



BDPD
Bilişsel Davranışçı
Psikoterapiler Derneği

3

**Uluslararası
Katılımlı
Bilişsel Davranışçı
Psikoterapiler
Kongresi**

29 Eylül - 2 Ekim 2022, Ankara

**KONUŞMA
ÖZETLERİ**

***SPEECH
SUMMARIES***

Putting Science into Practice: How Research Helps to Improve CBT for OCD

Adam S. Radomsky

Concordia University, Canada

One of the most impressive things about cognitive-behaviour therapy (CBT) is that it was designed to change and to be changed by advances in science. Bidirectional connections between the clinic and the laboratory are essential to fostering advances in CBT, and effective CBT interventions for obsessive-compulsive disorder (OCD) are an impressive exemplar of the benefits of these important connections. Further, studies employing experimental methods have some unique properties that have lent themselves well to these improvements over time. This presentation will highlight in two domains how reports and comments from individuals struggling with OCD, advances in theory, and laboratory experiments have helped to shape improvements in our understanding and ability to treat

OCD, moving forward from older behavioural treatments to modern cognitive approaches. Early research on memory deficits in OCD and reports of those with lived experience led to experiments which shaped our understanding of the role of memory (and of memory confidence) in OCD. These in turn led to detailed examinations of psychological mechanisms underlying memory-related beliefs, confidence, doubt and compulsive checking, which have now been shown to be helpful in treatment. Other belief domains will be highlighted as potentially fruitful, including novel and recent experimental work on beliefs about losing control, and of their potential to improve our understanding and treatment not only of OCD, but also of a wide range of other mental health problems.

Kaygıyı İzleyen Davranışsal Bağımlılıklar: Karmaşık Kopuk Korungan Modlarla Çalışma

Elizabeth Lacy

Tanım

Hem terapistler hem de danışanlar için anlaşılması, çalışılması ve tedavisinde bağımlılıklar ve kompulsiyonlar en zor davranışlardan bazıları olabilir. Bu özellikle yakınlık ya da cinsel sorunlar için doğru olmakta birlikte bu tüm kimyasal ya da süreç bağımlılıklarıyla ilişkilidir. Bağımlılıklar düzeltici duygusal deneyimleri engelleyen denge bozucu, yıkıcı davranışlara neden olan diğer kişilik bozukluklarının yanı sıra borderline kişilik bozukluğu ve narsistik kişilik bozukluğu için genelde güçlü bir özelliktir.

Bu çalışma grubunda bir vaka kavramsallaştırmasını netleştireceğiz, bağımlılık davranışlarını besleyen çekirdek şemaları ve modları tanımlayacağız, şemaları iyileştiren ve sağlıklı yetişkini güçlendiren etkili müdahaleleri öğreneceğiz. Öfke, kızgınlık, hayal kırıklığı, utanç ve umutsuzluk duygularını tetikleyebilen bu popülasyonla çalışma konusuna terapistin kendi tepkilerine özel bir yer vereceğiz.

Öğretim Yöntemleri

Çalışma grubunun didaktik kısmında PowerPoint sunumları ve danışan seanslarından video kayıtlar kullanarak öğrenme hedeflerinin terimlerini, fikirlerini ve süreçlerini netleştireceğiz. Öğrenme hedeflerini güçlenmesi için değerlendirme tekniklerinin, temel müdahalelerin ve terapötik tarzların nasıl kullanılabileceğini göstermek için katılımcılar ile Rol-Play gösterileri kullanılacak. Bu deneysel ve diğer teknikleri içerebilir. Daha fazla öğrenme için katılımcılar kendi spesifik vakalarını çalışma grubu esnasında rol-play'ler ile canlandırmaları konusunda cesaretlendirilecektir.

Özellikle danışanın modları birleşiyorsa ve karışıkta kendini yatıştırıcı, heyecan arayan, ayrılma ve aşırı telafi modları cinsiyet, kimyasal ya da diğer bağımlılıklarda birçok farklı şemayı ve modu terapist içinde tetikleyebilir. Kendisine, terapistlerine, partnerlerine ve ailelerine yıkım ve acı getirmesine rağmen danışanın içinde değişime karşı yoğun bir çelişki vardır. Genelde bizim için empatik kalmak zordur. Tepkileri kendi içimizde normalleştirmek ve bunların şema ve mod aktivasyonu olduğunu hatırlamak terapi odasındaki başarılı sonuç için zorunludur.

Gerçek vaka örnekleri sırasında kendini açma ve katılımcıların vakaları, güvenli bir ortam yaratmak, terapistlerdeki yaygın tepkileri keşfetmek için kullanılacaktır. Bu zorlu modları ve davranışları bulunduran bağımlı danışanlar terapist için genellikle terapötik süreci engelleyen öfke, yetersizlik, hayal kırıklığı, utanç ve umutsuzluk duygularını tetiklerler. Doğru vaka kavramsallaştırma sürecinde kendini anlama,

kendi şemalarını iyileştirme ve empatik uyum düzeltici duygusal deneyimlerin uygulanmasına yardımcı olacaktır.

Öğrenme Hedefleri

- Şema terapiye kısa bir bakış
- Temel karşılanmayan ihtiyaçları tanımlamak, bağımlılık bozukluklarında şemalar ve modlar
- Yakınlık bozukluklarına özel vurgu ile bağımlılık bozukluklarının kendine özgü sorunlarını ele alan vaka kavramsallaştırmasını ve detaylı değerlendirmeyi yapmayı öğrenmek
- Davranışın fonksiyonlarının kendine zarar verici ya da yaşam tarzı seçimi olup olmadığını nasıl tanımlandığı. Örneğin Polyamory ya da yakınlık bozukluğu
- Özellikle yakınlık bozukluklarında kendine zarar verme davranışının kendisini, karşılanmayan temel ihtiyaçları tanımlamak için değerlendirme sırasında kullanmak
- Terapistin "duruşu"nu bağımlılık bozukluklarının spesifik modları bağlamında empatik yüzleşme, sınır belirleme, sınırlı yeniden ebeveynliği içeren bir anlayış geliştirmek. Bağımlılık bozukluklarında doğru müdahaleyi yapmak için modun köklerini ve işlevini anlamak kritiktir.
- Savunmasız çocuğun karşılanmayan ihtiyaçlarını karşılarken danışanların kendini zarar verme, ayrılma ve aşırı telafi etme modlarından daha sağlıklı yetişkin modlarına geçmesine yardım eden temel müdahale stratejilerini öğrenme
- Cinsel bağımlılığı ve kompulsif ilişkide aşırı telafi etme modu ile birleşik ayrılma-kendini yatıştırma modlarını tanımlama
- Terapi odasındaki düzeltici duygu deneyimleri sırasında yeni doğan gelişimsel ihtiyaçları karşılamak için temel müdahaleleri pratik etmek
- Terapötik ilişkideki bağlantı, şema terapisinin tümünde temel bir faktördür. Ancak ahlak ve değerlerimizle zıtlaşan davranışlara verilen tepkiler nedeniyle popülasyonda göz yaşları genellikle ortaya çıkar. Süren terapötik ilişkinin değerlendirilmesi, onarılması ve geliştirilmesinin çeşitli yöntemleri gösterilecek ve pratik edilecektir.
- Bu bozukluklara özel olarak terapistteki hayal kırıklığı, kızgınlık, utanç, umutsuzluk, kınama gibi yaygın anlaşılabilir tepkileri tanımlamak

