen gülistan, diken düşünürsen dikenlik olursun.' diyerek düşüncenin ne kadar önemli olduğunu yıllar önce ortaya koymuştur. Bilişselterapinin atası olarak kabul edilen Epiktetos, yaşamın bizim kontrolümüzde olan ve olmayan öğelerden oluştuğunu kabul ettiğimizde ve ikisini birbirinden ayırmayı becerdiğimizde hem iç huzura hem de iyi bir yaşama sahip olabileceğimizi söylemiştir. Epiktetos'a göre insanlara dış nesneler veya diğer insanlar zarar veremezler, ancak bizim kendi tutumlarımız veya inançlarımız bize zarar verme gücüne sahiptir. Koşullar bizim arzu ve beklentilerimizden bağımsızdır. Olaylar olması gerektiği gibi olur, kendi kurallarımızı dünyaya dayatmak ya da dünyadan bunlara uymasını beklemek sonu hüsrana giden yoldur.Epiktetos'a göre insanları rahatsız eden "şeyler" değil ona verdikleri anlamlardır diyerek bilşlerin merkezi rol oynadığını işaret etmiştir. Bilişsel terapi kuramını ortaya koyan Beck'inpsikanalizden uzaklaşarak bilişsel kuramı ortaya atmasını sağlayan diyaloğu hatırlarsınız: Yıl 1950'ler, Dr. Beck diğer seanslarına benzer biçimde yeni bir seansa başlıyor, divanda yatan bayan hasta erkeklerle olan cinsel deneyimlerini anlatıyor.Dr Beck not defterini kenara bırakıp soruyor: -"Bu konuyu anlatmak nasıl hissettiriyor?"-"Kaygılıyım". Duyguların altındaki bilinçdışı motifleri araştırmak üzerine eğitim almış Dr.Beck bir yorumla cevap veriyor: "Kaygılısınız çünkü bazı cinsel isteklerinizle yüz yüze geldiniz ve bunların benim tarafımdan onaylanmayacağından korkuyorsunuz" Hasta "aslını ararsanız sizi sıktığımı düşündüğümden kaygılıyım" diye cevap verir. Bu ve bunun gibi birçok deneyim gündelik düşüncenin duygu ve davranış üzerine etkilerini ortaya koydukça Beck, yeni kuramın temellerini oluşturmaya başlıyor.
Sonuçta ortaya çıkan bilişsel kuram temel dayanak noktası olarak şunu belirliyor: 'Psikolojik bozuklukların altında yatan ortak mekanizma, hastanın ruhsal durumunu ve davranışlarını etkileyen çarpıtılmış ya da işlevsel olmayan düşüncelerdir. Bu düşüncelerin gerçekçi bir şekilde yeniden değerlendirilip, değiştirilmesi, duygularda ve davranışlarda düzelmelere (iyileşmelere) yol açar. Daha kalıcı düzelmeler ise hastanın işlevsel olmayan temel inançlarının değiştirilmesine bağlıdır."

PANEL 5

Dürtü Kontrol Bozuklukları ve Kognitif Davranışçı Terapiler: Semptomdan Tedaviye Nörobiyolojik Yansımalar

Dürtüselligin Nörobiyolojisi ve KDT Silahı

Aylin AKSOY ÇOBAN

Dürtü kontrol bozukluklarının ortak özellikleri, dürtüye direnememe, bir davranış sergilemek için dayanılmaz istek olması, "beyini frenleyememe"; davranışı gerçekleştirmeden önce artan gerginlik ve uyarılmışlık, davranış sonrası rahatlama veya haz duygusunun eşlik etmesi; ergenlikte başlamaları ve kronik olmalarıdır. Dürtü kontrol bozukluklarının nörobiyolojisinin araştırıldığı çalışmalarda özellikle prefrontal korteks alanları araştırılmıştır. Bunun nedeni olarak da bu bölgenin davranış inhibisyonu üzerindeki etkisidir. Sol ventromediyal prefrontal korteks karar verme, orbitofrontal korteks ödül süreci, belirsizlikle baş etme, yanıt engelleme, anteriyor singulat korteks karar vermede etkilidir. Dürtü kontrol bozukluğu hastalarında yapılmış olan beyin görüntüleme çalışmalarında özellikle bu adı geçen bölgelerde azalmış aktivite olduğu ortaya konmuştur.

Kognitif ve davranış terapileri (KDT) etkinliği kanıtlanmış tek terapi yöntemidir ve dürtü kontrol bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmıştır. KDT sonrası beyinde meydana gelen olumlu değişiklikler beyin görüntüleme çalışmaları ile gösterilmiştir. Dürtü kontrol bozukluklarında KDT sonrası klinik etkinliğin yanında, beyin görüntüleme teknikleri ile artmış orbitofrontal korteks, ventromediyal prefrontal korteks, anteriyor singulat korteks aktiviteleri ortaya konmuştur.

Tüm bu bilgiler ışığında etkinliği hem klinik hem de nörobiyolojik çalışmalarla tek kanıtlanmış terapi yöntemi olması KDT'yi daha da güçlü kılmaktadır.

Patolojik Kumar Oynamanın Kognitif Davranışçı Terapisi

Ömer ŞENORMANCI

Öğrenme kuramları açısından kumar oynama değişken aralıklı pekiştirmedir. Ödül sabit oranda uyaran yanıt döngüsünden farklı olarak değişen aralıklarla verilir. Dolayısıyla ödülün ne zaman kesildiği, kesilip kesilmediği anlaşılmaz. Değişken aralıklı pekiştirme nedeniyle en uzun süreli öğrenme ve en uzun süreli sönme kumardadır. Self-monitorizasyon (kendini izleme), aversif (tiksindirme) terapi, sistematik duyarsızlaştırma, imaginal duyarsızlaştırma ve covert (örtülü) duyarsızlaştırma patolojik kumar oynamanın tedavisinde kullanılan temel davranışçı yöntemlerdir (1). McConaghy (1991)'nin patolojik kumar bağımlısı olan 120 kişi üzerinde imajinal duyarsızlaştırma, aversiyon terapi, imajinal gevşeme ve in-vivo (gerçek hayatta) duyarsızlaştırmayı karşılaştırıldığı çalışmasında en iyi sonuç

imajinal duyarsızlaştırma (%79) dan elde edilirken (kesme ya da azaltma), diğer teknikler kullanılıdığında %33-50 oranında azalma saptanmıştır (2).

Patolojik kumarbaz kontrol, şans, tahmin, olasılık gibi konularda sahip olduğu atıf hataları ve bilişsel çarpıtmalar neticesinde kumar oynama davranışını gerçekleştirir. Bilişsel davranışçı terapide (BDT) hedeflenen yeni bilişler; rastgele olan oyun (zar atma, piyango, loto vs.) sonuçlarının kontrol edilemeyeceği ve rastgele olmayan ayrıca beceri de gerektiren oyun (poker, iddia, at yarışı vs.) sonuçlarının ise hatasız olarak öngörülemeyeceği kabulüne dayanır (3). Gooding ve Tarrier (2009), 25 çalışmayı değerlendirdikleri meta analiz çalışmasında şu sonuçlara ulaşmıştır; BDT ile kumar davranışının azalması terapinin kesilmesini takiben ilk üç ayda çok belirgin etkiye sahiptir. BDT'deki etki büyüklüğü 6, 12 ve 24 aylık izlemde anlamlıdır. Bireysel ve grup terapileri ilk üç ayda eşit etkinlikte olsa da takiplerde bu eşitlik görülmemektedir. BDT'nin bütün bileşenleri (bilişsel terapi, motivasyonel görüşme ve imajinal duyarsızlaştırma) anlamlıdır (4).

Kaynaklar

1) Pallanti S, Rosi NB, Hollander E. Pathological Gambling. In DJ Stein (Ed). Clinical manual of impulse-control disorders. 2006, Washington DC: American Psychiatric Publishing.
2) McConaghy N, Blaszczynski A, Frankova A. Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. A two- to nine-year follow-up. Br J Psychiatry. 1991;159: 390-3.
3) Ladouceur R, Lachance S. Overcoming Pathological Gambling: Therapist Guide. 2007, New York: Oxford University Press.
4) Gooding P, Tarrier N. A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: hedging our bets? Behav Res Ther. 2009;47: 592-607

Kompulsif Satın Alma (Alışveriş Bağımlılığı) Tedavisi ve Kognitif Davranışçı Terapi

Memduha AYDIN

Kompulsif satın alma, kişinin dürtüsel olarak satın alma güdüsünü hissetmesi ve denetleyememesinin sonucunda ortaya çıkan, kişiyi mali açıdan zor durumda bırakan bir bozukluktur.

Günümüz toplum yaşantısında alışveriş boş zamanları değerlendirmede bir yaşam biçimi, bir aktivite olarak algılanmaktadır. Tüketimin özellikle teşvik edildiği toplumlarda planlanmayan, ihtiyaç duyulmayan eşyalara yönelik alımların sıklığının daha da arttığı gözlenmektedir. Kompulsif satın alması olan bireylerin kimilerinin büyük mağaza ve alışveriş merkezlerine odaklandığı, kimilerinin de

alışverişlerini küçük dükkanlardan, alışveriş kataloglarından, internet aracılığıyla ya da televizyon aracılığıyla yapabildikleri bilinmektedir.

Kompulsif satın alma için tanımlanmış standart bir tedavi yoktur, ancak psikoterapi ve ilaçların birarada kullanılması faydalıdır.Psikoterapi yöntemlerinden en etkili olanı Kognitif Davranışçı Terapilerdir. KDT yöntemleri bu hastaların kompulsif satın almaları ile başa çıkmalarında yardımcı olabilir. Hastalar iç dürtüsel ya da dış uyaranlarla başedebilmek için çeşitli yollar öğrenirler. Sıkıntı veren bir durumla karşılaştıklarında öğrenilmiş davranışlarla tepki verirler. Bu duruma neden olan iç ve dış uyaranların değerlendirilmesi, uyaranların ve dürtü denetiminin sağlanmasını hedefleyen in vivo duyarsızlaştırma teknikleri, gevşeme teknikleri, görsel egzersizler, bilişsel yeniden yapılandırma gibi uygun terapötik yaklaşımların hastaya öğretilmesi uzun dönemde başarılı tedavi sonucuna varılmasını sağlayacaktır.

Kompulsif Seks Bağımlılığı, Tedavisi ve Kognitif Davranışçı Terapi

H. İbrahim ÖZTÜRK

Kompulsif seks bağımlılığı alanında isimlendirme, tanımlama ve ölçütler hakkında anlaşmazlıklar olmasına karşın, bu başlık parafililer gibi geleneksel kategorilere uymayan ancak sorunlu olan cinsel davranışları ilgi odağına almaktadır. Hiperseksüalite, cinsel kompulsivite, dürtüsel cinsellik, cinsel bağımlılık ve parafili ile ilişkili bozukluklar gibi literatürde farklı isimlendirmelerle de yer alan kompulsif seks bağımlılığı; biyolojik bir zemin temelinde, dürtüsel özellikleri olan, kompulsif tarzda yineleyen cinsel davranışlar ve bu davranışların bağımlılık modeliyle de oldukça iyi açıklanabilmesi şeklinde özetlenebilinir. Sık bildirilenler cinsel sapkınlık, kompulsif mastürbasyon, pornografi bağımlılığı, telefonda seks bağımlılığı ve ciddi cinsel istek uygunsuzluğudur. Hepimiz genetik olarak cinsel aktiviteyi zevk alarak yaşamaya programlanmış olsak da genel popülasyonda varlığı %5 oranında tahmin edilen kompulsif seks bağımlılığının gelişmesinde zevkin esas belirleyici faktör olmadığı düşünülmektedir. Etyolojisi henüz net bir biçimde ortaya konulmuş olmasa da araştırmacılar, biyolojik yatkınlığa, sosyokültürel etkenlere ve çocukluk çağı travmalarına sıklıkla vurgu yapmıştır. Kompulsif seks bağımlılığı, diğer bağımlık bozuklukları, psikiyatrik bozuklukların çoğu ve tıptaki hastalıkların büyük çoğunluğu gibi, etkin bir tedavi ile iyileştirilen akut bir bozukluk olmayıp hastanın aktif iş birliği ve etkin tedavi sonunda iyileşebilen kronik bir hastalıktır. Tedavide uygulanan modaliteler farmakoterapi, davranış modifikasyonu, terapötik gruplar (12 basamak programı), çift veya aile terapisi, psikodinamik psikoterapi ve kognitif davranışçı terapilerdir. Kompulsif seks bağımlılığı için kognitif davranışçı tedavi uygulamaları, ilk önce istenmeyen ve aşırı cinsel davranış akışının belirlenmesini hedefler. Bu davranışların bir seri düşünce ve olaylarla şekillendiği ve pozitif

pekiştirme süreçleri ile devam eden alışkanlıklar haline geldiğinin fark edilmesi hedeflenir. Hastaların hedef davranışa yönelik alternatif yanıt ve yolları denemesi, öğrenme süreçleri ile tersine çevirme alıştırmalarını uygulaması esastır. Bunlara ek olarak uyaran kontrolü, tetikleyici uyarana karşı duyarsızlaştırma gibi teknikler çalışılmaktadır. Aynı zamanda hastalar, istenmeyen bir cinsel

davranışla karşılaşılan durumlarda olasılıkları değerlendirmeyi ve stres yönetimini nasıl uygulayacaklarını da öğrenmektedir.

PANEL 6

Değişik Klinik Tablolarda Intruzif Düşüncelerin Ele Alınması

Depresyon ve Ruminatif Düşünceler

Mehmet Zihni SUNGUR

Depresyonun bilişsel davranışçı terapisi (BDT) sürecinde depresif bireyin kendisi, dış dünya ve gelecek ile ilgili şemaları ve olumsuz otomatik düşünceleri üzerine odaklanılır. BDT, depresyon tedavisinde oldukça etkili bir yaklaşım olmasına karşın ilginç bir biçimde bireyin değersizlik, yetersizlik ve başarısızlık düşüncelerine yönelik tepkilerini (metakognisyonlarını) ya da neden depresyonda olduğu ile ilgili olarak ürettiği ve zincirleme olarak devam ettirdiği ruminasyonlarına yeterince gönderme yapmamıştır. Oysa bugün elimizde metakognitif inanışların hem ruminasyonlarla hem de depresyonla bağlantılı olduğunu ve bu inanışların depresyona yatkınlık oluşturduğuna dair yeterince veri bulunmaktadır.

Ruminasyonlar hastalar tarafından başlangıçta sorun çözme, içgörü kazanma, ileride aynı duruma düşmeme amacı ile başlatılan ve hastalığı daha iyi yönetmeye yönelik bir başa çıkma stratejisi olarak kullanılır. Başka bir deyişle ruminasyonlar, olumsuz düşünceler ya da teması kayıp olan deneyimlerle ilgili olarak aktive olur. Oldukça inatçı, tekrarlayıcı bir düşünce biçimi şeklinde seyreden ruminasyonlar başlangıçta "Neden böyle hissediyorum? Mevcut durum benimle ilgili hangi bilgiyi veriyor? Nasıl daha iyi hissederim?" gibi sorulara yanıt bulmaya yönelik olduğundan birey tarafından istemli olarak başlatılır ve olumlu olarak algılanır. Ancak sıklığının, süresinin ve oluşturduğu sıkıntının artması yanı sıra bireyin işlevselliğini bozması ve sonucunda giderek istenmeyen ve kontrol edilemeyen bir tepki gibi algılanır. Hastanın ruminasyonları hakkındaki olumlu inanışları gerek depresyonun oluşumunda gerekse depresif nükslerde önemli rol oynar. Ruminasyon hakkındaki olumsuz inanışlar ise depresyonun şiddetini artırır.

Bu sunumda depresyonun oluşumu ve süregenleşmesini açıklamakta önemli bulunan metakognitif model bağlamında ruminasyonun rolü ve öneminden söz edilecektir.

Referans:

1. Papageorgiou C., Wells A. (2004) Depressive Rumination, John Wiley and Sons, England.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Intruzif Düşünceler

Şükrü UĞUZ

Yaygın anksiyete bozukluğu, anksiyete bozukluklarının temelini oluşturur. Diğer bozukluklar arasında en yaygın görülen ve komorbiditesi yüksek bir bozukluktur. En temel belirtisi endişe yani geleceğe yönelik tehdit algısıdır. YAB riski abartan, bu nedenle hazdan ödün veren hassas, duygusal empati yeteneği yüksek ortamlarda yetişir. Panik bozukluktaki felaketleştirmeyle karşılaştırıldığında YAB'da kaygı daha tanınmaz ve uzakta ve daha kabul edilebilirdir. Haz tehlikeli görülür ve gelecek için kurban edilir, zihin geleceğe yönelik karanlık senaryolar çizer, bu senaryoların gerçekleşmemesi için tedbir alır ve anı yaşayamaz.

YAB'da kaygılar: Geleceğe yöneliktir. İçeriğinde mükemmeliyetçilik, başarısız olma ve olumsuz eleştiri düşünceleri vardır. Kişi aklından geçen olumsuz düşüncelerin başına gelme olasılığı olduğunu düşünür. Yaygın Anksiyete bozukluğu olan kişi sürekli "ya ..... olursa" üzerine düşünür.

Hastaların öcelikle kaygılarını tanıyabilmeleri ve bunları gerçekçi olarak değerlendirebilmeleri için bir kaygı listesi yapmaları önerilir. Bu şekilde kaygıyı tetikleyen düşünceler zihinden kağıda geçer ve hastanın olumsuz senaryoya olan inancı bir kez daha sorgulanır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda endişeyi tetikleyen birden fazla şey olabilir. Bunlar ya dışsal olaylar (Olumsuz haberler, konuşmalar, karar aşamasında ya da belirsiz durumlarda kalmak) ya da içsel olaylardır (Düşünceler, bedensel belirtiler, duygular). Yaygın anksiyete hastalarına düşüncelerinin kendilerine ne gibi avantajlar ya da dez avantajlar sağladığı sorulabilir.

Yaygın anksiyetede iki tür kaygı mevcuttur. Bunlar: Tip I kaygı ve tip II kaygıdır. Tip I kaygıda "beni kötü durumlar için hazırlar, en kötüyü düşünürsem hayal kırıklığı yaşamam ve kötü olasılıklara karşı önlem alabilirim" gibi düşünceler vardır. Kaygıyı devam ettiren etmenlerin başında bu düşüncelerin bize fayda sağladığını düşünüp onlara sıkı sıkıya bağlanmak vardır. Bir diğer devam ettirici ise kaçınma gibi yanlış stratejilerdir. Kaçınmalar: Tv haberlerini izlememe, gazete haberlerinin üçüncü

sayfasını okumama ve garanti arama davranışlarıdır. Bazen kaçınmalar davranış olarak değil zihinsel olarak da ortaya çıkabilir. Kaçınma kişilerin sonucun ne olacağını görme imkanını elinden alır. Sonuç zannettikleri kadar kötü olmayabilir. Endişelenmek tamamen kontrol edilemez ve çok aşırı tehlikeli kötü bir şey değildir.

Obsesif Kompulsif Bozuklukta Intruzif Düşünceler

Erhan ERTEKİN

*Özet ulaştırılmadığından dosyaya ilave edilememiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Intruzif Düşünceler

Berk Murat ERGÜN

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB); travmatik bir olaya maruziyet, şahit olma ya da dolaylı olarak olayı yaşayan yakınlarından öğrenme, olayın hoş olmayan ayrıntılarıyla yineleyici ya da aşırı bir boyutta yüzleşme sonrasında ortaya çıkan; intruzif semptomlar, kaçınma, biliş ve duygu durumunda olumsuz değişimler ve uyarılmışlık ve reaktivite semptom kümeleriyle tanımlanmış bir psikiyatrik bozukluktur (1).

İntruzif semptomlar travmayla ilintili istenmeden gelen, kontrol edilemeyen ve tekrarlayan anılar, rüyalar, imgeler, düşünceler ve dürtülerden oluşur. İntrüzyonlar travmatik olay anının tekrar yaşanırcasına anımsanması ya da olay öncesi veya sonrası anların birden imgelenmesi şeklinde olabilir. İntuzif düşünceler olay anıyla ilgili olabildiği gibi olay öncesi, sonrası ve sonuçlarıyla ilişkili de olabilir. Dürtüler sıklıkla hayatta kalmakla ilgili istençler şeklindedir.(2)

TSSB'da imgesel intrüzyonlar yalın düşünsel intruzyonlara göre daha sık görülmektedir. İntruzif düşüncelerin içeriğini, yaşanılan travmatik deneyimle ilgili korku ve anksiyete oluşturan anılardan öte kişinin yaşadığı deneyime anlam arayışı belirlemektedir. Temel olarak bu düşünceler 3 kategoriye ayrılabilir; 1.Tehdit ve tehlikeyle ilgili düşünceler ("güvende miyim ? ", vb) 2. Kendi hakkında olumsuz düşünceler ("kötülükleri hakeden birisiyim", vb) 3.Olayın anlamı hakkındaki düşünceler ("neden bu benim başıma geldi ? ", vb). Travma ile ilişkili intrüzyonlar TSSB'nun gelişimi ve sürdürümünde önemli role sahiptir. (3)

KAYNAKLAR:

1. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th edition).
2. Ehlers, A., Clark, D. M. (2000) . A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behavioral Research and Therapy, 38, 319-345
3. Clark, D.A. Intrusive Thoughts in clinical disorders. Theory, research, and treatment. (2005) Guilford Pres, New York.

PANEL 7

Şizofreni Tedavisinde Psikoterapotik Müdahele Yöntemleri

Şizofrenide İyileştirim Yöntemleri

Mustafa YILDIZ

Şizofreni hastaların önemli bir kısmında yaşam niteliklerinde düşme ve yetiyitimiyle giden ciddi bir ruhsal hastalıktır. Şizofreni tedavisinde ilaç tedavilerine eklenen ruhsal toplumsal iyileştirim çalışmalarının amacı hastaların içinde yaşadıkları toplumda daha az yardımla daha bağımsız ve daha doyumlu bir yaşam sürmelerini sağlayacak becerilerle donanmasıdır. Hastalığın neden olduğu yetiyitimini azaltmaya yönelik tüm girişimler ruhsal iyileştirim kapsamında değerlendirilir.

Bu konuşmada ruhsal iyileştirim kuramsal ve uygulamalı yönleriyle ele alınacaktır. Ruhsal iyileştirim yetiyitiminden yola çıkan ve iyileşmenin sınırsız yolculuğuyla devam eden, hastanın ve ailenin gereksindiği anda ve gerekli olduğu oranda kurumlar arası eşgüdümle ve donanımlı bir takımla sürdürülen çabalar bütünüdür. Aceleye gelmez, sabırlı ve uzun sürekli çalışmalar gerekir.

Ruhsal iyileştirim kapsamında değerlendirilen girişim teknikleri genellikle şunlardır: Hastaların hastalıklarıyla başa çıkmalarını sağlamak için *hastalık özyönetimi*, toplumsal yaşamlarını kolaylaştırmak için *beceri eğitimi*, aile üyelerinin tedavinin önemli bir bileşeni olmalarını sağlamak için *aile eğitimi*, aile ve toplumsal destekleri yeterli olmayan hastalar için *olgu yönetimi*, hastaların zamanlarını daha iyi değerlendirmeleri, işe yaradıklarını hissetmeleri için *uğraş ve iş çalışmaları*, anlık kriz durumlarında hızlı girişimi sağlamak için *yerinde girişken tedavi*, hasta ve ailelerin gereksindikleri destekler için *toplumsal destekler*, barınma gereksinimleri için hastalara sağlanacak *barınma olanakları*.

Şizofreni Hastasına Psikoterapötik Yaklaşım İlkeleri

Haldun SOYGÜR

Günümüzde şizofreni tedavisinde, kimi psikoterapi yöntemlerinin etkinliği kanıta dayalı olarak gösterilmiş ve tedavi algoritmalarında yerini almış olsa da, günlük pratikte şizofreni hastalarına psikoterapi uygulanması hak ettiği karşılığı bulmamakta ve önemsenmemektedir. Oysa, tedavinin başlatılabilmesi, hasta için en doğru ilacın en doğru biçimde kullanabilmesi ve tedavinin işbirliği içinde sürdürülebilmesi de dahil olmak üzere, başarılı bir şizofreni tedavisi, ancak psikoterapiler ve sosyal hizmetin varlığı ile olanaklıdır. Şizofrenide tedavi ve iyileştirim (rehabilitasyon) süreçlerinin birlikte başladığı düşünüldüğünde, bu saptama daha da geçerli olmaktadır. Şizofreni hastası ile terapötik bir işbirliğini yaşama geçirebilecek hekimin öncelikle tüm önyargılardan uzak, tanı ve sınıflandırma dizgelerinin dar kalıplarının ötesinde, insan insana bir ilişkiyi başlatan ve sürdüren, kısaca "hastayla birlikte" olan bir tutumu benimsemesi gereklidir. Yaklaşımın sadece hasta ile bireysel düzeyde sınırlı kalmaması, grup, aile ve toplum düzeyinde de bir ufka sahip olması, "sağaltıcı topluluk" ilkelerini her düzeyde benimsemesi beklenir. Hekimin şizofreni ile ilgili tüm psikoterapi ve iyileştirim tekniklerini belirli ölçüde bilmesi, görüşmede bunlardan eklektik olarak yararlanması ve yeri geldiğinde bu tekniklerin daha kapsamlı biçimde uygulanmasına olanak sunması, bu yönde kimlerle ve nasıl işbirliği yapacağını bilmesi, ancak hastasıyla bağlantısını hiçbir şekilde kaybetmemesi çok önemlidir. Uzun soluklu, güven verici niteliğini hiç yitirmeyen, esnek, eklektik, donanımlı ve sabırlı bir yönelim şizofreni hastası için psikoterapötik yaklaşımın çekirdek ögelerini oluşturur.

Şizofreni Belirtileri İçin Kognitif Davranışçı Tedavi Müdahaleleri

Uğur ÇAKIR

Günümüzde, esas olarak depresyon ve anksiyete tedavisinde kullanılan bilişsel ve davranışçı tekniklerin, şizofreni gibi ağır psikiyatrik bozuklukların tedavisinde diğer müdahalelerle bütüncül olarak kullanılmasına olan ilgi giderek artmaktadır. Bazı bireylerde tek başına farmakoterapinin şizofreni belirtilerinin sağaltımında yetersiz kaldığı bilinmektedir. Şizofreni hastalarında, bilişsel davranışçı müdahalelere iyi yanıt veren travma sonrası stres bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları veya depresyon eşliği sıkça gözlenmektedir. Bu bireylerin tedavi süreçlerine bilişsel davranışçı müdahalelerin eklenmesi tedavi etkinliğini arttırabilir.

Turkington şizofreni sağaltımında kullanılan bilişsel davranışçı teknikleri aşağıdaki şekilde özetlemiştir.

1. Hasta odaklı terapotik işbirliğinin geliştirilmesi.
2. Şizofreni belirtilerine dair alternatif açıklamaların oluşturulması
3. Pozitif ve negatif belirtilerin kişi üzerindeki etkilerinin azaltılması
4. Tedavi uyumunu arttırarak biyolojik yaklaşıma bir alternatif sunmak.

Bu sunumda mevcut literatür ve araştırmalar ışığında şizofreni tedavisinde bilişsel davranışçı müdahalelerin etkinliği ve klinik kullanımı hakkında bilgilerin paylaşılması amaçlanmıştır.

PANEL 8

Psikiyatri Hemşireliğinde Kognitif Davranışçı Terapi

Psikiyatri Hemşireliğinde Kognitif Davranışçı Terapilerin Şizofrenide Kullanımı ve Deneyimle

Lüftiye KAŞKA

Bilişsel davranışçı terapiler (BDT), öğrenme kuramlarını temel alan, sorun odaklı ve "burada ve şimdi'' ile ilgilenen terapilerdir. BDT'de işlevsel olmayan inanç, düşünce, duygu ve olumsuz benlik algısı ele alınır. (1,2)

Şizofreninin temelinde düşünce yapısı ve içeriğinde bozukluk olduğu bilinmesine ragmen BDT yaklaşımları bazı nedenlerle şizofreni tedavisinde yeterince kullanılmamıştır. Bunlar:

-Şizofreni BDT'nin tedavi edemeyeceği kadar ciddi bir hastalıktır.

-Hastalığın biyolojik kökeninin olması psikososyal yaklaşımları gereksiz kılar.

-Sadece farmako terapi yeterlidir

-Şizofreni hastaları yeterli bilişsel düzeye sahip değildirler şeklindeki görüşlerdir. (2)

Şizofrenide BDT uygulanmasını destekleyen araştırmalara göre farmakolojik tedavinin tüm yararlarına karşın, tedavinin yeterince başarılı olmadığı ve inatçı pozitif belirtilerin sürdüğü gösterilmiştir. Ayrıca BDT'nin ilaca dirençli pozitif belirtiler üzerinde etkili olduğunu gösteren araştırmalar davardır. (2)

Psikotik bozukluğu olan bireylerin çoğunda yoğun anksiyete, yalnızlık umutsuzluk, değersizlik ve kabul görmeme gibi durumlar görülmektedir. Araştırmalar bu duygusal (emotional) bozuklukların nüksler ve intihar riski açısından önemli olduğunu göstermektedir. (2)

BDT'nin bu duygusal bozukluklarda ki bu etkileri yıllardır bilinmektedir. BDT 'stres zedelenebilirlik modeli` ile stresle başa çıkmayı öğretmekte, 'yaşam becerileri ve yaşam eğitimi' komponenti ile bireylerin sosyal yaşama uyumunu, aile yükünün azalmasını sağlamaktadır. (3)

Psikiyatri hemşireliğinde şizofreni olgularının takibinde temel BDT prensipleri uygulanmaktadır. Bunlar iyi terapötik ilişki, psikotik deneyimlerin normalleştirilmesi, hastalıkla ilgili rasyonel geliştirmenin sağlanması, eşlik eden bozuklukların iyileştirilmesi ve inatçı belirtilerle özgül tekniklerin uygulanması şeklindedir. (2)

Temel amaçlar;

-Psikoza eşlik eden anksiyeteyi ve hastalardaki yeti yitimini azaltarak tedaviye uyumu sağlamak,

-Duygusal aksaklıkları düzenlemek,

-Nüksü önlemek.(3)

Bu sunumda ilaç tedavisine ek olarak psikiyatri hemşiresi tarafından yürütülen tedaviler olgu sunumları eşliğinde anlatılacaktır.

