KOGNİTİF ve DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

KDTD

KOGNİTİF VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ

4. ULUSAL KONGRESİ

"BİLİM VE SANAT KAVŞAĞINDA KDT"

5 - 8 KASIM 2015

HARBİYE ASKERİ MÜZE VE KÜLTÜR SİTESİ

İSTANBUL

BİLDİRİ ÖZET KİTABI

Editor
Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur
Editör yardımcıları
Doç. Dr. Yusuf Sivrioğlu ve Uzm. Psk.Gülçin Şenyuva

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 düzenleme görev ve onuru derneğimize verilmiştir. KDTD, 2000 yılında yine İstanbul'da "Uluslararası I. Cinsel İşlev Bozuklukları Konvansiyonu'nun düzenlenmesi görevini başarı ile tamamlayarak cinsel alanda ülkemizde ilk uluslararası kongrenin gerçekleşmesini sağlamıştır. 2001 yılında düzenlenen EABCT kongresinden tam 10 yıl sonra, 2011 yılında, bir dünya kongresi niteliği taşıyan 7.Uluslararası Kognitif Psikoterapiler Kongresi'nin düzenlenmesi onuru ve görevi 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.

İlkini 28-30 Eylül 2007 tarihleri arasında düzenlediğimiz KDTD Ulusal Kongresi'nin ardından 6-8 Kasım 2009 tarihlerinde KDTD 2.Ulusal Kongresi'ni ve 14-17 Kasım 2013 tarihleri arasında KDTD 3.Ulusal Kongresi'ni 500'ü aşan bir katılımcı sayısı ile başarıyla gerçekleştirdik. Düzenlediğimiz her ulusal kongrenin bir öncekinden daha nitelikli olması temel hedefimiz olmuştur. KDTD 4.Ulusal Kongremizi 5-8 Kasım 2015 tarihleri arasında yine İstanbul'da düzenleyeceğiz. Bu kongrenin de daha öncekiler gibi, klinik uygulama yapan meslektaşlarımızın bilgi ve becerilerini güncellemek doğrultusundaki gereksinimleri karşılayacağını umuyoruz. Bu amaçla, çeşitli paneller ve konferansların yanı sıra kongre öncesi ve kongre içi çalışma grupları düzenledik ve her zamanki gibi uluslararası katılımlı olmasını sağladık.

Bu kongremizde temamızı "Sanat ve Bilim Kavşağında KDT" olarak belirledik. Kongrenin ilk gününü, kendi alanlarının en başarılı isimleri arasından seçilen konuk meslektaşlarımızın yapacağı tam gün sürecek çalışma gruplarına ayırdık. Konuklarımızdan Prof. Denise Davis Kognitif Terapilerin kurucusu olan Prof. A.T. Beck ile birlikte editörlüğünü yaptığı "Kişilik Bozuklukları ve Tedavileri" kitaplarıyla tanınan ve kişilik bozuklukları alanında uzmanlaşmış bir bilim insanı. Editörlüğünü A.T. Beck ile yaptığı son kişilik bozuklukları kitabı bu yıl yayınlanacak. Kişilik bozukluklarının tedavisinde kognitif terapinin kullanımıyla ilgili değerli kuramsal bilgi ve uygulamaya yönelik bir çalışma grubu yapacak.

Diğer konuğumuz Prof. Jacqueline Persons "Kognitif Terapilerde Formülasyon Oluşturma" konusunda otorite olan ve bu konuda birçok kitap yayınlayan bir başka bilim insanı. Tedavide başarısızlığı önleme ve iyileşme oranlarını arttırmada formülasyon oluşturmanın önemini aktaracağı çalışma gruplarının katılımcılara önemli katkılar sağlayacağını umuyoruz. KDTD ülkemizde uzun yıllardan beri ihtiyaç duyulan Çocukluk ve Gençlik Çağı Ruhsal Sorunlarının Anlaşılması ve Tedavisinde Kognitif ve Davranış Yaklaşımlarının kullanımını arttırmak amacıyla ilk uluslararası destekli eğitimi yakın bir geçmişte başlatmıştır. Çocuk Psikiyatrisi alanında çalışan birçok meslektaşımız bu eğitime devam etmektedirler. Bu alanda çalışan meslektaşlarımızın gereksinimlerini ve öğrenmeye yönelik emeklerini göz önünde bulundurarak Dr. Oana David'i de kongremize davet ettik. Dr. David " Çocuklarda Emosyonel Dayanıklılığı Arttırmada Kognitif Davranışçı Yaklaşımlar " ve "Ebeveyn Olma Becerilerini Arttırmada Kognitif Davranışçı Yaklaşımlar " konularında çalışma grupları yapacak.

Diğer davetlimiz Daniel David ise" Rasyonel Emotif Terapiler " alanında ve ruhsal sorunlara yaklaşımda " Sanal Gerçeklik " konularındaki çalışmaları ile tanınan uluslararası bir otorite. Kendisi kongremizde "Ruhsal Sorunlara Yardımda Yeni ve Umut Verici Bir Yaklaşım Olarak Sanal Gerçeklik Kökenli KDT " ve "Psikoz Tedavisinde Rasyonel Emotif Davranışçı Yaklaşımlar ve KDT " konularında çalışma grupları yapacak. Ayrıca "Kanıta Dayalı Psikoterapiler: Kanıt Nedir? Önemi Nedir? " başlıklı bir konferans verecek.

Kongremizin ilk gününde yapılacak çalışma gruplarının ardından 3 gün boyunca dinleyicilerle iletişim içinde yürütülecek paneller, uzmanla buluşma saatleri ve yarım günlük çalışma grupları düzenlenecektir. KDT alanında bilgi ve beceri arttırmaya yönelik bu etkinliklerin Türkiye'nin çeşitli yörelerinden çeşitli zorlukları göze alarak uzun soluklu eğitim almaya gelen öğrencilerimiz için yapabileceklerimizin en azı olduğunu düşünüyoruz. Aynı etkinliklerin alana ilgi duyan yeni meslektaşlarımız içinde yararlı olacağını umuyoruz. Avrupa KDT Birliği (EABCT) içeriği ve süresi yönünden kendi belirlediği standartlara uygun eğitim alan profesyonelleri belgelendirme işlemine başlamıştır. EABCT Akreditasyon Komitesinin bir üyesi olarak derneğimizin eğitimlerini başarıyla tamamlayarak EABCT tarafından " KDT Terapisti " belgelerini 2013 yılında düzenlenen 3.Ulusal KDTD Kongresinde alan ilk 55 meslektaşımızı yürekten kutluyorum. Derneğimiz, Avrupa içinde eğitim standartları yönünden EABCT tarafından akredite edilen ilk birkaç dernekten birisi olmuştur. KDTD aynı zamanda ülkemizde EABCT tarafından eğitim standartları yönünden akredite edilmiş tek dernektir. 4.Ulusal Kongremizde de 3.de yaptığımız gibi akredite edilmiş eğitim standartlarını tamamlayan meslektaşlarımıza sertifikalarını vereceğimizi umuyoruz.

3.Ulusal KDTD Kongresi'ni Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD)'nin katkılarıyla düzenledik. 4.Ulusal Kongremizi de birlikte düzenliyoruz. Konuya ilgi duyan tüm meslektaşlarımızı, Psikiyatri-Psikoloji alanında çalışan tüm ruh sağlığı profesyonellerini bu kongrede görmek ve tanımak istiyor, kongrenin bilimsel düzeyinin katılımcıların katkısı ile artacağının bilinci içinde katılım ve katkılarınızı bekliyoruz.

Sevgi ve Saygılarımızla,

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) " Psikoterapilerde Ortak Dil Kullanımı

Çalışma Birimi Temsilcisi
Uluslararası Kognitif Terapiler Birliği (IACP) Yönetim Kurulu Üyesi
Kognitif Terapiler Akademisi (ACT) Kurucu Üyesi, Diplomatı ve Onaylı Süpervizörü
Avrupa Seksoloji Birliği (EFS) Yönetim Kurulu Üyesi
Dünya Seksoloji Birliği (WAS) Cinsel Sağlık Günü Ülke Koordinatörü
Marmara ÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İÇİNDEKİLER

Konferanslar 4

Kongre Öncesi Çalışma Grupları 9

Kongre İçi Çalışma Grupları 14

Uzmanla Buluşma 26

Panel Sunumları 28

Sözlü Sunumlar 85

Poster Sunumları 92

İndeks 105

KONFERANSLAR

06 Kasım 2015, Cuma

Tanımaktan Anlamaya: Yaşamın İçindeki Farkedilmeyen Yanları ile Depresyon

PROF. DR. MEHMET Z. SUNGUR

Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD

Bu sunumda, teknik kaygılardan uzak bir biçimde, depresyonu betimleyici bir biçimde tanımaktan öteye onu anlamaya geçişte önemli olabilecek temel ögeler tartışılacak, yaşamımızın içinde var olan ancak çoğu kez farkındalık alanımızın dışında kalan yaşantı ve deneyimlere vurgu yapılacaktır. Sunum sürecinde batık bedel, değerler, yargısızlık, kabul, empati, şefkat, acı ve anda kalabilmek gibi kavramlar ve bunların depresyonla bağlantıları üzerinde durulacaktır.

Anahtar kelimeler: Şefkat, kabul, acı, batık bedel, empati, değerler

07 Kasım 2015, Cumartesi

A Novel Classification System for Evidence - Based Psychotherapy

PROFESSOR, PH.D., DANIEL DAVID

Babes-Bolyai University, Cluj-Napoca, Transylvania, Romania

Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA

Albert Ellis Institute, New York, USA

Initially, the keynote will present and critically analyze the existing systems for identifying/classifying the evidence-based psychological treatments. Then, a new classification system, based on David & Montgomery (2011)'s framework, will be presented, emphasizing both the efficacy/effectiveness of clinical protocols and of their underlying theories. The new classification system can help us understand the distinction between science and pseudoscience in clinical field and the evolution of various psychological treatments based on relating research.

♦ David, D., & Montgomery, G.H. (2011). The scienti fic status of psychotherapies: A new evaluative framework for evidence-based psychosocial interventions. Clinical Psychology: Science and Practice, 18, 89-99.

Key words: evidence-based treatments, classification

07 Kasım 2015, Cumartesi

The Art and Science of Cognitive Therapy of Personality Disorders: General Guidelines

DENISE D. DAVIS, PH.D.

Vanderbilt University, USA

Cognitive behavioral conceptualization and treatment of personality disorders has advanced considerably over the past few decades. Current evidence suggests that cognitive therapy is a promising approach to treatment of these challenging conditions that are chronic by definition. Although specific cognitive profiles have been identified for each personality disorder, many individuals have features of other personality disorders as well as comorbid symptomatic disorders. In addition, maladaptive beliefs about emotions and personal interactions can complicate the therapeutic collaboration. Thus, successful treatment is apt to require a skillful blend of "art" and science. This keynote address will summarize scientific advances and challenges, and outline practical recommendations for artfully adapting cognitive therapy to the specific needs of patients with personality disorders.

Keynote Objectives

1. Summarize recent theoretical advances and current challenges in treatment of personality disorders.
2. Identify specific elements that comprise the "art" of cognitive therapy as applied to personality disorders.
3. List ten precepts for applied clinical practice.

KONGRE ÖNCESİ ÇALIŞMA GRUPLARI

05 Kasım 2015, Perşembe

The Art And Science of Cognitive Behavioural Treatment Of OCD

PAUL M. SALKOVSKIS

Cognitive-behavioural theory indicates that anxiety is related to the perception of threat or impending danger to oneself and/or others. Obsessive-compulsive disorder results when people misinterpret intrusive thoughts as a sign not only that harm may occur, but that they may be responsible for it through what they do or fail to do. People thus develop obsessional problems because they interpret normal intrusive thoughts as a sign that they may be responsible for harm if they fail to take preventative action. The preventative action (compulsive behaviour) is motivated by the way in which the person interprets intrusions as indicating that they may be responsible for harm to themselves or other people. However, the reactions which are motivated in this way can and do have two effects. Firstly, they can increase the occurrence of intrusive cognitions and secondly, maintain or even increase the person's beliefs about threat and their responsibility for it.

The cognitive-behavioural treatment that has been developed from this theory has several components, but one primary focus. Therapy seeks to help the patient understand their problem as one of anxiety rather than danger and to react accordingly. In this workshop a multi-stage treatment will be described with the main focus being on providing practical clinical details of cognitive-behavioural treatment as applied to obsessional problems. This training workshop will describe and demonstrate clinical strategies which allow the application of a personalised combination of the following components and stages in each patient:

(1) Helping the person to identify the intrusions, the way these are interpreted and the specific vicious circles involved in the maintenance of both. The aim of this aspect of treatment is to give the person a new (and less frightening) way of thinking about their problem and what they can do about it. Subsequent treatment components draw upon and build up this re-conceptualisation of their obsessional problem. This is a crucial stage as the remainder of therapy is driven by this therapeutic conceptualisation.

(2) Strategies to normalise the experience of intrusions and help the person to interpret them in a less threatening way, so that they are better able to react less or not at all to th em.

(3) Strategies which modify both (a) the general beliefs which lead the person to misinterpret intrusions (e.g. "thinking something is as bad as doing it") and (b) the specific interpretations (e.g. "I had the thought I hoped my mother would die; this means I want to kill her") which arise from the general beliefs and motivate the counter-productive reactions.

(4) Techniques designed to normalise the experience of intrusions and help the person to see that they do not need to engage in compulsive behaviour.

(5) Helping the person to devise, carry out and make sense of behavioural experiments with which they can test the accuracy of their new way of thinking about their problem.

(6) Helping the person to understand the counter-productive effects of safety seeking behaviours, particularly overt and covert compulsions. This allows therapist and patient to negotiate a programme of exposure to feared stimuli combined with prevention of compulsive behaviours. This programme is tailored in ways which help the person discover (a) that their anxiety can and will be reduced without resorting to compulsive behaviours and (b) where appropriate, that the consequences they fear were not being prevented by the compulsions. Although similar to exposure and response prevention, the emphasis is quite different and specific cognitive strategies (e.g. the use of metaphor) are used to achieve the required results.

(7) Helping the person to re-establish important non-obsessional aspects of their life (their social life, education, occupational issues and so on).

(8) Identify relapse prevention strategies, and anticipate how these could best be activated if the person were to find their problem recurring.

(9) The importance of treatment flexibility and integrity will be emphasised; detailed supervision is the best strategy to ensure these.

Stages will be illustrated through practical clinical case material, including video of actual therapy.

Salkovskis, P.M., (1999) Understanding and Treating Obsessive-Compulsive Disorder . Behaviour Research and Therapy, Vol. 37, (Suppl 1) S29-S52

Salkovskis, P.M & McGuire, J.. (2003), Cognitive Behavioural Theory of Obsessive Compulsive Disorder In Menzies & de Silva (eds) Obsessive Compulsive Disorder (2002) J. Wiley & Sons, Chichester

Salkovskis, P. M. , Forrester, E., Richards, H.C., & Morrison, N. (1998) The devil is in the detail: conceptualising and treating obsessional problems in Tarrier, N., Wells, A. & Haddock, G.(eds)Treating Complex Cases: The CBT Approach Wiley & Sons Ltd, Chichester, 46-80

The Art and Science of Cognitive Therapy of Personality Disorders

DENISE D. DAVIS, PH.D.
Vanderbilt University, USA

Personality disorders are often described as "unremitting" and the course of treatment is considered challenging at best. Personality disorders increase the risk for other symptomatic disorders, alter how the patient presents for treatment, adversely affect the therapeutic alliance, constrain the patient's capacity for self-reflection and initiative, and challenge the therapist's ability to keep treatment focused in a productive way. Some patients are very reluctant and even hostile toward the alliance and the tasks of treatment. Others desire treatment but have great difficulty due to emotional inhibition and avoidance. Many will have difficulty stating productive goals or desired outcomes for therapy. These challenges and others demand a great deal from the therapist in terms of skill, judgment and emotional energy. This workshop will provide attendees with tools needed to successfully apply the cognitive therapy model when working with the highly emotionally charged and persistent disorders of personality. We will emphasize the "art" of engaging the patient in early sessions, setting relevant goals, managing the therapeutic interaction, selecting interventions in a way that keeps therapy focused, and maintaining therapist energy and motivation throughout the duration of treatment.

Workshop Objectives:
1. Cite five challenges to diagnosing and effectively treating personality disorders.
2. Summarize the key elements of Beck's theory of personality and rationale for cognitive therapy of personality disorders.
3. Identify specific micro-skills that contribute to the "art" of successful early sessions.
4. Set treatment goals based on personality disorder conceptualization.
5. List five ways to increase homework participation.
6. Formulate a personal plan for therapist sustainability.

Suggested reading: Cognitive Therapy for Personality Disorders (3rd Ed.). Beck, A.T., Davis, D.D., & Freeman, A. (Eds.)(2014).

Virtual Reality Based CBT: A New and Promising Intervention at the Intersection of Science and Art

DANIEL DAVID PH.D

Babes-Bolyai University, Cluj-Napoca, Transylvania, Romania

Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA

Albert Ellis Institute, New York, USA

CBT, virtual reality and robotherapy

Cognitive behavioral therapy (CBT) is the mainstream psychotherapy approach in treating many psychological disorders (e.g., depression, anxiety, childhood disorders); attempting to increase its efficacy, CBT has incorporated the use of modern technologies such as virtual reality (VR) and robotics. These new technologies do not constitute psychological interventions in themselves, but rather means to increase the efficacy of classic CBT interventions. In the case of virtual reality, for instance, VR systems have been successfully used mainly to: (1) facilitate exposure, simulating real life situations otherwise not readily accessible, such as flight or warzone simulation, thus aiding therapy for anxiety disorders, or (2) distract patients from pain (chronic or acute). Apart from what we already know, future studies should also investigate the efficiency of VR techniques in two potentially relevant fields: (1) providing an environment for a more ecological use of cognitive restructuring techniques, and (2) psychological and neurocognitive assessment (i.e., by measuring cognitive abilities in contexts more similar to real life). In the case of robotherapy, robots have been used for three main purposes: (1) implementing therapeutic interventions in a relatively independent manner, (2) mediating the interventions of human therapists in their work with specific populations (e.g., autistic children), and (3) provide adjuvant assistance for increasing quality of life and positive emotions (e.g., animal robots). Given the wide applicability of these technologies, research should consistently address the therapeutic gains of introducing them in the psychological treatment of specific disorders.

KONGRE İÇİ ÇALIŞMA GRUPLARI

06 Kasım 2015, Cuma

Poliklinik Koşullarnda Kısa Süreli KDT Yaklaşımları

ESRA ALICI

Günümüzde KDT birçok psikiyatrik bozuklukta efektif bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Uzun süreli bir terapi süreci uygulamak yoğun poliklinik koşullarında pek mümkün olmamaktadır. Kısa süreli KDT yöntemi özellikle zamanın kısıtlı olduğu poliklinik koşullarında uygulanabilecek en uygun terapi yöntemlerinden birisidir. Bunun yanında tek başına psikofarmakolojinin yeterli olmadığı durumlarda kısa süreli KDT yaklaşımlarının uygulanması tedavi sürecini zenginleştirmekte ve daha etkili olmasını sağlamaktadır. Bilişsel- Davranışçı Terapi (BDT) hastaların daha sağlıklı, daha dengeli ve doyum veren bir hayat sürmelerine yardımcı olabilecek önemli dönüm noktalarına ulaşmalarında kullanılabilecek pratik ve etkili bir yöntemdir.
BDT, kısa süreli seanslarda tekniklerin hızlı ve başarılı bir şekilde uygulanmasını ve tedavinin farmakoterapi ve psikoterapi bileşenlerinin kullanılmasını gerektirmektedir. Bu nedenle klinisyenlerin temel BDT teori ve yöntemlerine yönelik çok sağlam altyapıları olmalıdır. Seanslar kısa olduğunda, klinisyen hastanın daha iyi anlamasını sağlayan, temel bilgileri içeren yeterli formülasyonları oluşturabilmeli ve olumlu sonuçlar alınabilecek sorunları hedef olarak belirleyebilmelidir. Seanslar kısa olduğunda, yüksek düzeyde işbirlikçi ilişki oluşturma, içtenlik ve uygun empati gösterme, oturumları yeterlilik ve öğrenme sağlayacak şekilde düzenleme ve etkili psikoeğitimi sağlama gibi standart seanslardaki iyi BDT uygulamasına ait tüm özelliklerin daha etkili bir şekilde sağlanması gereklidir. Elde edilmesi gereken BDT becerilerinden bazıları aşağıdaki şekildedir:
Otomatik düşüncelerin belirlenmesi ve değiştirilmesi, şemaların değiştirilmesi, depresyon için genel olarak kullanılan davranışsal yöntemler (Ör: Davranışsal aktivasyon, etkinlik planlama ve dereceli görev ödevleri) ve anksiyete bozuklukları için davranışsal teknikler (ör: alıştırma ve tepki önleme, nefes çalışmaları, gevşeme eğitimi).

Kaynak: Wright, J. (2010) High-yield Cognitive-behavior Therapy for Brief Sessions: An Illustrated Guide. American Psychiatric Publishing: USA.

ANAHTAR KELİMELER
Kısa süreli kdt, Poliklinikte kdt

Poliklinik Ortamlarında Kısa Süre Bilişsel Davranışçı Terapi: Yöntemler, Uygulamalar

ŞÜKRÜ UĞUZ
Davranış Terapileri Akademisi

Bilişsel Davranışçı Terapi, birçok psikiyatrik bozuklukta farklı tedavi planları çerçevesinde başarıyla kullanılmaktadır. Ne yazık ki, ülkemizde bir çok kurumun ayaktan hasta bakım koşullarında, danışanlara kısıtlı zaman ayrılabilmekte ve klasik tedavi planlarının tam olarak uygulanabilmesi mümkün olmamaktadır. Yüksek verimli bilişsel davranış terapisi, bu tür yoğun tedavi ortamlarında, ilaç tedavisine ek olarak ya da başlı başına bir tedavi yöntemi olarak başarıyla uygulanabilmektedir. Bu sunumda, poliklinik ortamlarında uygulanacak kısa süreli, yüksek verimli bilişsel davranış terapisinin prensipleri ve farklı klinik gruplarda kullanımı, örneklerle anlatılacaktır.

ANAHTAR KELİMELER
ayaktan hasta bakımı, poliklinik, bilişsel davranış tedavisi, yüksek verimli psikoterapi

A Hybrid Trans - Diagnostic and Specific CBT Approach To "Medically Unexplained Symptoms" (MUS)

PAUL M. SALKOVSKIS

The term "Medically Unexplained Symptoms" (MUS) covers a broad range of persistent physical symptoms that cannot be explained by underlying organic pathology (or medically treated) but which cause distress and disability in the person who experiences them. Defining these problems in terms of the absence of underlying pathophysiology and the breadth and diversity in their phenomenology essentially means that the clumsy label "MUS" covers a variable spectrum of conditions which are notoriously to define and which typically are not treated appropriately.

This problem is the most prevalent condition across primary and secondary care; it has been suggested that the cost of MUS in England exceeded 18 billion pounds in the year 2008-2009.

In some of the problems which are included in MUS, Cognitive Behavioural Therapy (CBT) has been shown in trials to have beneficial results, but it is also clear that the range of problems experienced by people with these problems will not work with a "one size fits all" approach. We have therefore developed a hybridized treatment which seeks to provide a trans-diagnostic cognitive behavioural framework focussing on formulation and shared understanding with additional "modules" specifically tailored to the needs of individual clients. Formulation and treatment draws upon current theoretical and empirical understandings of health anxiety, depression and low mood, psychophysiological responses and the central role played by individual meaning.

In this workshop, the presenter will describe the framework used, how the general format is applied and how this incorporates the more specific applications to particular "clusters" of symptoms, pragmatically and empirically defined.

There will be opportunity for those who wish to share their experiences of working with this type of client.

07 Kasım 2015, Cumartesi

Rational-Emotive And Cognitive-Behavioral Therapy In The Treatment of Psychoses; New Developments and Future Directions

PROFESSOR, PH.D., DANIEL DAVID

Babes-Bolyai University, Cluj-Napoca, Transylvania, Romania

Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA

Albert Ellis Institute, New York, USA

Rational-emotive and cognitive-behavioral therapy in the treatment of psychoses; New developments and future directions Although the main treatment line in psychoses is pharmacotherapy, CBT approaches have also been empirically tested and recent data have shown they are effective, not only as adjuvant interventions (i.e., focusing on increasing the quality of life and facilitating coping with psychotic disorders and their treatment), but also as interventions targeting primary symptoms, like command hallucinations (Birchwood et al., 2014). In this workshop, Dr. David will present some of the most recent research data in this field and will introduce the most relevant clinical strategies to be used with psychotic patients. Starting from a transdiagnostic model of psychotic symptoms, dr. David will focus on introducing CBT strategies for 1) addressing positive symptoms, like hallucinations and delusions, and 2) addressing negative symptoms, like avolition and diminished emotional expression.

You will learn:

· Which are the most effective psychological interventions for psychoses

· CBT strategies for dealing with positive and negative symptoms of psychotic disorders, from a transdiagnostic perspective

Fiziksel Aktivitenin Terapideki Rolü: "Yürüyüşe Çık" demek Ne Zaman Yeterli Değildir?

AXEL WÜRZ

Marmara Üniversitesi, Psikiyatri AD

Çalışma grubunda konuşulacak konular:

BDT terapistlerin danışanların fiziksel aktivitelerine önem vermesinde fayda var mı?
Fiziksel ve Ruh Sağlık ile fiziksel aktivitelerin bağlantısı: Araştırmalar ne gösteriyor?
Fiziksel aktivelerin beyini nasıl etkiler: Mevcut hipotezler neler?
Neler öğreniliyor: Egzersizler arasında fark var mı?
Egzersiz bir tedavi programı mı bir yaşama tarzı mı?
Fiziksel aktivitelere davranışsal ve kognitif engeller neler?
Motivasyon, irade gücü, alışkanlık kuruması: Hangisi daha önemli?
Hangi yöntemler istikrarlı bir şekilde fiziksel aktivitelerini dürdürmesi sağalabilir?

Sanat Terapisi Kognitif Davranışçı Terapi ile Bulaşabilir mi?

OLCAY GÜNER

Arkanahçe psikolojik Gelişim Eğitim ve Danışmanlık

Sanat terapisi pratiği pek çok psikoloji kuramı ve psikoterapi teknikleri ile uyum içindedir. Terapistler hangi kuramı benimserse benimsesin, sanat terapisi teknikleri ile çalışabilirler. Terapistler çalışırken, postmodern yaklaşımlara, aile sistemleri yaklaşımlarına, analitik terapilere, Jung terapisine, birey merkezli terapilere, Gestalt terapiye, bilişsel davranışcı terapilere sanat terapisini kolaylıkla monte edebilirler.

Dışavurumcu sanat terapisi, bilişsel davranışçı terapistlerin de sıkça kullanabilecekleri yöntemlerden biridir. Sanat terapisi ile de davranış değişiklikleri yaratılabilir. Sanat terapisi yöntemini kullanırken, kişiler içten gelen dürtülerini kontrol etmeyi öğrenebilirler. Kişi, sanatla çalışırken hangi malzemeyi seçeceğini, nasıl resim yapacağını, çıkan ürünleri nasıl tartışacağını belirleyerek, giderek artan bir kontrol becerisi sergiler.

Sanat terapisinde kognitif yeniden yapılandırma sıklıkla, hatta bazen hızlıca görülen bir sonuçtur. Çünkü diğer terapi tekniklerine göre duyguların (sözcüklerin ötesine de geçerek), daha hızlı bir şekilde farkına vardırır ve bu duyguların ardında yatan düşüncelere kolaylıkla ulaşılabilir. Bir başka deyişle KDT de görülen direnç sembolizm, estetik ve yaratıcılık ile daha rahat aşılabilir.

Terapi sürecinde sanat yaptırmak, kişinin kendi dünyasını ve çevresini nasıl algıladığı hakkında bilgi verir. Buradan kolaylıkla temel inançlara ulaşılabilir. Ardarda gelen eserler yeniden anlamlandırmaya yardımcı olur. Ortaya konan eser, sadece yansıtıcı bir araç değil aynı zamanda kişinin kendi beyanına dayalı bir nitel bir ölçüm olarak da görülebilir.

Sanat çalışması içerisinde kişilerin kendilerine ve çevrelerine dair düşünce hatalarının da gözlenmesi mümkündür. Danışanların bu tutumlarıyla estetik bir biçimde yüzleştirilmeleri, değişim için olanak sağlar.

Sanat terapisi odasındayken danışanlar eserlerini oluştururken yeni deneyimler yaşamak, hatta hata yapmak açısından eşsiz bir pozisyonda bulunurlar. Terapötik ortam ve materyallerin bağışlayıcı nitelikleri sayesinde başarısızlıklar deneyimlenebilir ve başarısızlıkları tolere etmenin yolları bulunabilir. Böylece yeni çözümler denenebilir ve sonuç olarak değişim oluşabilir.

Son dönemlerde KDT'de de sıkça sözü edilen farkındalık çalışmaları ile sanat terapisinde gerçekleşen farkındalık ortak amaçlara hizmet etmektedir.

Bu çalışma grubunda sanat terapisi ve KDT nin yukarıda sözü edilen ortak yanları örneklerle anlatılacak ve sanat terapisi uygulamaları ile deneyimlenecektir.

Anahtar Kelimeler: değişim, kognitif davranışçı terapi, sanat terapisi, sözcüklerin ötesine geçme, yeniden anlamlandırma, farkındalık

ANAHTAR KELİMELER

değişim, kognitif davranışçı terapi, sanat terapisi, sözcüklerin ötesine geçme, yeniden anlamlandırma, farkındalık

Schemas and Modes of Cluster B Personality Disorders'

Denise D. Davis, Ph.D.
Vanderbilt University, USA

Individuals with cluster B personality disorders present unique treatment challenges in terms of emotional intensity, deficits in impulse control and externally directed patterns of coping. Driven by underlying schemas about self and others, the narcissistic person competes, judges and bullies; the histrionic person entices, seduces and escalates; the antisocial person exploits, deceives and defaults; and the borderline individual demands, threatens or abandons. The desire for internal, personal change may be notably absent, even feared. External pressures are frequently the primary source of motivation when a person with a cluster B personality disorder enters treatment – significant others feel betrayed or at their personal limit with the patient, while the patient presents as perplexed or angry about the fuss over their behavior, even in the face of serious consequences. This workshop will provide an in-depth focus on the cognitive conceptualization of cluster B personality disorders, managing the therapeutic interaction, and flexibly selecting interventions to weaken overdeveloped patterns and strengthen underdeveloped skills.

Workshop Objectives:
Compare core beliefs, conditional and imperative beliefs, triggers, affects, and coping strategies across the four cluster B personality disorders.
Predict the most likely emotions and behaviors to impact the therapeutic interaction, and practice therapist responses.
Define therapeutic leverage and empathic confrontation as conceptually based therapist tools for managing overdeveloped strategies in session.
Select at least one cognitive, behavioral or experiential intervention to address the maladaptive modes for selected cluster B disorders.

Suggested reading: Cognitive Therapy for Personality Disorders (3rd Ed.). Beck, A.T., Davis, D.D., & Freeman, A. (Eds.)(2014).