Yeme Bozukluklarının Değerlendirilmesi ve Yönetimi

Fiona McNicholas

Ruh sağlığı sorunları arasında yeme bozuklukları en yüksek ölüm oranıyla en ciddi hastalıklardır. Yaşamın erken dönemlerinde başlayıp uzun süreli olması ile yıkıcı bir etkiye sahip olabilirler ve bu durum aileler için büyük bir bakıcı yükü oluşturur. Sık sık kaygı ve depresyon gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla ortaya çıkarlar ve enerji dengesizliği önemli tıbbi risklerle sonuçlanır. Yüksek oranlı tıbbi uyumsuzluk ve komorbidite göz önünde bulundurulduğunda; klinisyenlerin semptomları tanımlanma, hedefleme ve tedavi esaslarını ayarlamaya yardım edebilmesi için kapsamlı bir değerlendirme yapabiliyor olmaları gerekir.

Bu konuşma gençlerde başlıca yeme bozukluklarının türleri onların sıklığı ve sonuçları üzerinde genel bir bakış sunmaktadır. Bu interaktif çalışma grubu değerlendirme için basit bir çerçeve (IF-ME) önermekle birlikte klinik değerlendirmenin önemli parçalarını gözden geçirmektedir. Vaka kesitlerinin kullanılması ile klinisyenler değerlendirmede, izlemede ve yeme bozukluğu olan gençleri tedavi etmede en iyi değerlendirmeyi nasıl yapabilecekleri konusunda bilgili olacaklardır. Etkili tedavide çok disiplinli ekibin kritik rolü ve aileleri desteklemek için gereklilikler ana hatlarıyla anlatılacaktır.

Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yönetimi

Fiona McNicholas

Yeme bozuklukları, 15-24 yaş arası çoğunlukla ergen kızları olumsuz etkileyen bir hastalık grubudur. Bireyi fiziksel, duygusal ve davranışsal açıdan etkilemekle birlikte, aile veya bakım veren için önemli ölçüde sıkıntıya neden olur. Tüm psikiyatrik rahatsızlıklar arasında en yüksek ölüm oranına sahip olan gruptur. Covid-19 esnasında, sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklarla birlikte başvuru oranları giderek artmaktadır. Ergen ve ailesi üzerindeki etkisi göz önüne alındığında, etkili tedavilerin belirlenmesi oldukça önemlidir. Tedavi başarısının anahtarı olarak ebeveynlerin esas rolünü destekleyen çok

sayıda kanıt vardır ve Aile Tabanlı Tedavi (ATT), rehberle dayalı bir terapi olarak birinci basamak tedavide önerilmektedir.

Bu konuşmada, ergenlerde görülen başlıca yeme bozuklukları türleri hakkında genel bir bakış sunulacak, pandemi sırasında artan oranlar incelenecek, ve Anoreksiya nervoza tanılı ergenler için ana tedavi yöntemlerinden biri olan ATT'ye vurgu yapılacaktır. Ayrıca diğer yeme bozuklukları türleri için tedaviler sunulacak ve klinisyenlere değerlendirme ve teşhiste yardımcı olmak için basit bir model tanılandırma metodu gösterilecektir.

Treating the Existential Uncertainty of the Early-Onset Persistent Depressive Disorder Patient

James McCullough

The current lecture will seek to address the theme of The 11th Congress of Cognitive Behavioral Psychotherapies, Living with Uncertainty, using the early-onset chronically depressed patient as the example of a person living with uncertainty. The early-onset Persistent Depressed Disorder (PDD) patient presents an appropriate pathological example of one who perpetually lives out a lifestyle of existential uncertainty. The dilemma derives from an etiological developmental history of maltreatment which has inhibited maturational growth in the cognitive and emotional areas; it has left the individual functioning in a preoperational manner (Piaget, 1926). These cognitive and emotive limitations make the person a difficult candidate for therapy unless psychotherapists begin treatment cognizant of the patient's maturational problems. CBASP is an interpersonal model of treatment designed specifically to address the idiosyncratic immature problems of the chronic patient. Patients begin therapy dominated by a fear-avoidant lifestyle which has separated them perceptually

from any informing input from the interpersonal environment. Their isolation stems from toxic early experiences learned while living with maltreating caregivers.

Several CBASP treatment techniques such as the Significant Other History, the Interpersonal Discrimination Exercise, Situational Analysis, and the therapist's role of Disciplined Personal Involvement will be described to show how they address the uncertainty problems of the patient. Patients who are unable to control their emotions and who are perceptually disconnected from the environment face uncertainty at every turn. Their modal interpersonal styles of rigid detachment, withdrawal, and submission further potentiate felt isolation. These stylistic interpersonal patterns make the patient unable to compete effectively on any level with their peers - in the family, at work, or in social areas. The good news is that these immature individuals may mature over the process of treatment and achieve formal operational thought as well as learn effective assertive behavior.

Cazip Zorluklar: İnhibitör Öğrenmeyi Kullanarak OKB için Maruz Bırakma Terapisini Optimize Etmek

Jonathan Abramowitz

Maruz bırakma terapisi kaygı için oldukça etkili olmasına rağmen, birçok kişi tedaviden sonra bir noktada korku geri dönüşü ("nüks") yaşamakta veya fayda sağlamamaktadır. Maruz kalma terapisinin en yeni modelleri ise, kısa ve uzun vadeli iyileşmeyi optimize etmek için belirli uygulama tekniklerine işaret eden, korku sönmesine dair inhibitör öğrenme teorisine odaklanır. Bu stratejiler -alışmanın aksine- sıkıntı toleransının altını çizmekte ve hastaları öğrenmeyi genelleştirmeye yönlendirerek maruz bırakma seanslarına "cazip zorluklar" getirir. Bu atölye çalışması, klinisyenlerin maruz kalma tedavisini optimize etmek için bu modeli uygulamalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Önce inhibitör öğrenme modeli açıklanacak ve geleneksel yaklaşımlardan ayırt edilecektir. Daha sonra inhibitör öğrenmeyi optimize etme stratejileri tanıtılacak ve ayrıntılı olarak gösterilecektir. Bu stratejiler; tehdide dayalı beklentileri

olumsuzlamak için maruz kalmayı çerçevelemeyi, maruz kalmaya değişiklik getirmeyi, korku ipuçlarını birleştirerek güvenli öğrenmeyi derinleştirmeyi, afekti etiketlemeyi ve dikkat odağını hedeflemeyi içerir.