Kognitif Davranışçı Terapinin "Hemşirelik Süreci"ne Entegrasyonu

Selin GÜMÜŞTAŞ

Dünya Sağlık Örgütüne göre hemşirelik süreci, hemşirelik bakımında bilimsel problem çözümleme yönteminin sistemli bir biçimde kullanılmasıdır. Hemşirelik süreci hemşirelik mesleğinin problem çözen sistematik bilimsel metodudur.

Hemşirelik süreci birbirini tamamlayan beş temel aşamadan oluşur.(4)

1. Durumun belirlenmesi / veri Toplama
2. Hemşirelik tanısı belirleme / tanılama
3. Planlama
4. Uygulama
5. Değerlendirme

1. Durumun belirlenmesi

Bireyin bakımına ve tedavisine temel oluşturacak bilgiler toplanarak bireyin ilk değerlendirilmesi yapılır. Bu aşamasında açıklığa kavuşturulması gerekenler şunlardır.

-Problemin öğeleri (probleme eşlik eden duygular, bilişler, davranışlar, fiziksel yakınmalar, problemin kişilerarası yönleri).

-Problemin oluşmasına katkı sağlayan olayların örüntüsü (ne zaman, nerede, kiminle ortaya çıktığı, iyileştiren, arttıran, azaltan faktörler).

-Problemin süresi (ne kadar zamandır sürdüğü, ne sıklıkla oluştuğu, ortaya çıktığında ne kadar devam ettiği, günlük yaşantısını nasıl etkilediği).

-Danışanın baş etme becerileri, güçlü yanları, olanakları (sorunlarla nasıl başettiği, işe yarayan stratejileri, güçlü yanları, destekleri ve olanakları).

Verilerin toplanmasının ardından analizi ve yorumu yapılarak hemşirelik tanısı formüle edilir. (4,5)

2.Hemşirelik Tanısı Belirleme

Elde edilen verilerin analizi ve yorumlanması, bilgilerin gruplanmasını, grupların isimlendirilmesini kapsar. Toplanan veriler NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) tanı ölçütlerine uygun olarak gruplandırılır. Seçilen tanıya özgü tanılayıcı özellikler hastanın belirti ve bulgularıyla karşılaştırılarak uygun tanı belirlenir. Böylece hastanın problemi tanımlanarak hemşirelik tanısı oluşturulur ve girişimler planlanır. (4)

3.Planlama

Planlama aşamasında öncelikler, hedefler ve beklenen sonuçlar belirlenir. Hangi girişimlerin uygulanacağına karar verilir. (4)

Hedefler belirlenirken hedeflerin gerçekçi ve ulaşılabilir özellikte olmasına, karmaşık hedeflerin ulaşılabilir küçük hedefler haline getirilmesine, elde edilecek kazanımların yaşam kalitesini etkileyecek nitelikler taşımasına dikkat edilmelidir. (3)

4.Uygulama

Psikiyatri hemşireliğinde şizofreni olgusuyla çalışılırken bilişsel davranışçı terapilerin şizofreni tanısı konulan hastalarda uygulanan genel ilkeleri hemşirelik girişimlerinin planlanmasında esas alınır. (1,3)

5.Değerlendirme

Belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir. Hedeflere ulaşılamadığı durumlarda gereksinim için yeniden plan yapılması gerekir. Böylece yeniden başa dönülmüş olur. Bu yönüyle süreç dinamiktir. (4)

Bu sunumda hemşirelik uygulamalarının bilimsel metodu olarak kullanılan hemşirelik sürecinin bilişsel davranışçı tekniklerle entegre edilmesi olgu örnekleri üzerinden sunulacaktır.

Hemşirelik Pratiğinde Şizofreninin Kognitif Davranışçı Terapisinde Karşılaşılan Güçlükler

Sibel KALUK SARAÇ

Şizofreninin temelinde, düşüncenin yapısı ve içeriğinde bozukluk olduğu bilinmesine karşın, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, şizofreni tedavisinde yeterince kullanılmamıştır.(6)

Bilişsel-davranışçı terapinin (BDT) amacı öncelikle gerçekçi olmayan ya da birey için sorun olan düşüncelerin tanımlanmasıdır. Sorun olan düşünce tanımlandığında, o düşüncenin birey üzerindeki etkisi tanımlanabilir. Tedavi ekibindeki psikiyatri hemşiresi işlevsel olmayan bu düşüncelerin, nasıl sorun yaratabileceğini görmesinde hastaya yardım edebilir.(1)

Günümüzde şizofreniye yönelik BDT uygulamaları, temelde hastalığa bakış açısını normalleştirerek kendine yönelik etiketlemeyi, sanrı, varsanılar gibi psikotik belirtilerin sıklığını ve şiddetini azaltmaktadır. Ayrıca bu belirtilerin deneyimlenmesine bağlı olarak ortaya çıkan anksiyete, depresyon, umutsuzluk gibi sorunları gidermek, benlik saygısını arttırmak üzere uygulanan stratejileri de içermektedir.(6)

BDT hasta ve terapistin sorunun anlaşılması ve çözümü konusunda işbirliği yapmasını sağlar ve hastayı kendine uygulanan terapinin pasif-edilgen seyircisi konumundan çıkarıp, etkin katılımcısı durumuna getirir.

Hasta ve terapist arasında kurulan iyi bir terapötik ilişki tedavinin sonucunu belirleyen önemli unsurlardır.(2)

Psikiyatri hemşireliğinde şizofreni hastalarının takibini zorlaştıran bazı etmenler vardır. Bunlara örnek olarak;

-Hastaların;hastalığına karşı içgörüsüz, tedaviye ve BDT girişimlerine uyumsuz olması,

-Kendisine veya etrafına zarar verme riskinin bulunması,

-Psikozuna bağlı olarak günlük etkinliklerinde belirgin bir bozulma göstermesi,

-Dış dünyayı tehlikeli algılaması, şüphe ve korkuları,

-Davranışlarının anormal ve kontrol edilemez olması,

-Ciddi depresyon, travma öyküsünün olması,

-Duygularını sözel ifade etmede ki yetersizlikleri olarak sıralanabilir.(7,8,9)

Şizofrenide ortaya çıkan bilişsel yeti kayıpları hastalığın seyri üzerinde olumsuz etki yapmakta, bellek ve dikkat sorunları hastaların tedaviye uyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir.(10)

BDT teknikleri, bireyin uyum bozucu davranışlarını değiştirmek, sağlıklı baş etme yanıtlarını artırmak amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından sağlık bakımının verildiği her ortamda kullanılabilir.(1)

Hastanın düşünce biçimini tespit ettikten sonra tedavi hedefleri olabildiğince somutlaştırılmalı ardından ev ödevleri verilmeli. Hastanın terapi esnasında irritabilitesi yakından takip edilmeli. Böyle durumların tespitinde tedavi müdahaleleri değiştirilip ilaç tedavisinin tekrar düzenlenmesi için tedavi ekibiyle durum paylaşılmalı. Tedavinin tüm aşamaları uzman psikiyatrist eşliğinde yürütülmelidir. İlaç yan etkileri konusunda hemşirenin donanımlı olması tedavi katılımını artıran önemli bir etkendir.

Bu sunumda şizofrenide bilişsel-davranışçı terapi tekniklerinin hemşirelik uygulamalarında ki güçlükleri anlatılacaktır.

KAYNAKLAR

1.Demiralp M, Oflaz F (2007) Bilişsel- Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması, Anadolu Psikiyatri Dergisi , 8:132-139

2.Sungur MZ ,Yalnız Ö (1999) Şizofreni Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar,Klinik Psikiyatri,2:160-166

3. Aker T, Sungur MZ (2001) Şizofrenide Bireysel Bilişsel ve Davranışçı Terapi Yöntemleri, İstanbul: Kutu Grafik

4.Birol L (2011) Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım İzmir:Etki Yayınları 10.Basım

5.Hackney H, Cormier S (2008).Psikolojik Danışma İlke ve Teknikleri: Psikolojik Yardım Süreci El Kitabı(T. Ergene, S.Aydemir Sevim Çev.) Ankara:Mentis Yayıncılık.

6.Mortan O, Sütcü ST (2011) İşitsel varsanılarda bilişsel davranışcı terapi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, 3(4):647-663.

7.Doğan O (2010) Dirençli obsesif kompulsif bozukluk ve tedavi seçenekleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 11:269-278

8.Eren N (2010) Ağır kişilik bozuklukları ve hemşirelik girişimleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(2):86-95

9.Özçelik B ve ark. (2002) Süregenpsikotik bozukluğu olan hastaların tedavi, bakım ve uyum sorunları bağlamında Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'ndeki uygulamalar ve yaşanan güçlükler. Düşünen Adam Dergisi, 15(2): 85-89

10.Eryıldız D (2008) Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi'ne devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi.

PANEL 9

Çocukta Sosyal Beceri Eğitimi

Çocukta Sosyal Beceri Eğitimi İçin Bütünleştirici Bir Yaklaşım: SOBECE

Aygün Tuçe ATAŞ

Sosyal beceri; bireyin kendini ifade etme,çevresindekilerle iletişim kurma, toplumsal sorumluluklarını yerine getirme, içinde bulunduğu gruba uyum sağlamaamacı ile sergilemesi beklenenöğrenilmiş davranışların tümünü ifade eder. Sosyal yeterlik ise kişinin görevini, rollerini yeterli bir şekilde yaptığını gösteren sonuç veya yargılamaya dayanan değerlendirmedir. Sosyal beceri yetersizliği, bireyin çeşitli sosyal becerilere sahip olmaması veya sahip oldukları halde becerileri uygun ortam ya da durumlarda kullanamaması halidir.Sosyal beceri eksikliği, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, öğrenme güçlüğü, sosyal kaygı, karşıt gelme bozukluğu, öfke kontrol zorluğu, yaygın gelişimsel bozukluk, uyum ve davranış sorunları ve gelişimsel gerilik yaşayan çocuklarda daha belirgin şekilde ortaya çıkmaktadır.Sosyal becerilerde yetersiz olan çocuklar yaşamları boyunca, evde ve okulda uyum sorunları yaşamakta, kişiler arası ilişkilerde, akademik çalışmalarında, duygusal davranışsal alanlarda, mesleki yaşamlarında çeşitli problemlerle karşılaşmaktadır. Yetişkinde sosyal

beceri eğitimine ilişkin pekçok model ve kaynak bulunmasına rağmen çocuklarda bu alandaki çalışmalar sınırlıdır. Çocukla sosyal beceriyi çalışırken daha eğlenceli, yaratıcı çalışılmasına gereksinim duyulmaktadır. Buradan hareketle çocukla sosyal beceriyi daha etkin ve eğlenceli çalışabilmek için bir "Sosyal Beceri Eğitim Programı (SOBECE)" hazırlanmıştır. SOBECE'de sosyal beceriler şu şekilde sınıflanmıştır.

- İlişki başlatma ve sürdürme becerileri
- Grupla etkileşim ve bir iş yürütme becerileri
- Duygulara yönelik beceriler
- Saldırgan davranışlar ve dürtülerle başa çıkma becerileri
- Problem çözme becerileri
- Plan yapma becerileri

Bu başlıklar altında yaptığımız çalışmalarda yaklaşık 70 beceri, yüzlerce egzersiz ve oyunla desteklenmiştir. SOBECE kognitif davranış terapisi,psikodrama, sosyal öğrenme kuramı , rol canlandırma, akran destekli öğrenme yaklaşımları temel alınarak hazırlanmıştır.

"Zor Çocuklarla" SOBECE Pilot Uygulaması

İlknur EFEÇINAR

SOBECE (Sosyal Beceri Eğitim Programı) pilot uygulaması, 6 çocuk ile toplam 12 seanslık grup çalışması şeklinde gerçekleştirilmiştir. "Zor Çocuklar" başlığı altında topladığımız çocukların tanıları şu şekildeydi: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, öğrenme güçlüğü, karşıt gelme bozukluğu ve öfke kontrol güçlüğü. Aileleri ve öğretmenleriyle yapılan görüşmelerde bu çocukların hem okulda hem de evde sosyal beceri alanında çeşitli güçlükler yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu pilot çalışmanın hedefi çocukların bir taraftan sosyal becerilerini geliştirirken, aynı zamanda bunları uygulayabilecekleri ve deneyimleyebilecekleri bir ortam sağlamaktır. SOBECE öğrenilen davranışların bir çok terapide zorluk oluşturan davranışın genellenmesi, kalıcılığı ve gerçek yaşama aktarılması bakımından imkan tanımaktadır. Süreç içinde çeşitli çocuk oyunları, masallar, öyküler, drama, kuklalar, oyuncaklar, resimli kartlar ve çeşitli malzemeler kullanılmıştır. Grup çalışmalarında önceden yapılandırılmış ödül ve yaptırımlar kullanılmıştır. Bu çalışma sonunda çocukların ilişki başlatma ve sürdürme, grupla iş bölümü yapma, grup içi kurallara uyma, duygularını tanıma, ifade etme, saldırgan davranışlarını kontrol etme, problem çözme vb. becerilerinde belirgin gelişmeler gözlenmiştir. Çocuklardaki bu gelişim öğretmenleri ve ebeveynleri tarafından okul ve ev yaşamında da izlenmiştir. Bu programın daha geniş kitlelere kontrollü çalışmalarla uygulanması planlanmaktadır.

Özel Eğitime İhtiyaç Duyan Çocuklarda Sosyal Beceri Gelişimi: Eğitsel Bakış Açısı
Nalan BABÜR

Özel ihtiyaçları olan çocukları, normal gelişim gösteren çocuklarla birlikte eğitmek uzun yılların sorusu ve ve ülkemizde kaynaştırma eğitimleri halen doğru çözümlerin üretilemediği bir konu. Kaynaştırma eğitimleri yasal bir zorunluluk olsa da, müdahale programlarını (özellikle sosyal beceri gelişimi) uygulamaya koymak ve öğretmenlerin bunların doğru ve etkin uygulamalarını sağlamak hem uygun müfredat, hem de kaliteli öğretmen eğitimi ile yakından bağlantılıdır.

Günümüzde sosyo-duygusal gelişim konusunda geliştirilmiş pek çok program vardır. Burada en önemli nokta, belli bir program üzerinden gitmekten çok, hangi tekniğin (tekniklerin) çocuğun ihtiyaçlarına en iyi şekilde cevap verebileceğini belirlemek, uygulama için materyal geliştirebilmek ve bunların nasıl uygulanacağını bilmektir. Bu nedenle, çocuğun sosyo-duygusal gelişimini sağlamak ve davranış problemlerini etkin olarak çözmek amacıyla okullarda kullanılabilecek "eğitim piramidi modeli" ve bu model çerçevesinde kullanılan belli teknikler tanıtılacaktır.

PANEL 10
Travmada KDT ve EMDR Yaklaşımları ve Entegrasyonu

Travmada KDT ve EMDR Yaklaşımları, Etkinlik ve Verimlilik Alanları,
Gülay OĞUZ

Normal durumlarda güvenliğin yeniden sağlanması için flaşbekler bilginin bir sistemden diğerine aktarılmasını sağlar. Bilgi aktarımının sağlanmasıyla flaşbeklerin sıklığı hızla azalır. Travmatik olaylar olağan uyum mekanizmalarının bozulmasına yol açar

EMDR, psikodinamik, bilişsel, davranışsal ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yaklaşımların öğelerini bir araya getiren bir yöntemdir (Shapiro, 2001). EMDR tekniği ikili uyarımlar yoluyla bireylerin zihinlerine hapsolmuş ve şu anki yaşantılarını etkileyen rahatsız edici anıları ortaya çıkararak, bu anılara dair duyarsızlaşmanın sağlanmasını amaçlamaktadır.

EMDR süreci:

1) Daha önceki dönemlere ait anıların çözülmesini sağlamak (örneğin iç görünün ortaya çıkarılması, bilişsel yeniden düzenleme, uygun (adaptive) duygulanım ve fiziksel tepkiler),

2) İkinci derece koşullanmanın sonucu olarak, mevcut stres faktörünü tetikleyen uyaranın duyarsızlaştırılması

3) Gelecekte daha iyi işlev gösterilebilmesi için uygun tutumların, becerilerin ve arzu edilen davranışların yerleştirilmesi sürecidir.

KDT , hastayla işbirliği esasına dayanan,sorun odaklı, zaman sınırlı ve yapılandırılmış bir terapidir.

EMDR ve KDT ilişkisi:

-EMDR, göz hareketleri olmadan eski ve yeni davranışsal tedavi metodlarının kısıtlı bir integrasyonu olarak ele alınabilir

-EMDRın etkisi tamamıyle doğrudan imajinal exposure etkisi yaratmaktadır.

EMDR ve KDT farkı:

Davranışçı terapistler daha çok güncel -o anki konulara , EMDR uygulayıcıları ise geçmiş anılara ve bu anıların duygusal bağlantısına çok daha fazla odaklanmaktadırlar.

-EMDR'nin yapısı, taşırma tekniği - maruz bırakma, hayali maruz kalma veya bilişsel terapiden farklıdır.

Davranışçı terapi EMDR ne katabilir?

-Semptomu tetikleyen güncel durumla çalışmak,

-Danışanın problemini sürdüren faktörleri ve onun davranış değişimine ulaşmasında onu cesaretlendiren kişilerarası olumlu-olumsuz durumlar,

-Kendisini kontrol etme becerileri kazandırma,

- Danışanların seans devamlılığını sağlama.

-Ev ödevlerinin tutarlılığı EMDR yi sistemik hale getirir.

Literatür:

1-Shapiro, F.(1995).Eye Movement Desensitization and Reprocessing :Basic Principles, Protocols, and Procedures . Guilford Press: New York.

2-Devilly, G. J. & Spence, S. H.(1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stres disorder.Journal of Anxiety Disorders 13 , 131–157.

3-Seidler GH, **Wagner FE**. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. **Psychol Med.**

2006 Nov;36(11):1515-22. Epub 2006 Jun 2.

Travmada KDT ve EMDR'ın Entegrasyonunun Kazandıracakları
Emre KONUK

Travmatik yaşantıların yol açtığı psikolojik rahatsızlıklar ve sorunların tedavisinde kullanılan ve etkililiği kanıtlanmış yaklaşımlardan biri Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT)'dir (Witteveen ve ark., 2009). Yaşanan travmaya odaklanmanın yanında, bu olaya bağlı bilişsel ve davranışsal kaçınma, gevşeme, bilişsel yeniden yapılandırma gibi yöntemlerle işlenir. Travma odaklı BDT (TO-BDT), akut veya kronik travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan afet mağdurlarında, tedavide ilk seçenek olarak tavsiye edilmektedir (Bisson ve ark., 2007).

Etkililiği kanıtlanmış olan diğer bir yaklaşım da ilk çalışmaları 1989'da Shapiro tarafından yapılmış EMDR'dir. EMDR, patolojinin uygun olmayan bir şekilde yerleşmiş algılamalardan ortaya çıktığını var sayan, bilgi işleme modeline dayanan bir yaklaşımdır. Rahatsız edici olaylara ulaşılmasını, bu olayların işlenmesini hızlandırmak için duygusal, bilişsel ve bedensel öğelere odaklanmaktadır. Kronik TSSB'de ilk tercih edilecek yöntemlerden biri olarak görülmektedir (NICE, 2005). Spates ve arkadaşları (2005), EMDR'ın TO-BDT kadar etkili olduğunu göstermişlerdir. Travmada bu iki yaklaşımın etkinliği ve verimliliği ile ilgili çalışmaların paylaşılacağı panelde, BDT ve EMDR'ın nasıl entegre edilebileceği, bu entegrasyonun neler kazandıracağı değerlendirilecektir. Ayrıca entegrasyonun uygulanmasında hangi zorluklarla karşılaşabileceği ve çözüm yolları tartışılacaktır.

Travmada KDT ve EMDR'ın Entegrasyonunun Zorlukları
Burcu SEVİM

Psikoterapi, bireyin mevcut algıları, düşünceleri, duyguları, hedefleri, doğuştan gelen dürtüleri ve koşullanmış davranışları ile ilgilenir. Her yaklaşımın farklı bir formülasyonu, müdahale şekli ve teknikleri bulunmaktadır. Farklı psikoterapi yaklaşımlarını entegre etme fikri 1930'larda gündeme gelmiştir ve harekete geçilmiştir. Entegrasyon, birden fazla psikoterapi yaklaşımındaki konsept ve müdahalelerin bir araya getirilmesi girişimidir. Bu girişim için belli bir çerçeve oluşturmak gerekmektedir ve günümüzde entegrasyon girişimleri daha da hız kazanmıştır ancak beraberinde bazı soru işaretlerini ve zorlukları da getirmektedir. Kendisinin "eklektik" ya da "entegratif" bir yaklaşımla çalıştığını belirten psikoterapist sayısı günümüzde bir hayli fazladır. Ancak bu entegrasyonun ne şekilde yapıldığı, etkililiği konusunda da bahsi geçen zorluklar ve soru işaretleri varlığını sürdürmektedir. Aynı zamanda eklektik ya da entegratif çalışma konusunda, Rogers (1951), Snygg ve Combs (1949) gibi tek bir yaklaşımla çalışan uzmanlar tarafından çerçevenin net çizilememesi, objektivitenin arttırılamaması gibi çeşitli eleştiriler getirilmektedir. Bu panelde, travma uygulamalarında önde gelen iki yaklaşımın, KDT ve EMDR'ın entegrasyonunun rasyonelindeki sorgulanması gereken noktalar ele alınacak, entegrasyonun sağlanmasında hem teorik hem pratik anlamda ne gibi zorluklarla karşılaşılabileceği, bu zorlukların aşılmasında neler yapılabileceği tartışılacaktır.

PANEL 11

OKB ve Panik Bozuklukta Kognitif Davranışçı Grup Terapileri

Ana Hatlarıyla Kognitif Davranışçı Grup Terapileri
Hüseyin ÜNÜBOL
OKB ve Panik Bozukluk İle Yapılmış Çalışmalar
Mustafa Burak BAYKARAN
Kendi Pratiğimiz ve Sonuçların Yorumlanması
Medine YAZICI GÜLEÇ

Obsesif-kompulsif bozukluk ve panik bozukluk toplumda toplumda sık görülen bozukluklardır. Özellikle işlevselliği ciddi anlamda bozabilmeleri, tedaviye rağmen kronik seyirli olabilmeleri veya tekrarlayabilmeleri nedeniyle sadece ilaçlarla tedaviyi sürdürmek yetmemektedir. Özellikle kognitif davranışçı terapilerin (KDT) etkinliklerine ait kanıtların gün geçtikçe artıyor olması KDT\'yi tedavinin vazgeçilmez parçaları haline getirmiştir.

KDT\'nin etkinliğinin yüksek oluşu, hasta gruplarına ulaşılabilirliğin arttırılması hedefini de

beraberinde getirmiş, polikliniğe veya grup psikoterapilerine uyarlanma çalışmalarını başlatmıştır. Özellikle Türkiye\'de ki poliklinik pratiğinde bu tarz hastaların hepsine KDT tedavisinden yararlanma fırsatını verebilmek mümkün olmamaktadır. Kognitif davranışçı grup terapileri (KDGT) maliyetin düşmesi, daha fazla kişiye ulaşılması açısından avantajlı görünmektedir. KDGT bilginin paylaşılması, sorunların evrenselliğinin keşfedilmesi, diğer hastaların gelişimlerinin gözlenmesiyle umudun artması, fedakarlığın ve diğer insanlara yardım etme istediğinin gelişimi, diğerlerinin davranışlarının gözlenmesi yoluyla da hataların düzeltilmesi ve grubun uyumu ödevlere olan bağlılığın artması gibi terapinin etkinliğine katkı sağlaması gibi grup faktörlerin ekleneceği varsayımından yola çıkmıştır.

Bu panel aracılığıyla KDGT\'ye biraz daha yakından bakmak, özellikle OKB ve panik bozuklukta yapılmış çalışmaları, kendi pratiğimiz ile karşılaştırıp sunmak istiyoruz.

PANEL 12

Öfke, İntihar ve Kendine Zarar Verme Davranışı

Öfkenin Kognitif Davranışçı Terapisi,

Gülçin ŞENYUVA

Öfke, insanın doğuştan getirdiği ve yaşamının ilk yıllarından itibaren gelişen doğal, evrensel, insanın yaşamını sürdürmesinde gerekli olan duygusal bir tepkidir. Tamamen normal, sağlıklı ve doğal bir duygudur. Ancak hem olumlu hem de olumsuz sonuçlar doğurabilecek bir süreçtir. Öfkeyi basit bir sinirlilik ve kızgınlık halinden, yoğun hiddet durumuna kadar değişen dereceli bir duygu olarak ifade etmek de mümkündür. Kimi zaman kısa süreli, orta şiddette ve hatta kişiye faydalı kimi zaman da çok şiddetli, yoğun, tahrip edici ve kişiye zarar verici olabilmektedir. Bu duygunun açık bir şekilde doğrudan ifade edilmesinin yıkıcı bir özelliği olduğu düşünüldüğü için olumsuz bir duygu olarak kabul edilmektedir. Sağlıksız bir şekilde ifade edilen öfke duygusu kişilerarası ilişkilerde problemlere neden olurken, bastırılmış öfke de pek çok fiziksel hastalık ile ilişkilendirilmektedir. Tüm bu olumsuz sonuçları yaşamamak için insanlar, öfkenin kendilerini kontrol etmesine izin vermek yerine, kendi öfkelerini kontrol edebilmeyi öğrenebilmelidirler (Kellner&Bry, 1999; Soykan, 2003).

Öfkeyi azaltmaya yönelik pek çok terapi programının içeriğine bakıldığında kognitif davranışçı yaklaşıma dayandığı görülmektedir (Kweon ve ark., 2008). Kognitif Davranış Terapi temelli öfke kontrolünde; davranışın sıklığı, ne zaman ve hangi ortamlarda ortaya çıktığını bulmak, öfkenin yarar

ve zararlarını tespit etmek, kişinin kendisini ifade etmesi ve problem çözme becerisini geliştirmek yer almaktadır.

KAYNAKLAR:

- Kellner, M. H., & Bry, B. H., (1999). The effects of anger management groups in a day school for emotionally disturbed adolescents. Adolescence, 34 (136), 645-651
- Kweon, B. S., Ulrich, R. S., Walker, V. D., & Tassinary, L. G. (2008). Anger and stres. Environment and Behavior, 40 (3), 355-381

Soykan Ç (2003). Öfke ve öfke yönetimi, Kriz Dergisi, 11 (2): 19-27.

Kendine Zarar Verici Davranışın Kognitif Davranışçı Terapisi

Ömer ŞENORMANCI

Kendine zarar verici davranış ölüm amaçlı (suisid girişimi), ölüm amacı olmaksızın (kasıtlı kendine zarar verme, parasuisid), zevk amaçlı (mazohizm, kendi kendine uyarma) ve dikkat çekme amaçlı (Munchausensendromu, temaruz) olabilir. Daha çok genç yaş grubunda görülür. Lise öğrencileri arasında yaşam boyu prevalansı %13 ile %23.2 arasında değişir.

Diyalektik davranışçı terapi (DDT) modeli duygularını düzenleme güçlüğü olan bir çocuğun invalide edici bir çevrede bulunduğunda kendine zarar verme davranışının gelişebileceğini öne sürmektedir. DDT kendine zarar verici davranışı, duygulanım düzenleme, diğer türlü invalide eden çevreden yardım sağlama gibi potansiyel işlevleri olduğu şeklinde kavramsallaştırır. Birçok çalışmada DDT'nin kendine zarar verici davranışı azaltmada etkin ve etkili olduğunu göstermiştir. DDT, kendine zarar verme davranışı olan borderline kişilik bozukluğu hastalarında altın standart yaklaşımdır.

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) modeli ise kendine zarar vermenin, kabul edilemez eylemleri dürten ve kolaylaştıran bilişler tarafından başlatıldığını ve kişinin bu anda bilişsel ve davranışsal seçenekler açısından fakirleştiğini öne sürer.Bundan dolayı kendine zarar veren kişilere yardım etmenin anahtarı 3 noktayı keşfetmektir. Bunlar; davranış/davranışların işlev/işlevlerini ortaya çıkarma, davranış/davranışları destekleyen inanç sistemi/sistemleri, davranışın ortaya çıkardığı sonuçlar ile ilgili inançlardır.

Kaynaklar

Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackmann A, Mueller M, Westbrook D, Rouf K. Oxford Guide toBehaviouralExperiments in CognitiveTherapy.2004,New York: Oxford UniversityPress.

Dimeff LA, Koerner K. DialecticalBehaviorTherapy in ClinicalPractice: Applications acrossDisordersandSettings. 2007, New York: GuilfordPress, Inc.

Miller AL, Smith HL.Adolescentnon-suicidal self-injuriousbehavior: Thelatestepidemictoassessandtreat. Applied&PreventivePsychology. 2008;12: 178-188

İntihar Düşüncesi ve Davranışında Kognitif Davranış Terapi

Çağdaş Öykü MEMİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre her yıl yaklaşık bir milyon kişi intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. İntihar tüm yaş grupları arasında on birinci, 25-35 yaş erişkinlerde en sık ikinci ölüm nedenidir. Ölüm intiharın topluma etkilerinin ancak küçük bir kısmını oluşturur. Toplumun %2.7'si hayatında bir kez intihar girişiminde bulunmuş, %13,5'i ise intihar düşünceleri yaşamıştır. Ayrıca intihar öyküsü olan kişilerin yaklaşık %40'ı daha önce intihar girişiminde bulunmuştur.