Yeme Bozuklukları Tedavisinde Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi

FEYZA BAYRAKTAR

Bilişsel davranışçı terapi, yeme bozuklukları tedavisinde önde gelen ve kanıta dayalı bir tedavi yöntemidir. Bununla birlikte, tanılar arası bilişsel davranışçı terapi modelinin geleneksel bilişsel davranışçı terapi yöntemine göre daha etkili olduğu yapılan çalışmalarla desteklenmiş ve bu doğrultuda "geliştirilmiş" bilişsel davranışçı terapi modeli oluşturulmuştur. Geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi tüm yeme bozukluğu türlerinde uygulanan bireyselleştirilmiş ve tanılar arası bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi yöntemlerinin yeme bozukluğu tedavisinde kullanılmasında ilk olarak ele alınan tek başına bir yeme bozukluğu tanısı üzerinden müdahale yöntemi geliştirmek yerine yeme psikopatolojisine odaklanmaktır. Bu bağlamda, ayakta tedavi gören yeme bozukluğu vakalarında bireysel bir temel oluşturulmuştur. Geliştirilmiş bireysel davranışçı terapi iki farklı şekilde uygulanmaktadır. "Odaklı" ve "Genel" olarak iki farklı süreçle ele alınan vakalarda, odaklı süreçte kişinin yeme psikopatolojisine odaklanılırken, genel süreçte kişinin değişim karşısındaki engelleri, klinik düzeyde seyreden mükemmeliyetçilik, benlik algısı, ve kişilerarası ilişkilerde problemler ele alınmaktadır. Ayrıca, geliştirilmiş bireysel davranışçı terapi kişilerin Beden Kitle İndeksi'ne bağlı olarak iki farklı boyutta uygulanmaktadır. Normal kilonun altında olmayan bireyler için 20 haftalık süren 20 seanslık bir tedavi süreci söz konusu iken, normal kilonun çok altında olan yeme bozukluğu vakaları için süreç 40 haftaya kadar çıkarılmaktadır. Belirlenen tedavi sürecine ek olarak kişilere değişim motivasyonu, aşırı zayıflık ve kısıtlayıcı ya da anormal düzeydeki yeme davranışı gibi konularda ayrıca seanslar eklenebilir. Geliştirilmiş bireysel davranışçı terapi yönteminin yeme bozukluğu tedavisindeki süreci dört ana bölümden oluşur. İlk bölüm özellikle kişinin tedaviye olan katılımını sağlamak ve değişime teşvik etmek amacıyla yeme davranışını anlamlandırmayı kapsar. Kilo ve öğünlerin takibi bu bölümde yapılarak kişilere kendilerini gerçek zamanlı olarak gözlemleme becerisi kazandırmak hedeflenir.. Tedavinin ikinci bölümü süreç içerisinde kısa bir zaman aralığını kapsar ve ilerleyiş tekrar gözden geçirilir. Üçüncü bölümde yeniden kişinin yeme problemi ve buna bağlı olan beden imajı algısı ve yeme davranışlarına ilişkin süreçlere odaklanılır. Üçüncü bölümde kişilerin olası engellerine ve değişime yönelik becerileri kazandırmak hedeflenir. Üçüncü ve dördüncü bölümde gelecek odaklı bir işleyiş söz konusudur. Kişinin kişilerin günlük yaşantısı, duygu durum değişimlerini yönetme becerileri ve kontrollü ve yeme davranışlarına yönelik çalışmalar yapılır. Üçüncü bölümün sonu ve dördüncü bölümün başlangıcı tedavi süreci içerisinde gelecek odaklıdır. Kişinin tedavi sürecinden sonra karşılaşabileceği zorluklarla baş etme becerileri geliştirmesi konusunda destek sağlanır. Süreç tamamlandıktan sonra devam edecek takip seanslarında ilerleyiş gözden geçirilip, devam eden veya farklı herhangi bir durum söz konusu ise onlar üzerinde çalışmalar yapılır.

ANAHTAR KELİMELER
Yeme bozuklukları, bilişsel davranışçı terapi

08 Kasım 2015, Pazar

Farkındalık Temelli Terapilere Giriş

ZÜMRA ATALAY ÖZYEŞİL

Mef Üniversitesi

Bilinçli-farkındalık dikkatini maksatlı, yargısız, kabullenici ve şefkatli bir tutumla şimdiki ana yönlendirmektir. Bilinçli farkındalık terimi, sadece çevreyi kapsamlı bir boyutta algılamaktan ibaret kalmamakta, farkında olunan nesne, duygu ve düşünceleri öncelikle kabullenen yoğunlaştırılmış bir dikkat halini anlatmaktadır. Kabullenme hali bilinçli farkındalığa sıcaklığı, samimiyeti ve şefkati ekler. Deneyimlerimizin kabul edici bir tutum ile işlenmesi, çoğumuz için farkındalık uygulamalarının belki hem en zor, hem de en önemli yönüdür. Kabullenme, zevke olduğu kadar sıkıntıya da açık olmamızı, kazanmayı karşıladığımız gibi kaybetmeyi de karşılamamızı, kendimizin veya başkalarının yaptığı hatalara karşı acımasız olmadan durumu değerlendirebilmemizi sağlamaktadır.

Bu terim Budistlerin meditasyon tekniklerinden alınarak geliştirilmiş ve psikoloji içinde özellikle terapötik bir araç olarak hızla kullanılmaya başlanmıştır. Bununla birlikte, yönlendirilmiş bir dikkatin verimliliğini takdir etmek, insanın olduğu her yerde ortaya çıkabilir. Bilinçli farkındalık hali, algıladıklarını insancıl bir şekilde organize etmeye çalışmış, her coğrafyadaki her insanda, ismi şu ya da bu şekilde konulmadan var ola gelmiş bir iç görü olarak kabul edilebilir. Kavramsal olmaktan çok deneyimseldir. Bu doğası nedeniyle yapılan uygulamalarla anlaşılması daha kolay olacaktır. Bu sistemle kurgulanan yöntemlerin psikolojideki kullanım alanı, terapötik sahaya katkısı açısından önceliklidir.

Bu atölye çalışması kavramın deneyimsel boyutuyla anlaşılmasını sağlayacak kuramsal bilgi, araştırmalar ve uygulamaları içerecektir .

ANAHTAR KELİMELER

Mindfulness, bilinçli-farkındalık, kabul

Kabul ve Kararlılık Terapisi; "Dilin Bağlarını Gevşetmek ve Zihnin Matrixinden Kurtulmak"

HİLAL BEBEK

İkon Psikiyatri

Kabul ve Kararlılık Terapisi, Bilişsel Davranışçı Terapilerin "3. Dalga" türevleri arasında sınıflandırılan ve kuramsal olarak arka planı dil ve kognisyon etkileşimine dayanan bir terapi yaklaşımıdır. İçinde kabul, farkındalık ve değerler öğelerini harmanlayan bu yaklaşım, insanın içindeki zıt öğeleri sentezlemeyi hedeflediği gibi kendi kuramsal karakterinin içinde de doğu ve batıyı sentezlemektedir. Kabul ve kararlılık terapisi, onarıma; kişinin acılarını yok etmeden önce içeri alması, misafir etmesi, öğütmesi ve uğurlaması gözüyle bakmaktadır. Ve iyileşme; sadece psikolojik tümörü "cerrahi" bir müdahale ile almak üzerinden değil, kişinin psikolojik bağışıklığını güçlendirmek üzerinden tanımlanmaktadır. Stresi azaltmak kadar, kişinin psikolojik esnekliğini ve kapsama hacmini arttımak da önemlidir. KKT, değerler ve kabul gibi soyut konuları, ayakları yere basan davranışçı teoriler zemininde temellendirmektedir. Kendiliğin, kavramlar, tanımlar , sıfatlar ve dilin ötesinde bir kanaldan yaşantılanması ve zihin üstü bir zihnin yani metabilişsel düzeyde bir gözlemleme yetisinin kişide yeniden aktive edilmesi amaçlanmaktadır. Bu bağlamda, ne gerçeklik düşüncelerin bir çıktısı ve ne de kendilik tanımların bir uzantısıdır. Ve paradoksal bir biçimde kabul; yani içeri buyur etmek; yani gelene temas etmek; değişimin, acıyı işlemlemenin , deneyimden damıtılacak öğrenmeyi ıskalamamanın kaçınılmaz bir öncüdür.

ANAHTAR KELİMELER

Kabul, farkındalık, kararlılık, değerler, dil, kognisyon, metakognisyon

Sigara Bağımlılığında Kognitif ve Davranışçı Terapi Yaklaşımı

GÜLAY OĞUZ

Muayenehane/ Canik başarı Üniversitesi

Uzun süre nikotin kullanımında beyin normal fonksiyonlarını yerine getirebilmek için nikotine ihtiyaç duyar ve böylece kişi bu etkileri yaşayabilmek için daha fazla sigara tüketmeye başlar. 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 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)

Kognitif Davranışçı Tedavide temel amaç bilişleri (düşünce tarzlarını, olaylara bakış açısı ve değerlendirme tarzlarını) değiştirmek, özellikle sigara kullanımı açısından yüksek risk taşıyan ortamlar ve durumlarda kullanılan da baş etme mekanizmalarını güçlendirmektir. Bu tedavinin en etkili ve gerekli olduğu durumlardan biri yinelemeyi (nüks) önleme çalışmalarıdır . Davranışçı teknikler ise içtiği sigaraların kaydını tutma, sigara ile ilişkili duygu düşünce ve davranışları kaydetme, bunlara yönelik farkındalığı artırma, içmeyi geciktirme, ertelemeyi içeren yaklaşımları sigara markasını değiştirme bitmeden yenisini almama gibi davranışları içerir. Bireylere sınırlı sayıda sigara taşımaları, sigaraya ulaşmayı zorlaştırmaları, sigarayı bitirmeden yarıda söndürmekleri, kül tablaları ve izmaritleri biriktirmeleri önerilmektedir. Sigara içme dürtüsü geldiğinde buna karşı seçenek bir tepki geliştirmeleri, dikkat dağıtıcı yaklaşımları kullanmaları önerilir. Başvuranların sigara bırakmayla elde edecek avantajlarla ilgili bir liste hazırlamaları istenir. Sigarayı bırakmak için uygun bir tarih belirlemeleri, yaşamı düzenlemeleri ve etkinlik yapmaları, sigarayı bırakmaya yönelik bir zihinsel hazırlık yapmaları, buna yönelik bir davranışsal hazırlık ve gözlem yapmaları istenir. Sigara bırakma sürecinin başarılı olmasında en önemli etkenlerden biri de ödüllendirmedir.

Tedavide kullanılan davranışçı teknikler; 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 harcamalarını biriktirerek kendine veya yakınlarına hediye alması, yemeğe gitmesi,gibi özetlenebilir.

Kaynaklar: 1. Smith JM, Stotts AL. Substance Abuse: A Comprehensive Textbook; 5th ed. Ruiz P, Strain EC. Philadelphia, 2011. Chapter 21: Nicotine 319-334 s.

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

3. Marks DF. Overcoming your smoking habit (A self -help guide using CBT Techniques). Londra, Robinson, 2005.

ANAHTAR KELİMELER

Sigara, davranışçı terapi

UZMANLA BULUŞMA

08 Kasım 2015, Pazar

Şimdi, Şu anda ve Burada: Farkındalığın Dört Temeli

SABA BAŞOĞLU
PEM Psikolojik Esneklik Merkezi, İstanbul Psikiyatri Enstitüsü

Farkındalık Temelli Tedavi Yaklaşımları, etkinliğini çok çeşitli alanlarda ispat ederken; bu yaklaşıma olan ilgi de gün geçtikçe artmaktadır. Bununla birlikte, zengin bir felsefi temele dayanan teorik altyapı, sıklıkla uygulayıcılarda eksik kalabilmekte ve bu eksiklik klinik uygulamalara da yansıyabilmektedir. Dolayısıyla, 2500 yıllık Budizm geleneğinin tamamını olmasa da, Zen Budizmi ve Budist meditasyon uygulamalarının, özellikle Farkındalık Temelli Tedavi Yaklaşımları için merkezi bir rol oynayan unsurlarını, incelikle değerlendirme gerekliliği de ortaya çıkmaktadır.
Farkındalık (Mindfulness) bir Pāli terimi olan ve sekiz katmanlı bir yoldan oluşan Samba -Sati, tam Farkındalık hali, Sati'nin tercümesidir. Her anı, sadece şimdi ve burada olanı, içinde bulunulan hali, bir şahit konumunda, yargısız ve uyanık bir bilinçle izlemeye başlamak; kişiyi, geçmişinin, çevresinin ve düşüncelerinin yanılgılarından azad etmeye başlar. Satipatthāna Sutta'da yer alan Farkındalık'ın dört temelinden ilki "Bedensel Farkındalık"; ikincisi "Duyguların ve Sezgilerin Farkındalığı (Vedanā)"; üçüncüsü "Zihnin ve Düşüncelerin Farkındalığı (Citta)"; dördüncüsü, Zihinsel Nesnelerin Farkındalığı (Dhammā)"dır. Bu dört temel kendi içinde genişleyerek, ana geri dönme, ayrımsama ve kabullenmeyi sağlar.
Uzman Psikolog, aynı zamanda yoga ve Zen meditasyonu eğitmeni olan Saba Başoğlu, bu dört temelin bir bütünlük halinde meditasyon oturumlarında ve günlük hayatta nasıl çalışılacağını, uygulamalarla anlatmayı amaçlamaktadır.
Katılımcılar neler öğrenebilir:
-Farkındalık Temelli Tedavi Yaklaşımları'nın felsefi temeli hakkında bilgi edinebilir.
-Farkıdanlığın dört temelinin Vipassana ve Zazen meditasyonunda ya da diğer nefes çalışmalarında nasıl araştırılacağı hakkında bilgi edinebilir.
-Uzmanların kendi hayatlarında ve klinik uygulamalarında, geçmiş ve gelecekten sıyrılarak, şu an ve burada olmanın, bireye özgü ve kolay uygulanabilir yolları hakkında fikir sahibi olabilir.

ANAHTAR KELİMELER
Farkındalık Temelli Terapiler, Üçüncü Dalga Bilişsel Terapiler

KOGNİTİF ve DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ
IV KDTD
4. ULUSAL KONGRESİ
"BİLİM VE SANAT KAVŞAĞINDA KDT"
5 - 8 KASIM 2015
HARBİYE ASKERİ MÜZE VE KÜLTÜR SİTESİ İSTANBUL

PANEL SUNUMLARI

06 Kasım 2015, Cuma

Bipolar Bozukluk ve KDT Yaklaşımları

DOÇ.DR. E. YUSUF SİVRİOĞLU

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı BURSA

Bipolar bozukluk sık görülen, belirgin yeti yitimine neden olan ve yaşam kalitesini düşüren duygudurum bozukluklarından biridir. Yapısı gereği manik, hipomanik ya da depresif epizotlar ve bunların arasında remisyon dönemleri ile gider. Tüm kronik hastalık ve bozukluklarda olduğu gibi, yeni yaşam durumuna uyumu gerektirir.

İlaçlarla tedavi edilebilmesine karşın tedavi düzensizliği sık görülür. İlaç tedavisinin düzenli kullanıldığı durumlarda bile tekrarlamaların ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu nedenle ilaç tedavisinin ötesine geçerek, hem ilaç tedavisinde iş birliğini sağlamak, hem kronik hastalığın yarattığı uyum sorunlarıyla başa çıkmak, hem de bu tür hastalıkların yarattığı yaftalanma ile baş edebilmek için belirgin kognitif ve davranışsal değişimlere gereksinim duyulur. Bu değişimlerin sağlanması ilaç tedavdisine ek olarak Kognitif ve Davranış Terapileri de uygulanmaktadır.

Bu sunumda Kognitif ve Davranış Terapilerinin Bipolar Bozukluk'a bakışı, temel kuramsal önermeleri ve uygulama biçimleri kanıtlar ışığında ele alınacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bipolar Bozukluk, Duygudurum Bozuklukları, Kognitif ve Davranış Terapileri,

Şizofreni ve Kognitif Davranışçı Yaklaşımlar

DR. ÖMER ŞENORMANCI

Bülent Ecevit Üniversitesi Tip Fakültesi Psikiyat

Şizofreni hastalığının ağırlığı, biyolojik kökeninin baskınlığı şizofreni hastalarının terapilerden yarar sağlamayacakları ve ilaç tedavisinin yeterli olduğu şeklinde düşüncelere sebep olmuştur. Şizofreniye yönelik bu önyargılar nedeniyle kognitif davranışçı terapilerin (KDT) şizofreni hastalarında kullanımları önemli ölçüde gecikmiştir. Aynı genetik yapıya sahip olan tek yumurta ikizlerinde bile eş hastalanma oranının yaklaşık %50 olması, çevresel etkenlerin hastalık gelişiminde çok önemli rolü olduğunu göstermektedir.

Antipsikotik İlaçlar ile stabilize edilmiş hastalardaki KDT uygulamaları sonucunda şizofrenideki en önemli sorunlardan biri olan ilaç bırakma oranlarındaki azalmanın, semptomlar ile başa çıkma kapasitesi ve işlevsellikteki artmanın gösterilmesi tedavi algoritmalarına KDT'nin eklenmesinin önünü açmıştır. Her ne kadar son yıllardaki bazı olumsuz çalışmalar KDT'nin şizofrenideki yerinin sorgulanmasına neden olsa da, çalışmalar toplu olarak gözden geçirildiğinde KDT'nin şizofreni tedavisindeki yerinin önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Güncel tedavi kılavuzlarında şizofreniye ilerleme riski olabileceği düşünülen ve ilaç kullanımının tartışmalı olduğu eşikaltı psikoz sendromunda da KDT'nin yeri ön plana çıkmıştır. Şizofrenide ilaç bırakma oranlarının yüksekliği ve ilaç kullanmak istememe sorunu tedavideki en önemli engellerdendir. Şu ana kadar çok az sayıdaki vaka sunumunda ilaç kullanmak istemeyen hastalarda yapılan KDT şizofreni tedavisi için umut verici sonuçlar ortaya koymuştur. Günümüz için çok tartışmalı gözüken ilaç kullanmayan hastalarda KDT uygulamaları ile ilgili çalışmalar halen yürütülmektedir.

ANAHTAR KELİMELER

Şizofreni, kognitif davranışçı terapi

Kompleks Travma Sonrası Stres Bozukluğu

DR. BERK MURAT ERGÜN

Kompleks Travma Sonrası Stres bozukluğu ilk kez 1992 yılında Judith Herman tarafından tanımlanmıştır. Kompleks travma sonrası stres bozukluğu (K-TSSB), kişinin kontrolünün olmadığı, yetkisinin elinden alındığı durumda ve esaret ya da hapsedilme bağlamında (yani kurban için uygun bir kaçış yolunun olmaması durumunda) sürekli sosyal ve/veya kişiler arası travmaya uzun süre maruz kalmaktan kaynaklanan psikolojik bir hasardır. K-TSSB ile ilişkili travma türleri, cinsel istismar (özellikle çocuklarda cinsel istismar), fiziksel istismar, duygusal istismar, aile içi şiddet ya da işkenceyi içerir. Bunların tümü, kurbanın kaçma şansının olmadığı tekrarlanan travmalardır. K-TSSB DSM ya da ICD gibi tanı sistemlerinde henüz resmi olarak kabul görmemiştir.

KTSSB için 6 semptom kümesi karşımıza çıkmaktadır: Emosyonel disregülasyon, dikkat ve bilinç değişiklikleri, kendilik algısında farklılıklar, diğerleriyle ilişki problemleri, somatizasyon, anlam sisteminin farklılaşması. KTSSB'nin, TSSB'den farkı özel bir ilişki alanı ve bağlamda oluşması, sıklıkla yaşamın erken (gelişimsel) yıllarında başlaması, yineleyici biçimde devam etmesi, kişilerarası etkileşimden kaynaklanması, travmatik yaşantının erken ve uzun vadeli sonuçlarıyla karakterize olması ve gelişimsel bir travma bozukluğu olması, kişinin yaşamak için travmatik yaşantıyla yaşamayı öğrenme zorunluluğu olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Kompleks Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Öğrenme Bozukluğu ve KDT Yaklaşımları

GÜLAY OĞUZ

Canik Başarı Üniversitesi

Öğrenme: algılama, organize etme, depolama ve gerektiğinde bilgiyi göstermeyi içeren bilginin kazanılması işlevidir.
Öğrenme süreci: Girdi →Bütünleme → Bellek → Çıktı süreçlerinden oluşmaktadır.

ÖZGÜL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ SORUNLARI
Öğrenme sürecinde belirtilen bu aşamalardan bir veya birkaçında sorun yaşanırsa öğrenme güçlüğü ortaya çıkabilir.

1-GİRDİ SORUNLARI
Çevremizden gelen uyaranları 5 duyumuz yoluyla alırız yani girdi duyular sayesinde gelir. Bunlardan en yoğun girdi kaydettiklerimiz de görsel, işitsel ve dokunsal algılardır. Duyusal algılarımızda sorun olması girdi sorununa yol açar.

2-BÜTÜNLEME SORUNLARI:
Konunun/olayın bütününü görme, bütünleştirme, organize etme, sıralama, gruplama, fikir üretme, problem çözme vb becerileridir. Bunlarda oluşan başarısızlık bilgiyi kodlamada güçlüğe neden olur ve bilginin kodlanıp öğrenmenin oluşmasında güçlük yaşanır.

3-BELLEK SORUNU:
Edindiği bilgiyi kısa süreli bellekten uzun süreli belleğe aktarmada sorun yaşar.

4-ÇIKTI SORUNU:
Öğrenilmiş bilgi ve becerileri yerinde ve zamanında kullanmada sorun yaşar.

ÖÖB tanısını koymak için ayrıntılı klinik muayene, psikometrik test ve değerlendirmeler ve ayrıntılı bir öykü alımı gereklidir. Kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda okuma, matematik, yazma becerilerinin beklenenin önemli ölçüde altındadır .Okul başarısı ya da okuma becerileri gerektiren günlük yaşam etkinliklerini önemli ölçüde bozmaktadır.

ÖÖB yaşam boyu devam eden bir bozukluktur ve tedavisi psikoeğitim yoluyla yapılmaktadır. Çocuk normal bir okulda eğitimine devam ederken ayrıca bireysel ya da grup halinde özel eğitime alınır. Bu uygulamalar içinde çocuğun gelişimini yetersiz kılan psikolojik sürecin ya da süreçlerin belirlenmesi ve düzeltilmesi gerekmektedir. Süreç öğretimi, görsel, işitsel, dokunma ve kinestetik algının geliştirilmesini, bu algılara ait ayrımlaştırma, dikkat ve bellek, ardışıklık yeteneklerinin arttırılmasını, motor koordinasyon becerilerinin geliştirilmesini içermektedir. Ayrıca fonetik farkındalığın arttırılması, dinleme, konuşma, okuma, yazma (dil) becerilerinin geliştirilmesi, kavram ve düşünme süreçlerinin gelişiminin desteklenmesi bu süreç eğitimi içinde yer almaktadır. Çeşitli algıları destekleyici ya da iyileştirici bu çalışmalar, akademik becerilerin eğitimi ile birlikte verilmektedir (1).
ÖÖB tedavisinde KDT yaklaşımı psikoeğitim, beceri geliştirme ve sekonder psikolojik problemlerin (özgüven geliştirme, performans kaygısı, depresif ruh hali vb) tedavisinde etkindir.(2)Bu arada öğrenme bozukluğu olan çocuklarda yaşıtlarından daha fazla duygusal ve davranışsal problemler ortaya çıkmaktadır. (3).

Kognitif davranışçı terapi basamakları;
1-Değerlendirme
2-Soruna yönelik program yapma
3-Beceri geliştirme teknikleri,
4-Dikkat toplama egzersizleri
5-Bilişsel hatalar üzerinde çalışma
6-Şemalar üzerinde çalışma
7-Davranışçı ödevler
8-Sosyal beceri eğitimini içermektedir.

Kaynaklar:
1. Response to intervention: Preventing and remediating academic deficits. Child Development and Perspectives. Fletcher JM, Vaughn S. 2009;3:30–37.
2-Andrews K, Rossiter R, Daynes S et al (2010)Emotion management for people with severe
learning disabilities. Learning Disability Practice.13, 1, 32-35.
3-Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. EricEmerson, Chris Hatton. The British Journal of Psychiatry Nov 2007, 191 (6)

ANAHTAR KELİMELER
Özgül öğrenme bozukluğu, KDT

Sınav Kaygısı ve KDT Yaklaşımları

F. MÜKERREM GÜVEN

Özel Lara Anadolu Hastanesi

Üniversite sınavı gibi yüksek riskli sınavlarda öğrencinin kendini acımasızca eleştirmesi, sınav kaygısı, performans baskısı zorlayıcı olabilmektedir. Olumsuz yanlılık gibi işlevselliği düşük düşünceler ve kendini suçlama sınav kaygısının optimal düzeyin üzerine çıkmasına sebep olabilmektedir. Test Kaygısı Ölçeği" kullanılarak sınav kaygısı ile işlevsel olmayan davranışların ilişkilendirilmesi sağlanabilir (1). Bir çalışmada, lise son sınıf öğrencilerinin %72'si sınav kaygısını azaltmak için bir ya da birden fazla yöntem uyguladıklarını ifade etmektedirler (2). Sınav kaygısı yüksek olan öğrenciler yüksek riskli sınavlarda kendine güveni ve bu sınavların gerektirdiği yüksek düşünme düzeyini bir yana bırakıp, başarısızlığı felaket senaryoları ile tekrar tekrar düşünür hale gelebilirler. Bu durumda yardım arayışı olan aile ve öğrencinin kognitif hataların belirlenip ve müdahale edilmezse gençte kaygı bozuklukları ve depresyon gelişme olasılığı yükselir. Lise öğrencilerinin sınav kaygılarını azaltmada sistematik duyarsızlaştırma ve bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerinin olumlu etkilerinin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (3). Ayrıca, sınav kaygısı yüksek olan öğrencilerde sekiz seans Bilişsel ve Davranışçı Terapi uygulamasının dört seanslık uygulamalardan etkili olduğu bildirilmektedir. Öğrencinin gerçekleştirileceği belli hedefler belirleme, değişim için gerekli motivasyonun sağlanması, etkili bir zaman yönetimi, kendini izleme kayıtları üzerinden aşamalı alıştırmalar, sorun çözme beceri eğitimi, kendini engelleyen düşüncelerin değiştirilmesi ve rahatsız edici duygulardan kaçınmanın azaltılmasını kapsayan bir tedavi programı izlenebilir.

Kaynaklar:

1. Szafranski DD, Barrera TL, Norton PJ (2012) Test anxiety inventory: 30 years later. Anxiety Stress Coping. 2012 Nov;25(6):667-77.
2. Şahin H, Günay T, Batı H (2006) İzmir ili Bornova ilçesi lise son sınıf öğrencilerinde üniversiteye giriş sınavı kaygısı. Sted, 15(6).
3. Başpınar Can P, Dereboy Ç, Eskin M (2012) Yüksek riskli sınav kaygısının azaltılmasında sistematik duyarsızlaştırma ile bilişsel yeniden yapılandırmanın etkililiğinin karşılaştırılması, Türk Psikiyatri Dergisi, 23(1): 9-17.

ANAHTAR KELİMELER

Sınav kaygısı, test anksiyetesi, kognitif davranışçı terapi

Davranım Bozukluğu ve KDT Yaklaşımları

UZM. PSK. GÜLÇİN ŞENYUVA

Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği

Davranım bozukluğu kişiyi, çevresini ve toplumu olumsuz yönde etkileyen, toplumsal kuralların yok sayıldığı ve bu yönde davranışların sergilendiği bir bozukluktur. Genel popülasyonda görülme sıklığı %1-10 olarak tahmin edilmektedir. DB, erkeklerde kızlara oranla daha sık görülmektedir (1). Davranım bozukluğu olan kişilere sorun çözme becerilerinin öğretilmesi, stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi sonucunda genel toplum kurallarına daha uygun hareket ettikleri ve kanunla ihtilafa düşme oranında düşme olduğu bilinmektedir.

Davranım bozukluğunda aile ve toplum temelli müdahaleler etkili tedavilerdir. Kontrollü, randomize çalışmalarda, bazı bilişsel ve davranışçı teknikler ile ilaç kullanımının birlikte kanıta dayalı psiko-sosyal tedavi programını desteklemektedir (2).

DB'de KDT uygularken dikkat edilmesi gereken noktaları şöyle sırayabiliriz: a. Terapiyle ilgili beklentilerin açığa kavuşturulması, b. Çocuk ve ergenle terapi ilişkisinin kurulması, c. Tekniklerin uygulanmasındaki farklılıklar, d. Dil sorunu ve e. Gelişimsel özellikler.

Bu çalışma grubunda amaç; DB hakkında genel bilgi verilmesi, DB'de KDT tekniklerinin kullanımı ve en sık karşılaştığımız davranış sorunlarına yaklaşım becerilerinin kazandırılmasıdır.

KAYNAKÇA:

1) Kaplan B., V., Sadock, Klinik Psikiyatri, 2002

2) McClellan JM, Werry JS: Evidence-based treatments in child and adolescent psychiatry: An inventory . J Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 42:1338-1400, 2003

ANAHTAR KELİMELER

Davranım Bozukluğu, Kognitif ve Davranış Terapisi

Okul Reddi ve KDT Yaklaşımları

AHMET ÇETİN

Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği

Toplumun eğitim ve okula devam etme gibi beklentilerini karşılamak için çocuklar düzenli ve gönüllü olarak okula gitmektedir. Okula devam etme yasalar ile de zorunlu hale getirilmiştir. Bununla birlikte, bazı çocuklar için okula gitmek beklenenin ötesinde sıkıntı verici bir durumdur. Bu çocuklar okula devam etmede güçlük çekmekte ve/veya okula gitmeyi reddetmektedir. Günümüzde okul reddi, çocukların anksiyete ve depresyon gibi duygusal sorunlar nedeni ile okula devam edememesi olarak tanımlanmaktadır. Okul reddinin yaygınlığı tüm okul çağındaki çocuklar için yaklaşık % 1 ve kliniğe başvuran tüm çocuklar için % 5 olarak bildirilmektedir.

Okul reddi, anksiyete bozuklukları başta olmak üzere birçok ruhsal bozukluğun belirtisi olabilmektedir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi ve anksiyete ile giden uyum bozukluğu okul reddi ile birlikte en sık görülen tanılardır. Tanılarda yaşa bağlı eğilimler görülmektedir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu genelde yaşça daha küçük çocuklardaki okul reddi ile ilişkilendirilirken, diğer anksiyete bozuklukları özellikle de fobiler ergenlerdeki okul reddi ile ilişkilendirilmektedir.

Tedavide temel amaç çocuğun en kısa süre içerisinde okula dönmesini sağlamaktır. Tedavi ebeveyn ve okul personeli ile işbirliği içinde yürütülmelidir. Tedavide genel kabul gören yöntem çok eksenli bir tedavi yaklaşımı uygulamaktır. Psikososyal ve psikofarmakolojik yaklaşımlar tedavinin önemli ayaklarını oluşturur. Günümüzde kognitif ve davranış terapileri ve ilaç sağaltımı tedavide en sık kullanılan yaklaşımlar olarak öne çıkmaktadır. Bu panelde okul reddi sağaltımında kullanılan KDT yaklaşımı hakkında bilgi verilecektir.

ANAHTAR KELİMELER
Okul Reddi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı

Genel İlkeleri ile Grup Psikoterapileri

AYTÜL KARABEKİROĞLU

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Grup çalışmaları, sosyal, duygusal ve davranışsal alanda farkındalık sağlama ve beceri geliştirebilmek amaçları ile uygulanmaktadır (Portana C ve ark, 2009). Grup çalışmaları, grup üyelerinin birbirlerini ve kendilerini anlamalarını, sağlıksız davranış örüntülerini grup etkileşimi sırasında görmelerini sağlar. Bu farkındalık zaman içinde değişimi de beraberinde getirmektedir (Yalom I, 1992; Yalom I, 2003) . Yalom grupta her üyenin evrenseli temsil ettiğini, şimdi-burada etkileşiminin çok önemli olduğunu vurgulamaktadır. Yalom, değişimin kaynağını, gruptaki doğal insan etkileşimlerinden kaynaklanan düzeltici duygusal yaşantılar olarak görür. Yalom grup çalışmasının terapötik etmenlerini, bilgilendirme, umut verme, evrensellik, toplumsallaştırma, kişilerası öğrenme, duygusal boşalma, birincil aile grubunun düzeltici biçimde yeniden oluşturulması, bağlılık ve varoluşsal etmenler olarak açıklamaktadır (Yalom, 1995). Kognitif davranışçı terapi (KDT) bağlamında grup psikoterapileri değerlendirildiğinde grup içinde grup üyelerinin etkileşiminden çok daha fazlasının hedeflendiği görülmektedir (Bieling, 2006). KDT'nin yapılandırılmış, danışan ile işbirliği içinde çalışan ve zaman sınırlı olması gibi özellikleri nedeni ile eğitsel öğelerin KDT grup psikoterapilerinde önemli bir yer aldığı belirtilmektedir. Bütün grup terapilerinde hedeflerin net olarak belirlenmesi önemlidir. Davranışsal deneylerle bilişsel yeniden yapılandırılmanın sağlanması KDT odaklı grup psikoterapilerinde iyileşmeyi sağlayan yöntemlerden bir diğeridir. Diğer grup üyelerinin deneyimlerini görerek, kendi davranışları ile ilgili normalleşmenin sağlanması, iyi bir işbirliği kurulması, in vivo deneyimler, daha güvenilir bir ortamda olumlu geri bildirimlerle öğrenmenin kolaylaştırılması, problem çözme becerilerinin kazanılması KDT odaklı grup psikoterapilerinde etkinliği sağlayan diğer öğelerdir. Bu sunumda KDT odaklı bilişsel terapilerin temel ilkelerine ve etkinliği ile ilgili bu alanda yapılmış çalışmalara değinilecektir.