Bu oturumun sonunda, katılımcılar şunları yapabileceklerdir:

- Maruz bırakmaya yönelik inhibitör öğrenme yaklaşımını geleneksel duygusal işleme yaklaşımından ayırt etmek.
- Yalnızca sıkıntıya alışmaya (azaltmaya) güvenmek yerine, maruz kalma sırasında sıkıntıya toleransı teşvik etmenin neden önemli olduğunu açıklayabilecek.
- Öznel rahatsızlık dereceleri yerine maruz bırakma tedavisi sırasında beklentilerdeki değişiklikleri izleme yöntemlerini tanımlayabilmek.
- Maruz bırakma seanslarına değişkenliğin nasıl dahil edileceğini açıklayabilmek.

İyileşme Odaklı Bilişsel Terapi: Belirsiz Zamanlarda Dayanıklılık OluŐturma

Judith Beck

İyileŐmeye Yönelik Bilişsel Terapi (CT-R), orijinal olarak Aaron Beck ve Paul Grant tarafından ağır bir zihinsel sağlık durumu teŐhisi konmuŐ olan (örneğin, Şizofreni) bireyler için iyileşme, zindelik ve esnekliği teşvik etmek için geliştirilmiş, ampirik olarak desteklenen bir yaklaşımdır. CT-R artık depresyon, anksiyete ve çeşitli diğer durumlar ve komorbiditeleri olan ayaktan hastalar için uyarlanmıŐtır. Hangi zorluklarla karŐılaŐırlarsa karŐılaŐınsınlar, hangi koŐullara sahip olurlarsa olsunlar, bireyler arzuları ve değerleri doğrultusunda istedikleri hayatı sürdürebilirler.

CT-R, kişinin en iyi benliğini ortaya çıkaran olumlu deneyimler yaratmayı ve benlik (örneğin, yapabilirim; değerliyim), diğerleri ve dünya (örneğin, değer görüyorum; güvendeyim) ve gelecek (örneğin, hayatımı daha iyi hale getirebilirim; diğer insanlara yardım edebilirim) hakkındaki olumlu inançları pekiŐtirmek için bireylerin bu deneyimler hakkında uyarlanabilir sonuçlar çıkarmasına yardımcı olmayı vurgular. CT-R, bireylerin dayanıklılıklarını güçlendiren zorluklar karşısında uyarlanabilir başa çıkma stratejilerini tanımlarına ve kullanmalarına yardımcı olmaya odaklanır.

Bu oturum, bir dizi bozukluğu olan bireylerin vaka örnekleriyle gösterilecek CT-R'yi tanıtacaktır. Eğiticiler, tedavinin nasıl yapılacağı gibi bazı temel bileşenleri göstereceklerdir.

- (1) kişinin en iyi benliğini ortaya çıkaran uyarlanabilir yaşam biçimlerine erişim;
- (2) dönüŐtürücü yaşam özelemlerini ve temeldeki temel değerleri işbirliği içinde belirlemek;
- (3) bireyselleştirilmiş bir amaç duygusuna bağlanan günlük olumlu eylemi teşvik etmek ve
- (4) davranışsal, sosyal ve diğer zorluklar karşısında dayanıklılığı güçlendirmek ve geliştirmek.

Ayrıca, terapistlerin belirsiz ve potansiyel olarak korkutucu zamanlarda güçlendirmeyi teşvik etmek için yönlendirilmiŐ keŐifle birleŐtirilmiŐ deneyimsel stratejileri nasıl kullanabileceğini göstereceğiz.

Özen ve Şefkat Motivasyonu Bilişsel Davranışçı Müdahaleleri Nasıl Destekleyebilir?

Paul Gilbert

Şefkat odaklı terapi motivasyon odaklı bir terapidir. Bu da savunmacı ve rekabetçi motivasyonlarla kıyaslandığında, 'özen' motivasyonunun bizim fizyolojik ve psikolojik süreçlerimizi oldukça farklı biçimde düzenlediği gerçeğine vurgu yapmaktadır. Bireyler kendilerini özen ve şefkate yönlendirdiğinde, dikkat ve bilişsel süreçlerini -tehdit ve rekabetten farklı bir yolla- düzenleyen bir dizi fizyolojik süreci de uyarılmış olurlar.

Bu çalışma grubu, şefkatli benlik (kimlik) ve şefkatli zihnin kavramsallaştırılması ve geliştirilmesi yoluyla katılımcılara tehdit işlemeyi belirli yollarla ele almaya yardım eden bir yol gösterecektir. Aynı zamanda, güvenli bir bölge ve güvenli bir sığınak geliştirme yoluyla özen davranışının doğasını anlamaya ve bu işlevlerin şefkatli bir zihin geliştirme açısından nasıl uygulanabileceğine yönelik katılımcılara rehberlik edecektir. Böylece şefkatli zihin, fizyolojik işaretleriyle

Öğrenme hedefleri:

- Özen davranışlarını destekleyen evrimsel ve fizyolojik sistemleri anlamak

- Tehdit düzenlemesinde, keşfedici davranışta ve olumlu duygulanımda teşvik edici özen odaklı güdülerinin nasıl önemli bir rol oynayabileceğini anlamak
- Şefkatli zihin eğitimi yoluyla bu sistemlerin nasıl kullanılabileceğini öğrenmek

Herhangi ek bir bilgi için bakınız:

www.compassionatemind.co.uk

Kaynaklar

- Gilbert, P & Simos, G (in press) *Compassion Focused Therapy: Clinical practice and applications*. London. Routledge.
- Gilbert, P. (2020). *Compassion: From its evolution to a psychotherapy*. *Frontiers in psychology* 11, doi:10.3389/fpsyg.2020.58616 (open access)
- Music, G (2017). *Nurturing natures attachment and children's emotional social cultural and brain development*. Second edition. Routledge
- Holmes, J., & Slade, A. (2017). *Attachment in therapeutic practice*. London: Sage.

Psikoterapide BütünleŐtirici Bir Süreç Olarak Şefkat

Paul Gilbert

Psikoterapinin bir dizi biyopsikososyal süreç ile birlikte insanlara yardım etmeyi içerdığı genel olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle psikoterapi araştırmaları, müdahalelerin otonom sinir sistemi, bağışıklık sistemi ve çeşitli kortikal sinir devreleri gibi fizyolojik süreçleri nasıl etkilediğini giderek daha fazla araŐtırmaktadır ve belirli süreçlerin hedeflenmesi için belirli müdahaleler geliŐtirilmeye başlanmıştır. Farklı psikoterapiler, motivasyonlar, duygular gibi farklı psikolojik süreçleri ve muhakeme, mindfulness ya da zihinselleŐtirme gibi bilişsel süreçleri hedefleme eğilimindedir ama büyük farkındalık ile birlikte bu oldukça interaktif bir süreçtir. İnsanların sosyal

olarak uyumlu olduğu ve çoğu temel psikofizyolojik süreçlerimizin ilişkilerimiz ile düzenlendiği oldukça kabul görmektedir. Erken dönem deneyimlerimiz ve bize nasıl bakım verildiği vücudumuzun beyni üzerinde büyük etkilere sahip olabilir ve hatta epigenetik profilimiz de zihnimizin değerleri ve benlik algımız için açık çıkarımlarla birlikte olgunlaŐır. Şefkat odaklı terapi özenin nasıl gelişebileceği ve bir dizi duygu, kendini düzenleme ve kendimiz ya da başkaları için toplum yanlıŐı davranışları destekleyen bir dizi fizyolojik sistem ile geliştirilmiş Şefkat motivasyon süreçlerine odaklanır.

