



KDTD E-DERGİ

ISSN: 2459 - 2102



Söylediklerinize dikkat edin;
düşüncelere dönüşür...

Düşüncelerinize dikkat edin;
duygulara dönüşür...

Duygularınıza dikkat edin;
davranışlara dönüşür...

Davranışlarınıza dikkat edin;
alışkanlıklara dönüşür...

Alışkanlıklarınıza dikkat edin;
karakterinize dönüşür...

Karakterinize dikkat edin;
kaderinize dönüşür...

Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği

1995 yılında kurulmuş, 1996 yılında Avrupa Davranış ve Kognitif Terapiler Birliği (EABCT)'ne entegre olmuştur. KDTD'nin kurucusu ve hâlen başkanlığını yürütmekte olan Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur, 2000-2002 yılları arasında Avrupa Davranış ve Kognitif Terapiler Birliği (EABCT)'nin başkanlığını yapmıştır. Hâlâ bu birliğin Psikoterapilerde Ortak Dil Kullanımı Birimi Başkanlığını yapmaktadır. Uluslararası Kognitif Terapiler Derneği (IACP) Yönetim Kurulu üyesi ve Beck Kognitif Terapi Akademisi (ACT)'nin kurucu üyesi, sertifikalı eğitici ve konsültanı, diplomat ve süpervizördür. Ayrıca, Dünya Seksoloji Birliği (WAS) Cinsel Sağlık Günü ülke temsilcisi; İstanbul Kent Üniversitesi Öğretim Üyesi; Bilişsel Terapiler Akademisi (ACT) Kurucu Üyesi, eğitici ve diplomatı; Beck Enstitüsü (BI) Uluslararası Danışma Kurulu Üyesi; Dünya Bilişsel Davranış Terapiler Konfederasyonu (WCCBT) Yönetim Kurulu Üyesi ve Avrupa Seksoloji Federasyonu (EFS) Başkanıdır.

İçindekiler

Kitap Tanıtımı

Irmak Uzun

Sayfa 2

Röportaj

Ezgi Özdemir

Sayfa 3

Kronik İnsomni ve Bilişsel Davranışçı Terapiler

Tansu Eda Topaloğlu

Sayfa 7

Kıbrıs'ta KDT Yolculuğu

Deniz Erkal ve Selen Üstüner

Sayfa 14

Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Terapi Uygulamaları

Psk. Irmak Uzun

Psikolog kimliğimin yanı sıra, editör olarak da devam eden mesleki hayatım bu zamana kadar hep birbirinden bağımsız olarak ilerlemişti fakat *Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Terapi Uygulamaları* kitabı için kıymetli hocam Mehmet Sungur ve Düşyeri'nin kurucu ortağı Ayşe Şule Bilgiç editör olmamı

istediğinde, işte şimdi ilk kez iki mesleğimi de aynı potada eritebildiğim bir projeye adım atmıştım.

Kitabın mutfağında yer aldığım için aslında sizlere sunulana kadar geçen zorlu, çok emek verilen ve bol özverili o süreci birebir yaşayıp görenlerdenim. O yüzden, klasik bir kitap tanıtımı yapmaktan çok daha uzak ve farklı bir yerde bu kitabı tanıtmak benim için.

Kitap raflarda yerini alana kadar, en iyi şekilde sunulabilmesi, çeviri bir kitabın dilimize en iyi ve doğru kelime, ifade ve söylemlerle kazandırabilmesi için alanında uzman pek çok değerli isim tarafından çevrildi, gözden geçirildi, defalarca üzerine konuşuldu, okundu, editlendi ve nihayet ağustos ayında Düşyeri Kitap'ın internet sitesinde (<https://dukkandusyeri.com>) dijital raflarda yerini aldı.

Kitap, özellikle çocuk ve ergenlerle çalışan psikolog ve psikiyatristler için bir başucu kitabı olma özelliği taşıırken; gerek farklı alanlarda çalışan psikolog ve psikiyatristler ve gerek ebeveynler için çocuk ve ergenin terapi sürecine, yetişkin olmadan önceki bu dönemine dair temel bilgileri ve klinik uygulamalarına dair temel ilkeleri içermekte.

16 bölümden oluşan kitap; "Bilişsel Terapi Nedir?" ile başlayıp çocuk ve ergenlerle yapılan bilişsel terapiyle, yetişkinlerle yapılan bilişsel terapi arasındaki fark ve benzerliklere değiniyor ve olgu kavramsallaştırma, ev ödevleri, yaygın olarak kullanılan bilişsel davranışçı teknikler; aileyle çalışma, depresyon, anksiyete, yıkıcı davranış bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu tanımlı çocuk ve ergenlerle çalışmaya dair bilgilere detaylıca yer veriyor.

Çocuk ve ergenlerle bilişsel terapiyle çalışmak adına alana kazandırılmış önemli bir kaynak olan kitabı okumanızı tavsiye ediyoruz.



Röportaj: Pandemiye Farklı Bir Bakış

Neden İnsanlar Covid-19 Pozitif Tanılarını Saklama İhtiyacı Duyar?

Bu yazı TRT World tarafından hazırlanan metinden çevrilmiştir.

Çeviri: Psk. Ezgi Özdemir

“Toplum tarafından yargılanma korkusundan finansal nedenlere kadar, insanların bir kısmı Covid-19 test sonuçlarını paylaşmaktan çekiniyor.”



Toplum tarafından yargılanma korkusundan finansal nedenlere kadar, insanların bir kısmı Covid-19 test sonuçlarını paylaşmaktan çekiniyor.