Kaynaklar:

1. Portona C, Mobbyb M. The contribution of group work programmes to early intervantion and improving children's emotional well-being. Pastoral care in Education 2009; 27: 5-19.
2. Yalom I. Grup terapisinin teorisi ve pratiği. (Çeviri editörleri: Tangör A, Karaçam I) 3. Basıl, İstanbul Nobel Tıp Kitapevi, 1992, syf: 458-498.örleri: Tangör A, Karaçam I) 3. Basıl, İstanbul Nobel Tıp Kitapevi, 1992, syf: 458-498.
3. Yalom I. Kısa süreli grup terapileri. (Çeviri editörü: İyidoğan Z. 1. Basım İstanbul: Kabalcı yayınevi, 2003; syf: 52-58.
4. Yalom I (1995). The Theory and Practice of Group Psychotherapy (4th Edition) Basic Books.
5. Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. (2006) Cognitive Behavioral Therapy in Groups. Guilford Press.

ANAHTAR KELİMELER
Grup psikoterapileri, kognitif davranışçı terapiler

Şizofreni Hastaları ve Aileleri ile Grup Psikoterapileri

BİLGE ÇETİN İLHAN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği

Ruhsal bozukluklar hastaların duygu, düşünce ve davranışlarını farklı oranlarda etkilemektedir. Hastalığın şiddetine göre de hastaların özbakımlarını, çalışma hayatlarını, kişiler arası ilişkilerini, topluma uyum sağlamalarını bozabilmektedir. Bu bozulma hastaların toplum içindeki ilişkilerini, rollerini, toplumsal gereksinimlerini olumsuz etkilemekte, bireysel ve toplumsal yetkinlik düzeylerini azaltmaktadır. Şizofreninin medikal tedavisi mutlaka yapılması gereken bir uygulama olmakla birlikte, tedavilere rağmen depreşmeler, inatçı belirtiler, tedaviye uyumsuzluk, madde kötüye kullanımı, toplumsal becerilerdeki yetersizlikler, işlevsellikte bozulma ve çalışamama gibi önemli sorunlarla karşılaşılmaktadır.

Şizofreni gibi kronik ve yineleyen ruhsal bozukluklarda tamamen iyileşme nadiren gözlenir. Bu nedenle farmakoterapiler belli bir yerden sonra yeterli olmayabilmekte, psikososyal tedavi desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Hastalığın toplumsal işlevselliği ve yaşam kalitesini bozması nedeniyle farmakoterapi ile birlikte toplumsal girişimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Şizofreni hastalarına bireysel ya da grup olarak uygulanan bilişsel davranışçı tedaviler, destekleyici tedaviler, aile tedavisi, aile eğitimi, toplumsal beceri eğitimleri hastalığın gidişatını olumlu etkilemekte ve hastaların topluma uyumunu arttırmaktadır. Şizofreni hastalarında eğitim ile psikotik alevlenmelerin azalması ve zamanında müdahale ile kısa sürede atlatılması, hastalıkla baş etme becerilerinin gelişmesi, kişiler arası ilişkilerin kuvvetlendirilmesi ve toplumsal işlevselliğin artması hedeflenmektedir.

Şizofrenide psikososyal tedaviler hastaya, tedavi kurumuna ve topluma bağlı olarak değişebilmekte, psiko-eğitim, bilişsel rehabilitasyon, beceri eğitimi, aile eğitimi, olgu yönetimi ve mesleki rehabilitasyon biçimlerinde olabilmektedir. Tedavi ilişkisinin kurulması, hasta yakınlarının tedaviye katılımının sağlanması, hastalık hakkında bilgilendirme, içgörünün, iletişim ve sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi, dikkat ve bellek sorunları ile baş edilmesi, ilaç tedavisi ve yan etkiler hakkında bilgilendirme, inatçı belirtilerle yasamayı öğretmek, alevlenme ve yinelemelere karsı dikkatin sağlanması, alkol, uyuşturucu kullanımını ve diğer faydasız tedavi arayışlarını engellemek, depresyon, bunaltı ve diğer eklenen sorunları çözme, aile içindeki olumsuz tutumların giderilmesi için eğitim verilmesi, kısa ve uzun vadeli hedefler üzerinde çalışma, damgalamaya karşı eğitim verilmesi, faydasız tedavi arayışlarından uzak durma, stresle başa çıkmayı öğrenme, yaşamın anlamı ve ölüm düşüncelerinin çalışılması, toplumsallaşma çabalarının desteklenmesi, düzenli takiplerde bulunulması, hastanın korunma ve barınmasının takibi eğitim kapsamında ele alınan ana konulardır.

Grup eğitimi ve bireysel eğitim karşılaştırıldığında genel görüş küçük grup ortamlarının daha avantajlı olduğu yönündedir. Gruplarda hastalar kendi sosyal zorluklarını, günlük sorunlarını ve kişiler arası ilişki biçimlerini gösterirler. Grup ortamı hastanın uyumlu olmasını sağlayabilir ve bu da kişinin grup dışı hayatını ve ilişkilerini olumlu yönde etkileyebilir. Gruplarda hastalar birçok konuda deneyimlerini paylaşırlar. Sorunları ile yüzleşmek, aynı sorunların diğer grup üyelerinde de olduğunu görmek hastayı rahatlatabilmekte ve çözüm arayışına girmesini sağlayabilmektedir. Hastalık belirtilerini ya da tutarsız düşüncelerini geri bildirimler yoluyla anlamaları nedeniyle hastalıklarına içgörü geliştirmeleri de kolaylaşmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER

Şizofreni, grup psikoterapisi

Yatan Hastalarda Grup Psikoterapileri

MEMDUHA AYDIN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği

Kronik ruhsal hastalıklar tam veya kısmi remisyonlarla karekterize olup, hastalar hastalık belirtilerinin alevlenmesi ile birlikte tekrar tekrar hastaneye yatmaktadır. Hastaların hastaneye yatma nedenlerini düşünülecek olursa semptomlar ve tanılar çeşitlilik gösterse de, hastanede yatan hastaların büyük çoğunluğunun ruhsal dengelerinin benzer etmenlerle (bireyler arası kriz, önemli bir ilişki sorunu, var olan yeni bir durumla ya da sorunla baş etme güçlüğü, tedavide kalma zorluğu gibi) bozulduğu gözlenmektedir. Hastaneye tekrar yatış riskini azaltmaya yönelik hastanın yatışından başlayarak rehabilitasyonu, hastaneden çıkışa hazırlanması gerekmektedir. Yatan hastalarda uygulanan grup psikoterapileri etkinliği araştırmalarla gösterilmiş olan rehabilitasyon hizmetlerindendir.

Yataklı psikiyatri kliniklerinde akut alevlenmenin ortadan kalkmasıyla birlikte hastaların işbirliğine ve yardım almaya en hazır oldukları dönemde sistematik ve yapılandırılmış bir grup psikoterapisi programı uygulaması hastalara bir çok fayda sağlamaktadır. Grup psikoterapileri öncelikle hastanın bir psikiyatri hastanesine yatmakla ilgili kaygılarını, rahatsızlık veren duygularını paylaşmasına imkan vererek, diğer hastaların da benzer duygu ve düşünce içinde olduklarını öğrenme deneyimine fırsat vererek akut etkisini göstermektedir. İlerleyen seanslar ile hastayı tedavi süreci içine sokma, hastalıklarını tanıma ve yönetme, ilaçlarının kullanımı, hastalığın haberci belirtilerini tanıma ve baş etme yöntemlerini öğrenme, konuşmasına ve paylaşmasına yardımcı olma, yalnızlık duygusunu azaltma, sosyal becerilerini geliştirme gibi konularda yardımcı olmaktadır. Diğer grup üyelerinden yardım alma, aldıkları geri bildirimler yoluyla kendilerinde göremedikleri yönlerini tanıma ve keşfetme, diğer üyelere yardımcı olma yoluyla kendi değerlerinin farkına varma süreç içinde edinilen kazanımlardan bazılarıdır. Dahası uzun dönem sonuçlarına bakıldığında ise hastanede yatarak tedavi alma sürecinde hastaların grup psikoterapisi deneyimlerinin ve bu hizmet yoluyla edindikleri becerilerin ayaktan tedavi programlarına da uyumlarını arttırarak yaşantılarını yeniden düzenlemelerine olanak verdiği gözlenmektedir.

Genel anlamda psikiyatri servislerinde yatan hastalara grup psikoterapisi uygulanırken yatan her hastanın dahil olabileceği açık gruplar şeklinde yapılmaktadır.

Psikiyatri servisi bir terapi grubu oluşturmak için iki temel strateji kullanır. Birincisi takım yaklaşımıdır. Burada bütün hastalar servisin büyüklüğüne ve genellikle hastaneye yatırılma sırasına bağlı olarak iki ya da üç takımdan birine verilir. İkincisi düzey yaklaşımıdır. Burada hastalar işlevde bulunma düzeylerine göre bir gruba verilirler.

Terapistin kendisi bir yapı oluşturmalıdır. Yatan hastaların psikopatolojilerinin doğası bir yapı gerektirir. Hastaların önemli bir kısmının kafası karışıktır, ürkmüş ve dağınık durumdadır. Kafası karışık bir hastanın gereksinim duyduğu en son şey belirsiz, kaygı uyaran bir ortama katılmaktır. Dışarıdan sağlanan bir yapı içsel bir yapı duygusuna giden ilk adımdır.

Psikotik, dağılmış hastaların bulundukları da dahil olmak üzere bütün gruplarda üyelerin birbirleri ile etkileşimde bulunmalarına, bu etkileşimi anlamalarına ve oradan genellemelere varmalarına yardımcı olmak çok önemlidir.

Yatan hastalarda grup psikoterapileriyle ilgili bu sunumda uygulamanın sağladığı yararların yanı sıra uygulama teknikleri hakkında da bilgiler verilerek klinik psikiyatri pratiğimizde yer almasının önemi vurgulanacaktır.

ANAHTAR KELİMELER

Yatan hasta, grup psikoterapileri

Ayaktan Hastalarda Grup Psikoterapileri

SERKAN AKKOYUNLU

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği

Bireysel olarak uygulanan bilişsel davranışçı terapilerin (BDT) yaygın görülen anksiyete bozuklukları ve majör depresyondaki etkileri kanıtlanmıştır. Ülkemizde de yoğun ayaktan psikiyatri poliklinik çalışması sırasında psikofarmakolojik yaklaşımlar ön plana çıkmakta, ilaç tedavilerine benzer etkinlikte olan bilişsel davranışçı terapiler ise zaman kısıtlılığı ve de eğitimli kişi azlığı sebebi ile geri planda kalmaktadır. Örneğin obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların %10'undan azı etkin bir psikoterapi almaktadır. Bu noktada bireysel bilişsel terapilerin grup formatında uygulanması klinisyene bir avantaj olarak görülmüştür. Ayrıca sosyal fobi'de ise önerilen uygulama halini almış, diğer nevrotik bozukluklarda ise bireysel terapilere benzer etkinlikte olduğu gösterilmiştir.

Etkin olması ve klinisyene zaman kazandırmanın yanı sıra BDT'nin grup formatında uygulanmasının çeşitli avantajları vardır. Bunlar arasında grup dinamiklerinin hastalara umut aşılaması, hastanın belirtilerini başkalarında, görmesinin getirdiği evrensellik, grupta kabullenmenin gerçekleşmesi ve grup üyelerinden destek almak, motivasyon sağlaması, üyelerin diğer grup üyeleri modelleyerek ya da izleyerek öğrenme sürecini gerçekleştirmeleri sayılabilir. Ayrıca hastalar diğer grup üyelerinin geri bildirimlerini terapistin geri bildirimlerinden meşru görmektedirler

Bilişsel terapide beklenen hastanın zaman içerisinde bu teknikleri öğrenerek kendi terapisti olmasını sağlamaktır. Grup liderlerinin yani terapistlerin seans içindeki rollerini hastalara vermeleri ile bu hastalar bu teknikleri başka hastalar üzerinde denemekte ve daha iyi öğrenebilmektedirler.

Birçok grup terapisi protokolleri yayınlanmıştır ve bunlar bireysel terapi kılavuzlarının gruba uyarlanması gibi gözükmektedir. BDT grup terapilerinde uygulanan teknikler temelde bireysel terapilerde uygulananlar ile aynıdır. Benzer bir şekilde istenirse herhangi bir bireysel terapi kılavuzu gruba terapistlerce de uygulanabilir. Buna karşın uygulamada dikkat edilmesi gereken çeşitli durumlar vardır. Bunlar arasında gruba hasta seçimimin dengeli bir biçimde yapılması, hasta sayısının ayarlanması, ön görüşmede hastaların özgün yanlarının belirlenmesi ve gruba hazırlanmaları, grup terapi akitlerinin ve gizliliğin sağlanması, seans sürelerin düzenlenmesi, seans içeriklerinin önceden planlanması, grup üyelerinin seansa içine dengeli katılımının sağlanması, grup içinde bireye odaklanırken diğer grup üyelerinin de katılımının sağlanması, terapi tekniklerini grup ortamına uyarlamak, grup içerinde biraz daha zor olan ödevler sayılabilir.

ANAHTAR KELİMELER

Ayaktan hasta, grup psikoterapileri

Trikotillomani ve Kognitif Davranışçı Yaklaşımlar

DR. ÖMER ŞENORMANCI

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD.

Trikotillomani, kişinin tekrarlayıcı olarak ve belirgin saçsız alanlar oluşturacak şekilde saçlarını yolmasıdır. DSM-IV-TR (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)'de dürtü kontrol bozukluğu olarak sınıflandırılırken, DSM 5'te yeni oluşturulan obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar başlığı altında yer almıştır. DSM-IV-TR'de yer alan 'saç yolma öncesinde ya da bu davranışa karşı koyma girişiminde bulunduğu sırada giderek artan bir gerginlik duyumunun olması' ölçütü DSM 5'te kaldırılmıştır. DSM-IV-TR'nin tanı için gerekli gördüğü yolma öncesi gerginlik ve yolma sonrasında doyum ve rahatlama olması ölçütleri aranmaksızın yapılan bir çalışmada %2.5 oranında görüldüğü bulunmuştur. Trikotillomanide hem yolma hem de oluşan kel alanları saklamak için oldukça fazla zaman harcanır. Kişilerde suçluluk, utanç duyguları, düşük benlik saygısı yoğundur ve toplumdan izolasyon yaşarlar.

Trikotillomaninin farmakolojik tedavisinde sonuçlar tatmin edici değildir. Bazı vakalarda başarılı olduğu bildirilen hipnoz dışında en güçlü kanıtlar kognitif davranışçı terapi lehinedir. Saç yolma motivasyonları kişiden kişiye farklılaşır. Sonuç saç yolma olmasına karşın bu bir hasta için sadece otomatik motor bir olayken bir başkası için kognitif etkenlerden kaynaklanan bir bozukluk olabilir. Birinde bu motor davranışa yönelik farkındalığı arttırma tekniklerine ağırlık verilirken diğerinde kognitif hataların ağırlıkla hedeflendiği tedavi modelleri uygun olabilir. Dolayısıyla terapide tek bir standart tekniğin kullanımından çok, katkıda bulunan tüm parçalara yönelik birçok tekniğin bir arada kullanılması faydalıdır. Trikotillomaninin terapisindeki temel yöntem Alışkanlığı Tersine Çevirme Eğitimi (Habit Reversal Training, HRT)'dir. HRT'de hastaların kendilerini yolma kalıpları öğrenildikten sonra saç yolmayı tetikleyen durumları elimine etme, onlardan sakınma ya da belirli aktiviteleri, çevresel faktörleri, konum ve durumları değiştirmeleri hedeflenir. Terapideki hedef yolma isteği ile yıkıcı olmayan yeni davranışlar arasında öğrenilmiş bağlantılar oluşturmaktır. Trikotillomani yinelemelerle seyreden bir hastalık olduğu için tedavide son aşamayı yinelemelerin önlenmesi stratejileri oluşturmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER

Trikotillomani, kognitif davranışçı terapi

Kumar Oynama Bozukluğu ve KDT Yaklaşımları

YASEMİN GÖRGÜLÜ

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD.

Kumar oynama bozukluğu kişisel, ailevi veya mesleki hedefleri bozan, sürekli ve yineleyen uygunsuz kumar oynama davranışı olarak adlandırılmaktadır. Patolojik kumar, dürtü kontrolünün bozukluğu, kompulsif niteliği, bağımlılık sendromlarına benzer klinik özellikler gösterir. Kumar bağımlılarının giderek artan miktarda zamanlarını ve paralarını kumara yatırmaları (tolerans), kumar oynamadıkları zamanda sürekli kumarı düşünmeleri, kumarı bıraktıklarında huzursuzluk ve sinirlilik yaşamaları (yoksunluk belirtileri), başarısız bırakma girişimlerinin olması patolojik kumarı bağımlılık kategorisi içerisinde düşündürür.

Patolojik kumarın tedavisinde en güncel yaklaşım bilişsel davranışçı yaklaşımdır. Bu tedavi yönteminde amaç kişinin algılama ve irrasyonel düşünme gibi hatalı kognisyonlara karşı farkındalık geliştirmek ve bunları daha iyi uyum sağlayan adaptif şemalarla değiştirmek amaçlanmaktadır. Tedavi programı kişiye göre düzenlenmekle birlikte kişinin inkârının kırılması, sorunlarıyla yüzleştirilmesi, sorunlarla başa çıkma ve hayır diyebilme becerilerinin geliştirilmesi, bağımlılık kavramının öğretilmesi temel hususlardır. Bunların yanında aileye yönelik bilgilendirme çalışması yapılması aile içindeki ilişkilerin düzeltilmesi uygulanan tedavi programının etkinliğini arttırmaktadır.

Ayrıca patolojik kumar bağımlılığına eşlik eden depresyon, alkol veya madde kullanımı gibi hastalıkların tespit edilerek tedavi edilmesi gereklidir. Başarılı bir tedavi programının oluşturulmasında kişinin eski davranış şeklinin ve yaşam tarzının değiştirilmesi relapsların önlenmesi açısından önemlidir.

Davranışçı teorisyenler patolojik kumar oynamayı pekiştirme aracılığıyla öğrenilmiş bir davranış olarak tanımlamaktadır. "Kazanma döneminin" pekiştirme davranışında önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir.

Bilişsel kuramlar kumar oynama davranışının oluşmasında ve sürdürülmesinde bilişsel çarpıtmaların önemi üzerinde durmaktadır. Kumar oynan kişide kontrol illüzyonu (sonuçları kontrol edebileceği düşüncesi) gibi hatalı düşüncelerin olduğunu belirtir. Düzenli olarak kumar oynayan kişilerin akıldışı düşünceye sahip olduğunu ve bu kişilerin yüksek risk alıcı davranışlara yatkın olduğun ileri sürülmektedir. Patolojik kumar oynayan kişilerin yadsıma, batıl inançlar, kendine aşırı güven veya güç ve denetim duygusu gibi bilişsel algılarında yanılmalar olduğu görülmüştür.

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.

ANAHTAR KELİMELER
Kumar oynama, KDT

Beden Dismorfik Bozukluğunu Anlamak ve KDT Yaklaşımları

ERHAN ERTEKİN

Çapa Tıp Fakültesi

Beden dismorfik bozukluğu (BDB) DSM-5'te 'Obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar' başlığı altında yer alır ve kişinin fiziksel görünümü ile ilgili başkalarınca gözlemlenmeyen ya da önemsiz düzeyde görülen bir kusur algısına en azından bir dönem yineleyici davranışların (örneğin sık aynaya bakma) veya zihinsel eylemlerin (örneğin görünümünü başkalarınınki ile kıyaslama) eşlik etmesi ile belirlidir.

Son yıllarda bu bozuklukla ilgili klinik özellikler, kognitif çarpıtmalar, duygu işlemle gibi alanlara dair bilgilerin artışı kognitif davranışçı modelin ve terapinin BDB'nin anlaşılması ve tedavisi yönünde önemli katkı sağlamasına aracılık etmiştir. Görünümle ilişkili uyaranların algılanması, yorumlanması ve hatırlanması ile ilgili kognitif yanlılıklar BDB'nin sürmesine katkıda bulunur. Çalışmalar BDB'li kişilerin görsel bilgileri bütüncülden ziyade detaya odaklı bir işleme biçimleri olduğunu göstermektedir. Görünüşleri ve dış görünüşün önemi hakkında işlevsel olmayan inançları vardır. İçgörünün zayıf olması ve inancın hezeyan düzeyine ulaşması BDB'de sık karşılaşılan durumlardır. Duygu tanıma çalışmaları ise BDB hastalarının başkalarının duygusal yüz ifadelerini yanlış yorumladıklarını göstermektedir ve bu durum da başkalarının kendilerine baktığı, alay ettiği veya hakkında konuştuğu gibi referans düşünceleriyle uyumludur.

Bu sunumda yukarıda kısaca özetlenen araştırma verilerinin BDB için bilişsel davranışçı modelin gelişmesine nasıl katkıda bulunduğu vurgulanacak, BDB için KDT yaklaşımının ana bileşenleri gözden geçirilecektir.

İnternet Bağımlılığı ve Kognitif Davranışçı Terapi Yaklaşımları

DR. RAMAZAN KONKAN

Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

İnternet insan yaşamına geri dönülemez şekilde önemli bir araç olarak girmiştir. İnsan yaşamını kolaylaştıran ve geliştiren olumlu özellikleri ile yaşamımıza giren internet; kullanım örüntüsüne bağlı olarak olumsuz sonuçlara da neden olabilmektedir. Tanımı, adlandırılması üzerinde birçok ayrı görüş olmasına karşın çekirdek olarak "istenilenden daha uzun sure ve diğer yaşam alanlarına yer bırakmayacak şekilde internet kullanımı(internet bağımlılığı)" kavramsal bir konu olmaktan çıkmış tedavi gerektiren ciddi bir halk sağlığı sorununa dönüşmeye başlamıştır. İnternet bağımlılığı akıllı telefonların insan hayatına kaçınılamayacak şekilde girmesi ile bir başka boyuta taşınmıştır. Sabit bir yerde internet servisine ihtiyacının olmaması, her yerde kolay ve ucuz ulaşılabilir olması ile sorunu daha da arttırmıştır. Henüz yeterli ampirik kanıtları olmasa da Kognitif Davranışçı Terapiler internet bağımlılığında en etkin tedaviler olarak gözükmektedir. İnternet bağımlılığı için bir standart protokolü olmamasına karşın; kognitif davranışçı terapinin genel ilkeleri olarak internet kullanımı davranışının özelliklerinin belirlenmesi, internette kalma süresini azaltma için iç motivasyon geliştirilmesi, internet kullanımına alternatif davranışlar geliştirme, yeni gerçek yaşamda sosyal etkileşimleri geliştirme ve hasta ve ailesine psikoeğitim sayılabilir. Kognitif tedavide ise İnterneti uygunsuz kullanmalarına neden olan duygu ve düşüncelerini tanımaları, farketmeleri ve bunları kişisel ihtiyaçları ile uyumlu hale getirmelerine yardım edilir. İnternet bağımlılığı tedavisini diğer bağımlılıklardan ayıran önemli bir özelliği tedavide ortadan kaldırılması hedeflenen bağımlılığın (yani internetin) diğer bağımlılıklarda mutlak yoksunluk hedeflenmesine karşın insan yaşamının içinde kalmaya devam etmek zorunda olmasıdır. İnternetin kullanımının sınırı kullanıcıya özgüdür ve tedavide hedef bu özgül sınırdır. İnternet kullanımının hem kişinin yaşamda kalacağı, hem de zararlı kullanımından sakınılacağı dengesini kurmak tedavinin en zor konularındandır

ANAHTAR KELİMELER

İnternet bağımlılığı, kognitif davranışçı terapi

Bulimia Nervoza KDT Uygulamaları

GÜLAY OĞUZ

Canik Başarı Üniversitesi

Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri gösteren, aynı şartlarda olan diğer kişilerin yiyebileceğinden daha çok yiyeceği yiyebilen ve yeme döneminde yeme kontrolü olmayan , kilo almaktan kaçınmak için kusma ve ya ilaç kullanımın eşlik ettiği ve vücut biçimi ve kilosu ile aşırı ilginin ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez ortaya çıkması Bulumia Nervoza olarak tanımlanır.(1)Üç kategoriye ayrılmıştır.
Ağır olmayan ; Ortalama haftada 1-3 kez
Orta derecede: Ortalama haftada 4-7 kez
Ağır : Ortalama haftada 8-13 kez
Aşırı düzeyde: Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranış gösteren olarak sınıflanmıştır.

Bulumia Nervozanın kognitif davranışçı tedavi basamakları;
• Hasta (gerekirse hasta yakınları) ile ilişki kurma
• Değerlendirme
• Motivasyon Ölçme
• Terapi sürecini tanımlamak
• Vaka formulasyonu yapmak
• Terapi sürecini hasta ile planlamak/Özdenetim
• Psikoeğitim
• Beslenmeyle ilgili bilgilendirme
• Bdt teknikleri kullanarak ana hedefler belirleme
• Kilo alımı/stabilizasyonu
• Komorbidite ve eşlik eden sorunlarla ilgili çalışma
• Relaps önleme

• Tedavi soruna odaklıdır, geçmiş yerine güncel ve gelecekle çalışılır. Tedavide birincil olarak devam ettirici faktörler üzerine odaklanılır, aynı zamanda sorunun gelişmesini, nasıl ortaya çıktığını anlamak da önemlidir.
• Tedaviye başlamadan önce hastanın nasıl başvurduğu, güncel yeme sorunu, diğer sorunları, özgeçmişi, önceki tedaviler, ailesi, tedaviye bakış açısı, yeme sorununun öyküsü, baş etme yolları, destek ve gücü, ağırlığı belirlenir. KDT beş aşamadan oluşur.
1. Aşama: Amaç motivasyonu arttırma, bilişsel modeli açıklamak, anlaşıldığını hissettirmek ve umut vermektir Hasta ile ayrıntılı sorun listesi hazırlanır. Her sorunu için hasta hedefler oluşturur. Her bir hedef için alıştırma planlanır.
2. Aşama: Kontrol kaybı mitine meydan okumak ve kısır döngüdeki diğer otomatik düşünceleri tanımlamak amaçlanır
3. Aşama: Tıkınmayı, ağırlık ve biçimle zihinsel uğraşıyı devam ettiren davranışları belirlemek ve değiştirmek amaçlanır
4. Aşama: Altta yatan varsayımlar ve çekirdek inanışları belirlemek, formüle etmek ve meydan okumak amaçlanır. Kayıtlarından, aşağı doğru ok tekniği kullanılarak, varsayımlar ve inanışları belirlenir.
5. Aşama: Nüks önlemeyi içerir. Tedavide ne öğrendiğinin bir özetini yapması yararlıdır. Sorunun erken uyarıcı sinyallerinin farkına varıp, çabucak harekete geçmek yararlı olur.(2)

Kaynaklar:
1-Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders ,Fifth Edition (DSM-5)
2-Fairburn, C.G., (2008) Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders. The Guilford Press.

ANAHTAR KELİMELER
Bulumia nevroza, KDT

Anoreksiya Nervoza ve KDT Yaklaşımları

FEYZA BAYRAKTAR

Anoreksiya Nervosa tedavisinde kullanılan kognitif davranışçı terapi yaklaşımları "geleneksel" ve "geliştirilmiş" boyutta olup, bireyselleştirilmiş ve tanılar arası tedavi yöntemlerini kapsamaktadır. Genel olarak kognitif davranışçı terapi, anoreksiya nevroza vakalarının hem yataklı hem de ayakta tedavi boyutunda yaygın olarak kullanılmaktadır. Kognitif davranışçı terapi yaklaşımlarının anoreksiya nevroza vakalarında uygulanması belli bir zaman aralığı doğrultusunda ve odaklı devam eden süreçleri kapsamaktadır. Kognitif davranışçı terapi yaklaşımının temel aldığı ise anoreksiya nevroza vakalarında kişinin yeme ve ilişkili olumsuz davranışlarını tetikleyen düşünce kalıpları ve kişinin kendini algılama biçimine odaklanmaktır. Kişinin kısıtlayıcı yeme davranışının arka planındaki bilişsel süreçlerin yeniden yapılandırılması ve sonrasında uyum sağlamasını kolaylaştırıcı davranış geliştirmeye yönelik müdahale yöntemleri, kognitif davranışçı terapi yaklaşımlarının temelini oluşturmaktadır. Ayrıca, tedavi sürecinin haftalık görüşmeler şeklinde ilerlemesi ve takip seanslarının yapılması, hem geleneksel, hem de geliştirilmiş kognitif davranışçı terapi yöntemlerinde uygulanmaktadır. Anoreksiya nevroza tedavisinde "geliştirilmiş" kognitif davranışçı terapi ise normal kilonun çok altında olmayan ve ayakta tedavi gören yeme bozukluğu vakalarında günlük tedavi öncelikli olarak yetişkin hastaları ve daha sonra genç hastalar için uygulanmaya başlamıştır. Normal kilonun çok altında seyretmeyen yeme bozukluğu vakalarında kognitif davranışçı terapi süreci 50 dakikalık seanslar olmak üzere 20 haftalık süreç takip edilir. Normal kilonun çok altında olan ve anoreksiya nervoza tanısı konulmuş bireylerde bu süreç 20 haftayı aşabilir ve 40 haftalık olmak üzere toplam 40 seansa kadar sürdürülmektedir. Anoreksiya nervoza hastalarına yönelik kognitif davranışçı terapi yaklaşımlarının bireyselleştirilmesinde amaç kişilerin içinde bulundukları ve deneyimledikleri zorluklara yönelik bir eldiven görevi görür ve vakanın gidişatına bağlı olarak tedavi süreci yeniden yapılandırılabilir, süre uzatılır veya kısaltılır. Anoreksiya nervoza vakalarında KDT dört aşamada uygulanmaktadır. İlk aşamada özellikle kişinin yeme problemini anlamlandırma ve kişiye yeme davranışı değiştirme üzerine destek olmayı kapsar. Bu süreçte bireyselleştirilmiş eğitim ve kişinin kilosuna yönelik konulara odaklanılır. İlk etapta görüşmeler haftada iki kez olmak üzere düzenlenir. Tedavinin ikinci aşaması süreç içerisinde kısa bir zaman aralığını kapsayan ve ilerleyiş tekrar gözden geçirilmesini hedefleyen aşamaları uygulamaktır. Üçüncü aşama yeniden kişinin yeme problemi ve buna bağlı olan beden imajı algısı ve yeme davranışlarına ilişkin süreçlere odaklanılır. Üçüncü aşamada, kişilerin günlük yaşantısı, duygu durum değişimlerini yönetme becerileri ve kontrollü ve kısıtlayıcı yeme davranışlarına yönelik çalışmalar yapılır. Üçüncü aşamanın sonu ve dördüncü aşamanın başlangıcı tedavi süreci içerisinde gelecek odaklı bir ilerleyiş seyreder. Dördüncü aşamada kişilerin karşılaşabileceği olumsuzluklar ve ilerleyen dönemlerde meydana gelebilecek değişim ve zorluklarla nasıl başa çıkabileceğine yönelik müdahale yöntemleri uygulanır ve beceriler kazandırılır. Takip görüşmeleri ise tedavi sürecinin tamamlanması ile birlikte birkaç ay devam edebilir. Takip seansları, devam eden sorunlar veya ortaya çıkan herhangi farklı bir durum varsa üzerinden geçmek adına önem arz eder.