Psikolojik ve Tıbbi Eşanlı Durumlar için BDT

Robert Friedberg

Pediyatrik popülasyonda psikolojik bozukluklar ve tıbbi durumlar sıklıkla birbirine eşlik etmektedir. Özellikle, anksiyete ve depresyon sıklıkla hem kronik hem de akut fiziksel hastalıklarla birlikte ortaya çıkar. Çoğu zaman, iki durum arasında bir durumda alevlenme ile diğer problemde kötüleşmeye katkıda bulunan karşılıklı bir etkileşim vardır. Bu nedenle, bu durumlara yönelik etkili psikososyal müdahaleye ihtiyaç vardır. Neyse ki, BDT bu zorluğun üstesinden gelmek için iyi bir

donanıma sahiptir. Bu çalışma grubu katılımcılara, eşlik eden fiziksel hastalıkları olan pediatrik hastalara yönelik BDT'de nasıl modüler bir yaklaşım benimseyebileceklerini göstermeyi amaçlamaktadır. Atölye, modüler BDT'ye temel bir genel bakışla başlayacak, ardından bu araçların tıbbi uyumsuzluk ve tıbbi prosedürlerle ilgili korkuların (örneğin ilaçlar, iğneler, vb) yanı sıra eşlik eden anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarının tedavisinde kullanımını göstererek devam edecektir.

Kayıp ve Yas için Kabul ve Kararlılık Terapisi

Russ Harris

Sevilen birinin ya da işin kaybı, bir ilişkinin sona ermesi, ciddi bir hastalık ya da küresel bir salgın bizi yere sererken ve dünyamızı alt üst ederken bizi bu duruma gerçekten hazırlayan bir şey pek yoktur. Acımız bu zamanlarda bize dayanılmaz görünebilir. Ama bir umut hep vardır. ACT, insanların bu zorlu yaşam süreçlerinden sağlam bir biçimde geçebilmelerine, birlikte gelen acılarla etkin bir şekilde başa çıkabilmelerine ve hatta deneyim yoluyla büyümelerine yardımcı olmak için şefkatli, bilgece ve pratik bir model sunar. Bunun da ötesinde, ACT bize danışanların karmaşık yas sürecinden geçmelerine yardımcı olmak için ihtiyacımız olan tüm becerileri verir.

Bu yarım günlük çevrimiçi eğitim; yas, fiziksel sağlık veya önemli bir ilişki kaybı gibi kayıplarla başa çıkmak için ACT stratejileri sunmaktadır.

Danışanlarınızın zor düşüncelere, duygulara, hislere ve anılara kapılarını açmalarına ve onlara kapılıp gitmeden onlara yer açmalarına nasıl yardımcı olacağınızı ve aşağıdakileri nasıl yapacağınızı bu çalışma grubunda bulabilirsiniz:

- nazik ve destekleyici bir şekilde kendileri için orada olmak
- kayıpları karşısında cesur bir tavır takınmak
- her seferinde küçük bir adımla hayatlarını yeniden inşa etmelerine yardımcı olmak.

Kaygı Bozukluklarını Anlamak

Satwant Singh

'Küresel Hastalık Yüğü ve Risk Faktörleri' çalışması dünya genelindeki en engelleyici iki psikolojik durumun ilk 25 neden arasında da yer alan kaygı ve depresyon bozukları olduğunu göstermiştir (GBD, 2019). Bu çalışma grubu klinisyenlerin kaygı bozuklarını sürdüren kritik mekanizmaları ve kaygı bozuklarının tedavisindeki bilişsel davranışçı

stratejileri anlamalarına yardımcı olmak için tasarlandı. Bu interaktif çalışma grubu, katılımcıları kaygı bozukları örneğın panik bozukluk için tedavi planlarını, davranış deneylerini tasarlamaya dahil edecek ve klinik uygulamalarında karşılaştıkları zorlukları tartışmalarına fırsat verecektir.

Yetişkin Seperasyon Anksiyetesine Güncel Psikoterapötik Yaklaşımlar

Ayşegül Erayman Kervancıoğlu

Ruhsal hastalıklar eşik altı belirtilerle ve eş hastalıklarla sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Ruhsal hastalıklarda eş hastalanma oranının yüksek oluşu gerçekten bir arada görülebilen sendromlardan ziyade tanı kategorilerindeki kısıtlılığı düşündürmektedir. Bu kısıtlılık yeni tedavi yaklaşımlarını da beraberinde getirmiştir. Taniya özgü bilişsel davranışçı protokoller geliştirilip iyileştirilerek transdiagnostik yaklaşımların gündeme gelmesine yol açmıştır. Temelinde bilişsel davranışçı terapinin olduğu transdiagnostik yaklaşım, özellikle de bugüne kadar net bir tedavi protokolü belirtilmemiş eş hastalık durumları ve adlandırılmayan tanılarda (başka türlü adlandırılmayana ve diğer kategorisindeki tanılar) tedavi çerçevesi çizilebilmek adına fayda sağlayıcı bir yaklaşımdır. Hastaların klinik profillerinin heterojen olduğu durumlar için de uygun bir tedavi olduğu düşünülmektedir. Transdiagnostik bilişsel davranışçı terapi (Transdiagnostik BDT) anksiyete ve duygularla ilişkili bozukluk aralığında olan hastalar için uygulanabilir bir modifiye bilişsel davranışçı terapi formudur. Transdiagnostik BDT protokoller arasında içerik ve hedef farklılıkları olsa da bilişsel davranışçı terapi ile benzer olarak psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve maruz bırakma terapisini içermektedir. Transdiagnostik yaklaşımla sınırlayıcı tekniklerin dışına çıkılarak her hastaya özgü bir kavramsallaştırma yapılabilir. Transdiagnostik yaklaşımlar arasında tarihi en eskiye dayanan ve diğer yaklaşımlara göre daha çok çalışılmış ve uygulanmış yaklaşım David Barlow'un geliştirmiş olduğu evrensel bir yaklaşım olan "Bütünleşik Protokol (BP)" dır. BP'de temel amaç hastaların duygularını anlamalarına ve tanımlarına; rahatsızlık veren olumsuz duygularına uyum sağlamalarına yardımcı olmaktır. BP beş temel, üç ek modül olmak üzere toplam sekiz modülden oluşur. Her biri 50-60 dakika süren modül başına seans sayısında esnekliğin olabildiği 12-18 hafta süren bireysel seanslardan oluşmaktadır. Genelde haftada bir sıklıkta planlanır. Son seanslarda iki haftada bir planlama yapılabilir. Hem birebir hem de grup formatında; ayrıca internet tabanlı olarak da yürütülebilmektedir. Birinci modül "hedef belirleme ve motivasyonun sağlanması" modülüdür. Bu modülde motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak hastaların farkındalıkları geliştirilir ve değişim için motivasyonları artırılır. Karar verme dengesi ve hedef belirleme egzersizleri yapılır. Karar verme dengesi egzersizinde değişime karşı aynı kalmanın avantajları ve dezavantajları terapist ile tartışılır. İkinci modül "Duyguları anlama" modülü dır. Bir veya iki seansta ele alınan "Duyguları Anlama" modülünde hastalara duyguların işlevi ve gelişimi ile ilgili psikoeğitim yapılır. Kaygının işlevinin yanı sıra öfke, üzüntü ve korku gibi duygular tartışılır. Duyguların bilişsel, fizyolojik ve davranışsal bileşenleri ve bu bileşenler arasındaki etkileşim örneklerle açıklanır. Hastalar bu modül ile duyguların rahatsızlık verici ve korkutucu bir şey olmasından ziyade dış çevre ile ilgili bize bilgi sağlayan ve uygun eylemi yönlendirmede işlevsel bir role hizmet ettiğini fark etmelidirler. Bu modülde teknik olarak üç bileşenli ÖTS (Öncül-Tepki-Sonuç) (ARC-Antecedent-Response-Consequences) modeli kullanılır. Üçüncü modül "Duyguları