Günümüzde intiharın önlenmesinde ilaç tedavisi ve birçok terapi yöntemi kullanılmaktadır. Ancak mevcut çalışmaların yetersizliği nedeniyle intiharın önlenebilir bir durum olup olmadığına dair bir fikir birliği bulunmamaktadır. Aksi yönde çalışmalar bulunmakla birlikte kognitif terapi, problem çözme terapisi ve diyalektik davranışçı terapi intiharların önlenmesinde kullanılacak kanıta dayalı yöntemler arasında önemli yere sahiptir.

Çalışmalar umutsuzluğun, intiharla ilgili düşüncelerin, artmış dürtüselliğin, problem çözme becerisindeki eksikliklerin, mükemmeliyetçiliğin yüksek intihar riskiyle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu verilere dayanarak geliştirilen kognitif modele göre intihar önlemede kognitif davranışçı terapinin temel amacı; intihara yönelik risk faktörlerinin azaltılmasını sağlamak ve baş etme becerilerini arttırmaktır. Bu sayede kişinin kognitif, davranışsal ve etkileşimsel beceriler geliştirmesi sağlanır ve böylece intihar davranışını tetikleyebilecek sorunlarla karşılaşılması sırasında ve sonrasında kişinin baş etme davranışının geliştirilmesi amaçlanır.

Kaynaklar

1. Wenzel A., Brown G. K., Beck A.T, Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications. 2008, Washington: Amer Psychological Assn.
2. Wenzel A., Beck A.T, Cognitive Model of Suicidal Behavior: Theory and Treatment. Applied and Preventive Psychology, 2008; 12(4): 194-201.

3. Stanley B., Brown G., Brent D., Wells K., Polling K., Curry J., Et all. Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP): Treatment Model, Feasibility and Acceptability. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2009; 48(10): 1005–1013.

PANEL 13

Rüyaların Psikoterapide Kullanımı

Rüyaların Biyolojik Temeli

Selçuk ASLAN

Rüya ve REM uyku güçlü bir bağlantısı vardır (%80) Bu dönemde EEG aktivitesi uyanıklığa benzerdir. REM-dışı uyku da rüya yaşantısı içerir. REM uyku öğrenme sürecinin bir parçasıdır. Gelişme çağında olan bebeklerin ve süt çocuklarının daha fazla REM uyku yaşaması bu görüşün en önemli kanıtıdır. Rüyalarda nöron ağında istenmeyen ya da gereksiz kurulan bağlantılar REM uykusu sürecinde ayıklanmakta, pekişmekte ve kalıcı hale gelmektedir. Yavaş dalga uyku ise açık bellek için önemli. REM dışı uykunun artırılması eşleştirilmiş sözcüklerin anımsanmasını kolaylaştırmaktadır. Tucker ve ark. göre gündüz kısa yaşanan REM dışı uyku açık- bilinçli belleğe olumlu etki sağlamıştır buna karşın REM uykusunun örtük bellek düzeneğinde önemlidir (2006).

Prefrontal korteksin görece hipoaktivasyonu mantıksal çıkarım hataları, işleyen bellek eksikleri, yürütücü işlevlerin yetersizliği REM uykusunda uyandırılan kişilerin bildirdiği rüyalarda izlenmektedir. (Hobson 2003). Solms'a göre Beyin cerrahi servisinde parietal lob hasarı olanlarda rüya görme durmakta. Solms'un çalışmaları rüyaların önbeyinde oluştuğu ve REM uykusu ile doğrudan ilişkili olmadığını göstermiştir. Süreki aktivasyon kuramı: Hobson'un "aktivasyon sentez kuramı" ve Solms'un bulgularını birleştirir; Jie Zhang tarafından ortaya atılmıştır. Rüya beynin aktivasyon ve sentezinin bir ürünüdür . Rüya ve REM uyku, farklı beyin mekanizmaları ile kontrol edilmektedir.

Özetle: Rüya sırasında korku ve yoğun emosyonları ortaya çıkaran amigdala aşırı aktif hale geçer. Amigdala komşuluğunda yer alan hippokampus uzun süreli bellek yani anıların topladığı merkez harekete geçer. Aynı zamanda ise ön beyin uykudadır. Yakın bellek, yeni bilgiyi kavrama, işlem yapma, plan yapma, karar verme süreçleri uykudadır. Dış gerçekliği değerlendirme işlevi yoktur. Aynı şekilde eski anılar ve emosyonların birlikte geldiği noktada zihin tam kontrolü yoktur.

Kaynaklar:

1. Solms, M. (2000). Behavioral and Brain Sciences, 793-1121
2. Domhoff, G. W. (2005a). The Principles and Practies of Sleep Medicine.
3. Tucker et al. (2006). *Neurobiology of Learning and Memory*. **86**. pp. 241–247.

Rüyaların Kognitif Davranışçı Terapide Kullanımı

Hakan TÜRKÇAPAR

Psikanalizin kurucusu Sigmund Freud'un 1900'lerde " bilinçdışına giden kral yolu" olarak tanımladığı rüya, psikoterapi içerisinde başköşeye psikanalizle oturmuştur. Psikanalizi tahtından indiren kuram diyebileceğimiz Bilişsel terapide ilginç biçimde bir rüya çalışmasıyla başlamıştır. Aaron Beck'in 1959 yılında dpresif hastalarla yaptığı rüya çalışmasının sonuçları trajik bir biçimde psikanalizi yanlışlayan bulgular ortaya koydu. Beck'in psikanalizle ilgili şüpheleri ortadan kaldırmak ve psikanalitik kuramın geçerliliğini bilimsel açıdan göstermek için giriştiği bu çalışmanın sonuçlarının depresyonun kendine dönük düşmanlıktan kaynaklandığı varsayımını yanlışlaması, yeni bir kuram olan bilişsel kuramın gelişmesindeki temel etkenlerinden biridir.

Beck'in özgün kuramı psikopatolojideki bilişsel etkenleri iki ana kavramla açıklar: 1) zihindeki anlık düşünce ve imgelerden oluşan ve duygularla yakından ilişkili olan otomatik düşünceler ve 2)Bunların oluşumuna yol açan ya da kaynağı olan örtük bilişsel yapılar (şemalar). Rüya çalışmaların sonuçlarına dayalı olarak Beck'in geliştirdiği bilişsel rüya kuramı, rüyalarda aynı bilişsel içeriğin gözlemlenebileceğini belirtir. Beck rüyaların birçok farklı işlevlerinin olmasının yanı sıra ve her rüyanın incelemeye müsait olmadığını kabul etmekle beraber bazı rüyaların bireyin sorunlarını ve işlevsel olmayan inançları ve ilişkili otamatik düşüncelerini yansıtabileceğini öne sürmüştür (1).

Bilişsel rüya kuramı, bazı rüyaların içeriklerinde yer alan bilişsel ögelerin otomatik düşüncelerin akrabası olduğu ve irrasyonel bilişlerle bir başka deyişle şemalarla ilişkili oldukları ve her ruhsal rahatsızlık için o duruma özgü bir örüntü gösterdikleri biçimindedir (2). Beck, bilinçliliğin kıyısında yer alan ve kendisini otomatik düşünceler ve gündüz rüyaları biçiminde ortaya koyan uyanık yaşamdaki kişiye özel bilişsel örüntüyle, uykudaki rüyalardaki içerik ve akış arasında bir süreklilik benzerlik olduğuna inanıyordu.

Bilişsel kuram rüyaların da otomatik düşüncelerin üretimine yol açan sürecin ürünü olduğundan hastanın psikolojik süreçlerini anlamak için çok uygun bir materyal olarak görür. Bilişsel kuram

rüyalara bu bakışı ile psikanalizin savunduğu biçimde rüyaların uykunun gardiyanı olmak gibi herhangi bir ruhsal işlevi olmadığını, anlaşılmaları için karmaşık yorumlara gereksinim olmadığını öne sürmüştür.

Bilişsel kuram içerisinde rüyalarla ikinci bir yaklaşım türü ise günümüz bilişsel terapistleri içinde yapımcı (constructivist) ekole yakın duran terapistlerin yaklaşımıdır. Bu kuramcılar, danışanların rüyanın öznel ve metaforik yanlarının araştırılmasından daha çok yararlanacaklarını öne sürmektedirler. Rüyaların oldukça sade ve öz metaforlar olarak işlev gördüklerine hatta modern psikodinamik rüya kuramının bu amaçla kullanılmasıyla danışanın kendisine özel bilişsel örüntülerinin ve anlamlarının açığa çıkarılabileceğini savunurlar.

Bilişsel kuram içinde birbirinden rüyalara farklı açılardan yaklaşan bilişsel kuramcılar olmakla beraber sonuçta bütün bilişsel kuramlar rüyaların bilinçli uyanık yaşamımızdaki kaygılar, endişeler, ve arzuları yansıttığı, rüyaların bireyin otomatik düşünce içeriği ve şemaları konusunda zengin bir kaynak olduğu konusunda hemfikirdirler.

Kaynaklar:

1. Hill CE, Knox S. The Use of Dreams in Modern Psychotherapy. International Review of Neurobiology, Volume 92 (2010) 291-317

2. Rosner RI (2002) Aaron T. Beck's Dream Theory in Context: An Introduction to his 1971 Article on Cognitive Patterns in Dreams and Daydreams. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 16, 7-21

Rüyaların Yeniden Canlandırılması (Dream Rehearsal) Tedavisi

Levent SÜTÇİGİL

Uyku bozuklukları ve kâbuslar genel popülasyonda sık görülen bozukluklardır. Özellikle travma hastaları, başlarından geçen olayla ilişkili tekrarlayıcı, sıkıntı verici ve uyumayı engelleyici rüyalar gördüklerinden sıklıkla bahsederler. Travma, sonrası ortaya çıkan uyku bozukluğu ve kabus bozukluğu durumun daha kötüleşeceği, tablonun Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak devam edeceğinin de habercisidir.

Epidemiyolojik çalışmalar TSSB hastalarının %70'inde sıkıntı veren kabuslar, % 91'inde ise uykuyu sürdürmede zorluk olduğunu göstermektedir (1). Günümüzde uygulanan farmakolojik ve travma odaklı psikoterapi yöntemleri TSSB' de görülen tüm semptomlar üzerine olumlu etki gösterse de uyku bozukluklarının, tüm diğer semptomlardan bağımsız olarak, kalıcı hale gelebildiği sık olarak görülmektedir. Bu sebeplerle uyku ve kâbus bozuklukları için ek müdahale ve tedavilere gerek duyulmaktadır (2).

Imagery Rehearsal (IR) uygulaması kabus bozuklukları için bir süredir uygulanan bilişsel davranışçı bir müdahaledir. Tedavide etkinliğiyle ilgili randomize kontrollü çalışmalar mevcuttur (3,4). Süreçte birkaç farklı tedavi protokolü geliştirilmiştir. Protokollerin ortak noktası; (a) Uyku yapısı hakkında psikoeğitim, (b) Sık görülen rüyayı belirleyip, rüya içerisindeki sıkıntı verici imajları olumluları ile değiştirerek bunu bir öykü halinde yazmak, (c) Yeni oluşturulan öyküyü anlattırmak. Bu ana işlemlere ek olarak "kabus içeriğine exposure (alıştırma) uygulaması" da sıklıkla yapılır.

Tek hasta ile uygulanabileceği gibi grup ortamında da uygulaması vardır. Tedaviye ayrıca insomniada kullanılan uyku kısıtlama, uyku hijyeni eğitimi, stimilus kontrol gibi BDT müdahaleleri de eklenir. Panelde imagery rehearsal uygulaması hakkında bilgi verilecektir.

Kaynaklar

1. Neylan, T. C., Marmar, et al. (1998). Sleep disturbances in the Vietnam generation. The American Journal of Psychiatry, 155, 929–933.

2. Germain, A. (2009). Sleep disturbances in posttraumatic stress disorder. Psychiatric

Annals, 39(6), 335–341.

3. Krakow B, Hollifield M et al . (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD. JAMA, 286(5), 537–545.

4. Casement MD, Swanson LM. (2012) A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmare. Clinical Psychology Review 32:566-574.

PANEL 14

Çocukluktan Gençliğe KDT

Dislexi Tedavisinde KDT Uygulamaları

Ümran KORKMAZLAR

"Özgül Öğrenme Bozukluğu (disleksi)" normal veya normalin üzerinde zekâya sahip (IQ>85); primer psişik bir hastalığı ve beyin patolojisi olmayan; dinleme, konuşma, okuma, yazma, akıl yürütme ile matematik becerilerinin kazanılması ve kullanılmasında önemli güçlükleri olan bireydeki durum olarak tanımlamıştır. Dislektik olan kişilerde sekonder olarak kendini idare etme, özgüven eksikliği, öfke kontrol problemi, depresyon, kaygı gibi duygusal problemler, ilişki ve iletişim sorunları çok sık görülmektedir. Dislektik bireylerde sıklıkla başvuru nedeni olarak tuvalet, uyku, disiplin, okul reddi, dikkatsizlik yakınmaları ön plandadır.

Disleksiye/Öğrenme Bozukluğuna müdahalede psiko-pedagojik terapi, özel eğitim teknikleri yaygın olarak kullanılmaktadır. Terapinin amacı, bireyin ihtiyacı doğrultusunda öğrenme deneyimleri sağlamaktır. Tanı ve değerlendirmeden elde edilen bilgilerle oluşturulan bireysel eğitim programı (BEP) uygulanır. Ancak disleksiye eşlik eden diğer sorunlar için psikoterapi olmazsa olmazdır. Öğrenme bozukluğunda sekonder semptomların tedavisinde kullanılan terapi tekniklerinden bazıları şunlardır: Kognitif Davranışçı Terapi teknikleri, Aile terapisi teknikleri, Travma terapisi teknikleri (EMDR), Konuşma terapisi teknikleri, Psikolojik Danışmanlık Teknikleri, Rahatlama teknikleri, Problem Çözme Becerisini Geliştirme Teknikleri.

Bu sunumda, dislektik bireylere KDT uygulamaları ile ilgili bilgi verilerek sorun türüne göre müdahaleler örneklerle ele alınacaktır.

Dikkat Eksikliği - Hiperaktivite Bozukluğunda KDT Uygulamaları

Gülay OĞUZ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin görüldüğü, ömür boyu sürebilen bir bozukluktur. (DEHB) toplumda oldukça sık görülen, hastaların yarısından fazlasında çocukluk ya da gençlik dönemlerinde de devam edip etkisini erişkinlik yaşamında da gösterebilen bir bozukluktur. DEHB, birey ve çevresi için yaşamın birçok alanını olumsuz yönde etkilemektedir.DEHB'nin üç temel belirtisi hiperaktivite, dürtüsellik (impulsivite) ve dikkat eksikliğidir. Bu temel belirtilerin şiddeti ve önemi yaşam ilerledikçe değişir.Dikkat eksikliği ve

bozukluğu, DEHB olan çocukların çok önemli bir bölümünde, ergenlik (%80) ve erişkinlik (%65) dönemlerinde de devam eder [1, 2,3].

Erişkinlerde DEHB'nin resmi sınıflama sistemleri arasına girmesi ancak 1970'li yıllarda olabilmiştir. Erişkinlerde de DEHB'nin olabildiğine dikkati çeken ABD'de Wender [4], Kanada'da ise Weiss ve Murray [5] olmuştur. Biederman ve ark.) [6] tarafından bildirildiği üzere, yıllar geçtikçe çocuklukta oldukça sık görülen aşırı hareketlilik ve dürtüsellik giderek azalır. Diğer taraftan gibi beklentilerin artışı nedeni ile bu belirtilerin ve onların yol açtığı sorunların önemi giderek artar.

DEHB tedavisi üç aşamadan oluşur. Psikoeğitim, ilaç kullanımı ve kognitif davranışsal terapi (KDT)KDT, bireyin düşünce davranışlarının olaylara nasıl bağlantılı olduğunu anlamayı amaçlamaktadır. Davranışçı terapistlere göre;

- Bütün davranışlar öğrenilmiştir.
- Eğer bir davranış öğrenilmişse bu davranış söndürülebilirde.

Yani uyarıcılar denetlenirse istenmeyen davranış ortadan kalkar. İstenmeyen davranışları azaltmada ABC Analizi ve Davranışsal Sonuç Yaklaşımı yöntemleri kullanılabilir.

ABC Analizi

ABC'nin açılımı şöyledir;

- A- Davranıştan önceki olaylar (ÖNCÜ)
- B- Davranış (İSTENMEYEN DAVRANIŞ)
- C- Sonuç (DAVRANIŞ SONRASINDA ORTAYA ÇIKAN SONUÇ)

Buna göre davranışı anlamak için davranış öncülü, davranışın kendisi ve sonucu incelenmelidir. Yani istenmeyen bir davranışın önceki olaylarının (öncüsünü A'nın) ve sonuçlarının (C'nin) değiştirilmesi davranışın ortaya çıkma sıklığını değiştirebilir. Bunun için olumlu ve olumsuz pekiştireçler kullanılır.Diğer aşamalar;

-Tedavi hedefinin tespit edilmesi

-Ajanda tutma

-Problem çözme becerileri

-Ertelemeyi azaltma

-Zaman yönetimi olarak tanımlanır.

KAYNAKLAR:

1. Barkley R (1996) The North American perspective on attention deficit hyperactivity disorder.

The Australian Educational and Developmental Psychologist 13:2-23.

2-Barkley R, Murphy K, Kwasnik D (1996) Psychological functioning and adaptive

impairments in young adults with ADHD. J Atten Disord 1:41-54.

3- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, Hynes ME (1997) Educational and occupational outcome of hyperactive boys grown up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36:1222-1227.

4- Wender P. ADHD: attention-deficit hyperactivity disorder in children and adults: Oxford

University Press; 2002.

5- Weiss M, Murray C (2003) Assessment and management of attention-deficit hyperactivity

disorder in adult. Can Med Assoc J 168:715-722.

6- Biederman J, Mick E, Faraone SV (2000) Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiatry 157:816-818.

Gençlerde Özgüven Sorunları: KDT Yaklaşımları

Defne ERASLAN

Ergenlik ve genç erişkinlik döneminde insanlar kim oldukları, güçlü ve zayıf yönleri ve başkalarıyla iletişim biçimleri ile ilgili güçlü görüşler oluştururlar. Diğer insanların onlar hakkındaki düşünceleri onlar için önemlidir ve bu konuda çarpıtılmış algılamaları olabilir. Kognitif yaklaşım bu algı carpıtmaları için faydalı olabilir. Bu sunumun amacı, depresyon ile birliktelik göstersin göstermesin, özgüven sorunlarını incelemek ve sık kullanılan bilişsel yaklaşımları tartışmaktır.

Eğitim Sürecinde Çocuk ve Ergenlerde KDT uygulamaları

Zülfiye KAYA

3 yaş anaokulundan, 18 yaş lise son sınıfa kadar öğrenci barındıran okullar; öğrenme kuramlarının en işe yaradığı ve en ihtiyaç duyulduğu alanlardan biridir. Hızlıca davranışsal değişimler beklendiğinden, pratik ve çabuk sonuca ulaşmaya yönelik yöntemler içeren ve kanıta dayalı terapiler olarak yer alan kognitif ve davranış terapileri; ölçülebilir, gözlemlenebilir yöntemleri ile kişisel gelişim ve değişim için oldukça işe yaramaktadır. Bu anlamda hem eğitimciler, hem aile, hem de veliler gerektiğinde rahatlıkla işin içine katılabilmekte, kognitif ve davranışsal teknik repertuarının genişliği işe yaramaktadır.

Duygu- düşünce ve davranışlara yönelik çalışmalar, pekiştirme ve söndürme çalışmaları, otomatik düşüncelerle, ara ve ana inançlarla çalışmak, bilişsel çarpıtmalara yönelik çalışmalar ve verilen ev ödevleriyle öğrenci ile yapılan düzenli çalışmalar, ergenlerde dahil tüm yaş dilimlerinde oldukça olumlu sonuçlar vermektedir. Pratik, sonuca odaklı, ölçülebilir oluşu, bireylerin hem duygularına, hem düşüncelerine hem de davranışlarına yönelik çalışılıyor olması bu olumlu sonuçları doğurmaktadır.

Okullarda davranış pekiştirme çalışmalarına daha fazla anaokulu ve ilkokul kısmında ağırlık verilmekte, davranış değişikliği oluşturmak için pekiştireçler, hem bireysel hem de sınıf bazında kullanılabilmektedir. Bireysel günlük takip çizelgeleri bunlara bir örnektir.

ABC modeli tüm yaş gruplarında o yaşın anlayacağı şekilde kullanılmakta ve oldukça olumlu sonuçlar vermektedir. Örneğin ilkokuldaki bir çocuğa bile karikatür- resim veya hikayelerle ABC modeli aktarılabilmektedir.

Ergenlerle bireysel danışmanlık sürecinde; kendi olay örneklerinden yola çıkarak aktarılan ABC modeli, otomatik düşüncelerle çalışmak, bilişsel çarpıtmaları fark ettirme, hatalı veya abartılı yorumları ele alma, hipotezi test ettirme, ihtiyaç analizinin yapılması, sokratik sorgulama, derecelendirme çalışmaları kullanılan tekniklerden bazılarıdır.

ADHD olan çocuklarda davranışsal yöntemler daha hızlı olumlu sonuçlara ulaştırmaktadır. Bunlardan "dur- düşün- yap" uygulaması, hatırlatıcı işaretler kullanma verebileceğimiz bazı örneklerdir.

"Sosyal beceri geliştirme" çalışmaları, "girişkenlik/atılganlık eğitimi", "iletişim ve çatışma çözme becerileri", "duyguları tanıma" sıkça yapılan çalışmalardandır.

PANEL 15

Yaşam Olayları ve KDT (Boşanma, Ölüm ve Göç)

Kayıp ve Yas Sürecinde KDT Yaklaşımı ve Örneklem Üzerinden Uygulamaları

Naz BOZOK

Sevilen bireyin kaybı acı vericidir. Acı duyan için keder kaçınılmazdır, ve bir süreçtir. Bireylerin kederlerini, acılarını farklı yaş gruplarında farklı duyguları gene bireysel özelliklerine bağlı olarak yaşadıklarını görmekteyiz. Yas süreci yaşanan duyguların geçtiği evreler düşünülerek ilk kez psikiyatrist Elisabeth Kübler-Ross tarafından "yas süresinin 5 aşaması" olarak ele alınmıştır. İnkâr, öfke, pazarlık, depresyon, kabulleniş olarak tanımlanmaktadır. Keder ve acı kayıpla karşılaşan bireyin bu kayba karşı duyduğu doğal bir tepkidir. Öyle ki kayıp ne kadar bireyin hayatını dolduruyorsa, ne kadar değerli ise acı o derece büyüktür. Kederi yaşama süreci bazıları için birkaç ay sürerken, bazıları için yıllara yayılmakta, öznel, ama keskin ve her zaman net olmamaktadır.

Yas süreci sevilen ve değer verilen bireyin kaybı olduğu gibi tanımlansa da sadece bunu kapsamaz. Değer verilen ve sevilen, kişi, durum, yer ve nesnelerden ayrılışta yas olarak tanımlanabilir. Örneğin iş kaybı, evcil hayvan kaybı, boşanma, mezuniyet, göç gibi.

Yas ve keder, acı verici olmakla birlikte sağlıklı bir biçimde yaşanabilir ve yaşanmalıdır. Yas tutma bireyseldir. kişiye özgüdür, ve 5 aşamalı olarak tanımlanan sürecinin geçirdiği basamaklar her bireyde benzer olmakla birlikte gelişim ve yaş düzeyi ve tepkileri ele alındığında farklılıklar gösterebilmektedir.

Bu çalışmada çocuk, ergen ve yetişkin olmak üzere üç farklı örneklem üzerinde süreçleri göreceğiz. Bu süreci yaşarken farklı yaşların kayba verdikleri anlam ve bu anlamın getirdiği kederi karşılama biçimlerini, tepkilerini anlamak ve bu sürece kognitif davranışçı terapi yaklaşımı ve bu yaklaşımın uygulamalarını ele alacağız.

Göç Olgusuna KDT Yaklasımı ve Örneklem Üzerinde Uygulamaları

Nurperi GÜRSON

Bilişsel-Davranışçı Terapi "BDT" depresyonun tedavisinde etkin bir yöntemdir. Bu calışmada 4 yaşındayken Bulgaristan'dan, önce Balıkesir'e ardından da İstanbul'a zorunlu göç yaşamış kadın vakanın, 30 yaşında iş kaybının tetiklediği depresyonunun BDT metodu ile tedavisi tartışılmıştır. Göç;

ekonomik, toplumsal, siyasi sebeplerle bireylerin veya toplulukların bir ülkeden başka bir ülkeye, bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine gitmesi olarak tanımlanır (TDK). Bu çalışmada, danışan iş kaybı sonrası kendini mutsuz, huzursuz, kaygılı hissettiği için merkezimize başvurmuştu. İlk değerlendirme sonrası hastanın depresyonda olduğuna karar verilmişti. Hastanın erken yaşta göç etmesi sonucu, bir süre çadırlarda daha sonra askeri kampta, yoksulluk içinde yaşamış olmasının, temel inançlarının oluşumda etkisi ve sonraki hayatında iş kaybının otomatik olumsuz düşüncelerini ortaya çıkarıp depresyonu tetiklediği hipotezi esas alınarak terapi süreci planlandı ve başarıyla uygulandı. Hasta terapi sonunda artık depresyonda değildi. BDT'nin kişinin yaşam kalitesini yükseltme ve danışana sorun çözme becerileri kazandırma özellikleri sayesinde, 6 ay sonra yapılan görüşmede yeni bir işe girdiği ve ruh halinin iyi olduğu saptandı. Hasta ilerleyen dönemlerde terapide öğrendiği yöntemleri kullanarak depresyonun tekrarlamasını engelleyebileceğini ifade etti.

Boşanma Sürecinde KDT Yaklaşımı ve Örneklem Üzerinden Uygulamaları

Uğur ÇAKIR

Stresli yaşam olaylarının ruh sağlığı üzerindeki etkileri iyi bilinmektedir. Doğal afetler, insan elinden çıkmış travmalar, göçler, boşanmalar bu türde yaşam olaylarına örnek verilebilir. Evli veya değil çiftler için anlamı olan bir ilişkinin bitmesinin kendileri ve yakınları üzerindeki etkileri ruh sağlığı açısından örseleyici olabilmektedir.

Bu oturumda travmatik bir yaşam olayı sonucunda eşi tarafından boşanmaya zorlanmış bir vaka üzerinden boşanma süreci sonrası gözlenen psikopatolojilerin ve tedavide kullanılana bilişsel davranışçı tekniklerin ele alınması amaçlanmıştır.

PANEL 16

KDT Temelli Yeni Yaklaşımlar

Metakognitif Terapiler

Mehmet Zihni SUNGUR

Kognitif terapilerin önem kazandığı 1980'li yılların ikinci yarısında ve 1990'lı yıllarda anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarının oluşumunda ve süregenleşmesinde düşüncenin içeriği üzerine ağırlık verilmiştir. 1990'lı yılların sonu ve 2000'li yıllarda ise Wells, MCT'nin hem çeşitli klinik tabloların fenomenolojisini anlamakta hem de tedavisinde KDT'ye oranla daha anlamlı ve etkili bir yaklaşım olduğunu belirtmiştir. Bu tedavi yaklaşımında düşüncenin içeriğinden çok, düşüncenin biçimi üzerine vurgu yapılmış ve hastaların ne düşündüklerinden çok nasıl düşündüklerinin incelenmesinin hem hastayı anlamakta hem de tedavide daha etkili olacağı belirtilmiştir. Wells ayrıca tehdit algısı oluşturan ya da bu biçimde algılanan durumlarla karşılaşıldığında, tehdit ile başa çıkmakta kullanılan yöntemlerin hastalığın devamındaki rolüne vurgu yapmıştır. MCT kuramı hastaların dikkatlerindeki yanlılık ile ilgili yapılan laboratuar çalışmalarından elde edilen bulgular ile bilgi işleme sürecinde kullanılan belirli düşünce biçimlerinin klinik olarak gözlemlenmesinden sentezlenerek ortaya konulmuştur. Bu sunumda MCT'nin temel ilkeleri ve onu geleneksel KDT'den ayırt edici özellikleri tartışılacaktır.

Yapısal Farkındalık (Mindfulness)

Şükrü UĞUZ

İnsanlar asırlar öncesinden bu yana neden kötü hissettiklerini ve nasıl daha iyi hissedebileceklerini araştırmışlardır. Zor durumlarla karşılaştığımızda sadece bedensel olarak değil, duygusal olarak da zorlanırız. Yaşamdan ölüme kadar olan sürede sürekli olarak daha iyi hissetmeye çalışırız.(Siegel, Germer, Olendzki, 2008)

Farkındalığın terapötik alana uygulanmasının öncülerinden olanJon Kabat-Zinn, bu süreci "içinde bulunduğumuz zamana amaçlı olarak dikkat etmek ve yaşantıları yargısız bir şekilde tanımlamak" olarak ele almıştır. (Kabat-Zinn, 2003, p. 145) Kontrol etmeye çalışmak ya da duygularımızı bastırmaktansa dikkatimizi yeniden yönlendirerek hislerimizi düzenleyebiliriz.

Yargısız farkındalık öğrenilebilecek bir beceridir. Sadece etrafımızda nelerin olup bittiğinin farkına varmaya çalışarak kendimizi olumsuz duygulardan ve zihinsel uğraşlardan özgür bırakabiliriz. Zihnimizde olup bitenlerden istediğimizi orada tutup istediğimizi kovabileceğimiz gibi bir yanılgı bulunmaktadır.Farkında olmak "yaşamak", yaşamın kontrolünü – sorumluluğunu almak demektir. Ne düşündüğünüzü, nasıl düşündüğünüzü, fark etmek, duyularınızı, duygularınızı fark etmek demektir. Farkındalık; Bir şeyleri değiştirmeye çalışmadan, zihni, duyguları ve düşünceleri, gözlemeyi (farkındalığını artırmayı) amaçlar. Farkındalık aynı zamanda otomatik pilottan kurtulup bir kaç dakika bile olsa yaşamın akışını ele almaktır. Abartılı beklentilerden kurtulmak "anı"yakalamamıza fırsat verir. Asıl amaç zihnimizi boşaltmak değil, onun kendisi olmasına izin vermek, bir yere götürmek değil, olduğu gibi tanımaktır.