ANAHTAR KELİMELER
Anoreksiya nervoza, kognitif davranışçı terapi, yeme bozuklukları

Yeme Bağımlılığı ve KDT Yaklaşımları

F. MÜKERREM GÜVEN

Özel Lara Anadolu Hastanesi

Bağımlılık eğilimi olanlar duygusal, fiziksel ve ruhsal acıları azaltmak için farklı yollara başvururlar. Sıkıntılardan kurtulmak için edinilen alışkanlıklar yeni acılara sebep olabilir. Sarhoş olmak için keyif verici maddeler kullanımı, kumar oynama, hatta duygusal açlığı yemek yiyerek bastırmaya çalışmak da alışkanlık haline gelebiliyor. Obezite gibi belli bedensel hastalıklara yol açması nedeni ile yeme bağımlılığı son yıllarda en dikkat çeken klinik sorunlar arasına girmiştir. Kontrolsüz yemek yeme beyinde yarattığı etki bakımından alkol, uyuşturucu ve kumar gibi bağımlılıklara benzer sonuçlara sebep olur. Bir dilim pasta veya bir küçük kalıp çikolata yiyerek kendisini daha iyi hisseden kişiler çoktur. Sorun bunun aşırı olması ve alışkanlık haline gelmesidir. Kontrolsüz yeme davranışına müdahalede, madde bağımlılıkları ve davranışsal bağımlılıklarda uygulanan kognitif ve davranışsal teknikleri kullanılmaktadır. Ancak, yeme bağımlılığı, beslenmenin temel ihtiyaç olması nedeni ile diğer alışkanlıklardan ayrılır. Düşünce durdurma tekniği ile "Gerçekten aç mıyım?", "Hissettiğim açlık duygusal açlık olabilir mi?", "Yalnız mıyım?", "Yorgun muyum?" sorularının yanıtları araştırılır. Duygusal açlık nedeni ile yemek yemede relaksasyon eğitimi ancak bir dereceye kadar yararlı olabilmektedir(1). Değiştirilebilecek olan davranışların değişimi ve çözümsüz sorunların kabullenilmesinde Kabul ve Kararlılık teknikleri önerilmektedir (2). Motivasyon kazanma, beden algısı kayıtları, kognitif yeniden yapılandırma teknikleri ile sağlıklı beslenme ilkelerinin benimsenmesi ve relaps önleme hedeflenir (3).

1. Manzoni, G. M., Pagnini, F., Gorini, A., Preziosa, A., Castelnuovo, G., Molinari, E., et al. (2009). Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3
months of follow-up. J. Am. Diet. Assoc. 109, 1427–1432. doi: 10.1016/j.jada.2009.05.004.

2. Cattivelli R. , Pietrabissa G., Ceccarini M., Spatola CA., Villa V., Caretti A., Gatti A., Manzoni G.M., Castelnuovo G. ACTonFOOD: opportunities of ACT to address food addiction. Front Psychol. 2015 Apr 9;6:396. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00396. eCollection 2015.

3. Cooper Z., Fairburn C.G., Hawker D.M. Obezitenin Bilişsel –Davranışçı Tedavisi Klinisyenler İçin Bir Rehber. Çev. Ed. Çetin M. İstanbul, (2007).

ANAHTAR KELİMELER

Yeme bağımlılığı, kognitif davranışçı terapi

Çocuklarda OKB'nin Tedavisinde BDT ve İlaçların Etkinliği

CEM GÖKÇEN

Gaziantep Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Çocuklarda Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) prevelansı %1-2 oranında bildirilmektedir. Çocukluk çağının önemli bir ruhsal bozukluğu olan OKB'nin tedavisi son yıllarda giderek daha fazla dikkat çekmektedir. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) hafif ve orta şiddetteki OKB olgularında ilk sıra tedavi olarak belirtilirken, orta-şiddetli OKB olgularında ise BDT'ye farmakoterapinin eklenmesi önerilmektedir. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) uygulama kılavuzlarında da bu öneri desteklenmektedir. Farmakoterapi olarak önerilen ilk ilaç grubu da SSRI'lardır.

Yapılan araştırmalarda hem farmakoterapinin hem de BDT'nin OKB 'de etkin olduğu gösterilmiştir. Watson ve Rees'in yaptığı mataanaliz çalışmasında her iki tedavinin de OKB 'de etkili olduğu ve BDT'nin farmakoterapiden daha fazla etki büyüklüğü olduğunu göstermiştir. 2004 yılında yapılan 'The Pediatric OCD Treatment Study' (POTS) çalışmasında da en etkili tedavi sonucunun SSRI+BDT kombinasyonunda alındığı, her iki tedavinin tek başına kullanılmasının birbirine üstünlüğü olmamasına rağmen plasebodan daha etkili oldukları bulunmuştur.

ANAHTAR KELİMELER

OKB, Farmakoterapi, Bilişsel Davranışçı Terapi

OKB'nin Bilişsel ve Davranışsal Modeli

ŞEYMA ÇOŞKUN

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi

Obsesyon, kişide anksiyete oluşturan, inatçı, tekrarlayıcı ve rahatsız edici düşünce, imge ya da dürtülerdir. Kompulsiyonlar ise bu rahatsız edici düşün¬celerin oluşturduğu kaygıyı azaltmak ya da korkulan sonuçlardan korunmak veya kaçınmak için yapılan tekrarlayıcı davranış veya zihinsel eylemlerdir. Şimdiye kadar Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) etyolojisini aydınlatmak amacıyla birçok görüş öne sürülmüştür. OKB nin oluşumu ve devam etmesiyle ilgili olarak temelde bilişsel ve davranışsal olmak üzere iki modelin üzerinde durulmaktadır. OKB nin bilişsel modelinde abartılmış sorumluluk algısı, düşünce-eylem kaynaşması (DEK), mükemmeliyetçilik, düşüncelerin kontrol edilebilirliğine ilişkin inanç, abartılı tehdit algısı ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi inançlar yer alır. OKB'nin abartılmış sorumluluk algısında, kişinin oluşturabileceği olası zarardan kendisini sorumlu tutması nedeniyle artmış anksiyete ve huzursuzluk ortaya çıkar. Bunun sonucunda da kişi algıladığı sorumluluğu azaltmaya yönelik yansızlaştırma çabası içine girer. Yansızlaştırma çabaları ritüeller, kaçınma davranışları, ruminasyonlar, kompulsiyonlar şeklinde olabilir. DEK da OKB etyolojisinde önemli bir yer tutan bilişsel bir yanlılıktır. Kişilerin istenmeyen, girici düşüncelerine özel bir önem vermesinin ve bu türden düşüncelerin felaketleştirilmesi ve yanlış yorumlanmasının OKB nin gelişimine ve devam etmesine neden olduğu belirtilmektedir. OKB nin davranışçı modelinde ise klasik koşullanmayla öğrenilen korkunun/anksiyetenin, edimsel koşullanma yoluyla artarak pekiştiği vurgulanmaktadır. Kişi, istenmeyen/rahatsız edici düşüncelerin ortaya çıkardığı duygulardan korunmak için kaçma/ kaçınma, tekrarlama gibi stratejiler kullanır. Kişinin anksiyetesi arttıkça bu stratejileri daha çok kullanır ve böylece kısır bir döngü ortaya çıkar. Bu döngünün kırılmasına yönelik girişimler de davranışçı terapi yaklaşımı olarak alıştırma ve tepkiyi engelleme girişimlerinin gelişmesine neden olmuştur.

ANAHTAR KELİMELER
OKB, bilişsel model, davranışsal model

OKB'de Dikkat Yanlılığı

HASAN BAYAR

Gaziantep Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) çocukluk çağında sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Temel belirtileri obsesyon(takıntı) ve kompulsiyon(zorlantı) olan bu bozukluk hastaların yaşamlarında psikolojik, sosyal, akademik ve birçok alanda sorunlar yaşamalarına neden olur. OKB nispeten yaygın ruhsal bozukluk olmasına rağmen altında yatan nörobiyolojik mekanizma bilinmemektedir. OKB hastalarında bilişsel yanlılık ya da defisit olabileceğini düşündüren önemli kanıtlar bulunmaktadır. Özellikle OKB'de dikkat yanlılığı olasılığı çok fazla ilgi toplamıştır.

Dikkat yanlılığı , nötral uyaranlar ile karşılaştırıldığında tehdit olarak algılanan uyaranlara doğru dikkat kaynalarının yönlenderilmesidir. Dikkat yanlılığı ile yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi , travma sonrası stres bozukluğu, belirli fobiler ve panik bozukluğu gibi birçok psikiyatrik bozukluk arasında tutarlı bir ilişki tespit edilmiştir. Anormal duygusal işleme hem anksiyete ve hemde depresif bozuklukların merkezinde yer alır. Bilgi işleme yanlılığı klinik anksiyete durumları için incinebilirlik ya da sürdürücü faktörlere katkıda bulunabilir. Çeşitli çalışmalarda depresif ve kaygılı hastalar negatif ya da tehdit uyaranlarına karşı daha fazla dikkat yanlılığı göstermiştir. Örneğin, duygusal Stroop testinde Anksiyete hastaları kontrollere göre tehdit anlamı taşıyan kelimeleri nötr kelimelerden daha yavaş adlandırmıştır. Bilişsel kuramlarda, obsesif kompulsif bozukluk (OKB)'nin anksiyete durumları ile benzer anormal dikkat işleme özelliği olduğu bildirilmiştir. Dikkat yanlılığı, OKB ile ilgili olarak 1985 te Salkovkis tarafından oluşturulan Kognitif Modelde ortaya atılmıştır. OKB'nin oluşumunda ve süregenleşmesinde rol oynadığı düşünülmektedir. Yani, OKB'de bilgi işleme yanlılıklarının intruzif obsesif düşüncelerin gelişimi ve sürmesine katkıda bulunması beklenmektedir.

Şimdiye kadar yapılan araştırmalarda diğer anksiyete bozuklukları ile karşılaştırıldığında OKB'de dikkat yanlılığı konusunda çelişkili bulgular vermiştir. Duygusal Stroop testi ve benzeri testler kullanılarak yapılan çalışmalarda bulgular hem pozitif ve hemde negatif olarak bulunmuştur. OKB hastalarında eş zamanlı dinleme testi kullanılarak dikkat yanlılığının araştırıldığı bir çalışmada Foa ve McNally OKB hastalarının nötr olanlardan ziyade korku ile ilgili kelimeleri daha iyi algıladıklarını tespit etmişlerdir. Ayrıca Rao ve ark. duygusal Stroop testi(EST) optimize sürümünü kullanarak OKB hastalarında olumsuz OKB ile ilişkili uyaranlar için dikkat yanlılığı tespit etmişlerdir. Dikkat yanlılığının OKB'de şimdiye kadar sadece erişkin hastalarda çalışılması ve komorbit hastalığın erişkinlerde fazla oluşundan dolayı çelişkili sonuçlar bulunmuş olabilir. Bu konunun ayrıca çocukluk çağında ve daha kapsamlı araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Bunun yanında dikkat yanlılığı bilişssel davranışçı terapi de(BDT) önemli müdahele noktalarından birini oluşturmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluğun şiddeti ve geleneksel tedavilere yanıt vermeyen hastaların sayısı göz önüne alındığında OKB'deki anksiyeteyi sürdüren faktörlerin anlaşılması etkili tedavilerin geliştirilmesi için kritik öneme sahiptir.

Sonuç olarak, OKB de dikkat yanlılığının belirlenmesinin potansiyel tanı, bilişsel, patofizyolojik ve terapötik etkileri olabilir.

ANAHTAR KELİMELER

OKB, Dikkat Yanlılığı

Pediatrik OKB'de Bilişsel Davranışçı Tedavi

EMİNE ÇIĞIL FETTAHOĞLU

Epidemiyolojik çalışmalar çocuk ve ergenlerin %1'inden fazlasında Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) oldugunu göstermektedirler. Çocukluk çağında ortaya çıkan OKB çocuklarda sadece farklı alanlardaki işlevseliği olumsuz etkilemekle kalmaz ayrıca gelişim sürecine de zarar verir. Ayrıca tedavi edilmeyen OKB sıklıkla erişkinlikte de devam eder. Bu nedenle pediatrik OKB'nin etkili bir şekilde tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Son yıllarda yapılan çalışmalar çocuk ve ergenlik dönemindeki OKB'de Bilişsel davranışçı terapinin (BDT) tek başına veya farmakolojik tedaviyle birlikte ilk seçenek yöntem olduğunu göstermiştir.

Çocuk ve ergenlerde OKB tedavisindeki BDT uygulamalarına temel olan modeller, erişkinlerde etkili olduğu gösterilen modellerin bu popülasyona uyarlanmasıyla oluşturulmuştur ve hem davranışsal hem de bilişsel teknikleri ve açıklamaları içerirler. Çocuklarda bilişsel becerilerin henüz tam olarak gelişmemiş olması nedeniyle erişkinlerde önerilen bilişsel teorilerin bu yaş gruplarına tamamen uyarlanması mümkün olmayabilir. Genel olarak prensipler erişkinlerdekilerle aynı olmakla birlikte klinik pratikte bazı farklılıklar vardır. Herşeyden önemlisi çocuk ve ergenler "küçük yetişkinler" değildirler. Erişkinlere göre sözeleştirme becerilerinin kısıtlılığı, içgörünün azlığı, anlık ve haz odaklı bakış açıları, düşük engellenme eşikleri, başa çıkma becerilerindeki sınırlılık, eşlik eden ruhsal bozuklukların farklılığı gibi gibi gelişimsel unsurlar tedavi uygulamalarını güçleştirebilirler. Ayrıca cocuklar içinde yaşadıkları okul ve aile ortamından bağımsız olarak ele alınamazlar. Bu nedenle tedavi programlarında çocuğun hayatındaki önemli diğer bireylerin de sürece katılmalarının sağlanması tedavinin etkinliğini arttırır. Bu nedenle çocuk ve ergenlerdeki BDT uygulamalarında gelişimsel özellikler (sözelleştirme becerileri, somut düşünme vb), aileye ait faktörler, yüksek komorbidite varlığı gibi unsurların her biri tedavinin planlanması aşamasında dikkatle ele alınmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER
Çocuk, ergen, bilişsel davranışçı terapi,

Poliklinik Ortamlarında Kısa Süreli Kognitif Davranışçı Terapi: Yöntem ve Uygulamaları

ŞÜKRÜ UĞUZ

Davranış Terapileri Akademisi

Bilişsel Davranışçı Terapi, birçok psikiyatrik bozuklukta farklı tedavi planları çerçevesinde başarıyla kullanılmaktadır. Ne yazık ki, ülkemizde bir çok kurumun ayaktan hasta bakım koşullarında, danışanlara kısıtlı zaman ayrılabilmekte ve klasik tedavi planlarının tam olarak uygulanabilmesi mümkün olmamaktadır. Yüksek verimli bilişsel davranış terapisi, bu tür yoğun tedavi ortamlarında, ilaç tedavisine ek olarak ya da başlı başına bir tedavi yöntemi olarak başarıyla uygulanabilmektedir. Bu sunumda, poliklinik ortamlarında uygulanacak kısa süreli , yüksek verimli bilişsel davranış terapisinin prensipleri ve farklı klinik gruplarda kullanımı, örneklerle anlatılacaktır.

ANAHTAR KELİMELER

ayaktan hasta bakımı, poliklinik, bilişsel davranış tedavisi, yüksek verimli psikoterapi

Konsültasyon - Liyezon Psikiyatrisinde Kısa Süreli Kognitif Davranışçı Terapi Uygulamaları

AYTÜL KARABEKİROĞLU

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Fiziksel problemi olan hastalarda sıklıkla bir ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmeyi gerektirecek düzeyde anksiyete ve depresyon semptomları bulunmaktadır (Evens DL ve Charney DS, 2003). Şizofreni ve bipolar afektif bozukluk gibi ruhsal hastalığı olanlarda hayatları boyunca bazı fiziksel hastalıklar geliştirmektedir. Farklı çalışmalarda kalp hastalıkları, diyabet, kanser ve inme gibi tıbbi problemlerde anksiyete ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Koton W ve ark, 2007). Ek olarak, ağır psikiyatrik probleme sahip olmak tıbbi problemlerden kaynaklanan ölüm riskini arttırmaktadır (Stein MB ve ark, 2006). Tüm bunlar göze alındığında, tıbbi problemi olan hastalara uygulanacak psikiyatrik müdahaleler ek bir önem kazanmaktadır.

Tıbbi problemli hastaların tedavisinde kognitif davranışçı terapi (KDT) yaklaşımında kısa seanslarda uygulanan tüm yöntemler ana hatları ile kullanılmaktadır. Tıbbi tanıları olan hastaların hastalığı nasıl algıladığına, gereken tedaviye, depresyon ve anksiyeteyi taramaya, fiziksel belirtilerle etkili baş etme yöntemleri geliştirmeye özellikle dikkat edilmelidir. Tıbbi hastalıklar nedeni ile gelişen psikolojik problemler, hastalığını ifade eden hastanın kişisel algısından çok etkilenir. Hastalıklar hakkında işlevsel olmayan bilişsel yapılar, hasta olma deneyimi ile, belirli hastalıkların sonuçları ile, hastalığın kendi tipi ile, doktorlarla, tedavilerle ve hastanelerle ilgili uyumsuz düşünce ve inançları içeririr. KDT yöntemleri ile hastalığa yüklenen olası olumsuz anlamların daha işlevsel olmalarını sağlayabilir.

Tıbbi problemli hastalar için on adet yüksek etkili KDT müdahalesi, hastalara açıklayıcı model sunma, psiko-eğitim destekleme, motivasyonel görüşme yapma, uyumu desteklemek için KDT araçlarını kullanma, bakım sağlayanlarla iletişimi kolaylaştırma becerisini öğretme, kişisel kontrolü arttırmak için aktivite programı geliştirme, gerektiğinde problem çözme, uyarılmayı azaltmak için adım atma, yanlış anlama ve çarpıtmaları düzeltme, yas ve kaybın kabulünü kolaylaştırma başlıkları altında sınıflandırılabilir (Wright J ve ark, 2014). Bu sunumda tıbbi problemli hastalar için önerilen bu yüksek etkili BDT müdahaleleri anlatılacaktır.

Kaynaklar:

1. Evens DL, Charney DS. Mood disorders and medical illness: a majör public health problem. Biol Psychiatry, 54: 178-180.
2. Koton W, Lin EH, Kroenke K. The association of depression and anxiety wih medical symptom burden in patients with chronic medical illness. Gen Hosp Psychiatry 2007; 29: 147-155.
3. Stein MB, Cox BJ, Afifi TO, Belik SL, Sareen J. Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population-based pğerspective. Psychol Med 2006; 36: 587-596.
4. Wrigth JH, Sudak D, Turkington D, Thase M. Kısa Süreli Senslar için yüksek verimli bilişsel davranış terapisi. Çeviri Editörleri. Akademisyen Tıp Kitapevi Sungur MZ, Uğuz Ş. 2014; 282.

ANAHTAR KELİMELER

Fiziksel hastalık, bilişsel davranışçı terapi

Psikoz Hastalarında Kısa Süreli KDT Uygulamaları

MEMDUHA AYDIN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği

Psikoteropatik süreci zorlaştıran hastalığa bağlı etmenlere rağmen psikotik bozuklukları olan hastalarda farmakoterapinin güçlendirilmesi için kognitif davranışçı terapi (KDT) yöntemlerinin kullanılmasının faydaları klinik çalışmalarla ve araştırmalarla gösterilmiştir.
Psikotik belirtileri olan hastaların tedavisinde aktif sanrı ve halüsinasyonlara bağlı dikkat ve konsantrasyon sorunları nedeniyle kısa süreli seansların kullanımı önerilmektedir. Sosyal içe çekilme gibi negatif belirtilerin varlığı, bilişsel olarak zorlayıcı tedaviler için hastanın motivasyonunun az olması ve düşünce bozuklukları uzun süreli, yoğun seanslara olanak vermemektedir.
Psikotik belirtileri olan hastalarda etkili bir KDT uygulaması için temel gereklilik işbirliğine ve deneyselliğe dayalı bir terapötik ilişkidir. Tedaviyi yönlendirirken kapsamlı bir bilişsel-davranışsal-biyolojik-sosyokültürel model kullanılmaktadır. Psikotik bozukluklarda KDT yaklaşımının temel yöntemleri normalleştirme ve eğitmedir.
Sanrılar KDT yöntemleri ile değiştirilebilen yanlış algılamalar olarak kabul edilir. Sanrıların teropatik girişimlerle tartışılmasının sanrıların pekişme mekanizmasıyla daha fazla ortaya çıkmasından duyulan korku klinisyenlerin sanrısal içerikle çalışmasının önüne geçmiştir. Oysa araştırmalar klinisyenlerin sanrılar üzerine yoğunlaşmasının hastaların belirtilerini kötüleştirmediğini, hatta çoğu zaman tam tersine belirtilerin daha iyiye gittiğini göstermiştir.
Sanrıların tedavisinde kullanılan kısa KDT yöntemlerinden sokratik sorgulama ile araştırmak, bir inancın lehinde ve aleyhinde kanıtlar yazmak, sanrıların öncüllerini araştırmak, sanrılar ile ilgili duygular ile baş edebilmek için beceriler geliştirmek, hastanın güvenlik arama davranışlarından vazgeçmesini sağlamak, sanrıların gerçekliğini test etmek için davranışsal deney geliştirmek, alternatif düşünceler üretmek, pasta grafiği yapmak gibi standart KDT teknikleri sayılabilir.
Halüsinasyonların tedavisinde KDT yöntemlerinin kullanılmasının amaçları arasında hastaların ses duyma ve diğer halüsinasyon yaşantılarında uyumlu inançlar ve anlamlar geliştirmelerinde yardımcı olmak, semptomların yoğunluğunu azaltmak sıralanabilir.
Halüsinasyonların tedavisinde hastanın halüsinasyonları ile ilgili açıklamalarını sorgulamak, ses günlüğü tutmak, sesin içeriğini bir tahtaya ya da kağıda yazmak yoluyla kayıt tutmak, uyku alışkanlıkları ve sesler arası bağlantıyı araştırmak, ses duymaya verilen duygusal ve davranışsal tepkileri sorgulamak, diğer insanlara ses duyup duymadıklarını sorarak gerçeklik sınaması yapmak, dikkati başka yöne çekmek, seslerin gücünü azaltmak için sesleri çağırma yöntemini kullanmak gibi bir çok kolay uygulanabilir kısa KDT yöntemi kullanılmaktadır.
Sunumda psikotik belirtilerle baş etmeyi öğrenmede KDT yöntemleri ve KDT yöntemlerinin kullanımının hastaların farmakoterapi tedavilerinin güçlendirilmesindeki rolü tartışılacaktır.

ANAHTAR KELİMELER
Kısa süreli terapiler, psikotik bozukluklar

Çocuk Kognitif ve Davranış Terapisinde Temel Prensipler ve Erişkinden Farkları

GÜL KARAÇETİN

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh S.S.H. Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çocukların Kognitif ve Davranışçı terapisinde (KDT) amaç çocuğun kendisi, diğerleri ve gelecek hakkındaki görüşünü değiştirmek, yeniden yapılandırmak ve uyuma yönelik olmayan davranışları düzeltmeye yönelik olarak yeni stratejiler geliştirmektir. Çocuklarda KDT uygulamada dikkat edilmesi gereken temel ilkeler arasında en önemlilerinden biri çocuk ile terapisti arasında terapötik ilişkinin kurulmasıdır. Çocuğun ruhsal bozukluğunun KDT yöntemleriyle tedavisi için çocuğun işbirliği ve aktif katılımı sağlanmalıdır. Çocuklarda KDT uygulamalarının fazları terapotik ilişki kurmak, değişim için motivasyon sağlamak, değerlendirme ve vaka formulasyonu , tedaviyi oluşturmak ve motivasyonu devam ettirmek, progresin monitorize edilmesi, kazanımları sürdürmek ve yaygınlaştırmak ve tedavinin sonlandırılmasından oluşmaktadır. Erişkinlere benzer şekilde çocuklarda da KDT uygulamalarında önce çeşitli klinik tabloların temel özellikleri hakkında hipotezler kurulur ve daha sonra bilimsel bir yöntem ile bu hipotezler sorgulanır.

Erişkinlerden farklı olarak çocuğun yaşının ve gelişimsel düzeyinin göz önünde bulundurulması ve çocuğun yaşına ve gelişimsel seviyesine uygun tekniklerin kullanılması etkili bir KDT uygulaması için ön koşuldur. Düşünce ve duygu gibi soyut kavramları anlama yetisi henüz tam anlamıyla gelişmediği için küçük çocukların kognitif yöntemlerden daha çok davranışçı yaklaşımlardan fayda gördükleri öne sürülmüştür. Küçük çocuklarda soyut kavramların ve hedef kognisyonların somutlaştırılması için yöntemler geliştirilmiştir, örneğin: obsesif kompulsif bozukluğu olan bir çocukta belirtiler çocuğun karşı koyması gereken "takıntı piresi" şeklinde dışsallaştırabilir. Küçük çocuklarda oyun-temelli etkileşimler KDT içine entegre edilmelidir; burada amaç çocuğun terapi seansı esnasındaki motivasyonunu arttırarak öğrenmesini kolaylaştırmaktır. Resim çizme, kuklalarla oyun oynama, karşılıklı hikaye anlatma ve çalışma kitaplarını tamamlama gibi teknikler kullanılabilir. Yapılan çalışmalarda dokuz yaşından büyük çocukların düşünce, duygu ve davranışları birbirinden ayırt edebildikleri, düşünceleri hakkında konuşabildikleri, iç konuşmayı değiştirme ve kendini izleme gibi kognitif görevleri anlayıp yerine getirebildikleri bildirilmiştir. Yaş sınırı kesin olmamakla birlikte; dil gelişimi ve zeka düzeyi gibi birçok faktör uygulanacak tekniğe karar verilme sürecini etkilemektedir. Gelişimle birlikte ruhsal bozuklukların prezentasyonunun ve uygulanacak tekniklerin değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çocuklarda KDT uygulamalarının temel prensiplerinden biri çocuğun değerlendirme ve tedavi sürecinde aileyle işbirliği içerisinde olmaktır. Davranışların öncülleri ve sonuçları, belirtilerin sürdürümünü sağlayan kaçınma davranışları gibi ailesel özelliklerden etkilenen faktörlerle ilgili bilgi alınmalıdır. ailesel ve çevresel özellikler bilinmelidir.

Sonuç olarak, KDT uygulamaları çocukların yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen ve işlevsellikte
kayba neden olan birçok psikiyatrik bozuklukta etkili olduğu bilimsel açıdan gösterilmiş yöntemlerdir. Gelişimsel özellikler gözetilerek uygulandığında birçok çocuk KDT tekniklerini öğrenebilir ve seans içinde öğrendikleri teknikleri yaşamlarında uygulayarak baş etme stratejileri geliştirebilir.

ANAHTAR KELİMELER

Çocuk, kognitif ve davranışçı terapi

Çocuk Kognitif ve Davranış Terapisinde Yaşanılan Güçlükler

DİDEM ÖZTOP

Yedikule Surp Pirgiç Ermeni Hastanesi

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulamaları bir formülasyona dayanan, işbirliği ve aktif katılım gerektiren, sorun ve hedef odaklı, düşünce, duygu ve davranışı değiştirmek için çeşitli teknikler kullanan bir yöntemdir. Çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde kullanılan BDT, çocuk ruh sağlığındaki diğer gelişmelerde olduğu gibi erişkinlerden elde edilen bulguların yol göstereceliğinde kullanılmaya başlanmıştır. Ancak cocuk ve ergenlerde gelecek oryantasyonu, hazzı erteleme, kendine güven, olgunlaşma, soyut düşünce ve içsel motivasyon becerilerinin gelişimi bireysel farklar içerdiğinden erişkin modelinden geliştirilen BDT'nin uygulamasında bir takım zorluklar olabilir. Zorluklardan ilki; çocuğun neden BDT'ye getirldiğiyle ilişkilidir. Çoğu zaman kendisi yardım aramaz ve motivasyonu sorunlarının üstesinden gelmek yerine sorunlarddan kaçmak üzerine kuruludur. Diğer bir zorluk çocuk ve ergenler duyglarını, bunları tetikleyen düşüncelerini ve metakognisyonları tanımakta, isimlendirmekte veya ifade etmekte zorlanabilir. Ayrıca gelişimsel olarak çocuklardaki iç görü eksikliği ve belirti ve tetikleyiciye özgü örnekler verememeleri etkin bir formulayonu, ayrıcı tanıyı, eşilk eden durumların ortya konmasını ve tedavi stratejisini etkileyebilir. BDT'de kullanılan "hipotez ve kanıt arama" gibi 2 önemli teknik için soyut düşünme becerilerinin gelişmiş olması gerekir, ancak bir çok çocuk bu becerilerini orta ergenlik döneminde kazanabilir. Çocuk veya ergenle çalışırken terapistin en zorlanacağı durumlardan biri terapinin hızı ve seans süresidir. Genellikle çocuklarda terapi hızı ve seans süresini belirleyen çocuğun dikkatini sürdürme ve yeni öğrendiği becerileri günlük yaşamına uygulayabilme kapasitesidir.

Tüm bu zorluklar nedeniyle çocuk ve ergenle çalışırken ailenin mutlaka dahil edilmesi ve terapistin aktif ve yetkin olması gerekir. Ayrıca BDT'de kullanılan dil basit, net anlaşılır olmalı ve çocuklara özgü ve tanıdıkları kelimeler kullanılmaldır. Asıl terapi sürecine başlamadan önce çocuk veya ergene duygusal (emosyonel) durumları ve bunlarla bağlantılı duygu, düşünce ve davranışları ayırt etmeyi öğretmek faydalı olur.

ANAHTAR KELİMELER

Çocuk bilişsel davranışçı terapiler, zorluklar

Ailelerle Çalışmak

ÖZLEM SÜRÜCÜ

Madalyon Psikiyatri Kliniği-Ankara

Aile ile işbirliği içinde olmadan çocuklarla psikoterapi yapmak olanaksızdır. Anne babaların bilişsel davranışçı terapiye katılımına verilen önem son yıllarda giderek artmaktadır. Gerek deneysel bulgular gerekse klinik deneyimler anne babanın terapiye katılımının tedavi sonuçlarına olumlu katkılar sağladığını göstermektedir. Anne babaların çocuğun terapisine katılımı çok çeşitli boyutlarda gerçekleşir. Değerlendirme aşamasında anne babalar en önemli bilgi kaynağını oluştururlar. Bazı olgularda anne baba sorunun oluşmasına ya da belirtilerin şiddetlenmesine katkı sağlıyor olabilir. Bu gibi durumlarda aile suçlanmadan, uygun bir dil ve yaklaşımla ele alınmalıdır. Tedavi planı oluşturulurken anne baba psikopatolojisinin çocuğun tedaviye olan yanıtının en önemli belirleyicisi olduğu gerçeği unutulmamalıdır. Anne ya da babada herhangi bir psikiyatrik sorun düşünülüyorsa onların da yardım almaya yönlendirilmeleri tedavi planının içinde mutlaka yer almalıdır. Çocukla yürütülecek olan terapi sürecinde anne babalar terapinin kazanımlarının oluşmasına, bunların hayata aktarılmasına ve sürdürülmesine önem katkı sağlayabilirler. Bu katkının sağlanabilmesi için anne babaların tedavinin rasyonellerini iyi anlamış olmaları gerekir. Bu nedenle psikoeğitim seansından itibaren ailelerin belirli seanslara alınması ve birlikte çalışılması önemlidir. Anne babalarla çalışmanın ilk stratejisi eğitimdir. Farklı psikopatolojiler için ailelere uygulanan farklı psikoeğitim modelleri ve programları vardır. Bu programlarda ailelere çocukların sahip oldukları psikopatolojinin özellikleri hakkında detaylı bilgilendirme yapılıp, çocuğu daha iyi anlamaları ve kabullenmeleri hedeflenmektedir. Daha sonraki seanslarda anne baba çocuk ilişkisinin olumlu bir zemine oturtulması için özel zaman, olumlu ilgi, övgü, göz ardı etme gibi tekniklerin nasıl kullanılacağı aktarılmaktadır. İletişim, uygun yönerge verme, çocuğu dinleyebilme, öfke patlamaları ya da kaygı ataklarına uygun yanıtlar verebilme gibi ana başlıklar da sorunun doğasına özel olarak anne babalarla çalışılan konulardır. Bilişsel davranışçı terapinin en önemli ögelerinden olan davranışsal deneyler, ev alıştırmaları ve ev ödevleri konularında da anne babaların eğitilmesi çok önemlidir. Anne babalar uygun tutumlarla bu çalışmaların yapılmasını destekleyebilecekleri gibi, tam tersine çalışmalardan verim alınmasını engelleyici de olabilmektedirler.