fark etme" modülüdür. Hedef duyguları yargılamadan, nesnel ve şimdiki zaman odaklı olarak fark edebilmektir. Hastalar duygularının çoğu zaman kendiliğinden oluştuğunu, kafa karıştırıcı ve kontrol edilemez olduğunu düşünürler. Duygularını ortaya çıkaran faktörleri anlamaları ve duygularının yol açtığı bilişsel davranışsal ve fizyolojik tepkileri fark etmeleri sağlanır. Dördüncü modül "bilişsel esneklik" modülüdür. Hastaların yanlı yorum ve değerlendirmelerinin duygusal tepkilerini nasıl etkilediği gösterilir. Kişinin o anda aklına gelen otomatik düşüncelerinin çoğu zaman olumsuz olduğu ve bir çok duygusal tepkiyi beraberinde getirebildiği açıklanır. Düşünce tuzaklarından bahsedilir. Beşinci modül "Duygu odaklı davranışlara karşı çıkma" modülüdür. Bu modülde hedef duygusal kaçınmanın (örtük davranışsal kaçınma, bilişsel kaçınma, güvence işaretleri) ve duygular tarafından yönlendirilen davranışların (duygu odaklı davranışlar-eyleme geçme eğilimi) fark edilmesi ve değiştirilmesidir. Ayrıca uyuma dönük duygu düzenleme becerileri üzerinde de durulur. Altıncı modül "Bedensel duyularını anlama ve yüzleşme" modülüdür. İnteroseptif maruziyetlerle bu duyuların ortaya çıkarılması hedeflenir. Somatik duyuların duygusal deneyimlere nasıl katkıda bulunduğu anlaşılır. Tekrarlanan alıştırma ile bedensel duyuların zararlı olduğuna dair olan inanç sarsılmaya başlar. Yedinci modül "Duygulara Alıştırma" modülüdür. Bu modül ortalama dört ile altı seans arasında sürmektedir. Hem seans içinde hem seanslar arasında duyguyu deneyimleme alıştırma yapılmalıdır. Alıştırma sırasında duyguyu ortaya çıkaran olaya değil duygunun kendisine odaklanılması önemlidir. Son olarak sekizinci modül "Başarıları Fark Etme ve Geleceğe Bakış" modülüdür. Bu seansta tedavi kavramlarına genel bakış ve hastanın kazanımları gözden geçirilir. Yeterli ilerleme sağlanamamışsa nedenler gözden geçirilir. Kişiyi özel geleceğe dönük karşılaşılabilecek zorlu durumlarla baş etme stratejileri (yineleme önleme) belirlenir.

Kaynaklar

- Dalgleish T, Black M, Johnston D, Bevan A. Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology* 2020; 88(3), 179.
- Norton PJ, Roberge P. Transdiagnostic therapy. *Psychiatric Clinics* 2017; 40(4), 675-687.
- Brown TA, Barlow DH. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment* 2009; 21(3), 256.
- Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders—republished article. *Behavior therapy* 2016;47(6), 838-853.
- Kennedy AK, Barlow DH. Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. New York: Oxford University Press; 2018.

Emosyon Disregülasyonunda Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bengü Baz Yücens

Duyguların farkında olma, duyguları ayırt edebilme ve isimlendirebilme, duygularla ilişkili bedensel belirtileri doğru yorumlayabilme, duygusal tepkilerin sebeplerini anlayabilmek, olumsuz duygularla başa çıkabilmek ve gerekli durumlarda olumsuz duyguları kabullenebilmek duygu düzenleme becerisi (emosyon regülasyonu) olarak tanımlanır. Emosyon disregülasyonu anksiyete ve üzüntü gibi istenmeyen duyguların bir psikiyatrik bozukluğun tanı kriterlerini karşılayacak düzeyde artmasına ve bazı istenmeyen davranışların da ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Lukas et al., 2018). Emosyon disregülasyonu, transdiagnostik bir faktör olarak çeşitli psikopatolojilerde sıklıkla araştırılmıştır. Emosyon regülasyonu becerilerinin depresyon başta olmak üzere yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar, borderline kişilik bozukluğu ve yeme bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozuklukta rol oynadığı gösterilmiştir. Duygu düzenleme becerileri genellikle otomatik olsa da öğrenilmiş teknikler sayesinde kontrol edilebilir. Terapide varsayılan bir değişim mekanizması olarak emosyon regülasyonunun sağlanması tedavi yöntemleri arasında yer almıştır.

Emosyon regülasyonu tedavisi tipik olarak dört ayrı BDT müdahalesinden oluşur. Bunlar: mindfulness, sıkıntı toleransı, emosyon regülasyonu eğitimi, kişilerarası etkililik. Mindfulness, duygu düzenleme için BDT'nin temel bir bileşenidir. İnsanlara duygularını kontrol edemeyecek kadar yoğun hale gelmeden önce tanımlamayı öğretir. Ayrıca bilişsel kontrol stratejilerine yardımcı olur, insanlara yalnızca bunalmış hissetmeyi artıran düşünme biçimlerine odaklanmamayı öğretir. Sıkıntı toleransı, hoş olmayan duygu ve dürtüleri reddetmek veya bunlardan kaçınmak yerine kabul etme ve bunlarla çalışma yeteneğini ifade eder. Emosyon regülasyonu eğitimi esas olarak insanlara olumsuz duygulara karşı savunmasızlığı azaltmayı ve çok yoğun hale geldiklerinde veya çok uzun sürdüklerinde duyguları değiştirmeyi öğretir. Duygu düzenleme sadece içsel bir süreç değildir; dışsal bir biçimde de olabilir. Bazen yoğun bir duyguyu düzenlemek için en etkili strateji, çevrede değişiklik yapmaktır. Kişilerarası etkililik becerileri, insanların bunu yapmayı öğrenmelerine yardımcı olur.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) emosyon regülasyonu süreçlerini dolaylı olarak hedeflerken, Diyalektik Davranış Terapisi (DDT), Kabul