İnsanların Covid-19 tanısı aldıktan sonra sosyal mesafe ve karantina kurallarına uyması çok önemli; sonuçta bunlar bu son derece bulaşıcı bir virüsün yayılmasına karşı mücadeleye yardımcı olan önlemlerdendir. Bununla birlikte, birçok kişi Covid-19 test sonuçlarını akrabaları veya yakın zamanda görüştüğü kişilerle paylaşma konusunda giderek daha tereddütlü hâle gelmekte. Öyleyse, pozitif bir tanıyı başkalarından gizlemenin arkasındaki psikoloji nedir?

Avrupa Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nin eski başkanı olan psikiyatrist Profesör Mehmet Zihni Sungur, TRT World'e insanların neden tanılarını gizleme eğiliminde olduklarını anlattığı bir röportaj vermiştir. Dünya böylesine bir krizden geçerken Sungur, bu davranışın, bu görünmez düşmanla başa çıkmanın bir yolu olduğunu söylüyor.

Sungur, her şeyden önce, kişinin hastalığı hakkındaki bilgiyi sınırlamasının temel hakkı olduğunu söylüyor. Buna karşın, bu durumda, özellikle başkalarının hayatında belirleyici olabildiği zaman, pozitif test sonuçlarını gizlemenin kabul edilemez olduğunu belirtiyor.

İnsanların Bir Teşhisi Gizlemesinin Psikolojik Nedenleri



Sungur, "Hayatlarımız, başımıza gelenlerden çok, bizim olanları nasıl algıladığımızla ilgilidir." diyor. İnsanlar öfke, suçluluk, üzüntü, panik, kafa karışıklığı ve utanç gibi çeşitli duygularla tetiklenebilir. Sungur'a göre bu olumsuz duygular, insanların durumu hakkında konuşmasına engel oluyor.

Mehmet Zihni Sungur, pozitif bir Covid-19 sonucunu saklamanın bir başka nedeninin de 'yargılanma korkusu' olduğuna değiniyor.

Sungur, yargılanma korkusunun arkasında 'adil dünya' hipotezinin olduğunu söylüyor. Başka bir deyişle, "İnsanlara bir şey oluyorsa, başlarına gelenleri hak ettikleri algısından kaynaklanmaktadır." diyor.

İnsanlar kendilerini özeleştiriyle yargılayabiliyorlar. Profesör, "Önce kişi kendini eleştiri-

yor, sonra dış dünyanın onu yargılayacağından korkuyor." diye ekliyor.

Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Yrd. Doç. Dr. Nur Soylu Yalçınkaya, "Genel olarak insanların belirsizlik konusunda endişelendiklerini ve bu tür tehdit edici durumlarla başa çıkmak için stratejiler bulduklarını biliyoruz." diyor ve ekliyor;

"Örneğin; Hiçbir belirti göstermemeleri, insanları tanının doğruluğunu sorgulamaya sevk edebilir. Teşhisi yüksek sesle ifade etmek ve başkalarıyla paylaşmak, teşhisi 'gerçek' kıldığı ve hastalık yokmuş gibi davranmayı önlediği için endişeyi artıran bir durumdur."

**"Hayatlarımız,
başımıza gelenlerden
çok, bizim olanları
nasıl algıladığımızla
ilgilidir."**

***“Her önlemi alsak bile,
Covid-19’un yüzde yüz
bulaşmayacağına
garantisi yok.”***

Ek olarak, Covid-19 teşhisi konan kişilerin, tam bir iyileşmeden sonra bile dışlanacakları, çevreleri tarafından etiketlenecekleri ve uzun vadede de dışlanmaya devam edeceklerinden korka-bildiklerini söylüyor.

Yalçinkaya, “Hastalığı gizleme eğiliminin anksiyeteden doğduğu düşünülürken, kaygıyı kontrol etmek önemli hâle geliyor.” diye ekliyor.

Sungur, işlerin tamamen insanların kontrolünde olmadığını söylüyor; “Her önlemi alsak bile, Covid-19’un yüzde yüz bulaşmayacağına garantisi yok.”

Finansal Nedenler

Hem işverenler hem de çalışanlar için gelir kaybı, insanların gerçekleri gizleme isteğinin bir başka önemli nedenidir. Birçok el emeği işinde, insanların hastalık izni alma şansı yoktur.



Öte yandan, kimi insanlar virüse yakalanırsa işlerini tamamen kaybedebilir. ABD Çalışma İstatistikleri Bürosu’na göre, işçilerin ancak yüzde 30’undan azı evden çalışabiliyor.

Özellikle el emeğinin gerekli olduğu sektörlerde, insanlar ücretli hastalık izni alamamaktadırlar. Dolayısıyla bu durum, insanları nihayetinde hastalıklarını gizlemeye ve sonuç olarak potansiyel olarak enfeksiyon oranlarını artırmaya teşvik edebilmektedir.

Hangi Tür Önlemler Alınmalı?

Sungur, Covid-19 teşhisi konularına ne yapmaları gerektiğini adım adım açık bir şekilde anlatan bir dizi kılavuzun hazırlanması gerektiğini vurgulamaktadır.

“Önce iyileş, sağlığına kavuşmak için yapman gereken şeyler var.” ile başlayabileceğini ve “Eğer enfeksiyon kaptıysan panik yapma. Virüsten daha kötü bir şey varsa, o da paniktir. Dolayısıyla bu virüs hepimize bulaşabilir. Bu virüsün enfeksiyonu sizin için utanç verici, aşağılayıcı, değersizleştirici bir şey değil.” diyerek devam edebileceğini belirtiyor.