Farkındalık; Bilgi işleme süreçlerini bilmek ve duygu- düşüncelerin farkında olmaktır.Derinlere doğru yargısız, etiketsiz yolculuğa çıkıp, her ne varsa tanımayı amaçlar. İstisnasız tüm duygulara doğru yelken açabilme sanatıdır. Anın farkında olabilmek için:

- Hiçbir şeyi değiştirmeye çalışmadan sadece içinde bulunduğunuz ana odaklanın.
- Zihninizi bir bebeğin zihni gibi her şeye açık bırakın.
- Zihniniz geçmişe yada geleceğe kayarsa tekrar ana dönün.

Farkındalıksız bir yaşam uykuda yürümek gibidir, sabaha hiçbir şey hatırlamayız. Otomatik pilotta uçmak gibidir.

Kaynaklar:

Siegel, R.D., Germer, C.K., Olendzki, A. (2008) Clinical Handbook of Mindfulness. (Editor: Didonna, F.) Springer, New York.

Kabat-Zinn,J. (2003). Mindfulness-based interventionsin context: Past, present, and future.

Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2). 144-156.

Diyalektik Davranışçı Terapi,

Berk Murat ERGÜN

Diyalektik davranışçı terapi (DDT); batının rasyonel, doğunun uzlaşıcı bakış açısının diyalektik felsefenin dünya görüşüyle harmanlanmasından türetilmiş bir yaklaşımdır. DDT özellikle sınır kişilik bozukluğu ve kronik olarak kendisine zarar verme davranışı bulunan kişiler için geliştirilmiş bir yaklaşım olsa da ilerleyen süreçte kronik yeme bozukluğu olan hastalar, madde kötüye kullanımı bozukluğu öyküsü olan ergenler gibi çoğul probleme sahip ya da tedavisi zor hasta gruplarına da uyarlanmıştır.

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

DDT' de diyalektik, gerçeğin doğası ve davranış değişim süreçlerinin anlaşılmasında kurama ve tedaviye bir iskelet sağlar. Diyalektik düşünce parça ve bütün ilişkisine önem verip dünyaya dinamik bir sistem perspektifinden bakar. DDT modeli, sınır kişilik bozukluğuna sahip bireylerde diyalektik bir eksikliğin varlığına işaret eder. Bu kişiler parça-bütün karmaşasını çözemeyip parçaları bütün olarak algılarlar, yaşadıkları deneyimlerin genellikle bir tarafına odaklanıp bütün resmi odaklandıkları parça ile tanımlarlar.

DDT bir denge terapisidir. Temel vurgu "kabul" ile "değişim" arasındaki dengeyedir. DDT kuramının öncüsü M. Linehan, sınır kişilik bozukluğu hastalarında "kabul" sürecini atlayarak doğrudan değişime odaklanmanın tedavide başarı şansını ortadan kaldırdığını düşünmektedir.

DDT dört ayrı birbirini tamamlayan modülden oluşur. Birinci modül "bireysel terapi"dir. Bireysel terapinin temel işlevi hastanın kabul gördüğü bir ortam oluşturarak tedavi motivasyonunu sağlamak ve bu motivasyonu diri tutarak uyumsuz davranışlar yerine daha işlevsel olanlarını koymaktır. İkinci modül ise "beceri eğitimi"dir. Sınır kişilik bozukluğuna sahip hastaların duygu düzenleme, stres toleransı, kişiler arası etkinlik konusunda beceri eksiklikleri olduğu kabul edilmektedir. Belirtilen konularda beceri ve kapasite eksiklikleri grup formatında terapinin ilk yılı boyunca uygulanan beceri eğitimiyle giderilmeye çalışılır. Terapinin üçüncü modülü "telefon danışma" görüşmeleridir. Hastalar öğrendikleri becerileri güncel hayata uyarlamayla ilgili yaşadıkları zorluklar konusunda terapistleriyle bağlantıya geçebilirler. Tedavinin son modülü "olgu konsültasyon toplantıları"dır. Sınır hastalarla çalışmak son derece zor ve tüketicidir. Bu toplantılar haftalık planlanır ve tüm terapi ekibi katılır. Amaç bireysel terapistin etkinliğini sürekli kılmaktır.

KAYNAKLAR:

1.Linehan, MM. "Cognitive−behavioral therapy treatment of borderline personality disorder" (1993) Guilford Pres, New York.

2.Fruzzetti, AR, Fruzzetti, AE. "Dialectics in cognitive and behavior therapy" 121−128. O'Donohue,W., Fisher, JE.,Hayes, SC "Cognitive behavior therapy" (2003) Wiley

3.Rosenthal,MZ, Lynch,TR. "Dialectical behavior therapy" 2619-2628. Sadock,BJ, Sadock,VA. "Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry" Lippincott Williams&Wilkins

4.Linehan,MM , Heard,HL, Armstrong, HE. "Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. Arch. Gen. Psychiatry. 1993, Dec; 50(12):971-974

PANEL 17

Tedavisinde Güçlük Çekilen ve Az Konuşulan Çok Karşılaşılan Klinik Tablolar (tikler, trikotillomani, kronik yorgunluk)

Kronik Yogunluk Sendromu'nda Kognitif Davranışçı Terapi

Gülay OĞUZ

Kronik yorgunluk sendromu nöropsikiyatrik, nöroendokrin, immünolojik semptomlarla kendini gösteren, multi-sistemik tutulumlu, 6 aydan uzun süren, sakatlayıcı ve ağır bitkinlik ile karakterize, santral sinir sistemi işlev bozukluğudur. Tıbben açıklanamayan devamlı veya tekrarlayan yorgunluğun yeni başlaması (örneğin yaşam boyunca olmaması), devam eden bir hareketlilik sonucu olmaması, esas olarak dinlenmekle hafiflememesi ve mevcut iş, eğitim, sosyal yaşam aktivitelerinde belirgin azalmaya yol açması, kronik yorgunluk sendromunu akla getirir Hastalık, yaklaşık yüzde 70 oranında kadınlarda ve özellikle de 30-50 yaş arasında görülür.ABD'de yaygınlığı genel toplumda %2 civarında, kadınlarda %3.4, erkeklerde %0.5 bulunmuştur. (1)

KRONİK YORGUNLUK SENDROMU KRİTERLERİ

Majör Kriterler;

1- En az altı aydan bu yana günlük aktivitede % 50 azalmaya yol açan, geçmeyen, tekrarlayıcı yorgunluk,

2-Bu tabloyu açıklayacak diğer fiziksel ve psikiyatrik durumların dışlanmasıdır

Minör Kriterler;

Hafif ateş, boğaz ağrısı, servikal ve aksiller lenf nodlarında hassasiyet, açıklanamayan kas güçsüzlüğü, miyalji, egzersiz sonrası bitkinlik, baş ağrısı, gezici noninflamatuar artralji, nöropsikolojik yakınmalar

(fotofobi, skotom, unutkanlık, konfüzyon, depresyon, aşırı huzursuzluk), dinlendirmeyen uyku, belirtilerin akut ve subakut başlaması olarak tanımlanmaktadır .

İki majör kriterle birlikte sekiz minör kriter ya da iki majör kriterle birlikte altı minör kriter ve en az iki fizik muayene bulgusunun olması, 6 ay veya daha uzun süre boyunca devam etmesi ve yorgunluktan daha önce başlamaması gerekir

Kognitif Davranışçı Terapi Programı

Bu tedavide hastaların kognitif davranışçı terapi (kdt) yöntemleri kullanılarak düşünceler, duygular, davranışlar ve KYS belirtileri arasındaki ilişkiyi anlaması ve bu belirtilerle baş etmek için daha etkin stratejiler geliştirmesi hedeflenir[(2)]. Bazı uygun olmayan düşünceleri değiştirmek ve davranışları daha işlevsel hale getirmek, hastalara kronik yorgunluk durumları hakkında farklı düşünmeyi öğretmeyi, stresli durumları idare etmeyi ve karmaşık durumların düzeltilmesi yeteneğini sağlar[(2)]. Terapi 6-20 seans arasında değişir. Terapinin ilk seansında iyi bir terapötik ilişki kurulması, KDT ile ilgili bilgilendirme, formülasyonun yapılması ve tedavi hedefinin belirlenmesi gerekir. Tedavi üç aşamadan oluşur;

1.Aşama; Hastaların aktivite günlüğü, uyku düzenleme günlüğü tutması ve yeni hedeflerin belirlenmesini içerir.

2.Aşama;

a)İyi giden yönleri ve daha çok dikkat edilmesi gereken problemleri saptama

b)Yeni hedefler koyma: Öncelikle günlük plan yaparak uygulanabildiğinde haftalık plana geçmek ve hedeflerin kolaydan zora doğru artırılması uygundur. İyi bir uygulamada dinlenmeye ayrılan zaman giderek azalmalı, etkinlik zamanı artmalıdır.

c)Olumsuz düşünceleri çalışma; Kronik yorgunluk hisseden bir hastaya şu an aklınızdan ne geçiyor sorusu ile otomatik düşünceleri bulmak ve alternatif düşünce kavramını anlatmak önemlidir. "Hiçbir zaman iyileşemeyeceğim.", "Bu gün hiçbir şey başaramadım ki" gibi hayal kırıklığı oluşturan düşünceleri belirlemeyi sağlar. Olaylar karşısında olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkabilir. Bir

düşünceyi gerçek ile karıştırmamak gerekir. Bir şeyin doğru olduğunu düşünmek, onun doğru olduğu anlamına gelmez.

d) Gelişmeyi engelleyen diğer sorunları tespit etme. Çevresel faktörler ve kişilik özellikleri bu hastalığın oluşumunda çok etkilidir. Mükemmeliyetçilik, KYS'si olan hastada çok tehlikelidir. Çünkü

çok hasta olmasına karşın çok yüksek hedefler belirlenir ve bu, hayal kırıklığına uğramasına sebep olur[4].

e) Alevlenmelerin nasıl yönetilebileceğine ilişkin plan yapma

3. aşama; Gelişmeye nasıl devam edileceğini ve tekrarlamalarla nasıl baş edileceğini belirleme aşamasıdır. Üç aylık bir planlama önerilir. Düzenli aralıklarla gelişim değerlendirilmesi yapılması önerilir.

KDT tedavisi ile analitik tedavi 45 hastada karşılaştırılmış ve KDT daha etkin bulunmuştur[(3)]. KDT ile hastanın kendini gözlemesi ve ödevlerin kullanılması ile, hastalar hayatlarında egemen olan yorgunluğa karşı çaresiz oldukları sabit fikrinden yavaş yavaş bunun bir çok olumlu olanın arasında sadece tek bir olumsuz ve bir dereceye kadar tedavi edilebilir bir sorun olduğu fikrine geçerler.

KAYNAKLA

1-White CA. Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems: A Guide to

Assessment and Treatment in Practice.Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2001

2-Greenbergs DB: Neurasthenia in the 1980's: Chronic fatigue syndrome and anxiety and deressive disorders.Psycsomatics. 1990,31:129-137

3-Greenlaff;J-Kozlowski,S (1982) .Physiological consequences of reduced activity during bedrest.Exercise and Sports Science Revieww, 10, 84-119

Trikotillomani'de Kognitif Davranışçı Terapi

Çağdaş Öykü MEMİŞ

Trikotillomani, kişinin tekrarlayıcı olarak ve belirgin saçsız alanlar oluşturacak şekilde saçlarını yolması ile karakterize kronik bir dürtü kontrol bozukluğudur. Trikotillomaninin genel popülasyonda yaşam boyu yaygınlığının % 0,6 ile % 3,6 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Trikotillomaniye eşlik eden utanç ve gizleme eğiliminin yaşam boyu yaygınlık oranlarının olduğundan daha düşük tespit edilmesine neden olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle trikotillomani utanç ve gizlilik hastalığı olarak da tanımlanmaktadır. Bu rahatsızlıktan etkilenen birçok kişi bu durumun bir isminin olduğunu bile bilmemekte ve tedavi arayışına girmemektedir.

Trikotillomanin tedavisinde ilaç tedavisi ve birçok terapi yöntemi kullanılmaktadır. Yapılan randomize kontrollü çalışmalar trikotillomaninin kognitif davranışçı terapisinin hem plasebodan hem de ilaç tedavisinden üstün olduğunu ortaya koymaktadır. Kognitif davranışçı terapi öncelikle kişinin farkındalığını arttırmak için kendini izlemesi, daha sonra alışkanlığı tersine çevirme eğitimi, stimulus kontrolü ve relapsların önlenmesi şeklinde dört aşama olarak özetlenebilir. Ayrıca son dönemlerde kabul ve kararlılık (acceptance and commitment) temelli kognitif davranışçı terapinin trikotillomani tedavisinde etkin olduğuna dair kanıtlar bulunmakta ve tedavide kullanılmaktadır.

Kaynaklar

1. Franklin M.E, Tolin D.F, Treating Trichotillomania: Cognitive-Behavioral Therapy for Hairpulling and Related Problems. 2007, New York: Springer.
2. Penzel F., The Hair Pulling Problem: A Complete Guide To Trichotillomania. 2003, New York: Oxford University Press.
3. Woods D. W., Twohig M. P., Trichotillomania: An ACT-enchanced Behavior Thearepy Approach. 2008, New York: Oxford University Press.

Tik Bozuklukları'nda Kognitif Davranışçı Terapi

Naz BOZOK

Tikler motor ya da vokal kasların istemsiz kasılmaları sonucu ortaya çıkan; ani, aralıklı, tekrarlayıcı, ritmik olmayan istemsiz hareketlerdir. Genel toplumda görülme sıklığı % 1-2'dir. Genellikle erkek çocuklarında daha fazla görülüp, erkek- kız oranı 2/1'dir.

kronik, geçici ve Gilles De La Tourette bozukluğu olarak çeşitlilik gösteren tikler,

motor, vokal ve ya kompleks tik olarak karşımıza çıkabilir. Tiklerden geçici olanlarının oluşma nedeni genellikle kaygı, stres ve çevresel etkenler olabildiği gibi kronik ve Gilles De La Tourette de daha ziyadesi ile genetik, nörokimyasal , nörobiyolojik ve çevresel koşulların rol oynadığı düşünülmektedir.

Motor tikler denince basit motor hareketler yani göz kırpma, baş sallama, omuz silkme olabildiği gibi birçok istemsiz hareketin aynı anda ortaya çıktığı kompleks tikler de olabilir.

Vokal tiklerden bahsederken ise, basit boğaz temizleme sesinden, karmaşık sesler çıkarmaya, çeşitli konuşma bozuklukları ve hatta koprolaliye (küfür etme) kadar görülebilmektedir..

Irk ve sosyo ekonomik durumuyla tik bozukluğu arasında ilişki saptanmamış, ancak tik bozuklukları her yaşta görülebilmekle beraber, ilköğretim düzeyinde yani, 7-11 yaşları arasında başlamasına sık rastlanmaktadır. Çeşitli çalışmalar tiklerin stres yaratan farklı çevresel durumlardan sonra açığa çıkabildiğini göstermiştir. Çocukluk çağı başta olmak üzere okul, aile ve çevre tarafından tikler için yapılan uyarılar ve cezalandırmalar tiklerde artışa neden olabilmektedir.

Özellikle çevresel ve strese bağlı gelişmiş olan geçici tiklerin kognitif davranışçı terapi yaklaşımları ile kısa sürede iyileşme göstermesi, bu alandaki tedavi yaklaşımın ilaçtan terapiye doğru kaydırmıştır. Basit ve kompleks tikleri olan iki olguda kognitif davranışçı terapinin uygulanmasını ele alacağımız bu çalışmada ev ödevlerinin farklı yaşlara uygulamalarıda gösterilecektir.

PANEL 18

Akılcı İlaç Kullanımı ve KDT

Depresyon

Anıl GÜNDÜZ

Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre majordepresyon iş gücü kaybının en önde gelen sebebi olup,küresel hastalık yükü sıralamasında 4. sırada bulunmaktadır [1].Bir çok ülkede yaşam boyu major depresyon prevalansı %8-%12 arası değişmektedir. Sosyodemografik olarak en büyük risk ise bekarlık ve kadın olmak olarak bulunmuştur [2].

Depresyondaki hastaların ilaç kullanımına uyumunu sağlamak uygulamada sık karşılaşılan güçlüklerden biri olup, yapılan kontrollü çalışmaların metaanalizinde ilac tedavisini yarım bırakma oranı ilacın türünden bağımsız olarak %33'e yakın bulunmuştur[3], klinik uygulamada bu oranın daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir[4].Yapılan araştırmalarda psikoterapötik yaklaşımlarınilaç tedavisine uyumu artırdığı gösterilmektedir [4,5].İlaç tedavisi ile psikoterapilerin birlikte kullanıldığı durumlarda uzun dönemde ilacı bırakma oranlarının düştüğü ve nüks oranlarının azaldığı gösterilmiştir [6].

Depresyon tedavisinde Kognitif Davranış Terapisi (KDT) ve farmakoterapi kombinasyonun etkinliğinin yalnızca farmakoterapiye üstün olduğu gösterilmiştir [7,8]. Diğer bir meta-analizde KDT ile ilaç karşılaştırıldığında kısa dönem sonuçlar birbirine yakınken, 1 ve 2 yıllık aralıklıuzun dönem izlemlerde KDT'de daha düşük nüks oranları saptanmıştır [6].

Sonuç olarak, depresyon tedavisinde KDT 'nin ilaç uyumunu artırmada, nüks önlemede ve tedavideetkinliğibir çok veriyle desteklenmektedir.

1) World Health Organization. The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope; 2001 [Retrieved 2008-10-19]
2) Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys.Int J Methods Psychiatr Res. 2003;12(1):3-21.
3) Anderson IM, Tomenson BM. Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants: a metaanalysis. BMJ. 1995;310:1433-1438
4) Pampallona S, Bollini P, Kupelnick B, Tibaldi B, Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. Br J Psychiatry. 2002;180:104-110.
5) Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. Arch Gen Psychiatry. 2004 Jul;61(7):714-9
6) Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. J Consult Clin Psychol. 2008;76:468-477.
7) Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, et al. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2009;70:1219—1229.
8) Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments.Can J Psychiatry. 2013 Jul;58(7):376-85

Obsesif Kompulsif Bozukluk

Başar AYRIBAŞ

Obsesif kompulsif bozukluk; kalıcı düşünce , dürtü ve imajların şeklinde anksiyete yaratan tekrar edici obsesyon ve obsesyonların yarattığı anksiyeteyi nötralize etmek için yapılan tekrarlayıcı davranış ve mental eylemler gibi kontrol edilemeyen kompulsiyonlarla karakterizedir. Sıklığı genel toplumda %2-3 kadardır ve psikiyatrik bozukluklar içinde en sık dördüncüdür. Genellikle ergenlik ve erken erişkinlikte başlayan , kronik bir anksiyete bozukluğudur. Bireylerin iş , sosyal ve özel hayatlarında belirgin bozulmaya yok açar ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından hayat kalitesini en fazla etkileyen ilk 10 hastalık içinde kabul edilmektedir . Uzun takip çalışmalarında 50 yıl sonunda hastaların ancak %20'sinin tam remisyona girdiği, %60 kadarında semptomların belirgin olarak devam ettiği,

%10'unda değişiklik gözlenmezken yine %10 hastada kötüleşme olduğu anlaşılmıştır . Hastalığın erken dönemlerinde kalıcı iyileşme görülenlerde bile 20 yıla kadar uzayabilen süreler sonunda tekrarlama görülmektedir.

Tedavide kullanılan psikofarmakolojik yaklaşımlar seratonerjiketkil üzerine kurulmuştur. Klomipramin'in kullanılmaya başlandığı 1980lerin başından itibaren hastaların şikayetlerinde belirgin iyileşme görüldüğü gözlenmiştir. 1990ların başından itibaren seratonerjik etkili SSRI tipi ilaçların ortaya çıkması klomipramin kadar etkili ve klomipraminden daha iyi tolere edilebilen seçenekler sunsa da, klinik çalışmalarda aktif ilaçların plasebodan daha erken bırakıldığı ve bu durumun relaps ve kronisite sıklığı yüksek olan OKBde ilaç tedavilerinin kullanımını sınırladığı anlaşılmıştır.

OKB tedavisinde psikoterapi Freud'un vaka sunumlarına kadar dayansa da , OKB 1970lerin başına kadar tedavi edilemez bir ' ruh kanseri ' olarak ele alınmaktaydı. 70lerde Meyer ve Maudsley ekolünün davranışçı yaklaşımları yaygınlaştırması ve tedavi etkinliğini kanıta dayalı olarak göstermesi ve 80lerden itibaren bilişsel terapinin kavramsallaştırmalarının eklenmesi ile psikiyatri alanında en etkili tedavi yöntemlerinden birine ulaşılmış oldu.

Günümüzde psikiyatri dünyasının neredeyse evrensel uzlaşı sağladığı OKB tedavisinde ; hafif olgulara bireysel veya grup KDT, uyum veya fayda gözlenmeyen hafif olgularda SSRI veya daha yoğun bireysel KDT , orta düzeyde bozulmalarda SSRI veya bireysel KDT ve ağır olarak kabul edilen vakalarda SSRI ve KDT kombinasyonu önerilir.

Cinsel İşlev Bozuklukları

Hakan BALCI

Son bir kac on yilicinde cinsel islevbozukluklariyla(CIB) ilgili bir hayli bilgi birikmistir. CIB'nin insanin seksuel dongusunun her asamasini etkileyen inatci ve tekrarlayici bozukluklar oldugu uzun zamandir bilinmektedir. Çok sik rastlanan sorunlar olmalarina ve genellikle basariyla tedavi edilmelerine karsin ne yazik ki tibbi merkezlere basvuru orani hala dusuktur. Bunun yaninda son yillarda cinsel sorunlarla hekime basvuru sayisi da hizla artmaktadir. Tum bu gelismeler tibbin ve tum hekimlerin bu alanda daha donanimli ve hazirlikli olmasini zorunlu kilmaktadir. CIB tedavisinde hem psikofarmakolojik hem de psikososyal mudahaleler kullanilmaktadir. Bu panelin amaci CIB'daki psikofarmakolojik mudahaleleri guncel literatur esliginde degerlendirmek ve klinisyenlere bu bozukluklara mudahalede bazi pratik stratejiler sunmaktir.

PANEL 19

Bipolar Bozuklukta Kognitif Davranışçı Terapi

Bipolar Bozuklukta KDT ile İlgili Çalışmalar ve KDT'nin Etkililiği

Mükerrem GÜVEN

Bipolar Bozukluk toplumda en az bir manik veya depresif nöbet geçirme sıklığı % 1 ila 1,5 olan, ciddi ve tekrarlayıcı bir duygu durum bozukluğudur. Diğer tüm ruhsal bozukluklardan çok daha titiz bir izlem ve bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Araştırmalarla etkiliği kanıtlanmış olan ilaç tedavilerine rağmen, bozukluğun gidişi değişmemektedir. Uygun farmakoterapiyi bulmakla kısıtlı bakış açısı büyük oranda terk edilmiştir. İlaç tedavilerinin etkinliği ile etkililiği arasındaki bu farkı hastaların reçete edilen ilaç tedavilerini sürdürmedeki güçlükleri ve psikososyal farklılıklarla ilişkilendirilmiştir. Kombine tedavilerin daha etkili olacağı varsayımını destekleyen Kognitif Davranışçı Terapi uygulamaları vardır. Örneğin; Scott ve arkadaşları (2001), KDT yaklaşımını akut manik atak dışında BB tedavisinde etkili olduğunu buldular. Lam ve arkadaşları (2003) randomize kontrollü çalışmalarında Kognitif Terapinin yinelemeyi önlemede yararlı olduğunu ve sosyal işlevsellikte düzelme sağladığını rapor ettiler. Bipolar Bozuklukta KDT'nin etkililiği meta-analitik olarak değerlendirildiğinde; KDT'nin toplam etki büyüklüğü izlemde tedavi sonunda etkinin hafifçe azalması ile karakterizedir, ortadan az etki büyüklüğü (d=-42) açığa çıkmaktadır. Bu bulgular BB ile bağlantılı olan hem manik hem de depresif belirtiler değerlendirildiği çalışmalarda mevcuttur. KDT'nin farmakoterapiye ilaveten uygulanan bir tedavi olmaktan ziyade, tek başına kullanıldığında etkili bir tedavi olduğuna dair çok az kanıt vardır. Ayrıca, BB kalıntı belirtileri için KDT uygulanmaktadır. Bazı

meta-analizler bipolar hastalarda yinelemeyi önlemede KDT'nin etkinliğine odaklanmıştır: relaps önleme ve erken belirtileri kontrol etmede KDT bir dereceye kadar etkili buldular. BB için KDT atakları önleme ya da ertelemede etkili bir yoldur, dahası eski kabullenimlerin aksine relaps önlemede KDT'nin etkililiği geçirilmiş manik veya depresif atak sayısından etkilenmediği anlaşılmıştır.

Kaynaklar

1. Szentagotai A, David D. The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2010 Jan;71(1):66-72.
2. Cakir S, Ozerdem A. Psychotherapeutic and psychosocial approaches in bipolar disorder: a systematic literature review. Turkish Journal of Psychiatry. 2010;21:143–154.

Bipolar Bozuklugun Kognitif Davranışçı Modeli

Yusuf SIVRIOGLU

*Özet ulaştırılmadığından dosyaya ilave edilememiştir.

Bipolar Bozukluğun Kognitif Davranışçı Terapisi

Sedat BATMAZ

"Bipolar Bozuklukta Kognitif Davranışçı Terapi" başlıklı panelin bu bölümünde, bipolar bozukluk için geliştirilmiş olan kognitif davranışçı terapi (KDT) yaklaşımından bahsedilecektir. Bu konu ele alınırken Basco ve ark.'nın geliştirdiği model temel alınmakla birlikte, gerekli görülen yerlerde diğer modellerden de bahsedilecektir.

Bipolar bozukluk için KDT yaklaşımı kabaca dört adımdan oluşmaktadır:

1. Adım: Rahatsızlığın gelişine hazırlıklı olmak
2. Adım: Gerekli önlemleri almak
3. Adım: Belirtileri azaltmak
4. Adım: Gelişimi takip etmek

Bipolar bozukluk için geliştirilmiş olan KDT'de amaç depresyon ve mani kısır döngülerini kırmaktır. Bu doğrultuda kişilerin bu kısır döngüyü oluşturan düşünce, duygu, davranış ve işlev bozulmasının hangi aşamalarında olduğu tespit edilmeye çalışılmaktadır. Bundan sonra erken uyarı işaretlerinin tanınması, rahatsızlığın erken dönemlerindeki düşünme tarzı değişimlerinin farkına varılması ve değiştirilmesi, belirtileri kötüleştiren davranışsal belirtilerin tanınması ve ele alınması, ilaç tedavisine

uyumun öneminin vurgulanması, stres yönetimi becerilerinin öğretilmesi gibi özgül girişimlerin nasıl uygulanacağı üzerinde durulmaktadır. Son olarak yinelemenin önlenmesi için atılması gereken adımlar öğretilerek, kişinin yeni bir rahatsızlık dönemine girmesinin önlenmesi veya en azından iki rahatsızlık dönemi arasındaki sürenin uzatılması ve aradaki dönemin mümkün olduğunca az sayıda kalıntı belirti ile geçirilmesi hedeflenmektedir.

Panel süresince anlatılan tedavi yöntemlerine uygun hasta örnekleri verilerek konunun daha anlaşılır kılınması sağlanmaya çalışılacaktır.

Önerilen Okuma Kaynakları:

1. Cognitive-BehavioralTherapyforBipolarDisorder, Second Edition. Monica RamirezBascoPhD, A. John Rush MD. TheGuilfordPress; Second Edition edition. 2007.
2. ManagingBipolarDisorder: A CognitiveBehaviorTreatment Program Therapist Guide (TreatmentsThatWork). Michael Otto, NoreenReilly-Harrington, Jane N. Kogan, AudeHenin, Robert O. Knauz,Gary S. Sachs. Oxford UniversityPress, USA; 1 edition. 2008.
3. BipolarDisorder: A CognitiveTherapyApproach. **Cory F. Newman**, **Robert L. Leahy**, **Aaron T. Beck.** AmericanPsychologicalAssociation; 1st edition. 2002.
4. PsychologicalTreatment of BipolarDisorder. **Sheri L. Johnson PhD**, **Robert L. LeahyPhD**. TheGuilfordPress; 1 edition. 2005.
5. CognitiveTherapyforBipolarDisorder: A Therapist's Guide toConcepts, MethodsandPractice (Wiley Series in ClinicalPsychology). **Dominic H. Lam**, **Steven H. Jones**, **Peter Hayward**. Wiley-Blackwell; 2 edition. 2010.

PANEL 20

Sosyal Fobide Kognitif Davranışçı Terapiler: Klasik ve Güncel Yöntemler

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Kognitif Davranışçı Tedavisi: Literatürde Yeni Ne Var?