Kararlılık Terapisi (KKT) gibi daha üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapiler ve farkındalık temelli müdahaleler tedavinin bir bileşeni olarak doğrudan emosyon regülasyonunu hedefler. DDT'de hastalara duygusal acıyı azaltmak için duygularını ve işlevlerini gözlemleme ve tanımlama, yoğun olumsuz duyguların sıklığını azaltma ve sıkıntı veren duygularla baş etme becerisini artırma gibi duygusal işlevselliği geliştirmek için çeşitli beceriler öğretilir (Linehan, 2014). KKT'de ise kişinin duygularının biçimini, sıklığını veya yoğunluğunu değiştirmeye çalışmak (yani, deneysimsel kaçınma) yerine, danışanlara şu an ile temas halinde kalmaları, duygularını deneyimlemelerine izin vermeleri ve bu deneyimleri farklı bir şekilde gözlemlemeleri öğretilir (kabullenme) (Hayes et al., 2014). Bir başka yenilikçi duygu odaklı tedavi, Duygusal Bozuklukların Transdiagnostik Tedavisi için Birleşik Protokoldür (BP). BP, emosyonel deneyimlerin farkındalığını artırmak (yargılayıcı olmayan kabul), bilişsel esnekliği artırmak (yani bilişsel değerlendirme ve yeniden değerlendirme) ve emosyonel ve davranışsal kaçınma kalıplarını belirlemek ve azaltmak gibi emosyonel işleyişin belirli alanlarını iyileştirmeyi amaçlayan modüler bir müdahaledir. (Barlow ve diğerleri, 2010).

Kaynaklar

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & May, J. T. E. (2010). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York, NY: Oxford University Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT skills training manual* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Lukas, C. A., Ebert, D. D., Fuentes, H. T., Caspar, F., & Berking, M. (2018). Deficits in general emotion regulation skills—Evidence of a transdiagnostic factor. In *Journal of Clinical Psychology* (Vol. 74, Issue 6, pp. 1017–1033). <https://doi.org/10.1002/jclp.22565>

Psikoterapiler ve Felsefe Prefrontal Etik

Bergen Özüaydın

Maltepe Üniversitesi, Felsefe Anabilim Dalı, İstanbul

Beynimizde, etik kararlarımızdan ve bunun sonucunda ortaya çıkan davranışlarımızdan sorumlu olan bir bölge arayışı elbette ki yeni bir şey değildir. 1848 tarihli Phineas Gage vakasından beri, nörobilim alanında yapılan çalışmalar, beyindeki başka alanlarla bağlantılı olmak üzere, ama özellikle prefrontal korteksin, zor şartlar altında dahi bizi doğru şeyi yapmaya yönlendirdiği söylemektedir. Bunun ne kadarı doğrudur bu bugün tartışmaya ve gelecekte teknolojiyle birlikte beyin üzerine yapılan çalışmalar geliştikçe de değişmeye elbette açıktır. Ama bugünkü bilimin bizi getirdiği nokta şudur ki prefrontal korteks, Platon, Aristoteles ya da Spinoza gibi pek çok filozofun “etik davranışlarda bulunan erdemli insan” tanımına uyan insanın, bu özelliklerinin ortaya çıkmasından sorumlu olan bölgedir.

Şaşırtıcı olansa, yüzlerce yıl önce henüz psikoloji, psikiyatri ya da nörobilim ortaya çıkmadan, beyni görüntülemek, işlevlerini saptamak mümkün değilken, kimi filozofların adlarına amigdala, hipokampus, prefrontal korteks, limbik sistem vs. demeden ama tam da onların görevlerinden söz ederek ve onları o dönem itibarıyla adına ruh denilen yerde farklı isimlerle konumlandırmaya çalışarak, beyindeki bu bölgelerin işlevlerine yönelik saptamalarda bulunmuş olmasıdır. Filozofların insan ruhuna dair bu belirlemeleriyle, bugünkü nörobilimin beyne dair söyledikleri çok büyük oranda örtüşmektedir. Bir zamanlar felsefenin teorik olarak saptadıklarını, bilim doğrular niteliktedir. Prefrontal etik, bu benzerlikleri, nörobilim alanındaki gelişmelerden ve felsefenin Antik Çağ’a uzanan kaynaklarından hareketle tartışmaktadır.

Psikoterapiler ve Felsefe Prefrontal Etik

Alper Hasanoğlu

Rumeli Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Antik Yunan filozoflarından günümüze psikoloji ve insanı anlamak felsefenin önemli ilgi alanlarından biri olmuştur. Gerek psikiyatri gerek klinik psikoloji felsefeden koparak disiplin içinde felsefenin getirdiği çözümlerden uzaklaşmıştır. Birçok durumda psikolojinin ve psikoterapilerin zorlandığı durumlarda daha geniş ve bütünlüklü felsefe bakışı nasıl olabilir ve insana nasıl yardım edebilir? Tanımlayıcı

psikiyatrinin geçirdiği evrim giderek onu insanın özünden uzaklaştırmış ve kategorize edici ve insanı bir bütün olarak anlamakta yetersiz kalmıştır. Kıta felsefesinin katkıları, Nietzsche ve Freud üzerine etkileri, fenomenoloji ve varoluşçu felsefenin güncel felsefeye etkileri insanı anlama ve çözüm önerileri ele alınacaktır. Felsefenin Psikanaliz, BDT, şema terapi, varoluşçu terapilere katkıları ve eleştirileri üzerinde durulacaktır.

Psikoterapiler ve Felsefe Prefrontal Etik

Selçuk Aslan

Gazi Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

BDT ve 3. Dalgı terapiler: İnsanı anlama üzerine yaklaşımları "Felsefe ve terapi üzerine etkileri" konusu ile "psikoterapilerin felsefesi": temel önergeleri ve değışim mekanizmaları akla gelmektedir. Bu iki konu biraz farklı, biraz da ilişkilidir. Birşeyin felsefesi dediğimizde disiplin anlamındaki felsefeden başka bir kavramdan, temeldeki etki mekanizmasından söz ederiz. Öte yandan bu temel dönüşüm mekanizmaları da o psikoterapi ekolünün döneminde felsefi akımlardan etkilenmiştir. Antik dönemde yazılmış ve üzerine çalışılmış metinleri düşündüğümüzde Psikolojinin felsefenin içinde var olduğu dönemlerde İnsan hakkında birçok isabetli değerlendirmeler yapıldığını söyleyebiliriz. İnsan psikolojisine dair birçok şey 2500 yıl öncesinden Budizm ve Eski Yunan'da çalışılmış ve üzerinde yöntemler geliştirilmiş gibi görünüyor. Ancak bu çalışmalar bütünlüklü ve birçok şeyi açıklayabilecek genişlikte değil, insanın biyolojisine dair temel bilgilerin eksikliği nedeniyle parlak gözlemler düzeyinde kalmıştır denebilir. Ancak 19 yy. sonlarında Wilhelm Wundt ve William James iki önemli düşünürün felsefeden koparak sistematik bir psikoloji disiplinini ampirik temellere dayanan bir bilim alanı olarak tanımlayıp geliştirdiğini iyi biliyoruz. Demek ki felsefe yeterli gelmediği için bu ayrışma yapılmış ve ampirik çalışmalardan oluşan daha saf bir bilim alanı geliştirilmiştir. Bilimsel gelişmeler, nörobilimin getirdiği yenilikler bize yeni kapılar açmıştır. Bu sunumun ilk bölümünde Bilişsel Davranışçı terapisinin temel aldığı felsefi dayanaklar ele alınacaktır. BDT birçok alandan beslenmektedir: stres diatez modeli, düşüncenin