Eğitimlerde aktarılan bilgilerin hikayeler, metaforlar ve fıkralarla zenginleştirilmesi anlamayı ve daha sonra hatırlamayı sağlayacaktır. Anne baba eğitimlerinde yaşanan en önemli sorun ailelerin eğitimlerden edindikleri kazanımları yaşamlarına aktarmakta zorlanmalarıdır. Bu nedenle Önerilen tekniklerin seans içinde canlandırmalar, grup egzersizleri ile ve ev ödevleri ile desteklenmesi önemlidir. Kazanımların sürdürülebilmesi için eğitimler seans içinde kalmamalı daha sonra başvurabilecekleri yazılı kaynaklar sağlanmalıdır.

07 Kasım 2015, Cumartesi

KDT Eğitim Müfredatı

DOÇ. DR. E. YUSUF SİVRİOĞLU

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı BURSA

Kognitif Davranış Terapileri kanıta dayalı yaklaşımı, güncel sorunlar üzerine odaklanması, zamanı iyi kullanma iddiası ve etkililiği nedeniyle pek çok tedavi algoritmasında yer almıştır ve bazı durumlarda ilk tedavi seçeneği olarak sunulmaktadır. Bu durum KDT'nin giderek benimsenen bir yaklaşım haline gelmesine yardımcı olmuştur. Ancak tedavi araçları ehil kişiler tarafından, belli standartlar çerçevesinde ve uygun biçimlerde kullanıldığında gerçek klinik yararlarını gösterir. Dolayısıyla KDT'nin kimler tarafından, nasıl, hangi durumlarda uygulandığının standartlarını belirlemek ve bu standartlara uygun terapistler yetiştirmek gereklidir.
Bu sunumda KDT eğitimi standartları, bu standartların ön gördüğü kuramsal ve beceri eğitiminin içeriği tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Psikoterapi Eğitimi, Kognitif Davranış Terapileri

KDT Eğitimi: Nasıl Yaygınlaştıralım? Etkinliğine Nasıl Karar Verelim?

PROF. DR. MEHMET Z. SUNGUR

Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD

KDT'nin etkinliğinin kanıt değeri onu çeşitli ülkelerde devlet sağlık politikaları içinde yer alır konuma getirmiştir. Buna rağmen KDT halen kolay ulaşılabilen bir tedavi seçeneği olamamıştır. Ulaşılabilir olduğunda ise verilen hizmet ne yazık ki "optimal" düzeyde olmaktan uzaktır. Bu sunumda önce KDT'nin etkili olmasına rağmen neden tedavide altın standart olamadığı ve eğitimin yaygınlaştırılmasının önündeki engeller konuşulacaktır. Daha sonra bir KDT eğitiminin etkinliğini araştırmada hangi ölçütlerin daha önemli olabileceği üzerinde tartışılacaktır. Bir psikoterapi alanında kabul edilebilir düzeyde bir 'beceri'yi oluşturan yapı taşları üzerinde durulacak ve eğitimin niteliğini (kalitesini) ölçerken hangi kavramların önem kazandığı gözden geçirilecektir.

Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklarda Ailelerle Çalışma (Psikoeğitim)

ÖZLEM SÜRÜCÜ

Madalyon Psikiyatri Kliniği-Ankara

Bu sunumda otizm spektrum bozukluklarından birisi olan asperger bozukluğunun tedavisinde kullanılan yöntem ve uygulamalardan söz edilecektir. Asperger bozukluğu DSM-IV'de yaygın gelişimsel bozukluklar kategorisi içinde ayrı bir alt başlık olarak yer almakta iken DSM-V'de tüm alt kategoriler otizm spektrum bozuklukları ismi altında birleştirilmiştir. Bununla birlikte gelişim özellikleri ve gösterdikleri belirtilerle bu tanıyı alan çocuklar diğer yaygın gelişimsel bozukluklardan önemli farklılıkları olan çocuklardır. Asperger bozukluğu tanısı alan çocuk ve gençler dil gelişimlerinde belirgin bir gecikme olmayan, bununla birlikte toplumsal etkileşimde, kişilerarası ilişkilerde önemli zorluklar yaşayan, sınırlı, basmakalıp ve yineleyici ilgi alanları olan olgulardır. Sınırlı ilgi alanları, değişime açık olmamaları, ani ve uzun süreli öfke patlamaları nedeniyle aileler bu çocuklara nasıl yaklaşacaklarını, onlara nasıl yardımcı olacaklarını bilemezler. Aspergerli çocukların anne babalarının stres, kaygı, tükenmişlik düzeyleri yüksektir (Watt ve Wagner 2013). Bu nedenle anne babalar için psikoeğitim tedavinin en önemli parçalarından birisidir (Sofronof ve ark 2004).

Sunumun ilk bölümünde anne babalarla yapılan grup psikoeğitim programı sunulacaktır. Psikoeğitimin ilk basamağı Asperger bozukluğunu aileye her yönüyle tanıtmak ve ailenin çocuğu anlamasını ve koşulsuz kabul etmesini sağlamaktır. İkinci adım ise olumlu ilişki basamağıdır. Bu basamakta kullanılacak olan olumlu davranışlara odaklanma, övgü gibi tekniklerin Aspergerli çocukların özelliklerine uygun bir biçimde yapılması önemlidir. Üçüncü adım günlük yaşamda, okulda ve evde yapı ve düzen sağlamaktır. Günlük akışın içinde nelerin olduğunun önceden bilinmesi, değişikliklerden olabildiğince kaçınılması ya da önceden haber verilmesi gibi bazı önlemler bu çocukların değişikliklere verdiği aşırı kaygı ya da öfke tepkilerini azaltmaya yardımcı olmaktadır. Aspergerli çocukların sosyal ilişkilerde özellikle akranlarıyla yaşadıkları sorunlara yardımcı olabilmeleri için öncelikle ailelerin bu sorunların neden kaynaklandığını anlamaları gerekir. Bu çocuklar kişilerarası ilişkilerde asıl önemli parça olan yüz ifadeleri, jestler, mimikler gibi görsel ipuçlarını doğru biçimde algılama ve bütünleştirebilme ile ilgili zorlukları nedeniyle sadece sözel içeriğe dayanmak durumunda kalırlar. Bu da çoğu kez doğru bir anlama için yeterli olmaz, kimin iyi kimin kötü niyetli olduğunu, şakaları, esprileri anlayamazlar. Tüm bunlar hem arkadaş edinememe ve sürdürememeye hem de sosyal ilişki gerektiren durumlarda kaçınmaya, kaygı ya da öfke ataklarına neden olur. Sosyal ilişki sorunlarını aşabilmek için ailelerin neler yapılabileceği konusu da aile eğitiminin bir parçasıdır. Bu konuda geliştirilmiş olan oyun ve etkinliklerin ev ortamında anne baba ile birlikte kullanılması tedavi sürecine önemli katkı sağlamaktadır. Aile eğitiminin diğer modüllerinde Aspergerli çocukların sıklıkla sorun yaşadıkları diğer alanlar olan dikkat, kaygı, motor beceriler, uyku ve yemek yeme düzeni gibi konularda çözüm önerileri aktarılmaktadır. Aile psikoeğitimi bireysel ya da grup eğitimleri şeklinde ve 6-8 seans olarak uygulanmaktadır. Seanslar bilgi aktarımları, metaforlarla örneklendirmeler, psikodrama teknikleri kullanılarak yapılan canlandırmalar kullanılarak öğrenmeyi zenginleştirecek şekilde yapılandırılmaktadır.

Watt ve Wagner (2013) Parenting a child with Autism Spectrum disorder. Community, Work & Family, 16:1:20-38

Sofronoff ve ark (2004) Parent management training and Asperger syndrome A randomized controlled trial to evaluate a parent based intervention. Autism Vol 8(3) 301–317.

Anahtar sözcükler: Otizm spektrum bozuklukları, Asperger, Psikoeğitim

Asperger Olgularında Kognitif Davranışçı Tedavi

PINAR ÇAKIR AKSU

Madalyon Psikiyatri Merkezi

Bu sunumun ilk bölümünde Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olan çocuklarda oyunun öneminden bahsedilecektir. Özellikle asperger bozukluğu olan çocuklarda oyun ve sosyal gelişiminin izlenmesi, çocuğun oyun ile dış dünyayı nasıl keşfettiği, oyunun duygusal ve davranışsal farkındalığa etkileri aktarılacaktır.

Sunumun ikinci bölümünde asperger bozukluğu olan çocuklara oyun aracılığı ile terapötik yaklaşımlar anlatılacaktır. Bu çerçevede kognitif müdahalelerle, hedef belirleme, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme, imajinasyon, problem çözme çalışmaları paylaşılacaktır. Ayrıca OSB olan çocuklarda kullanılan kognitif temelli stratejilere ve programlara yer verilecektir(Attwood,2000;Myles,2005; Winner, 2004).

Son bölümde ise asperger bozukluğu olan çocukların sosyal beceri, iletişim, beden dilini kullanma, duyguları anlama ve ifade etme, sözel olmayan ipuçlarını anlama gereksinimlerine yönelik grup ya da aile ile oynayabilecekleri oyunlar anlatılacaktır. Bu oyunlarda resimlerdeki sosyal ipuçlarını yakalama, yüz ifadelerini taklit, sosyal sahneler, duygu kartları, deyim kartlarından yararlanılacaktır.

Kaynaklar:

Winner, M.G. (2005).Think social! San Jose, CA: Michelle Garcia Winner.

Attwood, T. (2000). Strategies for improving the social integration of children with Asperger syndrome. Autism, 4(1), 85-100.

Myles, B.S., Trautman, M.L., & Schelvan, R.L. (2004). The hidden curriculum. Practical solutions for understanding unstated rules in social situations. Shawnee Mission, KS: Autism Asperger Publishing Co.

ANAHTAR KELİMELER

Otizm spektrum bozuklukları, asperger, kognitif müdahale, oyun.

Otizim Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklara Yönelik Özel Eğitim Desteği-Grup Çalışmaları

TEVHİDE KARGIN

Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümü

Bu sunuda Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olan çocuklarda- özellikle dil öncesi iletişim becerilerini kazanmış olan çocuklarda- sıklıkla karşılaşılan sorunların başında gelen sosyal ve iletişim davranışlarına yönelik sorunlar ile bu sorunları aşmada kullanılan eğitsel yaklaşımlar ele alınacaktır. Sununun ilk bölümünde OSB olan çocukların sosyal ve iletişim davranışlarına yönelik sorunlar a)toplumsal-duygusal karşılık vermedeki yetersizlik (örn. karşılıklı sosyal iletişimi başlatmak ve sürdürmekte güçlük, ilgilerini, duygularını veya duygulanımını paylaşmadaki yetersizlikler.), b) toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişimsel davranışlarda yetersizlik (örn. uygun göz kontağı kurma ve sürdürmede ve beden dili veya jestleri anlamada ve kullanmada yetersizlik ile yüz ifadesi ve beden dilinin uygun kullanımında yetersizlik) ile c) ilişkileri geliştirmede, devam ettirmede, anlamada, hayali oyun kurma ve paylaşma ile arkadaş edinmede yetersizlik şeklinde ele alınarak açıklanacaktır.

Ayrıca Aspergerli çocukların, sosyal becerilerde, diğerleriyle iletişimde, duyguları anlamada, kendi duygularını ifade etmede yaşadıkları güçlükler ile özellikle de sözel olmayan ipuçlarını anlamada, mecazi anlamı kavramada, kendi sözel ifadelerinde de daha çok formal konuşmayı tercih ederek, konuşmayı uygun hız, ton ve vurguda gerçekleştirmede yaşadıkları güçlükler ile bu güçlüklere yönelik müdahale yaklaşımları ele alınacaktır. Yapılacak sunuda çocukların bu davranışlarını özel eğitim açısından değerlendirme ve eğitim programı oluşturmadaki temel öncelikler aktarılacaktır. Tüm bunlarla birlikte motor koordinasyon becerilerinde de oldukça zayıf olan Aspergerli çocuklar, dengede, uygun vücut duruşunda ve incemotor becerilerinde de akranlarının gerisinde kalabilmektedirler. Sıralanan bu gereksinimler Aspergerli çocuklarla yapılan özel eğitim çalışmalarının temelini oluşturmaktadır. Sununun ikinci bölümünde Aspergerli çocuklarla yapılan özel eğitim çalışmalarında kullanılan sosyal öyküler, problem çözme teknikleri, zihin kuramı işlemleri, akran grupları gibi yöntem ve teknikler sununun bu bölümünde genel çerçeve oluşturmak açısından dinleyicilerle paylaşılacaktır.

Sununun üçüncü bölümünde bu yöntemler arasında yer alan ve en genel haliyle diğer kişilerin zihinsel durumlarını anlamaları şeklinde açıklanan zihin kuramı işlemlerine ilişkin açıklamalara yer verilecektir. Zihin kuramı kavramı ile eyleme neden olan inanç, istek, niyet, hayal, duygu gibi zihinsel durumlardan çıkarsamada bulunmak kastedilmektedir (Baron-Cohen, 2000; Keçeli Kaysılı; Acarlar, 2011). OSB olan çocukların zihin kuramına sahip olabilmesi için kendisinin düşünme biçiminin diğerlerinden farklı olduğunu fark etmesi, kendisinin dışındaki kişilerin inançlarını, isteklerini ve niyetlerini anlayabilmesi gerekmektedir. Bu becerileri geliştirmeye yönelik yapılan özel eğitim çalışmışlarında öncelikle bu becerilerin ön koşulu niteliğinde olan ortak dikkat/ortak ilgi kurma, ortak ilgiyi yanıtlama, başlatma ve sürdürme, hayali oyun oynama becerilerini kazandırma çalışmaları yapılmakta ve oluşturulan bireysel ve grup eğitim çalışmaları ile farklı kişilerin farklı görüş açılarına sahip olabileceği öğretilmeye çalışılmaktadır. Sunuda bu çalışmalardan örnekler ve izlenen özel eğitim programının aşamaları dinleyicilerle paylaşılacaktır.

KAYNAKLAR:

Keçeli Kaysılı, B; Acaralar, F. (2011) . Zihin Kuramının 3-5 Yaşları Arasındaki Çocuklarda Gelişiminin Yanlış İnanç Performansına Göre İncelenmesi. Educational Sciences: Theory & Practice -11(4) • Güz/Autumn • 1809-1826

Baron-Cohen, S. (2000). Theory of mind and autism: A fifteen-year review. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. Co- hen (Eds.), Understanding other minds: Perspectives from autism (2nd ed., pp. 3-20). New York: Oxford University Press.

ANAHTAR KELİMELER

Otizm spektrum bozuklukları, Asperger, Özel Eğitim, Zihin Kuramı

Farkındalık ve Meditasyonun Beyin Üzerindeki Etkileri

AXEL WÜRZ

Marmara Üniversitesi, Psikiyatri AD

Her etkili tedavi nöroplastisite dolaysıyla beyin içinde değişmelere yol açmalı. BDT için bu tür değişmeler gösterildi. Farkındalık yöntem olarak bazı BDT yaklaşmalarında bir parça olmuştu.

Bu sunum beyin üzerindeki etkilerine dair mevcut nörogörüntüleme kanıtlarına bakıyor. Bunun için nörogörüntülemenin kısıtlamaları ve farkındalık tanımlamadaki zorlukları değerlendirmek gerekir. Bu tür araştırmalarda bazı belirsizliklerin kalmasına rağmen bu tür çalışmalar hem beyin fonksiyonlarını anlamakta hem terapi yöntemlerini geliştirmekte yardımcı olabilir.

Güncel Bilgiler Işığında Nörogörüntüleme ve KDT

YASİN BEZ

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Son yıllarda nörogörüntüleme alanındaki ilerlemeler psikiyatrik bozukluklarda meydana gelen beyin yapısı ve işlevi değişikliklerini tespit etmeyi ve psikoterapötik müdahalelerin meydana getirdiği nöroplastik değişiklikleri araştırmayı mümkün kılmıştır. Araştırmalarda sıkça kullanılan fonksiyonel nörogörüntüleme yöntemleri arasında fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme, pozitron emisyon tomografisi, tek foton emisyon tomografisi, zenonla güçlendirilmiş bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans spektroskopisi bulunmaktadır. Kognitif ve davranış terapileri (KDT)'nin beyin nöronal aktivitesi üzerinde oluşturduğu etkiler bu teknikler kullanılarak araştırılmıştır. Araştırılan psikiyatrik bozukluklar arasında özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve hatta şizofreni bulunmaktadır.

Araştırmalar sonunda elde edilen bulgular, yani KDT ile sağlanan nöronal aktivite değişiklikleri en geniş manada birkaç maddede özetlenebilir:

1. İncelenen psikiyatrik bozukluğa göre değişmekle birlikte anormal aktivitesi olan beyin bölgelerinde psikoterapi ile normalleşme sağlanabilmektedir,
2. Terapi öncesi normal aktivite düzeyindeyken psikoterapi ile aktivitesinde değişiklik gözlenen beyin bölgeleri vardır; yani beynin bazı bölgeleri terapötik sürece katkı sağlayacak yönde harekete geçmektedir,
3. Bazı psikiyatrik bozukluklarda psikoterapi ile gözlemlenen beyin aktivitesi değişiklikleri farmakoterapi ile meydana gelen değişikliklere benzerdir,
4. Gözlemlenen nörobiyolojik değişiklikler psikoterapi süreci ve sonucu ile anlamlı düzeyde ilişkilidir.

KDT'nin nörobiyolojisini araştırmada bir sonraki adım ise terapi sürecinde görüntüleme tekniklerini kullanılması olabilir. Var olan görüntüleme tekniklerine ek olarak hem ucuz hem de klinikte pratik kullanıma oldukça uygun olan yakın-kızılaltı spektroskopi (near-infrared spectroscopy) ve derin beyin aktivitesini hücresel düzeyde bile göstermeye yardımcı olan iki foton mikroskopisi (two photon microscopy) bu alana katkı sağlayabilecek diğer tekniklerdir.

Bu sunumda yukarıda listelenen psikiyatrik bozukluklar ayrıntısıyla ele alınacak ve özetlenen konular güncel literatür bilgisi ışığında tartışılacaktır.

Kaynaklar

1. Barsagllini A, Sartori G, Benetti S, Petterson-Yeo W, Mechelli A. The effects of psychotherapy on brain functions: A systematic and critical review. Prog in Neurobiology 2014; 114:1-14.
2. Frewen PA, Dozois DJA, Lanius RA. Neuroimaging studies of psychological interventions for mood and anxiety disorders: Empirical and methodological review. Clin Psychology Review 2008; 28(2):228-246.
3. Etkin A, Pittenger C, Polan J, Kandel ER. Toward a neurobiology of psychotherapy: Basic science and clinical applications. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2005; 17:145-158.
4. Roffman JL, Marci CD, Glick DM, Dougherty DD, Rauch SL. Neuroimaging and functional neuroanatomy of psychotherapy. Psychol Medicine 2005; 35:1385-1398.

ANAHTAR KELİMELER
Nörogörüntüleme, nörobiyoloji, KDT

Bilince Ulaşan ve Ulaşmayan Uyaranların İşlemlenmesinde Kognitif Tekniklerin Rolü

SERKUT BULUT

Bilişsel süreçlerin emosyon oluşumu ve regülasyonu üzerindeki rolü, son dönem nörobilim araştırmalarında sıkça ele alınan ilgi çekici bir konudur. Afektif görsel uyaranların işlemlenme süreçlerine odaklanan beyin görüntüleme çalışmaları, üst kortikal devreler ve limbik yapılar arasındaki çok karmaşık etkileşim basamaklarının daha iyi ayrıştırılmasına olanak tanımıştır. Bu alandaki kimi çalışmalar, bilinçli algı oluşturmayan özelleşmiş uyaranların yarattığı nöral yanıtları konu edinmeleri itibariyle ayrı bir öneme sahiptir. Üç farklı çalışmanın verilerinin bir araya getirildiği araştırmamızda, kısa bilişsel tekniklerin hem overt (bilince ulaşan) hem de kovert (bilinçli algı oluşturmayan) görsel uyaranların emosyonel işlemlenme süreçleri üzerindeki rolünü objektif yöntemlerle ortaya koymayı hedefledik. Bu doğrultuda temel olarak, 0,1 Hz kalp atım hızı değişkenliği adındaki yeni ve özelleşmiş bir psikofizyolojik parametreden faydalandık. Bu sunumda emosyon regülasyonu ve nörobilimsel "bilinç dışı" kavramlarına da kısaca değinmek suretiyle araştırmamızın başlıca bulgularını paylaşmayı amaçlıyoruz.

Metakognitif Terapi

ERHAN ERTEKİN

Çapa Tıp Fakültesi

Metakognitif terapi (MKT) Adrian Wells'in psikolojik bozuklukları olan hastalarda yaygın görülen kendine odaklı dikkat, dikkat yanlılığı, endişe ve ruminasyon gibi bir dizi süreci belirlemesinden kaynaklandı. Standart bir KDT yaklaşımında depresyon ve anksiyete bozuklukları özgül düşünme biçimlerinden çok olumsuz düşüncelerin içeriğiyle ilgili olarak görülürdü. Bu açıklamanın aksine Wells ve arkadaşları dikkat yanlılığı ve endişenin kişinin tehdidi yorumlama ve onunla baş etmede kullandığı bilinçli stratejilerle bağlantılı olduğunu ileri sürdüler. Bunun yanında ruhsal bozukluklara neden olma konusunda düşüncelerin içeriğinin düşünme eyleminin stili ve kontrolüne göre daha az önem taşıdığını ifade ettiler. İçerik MKT'de de önemlidir ama bu olağan kognisyonların değil metakognisyonun içeriğidir.
Laboratuar bulgularının klinik gözlemlerle birleştirilmesi ruhsal bozuklukların Self-Regulatory Executive Function (S-REF) modeli denen bir bilgi işleme modeli ile açıklanmasını getirmiştir. S-REF bozukluklara özgül metakognitif modellerin temelini ve MKT'nin dayanağını oluşturur. MKT de KDT gibi kognisyonla ilgilenir ancak kognisyonun bozukluğu nasıl sürdürdüğüne dair farklı açıklamalar getirir ve düşünmenin farklı yönlerine odaklanır. Yani MCT önemli olanın insanların ne düşündüğü değil, nasıl düşündüğü olduğunu ileri sürer.
Standart CBT kişinin kendisi ve dünya hakkındaki çok çeşitli inançlarına odaklanırken MKT metakognisyonlara ve metakognitif inançlara önem verir, düşünce biçimlerinin düşünme süreçleri üzerine etkiyen metakognisyonun bir sonucu olduğunu kabul eder. Düşünmeyi deneyimleme ve kontrol etme biçimlerini ve kognisyon hakkındaki inançlarını değiştirmeyi hedefler. Olağan kognisyonlara nasıl yanıt verildiğiyle ve hatalı ve yararsız gerçeklik algılarına yol açan zihinsel süreçlerle ilgilenir. CBT'nin aksine MKT ruhsal sorunlar ile otomatik işleme yanlılıkları ya da şema içerikleriyle bağlantı kurmaz, bunları kişinin bilinçli stratejilerine bağlar.
Bu sunumda MKT'nin başlıca KDT'den farkları üzerinde durularak açıklanması ve etkinliğine dair giderek artan güncel kanıtların gözden geçirilmesi hedeflenecektir.

ANAHTAR KELİMELER
Metakognitif,anksiyete

Farkındalık Temelli Terapiler

ŞÜKRÜ UĞUZ

Farkındalık, şimdiye odaklanmak ve anlık yaşantılara yönelmekle ilgilidir. Normalde insanlar farkındalık durumunda sadece kısa bir süre kalır, bu sürenin hemen ardından ise anıların veya gelecekte yapacakları düşüncelere dalar. Bir andan diğer ana devam eden sürdürülebilir farkındalık, özellikle duygusal bir çatışmanın içerisindeyken, özel bir beceridir. Ve Farkındalık öğrenilebilir bir beceridir.

Kaynak : * Prof. Dr. Kültegin ÖGEL/ Psikoterapi Kitapları/ Bilişsel Davranışçı Psikoterapilerde Üçüncü Dalga/ Farkındalık (Ayrımsama) ve Kabullenme Temelli Terapiler
*Didonna, 2009

ANAHTAR KELİMELER
Farkındalık,kabul

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

ANAHTAR KELİMELER

Diyalektik,borderline

Üçüncü Dalga Yaklaşımlar: Yenilik mi, Evrimselleşme mi? Eski Şarap, Yeni Şişe?

PROF. DR. MEHMET Z. SUNGUR

Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD

Son yıllarda "Yeni dalga", "Üçüncü Dalga", "Yeni Nesil", "Üçüncü Nesil", Kognitif Davranış Terapileri (KDT) adlarıyla anılan tedavi yaklaşımları sık sık gündeme getirilmektedir. Bu yaklaşımın öncüleri, üçüncü dalga tedavilerin, geleneksel davranışçı yaklaşımlara göre daha bağlamsal nitelikte olduğunu ileri sürmekte, hatta akımın öncülerinden Steven Hayes "kabul ve farkındalık temelli" yaklaşımların devreye girmesinin hem teoride hemde uygulamada bir reform olduğunu ve KDT'yi daha öncesinden çok daha farklı bir biçime sokup değerli kıldığını dile getirmektedir. Özetle, üçüncü dalga yaklaşımlar insanların yaşantılarını algılama biçimini değiştirmekten çok yaşantıların işlevlerini değiştirmeye odaklanmaktadır. Yaşantının işlevinin ise "kabul, bilişsel ayrıştırma, farkındalık" gibi yaklaşımlarla sağlanmaktadır. Bu sunumda geleneksel KDT yaklaşımları ile üçüncü dalga olarak adlandırılan yaklaşımlar arasındaki benzerlik ve farklılıklar tartışılacak, her iki yaklaşımın bilgi işleme süreçleri arasındaki farklılık ve benzerliklere vurgu yapılacak, bu yaklaşımlar içinde yer alan metakognitif terapiler diyalektik davranışçı yaklaşımlar, kabul ve adanmışlık terapileri, farkındalık temelli terapiler temel özellikleri ile gözden geçirilecektir. Üçüncü dalga olarak tanımlana yaklaşımlar yenilikçi bir bakış getirsede (innovasyon) evrimselleşme yapmışlar mıdır konusu gündeme getirilerek bu yenilikçi yaklaşımların bir iInnovasyon mu yoksa bir evolusyon mu olduğu tartışmaya açılacaktır.

ANAHTAR KELİMELER
Farkındalık, kabul, 3. dalga yaklaşımlar

İntihar Davranışını Anlamak: Klasik Yaklaşımlardan Yeni Bir Paradigmaya Geçebilir miyiz?

ÇAĞDAŞ ÖYKÜ MEMİŞ

Adnan Menderes Üniveritesi Tıp Fakültesi

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 girişiminde bulunan kişilerin %20-40'ı tekrar intihar girişiminde bulunmaktadır.

Yapılan araştırmalar umutsuzluğun, ölme isteğinin, intihar düşüncesinin ve depresyonun intiharla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Umutsuzluk ve gelecekle ilgili olumsuz düşünceler intihar düşünceleri ile ilişkilidir. Özellikle intihar konusunda umutsuzluk üzerine gidilmesi faydalı olmaktadır. Bu nedenle Beck Umutsuzluk Ölçeğini geliştirmiştir. Yapılan çalışmalar intihar riski konusunda umutsuzluğun depresyondan daha önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur.

Yapılan çalışmalar kognitif davranış terapisinin (KDT) ilaç tedavisi kadar depresyon, intihar düşüncelerini azalttığı, ayrıca tekrarları önlemede ilaç tedavilerine üstün olduğu göstermektedir. İdeal olarak on seanslık yapılandırılmış bir görüşme önerilmektedir. Hastanın intihar düşüncelerine odaklanması ve intihar krizleriyle başa çıkması ve hastanelerde uygulanabilecek bir süreye oturtulması hedeflenmektedir. Ayrıca çalışmalar KDT alanlarda tekrar intihar oranları %50 oranında azaldığını ortaya koymaktadır.

İntihara meyilli bireylerin olumsuz şemaları onun bilgileri hatalı yorumlamasına, olumsuz ruh haline ve maladaptif davranışlara neden olur. Ayrıca intihara meyilli bireylerin intihar şemaları vardır. KDT'de yeni bilgilerin olumsuz şemalarla yorumlamadan önce değerlendirilmesi ve daha adaptif bir kognisyon yaratılmasını amaçlar. Çoğu intihara meyilli bireyin bir veya daha fazla psikiyatrik bozukluğu olduğu göz önüne alındığında bu konuda olumsuz şema aktivasyonunun ve bu şemalara müdahalenin önemi ortaya çıkmakta. Ayrıca bir çok intihara meyilli birey yaşadıkları stresli hayat olayı sonrası olumsuz şemalarının aktivasyonu sonrası psikiyatrik rahatsızlıklar ortaya çıkar. Ancak intihara meyilli bireyler kognitif işlemleme açısından diğer bireylere göre farklılıklara sahiptir.

Kaynaklar

1. Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. Journal of Abnormal Psychology, 115, 616-623.

2. Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. American Journal ofPsychiatry, 130, 455-459.

3. Brown, G. K., Tenhave, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005, August 3). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: A randomized controlled trial. JAMA, 294, 563-570

4. Wenzel A., Brown G. K., Beck A.T, Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications. 2008, Washington: Amer Psychological Assn.

ANAHTAR KELİMELER

İntihar, Model

Sinema ve Edebiyatta İntihar'ın Ele Alınışı: Gerçek Yaşama Yansımaları

BURCU SEVİM

BS Eğitim ve Psikolojik Danışmanlık

"En sevdiğim, yeniden delireceğime eminim. O korkunç zamanların bir yenisini daha aşamayacakmışız gibi hissediyorum. ve bu kez iyileşmeyeceğim. gaipten sesler duymaya başladım ve odaklanamıyorum. bu yüzden en iyisi gibi gözüken şeyi yapıyorum..."
Virginia Woolf

Yaşamın sadece kültürel anlamda değil sosyal ve kişisel anlamda da bir parçası olan edebiyat ve sinema, sadece hayatın değil ölümün de bir yansıması olmuştur. Bazen eserlerde geçen, bazen eserleri oluşturan ya da canlandıran karakterlerin gerçek hayatlarında, bazen de o eserle buluşan okuyucu/izleyicide vücut bulan intihar girişimi ve düşünceleri, bu eserlerden bağımsız olamamaktadır. Eserlere bilerek ya da farkında olmadan aktarılan intihara dair her parça, aynı zamanda başkaları için de intiharı tetikleyen, destekleyen, düşündüren bir durum halini alabilmektedir. Kimi zaman idolleştirdiğimiz bir oyuncunun davranışı olarak, kimi zaman özdeşleştiğimiz bir karakterin seçimi olarak, kimi zaman da eser ya da eserdeki bir bölüm vasıtasıyla güçlenen ve tetiklenen bize ait bir yaşantı olarak hayata geçmekte ya da geçmeye yeltenmektedir. Hangi eserlerin, kimleri, ne şekilde, neden etkileyebileceği, intihar ile bu eserler arasındaki bağlantının ne kadar güçlü olabileceği, bilişsel ve davranışsal yaklaşımların penceresinden psikopatoloji ile bağlantı kurarak değerlendirilecektir.