Nurhan FISTIKÇI

Klinik çalışmalarda ve meta analizlerde sosyal anksiyete bozukluğunda (SAB) bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkin olduğu gösterilmiştir. Bu yüz güldürücü sonuçlara rağmen, örneğin grup BDT tedavileri sonrası hastaların ancak 25-60%'ı yüksek düzeyde fonksiyonellik kazanmaktadır. Bu nedenle SAB'da daha da etkili olabilecek BDT yöntemlerinin arayışı sürmektedir. Dikkat eğitimi (attentionaltraining) üzerinde yapılan çalışmalar bu arayışlaraiyi bir örnek olabilir. SAB'da istemsiz dikkat süreçlerinin modifikasyonu üzerine yapılan çalışmalar artmaktadır. Dikkatin sosyal tehdit ile

ilgili ipuçlarından uzaklaştırılması ve tehdite karşı teyakkuz halinin azaltılması, ortamdaki diğer uyaranların da işlenebilmesine izin vererek olumlu sonuçlar verebilmektedir(1,2). SAB'da öz-yeterlilik (self-efficacy) ve bilişsel yeniden değerlendirme (cognitivereappraisal) yetisi de sıkça çalışmalara konu olmaktadır. Düşük öz-yeterlilik ve bilişsel yeniden değerlendirme yeteneği SAB'nunprognozunu olumsuz etkilemektedir(3). SAB'nunprognozunu olumsuz etkileyen diğer bir kavram ise olay sonrası işlemlemedir (Post EventProcessing). Kişinin sosyal olayların ardından

olumsuzluklara ve yaptığı "hatalara" karşı bir yanlılık göstererek durumla uğraşısı söz konusudur. Bu panel sunumunda SAB'da son yıllarda araştırmaların yoğunlaştığı kavramlar üzerinde durulacaktır.

Kaynaklar

1.Emmelkamp, P. M. (2012). Attentionbiasmodification: theEmperor'snewsuit?. BMC medicine, 10(1), 63.

2. Price, M.,Tone, E. B., &Anderson, P. L. (2011). Vigilantandavoidantattentionbiases as predictors of responsetocognitivebehavioraltherapyforsocialphobia. Depressionandanxiety, 28(4), 349-353.

3. Goldin, P. R.,Ziv, M., Jazaieri, H., Werner, K., Kraemer, H., Heimberg, R. G., &Gross, J. J.(2012, May 14). CognitiveReappraisal Self-EfficacyMediatestheEffects of IndividualCognitive-BehavioralTherapyforSocialAnxietyDisorder. Journal of ConsultingandClinicalPsychology.

Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Davranışçı Tedavi

Ali KEYVAN

Davranışçı kurama göre öğrenme bireyin davranışındaki gözlemlenebilir bir değişmedir ve bütün davranışlar öğrenme ürünüdür. Davranış gözlenebilen, kaydedilebilen ve ölçülebilen eylem, hareket ya da yanıtlardır. Wolpe, anksiyete oluşturan uyaranların güçlü anksiyete antagonistleri ile eşzamanlı olarak verilmesinin korku tepkisini azalttığını gözlemlemiş, bu gözlem üzerine kurulu sistematik duyarsızlaştırma tekniğini geliştirmiş ve anksiyete antagonisti olarak da Jacobsen'in kas gevşetme tekniklerini kullanmıştır (Demiralp 2007).

Davranışçı terapinin ilk dönemlerinde fobilerin devam etmesinde en önemli temel patolojinin korku verici uyaranla karşılaşmayı önleyen "kaçınma davranışları" olduğu düşünülmüş. Bu dönemde kaçınma davranışlarını ortadan kaldırmaya yönelik alıştırma (exposure) tedavilerinin anksiyete bozukluklarının tedavisindeki etkinliği gösterilmiştir (Marks 1987).

Sosyal fobideki temel patoloji, sosyal ortamlarda ya da performans gösterilmesini gerektiren durumlarda bireyin küçük düşmesine veya utanç duymasına neden olabilecek biçimde davranacağına ilişkin belirgin ve inatçı bir korku duymasıdır. Bu korku sonucunda kaçma-kaçınma davranışları gelişir. Birey çekindiği ortamlara girmez, girmek zorunda kalırsa da belirgin bir huzursuzluk

yaşadığından o ortamı terk eder ve ya kaçabilecek gizli noktalara çekilir, dolayısıyla iş-sosyal ve özel yaşamı kısıtlanmaya başlar (Sungur 2000).

Sosyal fobinin tedavisinde etkinliği gösterilmiş ilk psikolojik tedavi yaklaşımı \"alıştırma\" tedavisi olmuştur. Üzerine gitme ilkesi üzerine kurulu alıştırma tedavileri sırasında terapist, hastanın kaçma-kaçınma davranışları gösterdiği ortamların listesini çıkarır ve hastayı hiyerarşik bir sıra içinde, kolaydan zora doğru bu ortamlara girmesine yardımcı olur. Hasta, ortamda anksiyetesi azalıncaya

kadar (ortalama 60-90 dakika) tutulur. Amaç anksiyeteyi ortadan kaldırmak değil, hastayı anksiyeteyitolere edebilir duruma getirmek ve anksiyeteyle başa çıkma becerilerini kazandırmaktır. Başka bir deyişle amaç hastanın sosyal ortamlardaki becerilerini arttırmak ve korktuğu sonuçların gerçekleşmeyeceğini göstererek özgüven duygusunu artırmaktır (Sungur 2000).

Kaynaklar:

Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:132-139.
Marks IM. Fears, PhobiasandRituals, New York, Oxford UniverstyPress, 1987.
Sungur MZ, Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar ve Sosyal Fobi. Klinik Psikiyatri 2000, Ek 2: 27-32.

Sosyal Fobide Temel Kognitif Terapi İlkeleri

Münevver HACIOĞLU YILDIRIM

Sosyal fobi, bilişsel davranışçı tedavinin etkin olduğu önemli bozuklardan biridir. Klasik kognitif formülasyonu kısaca aşağıda bahsedildiği gibidir. Sunumda sosyal fobinin klasik formülasyonunun bu eksende tartışılması planlanmıştır. Sosyal fobi kişinin reddedileceği, küçük düşeceği, komik bulunacağı inancı ile belli sosyal ortamlarda bulunma zorluğu olarak tanımlanabilir. Kişi sosyal ortama girmeden önce gireceği sosyal ortamlarda başına olumsuz şeyler geleceğine, komik bulunacağına, küçük düşeceğine ya da reddedileceğine dair bir inanışla sosyal ortamlara girmek istemez, kişi sosyal ortamlara girme olasılıkları ile ilgili de endişeli olur. Kendisi için endişe oluşturabilecek sosyal durumla karşılaştığında kendisi ve dış dünya ile ilgili maladaptif şemaları aktive olur, otomatik olarak davranışlarında inhibisyon oluşur ve rahat hareket edemez, bu sıkıntıdan kaçmak için uygun olmayan güvenlik sağlayıcı davranışlar geliştirebilir. Kendine ve bedensel belirtilerine odaklanmada artış oluşur, bu odaklanma endişesinin daha artmasına ve bulunduğu ortamı daha da sıkıntı verici bir ortam olarak tanımlamasına neden olur. Kişi bir sosyal ortamda bu şekilde bir sıkıntı yaşadıktan sonra sosyal performasını olumsuz yorumlamaya başlar bu yorumlama da utanma ve endişe duygularının ortaya çıkmasına ya da daha da artmasına neden olur. Böylece kendilerini

olumsuz değerlendirmeleri ve başkaları tarafından olumsuz algılandıkları inançları pekiştirilmiş olur.

1. DA Clark, AT Beck; Cognitivetherapy of anxietydisorders: Scienceandpractice. GuilfordPress (2010) New York LondonPage 332-388

2. Özgüven HD. Sungur MZ. Sosyal Fobi. Türk Psikiyatri Dergisi 1998; 9(2): 128-138

3. Wong QJ, Moulds ML. Therelationshipbetweenthemaladaptive self-beliefs characteristic of socialanxietyandavoidance. J BehavTherExpPsychiatry. 2011 Jun;42(2):171-8

PANEL 21

KDT'de Metafor Kullanımı

KDT'de Metafor Kullanımı: Sebepler ve Etkiler

Axel WÜRZ

Compared to some other forms of therapy CBT has concerned itself with the process of how patients can consolidate what they have learnt in therapy. The aim is to allow patients to understand concepts more easily as well as to access helpful cognitions, mood states, behaviour and problem-solving strategies in the future to overcome current symptoms and prevent relapse. Several strategies are being used to achieve this long-term learning in CBT, e.g. homework assignments, note-keeping, written exercises and experiential learning in form of behavioural experiments.

Current evidence suggests that e.g. in anxiety disorders exposure exercises do not lead to extinction of the old fearful memory but instead lead to the development of new memories in which the former fearful stimulus becomes associated with non-fearful cognitions and experiences. This new memory has to compete with the old fearful associations ('competing retrieval model'). In order for the new memory to be competitive, i.e. to be retrieved faster and stronger than the old memory, the new memory benefits from forming associations with previous learnt concepts and facts, such as metaphors and sayings. Linking the new memory to less established, but new and colourful metaphors and stories, will - according to learning theory – lead to enhanced consolidation into long-term memory. Some evidence suggests that metaphors in a broader sense, e.g. non-verbal and verbal symbols (e.g. a light bulb as a symbol for insight) can affect cognitive function through priming-effects.

The patient can use the metaphors preparing for a difficult situation, e.g. promote problem-solving. Furthermore, the metaphors can act as a reminder for helpful strategies when experiencing distress, help access different perspectives and for the patient to distance themselves from the situation. Another useful property of metaphors and symbols is that it can act as a primer to access more positive mood-states and behaviours. Taken together this suggest that metaphors, stories and symbols should be integrated into CBT more widely and with greater awareness.

Anksiyete Bozukluklarında Metaforlar: Örnek OKB

Volkan TOPÇUOĞLU

*Özet ulaştırılmadığından dosyaya ilave edilememiştir.

Bağımlılıkta Yararlı Metaforlar: Örnek Sigara Bağımlılığı

Mükerrem GÜVEN

Kognitif Terapinin işi düşüncelerin anlamını değiştirmektir ve metaforlar KT'nin önemli bileşenlerinden biridir (1). Sözel ya da imgesel benzetmelerin kullanımı hem terapist, hem de danışan için heyecan vericidir, terapi saatlerini ilgi çekici hale getirir. Sigara veya nikotin bağımlılığında davranış değişikliği ve işlevsel olmayan kognisyonların daha işlevsel olanlarla değiştirilmesine yardımcı olan metafor uygulamaları vardır.

Sigara veya nikotin bağımlılığı akciğer kanseri gibi solunum yolu hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları gibi pek çok ölümcül hastalığa yol açabilmektedir. Bu hastalıklar nedeniyle ya da bireyin kendi isteği ile sigarayı bırakma söz konusu olmaktadır.

Kognitif Davranışçı Terapi ile sigara bırakmada metaforlar terapinin sürecini kısaltan katalizörlerdir. Dilbilimin kullanıldığı durumlar: "bazen bir sigara sadece bir sigaradır", "beyin inatçıdır", "içme isteği kaybolduğunda bu kimin işine yarar" gibi sorular ve anektodal hikayelerden yararlanılır. İmgesel metaforlar arasında "dar ve geniş açılı lenslerle fotoğraf çekme" ve "mekaniğini bilmeden araç kullanma" örnek verilebilir. İşlevsel olmayan kognisyonlar ile sigara içme eylemi arasındaki köprüleri birleştirmek, sayıları birleştirince resmin tamamını gördüğümüz bulmacalara benzerler. Büyük resmi tam olarak görmek için imgesel metaforlar tercih edilmektedir.

Sigara bağımlılığı ile baş etmek konusunda kararlı hale gelmeyi engelleyen, bağımlının sigaranın zararlarını minimalize etmesi ve sigaraya atfedilen olumlu düşüncelerdir. Metaforlar "radyo kanalını değiştirmek gibidir", şema düzeyinde çalışmayı gerektirmezler. Hızlı bir bağlantı ile bir ağdan yeni seçenek olarak bir diğer ağa bağlanılır. Sigara hakkında içsel olarak "farklı bir yolla düşünme" ve dışsal olarak da "alışılmış olandan farklı hareket etme" sigara içmeyi terk etmeyi kolaylaştırıcıdır (2). Sigara bırakmayı kabullenme ve sorumluluk almada yararlı metaforların kullanımı, kognitif bağlantıları kurma becerisi kazandırmaktadır.

1. Stott R, Mansell W, Salkovskis P, Lavender A, Cartwright-Hatton. Oxford Guide to Metaphors in CBT: Building Cognitive Bridges Therapy), NY (2010)
2. Törneke, N. (2010). Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications.Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc

PANEL 22

Selektif Mutizmli Çocuk ve Ergenlerde Tanı Koyma ve Terapi Yaklaşımları

Selektif Mutizm Kliniği

Elvan İŞERİ

Selektif mutizm seyrek görülen bir bozukluktur. Ruh sağlığı kurumlarında değerlendirilen bireylerin %1'den daha azında rastlanmaktadır. Başlangıcı genel olarak 5 yaşından öncedir, ancak okula başlayana kadar klinik olarak dikkat çekmeyebilir. Bozukluk genellikle sadece birkaç ay sürebildiği gibi, daha uzun süreler, hatta birkaç yıl devam edebilir. Sıklığının kızlarda daha fazla olduğu bildirilmektedir.

Çevresel etkenler ve gelişimsel olaylar çocuğu bu bozukluğa yatkınlaştırır. Başlangıçta aile tutumları üzerinde durulmuş; genellikle aşırı koruyucu anneler ve sert, uzak babalar tanımlanmıştır. Ayrıca psikodinamik çatışmaların belirti oluşumuna neden olabileceği, cinsel istismar ya da hastaneye yatma gibi travmatik yaşantılara tepki olarak da gelişebileceği bildirilmiştir. Bazı olgularda dil güçlükleri rol oynayabilir. Ayrıca çocuğun sesi ya da konuşması ile alay edilmesi de etkili olabilmektedir. Yeni bir dilin kullanıldığı çevrelere göç eden ailelerin çocuklarında bozukluğun oranı yükselmektedir. Selektif mutizm tanılı çocuklarda dil ve konuşma gecikmeleri görülebilmektedir. Ayrıca enürezis, enkoprezis gibi gelişimsel bozuklukların, EEG anomalilerinin bu çocuklarda sık görülmesi biyolojik bir nedenin varlığını düşündürmektedir.

Selektif mutizmin olduğu çocukların anne babalarında anksiyete bozukluğu ve çocuklarında selektif mutizm tanıları bildirilmektedir. Son yıllarda bozukluğun yetişkin sosyal fobisinin çocukluktaki görünümü olabileceği düşünülmektedir. Bazı yazarlar ise selektif mutizmin panik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, karşıt olma ya da kontrol edici davranışlar ile yakından ilişkili olduğu üzerinde odaklaşmışlardır.

Bozukluğun en önemli özelliği, kişinin başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın konuşması beklenen özgül birtakım toplumsal durumlarda (örn. okul ya da oyun arkadaşları) sürekli bir biçimde konuşmamasıdır. Bu bozukluğu olan çocuklar, konuşarak iletişim kurma yerine, el kol hareketi-mimikler, kafa sallama ya da oynatma ya da itme ve çekmeyle, bazen de tek heceli kısa, monoton ses çıkararak ya da değişmiş ses tonu kullanarak iletişim kurarlar.

Bozukluk genellikle okul öncesi dönemde ortaya çıkmaktadır, ancak kliniğe başvurma ve tanı 6-8 yaşları arasında olmaktadır. Uzun seyirli bir bozukluktur. Kendiliğinden düzelme çok enderdir. İzleme çalışmalarında düzelme olsa da konuşmada kısıtlılık ve diğer coşkusal-davranışsal sorunların

kalabildiği, ders başarısızlığı, arkadaşlarının alay etmesi, sosyal çekingenlik ve okul sorunlarının görülebildiği bildirilmiştir.

Göçmen çocuklar yeni çevrelerindeki yabancılarla konuşmayı reddedebilirler. Bu davranış bozukluk olarak değerlendirilmemelidir. Selektif mutizm fonolojik bozukluk, sözel anlatım bozukluğu ve sözel anlatım ve anlamanın birlikte bozukluğu gibi iletişim bozukluklarından ayırt edilmelidir. Konuşmanın kişi ya da ortamlara göre seçici olması ayırıcı tanıda önemli bir özelliktir. Şizofreni ve yaygın gelişimsel bozukluklardaki toplumsal ilişki ve sözel iletişimdeki bozukluktan ayrımı da kolaydır. Nörolojik, toksik ve metabolik bozukluklara bağlı ortaya çıkan mutizmden ayırt edilmelidir.

Selektif Mutizmli Çocuklarda Terapi YaklaŞımları ve Süreci

Veysel KIZILBOĞA

Latince, ‘mutus’ kelimesinden gelen ‘mutizm’, ‘sessizlik’, ‘suskunluk’ anlamına gelir (1). Selektif mutizm (SM), konuşabilme becerisinin olmasına rağmen konuşmanın beklendiği birtakım ortam ve durumlarda konuş(a)mama olarak tanımlanır. DSM-IV-TR’da ilk kez bebeklik, çocukluk veya ergenlik çağında tanı konulan bozukluklar içinde sınıflandırılmaktadır (2). Selektif mutizm ile ilgili ilkyazın bilgileri 1887’de Kussmual’a kadar uzanmaktadır. Kussmual zihinsel açıdan sağlıklı olup konuşmamayı tercih eden kişileri ifade etmek için ‘aphasia voluntaria’ deyimini kullanmıştır (3;4). Tramer 1934 yılında belirli bazı durumlarda konuşmayı reddeden çocukları ‘elektif mutizm’ ifadesini kullanarak tanımladıktan sonra Hesselman ‘selektif mutizm’ ifadesini önermiştir. Böylece çocuğun bütünüyle konuşmayı reddetmekten çok, anksiyetesini arttıran birtakım ortamlarda konuşmamayı tercih ettiği düşüncesi vurgulanmıştır (3). Selektif mutizmi olan çocuklar kendi evlerindeyken veya kendi ebeveynleriyle birlikteyken normal olarak konuşurlar. Ancak okulda veya evleri dışındaki bir ortamda veya tanımadıkları insanların yanında konuş(a)mazlar. Dilsizleşirler, susarlar, taş kesilirler ve sonuçta sadece jest ve mimiklerle veya yazılı olarak anlaşma yoluna giderler (5).

Burada, alanda çalışan uzmanları selektif mutizm terapileri hakkında bilgilendirmek ve onları selektif mutistik çocukların terapilerini üstlenmek konusunda motive etmek amacıyla başarıyla sonuçlandırılmış olan bir olgu sunumu yapılacaktır. Sunumda okulöncesi ve ilkokul çağındaki çocuklara yönelik terapötik yaklaşımlar ve uygulamaları tanıtılacaktır. Sunum, aşama aşama videolar ve ses kayıtları ile desteklenecektir.

Ele alınan olgu 4.5 yaşına kadar selektif mutizm, ardından total mutizm tanısı almış olan 6 yaşında bir kız çocuğudur. Olgu ile haftada ortalama 4 seans olmak üzere toplamda 6 ay çalışılmıştır. Çalışmada Boris Hartman SYMUT (sistematik mutizm terapisi) (5), Systemische Mutismus-Therapie ve Katz-Bernstein (SAFE PLACE) (1) yaklaşımlarının çalışmacının kendi deneyimleriyle harmanladığı

eklektik bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu vaka çocuğun selektif mutistik davranışlar gösterdiği bütün ortamlarda normal konuşmasıyla başarı ile sonlandırılmıştır.

1. Katz-Bernstein, N. (2007). Selektiver Mutismus bei Kindern (2. Aufl.) Reinhardt Verlag, München
2. Çuhadaroğlu Çetin, F.; Coşkun, A; Pehlivantürk, B.; İşeri, E.; Türkbay, T. ve diğerleri, (2008). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği.
3. Dow, S.P.; Sonies, B.C.; Scheib, D.; Moss S.E.; Leonard, H.L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36:653-660.
4. Freeman, B.J.; Garcia, M.A.; Miller, M.L., Dow, P.S.; Leonard, L.H. (2004). Selective Mutism, Anxiety Disorders in Children and Adolescents (TL Morris, SJ March (eds)). 2nd edt, The Guillford Press, 280-301.
5. Hartman, B. (2006). Gesichter des Schweigens (1.Aufl.). Schulz-Kirchner Verlag, Idstein.

Okul Mutizmi Olan Ergenlerde Bilişsel Çarpıtmalar ve Düşünce Hataları

Mahmut KIZILBOĞA

Selektifmutizm (SM), konuşabilme becerisinin olmasına rağmen konuşmanın beklendiği birtakım ortam ve durumlarda konuş(a)mama olarak tanımlanır. DSM IV'e göre; selectivemutizm, konuşmanın normal ve doğal olduğu sosyal ortamlarda sürekli olarak konuşamama, fakat başka ortamlarda konuşabilme olarak tanımlanmıştır (1). Selektifmutizmde, çocuk kaygı uyandıracak ortamlarda olduğunda konuşmamayı seçmektedir (2).

Selektifmutizm, temelde selektifmutizm ve tümden mutizm (toptan suskunluk) olarak iki ana gruba ayrılmakla beraber okul mutizmi de sık görülen bir durumdur. Bu çocuklar evlerinde anne-baba ve kardeşleriyle, dışarıda arkadaşlarıyla konuşurken; okula başladıklarında öğretmenleriyle konuşmamaktadırlar (2). Resmi olarak bu tanının konulabilmesi için çocuğun konuşmama durumunun en az bir ay sürmesi ve bu sürenin de özellikle çocukların okula başladıkları -ilk ayda utangaç ve çekingen olabileceklerinden dolayı- ilk bir aydan sonraki bir ay olması gerekmektedir.

Mute çocukların tedaviye dirençli olmalarından dolayı sağaltımlarının zor olacağı belirtilmiştir (3). Bununla beraber, otoriteler tarafından birçok tedavi yöntemi önerilmiştir. Konuşmayan çocukların tedavisinde klasik psikodinamik yönelimli psikoterapiden, psikanalizden ve hipnozdan yararlı sonuçlar alınamamıştır (4). Başarılı olan tedavi teknikleri arasında davranışsal, farmakolojik terapiler, grup, aile terapileri ve çoklu (multimodal) tedavi yöntemleri gösterilmektedir (6). Bilişsel-davranışçı terapi de,

SM'de başarılı olarak önerilmektedir (5). Bu yaklaşımın özellikle sözel ve sözel olmayan iletişim şekillerini teşvik ettiği belirtilmiştir (2).

Burada, alanda çalışan uzmanları okul mutizmi terapileri hakkında bilgilendirmek amacıyla başarıyla sonuçlandırılmış bir vaka sunumu yapılacaktır. Sunumda okul mutizmi olan çocuklara yönelik terapötik yaklaşımlar ve uygulamaları tanıtılacaktır.

Ele alınan vaka, okul mutizmi tanısı alan bir kız çocuğudur. 6. sınıfta olmasına rağmen hayati durumlarda dahi okulda ağzından tek sözcük çıkmamış, okuldaki tüm duygularını sessizlikte yaşamış, akademik başarısı sınıf ortalamasının üstünde olan bu vaka ile haftada iki seans olmak üzere toplamda dört ay çalışılmıştır. Seanslar, konuşma terapistiyle eş zamanlı olarak; bilişsel terapilere dayalı eklektik bir yaklaşımla sürdürülmüştür. Danışanın kendini kapatma riskinin olduğu hassas bir süreçte "sözleşme yapma", "ABC modelini öğretme", "sokratik sorgulama", "düşünce hatalarını ortaya çıkarma", "zihinsel canlandırma", "rol oynama" gibi tekniklerin yanısıra konuşma terapisti tarafından da konuşma terapisi, davranışçı terapi teknikleri, aile terapisi ve grup terapisi uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda danışan okuldaki sessizlik zincirini tamamen kırmıştır.

Bu çalışma, zor vakalarda sonuca hızlı ulaşmak adına multidisipliner çalışmanın, dil-konuşma terapisti, psikolog ve psikiyatrist işbirliğinin önemini de açıkça göstermiştir.

KAYNAKÇA

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed.). Washington, DC.

Black, B. B. (1996). Social anxiety and selective mutism. American Psychiatric Press Review of Psychiatry. Washington, DC. American Psychiatric Association Press.

Kolvin, I.&Fundudis, T. (1981). Elective mute children: Psychological development and back ground factors. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22, 219-232.

Richburg, M. L.&Cobia, D. C. (1994). Using behavioral techniques to treat selective mutism: A casestudy. Elementary School Guidance&Counseling, 28(3), 214-220.

KOGNİTİF ve DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

UZMANLA BULUŞMA TOPLANTILARI

UZMANLA BULUSMA - 1
Kognitif Davranışçı Yaklasım ile Yönetici Koçluğu
Selin SERTEL

Koçluğun önemli bir yanı, doğru soruları sormak ve cevaplarla ilerlemek… bir şekilde bunu yaşatmak için ; Kayıt günü / Kayıt masasından temin edilen kongre çantasına bir kart koymamız mümkün mü ? Ön yüzünde bu konuşmanın detayı, arka yüzünde 'sormak istedikleriniz' şeklinde bir yazı ve boş alan olacak. Bu kartı katılımcı sayısı kadar kolayca bastırıp size iletebilirim.

'Hayatımda benim için en önemli olan şey nedir? Ne yapmaktan hoşlanıyorum? Herhangi bir zorunluluk olmayınca ne yapmayı istiyorum ? Mümkün olsaydı ne yapmayı isterdim? Özel yeteneklerim neler? Eğer bugün herşeyi bırakıp gitseydim, nasıl hatırlanmak isterdim?

Psikolojinin misyonlarından biri de olan, bireyin kendine sorduğu bu soruların yanıtlarını bulmasına yardımcı olmak, 80'li yıllardan itibaren ele almaya başladı. Kendisi için daha iyisini arayan, kendini geliştirmek isteyen bireyi merkeze alan yaklaşımlar 'Pozitif Psikoloji' genel tanımı altında birleşmeye ve çeşitlenmeye başladı. 'Koçluk', bireyin bu yöndeki davranışının getirdiği iç ve dış çatışmaların bilimsel metotlar kullanılarak çözülmesine destek bir uygulama olarak benimsendi. Yönetici koçluğu ise, özellikle Kognitif Davranışçı teoriler üzerinde yükselerek günümüzün iş ortamı insanına uyarlanmaktadır.
Bu buluşma, katılımcıları Profesyonel Koçluk yaklaşımı ve çeşitliliği ile tanıştırmayı, bu alanın Kognitif Davranışçı psikoloji bilgileri ile nasıl desteklendiğini paylaşmayı hedeflemektedir. Kongre kayıt masasına ileteceğiniz sorularınız da, buluşmamızı zenginleştirecektir.'

UZMANLA BULUSMA - 2

Genel Anksiyete Bozukluklarında Metakognitif Terapi ve ÇocuklardaUygulanması

Melek DAĞLAR

Metakognitif terapi başarısı kanıtlanmış ve etkili bir terapi yöntemidir. Metakognitif terapi, kognitif süreçlerin nasıl çalıştığını anlamayı, bu süreçlerin sonuçlarını farkedebilmeyi hedefler. Metakognitif terapinin temelini oluşturan Kendini Düzenleyici Yönetici İşlemler (*S-REF: Self-Regulatory Executive Function*)modeli psikolojik bozukluklarda gözlemlenen düşünce süreçlerinin tanımlanmasını ve bu süreçlerin değiştirilmesi yoluyla tedavi sunulmasını amaçlamaktadır. Tüm insanların tecrübe ettiği negatif duygu ve düşünceler, psikolojik bozuklukları olan kişilerde daha uzun süreli etki yapmakta ve tekrarlayıcı bir sürece dönüşmektedir. Bir kısır döngü gibi devam eden bu süreci, olayların kontrol edilemezliği ve tehlike odaklı negatif inançlar yanında tehlikeleri ve kötü sonuçları düşünerek endişelenmek ve ruminasyon yoluyla ortaya çıkan pozitif inançlari da uzatmaktadır. Somut sonuç üretmeyen hatalı başa çıkma stratejileri de bu döngüye katkıda bulunmaktadır.

Metakognitif Terapi düşüncelerin içeriğinden çok bu düşünceleri oluşturan düşünce süreçlerinin anlaşılması ve değiştirilmesi ile ilgilidir. Bu yönüyle Metakognitif Terapi yöntemi Genel Anksiyete Bozukluklarının tedavisinde de etkili bir yöntem olup anksiyeteye sebep olan sürekli endişe halini ortaya çıkaran süreçlerin değiştirilmesini sağlamada başarılı sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır.

Metakognitif Terapi yöntemlerinin yetişkinlere etkili bir şekilde uygulanmasına rağmen çocuklara yönelik yapılmış çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Yapılan araştırmalar çocukların da pozitif ve negatif inançları gelişim düzeylerine paralel basitlikte olsa dahi fark edebildiklerini göstermektedir. Bu açıdan Metakognitif Terapi yöntemlerinin çocuklara uygulanmasının da, uygun bir dil ve tekniklerin kullanılması kaydıyla, etkili sonuçlar doğuracağı öngörülmektedir.

Metakognitif Terapinin anlaşılması ve Genel Anksiyete Bozukluklarının tedavisinde kullanımına yönelik bilgi paylaşımı amaçlı bu çalışmada aşağıdaki konular ele alınacaktır:

1. Endişe ve Genel Anksiyete Bozukluklarının metakognitif modeli
2. Ruminasyonların anlaşılması ve tanımlanması
3. Ruminasyonların ve Genel Anksiyete Bozukluklarının tedavisine yönelik Metakognitif Terapi teknikleri
4. Dikkat ve odaklanma eğitimi teknikleri
5. Ayrıştırılmış farkındalık (detached mindfulness) eğitimi

6. Olumlu ve olumsuz metakognitif inanışların değiştirilmesi
7. Endişe ve ruminasyon tedavisinin benzer bozukluklara uygulanması
8. Metakognitif Terapi tekniklerinin çocuklarda gözlemlenen Genel Anksiyete Bozukluklarının tedavisinde kullanımı

Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression: New York: Guilford Press.

Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 23, 337-355

UZMANLA BULUSMA - 3

Bosanma Süreci Danısmanlıgı Danısmanlık Kılavuzu: Bir Psikososyal Destek Hizmet Örnegi

Hülya BİNGÖL, Neşe KOCABAŞOĞLU, Ahmet Cemil ÖLÇER

Ailenin yapı taşını oluşturan evlilik ilişkilerinde son yıllarda artan problemler ve meydana gelen boşanmalar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorun olmaya başlamıştır. Türkiye İstatistik kurumu başkanlığı verilerine göre 2012 yılında 123.325 çift boşanmıştır. Bu oran geçen yılın aynı dönemine göre %5,8 oranında daha yüksektir.Gerek bireylerin gerekse çocukların yaşamında çoğul değişikliklere uyum sağlamalarını gerektiren boşanma, bu özelliği ile bir geçiş dönemi olarak nitelendirilir. Bu sürecin ne yönde çözümleneceği bireylerin kişilik özelliklerine, baş etme becerilerine, alacakları yardım ve desteğe bağlıdır(Hoff,1984).Son yıllarda tüm dünyada evlilik ve aile danışmanlığına verilen önemin giderek arttığı, aileler ve çiftlerle çalışan danışman ve psikologların çeşitli kuramlar ve yaklaşımlar ışığında bu konuya daha fazla eğilmeye çalıştıkları gözlenmektedir.Bu noktadan hareketle,Aile ve sosyal politikalar bakanlığı isteği üzerine, boşanma öncesinde, boşanma esnasında ve boşanma sonrasında uygulanmak üzere kdt, çözüm odaklı yaklaşım ve eklektik yaklaşım prensiplerini temel alarak bir kılavuz hazırladık. Kılavuz boşanma öncesi, boşanma esnası ve boşanma sonrasında uygulanmak üzere toplam 33 seanstan oluşmaktadır. Boşanma sürecini yaşayan aileler profesyonel danışmanlık alarak böyle bir zorlu yaşam olayı ile daha iyi bir şekilde başa çıkacaklardır.Burada temel amaç, ailelerin yaşam kalitelerini artırarak, ruhsal anlamda boşanma süreci ile başa çıkma becerilerini artırmak ve olası ruhsal sıkıntıları önlemek anlamında destek sunmaktır.
Sunumda seansların içeriği ve temel prensipleri üzerine örnekler sunulacaktır.
Bu kılavuz Türkiye de hazırlanan, boşanma üzerine spesifik konuları içeren ilk ve tek kılavuz olma özelliğindedir.

UZMANLA BULUSMA - 4

Hipnoterapide Kognitif ve Davranışşal Tekniklerin Uygulanması

Kerem DOKSAT, Neslim DOKSAT

Bilişsel ve davranışçı tekniklerin hipnoteapide kullanılması çok eskiden beri başvurulan bir yöntemdir.

Bilhassa Anksiyete Bozukluklarında, Depresif Spektrum Hastalıklarında, Dissosiyatif Bozukluklarda, hâttâ iyi seçilmiş vak'alarda psikotik hastalarda dahi değişik oranlarda başarıyla kullanılmaktır.

Meselâ bâzen tek seansla bile düzelen Uçak Fobisi'nde hastaya "guided imagery: yönlendirerek zihninde canlandırma" yöntemiyle gerçekmişçesine deneyimlediği bir hava yolculuğuna çıkması telkin edilir. "Altın anahtar" denen yöntemle sağ elinin başparmağını diğer parmaklarıyla avcunun içine alması, anksiyete duyduğu anda bunu sıkıp derin derin üç kere burnundan nefes alıp ağzından vermesi söylenir. O esnada da "korkmaktan korkmuyorum" diye düşünmesi tekne edilir (bilişsel mesaj) ve bu sayede korkusunun büyük ölçüde azalacağı söylenir (hipnotik telkin). Yolculuk boyunca telkinle uçak türbülansa sokulur, fırtınaya tutulur ve her seferinde altın anahtar ve nefes tekniğini kullanır. Yaklaşık 15-20 dakika sonunda kendiliğinden anksiyetesi azalmaya başlar. Bunu fark edince, "günlük hayatta da korktuğunuz, endişe duyduğunuz veya performans anksiyetesi yaşadığınız zamanlar aynı şeyi gözlerinizi kapayıp tekrarlayın, en fazla bir dakikanızı alacaktır" denir (davranışçı mesaj). Telkin yeterince güçlendikten sonra, 1-1.5 saat civarında seansa son verilir. Gerekirse birkaç seans daha yapılarak tedavi pozitif olarak pekiştirilir. Uyaranın genelleşmesi yoluyla, diğer benzeri durumlarda da hastanın rahatladığı görülür. Sigara terki tedavisinde de benzeri aversif şartlandırma telkinleriyle bilişsel ve davranışçı mesajlar verilir. Ortam uygun olursa, dinleyiciler arasından birisine uygulama da yapacağız.

KAYNAKLAR

Shaw HL. Br J Psychiatry. 1977 Mar;130:229-32. A simple and effective treatment for flight phobia.

Deyoub PL, Epstein SJ Short-term hypnotherapy for the treatment of flight phobia: a case report. Am J Clin Hyp 1977 Apr;19(4):251-4.

Riegel B. Hypnosis for smoking cessation: group and individual treatment-a free choice study. Int J Clin Exp Hypn 2013 Apr;61(2):146-61.

KOGNİTİF ve DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

ÇALIŞMA GRUPLARI

ÇALIŞMA GRUBU 1
Alkol ve Sigara Bağımlılığında Kognitif Davranışçı Terapi Yaklaşımı

Sigara Bağımlılığı ve KDT Yaklaşımı

Gülay Oğuz

Dünya Sağlık Örgütü, sigara kullanımını dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgın olarak nitelendirmektedir. Sigara içenlerin %70'inden fazlası bırakmayı istemektedir. Her yıl % 30-50'si denemektedir. Yardım almayanların ancak %5'i başarılı olmaktadır.(1)Farmakolojik tedavi ile uzun süreli bırakma oranları%30 dur(2).

Sigara dumanı ile vücuda alınan nikotin sinir sitemini etkileyerek uyanık kalma, rahatlama, dikkati toplama, keyif almaya yol açmaktadır. Bu etkiler, sigara kullanımını pekiştirerek, bireylerin sigara kullanmayı sürdürmesine ve sigara bağımlısı olmasına neden olmaktadır. Sigara içimi ile kişinin performansı, dikkati artar, endişe ve depresif bulgular azalır. Nikotin alınımıyla oluşan bu olumlu tablo kişide sigara içiminin bütün sosyal, psikolojik, davranışsal bileşenleriyle bağlantılar kuran ;

• Kompulsif kullanım,
• Klasik şartlanma,
• Edimsel şartlanma ile sonuçlanır. Bu nedenle tedavide kognitif davranışsal yöntemler etkindir.Sigara bırakma aşaması üç döneme ayrılır:

- **1-** ***Farkındalık öncesi dönem*** (bağımlı olduğunu ya da sigarayı bırakmayı düşünmez, durumundan rahatsız olmaz)
- ***2- Farkındalık ve düşünme dönemi*** (sigarayı içmekle bırakmak arasında gidip gelir ve sigarayı bırakmayı ciddi şekilde düşünür)
- ***3- Hareket dönemi*** (sigarayı bırakmaya çalışır ve bırakmayı dener)

KDT yaklaşımının temel amacı sigara davranışından önceki , içme sırasındaki ve sonrasındaki düşünce ve duyguların oluşturduğu otomatik sigara içme davranışının ortadan kaldırmak ve nüksleri engellemektir. Vakanın formülasyonu yapılır otomatik düşünceler, düşünce hataları , tetikleyici faktörler, yüksek riskli durumlar , şemalar tespit edilir. Riskli durumlarda baş etme teknikleri çalışılır.Sık karşılaşılan kognitif hatalar;

-Bırkasam bile benim hayatım düzene girmez

-Sigarasız rahatlayamam

-Kullanmadan insanların arasına karışamam

-Sigara içmek büyümek demektir.

-Sigara içmek çekici yapar şeklindedir.

Kognitif Davranışçı Terapi Aşamaları,

1-Sigara bırakma anlaşması

2-Kayıt tutma, otomatik sigara yakmak yerine ne kadar sigara içtiğini kaydederken, bu konuda düşünecek zaman bulur.

3-Farkındalık aşaması;Bağımlılığın sonuçlarının neler olduğu hakkında farkındalık oluşturulması

4-Tetikleyici faktörlerin tespiti;Sorunun sürmesini sağlayan faktörlerin belirlenmesi

5-Düşünce kayıt formu kullanımı:İşlevselliği bozuk olan düşünceler olumsuza modifiye edilebilir.Sigaraya karşı gelişen olumlu kognisyonlara (düşünce ve imajlara) odaklanılır

6- Davranışçı tekniklerin kullanımı;

A. Sigaraya karşı olumsuz tepki geliştirme teknikleri;
   -Örtük duyarlılaştırma(hastalıklarla ilişkilendirme)
   -Sigara içme davranışının zevk vermeyen ortamlara taşınması (WC, balkon, banyo, kapalı oda)
   -Davranış bedelinin öğrenilmesi (sigaraya harcayacağı parayı biriktirme)
B. Sigara ile ilgili koşullanmaların söndürülmesi teknikleri; Çay, kahve,yemek sonrası, alkol,kül tablası, çakmak,sigara içen arkadaşlar, sigara içilen yerlerle ilişkinin yeniden düzenlenmesi
C. İçme dürtüsü ile başa çıkma becerilerini kazandırma teknikleri; Elleri oyalayıcı uğraşlar, bol sıvı tüketimi, su, meyve suları,bitki çayları kullanımı, düzenli egzersiz programı
D. Davranışların ödüllendirilmesi; Haftalık, aylık sigara paralarını biriktirerek kendine veya yakınlarına hediye alması, yemeğe gitmesi, vs olarak özetlenebilir.(3,4)

KAYNAKLAR:

1-Shape of the relapse curve and long term abstinence among untreated smokers.Addiction 2004 .

2-Advances in pharmacotherapy for tobaccodependence.Expert Opin Emerg Drugs 2004.

3- Marks DF. Overcoming your smoking habit (A self -help guide using CBT Techniques)

4-Perkins KA, Conklin CA, Levine MD. Cognitive-Behavioral Therapy for smoking cessation. USA, Routledge, 2007.

Alkol Bağımlılığı ve KDT Yaklaşımı

Mükerrem Güven

Alkol Kullanım Bozuklukları nedeniyle tedavi merkezlerine başvuranlarda, %90 oranında anksiyete ve duygu durum bozukluğu saptanmaktadır(1). AKB, erkeklerde en sık rastlanan psikiyatrik bozukluktur; kadınlarda ise son yıllarda hızla artmakla birlikte, depresyonun ardından ikinci sırada yer almaktadır.

Sıkıntılı durumlarda alkol alımı ile rahatlama, alkol almayınca sıkıntının artması, karşı konulamayan içme isteği (aşerme), tasarlanandan fazla alkol tüketilmesi (tolerans gelişimi), buna rağmen eskisi gibi keyif alamama, sıkıntının daha da artması ile bağımlılık döngüsü oluşmaktadır. Günlük yükümlülük ve sorumluluklar aksaması, fiziksel ya da ruhsal sorunların ortaya çıkmasına ya da artmasına rağmen alkol kullanımı sürdürülmesi, başarısız bırakma girişimleri ile alkol bağımlılığı tanısı konulur.

Bağımlılığın ortaya çıkışında öğrenilmiş ve kazanılmış davranışlar önem kazanmaktadır. Alkol alımı ile sıkıntının azaldığı öğrenilir; sıkıntılı durumlarda "kolaylaştırıcı inanışlar" ve yeniden yeniden alkol alımı (kompulsif kullanım) ile tehlikeli alkol kullanımı ortaya çıkar. Alkole atfedilen olumlu düşünce ve duyguları uyku sorunları, sabah sıkıntısı ve karamsarlık/pişmanlık gibi olumsuz duygular izlemektedir.

KDT'de bağımlılık davranışının nasıl ortaya çıktığı hasta ile birlikte keşfedilir (Sokratik değiştirme, bu yolla davranış değişiklerinin sürekliliği sağlama çalışmaları yapılır. Alkole dair olumlu inanışlar, sorunlu alkol tüketimini yadsıma veya küçümseme ve "bağımlılığın tedavisi yoktur" gibi yanlış inanışlara müdahaleler yapılandırılmış tedavi programlar kapsamında uygulanmaktadır. AKB sürdürüm tedavisinde Kognitif Davranışçı Terapi yaklaşımı tedavi protokollerinin çatısını oluşturmaktadır(2). KDT ile üç alanda kontrol hedeflenmektedir:

1. Uyaran kontrolü: Hastanın alkolden uzak durması vurgulanılır.
2. Özdenetim: Hastanın alkol kullanımına yol açan düşünce, duygu ve planlarını tanıması ve değiştirmesinde KDT'de relaps önleme tekniklerinin uygulanır.
3. Sosyal destek: Hastanın alkolden uzaklaşması konusunda aile ve yakın çevreden yardım alınır.

Kaynaklar

1. Smith JM, Stotts AL. Substance Abuse: A Comprehensive Textbook; 5th ed. 2011.
2. Spada M. Overcoming Problem Drinking, London, 2009.

ÇALIŞMA GRUBU 2
Çocuklarda CBT Based Play Terapi - Uygulama

Naz BOZOK

Oyun çocuğun doğal gelişiminin en önemli parçasıdır. Oyun terapisi, güven ve güvene dayalı ortam yaratılarak oyuncaklar aracılığı ile çocuğun kendisini ifade etmesine, sıkıntı duyduğu durum ve duyguyu farkederek ve yeniden yaşantılıyarak sağaltım sağlayan bir yöntemdir. Çocuk psikiyatrisi ile uğraşan Anna Freud (1928, 1964, 1965), Margaret Lowenfeld (1935, 1970) and Melanie Klein (1961, 1987) tarafından teoretik olarak ortaya atılmış, yetişkinlerde uygulanan serbest çağrışımlı psikoanaliz yönteminin bir benzeri olarak Klein (1961-1987) tarafından yetişkinlere uygulanmıştır. Çocuklarla çalışan Axline (1969,1971) Carl Rogers'tan da etkilenerek yeni bir terapi yaklaşımı olarak yönlendirmesiz oyun terapisini ortaya koymuştur. Oyun terapilerinde

1- yönlendirilmesiz oyun terapisi ,ki bunda ne yapılacağını çocuk belirler ve

2- yönlendirmeli oyun terapisi, ki terapistin problemi çözme amaçlı kognitif davranışçı terapi merkezli uygulamalarda bulunduğu uygulama biçimi bulunmaktadır. Çoğunlukla 3-12 yaş aralığında ve problemi ile ilgili konuşmak istemeyen çocuklarla rahatça uygulanan bir sağaltım yöntemidir. Oyun, çocuk ve terapist arasında güvene dayalı bir iletişim aracıdır. Bu araç ile çocuk yaratıcı dünyasındaki duygu düşünce ve davranışlarını yeniden gözden geçirme, ve duygu ve davranışlarını değiştirme şansı bulur. Kognitif davranışçı terapi ise oyun terapisi içerisinde bu süreci hızlandıran aktif bir yapıya sahiptir. Ray et al (2001) oyun terapisinin etkilerini inceleyen 94 çalışmanın meta analizleri tamamlamış, oyun terapisinin çocukların sıkıntı duyduğu geniş bir yelpazede etkin olduğu sonucuna varmıştır.

Oyun terapisinin yardımcı olacağı problemlerden bazıları

- Travmatik yaşam olayları ve krizler (Doğal felaketler vb.)
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- Güven eksikliği
- Sebebi anlaşılamayan vücut ağrıları
- Öfke Kontrolü
- Kayıp ve yas sürecindeki çocuklar
- Anne-baba boşanması veya aile içi ilişki problemleri olan çocuklar
- Sosyal içe kapanıklılık
- Davranış bozuklukları
- Anksiyete, endişe

- Depresyon
- Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu aşırı hareketlilik
- Dürtüsellik
- Akademik, sosyal ve fiziksel gelişim sorunları

Bu çalışma grubunda oyun terapisi ve oyun terapisi içinde kognitif -davranışçı terapinin nasıl yer aldığı, farklı problemler ve yaş gruplarından örneklerle ve uygulamalı olarak çalışılacaktır.

ÇALIŞMA GRUBU 3
Obezite ve Yeme Bozuklugu

Obezite ve Kognitif Davranışçı Terapi

Gülay Oğuz

Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Obezite genel olarak bedenin yağ kütlesinin yağsız kütleye oranının aşırı artması sonucu boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkmasıdır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15-18'i, kadınlarda ise %20-25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Bu oranın erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üstüne çıkması obeziteyi oluşturmaktadır(1)

Obeziteli bireylerin ortak özellikleri;

- Dürtüsellik
- Düşük öz değerlilik,
- Vücut şeklinden hoşnut olmama,
- Mükemmeliyetçi tutum
- Disinhibisyon (davranışlarını kontrol edememe) olarak saptanmıştır(2).

AMAÇ:

- 1- Kilo kaybı ile kilo korunması arasında ayırım yapmak
- 2-Kilo korunmasını engelleyen özellikleri ele almak
  - -Gerçek dışı kilo hedeflerini saptamak
  - -Beden algısı endişelerinin üstesinden gelmek
  - -Hastanın birincil hedeflerini ele almak
- 3-Hastaların etkili kilo kontrolü için gereken davranışsal becerileri ve bilişsel yanıtları edinmelerine ve bunları uygulamalarına yardım etmek

Obezitenin davranış değişikliği tedavisi; obeziteye neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili istenmeyen davranışları, istenen davranışlarla değiştirmek veya istenmeyen davranışları azaltmak ayrıca istenen davranışları pekiştirerek "yaşam tarzı" haline gelmesini sağlamak amacıyla uygulanan tedavi şeklidir. Davranış değişikliği tedavisinde amaç; yaşam boyu sürecek davranış değişikliğini oluşturmak ve böylece ağırlık kaybının korunmasını sağlamaktır(3).

Davranış Tedavisinin 8 bileşeni

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

Obez bireyler kendileri ve kendi bedenleri hakkında olumsuz inançlar taşırlar(4). Bu olumsuz inançlar zayıflamak için önceki veya şu andaki gösterdikleri çabalara da yönelik olabilir. Kognitif modellerle tedavinin başarı oranını arttırmak için bu inançlar değiştirilmeye çalışılır. Aynada kendini gördüğünde veya aşırı yemek yediğinde, kendini "her şeyde başarısız biri" olarak farz eden kişinin aynı zamanda zayıflama çabalarını başarıyla sürdürme olasılığı da çok düşüktür . Burada birinci adım hastanın kendisi ile olan karşıt fikirleri fark etmesinin sağlanması ve ardından bu fikirlere karşı yeni fikirlerin geliştirilmesi ve bunları otomatik olarak kullanılmasına yardımcı olmaktır. Bu karşı fikirlerin sık sık tekrarlanması sonucunda, kişi önce kendisi inanmasa bile sonuçta faydalı olur. Örneğin:

Baltalayıcı düşünceler:

- Bir kere yesem bir şey olmaz.
- *Hayır zarar verir.*
- Moralim bozuk yemeliyim
- *Her sefer önemli*
- Asla kilo veremeyeceğim
- *Zayıf olmak istiyorum*

KAYNAKLAR:

1-Zafra Cooper ,Cristopher G.Fairburn,Deborah M.Hawker Cognitive –behavioral treatment of obesity:a clinician's guide 2003

2.Jeremy Gauntlett-Gılbert and Clare Grace Overcoming Weight Problems

3-Cristopher G.Fairburn,G.Terence Wilson Binge Eating Nature,Assessment,and Treatment 1993

4-Judith Beck ,the Beck diet solution 2009

Yeme Bozuklukarında Kognitif Davranışçı Terapi

Feyza Bayraktar

Yeme bozuklukları bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinin etkin bir şekilde kullanıldığı psikiyatrik bozuklukluklardır. Yeme bozukluklarının ortaya çıkış noktasına baktığımızda bilişsel süreçlerin etkili olduğunu görmekteyiz. Özellikle yeme psikopatolojisinin, kişinin kilo ve beden imajına yönelik aşırı anlam yüklemesine bağlı olması yeme bozukluklarının bilişsel bileşenidir. Davranış bileşenine baktığımızda ise, kişinin kilo ve beden imajına yönelik bilişsel çarpıtmaları veya doğru bilinen yanlışları davranışları ile pekiştirdiğini söyleyebiliriz[1].

Yeme bozuklukları türlerine baktığımızda sıklıkla görülen üç alttip olduğunu söylenebilir[2]:

Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya Nervoza'nın teşhis kriterleri şu şekildedir:

1. Beden imajı ve kiloya aşırı anlam yükleme ve kişinin kendi değerini bu ölçütler üzerinden belirlemesi.
2. Kişinin şişmanlamaya ve kilo almaya yönelik korku duyması ve zayıf olmaya yönelik ve güçlü bir isteğinin olması
3. Düşük kiloda olmak (düşük kilo kriteri vücut kitle endeksinin 17.5 ve altında olması)
4. Kişilerin düşük kiloda olabilmek için kendisini aç bırakması, kısıtlayıcı bir diyet takip etmesi ve aşırı egzersiz yapması

Anoreksiya Nervoza'nın iki türü bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi kısıtlayıcı tip diğeri de tıkınırcasına yiyip kusan tiptir. Bulimiya Nervoza'da olduğu gibi kişi kendi standardlarına göre tıkınırcasına yiyip telafi edici boşaltım yöntemlerini seçmektedir (kusma, laksatif veya diüretik kullanımı ve aşırı egzersiz yapma gibi)

Bulimiya Nervoza

Bulimiya Nervoza'yı teşhis etmek için üç özellik gerekmektedir:

1. Anoreksiya Nervoza'da olduğu gibi kilo ve beden imajı takıntısı
2. Tekrarlanan aşırı yeme atakları (kişinin belli bir zaman dilimi içerisinde belli durumlarda kontrolü kaybetmişlik hissi ile birlikte aşırı miktarlarda yiyecek tüketmesi)
3. Aşırı bir biçimde kilo kontrolü davranışları ile meşgul olmak (örn. Tekrarlanan kusmalar, düzenli laksatif kullanımı veya belli dönemlerde beslenmeyi kısıtlama)

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

DSM-IV-TR 'da Sınıflandırılmamış yeme bozukluğu kategorisinde yer alan "Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu" DSM-V'de ayrı bir biçimde sınıflandırılmıştır. Bu tip yeme bozukluğunda kişi bulimiya nervoza'da olduğu gibi tekrarlanan yeme ataklarını belli durumlar söz konusu olduğu takdirde ve kontrolü kaybetmişlik hissi ile birlikte geçirir. Bu tip yeme bozukluğundaki iki önemli kriter yeme hızı ve kontrolü kaybetmişlik hissidir. Yapılan araştırmalara göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olan bireylerin yeme hızı normal yiyenlere göre fazla olduğu görülmüştür (Normal Yeme ≤ 38.4 kcal/dk, Tıkınırcasına Yeme ≥ 81.5 kcal/dk)[3]

Yeme Bozuklukları Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları

Yeme bozuklukları tedavisinde bilişsel davranışçı terapi yöntemleri kişilerin kilo ve beden imajı ile ilgili çarpıtılmış anlamlandırmalarını, düşük özgüven, mükemmeliyetçilik ve kişilerarası iletişimde yaşanan problemleri hedef almaktadır. Bununla birlikte, özellikle tıkınırcasına yeme bozukluğu tedavisinde bilişsel davranışçı terapi, kişilerin duygudurum iniş çıkışlarını ve yemekle olan ilişkilerini de hedef almaktadır[3].

Bilişsel Davranışçı Terapi yöntemleriyle geliştirilmesi hedeflenen beceriler ise

1. Özdenetim (beslenme ve fiziksel aktivite takibi için yeme günlüğü tutmak yaygın olarak kullanılan yöntemler arasındadır)
2. Beden imajı ve kilo konusundaki düşünceler ve değer ölçütünün fiziksel görünüm ile belirlenmediğini öğretmek. Bu konulara ilişkin bilişsel yeniden yapılandırma
3. Yemeği bir rahatlama veya kaçış aracı olarak görmeksizin normal ve kontrollü yeme davranışını öğretmek
4. Yemeyi duygusal rahatlama olarak düşünen bireylere yönelik duygu yönetimi ve kişilerarası etkin iletişim sağlama becerileri kazandırma[4]

Yeme bozukluğu olan bireyler kendi değerlerinin dış görünüş ve kilo ile bağlantılı olduğunu düşünürler. Örneğin Anoreksiya Nervosa ve Bulimiya Nervoza'da zayıf olma takıntısı ve şişmanlama korkusu önemli göstergeler arasındadır. Bu bağlamda ciddi oranda düşük özgüven sahibidirler. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nda ise kişi yeme ataklarından sonra hissettiği pişmanlık, öfke, suçluluk ve utanma duygularıyla başetmekte zorlanabilir ve sıklıkla duygudurum iniş çıkışları yaşar. Bir çok tıkınırcasına yeme bozukluğu vakasında duygudurum ve kaygı bozuklukları geçmişine rastlanır[2].

KAYNAKÇA

1- *Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. Behaviour Research and Therapy, 41. 509-528.*

2- *Wilson, G.T., Grilo, C., & Vitousek, K.M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. American Psychologist, 62(3). 199- 216.*

3- *Fairburn,C.G.(1995). Overcoming Binge Eating Disorder. New York:Guildford Press*

4- *Shafran & De Silva (2005) Cognitive-Behavioral Model. In Treasure, J., Schmidt, U., & Furth V. E., (Eds.) (2005). Essential Handbook of Eating Disorders. John Wiley & Sons.*

ÇALIŞMA GRUBU 4

Kognitif ve Davranış Terapileri Uygulamalarında Kültüre Özgü Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Ebru SALCIOĞLU

Pek çok modern psikoterapi ekolü orta-üst sınıf, batılı, beyaz ırktan erkekler tarafından kendi imgelerinin bir yansıması olarak yaratılmıştır (Prochaska ve Norcross, 2010 s. 400). Psikoterapinin başlangıçta her kültürden insana aynı şekilde uygulanabileceği düşünülse de dünyanın çeşitli bölgelerindeki sosyo-ekonomik, eğitim, kültürel, dini ve yaşantısal farklılıklar psikoterapi uygulamalarında kültürel farkındalığın ve yetkinliğin gerekliliğini doğurmuştur.

Psikoterapi uygulamalarındaki bir başka gelişme de insanların ruh sağlığı sorunlarının sağaltımında kullanılması gereken yöntemlerin seçiminde en geçerli güncel bilimsel kanıtlara bakılması gerektiği görüşünün gitgide benimsenmesi olmuştur. Kognitif ve davranışçı terapiler en geniş ampirik veri tabanına sahip ve kontrollü klinik araştırmaların çeşitli psikolojik sorunlar için etkili olduğunu gösterdikleri yaklaşımlardır. Dolayısıyla, pek çok tedavi kılavuzlarında belirli psikolojik sorunların tedavisinde ilk tercih edilmesi gereken yaklaşımlar olarak önerilmektedirler. Ancak, tüm psikoterapi ekolleri gibi, kognitif ve davranışçı terapiler de batıda geliştirilmiş yaklaşımlardır ve kültürel geçerlilikleri konusunda yeteri kadar bilimsel veri bulunmamaktadır. Nitekim, terapistler belirli gruplarla ve ortamlarda çalışırken kognitif ve davranışçı yöntemlerin ve işlemlerin uygulanmasında kültüre bağlı zorluklarla karşılaşmaktadır (Başoğlu ve Şalcıoğlu, 2011). Bu çalışma grubunda, kognitif ve davranış terapilerinin teorik temellerinin geçerliğine ve terapötik yöntemlerinin etkinliğine yönelik bilimsel bulgular ele alınacak, bu bulgular ışığında terapilerin kültüre özgül uygulamaları tartışılacaktır. Ayrıca, içinde Türkiye'yi de barındıran çeşitli Ortadoğu, Afrika, Asya ve Batı ülkelerinden çok sayıda danışanla rutin olarak kognitif ve davranışçı terapi uygulayan konuşmacı, terapide karşılaşılan kültüre özgül zorlukları ve bunların aşılması konularında klinik deneyimini vaka sunumları ve tartışmalarla dinleyicilere aktaracaktır.

Prochaska JO, Norcross JC. (2010). Sytems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. Belmont: Brooks/Cole, Cengage Learning.

Başoğlu M, Şalcıoğlu E. (2011) A Mental Healthcare Model For Mass Trauma Survivors: Control-Focused Behavioral Treatment Of Earthquake, War, and Torture Trauma. Cambridge: Cambridge UniversityPress.

ÇALISMA GRUBU 5

Farkındalık (Mindfulness) Alıstırmalarının Terapide Kullanım

Kültegin ÖGEL

Bu çalışma grubunda Farkındalık temelli terapi uygulamalarımızda kullanılan bazı alıştırmaların terapide nasıl kullanıldığına ilişkin bilgilere yer verilecektir. Alıştırmalar grupla birlikte uygulanacak ve alıştırma sonrası uygulama tartışılacaktır. Günlük pratik uygulamalarda karşılaşılan zorluklar hakkında bilgi verilecektir. Tartışma; farklı ruhsal bozukluklarda farkındalık alıştırmalarının kullanımı bağlamında yürütülecektir. Çalışma grubunun başında Farkındalık ve Farkındalık Temelli Terapiler hakkında da bilgilendirme yapılacaktır.

ÇALIŞMA GRUBU 6

Anksiyete Bozukluklarında Grup Tedavisi Yaklaşımı

Şükrü UĞUZ, Esra ALICI

Grupla bilişsel davranışçı terapi genel BDT tekniklerinin yanında işlevsel olmayan bilişleri, inanışları ve davranışları değiştirmek için grup dinamiklerinden faydalanan bir terapi türüdür. (Covi, Roth, Pattison ve Lipman, 1988) Terapist bireysel BDT seanslarında uyguladığı yöntemlerin aynısını grupla terapide de uygulayabilir. İlk aşama düşünce-duygu- davranış arasındaki bağlantının fark edilmesi ve kişinin kendisinde yaygın olarak görülen düşünce paternini tanımaya başlamasıdır.