duyguları belirlediğini anlatan "mediation hipotezi", rasyonalizm, mantıksal çıkarım, Sokratik metod, pragmatizm, ampirik gözlemler ve deneylerin BDT rolü üzerinde durulacaktır. İkinci kısımda 3. Dalgı terapilerden ACT (kabul kararlılık terapisi) ve CFT (şefkat odaklı terapi) MBCT (mindfulness temelli terapiler) beslendiği ve ilişkili olduğu felsefi ekoller: bağlamsal yaklaşım, pragmatizm, işlevselcilik, evrimsel biyoloji ve psikoloji dayanakları ve güncel sorunlara çözüm önerileri incelenecektir.

Kaynaklar

- S.G. Hofmann, G.J.G. Asmundson / *Clinical Psychology Review* 28;(2008) 1-16
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley
- Beck Dozois, *Annu. Rev. Med.* 2011. 62:397-409
- O'Connor M. Ve ark. The Efficacy and Acceptability of Third-Wave Behavioral and Cognitive eHealth Treatments: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy* 49 (2018) 459-475
- <https://contextualscience.org/resources>
- Compassionate Mind Foundation. www.compassionatemind.co.uk
- <https://www.compassionatemind.co.uk/resource/resources>

Çiftler İçin ACT

Ahmet Nalbant, Fatih Yavuz

Kabul ve kararlılık terapisi (ACT) etkililiği bir çok alanda gösterilmiş 3. Kuşak bir bilişsel davranışçı terapidir. Ancak Act in çiftlerdeki uygulamalarıyla ilgili veriler azdır. Bu durum her ne kadar böyle olsa da literatür desteğine sahip çift terapisi içindeki yaklaşımlardan davranışçı çift terapisi, bilişsel davranışçı çift terapisi ve integratif davranışçı çift terapisi gibi modellerle olan benzerlikleri ACT in Çift terapisi alanında da kullanımına dair destek sağlamaktadır. Bunun ötesinde Act modeli içerisinde yer alan "Değerler" ile birlikte çift terapisi bağlamında da anlam, mana, amaç gibi kavramların tartışılmasına olanak sağlanmaktadır.

Bu oturumda Act in çiftlerde uygulanmasıyla ilgili olarak kuramsal arka planın tartışılması ardından bu konuda pratik uygulama yapılması amaçlanmaktadır.

Kaynaklar

- Lev, A., & McKay, M. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships*. New Harbinger Publications.
- Gurman, A. S. (2015). *The theory and practice of couple therapy: History, contemporary models, and a framework for comparative analysis*.

Obezite Cerrahisi Geçiren Hastalarda Psikolojik Değerlendirme ve Uyum

Damla Işık Barry

Obezite cerrahisi geçiren hastalarda ameliyat öncesi dönemde psikolojik değerlendirme yapılması, uzun dönem hasta takibi ve ameliyat sonrası psikolojik destek olumlu yönde ameliyat sonuçları almak için gerekli olan adımlardandır. Bununla birlikte, ameliyat öncesi psikolojik değerlendirme, cerrahi işlem geçirecek olan hastayı tanımaya, hastanın gerçekçi beklentiler oluşturmasını sağlamaya, ameliyat sonrası dönemde hangi eğitimlerin verileceğini ve ne gibi planlamaların yapılacağını belirlemeyi sağlamaktadır. Araştırmalar, obezite cerrahisi geçiren kişilerin ya da aday olan kişilerin belirli yüzdesinin tıknırcasına yeme bozukluğu, uyum bozucu yeme örüntüleri, depresyon, kaygı bozukluğu gibi psikopatolojilere sahip olduğunu göstermektedir. Araştırmalarda, hastalardaki geri kilo alımının ya da genel kilo verme sürecinin engellenmesinin altında yatan nedenlerden birinin, var olan bu psikopatolojilerin tedavisinin yapılmamasından kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu'nun yanı sıra otlama/atıştırma (grazing), gece yeme sendromu, yiyecek bağımlılığı, duygusal yeme gibi uyum bozucu yeme örüntülerinin ameliyat öncesi ve sonrası dönemde saptanması önemlidir. Psikopatolojiler dışında kişilik özellikleri, bilişsel çarpıtmalar, gerçekçi olmayan hedefler, vücut görünümüne aşırı önem verme gibi özelliklerin de vücut kitle endeksinin değişiminden bağımsız olarak var olabileceği; kişi hedef kiloya ulaşıya da bu alanlardaki problemlerin devam edebileceği; ameliyat sonrası süreçte uyum bozucu etmenler olarak ameliyat öncesi ve sonrası dönemde psikolojik olarak desteklenmesi gereken durumlar olduğu belirtilmiştir. Değerlendirme yapılması önerilen diğer bir alan da içsel ve dışsal kontrol odağıdır. Hastalarda gözlemlenmiş inanışlardan bir tanesi ameliyat sürecinin tek başına kilo vermede etkili olduğu, hastaların kendilerinin yeme davranışlarını düzenlemede kontrolü kaybettikleridir. Hastalar gerekli davranışları oluşturmayı kendi kontrollerinde yapamadıklarını ve ameliyatın bunu kazandıracağını düşündüklerini belirtmiştir. Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ruh sağlığı çalışanın bu yanlış inanışa müdahale etmesi gerekmektedir. Psikoterapist hasta ile nelerin hastanın kontrolünde olup olmadığını, yeni davranışı içselleştirmede nasıl motive olacağını, duygu düzenleme becerilerini nasıl geliştireceğini, yeni davranışı sürdürmede engelleyici faktörleri nasıl saptayacağını ve problem çözme becerisini nasıl geliştireceğini çalışmalıdır. Ayrıca, ameliyat öncesi yapılan görüşmeler hastanın ameliyata uygunluğunu saptamakla birlikte, araştırmalar hangi psikopatolojinin ameliyat olmaya kesinlikle engel olduğuna dair yeterli bir kanıt sunamamaktadır. Araştırmalarda yapılan öneriler, ilaç kullanılmayan ve psikotik atakları aktif olan psikoz tanısı olan hastaların, depresyonu tedavi edilmemiş majör depresyonu olan, tedaviye katılmayan anoreksiya ya da bulimia nervosa tanısı olan, yine tedavi edilmeyen kişilik bozuklukları, bipolar duyu durum bozukluğu, madde veya alkol bağımlılığı olan hastaların ameliyatının yapılmasının etik olmadığını vurgulamaktadır. Hastaların, ameliyat sürecine hazır olmaları için öncelikle gerekli psikiyatrik tedaviyi almaları gerektiğini, bu tedaviye 6 aylık bir dönem ayrılabilceğini

belirtmektedir. Bu tedavi doktor kontrolünde devam ettiği zaman, hastadan ameliyat sonrasında da tedavisine devam etmesi istenerek hasta ameliyat süreci için tekrar değerlendirilir.