ANAHTAR KELİMELER
İntihar, sinema, edebiyat, bilişsel

İntihara Müdahalede KDT Yaklaşımları

MURAT VOLKAN BALCI

Lüleburgaz Devlet Hastanesi

İntihar davranışının bilişsel tedavisinde genel kognitif davranış terapisi (KDT) seans yapısı gereği sırasıyla; duygu durum kontrolü, önceki seansla bağlantı kurma, ödev kontrolü, gündem belirleme, gündemin ele alınması, ödev verme, seans özeti, geribildirim ve kognitif-davranışsal stratejiler uygulanır. Ancak intihara meyilli bireyde özel durumlar vardır. İntiharı önleme konusunda strateji geliştirme birincil hedef olmalıdır. Görüşme sırasında kişinin depresyonu, ilişki problemleri hatta cinsel istismarı bile birincil öncelik olmamalıdır. İlk önce son intihar krizi ve nedenlerine odaklanılmalıdır. Hastanın intihar kriziyle başa çıkacağı anlaşılınca bu sorunlara dönülmelidir. Çünkü intihara meyilli birey direkt acil yönlendirmelere ihtiyaç duyar. İntihara meyilli kişi kriz sırasında bilişsel, davranışsal ve duygusal baş etme stratejilerinden yoksundur. Öğrendiği baş etme stratejilerini uygulayamaz. Mevcut kaynaklarını kullanamaz. Bu duruma negatif olumsuz düşünceleri ve temel inançları neden olur.

Tedavide genel olarak 10 seanslık bir terapi hedeflenir. CBT'de temel hedefler uygun baş etme stratejileri edinme, umut ve yaşam nedeni bulabilmeleri için yöntemler edinme, problem çözme becerilerini arttırma, sosyal ilişkilerini arttırma, hastanın medikal, psikiyatrik ve sosyal kaynaklara ulaşımını sağlama şeklinde sıralanabilir. Hastanın tedavi planının yatarak mı yoksa ayaktan mı devam edeceğinin planlanması sonraki aşama olacaktır. Özellikle bilgilendirilmiş onam alınması unutulmaması gereken bir durumdur. Gündem belirleme, tedavi planının tartışılması, aktif katılımın ve odaklanmanın önemi İntihar riski ölçeğinin doldurulması gerekmektedir.

Özellikle hastaların isteksizliklerinin kırılması önemlidir. Tedaviye başlama konusunda ambivalans kırılmalıdır. Bazı hastalar intihar planlarını anlatmak istemezler çünkü ikincil kazançları (çevrelerindekilerin dikkatini üzerlerine çekerler bakım alırlar) vardır. Sokratik sorgulamayla iç görü kazanmaları sağlanmalı daha sonra önemli hissedilebilmek ve bakım görebilmeleri için uygun yollar konuşulmalıdır. Kapsamlı bir risk değerlendirilmesi önemlidir. Direk sorular ve ölçeklerin uygulanması önerilir. Ayrıca risk değerlendirmesi sırasında, koruyucu faktörler, intihar ile ilişkili psikiyatrik ve tıbbi rahatsızlıklar, tedaviyle iyileştirilebilecek risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanır. Debrifing ile hastanın şu anki sıkıntı düzeyi belirlenir. Kendine zarar verme niyeti konuşulurkenki sıkıntı düzeyi belirlenir. Bu sıradaki hastaların fenalaşma düzeyleri bilgi verici olabilir. Güvenlik planı Özellikle ayaktan hastalarda susid kriziyle baş etme stratejileri geliştirmeye çalışır. Burada hastayla birlikte onun için de uygun olan intihar krizi sırasında yapılacak başetme stratejilerinin listesi oluşturmaktır. Tedavinin başlarında ateşli silah riski yönetimi yapılmalıdır. En kolay ulaşılabilen ve en ölümcül tehlike özellikle dolu silahlardır. Sorgulanmalı ve bunlara ulaşma engellenmelidir. Umutsuzluğun intihar girişimi riskindeki önemi göz önüne alınmalı ve ilk seanstan itibaren bu konu üzerinde durulmalıdır.

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. Rudd, M. D. (2006). Fluid Vulnerability Theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In T. E. Ellis (Ed.), Cognition and suicide: Theory, research, and therapy (pp. 355-368). Washington, DC: American Psychological Association.

3. Rudd, M. D., Mandmsiak, M., & Joiner, T. E. (2006). The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. Journal of Clinical Psychology, 62, 243-251.

ANAHTAR KELİMELER

İntihar, KDT

Borderline Kişilik Bozukluğunu Diyalektik Davranışçı Terapi Modeli ile Anlamak

ONUR YILMAZ

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Diyalektik davranışçı terapi (DDT), başlangıçta Sınırda (Borderline) Kişilik Bozukluğu (BKB) olan bireyler için geliştirilmiş, bütüncül bir psikososyal tedavi yöntemidir. DDT nin önde gelen amacı, duygusal bakımdan denetimsizliği olan bu kişilerin, yaşamlarını değerli bir hale getirmelerine ve kişiler arası ilişkilerinde uyumlu bireyler haline gelmelerine yardımcı olmaktır. İlerleyen süreçte DDT sadece sınır kişilik bozukluğu olan bireylerde değil ,kendine zarar verici davranışlar ya da yeme bozuklukları gibi dürtüsel davranışlar ve duygu denetiminde sorun yaşayan bireyin tedavisinde de kullanılır hale gelmiştir.

DDT, batı felsefesindeki rasyonel ve hedef odaklı doğu felsefesinde ise uzlaşmacı ve kabul zeminine dayalı bakış açılarını aynı resim içinde tanımlamış, köprü olarak da diyalektik felsefenin dünya görüşünü benimsemiştir. Bütüncül bakıldığında felsefe, teori, bilimsel temelli ilkeler ve ruhani uygulamalardan oluşan bir tedavi bileşimidir.

DDT ekolünü geliştiren Marsha M.Linehan, aslında kendisi de 17 yaşında psikiyatri hastanesine yatırılarak, Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) tanısı ile tedavi görmüş bir hastaydı. Böyle başlayan öyküsünü kendine benzer durumdaki insanlar için yeni bir terapi ekolü geliştirmeye kadar vardıran Linehan'a göre değişim sürecinde en önce gelen adım, kişinin kendini olduğu gibi kabul edebilmesidir.

Diyalekt kelimesinin kökeni Yunanca 'dialegein'dir ve 'tartışmak ya da zıt düşmek' anlamına gelmektedir. Diyalektik düşünce, DDT nin kuramına ve terapi uygulamalarına bir zemin oluşturur. Diyalektik düşünce, formal evrensel düşünce (mutlak bir 'doğru' vardır) ile göreceli düşünce (pek çok doğru vardır) arasındaki gerilime üçüncü bir düşünce tarzını ekleyerek çözüm önermektedir: hem mutlak bir doğru ,hem de bağlamsal ve sürekli evrim geçiren bir doğru vardır. DDT uygulamaları süresince, birbirine zıt ya da çelişkili düşüncelerin olmasına yer açılarak, kutuplaşmalar arası senteze ulaşılmaktadır.

Linehan, BKB nin temelde duygu-denetleme sistemiyle ilgili bir bozukluk olduğunu öne sürmüş, ayrıca bu bozukluğun geçersiz kılan-onaylamayan çevre ile emosyonel duyarlılık arasındaki karşılıklı ve sürekli etkileşimden kaynaklandığını belirtmiştir.

DDT bir davranışçı terapi yöntemi olduğu için değişim odaklıdır. Ancak bir davranışı değiştirmenin olası ya da etkili olmayacağı durumlarda başka stratejileri de içerir. Tedavi hastayı terapötik uzlaşmalara, değişik tedavi modlarına yöneltmeyle başlar ve amaç, hastanın tedaviye katılımı sağlamaktır. Tedaviye yönelim sağlandıktan ve hastanın çaba sarf edeceğini sözel olarak dile getirdiği bir taahhütten sonra DDT nin ilk aşamasına başlanabilir.

DDT nin dört aşaması vardır. 1. Aşama en kritik ve tedavi başarısında en belirleyici olan aşamadır. Bu aşamada şiddetli davranışsal kontrolsüzlük ve yaşamı tehdit eden sorunlarla (örneğin suisidal ve parasuisidal davranışlar) ilgilenilir. Tedavi sırasında kazanılan çeşitli beceriler tedaviyle ya da yaşam kalitesiyle bağdaşmayan diğer davranışların yerini alınca, hastalar ikinci aşamaya geçebilirler. İkinci aşamadaki hastalar birinci aşamada edinilen beceriler yönünden izlenir ve sürekli bir değerlendirme sürecine tabi tutulurlar. 3. aşama sosyal ve mesleki alanlarla ilgili çözülmemiş sorunlara yönelmektir. Son olarak 4. aşama bütünlük duygusu, ruhsal büyüme, içgörü , farkındalık kazanma, alınan zevkin devamının sağlanması ve diğer önemli yaşam uğraşlarını oluşturmayı hedeflemektedir.

Aşamaların dışında DDT de dört mod bulunmaktadır: grup becerileri eğitimi, bireysel terapi, telefonla danışma ve danışma ekibi. DDT de diğer önemli yardımcı tedavi yöntemleri ise ilaç tedavisi ve akut olarak bir psikiyatri servisinde yatarak tedavi görmedir. DDT uygulamak için, tedavinin bütün standart modlarını bir tedavi programı içine yerleştirmek gereklidir. Hastalar, DDT eğitimi almış bir terapist tarafından görülmeli ve bu terapistler, bir DDT danışma ekibi içinde yer almalıdır.

Borderline Kişilik Bozukluğunu Şema Terapi Modeli ile Anlamak

KARABET TOPUZOĞLU

Bilgen Terapi Enstitüsü

Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, yaşam boyunca tekrarlanan örüntüler içerisinde organize olmuş bireylerin çocukluk deneyimlerinin yıkıcı hususlarıyla ilişkili anılar,- duygular bedensel duyular ve bilişlerdir. Hem karakterolojik hem de daha sağlıklı hastalar için çekirdek şemalar aynıdır: Bunlar, Terk Edilme, Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk ve Boyun Eğicilik gibi temalardır. Karakterolojik hastaları daha sağlıklı hastalardan ayıran şemaların varlığı değil bu şemaların üstesinden gelmek için çalışan aşırı baş etme biçimleri ya da bu baş etme biçimleriyle belirginleşen modlardır.

Bu mod kavramı daha çok BKB olan hastalarla olan klinik deneyimlerle gelişmiştir. Bu hastalara şema modeli uygulamaya kalkışıldığında sürekli iki problemle karşı karşıya kalındı.

Birincisi öncelikle BKB olan hastalar genellikle 18 şemanın neredeyse tümüne sahiptirler(özellikle Terk Edilme, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duygusal Yoksunluk, Kusurluluk, Yetersiz Özdenetim, Boyun Eğicilik, Cezalandırıcılık). Pek çok şemayı eş zamanlı çalışmak için temel şema yaklaşımımızı kullanmanın uygulamada zor olduğu ortaya çıktı. Daha uygulanabilir analiz birimine ihtiyaç duyuldu.

İkincisi BKB olan hastalarla çalışmalarda, bu hastaların şiddetli duygulanım durumundan bir diğerine hızlı bir şekilde geçme eğiliminden dolayı çıkmaza girildi. Bu hastalar bir an öfkelidirler başka bir an korkaktırlar sonra kırılgan, dürtüseldirler -neredeyse farklı insanlarla meşgul olma gibi bir noktaya gelene kadar. Temel özellikler olan şemalar, halden hale hızlı geçişi açıklamadılar. BKB olan hastaların değişen duygulanım hallerini yakalamak için mod kavramı geliştirildi.

BKB Olan Hastalarda Şema Modları

BKB olan hastaları karakterize eden beş temel modu tespit edildi.

1. Terk Edilen Çocuk
2. Öfkeli ve Dürtüsel Çocuk
3. Cezalandırıcı Ebeveyn
4. Kopuk Korungan

Bir bakış açısı sağlaması için modların her birinin terapilerini açıklayacağım.

ANAHTAR KELİMELER

borderline kişilik bozukluğu, şema terapi, mod, sınır kişilik bozukluğu,

Borderline Kişilik Bozukluğu Olan Bir Olgunun Şema Terapi ile Terapisi

NURAY YILMAZ

Bilgen Terapi Enstitüsü

Terapisi devam eden, borderline kişilik bozukluğu olan bir olguyu sunmak, sürmekte olan uzun bir yolculuğu anlatmaya benziyor. Ancak haritada az çok bir çizgi oluşturabilecek bir yol değil bu, daha çok sarmalların oluştuğu, inişli çıkışlı bir yol. Bu yoğun süreci kısa bir şekilde anlatmak zor ama, önemli bulduğum temel konuları, bu konularda yaşanan sancılı süreçleri aktarmaya çalışacağım.

22 yaşında, genç kadın B, Psikiyatriste başvurusundaki temel şikayeti panik ataklar yüzünden evden dışarı çıkamaz hale gelmiş olmasıydı. Panik bozukla ilgili şikayetleri yanında, yoğun öfke duygusundan, kendine hakim olamamasından ve etrafına zarar vermesinden şikayet ediyordu. Evde hemen her gün kavga çıkıyor, bu kavgalar esnasında hiddete kapılıyor, eşyalara zarar veriyor, annesine ve kardeşlerine şiddet gösteriyordu. 1-2 saatlik öfke nöbetinin arkasından son derece pişman oluyor, onu kaybetme korkusuyla annesinden defalarca özür diliyordu. Bir uçtan bir uca salınıp duruyordu. Kendisini kötü biri olarak algılıyordu, öfke dışavurumunun ardından pişmanlık içinde kıvranıyordu. Öfke sosyal hayatta da sık içine düştüğü bir durumdu. Arkadaşlarıyla arası bozuluyordu. Çok az arkadaşı kalmıştı. Başkalarının en ufak hatasını kabul etmiyor, hemen ya ilişkiyi kesiyor ya da saldırıya geçiyordu. 2 yıldır gece yemeleri başlamıştı ve son iki yılda yaklaşık 40 kilo almıştı. Kilosu yüzünden fiziksel sağlığı bozuluyor ama diyetisyene gittiği halde, diyetisyenin önerilerine uyamıyor, kilo vermeyi başaramıyordu.

Benim bu danışanın terapisinde faydalandığım en önemli kaynağım Şema terapi oldu. Jeffrey Young BKB nin şema terapisisinin üç temel düzeyde yürütüldüğünü söyler. Ben de bu üç düzey üzerinden terapi sürecini anlatmaya çalışacağım 1. düzey, Bağlanma ve Duygusal Düzenleme, 2. düzey Şema Mod Değişim düzeyi, ve 3. olarak Özerklik düzeyi. Terapi sürecimizin bu üç düzeydeki seyrini vermeye çalışacağım. Ancak bu düzeylerin ardışık bir düzende seyreden, sınırları belirli aşamalar olarak değil, içiçe geçen, bir seansta her düzeyden müdahalelerin olabildiği bir süreç olarak anlaşılması önemlidir.

ANAHTAR KELİMELER

Borderline Kişilik Bozukluğu, Şema Terapi, Olgu Sunumu, Vaka, Sınır Kişilik Bozukluğu

Evliliğinizin Devamını Ne Sağlar: Evliliğinizi Nasıl Mutlu ya da Mutsuz Edersiniz?

PROF. DR. MEHMET Z. SUNGUR

Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD

Bu sunumda "birlikteliğin tek başınalığa zaferi" olarak da tanımlanabilecek evlilik kurumunun devamlılığını, daha önemlisi mutlu devamlılığını sağlamakta önemli olduğu düşünülen etkenler tartışılacaktır. Evliliğin devamlılığını sağlamak her ilişkide kaçınılmaz olarak ortaya çıkabilecek çatışmaları çiftin birlikte çözebilme becerilerini artırmakla mümkündür. Ancak mutlu devamlılığı sağlamak daha başka becerileri gerektirir. Mutlu çiftler eşler arasında sorun çıktığında birbirini karşılarına almak yerine sorunu karşıya almayı beceren, sorunu anlama ve çözme doğrultusunuda bir ekip olarak hareket edebilen, daha önce birlikte sorun çözebildikleri için yeni çıkabilecek sorunları da çözebileceğine inanan, iyimser ve mizah gücü olan çiftlerdir. Sunumda evlilikte tehlike çanlarının çaldığını gösteren belirtilerin erken tanınması, evliliği kabus haline getirmek ve getirmemek için yapılması gerekenler, evlilik stilleri, evliliğin mutlu devamını sağlamak için dikkat edilmesi gereken temel konular ve birlikteliği güçlendirmek için artırılması gereken beceriler üzerinde durulacaktır.

ANAHTAR KELİMELER

Evlilik, birliktelik, mutluluk, mutsuzluk

Kaynaklar:

1. Hendrix H, Hunt H.L, (2013) Making Marriage Simple, Harmony Books, NY
1. Sungur M.Z, (2009) Sen, Ben ve Aramızdaki Her Şey, Goa Yayıncılık, İstanbul

Boşanma Sürecindeki Çiftlere Yaklaşım: Ne Yapmalı? Evlilik ve Boşanma Sürecinde Terapötik Yaklaşım

MURAT DOKUR

Bu çalışmada; sadece bir durum olan boşanmanın yapısal deterministik bir perspektiften ve biyolojik bir belirlenmişlikte, tıbbi bir durum teknik özelliğinde, tanı ve tedavi müdahaleleri ele alınacaktır.

"Duygu maddedir" denildiğinde, psişik değil, materyalistik bir tanımda, yapı (determine), inşaa (konstrükte) özellikleri, fonksiyonalist bir açıdan değerlendirilecektir.

Bireysel sistemik - dinamik yapı, iştiraki yapı; birliktelik, ayrılık, entegre ve separe kaliteler; kantonlardan oluştan bireyselliğimizde; evlilik ya da çift olunmasının saklı, internalize nesnelerin ilişkisi olduğu gerçeğinde bir söylem kendiliğinden oluşmaktadır.

Ortaya çıkan anksiyete, sadece separasyon anksiyetesi değil; pre-pozisyonel, sırası ve sonrasına dair belirsizliklerle karakterize projeksiyonel bir anksiyetedir. Bu durum, teknik anlamda müdahale ve yoruma gerek göstermektedir.

Boşanma müdahalesi; boşanma işleyişinde bireysel ve ilişkisel, konstrüksiyonel ve fonksiyonel reperatif süreçlere eşlik etmektir.

Boşanma! Mutlaka Sorunlara Yol Açan Bir Durum Mudur? Yoksa Yaşamın Bir Geçiti midir?

OLCAY GÜNER

Arkabahçe Psikolojik Gelişim, Eğitim ve Danışmanlık Merkezi, İstanbul

Boşanmak artık o kadar olağanlaştı ki; Çiftler evlenirken o kadar ince eleyip sık dokumuyorlar galiba... Acele ile evlenip, "olmazsa boşanırım..." diyorlar ve boşanıyorlar da... İstatistiklere göre evlenenlerin yarısından fazlası boşanıyor!

Özellikle "anlaşmalı boşanma" prosedürü uygulanıyorsa boşanmak çiftler açısından çok kolay. Ama ya çocuklar? Onlar ne kadar etkilenecek? Boşanmış ebeveynlerin çocukları hassas, kırılgan, problemli mi oluyor? Ne yazık ki bunun kesin bir cevabı yok.

Boşanmanın herhangi bir adımı konusunda kesin, klişe, kalıp yargılara varmak doğru değildir. Çünkü boşanma ile ilgili yapılmış pek çok araştırma olsa da, unutmamak gerekir ki, araştırmalar gruplara odaklanır, bireylere değil. Dolayısıyla araştırma sonuçlarını tüm bireylere mal etmek mümkün değildir. Her çocuk ve her boşanma tektir. Araştırmalar çerçevesinde genel geçer doğrular olsa da, her bir ailenin boşanma süreci ve etkilenme düzeyi birbirinden farklıdır. Bu nedenle alanda çalışan psikologlar olarak deneyimlerimiz ve seans içi gözlemlerimiz araştırmalar kadar değerlidir.

Yıllar geçtikçe boşanma danışmanlığı deneyimlerimden öğrendim ki, boşanma oldukça karmaşık bir süreç olarak yaşanıyor. Süreç esnasında pek çok karmaşık duygu ve yaşantı doğabiliyor. Boşanma çoğu kez ailenin boşanma öncesi durumu, boşanma sonrası koşulları gibi birçok etkenden ve aynı zamanda toplumun değer yargılarından, kültüründen de etki alarak anlamlandırılıyor.

Boşanma sonrasındaki yeni duruma çocukların çoğu yetişkinlere göre daha kolay adapte olsa da; boşanma ebeveynlerin yaşamında sosyal, ekonomik, hukuki, fiziksel, duygusal düzeylerde zincirleme olarak değişim rüzgarlarına yol açıyor. Bu değişimler yenge, gelin, eş gibi toplumsal rol kayıpları olarak gerçekleştiği gibi, taşınma, maddi kayıplar, cinsel yaşamın bitmesi veya azalması gibi fiziksel düzeylere dek uzanıyor. Örneğin, boşandıysanız önceden yanınızdaki eşin desteğini az ya da çok hissederken, yaşamın tüm güçlükleri ile mücadelede tek başınıza kalabiliyorsunuz. Çocuklarla tek ebeveyn olarak ilişki kurmak da kolay olmuyor. Özellikle babalar açısından çocuğa yemek hazırlamak, ders çalıştırmak, okula göndermek gibi yeni sorumluluklar almak gerekebiliyor. Boşanan çiftler bunlara benzer tüm değişikliklere ne kadar kolay ve hızlı uyum sağlarlarsa, boşanma hem eşler, hem çocuklar için o kadar kolay atlatılıyor ve yaşama devam ediliyor.

Ancak deneyimlerimden fark ediyorum ki birçok eş boşanmayı yaşamın yeni bir geçiti olarak göremeyebiliyor. Aniden oluşan, belki de tahmin edemedikleri pek çok değişime uyum sağlamak zor olabiliyor. Eski hikayeleri yeniden gündeme getiriyorlar, suçluyorlar, sataşıyorlar, kızıyorlar, öfkeleniyorlar ve bu şekilde yeni kurguladıkları yaşamlarında yürümeye çalışıyorlar. Ancak arkaya bakarak yürümek ve özellikle ilerlemek pek de kolay olmuyor. Çocuklar da bu durumdaki ebeveyn tutumlarından fazlası ile etkilenebiliyorlar. Zira bu ebeveynlerin toleransları çok düşük oluyor, gergin oldukları çocuklar tarafından kolayca hissedilebiliyor. Mutsuz, yıpranmış, öfkeli bir ebeveyn tarafından yeterince korunup, kollanamayacağını düşünen çocuklar da gergin, sabırsız, kaygılı olabiliyorlar. Yaşama anne veya babasının gözü ile bakmaya başlıyorlar. Kendilerini terkedilen eş yerine koyarak terkedildiklerini düşünüyorlar. Anne ve babanın bir arada olduğu eski günlere geri dönmek istiyorlar. Bunun için arabuluculuk yapmaya, anne ve babayı bir araya getirmeye çalışıyorlar. Yeni partner ve eşleri kabul etmeyebiliyorlar. Kendilerini diğer çocuklardan daha farklı, eksik, kusurlu hissedebiliyorlar. Bu sorunlar çocukların akademik yaşantılarına, arkadaş ilişkilerine dek uzayarak, kalıplaşıyor ve hayata bakışlarında pek çok işlevsiz zihinsel şemalara yol açabiliyor. Bu çocuklar yetişkin olduklarında "kusurluluk", "karamsarlık", "terkedilme" vb. şemaları nedeniyle yaşamda, ilişkilerinde pek çok sorun yaşamaya devam edebiliyorlar. Sonuç olarak, "boşanma kaçınılmaz bir şekilde psikopatolojik bir süreçtir" demek ne kadar yanlışsa, "boşanma yaşamın önemsiz bir geçididir" demek de o kadar duyarsız bir ifade şekli oluyor.

Boşanma hızlı "değişim"ler ve hızlı "adaptasyon" üzerine oturduğuna göre, boşanmaya karar vermiş yetişkinlerin yaşamlarında ne gibi değişimlere hazır olmaları gerektiğini önceden fark edebilmeleri, hazırlanabilmeleri, önlem alabilmeleri için "boşanma danışmanlığı" almaları, hem kendileri, hem de çocukları açısından oldukça yararlı oluyor.

Anahtar Kelimeler: Boşanma, zincirleme değişim, çocuklar ve boşanma, boşanma danışmanlığı.

KDT'de Metafor Kullanımının Amaçları ve Metaforların İşlevleri

AXEL WÜRZ

Marmara Üniversitesi, Psikiyatri AD

,Metaforların terapi içinde kullanılması sıklıkla önerilen bir durum olsa da amaçları, yararları ve işlevlerine pek değinilmemektedir. Bu sunum 'hatırlama yarışması modeli' ve 'çağrışımsal nöral ağlar' gibi beyindeki işleyiş mekanizmalarına bakarak metaforların avantajlarını. Örnekler de kullanarak aydınlatmaya çalışacaktır.

ANAHTAR KELİMELER
Metafor, BDT, beyin

İlişkisel Çerçeve Kuramı İçinde Metafor Kullanımı

NESLİHAN AKKİŞİ KUMSAR

Sakarya Üniv. Eğtim ve Araştırma Hastanesi

İlişkisel Çerçeve Kuramı (Relational Frame Theory, RFT) gelişiminden beri psikoloji literatüründe kayda değer bir varlık olmuştur. Son 10 yıl içinde hakemli dergilerde 30 ampirik RFT çalışması kabul edilmiş ve ayrıca daha fazla sayıda da teorik ve tanımlayıcı tedaviler olduğu yayınlanmıştır. İlişkisel Çerçeve Teorisi; psikoloji literatüründeki yayınlarda nispeten sık görünmesine ragmen şaşırtıcı şekilde, pek çok akademik davranışsal psikolog tarafından bile tanınmayan ya da hatta belki neredeyse yanlış bilinen bir kuram olmuştur.

İlişkisel Çerçeve Teorisi; insanın dil ve bilişsel yapısını birçok açıdan açıklamak için iyi kurulmuş bir dizi davranış ilkelerinin bir araya gelerek oluşturduğu bir davranışsal teoridir. İlişkisel çerçeveler normal bir işlevsellik için hayati olduğu kadar klinik psikopatoloji için de merkezi öneme sahiptir. Burada iki bağlam ilişkisel çerçevelerin klinik önemini belirler: İlişkisel bağlam ve işlevsel bağlam. İlişkisel bağlam kişinin ne düşündüğünü belirlerken, işlevsel bağlam düşünülenin kişi üzerindeki psikolojik etkisini belirler.

RFT çalışmalarından elde edilen ilkeler, klinik davranış analizini daha da geliştirmiş ve hem analiz hem de müdahale aşamasında derinlik kazanılmasını sağlamıştır.

Bu sunumda dil ve bilişlerin RFT üzerinden ilişkisi ve metaforlar ile olan bağlantıların tartışılması hedeflenmiştir.

Kaynaklar:

1. Hayes,S.C.,Barnes-Holmes,D.,&Roche,B.(2001). Relational frametheory: Apost-Skinnerianaccountofhuman languageandcognition. NewYork: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

2. Relational frame theory: A new paradigm for the analysis of social behavior.Roche B, Barnes-Holmes Y, Barnes-Holmes D, Stewart I, O'Hora D Behav Anal - January 1, 2002; 25 (1); 75-91

ANAHTAR KELİMELER

İlişkisel çerçeve kuramı, RFT, metafor, dil, sosyal davranış

Kognitif ve Davranışçı Terapilerde Metaforların Kullanımına Örnekler

ARZU ERKAN YÜCE

Serbest Psikiyatrist - Muayenehane

Metafor; sözcükler, imgeler, semboller, duygular, tavırlar ve hareketlerin her birini içerebilen bir iletişim modelidir. Bir konuyu başka bir biçimde, dolaylı olarak ifade etme sanatıdır. Metafor, dilbilim ve felsefede kullanıldığı gibi terapötik amaçlar için de kullanılmaktadır. Kognitif Davranışçı Terapiye (KDT) göre değişimin sağlanabilmesi, biliş ve davranışların değişmesi ile mümkündür. Seans sırasında ortaya çıkan duygular ve duygulanım oldukça önemlidir çünkü bunlar otomatik düşüncelere o anda ulaşmayı sağlar. Seans sırasında ortaya çıkan bu tür bilişlerin (hot cognitions) ele alınması ve dönüştürülmesiyle, daha etkili sonuçlar elde edilir. Sağlanılan duygusal uyarılma ile rahatsızlığa yol açan bilişler yakalanarak sınanmaları kolaylaşır ve daha kalıcı değişikliğe zemin hazırlanır. Metaforların kullanımı duyguların ve bilişlerin ortaya çıkış ve ifadesini kolaylaşmakta, danışanın farkındalığı ve işbirliğini artırmaktadır. İşlevsel olmayan bakış açısını değiştirmeye metaforik örneklerin katkısı, doğrudan anlatımlara kıyasla daha fazladır. Bu dolaylı anlatım ayrıca, otoriter bir terapi ilişkisinden uzak, eşitlikçi bir terapötik ilişki sağlar. KDT'nin danışana tanıtılması, bilişsel modelin anlatımı, ABC modelinin öğretilmesi, bilişsel yanlılıkların keşfi, ara inanç ve temel inançların açıklanması, kar zarar analizi gibi özgül tekniklerin pek çoğu için de metaforların kullanımından yararlanılmaktadır. Ayrıca metaforlar, terapinin ileri aşamalarındaki bilişsel ve davranışçı uygulamaların danışan tarafından benimsenmesinde ve uygulanmasında da oldukça yardımcıdır. Bir seansta kullanılan bir metafor danışan tarafından da kanıksanıp işlev gördüğünde, aynı metafor diğer seanslarda da zenginleştirilerek kullanılabilmekte, terapötik etkinlik ve süreklilik artmaktadır. Bu sağlandığında bazen o metaforu işaret eden tek bir kelime, birkaç paragrafın yerini tutmakta ve geçmiş seanslarda kazanılan birikimin o sırada hatırlanıp güncellenmesine aracı olmaktadır. Bu sunumda farklı tanılarda ve KDT'nin çeşitli aşamalarında ve metaforların kullanımına ilişkin örnekler sunularak, KDT etkinliğini artırma yöntemleri tartışılacaktır.

ANAHTAR KELİMELER

Kognitif Davranışçı Psikoterapi, bilişsel , metafor, etkinlik artırma

08 Kasım 2015, Pazar

Travma Perspektifinden Psikopatoloji ve EMDR

EMRE KONUK

DBE Davranış Bilimleri Enstitüsü

Her terapi yaklaşımının psikopatolojinin etiyolojisini açıklarken dayandığı bir temeli, görüşü, teorisi vardır. EMDR Terapisi Adaptif Bilgi İşleme Modeli'ne (AIP) dayanmaktadır. Buna göre işlenmemiş anılar, psikopatolojinin birincil temelidir ve anıların oluşturduğu ağlar algıların, tutumların ve davranışların, yani kişiliğin temelidir.

Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde yaşanan travmatik süreçlerin hem psikiyatrik hem tıbbi sorunlara neden olduğunu gösteren ve bu bakış açısını destekleyen çok yoğun bir literatür oluşmuş durumdadır. Yapılan çalışmalar, tedavi söz konusu olduğunda 'travma' odaklı bir psikoterapi yaklaşımının hem ruh hem beden sağlığı için çok önemli role sahip olduğuna işaret etmektedir. Yetişkin ve gençlerin bugünkü problemlerin tedavisinde geçmiş travmaların etkilerinin ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesinde ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından EMDR Terapisi ilk sırada önerilen terapilerdendir. Ruh sağlığına aile içindeki süreçlere odaklanarak "önleyici tıp" perspektifinden yaklaşılması ve sağlık politikalarının buna göre oluşturulması ülkenin ekonomik ve sosyal gelişimi için büyük faydalar sağlayabileceğine işaret etmektedir.

Bu sunumda travma, travma perspektifinden psikopatoloji ve travma-sağlık ilişkisi irdelenecek ve EMDR yaklaşımı bir video uygulaması ile anlatılacaktır.