Yetkililer ayrıca insanlara koronavirüs hastalarına karşı nasıl davranılacağını söylemeli, onları sadece karantinaya göndermemeli.

Yalçınkaya, koronavirüsle ilgili gelişmeleri düzenli aralıklarla, şeffaf, açık ve anlaşılır bir şekilde kamuoyuyla paylaşmanın, kaygıyı azaltmada en etkili strateji olacağını söylüyor.

Yalçınkaya, “Hastalığın en kötü sonuçlarını sık sık hatırlatmak ve korkuyu pekiştirmek beklenen bilinçlilik etkisini yaratmayabilir.” diye ekliyor.

Sungur, insanların başkalarına nasıl davrandıkları konusunda da kendilerine düşen rolü üstlenmeleri gerektiğini ekliyor; “Başkaları tarafından yargılanmak yerine, hastalar şefkatle karşılaşmalıdır.”



“Virüsten daha kötü bir şey varsa, o da paniktir.”

■ Kronik İnsomni ve Bilişsel Davranışçı Terapiler



Dr. Tansu Eda Topaloğlu

Uyku bozuklukları arasında en sık görülen bozukluk insomnidir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda her 3 erişkinden birinin insomni semptomlarını tariflediği, %10-15'inin insomniyle ilişkili günlük yaşamda bozulmalar yaşadığı ve %6-10'unun insomni bozukluğu kriterlerini karşıladığı görülmüştür. Kadınlarda daha sık görülür. %40-50'sindeyse komorbid ruhsal hastalık bulunur.

DSM 5 ve ICSD-3'ün kronik insomni bozukluğu tanı kriterleri birbirine benzerdir.

İnsomni bozukluğu için DSM 5 Tanı Kriterleri: Uyku başlatma, sürdürme veya erken uyanmadan en az birinin eşlik ettiği; uyku miktarı ve kalitesinden hoşnutsuzluk duyulması, uykuda bozukluğun klinik olarak

önemli sıkıntıya veya sosyal, mesleki, akademik, davranışsal ve diğer önemli alanlardan birinde fonksiyonellikte bozulmaya sebep olması, uyku sorunlarının haftada en az 3 gece ve en az 3 ay boyunca olması, uyku bozukluğunun yeterli imkân olmasına rağmen olması, bu durumun başka bir uyku-uyanıklık bozukluğuyla veya eşlik eden ruhsal veya bedensel hastalıklarla daha iyi açıklanmaması, bir maddenin fizyolojik etkisine bağlı olmaması şeklinde belirlenmiştir.

Kronik insomni için International Classification of Sleep Disorders-3 (ICSD-3) Tanı Kriterleri:

"Hasta veya hastanın ebeveyni/bakım vereni hasta için uykuyu başlatmada güçlük, uykuyu sürdürmede güçlük, istenilenden erken uyanma, uygun zamanda yatmaya direnç gösterme veya ebeveynin/ bakım verenin müdahalesi olmadan uyumada güçlük şikâyetlerinden en az birinden yakınıdır.

Hasta veya hastanın ebeveyni/bakım vereni hasta için uyku güçlüğüyle ilgili aşağıdaki 9 maddeden en az birini bildirir:

1. Halsizlik, yorgunluk
2. Dikkat, odaklanma, hafızada bozulmalar
3. Sosyal, aile, mesleki veya akademik performansta bozulma
4. Duygudurum bozukluğu/ irritabilite
5. Gündüz uykululuk
6. Davranışsal problemler (Örneğin; hiperaktivite, impulsivite, agresyon)
7. Motivasyon, enerji ve girişkenlikte azalma
8. Kaza/hata yapmaya eğilim
9. Uykuyla ilgili endişelenme veya uykuyu yetersiz bulma

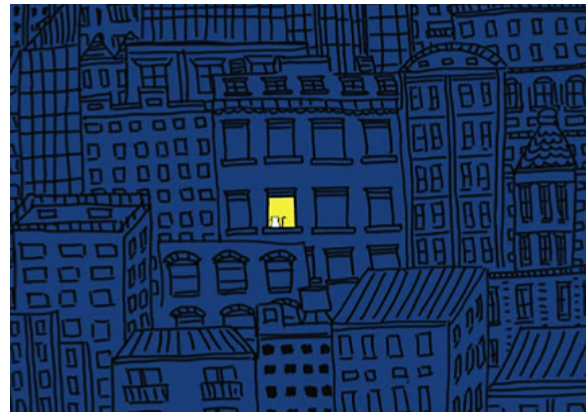
Bahsedilen uyku ve uyanıklık yakınmaları, sadece fırsatın olmaması (uyku için yeterli zamana sahip olmama) veya yetersiz çevre şartlarıyla (güvenli, karanlık, sessiz ve rahat bir ortamın olmaması) açıklanamaz.

Uyku bozukluğu ve ilişkili gündüz semptomları, haftada en az 3 kere ve en az 3 aydır bulunmalıdır ve başka bir uyku bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz." şeklindedir.

ICSD-2 ve ICSD-3 arasında insomniyle ilgili önemli fark; primer ve sekonder insomni ayrımının ikisi arasındaki ayrımın imkânsızlığı nedeniyle terk edilmesidir. Ayrıca ICSD-2'deki primer insomni tiplerinin klinikte kullanımın zor olması ve çoğu hastanın birden fazla sub-tipi karşılaması nedeniyle, tek kronik insomni başlığında toplanmıştır.