Grupla terapi ve bireysel terapi arasındaki en büyük fark ise uyumun sosyal gücüdür. Grupla bilişsel davranışçı terapi görev yönelimli ve aynı zamanda problem çözme odaklıdır. (White, 2000) Grupla BDT'yi etkili kılan ögeler arasında grup üyelerinin birbirlerinin yaşantısından olumlu yönde etkilenmeleri bulunmaktadır. Süreç içerisinde üyeler hem sıkıntı duydukları konularda yalnız olmadıklarını anlayacak hem de diğer üyelerin gelişimini gözleyerek kendileri de değişime motive olacaklardır.

Amaç:

Grupla terapi seansının uygulanması çalışma grubunun amacı kaygı bozukluğu hastalarında grupla terapi sürecinin işleyişi hakkında bilgi vermektir. Katılımcıların grup oluşturma süreci, giriş seansı, kuralların belirlenmesi, gizlilik sözleşmesinin yapılması ve sonraki seansların yapısıyla ilgili bilgi edinmeleri amaçlanmaktadır.

İçerik:

- Grup üyelerinin belirlenmesinde dikkat edilecek konular
- Giriş konuşmasının yapılması
- Isınma etkinliği
- Kuralların belirlenmesi
- Gizlilik sözleşmesinin imzalanması
- Grup üyelerinin beklentilerinin alınması ve hedeflerin belirlenmesi
- 1. Seans: Terapinin işleyişi ve duygu, düşünce, davranışın ayırt edilmesi
- Ödev verilmesi
- Diğer seanslar

Katılımcılar:

Aktif olarak hasta gören psikiyatrist, psikolog ve psikolojik danışmanlardan oluşan 15 kişilik grup

Kaynaklar:

White, J. R. (2000). Depression. In J. R. White & A. S. Freeman (Eds.), Cognitivebehavioral group therapy for specific problems and populations (pp. 29-61). Washington,DC: American Psychological Association

Covi, L., Roth, D. M., Pattison, J. H., & Lipman, R. S. (1988). Group cognitive-behavioral therapy of depression: Two parallel treatment manuals for a controlled study. In C. Perris, I. M. Blackburn, & H. Perris (Eds.), Cognitive psychotherapy: Theory and practice (pp.198-222). New York: Springer

ÇALIŞMA GRUBU 7

Eriskinde Dikkat Eksikligi ve Hiperaktivite Bozuklugu Tedavisinde Kognitif Davranışçı Terapi

Yankı YAZGAN, Berk Murat ERGÜN

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yaşam boyu devam eden bilişsel, sosyal ve emosyonel bozulmalara yol açan nörogelişimsel bir rahatsızlıktır. Çocukluk çağlarından itibaren hayat alanlarında etkileri görünen bozukluk, hastaların %50-70'inde erişkin çağlarda da devam etmektedir. Erişkin dönemde DEHB' in prevelansı %4-5 oranındadır (1). Farmakolojik tedavi ile bozukluğun temel semptomlarında belirgin düzelmeler sağlanmakta, ancak tedavi süreci ve sonrasında birçok hastanın mesleki yaşantı, eğitim, kişiler arası ilişkiler (sosyal yaşantı) ve yaşam beceri (araba kullanmak gibi) alanlarını olumsuz etkileyen artık semptomların varlığı süregelmektedir (2). Erişkin DEHB, sıklıkla yüksek komorbidite oranlarıyla birlikte görülmektedir. Özellikle anksiyete bozuklukları (%47), duygu durum bozuklukları (%38), dürtü kontrol bozuklukları (%20) ve madde kötüye kullanımı (%15) sık görülen eş tanılar olup DEHB tanısının örtük kalmasına yol açabilmektedirler (3).

DEHB' in ana semptomları olan dikkat problemleri, hiperaktivite ve dürtüsellik dikkatin sürdürümü, inhibitör kontrolü, işlem belleği ve motivasyon gibi yürütücü işlevlerde bozulmalara ve işlevsellikte zayıflamaya neden olmakta, uyumlu davranış örüntülerin üretilmesinin engellenmesine yol açmaktadır. DEHB hastaları için belirtilen nöropsikolojik eksiklikler, telafi edici beceri ve stratejilerinin geliştirilip uygulanmasını engelleyerek hastalığın devamına da katkıda bulunmaktadırlar. Sonuç olarak birçok alanda yaşanılan yetersizlik deneyimleri ve kronik-düşük başarı DEHB' de motivasyonu azaltıp, kaçınma davranışlarını arttırıp, duygu durumunda bozulmalara yol açarak olumsuz biliş ve inanç sistemlerinin gelişimlerine neden olmaktadır. Olumsuz biliş ve inanç sistemlerinin tedavisinde ise tek başına farmakolojik tedaviler yeterli olmamaktadır (4).

Ek tedaviler, DEHB' in kendisinden ve komorbiditelerden kaynaklı sosyal, akademik, mesleki ve emosyonel alanların işlevselliklerine dair bozulmaları yönetmek için gereklidirler. Bilişsel davranışçı terapi (BDT) birçok psikiyatrik rahatsızlıklarda etkinliği kanıtlanmış bir yöntem olmasına karşın DEHB için yeni sayılabilecek, oldukça etkili multimodal bir tedavi yaklaşımıdır. DEHB olgularında BDT'nin içeriğinde öğrenme ve baş etme becerileri geliştirmeyi hedefleyen davranışçı teknikler olumsuz duygular, kaçınma ve erteleme davranışlarına neden olan düşünce çarpıtmalarını fark etmeyi ve değiştirmeyi amaçlayan bilişsel teknikler bulunmaktadır. Erişkin DEHB hastalarının çoğu belirtilen eksiklikleri nedeniyle, etkin baş etme becerilerinden yoksundurlar. Sonuçta DEHB' li yetişkin hastalar yaşamın taleplerini karşılamakta güçlük yaşarlar ve bu durum örselenmeyle sonuçlanıp bireylerde anksiyete, depresyon gibi eş tanıların oluşumuna neden olur (2).

Erişkin DEHB' de uygulanan BDT' de hastanın probleminin ve işlevsiz baş etme stratejilerinin farkına varması ve sonrasında etkin başa etme becerilerinin oluşturulması hedeflenmektedir (3).

DEHB tanısı almış olan yetişkinler için BDT tedavisindeki ana başlıklar; bilişsel çarpıtmaları anlama ve değiştirme, kendini değerlendirme, etkin başa çıkma becerilerini oluşturma ya da geliştirme, davranışsal değişim, komorbid duygu durum, anksiyete ve öz güven problemlerinin yönetimidir (4).

DEHB tanısı almış erişkinlerde kullanılan önemli BDT stratejileri; bilişsel ve/veya emosyonel yöntemler olarak sınıflandırılabilirler. Bilişsel stratejiler; bilişsel yeniden yapılandırma, öncelik sırasını belirleme, organizasyon, zaman yönetimi, erteleme davranışının üstesinden gelme, psiko-eğitim, problem çözme, öfke yönetimi, stres yönetimi, para yönetimi, ilişki yönetimi, farkındalık eğitimi iken, emosyonel stratejilerin kapsadığı alanlar ise duygu durum düzenleme becerilerinin geliştirilmesi, dürtü kontrolü / öz-denetim, öz-güven ve öz-saygıdır. DEHB tanısı almış yetişkinler için düzenlenen BDT programlarında bu bilişsel ve/veya emosyonel yöntemler tek başına veya birlikte kullanılabilmektedirler (5).

KAYNAKLAR

1.Kessler R, Adler L, Ames M, et al. The prevelance and the effects of adult attention defict hyperactivity disorder on work performance in nationally represantative sample of workers. J. Occups Environ Med. 2005;47;565-72.

2. Safren SA. Cognitive behavioral approaches to ADHD treatment in aduthood J. Clin Psychol. 2006;67;46-50.

3. Hirvikoski T, Waaler E, Alfredsson J, et al. Reduced ADHD semptoms in adults with ADHD after structred skills training group; results from a randomized controlled trial. Behv Res Ther. 2011;49;175-85.

4.Emilson B, Gudjonsson G, Sigurdsson JF, et al. Cognitive behavioral therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms; a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2011;11;116.

5.Mongia M, Hechtman L. Cognitive behavioral therapy for adults with attention-defict/hyperactivity disorder: a review of recent randomized controlled trials. Curr Psychiatry Rep. 2012;14;561-67

ÇALIŞMA GRUBU 8
Farkındalık Terapileri - Zihnin Içindeki Beden

Tamara RUSSELL,Özden BAYRAKTAR

Farkındalıklı terapi, psikolojik destek olarak ücüncü dalga terapi sınıfına girmektedir. Zihinsel ve fiziksel zorluk yaşayanlar için farkındalıklı terapilerin faydalarını gösteren araştırmalar yaklaşık kırk senedir literaturde yer almaktadır. Bu araştırmalar sonrasında ise, farkındalık konseptini pek çok farklı sektore uygulamak için büyük bir ilgi oluşmuştur. Bu terapi tarzının uygulandigi sektorlerden bazıları, okullar, zihinsel ve fiziksel sağlık birimleri, sirketler, savunma birimleri ve hapishanelerdir.

90 dakikalik workshop suresince, farkındalığın tanımını ve bu zihinsel eğitim tekniğinin Batidaki sağlık birimlerine ve eğitim sistemine nasıl girdiğini öğrenmiş olacaksınız.

Farkındalık Eğitiminin beyindeki yapı ve işleyişi nasıl değiştirdiğini ve bu değişimlerin dikkat ve duygu denğelemelerini nasıl etkilediğini görmüş olacaksınız. Şu anda kullanılmakta olan standardize edilmiş farkındalık eğitimlerin anahtar konuları hakkında bilği sahibi olacaksınız.
Pek çok farkındalık yaratan örnekler yaparak, belirli bir amaç dahilinde ve yargısızca dikkat ederken beyininizde olanları fark etmiş olacaksınız.

Çalışma grubu üç ayrı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, didaktik bir plan dahilinde literaturdeki çalışmalardan bahsedilecektir. Ikinci bölümde, farkındalığın mekanizmalari hakkında bilgi verilecek. Son bölümde ise, farkındalığı Pratik etme olanağı olacaktır.

Mindfulness therapy has been referred to as a "third wave" therapy for psychological support. There are now four decades of research showing the benefits of mindfulness based interventions to help individuals with enduring mental and physical difficulties. Following this research, there has been an explosion of interest in applying mindfulness across a variety of sectors including schools, mental and physical health settings, corporate, military and prisons.

During this 90 minute workshop you will be introduced to a working definition of mindfulness and learn how this mental training technique has entered into the mainstream of Western health care and education.

You will hear about the way in which mindfulness training changes both the structure and function of key regions of the brain related to attention and emotion regulation and learn about the key features of the current standardized packages of mindfulness training.

You will also be guided through a number of mindfulness exercises to understand from the first person position what occurs in the mind when we begin to pay attention, on purpose, moment by moment, without judgement.

The workshop will have three sections. In Section One there will be didactic teaching and a review of the current literature. In Section Two you will learn about the mechanisms of mindfulness. In Section Three you will experience mindfulness for yourself.

KOGNİTİF ve DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

SÖZEL BİLDİRİLER

SÖZEL BİLDİRİ - 1

Burcu Sevim
Davranış Bilimleri Enstitüsü

Yakın zamana kadar ihmal edilmiş bir rahatsızlık olan Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB), kişinin görünümünde varsaydığı bir kusurla aşırı uğraşması ve bu kusuru gizlemek için kompulsif davranışlara girmesi olarak tanımlanmaktadır. (Veale, 2001). Bu rahatsızlığa sahip kişilerde kusurla ilgili düşünceleri kimi zaman sanrısal boyuta vardığı, hayatın çeşitli alanlarında işlevsellikte ciddi sorunlar ortaya çıktığı görülmektedir. BDB olan hastaların sık sık varsaydıkları kusurla ilgili olarak farklı branşlarda hekimlere başvurduğu, bu nedenle yaygınlığın belirlenmesinde zorluk olduğu belirtilmektedir (Aslan, 2000).

BDB kronik seyirli, tedaviye dirençli, yaşam kalitesini düşüren ve intihar girişimine yol açabilen bir hastalıktır (Ray, Demirkoy & Tamam, 2012). Bu nedenle tanı ve tedavisi bir hayli önem taşımaktadır. Bilişsel davranışçı modellerle BDB belirtilerinin nasıl oluştuğu ve devam ettiğinin açıklanması mümkündür ve SSRI grubu ilaçların yanında Bilişsel Davranışçı Terapi ilk basamak tedavi olarak kabul edilmektedir. Bilişsel Davranışçı Terapi, BDD'de tetikleyicilere, aynaya bakmak gibi davranışlardan kaçınmayı engellemeye, mükemmeliyetçi yaklaşım ve bilişlere odaklanır. Bu bildiride BDB, bilişsel davranışçı model üzerinden anlatılacak ve iki vaka ile örneklenecektir.

Anahtar Kelimeler: Beden Dismorfik Bozukluk, Bilişsel Davranışçı Terapi, Vaka

SÖZEL BİLDİRİ - 2

İkizler, Her Şeyleri Aynı, Hastalıkları da: Anoreksiya Nervoza; Farmakoterapi ve Kognitif Davranışçı Terapi ile Tedavi Yaklaşımı

Memduha Aydın, İkbal İnanlı
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Selçuklu, Konya

Anoreksiya Nervoza (AN), kilo alma korkusu ve ince bir bedene sahip olma arzusunun hastalığa özgü davranış ve yeme tutumlarına yol açtığı klinik bir tablodur. Hastalıktaki temel patoloji ise beden imgesi bozukluğudur.

Yeme Bozukluklarının (YB) psikolojik, çevresel, sosyokültürel, genetik ve biyolojik etkenlerin etkileşimleri sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Genetik faktörlerde AN hastalarının birinci derece akrabalarında %2 oranında AN, %4.4 oranında Blumiya Nervoza(BN) görülmektedir. İkizlerde konkordans oranının tek yumurta ikizlerinde %10-66, çift yumurta ikizlerinde %0-10 arasında değişmekte olduğu bulunmuştur.

Yeme Bozukluğu olan olgularda herhangi bir 1. eksen ya da 2. eksen bozukluğu, YB tanısına sıklıkla eşlik etmektedir. YB ile birlikte en sık bulunan durum depresyondur.

Bu sunumda, ebeveynleri tarafından depresif yakınmalarla polikliniğimize getirilen, yapılan ruhsal durum muayenesi sonucunda depresyon ve AN tanısı alan tek yumurta ikizi kız kardeşlerde farmakoterapi ve kognitif davranışçı terapi yöntemleri ile tedavisi aktarılacaktır.

Olgular F.N.K ve A.N.K, 17 yaşlarında ikiz kız kardeş, lise öğrencileri, 4 çocuklu ailenin ilk çocukları, anne, baba ve diğer 2 kardeş ile birlikte yaşıyorlar.

Sunumun amaçları YB etyolojisinde genetik faktörlere vurgu yapmak, hastaların polikliniğe ilk başvuru şikayetlerinin YB'ye eşlik eden psikiyatrik hastalıklar nedeniyle olabileceğine dikkati çekmek ve özellikle ikizlerde simbiyotik olma eğiliminin tedaviye yansıyan zorluklarını tartışmak, ayrılma-bireyselleşmenin de desteklendiği bireysel terapi ve aile terapisinin hastalığın tedavi yaklaşımındaki öneminin altını çizmek olarak özetlenebilir.

Kaynaklar

1. Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E, Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi

Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Çalışma Birimleri Dizisi 15. 1. Baskı, Nisan 2013, Ankara; s:39-96

2. Yager J: Cognitive- Behavioral Therapy for Eating Disorders, in Clinical Manual of Eating Disorders. First Edition. Edited by Yager J, Powers PS. American Psychiatric Publishing, Inc., 2007 pp:287-305

3. Túry F, Szentes A, Varga M. Pitfalls of the psychotherapy of twins with eating disorders. Eat Weight Disord. 2012 Jun;17(2):e140-3.

Anahtar Kelimeler: anoreksiya nervoza, ikiz, kognitif davranışçı terapi

SÖZEL BİLDİRİ - 3

Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların sigara bağımlılığı değerlendiriliyor mu?

Memduha Aydın, Hülya Ertekin
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Selçuklu, Konya

AMAÇ: Son yıllarda ülkemizde sigarayı bırakma konusunda çeşitli çalışmalar yapılmakta, toplum ve sağlık çalışanları bu konuda bilinçlendirilmekte ve bu alana özel tedavi hizmetleri sunulmaktadır. Psikiyatrik hastalığı olanlar arasında sigara içme topluma oranla çok daha yaygın olmasına ve ciddi bir mortalite ve morbidite nedeni olmasına rağmen psikiyatri uzmanları, psikiyatri hastalarında sigarayı bırakma konusunda yeterince gayret gösterememektedir.

Bu çalışmanın amacı psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların sigara kullanma alışkanlıklarını, muayene oldukları psikiyatrist tarafından sigara kullanma alışkanlıklarının kendilerine sorulup sorulmadığını değerlendirmek, hastaların sigara bırakma konusunda psikiyatri polikliniklerinden yardım alabilecekleri konusunda bilgi sahibi olup olmadıklarını öğrenmektir.

YÖNTEM: Nisan 2013-Mayıs 2013 tarihleri arasında hastanemiz psikiyatri polikliniğine başvuran ve anket doldurmayı kabul eden (çalışmayı yürüten doktorların muayene ettiği hastalar hariç) tüm hastalara muayene olduktan sonra 5(beş) soruluk anket uygulanmıştır. Muayene esnasında sigara kullanımı sorgulama tutumlarını etkilememek amaçlı poliklinik doktorlarına anket çalışması hakkında bilgi verilmemiştir.
Çalışmanın sonraki aşamasında, Haziran 2013 tarihinde, çalışmayı yürüten psikiyatri uzmanları tarafından psikiyatri polikliniğinde çalışan diğer doktorlara "Sigara Bağımlılığı ve Tedavisi Yaklaşımları" konusunda 1(bir) saatlik seminer verilmesi planlanmaktadır. Seminer sonrası Haziran 2013- Temmuz 2013 tarihleri arasında, aynı koşullarda aynı anketin uygulanması ve doktorların sigara kullanımı sorgulama tutumlarının eğitim sonrası değişikliğinin değerlendirilmesi planlanmaktadır.

Bulgular veri toplama işlemi bittikten sonra değerlendirip tartışılacaktır.

SONUÇ: Sigara kullanımının sorgulanması, sigarayı bırakma düşüncesi olmayanların motivasyonun artmasına yardımcı olmak, motivasyonu olan ancak desteğe ihtiyaç duyanların tedaviden yararlanmasını sağlamak için önemlidir. "Sigara Bağımlılığından kurtulma şansı" psikiyatri poliklinik hizmetleri kapsamında hastalara sunulmalı, psikiyatri doktorlarının konu ile ilgili bilgilerinin ve ilgilerinin artması yönünde çalışmalar yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1) Yargıç İ.L, Baykan H, Ağır psikiyatrik bozukluklar, depresyon ve sigara bırakma. Anadolu Psikiyatri Derg 2013; 14:77-83

2) Yorgancıoğlu A, Esen A, Sigara Bağımlılığı ve Hekimler. Toraks Dergisi, 2000;1:90-95

3) DiClemente C.C, The Process of Smoking Cessation: An Analysis of Precontemplation, Contemplation, and Preparation Stages of Change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1991, Vol. 59, No. 2,295-304

Anahtar Kelimeler: sigara bağımlılığı, sigarayı bırakma

KOGNİTİF ve DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

POSTER BİLDİRİLER

POSTER BİLDİRİ - 1

İlk Çökkünlük Döneminden Yinelemeye:Otomatik Düşünceler ve İşlevsel Olmayan Tutumlar

Sedat Batmaz[1], Semra Ulusoy Kaymak[2], Sibel Koçbıyık[2], Mehmet Hakan Türkçapar[3]

[1]Mersin Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Mersin

[2]Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

[3]Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Gaziantep

GİRİŞ-AMAÇ: Bilişsel kurama göre olumsuz otomatik düşünceler ve işlevsel olmayan tutumlar, depresyonun ortaya çıkmasında ve devam etmesinde önemli etmenlerdir. Ancak bu etmenlerin depresyonun yinelemesiyle ilişkisine dair veriler kısıtlıdır. Bu çalışma ilk dönem depresyon hastaları ile tekrarlayan dönemdeki depresyon hastalarını bu yönlerden karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM: Çalışma için Ağustos 2009 – Nisan 2013 tarihleri arasında Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Mersin Devlet Hastanesi Psikiyatri Klinikleri'ne ayaktan başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 100 ilk dönem depresyon hastası, 100 tekrarlayan dönem depresyon hastası ve 100 sağlıklı gönüllü alınmıştır. Hastalara MINI yapılandırılmış tanı görüşmesi uygulanmış ve DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Majör Depresif Bozukluk tanısı dışında herhangi bir eksen – I ek tanısı alan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Katılımcıların demografik ve klinik verilerini sorgulayan bir form görüşmeciler tarafından doldurulmuştur. Çalışmanın katılımcıları Beck Depresyon Ölçeği, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği'ni doldurmuşlardır. Toplanan veriler SPSS for Windows v17.0 kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen gruplar sosyodemografik ve klinik veriler açısından birbirinden önemli düzeyde farklı değildi. Otomatik düşünceler ve işlevsel olmayan tutumlar her üç grubu birbirinden ayırt ediyordu ve en yüksek puan tekrarlayan dönem depresyon hastalarındaydı (Tablo 1-2). Dönem sayısını yordayan etmenler için yapılan hiyerarşik regresyon analizleri, en yüksek bağıntının depresyon şiddeti, bundan sonra da mükemmeliyetçi tutum ve hastaneye yatış sayısıyla olduğunu ortaya koydu. Hastaneye yatış sayısı için yapılan hiyerarşik regresyon analizleri ise dönem sayısının en önemli yordayıcı etmen olduğunu gösterdi. Depresif gruplarda bakılan bağıntı analizleri, dönem sayısı ile en yüksek ilişkinin mükemmeliyetçi tutumla olduğunu gösterdi (Tablo 3-4-5).

TARTIŞMA-

SONUÇ: Çalışmanın sonuçları tekrarlayan dönem depresyon hastalarının otomatik düşünceler ve işlevsel olmayan tutumlar düzeyindeki bilişsel yapılarının ilk dönem hastalardan farklı olduğunu, yineleme sayısının özellikle mükemmeliyetçi tutumlarla ilgili işlevsel olmayan tutumlar tarafından yordanabildiğini göstermiştir. Bu sonuçlar depresyonda yinelemenin önlenebilmesi için psikoterapide gündeme alınması gereken alanlara işaret etmesi açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: bilişsel yapı, depresyon, ilk epizod, rekürren epizod

Tablo 1. Demografik Veriler ve Psikometrik Ölçüm Verileri

Tablo 1. Demografik Veriler ve Psikometrik Ölçüm Verileri

	İlk Dönem Depresyon	Tekrarlayan Dönem Depresyon	Sağlıklı Kontrol	İstatistik (Post-hoc Tukey)
Demografik Veriler				
Cinsiyet (Kadın %)	74	75	63	X^2:4.277 p:.118
Medenî Durum (Evli %)	50	47	54	X^2:.987 p:.611
Eğitim Düzeyi (>8 yıl %)	50	48	53	X^2:.507 p:.776
Çalışma Durumu (Düzenli gelir %)	23	22	54	X^2:29.941 p<.001
Yaş (Ort. ± SS)	33.64 ± 12.74	40.43 ± 11.99	40.42 ± 12.78	F:9.813 p<.001 (TD=SK>İD)
Psikometrik Ölçüm Verileri				
BDÖ-Toplam (Ort. ± SS)	35.90 ± 10.55	35.77 ± 9.82	5.32 ± 3.35	F:425.245 p<.001 (İD=TD>SK)
ODÖ-Toplam (Ort. ± SS)	86.39 ± 17.66	95.54 ± 23.69	47.94 ± 19.96	F:150.407 p<.001 (TD>İD>SK)
FOTÖ-Toplam (Ort. ± SS)	162.06 ± 12.26	186.81 ± 17.22	139.33 ± 26.60	F:146.557 p<.001 (TD>İD>SK)
FOTÖ-MT (Ort. ± SS)	59.98 ± 9.26	90.99 ± 13.72	45.71 ± 19.07	F:252.122 p<.001 (TD>İD>SK)
FOTÖ-Oİ (Ort. ± SS)	48.51 ± 5.36	58.10 ± 6.90	41.10 ± 9.98	F:123.864 p<.001 (TD>İD>SK)

Kısaltmalar: Ort.; Ortalama, SS: Standart sapma, İD: İlk dönem depresyon grubu, TD: Tekrarlayan dönem depresyon grubu, SK: Sağlıklı kontrol grubu, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ODÖ: Otomatik Düşünceler Ölçeği, FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, MT: Mükemmeliyetçi Tutum, Oİ: Onaylanma İhtiyacı

Tablo 2. Tekrarlayan Dönem Depresyon Hastalarının Klinik Özellikleri

Tablo 2. Tekrarlayan Dönem Depresyon Hastalarının Klinik Özellikleri

	%	Ort. ± SS
Dönem Sayısı		2.67 ± 0.80
2	51	
3	34	
4	12	
≥5	3	
Hastaneye Yatış Sayısı		0.20 ± 0.64
0	90	
1	2	
2	6	
≥3	2	

Kısaltmalar: Ort.; Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 3. Bağıntı Analizi

		Dönem Sayısı	Hastaneye Yatış Sayısı	BDÖ	ODÖ	FOTÖ-Oİ	FOTÖ-MT	FOTÖ-Toplam
Dönem Sayısı	Bağıntı Katsayısı	1	,512**	,056	,204**	,482**	,705**	,547**
Hastaneye Yatış Sayı	Bağıntı Katsayısı	,512**	1	,156*	,210**	,122	,276**	,208**
BDÖ	Bağıntı Katsayısı	,056	,156*	1	,491**	-,082	-,029	-,139
ODÖ	Bağıntı Katsayısı	,204**	,210**	,491**	1	,094	,177*	,096
FOTÖ-Oİ	Bağıntı Katsayısı	,482**	,122	-,082	,094	1	,767**	,800**
FOTÖ-MT	Bağıntı Katsayısı	,705**	,276**	-,029	,177*	,767**	1	,931**
FOTÖ-Toplam	Bağıntı Katsayısı	,547**	,208**	-,139	,096	,800**	,931**	1

** p< .01 * p<.05

Kısaltmalar: BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ODÖ: Otomatik Düşünceler Ölçeği, FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği, Oİ: Onaylanma İhtiyacı, MT: Mükemmeliyetçi Tutum

Tablo 4. Dönem Sayısını Yordamak İçin Hiyerarşik Regresyon Analizi

Regresyon Analizi[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations		
		B	Std. Hata	Beta			Zero-order	Partial	Part
5	(Sabit)	-,754	,362		-2,085	,038			
	Hastaneye Yatış Sayı	,705	,099	,223	7,121	,000	,441	,385	,211
	BDÖ	,022	,003	,313	8,598	,000	,643	,449	,254
	FOTÖ-Oİ	,023	,006	,194	3,517	,001	,609	,202	,104
	FOTÖ-MT	,034	,004	,672	9,089	,000	,750	,470	,269
	FOTÖ-Toplam	-,014	,004	-,313	-3,555	,000	,652	-,204	-,105
	Yaş	,008	,003	,084	2,689	,008	,123	,155	,080
	Çalışma Durumu	-,156	,083	-,051	-1,872	,062	-,262	-,109	-,055

a. Bağımlı Değişken: Dönem Sayısı

Model Özeti

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
5	,863[e]	,744	,738	,61239

e. Yordayıcılar: (Sabit), Çalışma durumu, Hastaneye yatış sayısı, FOTÖ-Oİ, Yaş, FOTÖ-MT, BDÖ, FOTÖ-Toplam

ANOVA[a]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
5	Regression	318,529	7	45,504	121,336	,000[e]
	Residual	109,508	292	,375		
	Total	428,037	299			

e. Yordayıcılar: (Sabit), Çalışma durumu, Hastaneye yatış sayısı, FOTÖ-Oİ, Yaş, FOTÖ-MT, BDÖ, FOTÖ-Toplam

f. Bağımlı Değişken: Dönem Sayısı

Tablo 5. Hastaneye Yatış Sayısını Yordamak İçin Hiyerarşik Regresyon Analizi

Regresyon Analizi[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations		
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part
7	(Constant)	,044	,136		,322	,748			
	BDI	-,003	,002	-,117	-1,737	,083	,184	-,101	-,088
	dasofa	-,006	,002	-,172	-2,639	,009	,144	-,152	-,133
	Age	,003	,002	,105	1,876	,062	,155	,109	,095
	LevelofEducation	,093	,041	,123	2,271	,024	,070	,131	,115
	NoofEpisodes	,193	,024	,612	7,939	,000	,441	,420	,402

a. Bağımlı Değişken: Hastaneye yatış sayısı

Model Özeti

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
7	,498[g]	,248	,235	,330

g. Yordayıcılar: (Sabit), Dönem sayısı, Eğitim düzeyi, Yaş, FOTÖ-Öİ, BDÖ

ANOVA[h]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
7	Regression	10,576	5	2,115	19,377	,000[g]
	Residual	32,091	294	,109		
	Total	42,667	299			

g. Yordayıcılar: (Sabit), Dönem sayısı, Eğitim düzeyi, Yaş, FOTÖ-Öİ, BDÖ

h. Bağımlı Değişken: Hastaneye yatış sayısı

POSTER BİLDİRİ - 2

Çökkünlüğü Olan Kadınlarda Bilişsel Çarpıtmalar: Kişilik Özelliği mi, Çökkünlük Dönemine Bağımlı mı?