ANAHTAR KELİMELER

Travma, Psikopatoloji, EMDR

Sporda Taraftar Şemaları

ÇAĞDAŞ ÖYKÜ MEMİŞ

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kelime anlamı olarak taraftar bir olayda veya spor dalında bir taraftan veya takımdan olmaya denir. Bir takıma taraftar olarak bağlılığın temelinde ise tutumsal ve davranışsal bağlılık kavramları yatmaktadır. Tutumsal bağlılık kavramı takıma olan psikolojik bağlılığı temsil etmektedir ve üç temel bileşeni olduğu düşünülmektedir. Bunlar içsel bağlılık, süreklilik ve dayanıklılık bileşenleridir. Taraftarlar içsel bağlılık hissediyorlarsa zaman ve eleştiriye dirençli yoğun bir psikolojik sadakat oluştururlar. Ki bu sadakat taraftar olmanın temel öğelerindendir. Davranışsal bağlılık ise daha önce yapılan davranışlara olan bağlılığı tanımlar. Burada bağlılığı taraftar davranışlarına yansıtma vardır. Örneğin tutulan takımın maçına gitme, televizyonda maçlarını izleme, o takıma ait eşyaları satın alma veya arkadaşlarını o takımın en büyük olduğuna ikna etme çabası.

Duygular sportif performansta kilit rol oynamaktadır. Sporcular başarıyı yakalamada duygusal kontrollerini sağlamak için birçok yöntem geliştirmektedirler. Benzer biçimde duygular taraftarlık ve bağlılık kavramında önemlidir. Bu duyguların oluşumu ise taraftarlık şemalarıyla ilişkilidir. Şemalar kişinin yaşam deneyimlerine anlam kazandırmak için genel biçimde düzenlenmiş prensiplerdir. Şemalar referans noktalarımızı oluşturur. Katı, değişime dirençli, aşırı genelleşmiş biçimde düzenlenmiş prensiplerdir. Derinde yatan sorgulanmayan kabullerdir ve kişi tarafından değişmez doğrular olarak kabul görür. Şemalar verilerin hızlı bir şekilde özümsenmesi ve uygun karar verme süreçlerini belirleyerek işlevsel bir rol oynarlar. Bu özellikleri nedeniyle şemalar taraftarlık oluşumu ve devamında kilit rol almaktadır

Kaynaklar

1. Bauer HH., Stokburger-Sauer NE., Exler S. Brand image and fan loyalty in professional team sport: A Refined Model and Empirical Assessment. Journal of sport Management 2008: 22(2): 205–226.
2. Jones. M. "Controlling Emotions in Sport" The Sport Psychologist 17 (2003): 471-486.
3. Young. J. E., Klosko J.S., Weishaar. M. E. Şema Terapi Çev. Tuğrul Veli Soylu, Ed. Tahir Özakkaş. Litera Yayıncılık. 2009. İstanbul.

ANAHTAR KELİMELER

Taraftar, Şema

Nereye Kadar Performans Artışı: Sınır Var mı?

AHMET ÇETİN

Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği

Sportif performansın karmaşık yapısının sebebi, sonucu etkileyen faktörlerin sayısının çokluğu ve çeşitliliğidir. Bu faktörler, performansı olumlu ve olumsuz etkileyebilirler ve oluşum kaynaklarına göre içsel ve dışsal faktörler olarak ikiye ayrılırlar.

Doruk performans, kişinin ortalama performansını aşan davranışlardır. Doruk performans, fiziksel ve zihinsel becerilerin bir bileşkesidir. Psikolojik becerilerde, fiziksel beceriler kadar önemlidir. Çok ağır antrenmanların, özverili çalışmaların karşılığında sporcu en hızlı, en güçlü, en teknik özelliklerin sahibi olmak ister.

Düzenli fiziksel aktivitenin fizyolojik faydalarının yanı sıra, ruh sağlığı üzerinde de, depresyonu ve anksiyeteyi azaltma, uykuyu düzenleme, rahatlama sağlama, kendine güveni artırma gibi etkileri vardır. Buna karşın, zamanının çoğunu fiziksel aktivite yaparak geçirmeye aşırı istekli olma, bazı engellere rağmen kontrol edilemeyecek düzeyde aşırı egzersiz yapma, egzersiz bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır. Egzersiz bağımlılığının üç ana bileşeninden birincisi tolerans (istenilen etkiye ulaşmak için egzersiz miktarının artırılması ya da aynı miktarda egzersiz yapmaya devam etme sonucunda etkilerin azalması), ikincisi çekilme etkisinin görülmesi (davranış engellendiğinde, olumsuz yönde etkilerin görülmesi - yoksunluk hissi) ve üçüncüsü kompulsif davranış (stres ve anksiyeteden kaçınmak için davranışın tekrarlanması) olarak tanımlanmaktadır.

Yapılan çeşitli çalışmalarda fiziksel aktivitenin sayısız yararlarının yanı sıra aşırı uygulandığında bir takım olumsuz sonuçlarının da olabileceği konusunda bilim adamları arasında bir fikir birliği söz konusudur. Genel olarak sağlığı arttırmaya yönelik bilinen egzersiz aşırı gerçekleştirildiğinde ciddi zararlara da yol açabilmektedir. Aşırı egzersiz durumu için en popüler yaklaşımlardan biri bağımlılık şeklindedir ve tıpkı alkol, madde, yeme ve kumar bağımlılığı gibi sonuçlar doğurabilmektedir.

Bu çalışmada, spor ve performansın sınırları Kognitif ve Davranış terapileri bağlamında tartışılacaktır.

ANAHTAR KELİMELER

Spor bağımlılığı, spor psikolojisi, kognitif ve davranış terapileri

KOGNİTİF ve DAVRANIŞ TERAPİLERİ DERNEĞİ
IV KDTD
4. ULUSAL KONGRESİ
"BİLİM VE SANAT KAVŞAĞINDA KDT"
5 - 8 KASIM 2015
HARBİYE ASKERİ MÜZE VE KÜLTÜR SİTESİ İSTANBUL

Futbolda Kadın Olmak ve Kadınlarla İle Çalışmak

NECLA GÜNGÖR KIRAGASI

Türkiye Futbol Federasyonu

Spor endüstrisinde büyük pay sahibi olan futbolda kadın olarak var olmak hem sportif hem sosyal hem de ekonomik olarak büyük bir başarı olarak tanımlanabilir. Gelişmiş ülkelerde kadının futbolda yer alma oranı fazla iken gelişmekte olan ülkelerde bu oran düşüktür. "2012-2013 Sezonu TFF Amatör Futbol Almanağı" sayısal verilerine bakıldığında ülkemizde amatör statüde yer alan kadın futbol kulüp sayısı 150, sporcu sayısı 2700 iken; amatör erkek kulübü 4.331, oyuncu sayısı 273.382' dir. Rakamlar arasındaki uçuruma bakıldığında, kadın futbolcuların, futbol sisteminin içerisinde yer alma süreleri, düzeyleri ve sportif başarı açısından erkek futbolculara kıyasla daha düşük olduğu görülmektedir. Toplumun yapısına bağlı olarak kız çocuklarının ergenlik döneminde farklı branşlara yönlendirilmesi ve okul dönemlerinde futbol oynamaları için imkan tanınmaması da sayısal verilerin nedenini açıklamaya ışık tutacaktır.

Futbol dünyasında bir kadın olarak var olmak kadar varlığını sürdürebilmek için kadının futbol bilgisini her ortamda ispat etmesi gerekmektedir. Mevcut sistemde çalışan erkeklerin futbol geçmişleri, futbol içerisinde oyuncu etiketi dışında farklı statüde yer almalarında fayda sağlarken, kız çocuklarına kısıtlı imkanlarla sunulan futbol faaliyetlerinde ilerlemeleri ve gelişimlerine katkı sağlamları için imkanların yaratılmadığı görülmektedir.

Geçmişten günümüze cinsiyet özelliklerine göre kadınlara biçilen toplumsal estetik kaygıların giderildiği branşlar önerilmektedir. Şayet kadın, futbol gibi erkeklere addedilen bir branşta yer almışsa; erkeksi, kaba ve dişilik özelliği olmayan olarak algılanmaktadır. Bu tarz algılar, oyuncunun performansını ve hayat tarzını yönetmede problemleri beraberinde getirmektedir. Futbolun sadece erkek oyunu olmadığı algısının yaratılması ve rol model kadın oyuncu, antrenör, yöneticilerin futbol döngüsünde yer almaları için sosyal sorumluluk projeleri ve profesyonel ortamda çalışmalar yapılmalıdır.

Ülkemizde futbol branşında kadın antrenör, kadın yönetici, kadın doktor, masöz olarak yer almak insanların bilinçaltında bir ayrımcılık yaratsa da zaman içinde kabullenilmesi için ortak bir anlayış oluşturulmalı; kararlar alınmalı ve uygulamaya sokulmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER

Kadın ve Futbol, Futbolda Kadın Olmak, Performans.

SÖZLÜ SUNUMLAR

07 Kasım 2015, Cumartesi

Kronik Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanısı Alan Bir Olguda Prolonged Exposure Tekniğinin Kullanımı

HATİCE SODAN TURAN

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ:

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tedavisinde BDT'de kullanılan tekniklerden biri olan exposure (alıştırma) tekniğinde hedef, kişinin kendisinde abartılı kaygı yanıtı ortaya çıkaran nesne ve durumlarla yüzleşmesidir. Prolonged exposure (PE), duygu işleme modelini temel alan, TSSB tedavisi için yapılandırılmış, bilişsel ve davranışçı teknikleri içeren özel bir tedavi programıdır. Kronik TSSB tanısı ile takip ettiğimiz bir olgu özelinde PE uygulaması ile TSSB tedavi sürecini tartışmayı amaçladık.

OLGU:

Y, 27 yaşında, kadın hasta, 1999 yılında gerçekleşen Gölcük depreminde göçük altından çıkarılmış. 10 yıl boyunca TSSB tanısıyla pek çok psikiyatrik tedavi girişimi ve çoklu ilaç kullanımı olmuş fakat tedaviden fayda görmemiş. SCID I ve CAPS ile değerlendirilen hastaya, TSSB, kronik gidişli tanısı konuldu. Haftada bir, 90 dakikalık PE seansı planlandı. Maruz bırakma tedavisinin seans sırasında ve ev ortamında uygulanma nedenleri hastaya açıklandı. Sürdürdüğü kaçınma davranışlarının belirtilere nasıl süreklilik kazandırdığı bu nedenle yapacağı davranışçı ev ödevleri, amacı ve hedefleri konusunda hasta bilgilendirildi. Travmayı hatırlattığı için kaçındığı durumlar saptandı ve listelendi. İmgesel alıştırma uygulamasına başlandı. Dokuzuncu seansta, TSSB belirti ve bulgularının şiddetinin 0-1 düzeyinde olduğu görüldü. PE uygulaması sonlandırıldı. Düzenli olarak takip görüşmeleri sürdürüldü.

TARTIŞMA:

Ruhsal travmatik yaşantı sonrası belirtiler birçok kişide kendiliğinden azalmaktadır. Bununla birlikte önemli oranda kişide belirti ve bulgular yıllarca devam eder. PE' de amaç bilgi işleme sürecini ilerletmektir. Temel hedef, kişiye travmatik olayı yaşamakla, travmatik olayı düşünmek arasında fark olduğunu göstermektir. Alıştırma uygulaması sırasında kişiye, güvenli bir ortamda, yaşadığı ruhsal travmasını tekrar gözden geçirme, yeniden değerlendirme ve anlamlandırma olanağı sağlanmış olur. Olgumuzda yıllar içinde kronikleşmiş TSSB belirtileri ve tedaviye yanıtsızlık mevcuttu. Olgumuzda, tedavi rasyonelinin hastaya anlatılması, yapılandırılmış bir şekilde PE tekniğinin uygulanması sonucunda hastanın kaygı ve kaçınma belirtilerinde kaybolma, işlevselliğinde düzelmeyle sonuçlanan bir tedavi süreci sağlanmış oldu. Bu olgu özelinde, BDT'de kullanılan tekniklerin, tedavi sürecinin ve sonuçlarının daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla olgu bildirimlerine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

ANAHTAR KELİMELER

Travma sonrası stres bozukluğu, prelonged exposure

"Beck Diyet Çözümü" Bulimia Nervoza Tedavisinde de Çözüm Olur mu?

MEMDUHA AYDIN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği

Beslenme ve Yeme Bozukluklarından blumiya nervoza tedavisinde kognitif davranışçı terapi yöntemlerinin sıklıkla ve etkin şekilde kullanıldığı bir psikiyatrik hastalıktır. Yemek yeme ile ilgili denetimin kalktığı yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri ile karakterize olan blumiya nervoza, kişinin kilo almaktan sakınmak için kendini kusturması, idrar söktürücü gibi ilaçları uygunsuz kullanması, hiç yememe ile aşırı yeme, aşırı spor yapma gibi uygunsuz davranışların eşlik etmesi yoluyla kişinin sağlığını, sosyal hayatını ve işlevselliğini önemli derecede etkilemektedir.

Olgumuz, 24 yaşında annesi ile yaşayan, lise mezunu, çalışmayan, ayrıldığı işyerinden işsizlik maaşı alan, nişanlı kadın hasta.

Yeme bozukluğu ile ilgili ilk şikayetler 2008 yılında babasının vefatı sonrası başlamış. Farmakolojik tedavilerden kısmen fayda gören hasta evlilik öncesi "bu sorunu çözme ve kilo verme" motivasyonu ile terapi almak amaçlı kliniğimize başvurdu.

Yapılan ilk değerlendirmeler, kognitif davranışçı terapiler hakkında bilgilendirmesi ve ayrıntılı psikoeğitim sonrasında hasta ile ilk 4 hafta tatil günleri hariç hergün kısa süreli görüşmeler yapılarak Beck Diyet Çözümü kitabı programı takip edildi. Kitabın önermiş olduğu düşüncelere yanıt kartları oluşturma, ödül listeleri, "kilo vermek için ilk sırada yer alan nedenlerim", "zaman çizelgem", "önceliklerim", "açlığın yarattığı rahatsızlık çizelgem", "açlık gözlem çizelgem", "yeme arzusu çizelgem", "dikkatimi dağıtan etkinlikler listesi" seanslarda en çok yararlanılan çalışmalardandı.

Halen ayda bir poliklinik kontrolleri ile takip edilen hastanın süreç sonunda kusmalarının sıklığı hergün 4-5 defadan 2-3 haftada 1 defaya azalmıştır, beslenme alışkanlıkları sağlıklı yönde değişmiştir, kilo vermiştir.

Kognitif Davranışçı Terapi yöntemleri ile tedavi sürecinde geliştirilmesi hedeflenen beceriler arasında beslenme takibi için yeme günlüğü tutmak yoluyla yeme üzerine özdenetimin sağlanması, beden imajı ve kilo kontrolü konusunda düşünceler ile çalışarak kognitif yeniden yapılandırma sağlamak, yaşam olaylarından bağımsız olarak normal ve kontrollü yeme davranışını öğretmek, duygu yönetimi öğretmek ve sosyal becerileri geliştirmek sayılabilir. Beck Diyet Çözümü kitabı, yazarı tarafından yeme bozukluklarında kullanılması önerilmese de her gün için yapılandırılmış önerilerileri ve kayıt formları ile blumiya nervoza tedavisinde klinisyenlere yol haritası çizmektedir.

ANAHTAR KELİMELER

Beck Diyet Çözümü, blumiya nervoza, kognitif davranışçı terapi

Travma Tedavisinde "İmgelemleri Yeniden Senaryolandırma ve İşlemleme Terapisi": İki Olgu Sunumu

MEMDUHA AYDIN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) kişinin yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliğini etkileyen psikiyatrik bir bozukluktur. Travmatik yaşantılar sonrasında TSSB gelişebileceği gibi anksiyete bozukluğu, major depresyon, disosiyatif bozukluklar gibi diğer psikiyatrik hastalıklar da ortaya çıkabilir. Travmaya yönelik kognitif davranışçı terapiler (KDT) etkinliği araştırmalarla gösterilmiş yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemidir. "İmgelemleri yeniden senaryolandırma ve işlemleme terapisi"(Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy–IRRT) TSSB belirtilerini hafifletmek, travma ile ilgili imgelemleri, inanç ve şemaları değiştirmek için tasarlanmış imgelem odaklı bir KDT tedavi yöntemidir. IRRT imgelem çalışmasının 3 aşaması vardır:

1. Travmatize çocuğun gözünden travmatik imgelemin eşlik eden düşünce, duygu gibi komponentler ile ayrıntılı anlattırılıp yaşantılandırılması,
2. Kurban çocuk imgeleminin güçlü yetişkin imgelemi ile yer değiştirilip travma mağduru çocuğun sahneden kurtarılması
3. Bir yetişkin olarak travmatize çocuğun sakinleştirilmesi, yatıştırılması

Bu sunumda çocukluk çağında cinsel istismara uğramış iki yetişkin olgu ve terapisi tartışılacaktır.

OLGU: İlk olgu 32 yaşında, üniversite mezunu, ev hanımı, evli, 3 çocuklu kadın hasta. Gastrointestinal sistem yakınmaları nedeniyle doktor başvuruları olan, şikayetleri için tıbbi araştırmalar yapılmasına rağmen organik patoloji saptanamayan hasta psikiyatriye yönlendirilmiş. Görüşmelerde paylaştığı çocukluk çağı travmasına yönelik IRRT başlandı. Seanslar devam ederken hastanın gastrointestinal sistem yakınmaları azalarak kayboldu. Tedavi sonlandırıldığında hastanın eşi ve ailesiyle ilişkilerini düzenleyebildiği, işlevselliğinin arttığı gözlendi, öğretmenliğe başladığı öğrenildi.

İkinci olgu, 30 yaşında, evli, 1 çocuklu, öğretmen, kadın hasta. Major depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk tanılarıyla ilaç tedavisi kullanmasına rağmen belirtilerde iyileşme gözlenmemesi nedeniyle kliniğimize başvuran hastanın çocukluk çağı travmasına yönelik IRRT başlandı. Ortaokul döneminden itibaren mide ağrıları çektiği, lisede kimseyle arkadaşlık kurmamaya başladığı, evlilik korkusu yaşadığı, televizyon-sinema izleyemediği, süprizlerden nefret ettiği, evinin dışında tuvalete giremediği, kız öğrencileri tuvalete yalnız gönderemediği öğrenilen hastanın seanslar sonunda belirtilerinde iyileşme gözlendi.

Çocukluk çağı travmaları erişkin yaşamındaki psikopatolojiler için önemli risk etmenlerinden biridir. Özellikle cinsel istismar mağdurlarının tedavisinde bu terapi modelinin tanınması ve uygulamalarda yerini alması travmaya bağlı psikopatolojilerin tedavisinde diğer KDT yöntemlerinin yanı sıra yararlar sağlayacaktır.

ANAHTAR KELİMELER

IRRT, imgelem, kognitif davranışçı terapi, travma

Metakognitif Terapi, Uzlaşma ve Silahsızlanma

HİLAL BEBEK

İkon Psikiyatri

Metakognitif Terapi, kişinin içsel deneyimleri, düşünce ve duyguları ile ilişki kurma stilini yapılandırmayı hedefleyen bir terapi modelidir. Bilişsel Davranışçı Terapiler çatısı altında, deneyimi ve kognitif yanlılıkları üstbilişsel yapılandırma üzerinden onarmayı amaçlar. Düşünceler hakkındaki düşünceler, duygular hakkındaki düşünceler, duygular hakkındaki duygular şeklinde daha meta seviyedeki bir bilgi işlemleme sürecini ele alarak zihin hakkında düşünebilen zihni mercek altına alır. Zihnin kavramsallaştırmalarının da ötesinde daha stabil ve gözleyici konumunda olan üstbilişsel süreçler, negatif deneyimlerin süresini, şiddetini ve psikolojik gelişimin üzerindeki etkisinin ne yönde olacağını belirler. Bilişsel esneklik, dikkat esnekliği, düşünceye mesafe alma, farkındalık ve işlevsel olmayan içsel stratejilerin ortadan kaldırılması gibi kanallar aracılığı ile psikopatalojiyi onarmayı hedefler. Klasik Bilişsel Davranışçı terapilerden en önemli farkı kognitif içeriğin yeninden yapılandırılmasına odaklanmayarak yanlı kognitif içerik üzerindeki üst yorumlamaların yapılandırılması üzerinde durmasıdır. Amaç, olumsuz düşünce hakkındaki yorumu ele alarak istenmeyen düşünce ve duygularımıza yanıt verme biçimini değiştirmektir.

Çeşitli Yönleriyle İnternet Temelli Kognitif Davranışçı Terapi

EMEL KURT

Medicana International İstanbul Hastanesi

Psikoterapide internet-temelli müdehaleler kısa bir geçmişe sahiptir. Bu alanda en çok internet-temelli bilişsel davranışçı terapinin (BDT) çalışıldığı söylenebilir. Son yıllarda teknolojinin kullanımının yaygınlaşması ile internet temelli tedavi arayışları artmış ve çeşitli tedavilerin uzaktan erişimi ile uygulanması denenmeye başlamıştır. Aslında internet zaten hastaların ruhsal hastalıkları ile ilgili bilgi aramak ya da sosyal destek gruplarına ulaşmak için sıkça kullandıkları bir alandır. İnternet-temelli BDT depresyon ve suicid düşüncelerinde (1,2), panik bozukluğunda (3,4), yaygın anksiyete bozukluğunda (5),posttravmatik stres bozukluğunde (6), obsesif kompulsif bozuklukta (7), sosyal fobide (8,9) çalışılmıştır. Literatürde en tutarlı sonuçların sosyal fobi ile ilgili olduğu söylenebilir.

Bu tedaviler, ulaşım kolaylığı, zaman ve maliyet açısından avantajlı görünmektedir, ancak çeşitli kısıtlılıkları da mevcuttur. Bu kısıtlılıklara kişilerin bilgisayar kullanımına bağlı kısıtlılıklar, komorbidite durumları örnek olarak verilebilir (10). Bu tedavilerin etik ve yasal yönleri de dikkate alınması gereken bir başka konudur (11).

Sonuç olarak internet temelli BDT ile ilgili araştırmalar oldukça yenidir ve genelde yüz yüze terapilerle benzer etkinlikte olduğu yönünde bulgular olsa da henüz kesin bir kanaate varılamaz. Gelecekteki araştırmalarda, standardize edilmiş tedavi programlarıyla yapılacak uygulamalar daha kesin sonuçlar verecektir. Halen bir çok klinisyen in-vivo alıştırma yöntemleri ile interneti bir arada kullanmayı tercih etmektedir, yine bir başka kullanım şekli de klinikte bir tedavinin ardından relaps önleme, idame sağlama ve kontrolden geçirme amacıyla kullanımıdır. Ayrıca ev ödevlerinin düzenlenmesi ve takibi için de kullanılabilmektedir (10).

Bu yönleriyle değerlendirildiğinde internet-temelli BDT'nin gelecekte psikiyatri alanında daha çok yer bulacağı öngörülebilir.

Kaynaklar:

1. Mewton L, Andrews G (2015). Cognitive behaviour therapy via the internet for depression: a useful strategy to reduce suicidal ideation. Journal of Affective Disorders, 170;78–84. doi:10.1016/j.jad.2014.08.038

2. Andersson G, Cuijpers P (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. Cognitive Behaviour Therapy, 38(4); 196–205. doi:10.1080/16506070903318960

3. Carlbring P, Ekselius L, Andersson G (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34(2); 129–140. doi:10.1016/S0005-7916(03)00026-0

4. Klein B, Richards JC, Austin DW (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 37(3);213–38. doi:10.1016/j.jbtep.2005.07.001

5. Zou JB, Dear BF, Titov N et al. (2012). Journal of Anxiety Disorders Brief internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety in older adults : A feasibility trial. Journal of Anxiety Disorders, 26(6);650–655. doi:10.1016/j.janxdis.2012.04.002

6. Knaevelsrud C, Maercker A (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance : a randomized controlled clinical trial. BMC Psychiatry , 7:13 doi:10.1186/1471-244X-7-13

7. Andersson E, Ljótsson B, Hedman E, et al. (2011). Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder: a pilot study. BMC psychiatry, 11(1);125. doi:10.1186/1471-244X-11-125

8. Titov N, Gibson M, Andrews G, et al. (2009). Internet treatment for social phobia reduces comorbidity. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43(8); 754–9. doi:10.1080/00048670903001992

9. Berger T, Caspar F, Richardson R, et al. (2011). Internet-based treatment of social phobia: a randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. Behaviour Research and Therapy, 49(3);158–69. doi:10.1016/j.brat.2010.12.007

10. Andersson G (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. Behaviour research and therapy, 47(3), 175–80. doi:10.1016/j.brat.2009.01.010
11. Dever Fitzgerald T, Hunter PV, Hadjistavropoulos T, et al. (2010). Ethical and legal considerations for internet-based psychotherapy. Cognitive behaviour therapy, 39(3); 173–87. doi:10.1080/16506071003636046

ANAHTAR KELİMELER
İnternet temelli müdehaleler, bilişsel davranışçı terapi, depresyon, anksiyete

POSTER SUNUMLARI

Dyadic Adjustment Through Conflict Management

OYA GÜÇLÜ[1], ÖMER ŞENORMANCI[2], ERKAN AYDIN[3]

[1]Bakırköy ruh ve sinir hastalıkları hastanesi /istanbul

[2]Zonguldak kara elmas üniversitesi tıp fakültesi

[3]Bahçelievler devlet hastanesi/İstanbul

OBJECTIVE: In our study, we aimed to investigate the relationship between dyadic adjustment with conflict management and coping strategies in married individuals.

METHOD: The study included seventy seven married couple (N: 154) who presented to the Bakırköy Research and Training Hospital for Psychiatry, marriage counseling center. Subjects were evaluated by using socio-demographic data form, Dyadic Adjustment Scale, Conflict management questionnaire, coping inventory

RESULTS: In our study, both for male and female participants mild-moderate negative correlation was found between the negative active, negative passive conflict management and dyadic consensus. There was a mild-moderate negative correlation between negative active, negative passive conflict management and dyadic cohesion, total DAS score for male participants. There was also a mild-moderate positive correlation between dyadic consensus and problem focused coping strategies for female participants. Better communication with the spouse and better budget were statistically significant for all subscales of dyadic adjustment.

CONCLUSION: We suggest that focusing on how the couple deal with stress is crucial to strengthen the couple for the conflictual situations and for improving the quality of marriage.

Anahtar Kelimeler: dyadic adjustment, conflict management, coping strategies

Sır Kayıp Fibromiyalji EMDR İle Travmatik Yas ve Ağrı Çalışması

OYA GÜÇLÜ[1], ÖMER ŞENORMANCI[2]

[1]Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

[2]Zonguldak Kara Elmas Üniversitesi Psikiyatri

49 Yaşında kadın hasta fibromyalji tanısı ile değişik antidepresan tedaviler uygun doz ve süre denenmesine rağmen yeterli yanıt alınamadığı için birimimize sevk edildi. Kişinin özellikle omuz sırt ve kollarında yaygın ağrı yakınması dışında başka bir somatik belirtisi mevcut değildi. 16 yıldır memur olarak çalışıyordu. İşlevselliğinin etkilenmemesi için ek olarak ağrı kesici ilaçlar kullanması gerektiğini, özellikle işini düzgün yapmaya gayret gösterdiğini belirtiyordu. Kişinin öyküsünde bir kardeşinin trafik kazası sonrası ex olduğu, bir kardeşinin depremde ex olduğu öğrenildi. Kişi trafik kazasında kaybettiği kardeşlerinin yasına yönelik zor da olsa atlatabildiğini ancak depremde kaybettiği kardeşi ile çok farklı bir yakınlıkları olduğunu aktardı. Kişi ileöykü alma ve hazırlık aşamaları sonrasında bu yakın olduğu kardeşin kaybına yönelik EMDR(Eye Movement Desensitization and Reprocessing) tekniği ile çalışılmaya başlanıldı. Beden taraması aşamasında ifade edilen ağrılara yönelik Mark Grant'ın EMDR Ağrı Protokolü uygulandı. İkinci ve üçüncü seansta ölümle ilgili sır ile ilgili kognisyonları üzerinden çalışıldı. Beşinci seansın sonunda ilk seansta tüm sırtı kaplayan 'cılk pembe' yara tamamen kaybolmuştu. Kişinin takipinde de ağrı yakınması tekrarlamadı, iyilik halinin devam ettiği gözlemlendi. Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme, son yıllarda oldukça ilgi çeken terapi yöntemlerinden biridir. EMDR bilgi işleme süreçlerini kolaylaştıran ve travmatik anı parçalarının bütünleşmesini sağlayan yenilikçi bir terapi yöntemidir.Yayınlarda fibromyalji ve TSSB ilişkisi vurgulanmaktadır. Çok merkezli bir çalışmada fibromyalji hastalarında TSSB prevalansı %45 olarak bulunmuştur(1) Hastamızın özelliği öncesinde de sorgulandığı şekli ile travma yaşamadığını belirtmesine, yas evrelerinin tamamlandığı düşünülmesine rağmen EMDR tekniği kişinin travmatik yası ve ilişkili ağrı yakınması ile doğrudan çalışmayı olanaklı kılmıştır.

Anahtar Kelimeler: EMDR, fibromyalji, travmatik yas

Nazlı Artık Nazlanmıyor EMDR ile Travmatik Yas Çalışması

OYA GÜÇLÜ

Bakırköy ruh ve sinir hastalıkları hastanesi

38 yaşında kadın hasta. Bir yıl önce geçirdiği bir iş kazası sonrası başlayan uykusuzluk, kabus görme, tekrar yaşantılama, ağrı, ağlama, irkilme, iş yapamama yakınmaları ile başvurduğu poliklinikten Travma sonrası stres bozukluğu tanısı ile antidepresan tedavi ile bir süre izlendikten sonra birimimize psikoterapi için yönlendirildi. Kişinin iş kazasında sol orta parmağı birinci falanks seviyesinde ampute idi. Özellikle bu parmakta şiddetli bir ağrı ve üşüme hissettiğini, parmağına 'Nazlı' ismini verdiğini ve ' Nazlı'nın sürekli nazlandığını' ifade ediyordu. Kişi ile öykü alma ve hazırlık aşamaları sonrasında travmasına yönelik EMDR(Eye Movement Desensitization and Reprocessing) tekniği ile çalışıldı. EMDR seanslarında duysal, düşünce, duygu, bedensel duyum olmak üzere tüm kanallarda çalışmak mümkün oldu.Altı seans sonunda kişide tekrar yaşantılamalar, irritabilite, kabus yakınmaları tamamen düzeldi. Kişi tedavi sürecinde çaycı olarak işe girdi. Dördüncü seanstan sonra parmak protezi taktırdı. Kendi ifadesi ile kontrol muayenelerinde 'Nazlı artık hiç nazlanmıyor!' Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme, son yıllarda oldukça ilgi çeken terapi yöntemlerinden biridir. EMDR psikodinamik, bilişsel, davranışçı ve danışan merkezli yaklaşımlar gibi çok iyi bilinen farklı yaklaşımları bir araya getiren yenilikçi bir terapi yöntemidir. Çeşitli kılavuzlarda TSSB için ilk sıra tedaviler arasında gösterilmektedir. EMDR ile Adaptif Bilgi İşleme modeli uygulanarak anıların aksayan işleme süreci aşılmakta, bilgi işleme süreçlerini kolaylaştırarak travmatik anı parçalarının bütünleşmesini sağlanmakta psikopatolojiye neden olan durum düzelmektedir.

Anahtar Kelimeler: EMDR,TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU, TRAVMATİK YAS

Tedaviye Dirençli Fibromiyalji Sendromuna Eşlik Eden Kronik Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Prolonged Exposure ile Tedavi Yaklaşımı

NERMİN GÜNDÜZ, HATİCE SODAN TURAN, FATMA BAŞOĞLU

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ

Fibromiyalji Sendromu (FMS) süregen ve yaygın kas ağrısı ile karakterize, belirli anatomik bölgelerde aşırı duyarlılığın olduğu, eklem dışı romatizmal bir hastalıktır. FMS'nin etiyolojisinin tam olarak bilinmemesine rağmen birçok araştırmacı duyarlı bireylerde fiziksel veya duygusal travmanın FMS gelişimini tetiklediği savını ortaya atmış ve savlar araştırmalarla desteklenmiştir. Biz tedaviye dirençli bir FMS olgusu özelinde, ruhsal travmatik yaşantı sonrası devam eden belirtileri ve bilişsel tedavi yaklaşımını sunmayı amaçladık.