Kısa süreli insomni tanısı uykuya ilgili şikâyetler 3 aydan kısa süreli olduğunda konulur. Kısa süreli insomnide, kronik insomniye kıyasla daha sık tetikleyici veya başlatıcı neden saptanır. Diğer insomni bozuklukları kategorisindeyse tipik insomni özellikleri bulunan fakat kronik insomni veya kısa süreli insomni bozukluğu tanısı alabilecek kriterleri karşılamayan olgular bulunur. Ayrıca ICSD-3'te normalin varyantı olarak kısa uykucular ve yatakta uzun zaman geçirenler tanımlanmıştır.

İnsomni modelleri; insomninin gelişimi ve kronikleşmesine psikolojik ve kognitif aşırı uyarılmanın katkıda bulunduğunu, bireylerin yatakta uzun süre uyanık kalma, uyumak için artmış çaba, uyuyamamakla ilgili artmış hayal kırıklığı ve anksiyete, negatif beklentiler, uyku bozukluğu ve bunun sonuçlarıyla ilgili çarpık düşünceler geliştirmek gibi problemler davranışlar geliştirdiğini ve negatif öğrenilmiş yanıtların sürdürücü faktörler



hâlini alabileceğini belirtir.

Sürdürücü faktörler arasında uykuyla ilgili ve uykusuzluğun gün içerisinde yol açacağı sonuçlarla ilgili endişelenmek, insomninin çıkış sebebi ve ne anlama geldiğiyle ilgili çarpık inanç ve tavırlar, duruma uyum sağlamak için maladaptif çabalar ve yatakta uyanık hâlde uzun zaman geçirmek sayılabilir. Uyanık hâlde yatakta uzun zaman geçirmek, uyumak için aşırı çabalama ve bu da uyuyamama durumunda artmış stres ve frustrasyona sebep olur. Zamanla yatak, artmış anksiyeteye ilişkilendirilir.

Bilişsel davranışçı terapinin amacı; kişinin inanç sisteminde uykusuzluğu yönetme konusunda öz-yeterlilik duygusunu artırmaktır. Bu hedefe ulaşabilmek için yapılması gerekenler şöyle tanımlanmıştır:

1. Kronik insomniye sebep olan maladaptif davranış ve bilişleri tanımlamak
2. Kişinin bilişsel çarpıtmalarını fark etmesini sağlamak ve bu kognisyonları uykuyla daha uyumlu hâle gelecek şekilde yeniden yapılandırmak
3. Spesifik davranışçı yaklaşımlar kullanılarak; yatakta uyanık geçirilen süreyi azaltmak, uyumak için sarf edilen eforla artmış uyarılmışlık arasındaki ilişkinin anlaşılmasını sağlamak ve eş zamanlı yatakla rahatlama ve uyku arasındaki ilişkiyi teşvik etmek
4. Ortamın uykuya uygun olmasını sağlamak, sağlıklı uyku alışkanlıkları kazandırmak ve düzenli uyku-uyanıklık programı oturtmak
5. Diğer davranışçı teknikleri de kullanarak uykuyla ilişkili anksiyete ve artmış uyarılmışlığı azaltmak

Amerika Uyku Tıbbı (American Academy of Sleep Medicine, AASM), erişkinlerde kronik insomninin psikolojik ve davranışçı tedavisinde; çok bileşenli kognitif davranışçı terapiyi (CBT-I) güçlü bir şekilde önerirken; klinisyenin eğitimi ve hastanın tercihi doğrultusunda çok bileşenli kısa terapi, uyanık kontrolü, uyku kısıtlaması, relaksasyon terapisinin tek başına kullanılmasını durumsal öneri şeklinde belirtmektedir. Uyku hijyeni eğitiminin tek başına kullanılmasıysa, önerilmemektedir.

Spesifik psikolojik ve davranışçı terapiler, sıklıkla CBT-I (Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia/ İnsomni için Bilişsel Davranışçı Terapi) diye adlandırılmakta, kombine multi-modal tedavi paketi şeklinde kullanılmaktadır. CBT-I; ışık-karanlık maruziyeti, yatak odasıyla ilişkili düzenlemeler ve sıcaklık ayarını içerebilir.



Psikolojik ve davranışsal terapilerin uzun dönem etkililiği konusunda da pozitif sonuçları olan çalışmalar bulunmaktadır.

Komorbid psikiyatrik ve komorbid medikal hastalıkların eşlik ettiği insomni hastalarında da CBT-I'nin etkili olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Komorbid depresyonu olan insomni hastalarında hem yüz yüze hem de elektronik olarak CBT-I uygulanmasının hem depresif hem de uykuyla ilişkili şikâyetleri azalttığı görülmüştür. Alkol kullanım bozukluğu ve insomni olan vakalarda CBT-I ile uykuda düzelmeye birlikte alkol kullanımında azalma gösteren ve bir değişiklik saptamayan çalışmalar bulunmaktadır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve uykusu bozukluğu olan kişilerde CBT-I ile uykusu sorunları ve alkol tüketiminde azalma olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur fakat CBT-I ve TSSB ile ilişkili alıştırma terapisinin aynı anda verilmesi, alıştırma terapisinin uykusuyla ilişkili şikâyetleri de etkileyeceğinden önerilmemektedir.