Sedat Batmaz[1], Sibel Koçbıyık[2]

[1]Mersin Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Mersin

[2]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Bilişsel kuram, depresyonu ortaya çıkaran ve devam ettiren etmenler arasında bilişsel çarpıtmaların da yer aldığını savunmaktadır. Bu çarpıtmaların, olumsuz otomatik düşüncelere benzer şekilde duyguduruma bağımlı olarak (state dependent) dönem süresince mi yüksek kaldığı, yoksa işlevsel olmayan tutumlara benzer şekilde bir kişilik özelliği olarak (trait) depresif dönem dışında da sebat mı ettiği araştırılmamıştır. Çalışmanın amacı bu noktayı açığa çıkarmaktır.

YÖNTEM: Mart 2012 - Mart 2013 tarihleri arasında Balıkesir Devlet Hastanesi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Mersin Devlet Hastanesi Psikiyatri Klinikleri'ne ayaktan başvuran kadın hastalara ve onlara eşlik eden kadın yakınlarına çalışmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, katılmak konusunda gönüllü olanlara MINI yapılandırılmış tanısal görüşmesinin yapılmasının ardından DSM-IV-TR'ye göre Majör Depresif Bozukluk (MDB) (178) ve remisyonda MDB (168) tanısı alanlar ile herhangi bir eksen - I tanısı almayan sağlıklı gönüllülerden (177) toplam 523 kişiye Depresif Belirti Envanteri uygulanmış ve Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği'ni doldurmaları istenmiştir. Hastalara ait sosyodemografik veriler kayıt altına alınmıştır. Sonuçların istatistik analizi için SPSS for Windows v17.0 paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR: Her üç grup demografik veriler açısından benzerdi. Depresif gruplar, depresyon şiddeti açısından kontrol grubundan farklılaşıyordu. Bilişsel çarpıtmalar ölçeğinden elde edilen puanlar, kendini suçlama alt ölçeği hariç, çarpıtmaların depresif dönem dışında da sebat ettiğini ve depresif grupları remisyonda olsalar bile sağlıklı kontrollerden ayırt etmeyi başardığını gösterdi. Kendini suçlama alt ölçeği puanları ise duyguduruma bağımlı bulundu, ancak remisyondaki depresyon hastalarını kontrollerden ayırabilecek düzeyde yüksek kaldı (Tablo 1).

TARTIŞMA-

SONUÇ: Bu sonuçlar bilişsel çarpıtmalardan kendini suçlama alt ölçeği dışındaki çarpıtmaların bir

kişilik özelliği olarak depresif dönem dışında da yüksek kaldığını, bu açıdan terapide benlik algısı, çaresizlik, umutsuzluk ve yaşamı tehlikeli görmeyle ilgili çarpıtmaların özellikle ele alınması ve remisyon sağlanması sonrasında da bu alanlardaki çarpıtmaların yakından takip edilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Kendini suçlamayla ilgili çarpıtmalar ise depresif döneme bağımlı olarak yüksek kalmakta ve remisyonla birlikte düzeyinde düşme ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: depresyon, bilişsel çarpıtma, kişilik özelliği, duruma bağımlı

Tablo 1. Demografik Veriler ve Psikometrik Ölçüm Verileri

Tablo 1. Demografik Veriler ve Psikometrik Ölçüm Verileri

	Aktif Depresyon	Remisyonda Depresyon	Sağlıklı Kontrol	İstatistik (Post-hoc Tukey)
Demografik Veriler				
Medenî Durum (Evli %)	59.6	54.8	66.7	X^2:5.193 p:.075
Eğitim Düzeyi (>12 yıl %)	53.9	56	65.5	X^2:5.589 p:.061
Yaş (Ort. ± SS)	34.67 ± 11.72	36.54 ± 7.04	36.58 ± 10.02	F:2.167 p:.116
Psikometrik Ölçüm Verileri				
DBE-K Toplam (Ort. ± SS)	31.48 ± 4.34	6.32 ± 2.31	4.99 ± 2.33	F:3940.485 p<.001 (AD>RD>SK)
BÇÖ-Toplam (Ort. ± SS)	106.15 ± 35.06	75.27 ± 20.11	65.14 ± 18.84	F:120.911 p<.001 (AD>RD>SK)
BÇÖ-BA (Ort. ± SS)	20.26 ± 7.98	14.73 ± 3.30	12.71 ± 3.31	F:93.498 p<.001 (AD>RD>SK)
BÇÖ-KS (Ort. ± SS)	22.18 ± 7.82	14.60 ± 3.67	14.02 ± 4.78	F:110.933 p<.001 (AD>RD=SK)
BÇÖ-Ç (Ort. ± SS)	21.11 ± 7.02	16.07 ± 5.88	13.33 ± 4.60	F:78.844 p<.001 (AD>RD>SK)
BÇÖ-U (Ort. ± SS)	23.26 ± 10.56	13.98 ± 6.34	11.59 ± 4.90	F:114.092 p<.001 (AD>RD>SK)
BÇÖ-YTG (Ort. ± SS)	19.62 ± 7.68	15.98 ± 4.12	14.02 ± 5.40	F:40.453 p<.001 (AD>RD>SK)

Kısaltmalar: Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma, AD: Aktif depresyon grubu, RD: Remisyonda depresyon grubu, SK: Sağlıklı kontrol grubu, DBE-K: Depresif Belirti Envanteri – Klinisyen Versiyonu, BÇÖ: Bilişsel Çarpıtmalar Ölçeği, BA: Benlik Algısı, KS: Kendini Suçlama, Ç: Çaresizlik, U: Umutsuzluk, YTG: Yaşamı Tehlikeli Görme

POSTER BİLDİRİ - 3

OKB Hastalarında Dikkatsizliğe Bağlı Körlük ve Çalışan Bellek Performansının OKB Türü Arasındaki İlişkisi. Ön Bulgular

Nart Bedin Atalay[1], Asena Akdemir[2], Ömer Faruk Uygur[2], Güneş Devrim Kırcalı[2], Esra İlgün[2]

[1]TOBB ETU, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara

[2]Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Konya

AMAÇ: OKB hastalarının çalışan bellek performansının sağlıklı bireylere nazaran daha düşük olduğu ve bu düşüşün OKB alttürleri ile ilgili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte OKB hastalarının dikkatsizliğe bağlı körlük (inattentional blindness) performansı bu güne kadar incelenmemiştir. Dikkatsizliğe bağlı körlük, zor bir zihinsel görevi yerine getirmek için dikkatin belirli bir işe odaklanması sonucunda, beklenmedik (süpriz) uyarıcının farkedilememesidir. Bunun en çarpıcı örneği Görünmez Goril Video'sudur. Videoyu izleyen katılımcılar basketbol oyuncularının attığı pasları sayarlar. Bu sırada oyuncuların arasından goril kostümü giymiş bir kişi geçer. Katılımcılara videoda bir göril görüp görmedikleri sorulur. Katılımcıların %49-%65'i gorili farketmektedir (tahmini olasılık = 0.99). Önceki araştırmalarda dikkatsizliğe bağlı körlüğün çalışan bellek kapasitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu araştırmanın amacı OKB hastalarında çalışan bellek ve dikkatsizliğe bağlı körlük performanslarını incelemek ve OKB alt türlerinin dikkatsizliğe bağlı körlük performansı ile ilişkili olup olmadığını araştırmaktır.

YÖNTEM: Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Araştırmaya bu güne kadar 18 OKB poliklinik hastası katılmıştır. Hastaların teşhisi DSM-IV (SCID) ile konulmuştur. Katılımcılar Görünmez Goril Video'sunu izlerken, beyaz takım oyuncularının attığı pasları saymışlardır. Ardından videodaki gorili fark edip etmedikleri sorulmuştur. Daha sonra ise çalışan bellek performansları OSPAN testi ile ölçülmüştür.

BULGULAR-

SONUÇ: Katılımcıların 4'ü daha önceden bu videoyu gördüğünü beyan ettiğinden analiz dışında bırakılmıştır. Kalan 14 katılımcının yalnızca 5'i (%36) videodaki gorili fark etmiştir. Bu oran 0.99 olasılıkla tahmini popülasyon ortalamasının (%49 - %65) altındadır. Gorili fark eden ve edemeyen katılımcıların çalışan bellek performansları benzerdir (p=0.9). İlginç bir biçimde videodaki gorili fark eden katılımcıların hiç birinde temizlik obsesyonu yoktur. Fark edemeyen katılımcıların önemli bir kısmında (%75) ise bu obsesyon vardır. Bu sonuçlar OKB hastalarındaki dikkatsizliğe bağlı körlük oranının popülasyon ortalamasından daha büyük olduğunu ve bu performansın OKB alt türü ile ilgili olabileceğini göstermektedir. Kesin bir sonuç için daha çok verinin toplanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çalışan Bellek, Dikkatsizliğe bağlı körlük, OKB, OKB Türü

POSTER BİLDİRİ - 4

Şiddet Davranışı Gösteren Bir OKB Hastasında Bilişsel Davranışçı Terapi İle İlaç Tedavisinin Birlikte Kullanımı

Onur Yılmaz
Serbest Hekim

Obsesif Kompülsif Bozukluk (OKB) hastalarının küçük bir kısmı obsesyonların yarattığı yoğun anksiyetenin tetiklemesiyle kendilerine ya da başkalarına karşı fiziksel ve sözlü şiddet davranışı göstermektedir. Bu hastalarda şiddet davranışlarını irdeleyen araştırmalar sınırlı sayıdadır.
Bu nadir görülen zor vakada, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yöntemleri ile yapılan müdahaleye ilaç tedavisinin de eklenmesi ile nispeten kısa sürede ortaya çıkan klinik iyileşme anlatılmaktadır.
Şikayetleri: Ablasına olan takıntılar, fiziksel ve sözlü şiddet davranışları, uykusuzluk, mutsuzluk, evden dışarı çıkmamak, ablasının evden çıkmasına izin vermemek.
Öyküsü: 2 yıldır değişik merkezlerde ilaç tedavisi gören hastaya herhangi bir psikoterapi uygulanmadığı anlaşıldı.
Tedavi seyri: Erken dönemde Klomipramin, Risperidon ve Lorazepam başlandıktan ve 1 hafta devam ettikten sonra OKB nin bilişsel teorisi tanıtılarak mevcut semptomlar bu bağlamda formüle edildi. Tedavi rasyoneli anlatıldı. 'Maruz bırakma' ve 'tepki engelleme' ödevlerine kademeli olarak başlandı. Uygulanan BDT içeriğinde ‘soru sorma saati konması’, ‘bazı şüpheleri ile ilgili başlangıçta sadece 1 soru sorması ve en fazla bir tekrara izin verilmesi’, ‘obsesyonların listesi çıkarılarak bunları nötralize etmek için sorduğu sorulardan hangisine yant alamadığında en az rahatsızlık duyacağı belirlenerek önce o sorunun elimine edilmesi’ gibi stratejiler mevcuttu.
Erken dönemde, Lorazepam devam ederken, hasta obsesyonlarına karşı kompülsif olarak soru soracak gücü olmadığından soru sormaktan vazgeçti ve kompülsif olarak soru sormamanın oluşturduğu anksiyetenin kendiliğinden azalarak kaybolduğunu fark etti. Halen tam remisyonda olan hasta iki ayda bir kontrol görüşmelerine gelmektedir.
SONUÇ: Kompülsiyonların anksiyeteyi azaltmaya yetmediği nadir durumlarda OKB hastaları sözlü ve fiziksel şiddet davranışları gösterebilmektedirler. Bu vakalarda BDT ile eş zamanlı olarak antidepresanların yanında erken dönemde antipsikotikler, düşük doz benzodiazepinler, duygudurum düzenleyicileri eklenmesi düşünülmelidir. İmpuls kontrolünün zor olduğu böyle vakalarda erken dönemde başlanacak ilaç tedavisi; tedavi rasyonelinin doğru anlaşılmış olması koşulu ile, tepki engelleme ödevlerini kolaylaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), ilaç tedavisi, obsesif Kompülsif Bozukluk (OKB), şiddet davranışı

POSTER BİLDİRİ - 5

Psikiyatri polikliniklerinde ve genel tıpta "psikoterapi" kavramı: "hastam terapi istiyor!"

Memduha Aydın, Hülya Ertekin, Tahsin Etli, Hatice Yardım Özayhan
Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Selçuklu, Konya

GİRİŞ:

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde ilaç tedavileri hastalara önemli katkılar sağlamakta, ancak her hastada tatmin edici sonuçlara ulaşılamamakta, ilaç tedavisi sonlandırıldıktan sonra yinelemeler oldukça sık görülmektedir. Psikoterapi yöntemlerinden özellikle bilimselliği çalışmalarla kanıtlanmış olan Kognitif Davranışcı Terapi(KDT) yöntemlerinin psikiyatrik tedaviler içinde yer alması, hastaların iyilik hallerinin sürdürmelerine ve yinelemelerin önlenmesine yararlar sağlamaktadır. KDT son yıllarda psikiyatrik hastalıkların yanı sıra dahili ve cerrahi bölümlerde karşılaşılan kronik ağrı sendromları, dermatolojik sorunlar, gastrointestinal sistem sorunları gibi tıbbi durumların tedavisinde de yaygın bir şekilde uygulanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı
1) Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların psikiyatrik tedavi kapsamında psikiyatristlerden ilaç tedavisinin yanı sıra/dışında psikoterapi hizmeti alabilecekleri konusunda bilgi, beklenti ve taleplerini,
2) Cerrahi ve dahili bölümlerde çalışan hekimlerin hastalarını psikiyatriste yönlendirme tutumları, psikoterapi yöntemiyle tedavi konusunda ilgi ve bilgilerini,
3) Psikiyatri uzmanlarının günümüz psikiyatri poliklinik koşullarında psikoterapi yöntemi ile tedavi konusunda tutumlarını, psikoterapi uygulamaları ve eğitimleri konusunda ilgilerini değerlendirmek olarak özetlenebilir.

YÖNTEM:

Çalışmanın her bir amacı için 5'er soruluk anketler oluşturuldu. Mayıs 2013-Temmuz 2013 tarihleri arasında hastanemizde psikiyatri polikliniğine başvuran ve anket doldurmayı kabul eden hastalara, dahili ve cerrahi branşlarında çalışan doktorlara ve psikiyatri polikliniğinde çalışan doktorlara anketler uygulanmaya başlandı.

BULGULAR:

Çalışma veri toplama aşamasındadır.

TARTIŞMA:

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde KDT'nin uygulama alanlarının genişlemesi, bazı genel tıbbi rahatsızlıkların tedavisinde KDT'nin tedavi yöntemleri arasında yer almaya başlaması psikiyatri

olarak klinik pratiğimizde psikoterapi hizmeti verebilmenin önemini gözler önüne seriyor. Hastaların kimlerden psikoterapi desteği alabileceği konusunda bilgilendirilmesi ve böylelikle talep edebilmelerinin sağlanması, bu talebi karşılama konusunda donanımlarımızı arttırarak bizlerin sorumluluk alması tartışmamızın temelini oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR:

1)Sungur MZ, Aker T, Bilişsel ve davranışçı terapiler. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, Haziran 2003, Cilt:11, ek sayı:2

2) Türkçapar MH, Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama. HYB Basım Yayın, Ankara 2007

3) Kröner-Herwig B, Kronik ağrı sendromları ve bunların psikolojik müdahalelerle tedavisi. Current Opinion in Psychiatry. 2009 cilt:5 sayı:2 syf 200-203

Anahtar Kelimeler: psikoterapi, psikiyatri, poliklinik, genel tıp, anket

POSTER BİLDİRİ - 6

Unipolar ve bipolar depresif bozukluk hastalarında endişe ile ilişkili üstbilişler

Gökhan Sarısoy, Ozan Pazvantoğlu, Deniz Deniz Özturan, Naile Dila Ay, Tuba Yılman, Sema Mor, Işıl Zabun Korkmaz, Ömer Faruk Kaçar, Kübra Gümüş
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı SAMSUN

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı unipolar ve bipolar depresif bozukluk hastalarında karşılaştırmalı olarak endişe ile ilişkili üstbiliş işlevlerinin araştırılmasıdır.
YÖNTEM: DSM-IV tanı kriterlerine göre major depresif bozukluk (unipolar) ve bipolar bozukluk tanısı konan hastalardan akut depresif epizot içinde olanlar (unipolar n=51, bipolar n=45) ve sağlıklı kontroller (n=60) çalışmaya dahil edilmiştir. Üstbilişleri saptamak için katılımcılara Üstbiliş Ölçeği (MCQ-30) uygulanmıştır. Unipolar ve bipolar hasta gruplarında üstbiliş işlevleri ile anksiyete şiddeti, depresyon şiddeti ve benlik saygısının ilişkisi incelenmiştir.
BULGULAR: Kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili olumsuz inançlar ve düşüncelerin kontrol edilmesi gerekliliği ile ilgili inançlar hem unipolar hem de bipolar depresyon grubunda kontrollerden yüksekti ($p<0.05$). Bilişsel güven azlığı ile ilgili inançlar bipolar grubunda kontrollerden daha yüksekti ($p<0.05$). Her iki hasta grubunda üstbilişlerle (bipolar grubunda daha çok parametrede olmak üzere) anksiyete düzeyi, depresyon düzeyi ve benlik saygısı arasında korelasyon saptandı.
SONUÇ: Unipolar ve bipolar depresyonda zaten bilinmekte olan ruminasyonlarla ilişkili üstbilişlerin (1-4) yanı sıra endişe (worry) ile ilişkili üstbilişler de görülebilir. Depresyon hastalarında üstbilişlerin tespit edilmesinde ve bu hastaların metakognitif terapisinde endişe (worry) ile ilişkili üstbilişlere de odaklanılmalıdır.

Kaynaklar

1. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. Cognit Ther Res 2003; 27:261-73.
2. Papageorgiou C, Wells A. Depressive rumination: Nature, theory and treatment. Chichester: Wiley 2004.
3. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. Cognitive and behavioral Practice 2001;8:160-4.
4. Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. Behavior Theraphy 2001;32:13-26.

Anahtar Kelimeler: bipolar, depresyon, endişe, unipolar, üstbiliş

POSTER BİLDİRİ - 7

Major depresyonda obsesif inançlar

Ramazan Konkan[1], Ömer Şenormancı[2], Oya Güçlü[1], Erkan Aydın[3], Mehmet Zihni Sungur[4]

[1]Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri servisi

[2]Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri AD

[3]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri servisi

[4]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri AD

Depresyon hastalarında obsesif inançların saptanması yeni bilişsel davranışçı müdahalelerin belirlenmesi için yararlı olabilir. Çalışmamızda depresyonu olan hastalarda obsesif inançların belirlenmesi ve sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması amaçlandı.

Bakırköy Ruh Sağlığı EAH'ne başvuran DSM-IV-TR ölçütlerine göre M.depresyon tanısı konulan 106 hasta ile sosyodemografik özellikleri benzer 98 kişilik sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alındı. Çalışmada Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OİÖ-44), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanıldı. Hasta grubu ölçek puanları değerlendirildiğinde BDE 27.4±11.6, DSKÖ durumsal 49.6±10.7, DSKÖ sürekli 54.8±10.6 idi. Kontrol grubu ölçek puanları değerlendirildiğinde BDE 9.5±10, DSKÖ durumsal 37.9±9.9, DSKÖ sürekli 40.7±9.2 idi. Her üç ölçek puanı depresyon grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$). OİÖ-44'nin toplam ve alt ölçek puanları depresyon grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($p<0.01$). DSKÖ durumsal puanları ANCOVA analizi ile her iki grupta eşitlendiğinde OİÖ-44 mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük ve abartılmış sorumluluk/abartılmış tehdit algısı alt ölçekleri istatistiksel anlamlılığını korurken, düşünceye önem verme/düşünceleri kontrol etme alt ölçeği istatistiksel anlamlılığını yitirdi. DSKÖ sürekli puanları ANCOVA analizi ile her iki grupta eşitlendiğinde OİÖ-44 toplam ve alt ölçekleri istatistiksel anlamlılığını yitirdi.

Çalışmamızda obsesif inançlar depresyon grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Bu bulgu obsesif inançların sadece obsesif kompulsif bozukluğa özgü olmadığı, anksiyete bozukluklarının yanında depresyon gibi duygusal (emotional) bozuklukların gelişimi ve sürdürümünde rol oynadığını destekler (Tolin ve ark. 2006). Sürekli anksiyete depresyonda görülen obsesif inançlarla yakından ilişkilidir.

Kaynaklar:

Tolin DF, Worhunskya P, Maltby N. Are ''obsessive'' beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. Behav Res Ther 2006;44:469-480.

Anahtar Kelimeler: M.depresyon, obsesif inançlar, obsesif inanışlar ölçeği-44, OİÖ-44, bilişsel davranışçı terapi

POSTER BİLDİRİ - 8

Kronik boyun ağrısı olan hastalarda korku kaçınma tutumları; yeti yitimi ve yaşam kalitesi ile ilişkisi

Ömer Şenormancı[1], Doğan Güçlühan Güçlü[2], Oya Güçlü[3], Ramazan Konkan[3]

[1]Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri AD.

[2]Bakırköy Sadi Konuk EAH beyin ve sinir cerrahisi servisi

[3]Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıları EAH

AMAÇ: Ağrı ile ilişkili uyaranın tehdit olarak algılandığı durumlarda ortaya çıkan korku, ağrı ile ilişkili korku olarak tanımlanır (1). Çalışmamızın amacı, kronik boyun ağrısı olan hastalarda korku kaçınma inançlarının ağrı şiddeti, yeti yitimi ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

YÖNTEM: Bakırköy Sadi Konuk EAH beyin cerrahisi servisine kronik boyun ağrısı yakınması ile başvuran 102 hasta çalışmaya dahil edildi. Katılımcılar sosyodemografik veri formu, Korku Kaçınma İnanışları Anketi (KKİA), Görsel Analog Skala (GAS), Boyun Özür Göstergesi (BÖG), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Kısa form-36 (KF-36) ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 45.3±9.1 idi. Hastaların 69'u (%67.6) kadın, 33'ü (%32.4)'ü erkekti. Hastaların ölçeklerden aldıkları puanlar sırasıyla; GAS=6.4±1.9, BÖG=2.8±0.8, KKİA mesleki=11.1±6.7, KKİA fiziksel=14.5±6.9, BDE=15.8±9.5, BAÖ=39.2±11.6 idi. KF-36 alt ölçek puanları; fiziksel fonksiyon=20.6±3.6, rol güçlüğü (fiziksel)=5.5±1.3, ağrı=7.9±2.1, genel sağlık=15.5±2.5, vitalite (enerji)=13.8±2.8, sosyal fonksiyon=6.0±1.4, rol güçlüğü (emosyonel)=4.5±0.9, mental sağlık=18.6±2.5 idi. KKİA ile diğer değişkenler arası yapılan korelasyon analizinde KKİA mesleki ile BÖG arası ($r=0.22$, $p=0.02$) ve KKİA fiziksel ile KF-36 ağrı arasında ($r=0.21$, $p=0.03$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf ilişki saptandı. KKİA ile diğer ölçümler arası korelasyon anlamlı değildi ($p>0.05$).

TARTIŞMA: Korku kaçınma inanışları bel ağrısı ile ilişkili bir kavramdır ve bel ağrısında ağrı şiddeti, yeti yitimi ve yaşam kalitesiyle ilişkilidir (1). Sınırlı sayıda araştırma boyun ağrısında da bu inançların rol oynayabileceğini göstermiştir (2). Çalışmamızda boyun ağrısı olan hastalarda korku kaçınma inançlarının yeti yitimi ve yaşam kalitesiyle ilişkili olmadığı bulunmuştur.

Kaynaklar:

1) Güçlü DG, Güçlü O, Ozaner A, Şenormancı Ö, Konkan R. The relationship between disability,

quality of life and fear- avoidance beliefs in patients with chronic low back pain. Turkish Neurosurgery 2012;22:724-31.
2) Chiu TW, Lee KC, Lam TH, Lau MC. Effects of fear-avoidance beliefs on Chinese patients with neck pain. Hong Kong Med J 2009;6:9-12.

Anahtar Kelimeler: Kronik boyun ağrısı, korku kaçınma tutumları, yeti yitimi, yaşam kalitesi

POSTER BİLDİRİ - 9

Kronik bel ağrısı nedeniyle operasyon geçirmiş hastalarda kinezyofobi; ağrı şiddeti, yeti yetimi ve yaşam kalitesi ile ilişkisi

Ömer Şenormancı[1], Doğan Güçlühan Güçlü[2], Oya Güçlü[3], Ramazan Konkan[3]

[1]Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri AD.

[2]Bakırköy Sadi Konuk EAH beyin ve sinir cerrahisi servisi

[3]Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıları EAH

AMAÇ: Kinezyofobi hareket etme veya tekrar yaralanma korkusu olarak tanımlanır. Bu ağrı korkusunun cerrahi operasyonların ardından hastalığı sürdüren kalıntı şikayetlere yol açtığı öne sürülmüştür (1). Çalışmamızın amacı, kronik bel ağrısı nedeniyle operasyon geçirmiş hastalarda kinezyofobinin ağrı şiddeti, yeti yitimi ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

YÖNTEM: Bakırköy Sadi Konuk EAH beyin cerrahisi servisinde bel ağrısı nedeniyle opere edilmiş 98 hastaya cerrahi operasyonun ardından 1. ayda sosyodemografik veri formu, Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ), Görsel Analog Skala (GAS), Oswestry Bel Özürlülük Anketi (ODI), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Kısa form-36 (KF-36) uygulandı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 46.0±14.1 idi. Hastaların 63'ü (%32.5) kadın, 35'i (%18.0) erkekti. Hastaların ölçeklerden aldıkları puanlar sırasıyla; GAS=3.6±1.6, ODI=24.2±6.5, TKÖ=44.5±5.4, BDE=7.4±5.9, BAÖ=2.7±1.5 idi. KF-36 alt ölçek puanları; fiziksel fonksiyon=23.7±2.7, rol güçlüğü (fiziksel)=6.3±1.1, ağrı=5.1±0.9, genel sağlık=15.7±1.4, vitalite (enerji)=14.5±1.5, sosyal fonksiyon=5.9±1.0, rol güçlüğü (emosyonel)=4.8±0.6, mental sağlık=18.8±1.6 idi. TKÖ ile diğer değişkenler arası yapılan korelasyon analizinde TKÖ ile BAÖ arası ($r=0.25$, $p=0.01$) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf ilişki saptandı. TKÖ ile diğer ölçümler arası korelasyon anlamlı değildi ($p>0.05$).

TARTIŞMA: TKÖ puanının 37'nin üstü olmasının, kinezyofobiyi gösterdiği kabul edilir (2). Çalışmamızda hastaların kinezyofobi puanı yüksek olmasına rağmen ağrı şiddeti, yeti yitimi ve yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmadı. Bu durum, cerrahi sonrası erken dönem sayılabilecek 1. ay kontrolünde, bu inanışların kişiyi riskli fiziksel hareketlerden koruyarak olumlu yönde etkilemesine ve cerrahi operasyonun ağrı şiddetini, depresyonu, yaşam kalitesini ve yeti yitimini düzeltici etkisine bağlı olabilir.

Kaynaklar:

1) Ostelo RW, Vlaeyen JW, van den Brandt PA, de Vet HC. Residual complaints following lumbar disc surgery: prognostic indicators of outcome. Pain 2005; 114(1-2):177-85.

2) Vlaeyen J W, Kole-Snijders A M, Boeren R G, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. Pain 1995; 62:363-72.

Anahtar Kelimeler: Kronik bel ağrısı, kinezyofobi, yeti yitimi, yaşam kalitesi

POSTER BİLDİRİ – 10

Ruminasyonla ilgili üstbiliş ölçeklerininin klinik ve klinik olmayan Türk örneklemlerindeki psikometrik özellikleri

Adviye Esin Yılmaz[1], Mehmet Zihni Sungur[2], Ramazan Konkan[3], Ömer Şenormancı[4]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İzmir

[2]Marmara Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri AD, İstanbul

[3]Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

[4]Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Zonguldak

AMAÇ: Ruminasyon hakkındaki olumlu inanışlar ölçeği (RUMI-Olumlu; Papageorgiou ve Wells, 2001) ve ruminasyon hakkındaki olumsuz inanışlar ölçeği (RUMI-Olumsuz; Papageorgiou, Wells ve Meina, 2003), uluslararası yazında depresyona özgü üstbilişlerin incelenmesinde kullanılan temel veri toplama araçlarıdır. Bu çalışmanın amacı RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçeklerinin ülkemizdeki klinik ve klinik olmayan örneklemler üzerindeki geçerlik ve güvenirliğini araştırmak ve depresyona özgü üstbilişler ile depresif belirtiler arasındaki ilişki örüntülerinin kültürümüze özgü bir ön incelemesini yapmaktır.

YÖNTEM: Araştırmanın klinik olmayan örneklemi 455 katılımcıdan, klinik örneklemi 30 Majör Depresif Bozukluk vakası ve 30 Panik Bozukluk, 30 Sosyal Fobi olmak üzere toplam 60 kaygı bozukluğu vakasından oluşmaktadır.

BULGULAR: Faktör analizi sonuçları ölçeklerin yapı geçerliğini ve özgün faktör yapılarını doğrulamaktadır. İç tutarlılık ve test-tekrar test analizlerinden elde edilen bulgular ölçeklerin güvenirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Her iki ölçeğin de yakınsak geçerliğini destekler şekilde, klinik olmayan örneklemde RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçekleri depresif belirtilerin şiddeti, ruminasyon, kaygı ve düşünce süreçleri ile ilgili üstbilişler, patolojik endişe, sürekli kaygı ve kaygı semptomları ile ilişkileri pozitif yönde ve anlamlıdır. Ölçüt geçerliği için MANOVA ile yapılan uç grup karşılaştırmaları ise ölçeklerin geçerliğini destekler niteliktedir.

SONUÇ: Yapılan psikometrik değerlendirmeler ülkemizde klinik ve klinik olmayan gruplarla yürütülecek araştırmalarda RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçeklerinin geçerli ve güvenilir birer değerlendirme aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Ruminasyon, Üstbiliş, Ruminasyonla İlgili Üstbiliş Ölçekleri

III KDTD