OLGU

CD, 39 yaşında, kadın hasta, 10 yıl çeşitli yakınmalarla ilgili bölümler tarafından görülmüş, son olarak FTR polikliniğine yönlendirilmiş. FMS tanısı ile çeşitli tedavi seçenekleri ve kombinasyonları uygulanmış. Tedaviye rağmen yaygın vücut ağrılarının devam etmesi, çökkünlük ve kabus görme nedeniyle polikliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın alınan öyküsünde; 12 yaşından itibaren cinsel, ruhsal ve fiziksel saldırıya maruz kaldığı öğrenildi. SCID-1 görüşmesi, ruhsal durum muayenesi ve alınan öyküsü sonucunda, kronik travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı ile haftalık prolonged exposure temelli psikiyatrik görüşmeler planlandı. Görüşmeler sırasında yoğun ağlamaları ve fizyolojik kaygı belirtileri olduğu gözlendi. 4. görüşme sonrasında, vücut ağrılarında anlamlı oranda azalma olduğu, yorgunluk ve enerjisizlik şikayetinin gerilediği öğrenildi. Hastanın TSSB ve FMS 10. görüşme sonrasında geriledi. Hastanın tedavi ve takipleri görüşme aralıkları açılarak sürdürüldü.

TARTIŞMA

FMS hastalarında, çocukluk çağı travması (ÇÇT) yaygınlığının, yaşam boyu cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Yazında, çocukluk çağı cinsel veya fiziksel istismar öyküsünün, erişkin dönemde FMS hastalarında nöroendokrinolojik kalıcı değişikliklere neden olabileceği ve bu değişikliklerin FMS hastalarında tedavi yanıtını etkileyebileceği vurgulanmıştır. Sunduğumuz olguda çocukluk ve erişkinlikte travma öyküsünün varlığının, FMS gelişimi ve tedavi direncinde rol oynuyor olabileceğini bize düşündürmektedir. Yine kronik TSSB belirtilerine yönelik bilişsel yeniden yapılandırma ve prolounged exposure tedavi sonrası travmatik belirtilerle birlikte FMS belirtilerinin de gerilemesi bu ilişkiyi güçlendirmektedir. Bu olgu özelinde FMS etiyolojisi ve tedavisine yönelik daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu gözlenmekte ve multidisipliner çalışma modelinin önemi dikkati çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: fibromiyalji, prelounged exposure, travma sonrası stres bozukluğu

Akut Stres Bozukluğunda Bir Müdahale olarak Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme

OYA GÜÇLÜ

Bakırköy ruh ve sinir hastalıkları hastanesi

50 yaşında kadın. Öğretmen olduğu okulda uğradığı saldırıdan bir hafta sonra işe gitmekle ilgili kaçınmaları, olayı tekrar tekrar yaşantılama, huzursuzluk, tetikte olma yakınmaları ile birimimize başvurdu.

Olay bir hafta önce yaşanmış olup, olayla ilgili anıların çoğu belli bir seviyede bir bütün izlenimi yaratsa da kişi deneyimini aktarırken bilgi içeriğinde bağlantılanmamış parçalar dikkat çekici idi. Bu nedenle de tek bir imajın tüm olayı temsil edemeyebileceği düşünülerek birkaç hedef ayrı ayrı işlemlendi. Kısa süre içinde uygulanan az sayıda seans ile semptomlarda düzelme sağlandı.

Akut stres bozukluğu kişinin hayat kalitesini oldukça bozabilen bir sorundur. Travma sonrasında gelişen stres bozukluğunun tedavisinde kişide görülen fiziksel ve psikolojik denge ve sosyal işlevsellik bozuklukları temel zorlukları oluşturmaktadır. Bizim vakamızda da olayın yaşandığı spor salonuna gitmek ve şiddet gördüğü kişilerle karşılaşma ihtimaline yönelik sokağa çıkmaya yönelik kaçınma tariflenirken seans sonrası kişi işine döndü öğrencileri ile ilçe bazında yapılan bir spor turnuvasına katıldı. Kişinin seanslar sırasında kaynakları ile teması sonrasında sosyal işlevselliğinde olay öncesinden de belirgin artış tariflendi. EMDR'nin kronik TSSB tedavisindeki etkinliğine yönelik birçok çalışma olmakla beraber travma sonrası erken dönemdeki kullanımı ve etkileri son yıllara kadar ihmal edilmiştir. Erken EMDR müdahalesi akut stres semptomlarını azaltırken, travmaya ait anıların işlemlenmeden birikimi ve hassasiyet oluşturmasını da önlemektedir. Bu vaka erken EMDR müdahalesi kavramına dikkat çekmeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut Stres Bozukluğu EMDR erken müdahale

Self Mutilasyonla Giden Ruhsal ve Fiziksel Belirtilerin Bir Arada Olduğu Bir Yapay Bozukluk: Olgu Sunumu

NERMİN GÜNDÜZ[1], HATİCE SODAN TURAN[1], ZEYNEP YILDIZ AKBEY[2], AHMET TAMER AKER[3]

[1]Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

[2]Keşan Devlet Hastanesi

[3]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

GİRİŞ

Yapay bozukluk; hastanın yapay bir hastalık nedeniyle, tekrarlayan şekilde tedavi arayışında bulunduğu bir bozukluktur. Belirtiler fiziksel, ruhsal veya ikisini içeren şekilde olabilmektedir. Yapay bozuklukta, klinisyenin amacı tabloyu erken tanıma olmalıdır. Bu yazıda; bedensel ve ruhsal belirtilere kendisine zarar verme davranışının eşlik ettiği karma yapay bozukluk olgusunu tartışmayı amaçladık.

OLGU

NG, 39 yaşında, kadın hasta, depresif yakınmalarla polikliniğimize başvurdu. Hastanın soygeçmişinde, babanın alkol bağımlılığı, anneye ve kendisine fiziksel şiddet uygulaması, evliliği boyunca eşinden ve eşinin ailesinden sözel ve psikolojik şiddete maruz kalma öyküsü mevcuttu. Özgeçmişinde, bedensel ve ruhsal farklı tanı grubuna ait yakınmaları, aldığı farklı tanılara yönelik, pek çok ilaç tedavisi, hastane yatışı ve EKT tedavisi mevcuttu. Hastanın uzun süren tedavi süreci, mevcut farklı ruhsal ve bedensel şikayetleri, tedavilere yanıtsızlığı, özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri ve kazanımları dikkate alındığında, yapay bozukluk ön tanısı düşünüldü. İlaçları doz azaltılıp, kesildi. Güven ilişkisi oluştuktan sonra hastanın kendisine zarar verici davranışlarla lezyon oluşturma sonucu hastane başvuruları olduğu ve aile içi kazanımlar sağladığı öğrenildi. Tedavi süreci hastanın belirtileri, belirtilerin sonuçları ve ortaya çıkma nedenleri hakkında farkındalık kazandırmaya yönelik görüşmelerle sürdürüldü.

TARTIŞMA

Yapay bozukluk nadir görülen, tanı konulması zor olan bir hastalıktır. Tanısal anlamda klinisyene yol gösterici ipuçları; bildirilen belirtilerin tuhaflığı ve çeşitliliği, tedaviye yanıtsızlığı, hastalığın beklenmeyen seyri, sık doktor-hastane ziyareti ve kesin olmayan tanılar almış olmasıdır. Hastaların özgeçmişinde, kötüye kullanan, yoksun bırakan anne ve baba imajının olduğu vurgulanmaktadır. İlgi ve şefkatin bu yolla elde edilmesinin zamanla pozitif pekiştireç olarak davranışın sürdürücüsü olduğu düşünülmektedir. Olgumuzda burada tanımlanan özelliklerin hepsi mevcuttu. Öncelikle ruhsal belirtilerle başlayan tabloya zaman içinde self mutilasyon davranışlarının sonucu olan fiziksel belirtiler eklenmişti. Çocuklukta ve evlilikte aile içi şiddet öyküsü, hastanın ilgi ve şefkat görme beklentisi mevcuttu. Nadir görülen yapay bozukluk olgularını tanıyabilmek, hastayı gereksiz tıbbi girişim ve tedavilerden korumak, tedavisini yönetebilmek adına önem taşımaktadır. Bu olguları tanımaya yönelik daha fazla olgu bildirimlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: yapay bozukluk, munchausen sendromu, self mutilasyon

Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Grup Psikoterapisinin Kısa ve Uzun Dönemde Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi

MEMDUHA AYDIN, BİLGE ÇETİN İLHAN, SERKAN AKKOYUNLU, İBRAHİM EREN

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Konya

Sosyal anksiyete bozukluğunda grup psikoterapisinin doğal maruz bırakma, diğerlerine yardım ederek öğrenme, gözlemsel öğrenme, diğerleri ile ortak sorunu paylaşma yoluyla etkileşim, diğerlerinin yapabildikleri ile cesaret bulma gibi alanlarda diğer tedavilere üstünlükleri vardır. Bu araştırmada sosyal anksiyete bozukluğunda kognitif davranışçı yaklaşımlı grup psikoterapisi alan hastalar değerlendirilmiştir.

Araştırma Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniğinde yürütülmüştür. Araştırma grubu son 3 ay içinde polikliniğe başvuran, sosyal anksiyete tanılı, grup psikoterapisi için oluşturulan bekleme listesinde yer alan hastalardan, sıra ile davet edilerek 10 kişi olarak oluşturulmuştur. Kontrol grubu ise eş zamanlı poliklinik başvurusu olan sosyal anksiyete bozukluğu tanılı, henüz bekleme listesinde yer almayan 10 kişi olarak oluşturulmuştur.

Çalışmada araştırma grubunda yer alan ve gruba devam eden 7 hastaya haftada 1 kez 9 seans terapi uygulanırken kontrol grubuna hiçbir psikoterapi uygulaması yapılmamıştır.

Çalışmaya katılan tüm hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi formu, Klinik Özellikler Bilgi formu ve Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği uygulanmıştır. Değerlendirme formları ve ölçekler araştırma ve kontrol grubuna seanslar başlamadan önce, seanslar bittikten hemen sonra uygulanmıştır. Tüm ölçümlerin 12 hafta sonra yeniden uygulanması planlanmıştır.

Seanslara sosyal anksiyete bozukluğu, kognitif davranışçı terapiler ve grup psikoterapileri ve ev ödevleri hakkında bilgilendirme yapılarak başlanmıştır; kognitif modelin açıklanması ve çalışılması ile devam edilerek kanıt inceleme çalışmaları, seans içi video çekimi ve maruz bırakma çalışmaları, rol oynama çalışmaları, seanslar arası maruz bırakma planlamaları yapılmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda seanslar bittikten hemen sonra araştırma grubunda yer alan hastaların kontrol grubundaki hastalara göre sosyal işlevsellik düzeyinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Araştırmanın gözlem süreci devam etmektedir, 12 hafta sonra araştırma ve kontrol grubu sosyal işlevsellik düzeyi arasında fark olup olmadığı yeniden değerlendirilecektir. Psikofarmakolojik yaklaşımların psikoteropatik yaklaşımların önüne geçmeye başladığı günümüz psikiyatri uygulamalarında kognitif davranışçı yönelimli yapılandırılmış grup psikoterapilerinin önemi ve uygulanabilirliği tartışılarak özellikle sosyal anksiyete bozukluğunda etkinliğine vurgu yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: grup psikoterapisi, sosyal anksiyete bozukluğu, sosyal işlevsellik

Psikiyatri Polikliniğinde Distoni ve Nöromusküler Hastalıklar: Psikoterapi ve Farmakoterapi Yaklaşımları

MEMDUHA AYDIN, BİLGE ÇETİN İLHAN, NALAN VARSAK

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Konya

Distoni, kasların istem dışı kontraksiyonlarıyla ortaya çıkan hareket bozukluğudur. Tedavide kullanılan botulinum toksini spazmların önlenmesine yardımcı olur ancak yeterli sonuç sağlamaz. Nöromusküler hastalıklar sinir ve kasların herhangi bir bölümünü etkileyen bir grup hastalıktır. Çoğu nöromusküler hastalık tam tedavi edilemez. Her iki durum da kişinin yaşam kalitesini ve bağımsızlık düzeyini azaltmaktadır.

OLGU:

Birinci olgu: 25 yaşında erkek hasta, bekar, muhasebeci, 2011 yılından itibaren sol kol, sol yüz yarısı ve sol bacakta distoni nedeniyle nöroloji kliniğinde takip ediliyor. Botulinum toksini, baklofen ve levodopa-benserazid hcl, venlafaksin tedavisinden sınırlı fayda sağlayan hastaya sosyal anksiyete bozukluğu bulguları nedeniyle kognitif-davranışçı terapi başlandı. Klonezapem bağımlılığı olduğu öğrenildi. Terapi sürecinde belirtilerde iyileşme gözlendi, klonezepam kullanımı sonlandırıldı.

İkinci olgu; 37 yaşında kadın hasta, 13 yıllık evli, 2008 yılında nöromusküler hastalıklardan nemaline miyopati tanısı almış. Üniversite hastanesi nöroloji kliniğinde takip edilen hastaya normal hayatına devam edebileceği, hastalığının kontrol altında olduğu söylenmesine rağmen kendini güçsüz, isteksiz hissettiği için duloksetin tedavisi önerilmiş, kısmen fayda görmüş. Kliniğimizde venlafaksin tedavisi ile takip edilen hastaya, aile içi ilişki sorunları, sosyal işlevsellikte azalma, hastalığın tekrarlaması temalı beklenti anksiyetesine yönelik kognitif-davranışçı psikoterapi başlandı. Depresyon puanlarında azalma, yaşam kalitesinde artış gözlendi.

Üçüncü olgu; 43 yaşında kadın hasta, evli, 2003 yılında myopati tanısı almış. Hastalık sürecinde yardımsız hayatını sürdüremeyecek duruma gelmiş. Başvurduğunda evde yalnız kalamama, eşinden ayrılamama, ölüm korkusu, yaşama sevinci azalması, uyku düzensizliği, kas gücü yeterli bulunmasına rağmen yürüteçle yürüme antidepresan tedaviden faydalanamama gibi şikayetleri vardı. Kognitif-davranışçı psikoterapi başlanan hastanın tedavi sürecinde Beck depresyon puanlarında azalma, anksiyete düzeyinde azalma gözlendi. Hasta yürüteç kullanmayı bıraktı, ev içi işlevsellik düzeyinde artış bildirdi.

Nörolojik hastalıklardan distonide ve nöromusküler hastalıklarda tıbbi müdahaleler ve tedaviler beklenen yanıtı vermediği durumlarda multidisipliner yaklaşım kavramı içinde psikofarmakoterapi ve psikoterapi yaklaşımlarının önemi artmaktadır. Hastalığa rağmen daha iyi yaşam kalitesine ulaşmada hem hastalığa sekonder gelişen psikopatolojilerin tedavisinde hem de sosyal işlevselliği arttırmada kognitif-davranışçı terapinin önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: distoni, kognitif-davranışçı terapi, nöromusküler hastalıklar

Üniversite Öğrenci Örnekleminde Bilişsel ve Davranışçı Süreçler Ölçeği'nin Türkçe Sürümü'nün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması

SEDAT BATMAZ[1], GÜLAY OĞUZ[2], UĞUR ÇAKIR[3], EMRAH SONGUR[1], MESUT YILDIZ[1]

[1]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat.

[2]Canik Başarı Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Samsun.

[3]Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu.

AMAÇ: Psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıkmasında ve devam etmesinde etmen olan bir dizi bilişsel ve davranışçı süreci saptamak amacıyla geliştirilen ve transdiyagnostik yaklaşımın etkilerini izlemekte kullanılabilecek Bilişsel ve Davranışçı Süreçler Ölçeği (BDSÖ)'nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: BDSÖ Türkçe formunun oluşturulması için ölçek çevrilmiş ve ilk aşamada iki dili iyi bilen bir grupta çeviri eşdeğerliği bakılmış, ikinci aşamada ise bir üniversite öğrenci örnekleminden oluşan 149 katılımcıyla ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği araştırılmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların %85.2'si (n=127) kadındı, ortalama yaşları 20.23±2.47 yıldı, %96'sı (n=143) bekardı, %8.1'inde (n=12) ek bir tıbbî rahatsızlık mevcuttu. Katılımcıların %10.7'sinde (n=16) bir psikiyatrik tedavi geçmişi ve ailelerinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü vardı ve %2'si (n=3) değerlendirme anında da tedavi görmekteydi. Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.723 bulundu. İki yarım güvenilirliğinde birinci yarı için alfa=0.641, ikinci yarı için alfa=0.632 bulundu. Birlikte geçerlilik yönteminde BDSÖ toplam puanı ile Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9) arasındaki r=0.482, Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (GAD-7) arasındaki r=0.509; Penn Durumluk Endişe Ölçeği (PSWQ) arasındaki r=0.386, Kabul ve Eylem Formu-2 (AAQ-II) arasındaki r=0.508, Beyaz Ayı Süpresyon Envanteri (WBSI) arasındaki r=0.449, Bilişsel Dikkat Sendromu-1 (BDS-1)'in ruminasyon/endişe alt ölçeği (CAS-1) arasındaki r=0.358, tehlikeyi izleme alt ölçeği (CAS-2) arasındaki r=0.427, işlevsel olmayan kendini düzenleyici davranışlar alt ölçeği (CAS-3) arasındaki r=0.188, olumsuz üstbilişsel inanışlar alt ölçeği (CAS-4) arasındaki r=0.288, olumlu üstbilişsel inanışlar alt ölçeği (CAS-5) arasındaki r=0.121 bulundu. Kullanılan ölçeklerin ortalama puanları şöyleydi: BDSÖ:61.30±12.57, PHQ-9:10.83±5.02, GAD-7:8.34±4.79, PSWQ:46.51±12.05, AAQ-II:22.65±9.97, WBSI:48.66±10.60, CAS-1:4.19±2.10, CAS-2:3.21±2.26, CAS-3:18.01±7.37, CAS-4:221.28±74.25, CAS-5:226.24±72.48. Yapı geçerliliği için açımlayıcı faktör analizi (temel bileşenler analizi ve oblik rotasyon) uygulandı ve özdeğeri 1'den büyük 6 faktör saptandı, bu faktörler varyansın %65,28'ini açıklıyordu; ancak özdeğerler için Monte Carlo simülasyonu aracılığıyla yapılan paralel analiz sonrasında 2 faktör bulundu. Bu faktörlerdeki madde yüklenmeleri 0.338-0.712 arasında değişmekteydi. İki faktör varyasın %34.41'ini açıklayabilmekteydi.

SONUÇ: BDSÖ'nün Türkçe sürümünün üniversite örnekleminde geçerli ve güvenilir bir biçimde kullanılabileceği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: transdiyagnostik yaklaşım, bilişsel ve davranışçı süreçler, geçerlilik, güvenilirlik, psikometri

Görme Engelli Bireylerde Depresif Belirti Düzeylerini Azaltmaya Yönelik Bilişsel - Davranışçı Yaklaşıma Dayalı Grup Terapisi Programının Etkililiğinin Değerlendirilmesi

VOLKAN DEMİR

Klinik ve Adli Psikoloji Derneği

Bu araştırma, bilişsel-davranışçı yaklaşımın ilkelerine dayanan grup terapisi programının görme engelli bireylerin depresif belirti düzeyleri üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Katılımcıların depresif semptom düzeylerini belirlemek amacıyla Beck tarafından geliştirilen "Beck Depresyon Ölçeği" uygulanmıştır. Ölçme araçları uygulama öncesinde ön test, uygulamanın bitiminde ise son test uygulanmıştır. Araştırmada katılımcılara 10 oturumdan oluşan 90 dakika süren bir program uygulanmıştır. Tek grup öntest - sontest kontrol grupsuz desenin kullanıldığı çalışmada veriler; Wilcoxon İşaretli Sıra Testi ile çözümlenmiştir. Yapılan analizler katılımcıların depresyon puanlarının anlamlı düzeyde azaldığını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Görme Engelli, Bilişsel - Davranışçı Terapi, Depresyon

Bilinçli Farkındalık Temelli Hazırlanan Eğitim Programının Bireylerin Depresyon ve Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi

VOLKAN DEMİR

Klinik ve Adli Psikoloji Derneği

Bu çalışmada bilinçli farkındalık temelli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisini saptamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu etkinin değerlendirilmesi için yarı – deneysel bir yönteme başvurulmuş, kontrol grupsuz öntest – sontest deneme modeli kullanılmıştır. Araştırmanın çalışma grubu, Nişantaşı Meslek Yüksek Okulu'nda 2012 – 2013 Eğitim ve Öğretim Yılı'nda Çocuk Gelişimcileri bölümünde 2. sınıfta öğrenim gören 15 kız öğrenciden oluşmaktadır.

Araştırmada "Kişisel Bilgi Formu", Depresyon düzeylerini ölçmek amacıyla Beck tarafından geliştirilen "Beck Depresyon Ölçeği" ve yaşanan stresin düzeyini ölçmek amacı ile Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilen "Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)" uygulanmıştır. Ölçme araçları deney grubuna uygulama öncesinde ön test, uygulamanın bitiminde ise son test uygulanmıştır. Deneysel çalışma sonrasında izlenen değişimin tutarlı olup olmadığını belirleyebilmek amacıyla deneysel çalışmanın bitiminden on hafta sonra kalıcılık ölçümü yapılmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin analizi SPSS programıyla gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılmıştır. Araştırmada deney grubuna 8 oturumdan oluşan 75'er dakika süren bir program uygulanmıştır. Yapılan analizler deney grubundaki öğrencilerin depresyon ve stres puanlarının anlamlı düzeyde azaldığını göstermiştir. Yapılan kalıcılık ölçümünde depresyon ve stres puanlarında bu azalmanın on hafta süresince devam ettiği gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, stres, bilinçli farkındalık.

Üniversite Öğrenci Örnekleminde Düşünce Tarzı Ölçeği Kısa Formu'nun Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirliğine Dair Ön Sonuçlar

SEDAT BATMAZ[1], GÜLAY OĞUZ[2], LEVENT TURHAN[3], ÖZGÜR AHMET YÜNCÜ[4], SİBEL KOÇBIYIK[5], MESUT YILDIZ[1], EMRAH SONGUR[1]

[1]Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat.

[2]Canik Başarı Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Samsun.

[3]Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul.

[4]Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara.

[5]Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara.

AMAÇ: Depresyonun umutsuzluk kuramı, olumsuz bir düşünme tarzına sahip bireylerin depresyona daha duyarlı olduklarını öne sürmektedir. Bu olumsuz düşünme tarzını saptayabilmek ve tedaviyle değişimini takip edebilmek amacıyla geliştirilmiş ve sonrasında kullanım kolaylığı için kısaltılmış olan Düşünce Tarzı Ölçeği - Kısa Formu (DTÖ-KF)'nun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin üniversite öğrenci örnekleminde araştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmada elde edilen ön sonuçlar sunulmaktadır.

YÖNTEM: DTÖ-KF'nin Türkçe sürümünün oluşturulması için ölçek çevrilmiş ve ilk aşamada iki dili iyi bilen bir grupta çeviri eşdeğerliği bakılmış, ikinci aşamada ise bir üniversite öğrenci örnekleminden oluşan 125 katılımcıyla ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği araştırılmıştır.

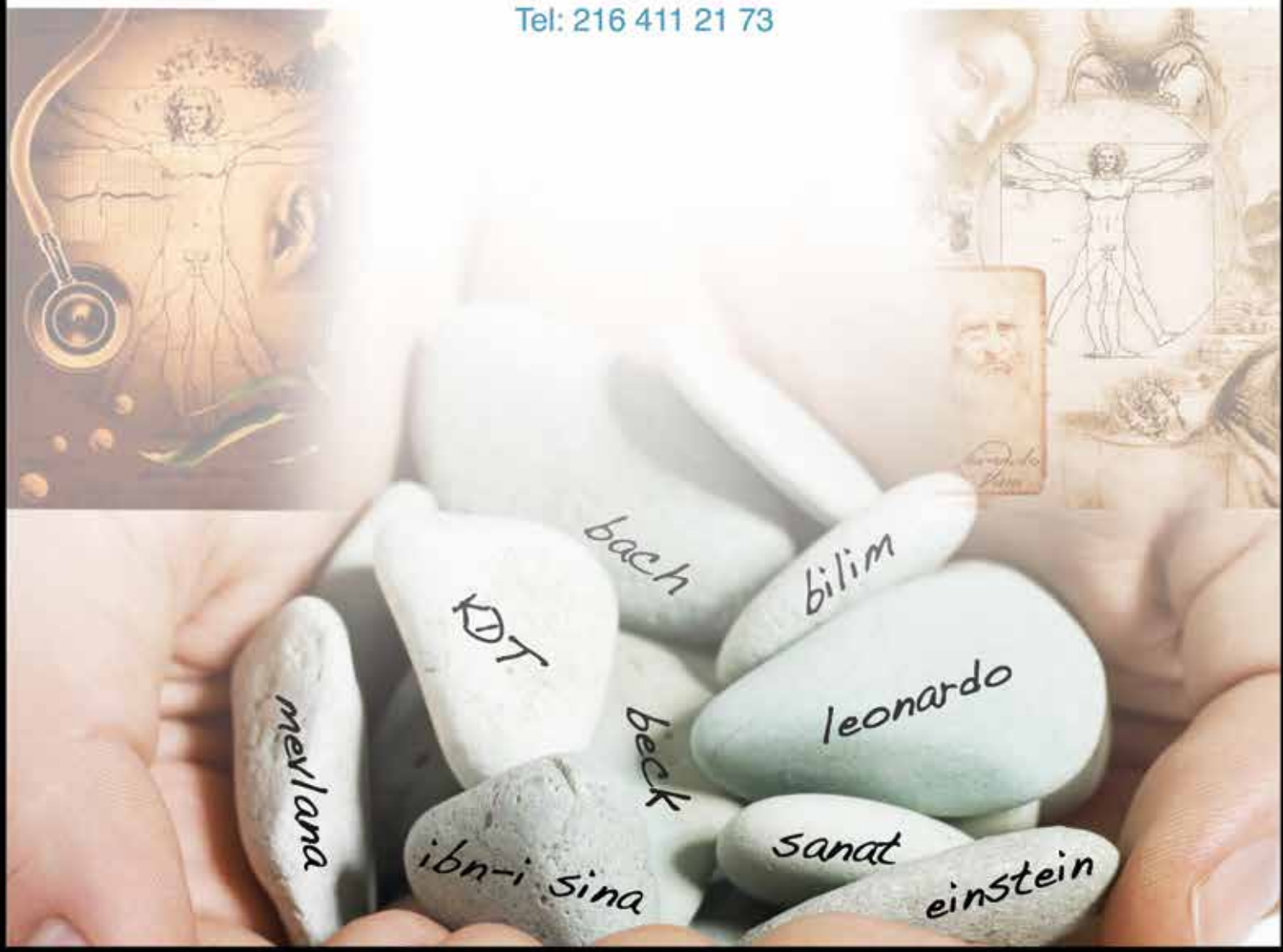
BULGULAR: Katılımcıların %74.4'ü (n=93) kadındı, ortalama yaşları 20.30±3.07 yıldı, %99.2'si (n=124) bekardı, %7.2'sinde (n=9) ek bir tıbbî rahatsızlık mevcuttu. Katılımcıların %10.4'ünde (n=13) bir psikiyatrik tedavi geçmişi ve %8.8'inin (n=11) ailelerinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsü vardı ve %1.6'sı (n=2) değerlendirme anında da tedavi görmekteydi. Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.8133 bulundu. İki yarım güvenilirliğinde birinci yarı için alfa=0.666, ikinci yarı için alfa=0.751 bulundu. Birlikte geçerlilik yönteminde DTÖ-KF toplam puanı ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ)'nün depresyon alt ölçeği arasındaki r=0.349, anksiyete alt ölçeği arasındaki r=0.342; İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (DAS-R) arasındaki r=0.470, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) arasındaki r=0.133 bulundu. Kullanılan ölçeklerin ortalama puanları şöyleydi:- DTÖ-KF:193.10±21.12, HADÖ Depresyon:5.55±3.20, HADÖ Anksiyete:7.72±3.39, DAS-R:59.40±22.51, BUÖ:9.81±2.81. Yapı geçerliliğinde ölçeğin her bir senaryosu için açımlayıcı faktör analizi (temel bileşenler analizi) ve Monte Carlo simülasyonu aracılığıyla paralel analiz uygulandı. Senaryolarda 1-2 faktöre yüklenen ve varyansın %35.52-56.03'ünü açıklayan madde yüklenmeleri saptandı. SONUÇ: DTÖ-KF'nin Türkçe sürümünün üniversite örnekleminde geçerli ve güvenilir bir biçimde kullanılabileceği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: depresyon, umutsuzluk kuramı, düşünce tarzı, psikometri

İNDEKS

AHMET ÇETİN, 34, 82
AHMET TAMER AKER, 97
ARZU ERKAN YÜCE, 79
AXEL WÜRZ, 17, 61, 77
AYTÜL KARABEKİROĞLU, 35, 51
BERK MURAT ERGÜN, 29, 66
BİLGE ÇETİN İLHAN, 36, 98, 99
BURCU SEVİM, 69
CEM GÖKÇEN, 46
ÇAĞDAŞ ÖYKÜ MEMİŞ, 68, 81
DANIEL DAVID, 6, 12, 16
DENISE D. DAVIS, 7, 11, 19
DİDEM ÖZTOP, 54
EMEL KURT, 89
EMİNE ÇIĞIL FETTAHOĞLU, 49
EMRAH SONGUR, 100, 103
EMRE KONUK, 80
ERHAN ERTEKİN, 41, 64
ERKAN AYDIN, 92
ESRA ALICI, 14
FATMA BAŞOĞLU, 95
FEYZA BAYRAKTAR, 20, 44
GÜL KARAÇETİN, 53
GÜLAY OĞUZ, 23, 30, 43, 100, 103
GÜLÇİN ŞENYUVA, 33
HASAN BAYAR, 48
HATİCE SODAN TURAN, 85, 95, 97
HİLAL BEBEK, 22, 88
İBRAHİM EREN, 98
KARABET TOPUZOĞLU, 72
LEVENT TURHAN, 103
MEHMET Z. SUNGUR, 5, 57, 67, 74
MEMDUHA AYDIN, 37, 52, 86, 87, 98, 99
MESUT YILDIZ, 100, 103
MURAT DOKUR, 75
MÜKERREM GÜVEN, 32, 45
NALAN VARSAK, 99
NECLA GÜNGÖR, 83
NERMİN GÜNDÜZ, 95, 97
NESLİHAN AKKİŞİ KUMSAR, 78
NURAY YILMAZ, 73
OLCAY GÜNER, 18, 76
ONUR YILMAZ, 71
OYA GÜÇLÜ, 92, 93, 94, 96
ÖMER ŞENORMANCI, 28, 39, 92, 93
ÖZGÜR AHMET YÜNCÜ, 103
ÖZLEM SÜRÜCÜ, 55, 58
PAUL M. SALKOVSKIS, 9, 15
PINAR ÇAKIR AKSU, 59
RAMAZAN KONKAN, 42
SABA BAŞOĞLU, 25
SEDAT BATMAZ, 100, 103
SERKAN AKKOYUNLU, 38, 98
SERKUT BULUT, 63
SİBEL KOÇBIYIK, 103
ŞEYMA ÇOŞKUN, 47
ŞÜKRÜ UĞUZ, 14, 50, 65
TEVHİDE KARGIN, 60
UĞUR ÇAKIR, 100
VOLKAN BALCI, 70
VOLKAN DEMİR, 101, 102
YASEMİN GÖRGÜLÜ, 40
YASİN BEZ, 62
YUSUF SİVRİOĞLU, 27, 56
ZEYNEP YILDIZ AKBEY, 97
ZÜMRA ATALAY ÖZYEŞİL, 21

KOGNİTİF ve
DAVRANIŞ
TERAPİLERİ
DERNEĞİ

www.kdtd.org.tr

Bagdat Cad. Acar Apt. No: 254/11 Göztepe-İSTANBUL
Tel: 216 411 21 73