Kronik insomni bozukluğunda kullanılan bilişsel ve davranışçı terapilere tek tek bakarsak;

İnsomni için KDT (CBT-I): Erişkinlerin kronik insomni tedavisinde insomni için kognitif davranışçı terapi AASM (Amerika Uykusu Tıbbi)

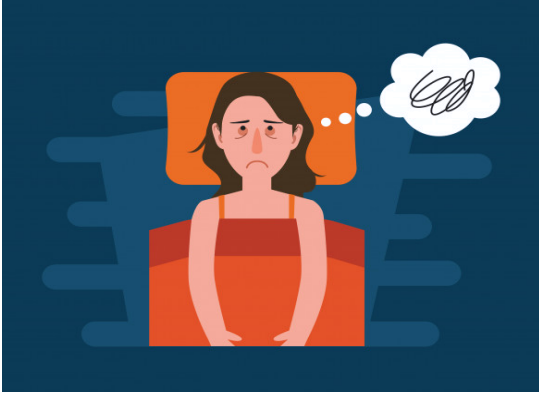


tarafından güçlü olarak önerilmektedir. Psiko-eğitim, uykusu hijyeni, relaksasyon eğitimi, uyarıcı kontrol tedavisi, uykusu kısıtlama tedavisi ve kognitif terapiyi içerir ve genelde 4-8 seanstan oluşur.

Kognitif terapi kişinin uykusuyla ilgili inançlarını ve gerçekçi olmayan beklentilerini değiştirmeyi, uykusu ve sonuçlarıyla ilgili bilişleri daha uygun ve pozitif şekilde yeniden yapılandırmayı amaçlar. Terapinin gidişatında "Uykusu ilacı olmadan uyuyamam."; "Kimyasal dengesizliğim var."; "Uyuyamazsam da dinlenmek için yatakta kalmalıyım."; "Uyuyamazsam hayatım mahvolacak." gibi bilişsel çarpıtmalar hedeflenir.

CBT-I, ilaç tedavisine göre etkisini daha uzun zaman sürdürmektedir.

CBT-I'nin komponenti olarak uykusu kısıtlama uygulamasının yapılması, düşünüldüğünde uykusu kısıtlamasının bazı popülasyonlarda (ağır iş makinesi kullananlar, sürücüler gibi)



kontrendike olabileceği, mani/hipomaniye yol açabileceği ve kontrolsüz nöbetleri olan epilepsi hastalarında kullanılmasının uygun olmayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çoğu vaka, insomni semptomlarında farmakolojik müdahalelerde olduğu gibi hızlı düzelme olmasını ve tedavide kendisinin aktif rol oynamamasını beklemektedir. Hastalara psikolojik ve davranışçı insomni terapilerinin zamanla artan düzelmeler sağlayacağı anlatılmalı ve gerçekçi beklentiler oluşması sağlanmalıdır.

İnsomni için Kısa Terapi (İİKT): Erişkinlerin kronik insomni tedavisinde klinisyenlerin insomni için çok bileşenli kısa terapi kullanması, AASM tarafından durumsal olarak önerilmektedir. CBT-I'in daha kısaltılmış versiyonudur (1-4 seans sürer). Uyku düzenlenmesi, psiko-eğitim, uyaran kontrolü, uyku kısıtlaması ve uyku günlüğüyle ilgili bilgileri içerir.

Uyaran Kontrolü: Erişkinlerin kronik insomni tedavisinde klinisyenlerin insomni için tek başına uyaran kontrolünü kullanması AASM tarafından durumsal olarak önerilmektedir. Yatak ve istenmeyen sonuçlar (uyanıklık, endişe, hayal kırıklığı) arasındaki negatif ilişkiyi ortadan kaldırmak için tasarlanmıştır.

Uyaran kontrol terapisinin amacı; yatak ve uyku arasında pozitif bir ilişki kurmak ve hastaya düzenli bir uyku-uyanıklık düzeni kazandırmaktır:

1. Yatağa yalnızca uykulu olduğunuzda gitmelisiniz.
2. Uyuyamadığınızda yataktan çıkın.
3. Yatak ve yatak odasını yalnızca uyku ve seks amaçlı kullanın (Yatakta kitap okuma, TV izleme gibi aktivitelerden kaçınınız.).
4. Her sabah aynı saatte kalkın.
5. Gündüz uyulamaktan kaçınınız.

Rahatlama Eğitimi: Erişkinlerin kronik insomni tedavisinde insomni için tek başına rahatlama eğitiminin kullanılması, AASM tarafından durumsal olarak önerilmektedir. Rahatlama eğitimi; progresif kas gevşetme, otojenik eğitim gibi bedensel gerilimi azaltmayı amaçlayan teknikleri veya uyku zamanı girici düşünceleri azaltmayı sağlayan meditasyon, zihinde canlandırma gibi teknikleri içerir.

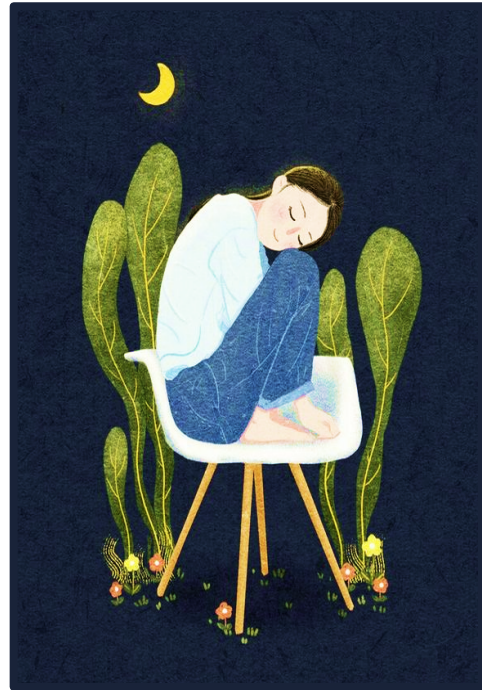
Uyku Kısıtlaması: Erişkinlerin kronik insomni tedavisinde insomni için tek başına uyku kısıtlamasının kullanılması AASM tarafından durumsal olarak önerilmektedir. Uyku kısıtlamasıyla uyku dürtüsünü artırmak ve uyku devamlılığını daha iyi hâle getirmek amaçlanır.

Yönergeler:

1. 1-2 hafta boyunca uyku kaydı tutarak ortalama toplam uyku süresi (OTUS) belirlenir.
2. Yatma ve kalkma zamanı OTUS'a göre belirlenerek 7 gün boyunca uyku etkinliğinin (toplam uyku süresi/yatakta geçirilen zaman) %85'i geçmesi sağlanır.
3. Haftalık süre ayarlaması yapılır: Eğer 7 günlük uyku etkinliği hedefine ulaşılmışsa (>%85) yatakta geçirilen süre 15-20 dakika artırılır. Eğer uyku etkinliği %80'in altındaysa, yatakta kalma süresi 15-20 dakika azaltılır.
4. 7 günde 1 tekrar yatakta kalma süresi belirlenir.

Uyku Hijyeni: Erişkinlerin kronik insomni tedavisinde insomni için tek başına uyku kısıtlamasının kullanılması AASM tarafından önerilmemektedir. Her ne kadar uyku hijyeni tek başına tedavide önerilmese de kronik insomni hastalarında çok bileşenli müdahalelerin içine dahil edilebilir. Uykuyu daha iyi hâle getirecek olan davranışların hastaya öğretilmesini içerir.

Düzenli yatma kalkma saatlerine sahip olmak, sağlıklı beslenmek, düzenli egzersiz, sessiz uyku ortamının sağlanması, uyulamadan, kafeinden ve diğer uyarılardan kaçınmak, alkol, nikotinden ve aşırı sıvı tüketiminden veya yatma zamanı öncesi uyarıcı aktivitelerden kaçınmak gibi önerilerden oluşur.



Biyofeedback Terapi: AASM tek başına kullanımı hakkında öneride bulunmak için yeterli veri olmadığını belirtmektedir. Kişinin fizyolojisindeki bazı değişiklikleri izleyen ve işitsel veya görsel geribildirimde bulunan bir cihaz kullanılır. Amaç bedensel uyarılmayı azaltmaktır.

Paradoksik Niyetlenme: AASM tek başına kullanımı hakkında öneride bulunmak için yeterli veri olmadığını belirtmektedir. Hastanın uyuyamama ve bunun potansiyel sonuçlarıyla ilgili korkularıyla yüzleştirildiği spesifik bir bilişsel terapidir. Amaç kişinin uyku performansı ile ilgili anksiyetesini azaltmaktır.

Kognitif Terapi: AASM tek başına kullanımı hakkında öneride bulunmak için yeterli veri olmadığını belirtmektedir. Uyku ve uykusuzluğun sebep olabileceği sorunlarla ilişkili yanlış inançları belirleme ve değiştirmeyi sağlayan metotlardan oluşur. Uykuyu bozan alışkanlıkları destekleyen veya uykuyla ilgili performans anksiyetesine neden olan işe yaramayan inançları saptamak ve düzenlemeyi amaçlayan yapılandırılmış psiko-eğitim, Sokratik sorgulama, düşünce kaydı, davranışsal deneyleri içeren stratejiler bütünüdür.

Yoğun Uyku Eğitimi (Intensive sleep retraining): AASM tek başına kullanımı hakkında öneride bulunmak için yeterli veri olmadığını belirtmektedir. Bu yeni tanımlanmış tedavinin amacı homeostatik uyku dürtüsünü artırarak uykuya dalmakta zorlanmayı ve uykunun yanlış algılanmasını (sleep misperception: uyuduğu halde uyuduğunun farkında olmamak) azaltmayı hedefler.

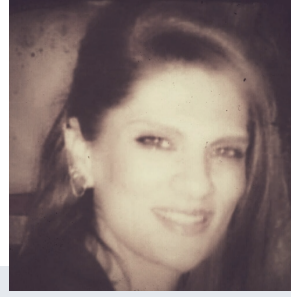
Çok bileşenin bir parçası olarak veya tek başına Mindfulness Terapileri: AASM kullanımı hakkında öneride bulunmak için yeterli veri olmadığını belirtmektedir. Anda farkındalık, kendini kabul ve reaktiviteyi azaltmayı öğreten yapılandırılmış egzersizleri içerir.



■ Kıbrıs'ta KDT Yolculuğu



Psk. Deniz Erkal



Psk. Selen Üstüner

Kognitif davranışçı terapiler eğitimlerine başlarken, bu yolculuğun hem bizi bu denli dönüştürecek bir deneyim olduğundan hem de yolculuğun küçük adamıza da ulaşabileceğinden elbette haberimiz yoktu.

O günlerde tek bildiğimiz, kognitif davranış terapilerinin, klinik görüşmelerde en etkin ekollerden biri olduğu ve bu eğitimin ancak uzun yılları ve yolları göze alarak ulaşılacak bir eğitim olduğuydu.

2008 yılının başlarıydı, kliniklerimizde danışan görmeye başlayalı birkaç yıl olmuş ve biz kendimizi giderek artan bir bilgi ihtiyacı içinde hissediyorduk. O yıllarda, ülkemizde psikoterapi eğitimi olarak sadece birkaç eğitim açılmıştı ve ne yazık ki bu eğitimler, bizi veya meslektaşlarımızı tüm dünyada kabul gören ekollere yaklaştırma konusunda yetersizdi.

Tam o dönemde, Selen'in bir İstanbul yolculuğunda bir kongreye katılımıyla, değerli hocamız Mehmet Sungur'la yolları kesişti. O gün orada, hem KDT derneği hem de eğitimlerle ilgili bilgi alma şansı oldu. Hem sembolik hem de gerçekten uçarak adaya döndü ve ihtiyacımız olan eğitimi bulduğunun müjdesini verdi. Artık geriye sadece hayatlarımızı ayda 1 kez İstanbul'a uçacak şekilde organize etmek kalmıştı. Planlar yapıldı ve bir sabah erken saatlerde ilk yolculuk başladı.

Bir pazar günüydü ve uykusuz gözlerle KDT derneğinin o dönemki yerinde, Mehmet Hoca'mızın kliniğinde ilk derse girdik. Biraz çekingen, biraz şaşkındık.

İlk ders başladı. Ve daha o gün orada, Selen'in de söylediği gibi, ait olduğumuz yeri bulmuş olduğumuzu fark ettik.

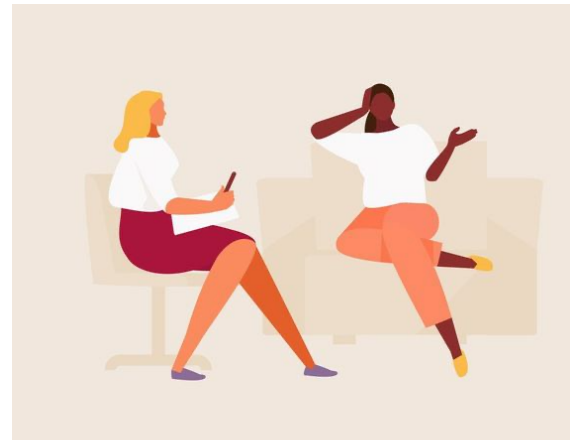
İstanbul yolculukları, dersler, tüm değerli eğitmenlerle tanışmalar sürüp giderken, sadece mesleğimizin değil; tüm hayatımızın da bu yolculuğun içinde şekillenmeye başladığını fark ediyorduk. Bu bizim için mesleki bir yolculuk olmaktan çıkmış, adeta bir hayat okulu misali, bize farklı bakış açıları kazandıran, düşüncelerimizi değiştiren, kognisyonlarımızı yeniden yapılandıran ve duygularımızı, dolayısıyla kişiliğimizi de kalıcı olarak şekillendiren bir deneyime dönüşmüştü.

Bu dönüşüm devam ederken, bir yandan da hem kliniklerimizi bir araya getireceğimiz hem de kognitif terapileri temsil edeceğimiz bir merkezin oluşumu için Mehmet Hoca'mız ilk fikirleri ortaya koymaya başlamıştı. Adada hâlâ psikoterapi alanındaki eğitimler yetersizdi. Özellikle kognitif terapi alanını temsil eden, değil bir eğitim; tek bir psikolog veya psikiyatrist bile yoktu.

Hayatımızın hiçbir döneminde düşünceden eyleme hızlı geçişler yapamamış iki arkadaş olarak, bu düşünceleri zihnimizde donduruyor ancak hayata geçiremiyorduk.

Elbette bizi düşündüren, kaygılandıran çok gerçekçi sorunlar da vardı. Adanın kuzeyinin, uluslararası bir tanınmışlığının olmaması ve güneyde, Avrupa Birliği üyesi olan Kıbrıs Cumhuriyeti'nde Kognitif Davranışçı Terapiler Derneği'nin kurulmuş olması, bizi düşündüren ilk etkendi. Merkezi açsak bile, uluslararası tanınırlığı olan bir eğitimin adanın kuzeyine getirilmesi mümkün olacak mıydı? Güneydeki meslektaşlarımız bu girişimi olumlu karşılayacak mıydı?

Bu soruların cevaplarını aradığımız zamanlarda, artık eğitimin de sonuna gelmiş, KDT terapisti unvanlarımızı 2014 yılında İstanbul'da düzenlenen EABCT kongresinde alma şansına erişmiştik. Böylece, Kuzey Kıbrıs'ta bu unvana sahip ilk psikologlar da olmuştuk. Diplomalarımızı aldığımız andan itibaren de bizim için bu sürecin sadece eğitimini ve diplomasını aldığımız bir eğitim





“...almış olduğumuz bu eğitimi, adadaki meslektaşlarımızla da paylaşmanın artık bir sorumluluğa dönüştüğünü hissediyorduk.”

meselesi olmadığını iyice anladığımız bir değerlendirme süreci de başlamış oluyordu. Bir yandan hayatımızın çok önemli bir parçası hâline gelmiş değerli hocalarımızı hayatımızın sadece bir döneminde bırakıp onlar olmadan meseleye devam etme fikri imkânsız geliyordu; bir yandan da almış olduğumuz bu eğitimi, adadaki meslektaşlarımızla da paylaşmanın artık bir sorumluluğa dönüştüğünü hissediyorduk.

Bu noktada, değerli hocamız Mehmet Sungur’un eğitimden sonra da bizi hiç yalnız bırakmadığını, desteklemeye devam ettiğini ve aslında eğitimlerin Kıbrıs’a gelişinde bu istikrarlı desteğin önemini vurgulamak isterim. Gerek bizim kendisinden aldığımız süpervizyonlarda, gerekse kendisinin Kıbrıs’a geliş gidişlerinde bu konularla ilgili görüşmelerimiz hep devam etti. Mayıs 2016 tarihinde, kendisiyle İstanbul’da bulduğumuz bir süpervizyon gününde, artık harekete geçmemiz gerektiğiyle ilgili son ve sert uyarıyı aldık. Galiba ihtiyacımız olan buydu. Mayıs sonunda merkezimizin binasını bulmuştuk; ağustos ayındaysa, merkezimizin açılışını yapıyorduk.

Merkezimizin açılışını, ülkemizin ilk kadın psikoloğu Meral Akıncı yaptı.

Hemen ardından da Ekim 2017’de KDT Derneği aracılığıyla, Kıbrıs’ta ilk kez, Kognitif ve Davranış Terapileri eğitimleri başladı. Böylece hem biz, çok özlediğimiz değerli hocalarımızla yeniden bir araya geliyorduk hem de ülkemizdeki meslektaşlarımız bizim uzun yolları göze alarak ulaştığımız bu eğitime, çok daha kolayca ulaşmış oluyordu.

O günden bugüne, ilk grubumuzun teorik eğitimleri bitti; süpervizyonlarıysa bitmek üzere. Kuzey Kıbrıs’ta kognitif terapilere dair, bilinçli bir bakış açısı yavaş yavaş oluşmaya başladı. Ancak hâlâ yürüyecek uzun bir yolumuz var.

Kıbrıs’ta KDT yolculuğu, KDTD katkısı ve desteğiyle uzun yıllar devam edecek.

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

Üyelik için gerekli evraklar:

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

Derneğimize üyeliğin avantajları:

- Derneğimiz Avrupa Davranış ve Kognitif Terapileri Birliği (EABCT) üyesidir ve ülkemizde eğitimleri EABCT tarafından akredite edilen ilk dernektir. Dernek eğitimlerinden, dolayısıyla EABCT onaylı terapist ünvanı kazanma hakkından sadece dernek üyeleri faydalanmaktadır.
- Derneğimiz EABCT onaylı düzenli eğitimlerinin yanı sıra yıl içinde eğitim imkanını artırmak için çeşitli çalışma grupları düzenlemektedir, dernek üyelerimiz bu çalışma gruplarına indirimli ücret ödeyerek katılabilmektedir.
- Derneğimiz 2001 yılında EABCT, 2011 yılında ICCP kongreleri gibi KDT alanındaki en büyük iki kongreyi İstanbul'da düzenlemiştir. Ayrıca 2017 yılında yapılacak EABCT kongresini düzenlemiştir. Derneğimiz üyeleri, üye olmak için ödedikleri ücretten daha fazla bir indirimini yalnızca bu kongreye ve çalışma gruplarına kayıt yaptırarak geri almışlardır.
- Derneğimiz 2 yılda bir KDTD Ulusal Kongresi'ni düzenlemektedir. Dördüncü ulusal kongremiz 2019 yılında İstanbul'da düzenlenecektir. Derneğimiz üyeleri yine üyelik için gereken ücretin üstünde bir indirimle bu ve önümüzdeki yıllarda düzenli olarak düzenleyeceğimiz ulusal kongrelere ve kongre öncesi çalışma gruplarına katılma imkanı bulacaklardır.
- Derneğimiz üyeleri, iletişim ağıımız sayesinde yukarıda sözü edilen eğitim faaliyetleri ve kongrelerden öncelikli olarak haberdar olma şansını yakalayacaktır.
- Derneğimizin bir amacı da benzer ilgi alanlarına sahip üyelerimizi aynı çatı altında buluşturmaktır. Haberleşme ağıımız sayesinde üyelerimizin birbiriyle iletişim içinde olması da sağlanmaktadır.

- Derneğimizin temel amacı, KDT alanında kurumsal bir yapıyı yerleştirmek, terapist yetiştirme alanında standart bir etiğim uygulamaktır. Derneğimiz üyeleri yukarıda sözü edilen avantajların yanı sıra bu kurumsal yapının çeşitli getirilerinden de faydalanma şansı bulacaklardır.
- Dernek üyelerimiz düzenli olarak çıkan bu bülteni belirli aralıklarla ücretsiz alma fırsatına sahip olacaklardır.
- Dernek üyelerimize IACP (Uluslararası Kognitif Terapiler Birliği) üyeliği indirimli olarak sağlanacaktır.

KDTD Başkanı

Mehmet SUNGUR

**E-Dergi İmtiyaz Sahibi ve
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü**

Mehmet SUNGUR

Genel Yayın Yönetmeni

Burcu SEVİM

Editör

Irmak UZUN

Grafik Tasarımcı

Özüm FIRAT

Yayın Kurulu

Özüm FIRAT

Berk KALKAN

**KOĞNİTİF
DAVRANIŞÇI
TERAPİLERİ
DERNEĞİ**

Plajyolu Sokak Çamlar Apt. Kat 1 No: 33 D: 2

Caddebostan – İstanbul

Tel: 0 216 411 21 73

www.kdtd.org.tr

ISSN: 2459-2102