Kaynaklar

- Gordon, Eliza L., L. Terill, Alexandra., W. Smith, Timothy., İbele, Anna R., Martinez, Paige., McGarrity, Larissa A. (2022). Overvaluation of shape and weight (not BMI) associated with depressive symptoms and binge eating symptoms pre and post bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 32: 2272-2279.
- Lourdes, Marta de., Pinto-Bastos, Ana., Machado, Paulo PP. Conceição, Eva. (2022). Problematic eating behaviors in patients undergoing bariatric surgery: studying their relationship with psychopathology. *Journal of Health Psychology*, Vol. 27 (7) 1535-1546.
- Troisi, Alfonso. (2020). *Bariatric Psychology and Psychiatry*: Springer Nature Switzerland AG.
- Lawson, Jessica L., LeCates, Abigail., Ivezaj, Valentina., Lydecker, Janet., Grilo, Carlos M. (2022). Internalized Weight Bias and Loss of Control Eating Following Bariatric Surgery. *Eating Disorders*, vol. 29, no. 6, 630-643.
- Sadock, Benjamin James., Sadock, Virginia Alcott., Ruiz, Pedro. (2015). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*: Wolters Kluwer.
- Dziurawicz-Kozłowska, Agnieszka H., Wierzbicki, Zbigniew., Lisik, Wojciech., Wasiak, Dariusz., Kosieradzki, Maciej. (2006). The Objective of Psychological Evaluation in the Process of Qualifying Candidates for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 16, 196-202.
- Snyder, Allison G. (2009). Psychological Assessment of the Patient Undergoing Bariatric Surgery. *The Ochsner Journal*, 9: 144-148.
- Marchitelli, Serena., Ricci, Eleonora., Mazza, Cristina., Roma, Paolo., Tambelli, Renata., Casella, Giovanni., Gnassi, Lucio., Lenzi, Andrea. (2022). Obesity and Psychological Factors Associated with Weight Loss after Bariatric Surgery: A Longitudinal Study. *Nutrients*, 14, 2690.
- Pyykkö, Johanna Eveliina., Aydin, Ömrüm., Gerdes, Victor E.A., Acherman, Yair. I.Z., Groen, Albert K., van deLaar, Arnold W., Nieuwdorp, Max., Sanderman, Robbert., Hagedoorn, Mariet. (2022). Psychological Functioning and Well-being before and after bariatric surgery; what is the benefit of being self compassionate?. *British Journal of Health Psychology*, 27, 96-115.
- Barzin, Maryam., Khalaj, Alireza., Tasdighi Erfan., Nasr, Samiei Danial., Mahdavi, Maryam., Banihashem, Seyedshahab., Valizadeh, Majid. (2020). Sleeve Gastrectomy vs Gastric Bypass in Improvement of depressive symptoms following one year from bariatric surgery, Tehran Obesity Treatment Study (TOTS). *Obesity Research and Clinical Practice*, 12, 73-79.
- Schumacher, Leah M., Espel-Huynh, Hallie M., Thomas, J. Graham., Vithiananthan, Sivamainthan., Jones, Daniel B., Bond, Dale S. (2021). Energy, Attentiveness, and Fatigue After Bariatric Surgery and Associations with Daily Physical Activity and Weight Loss: and Ecological Momentary Assessment Study. *Obesity Surgery*, 31: 4893-4900.

Travma Sonrası Stres Bozukluğuna EMDR ile Yaklaşım

Dursun Hakan Delibaş

Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR), travma sonrası stres bozukluğunun tedavisi için giderek popülerlik kazanan nispeten yeni bir psikoterapidir. Genel olarak yapılan bir çok kontrollü araştırmanın sonuçları, EMDR'nin travma sonrası stres bozukluğunun tedavisi için, farklı uluslararası sağlık kuruluşlarının son tavsiyeleri doğrultusunda yararlı, kanıta dayalı bir araç olduğunu göstermektedir (Novo Navarro vd., 2018). EMDR'nin etkinliği psikoterapinin kuramını oluşturan Shapiro tarafından, Uyarlanabilir Bilgi İşleme modeli (Adaptive Information Processing model [AIP]) ile açıklanmaktadır (Hase vd., 2017). Bu model, rahatsız edici deneyimler yetersiz işlendiğinde patolojinin ortaya çıktığını ve EMDR'nin bilgi işlemeyi hızlandırdığını ve travmatik anıların uyarlanabilir çözümlenmesiyle sonuçlandığını varsaymaktadır. Travmatik deneyimlerden kaynaklanan duygu, düşünce ve tepkileri doğrudan değiştirmeye odaklanan diğer tedavilerin aksine, EMDR terapisi doğrudan belleğe odaklanır ve travmatik anının bellekte depolanma şeklini değiştirmeyi, böylece sorunlu semptomları azaltmayı ve ortadan kaldırmayı amaçlar. EMDR terapisi sırasında, klinik gözlemler, hızlandırılmış bir öğrenme sürecinin, EMDR'nin göz hareketlerinin ve diğer ritmik sol-sağ (bilateral) uyarım biçimlerinin (örneğin, tonlar veya dokunuşlar) kullanımını içeren standartlaştırılmış prosedürler tarafından uyarıldığını göstermektedir. Danışanlar kısaca travma belleğine odaklanırken ve aynı anda iki taraflı uyarım (BLS) yaşarken, belleğin canlılığı ve duygusu azalır (Shapiro, 2007). EMDR, sekiz aşamadan oluşmaktadır. Bu sekiz aşama şunlardır;

1. Danışan Geçmişi (Anemnez)
2. Hazırlık (Danışanın bilgilendirilmesi, güvenli yer oluşturulması)
3. Değerlendirme
4. Duyarsızlaştırma (Çift taraflı bilateral uyarımlar)
6. Yerleştirme (Pozitif inancın yerleştirilmesi)
7. Beden Tarama
8. Tamamlama ve kapanış - yeniden değerlendirilmez. Tüm bu sekiz aşama ile geçmiş (anılar), şimdi (tetikleyiciler) ve gelecek (tetikleyicileri ya da kaçınılan durumları içeren hayali bir gelecek senaryosu) perspektifinden travmaya yaklaşan ve bilateral uyarı ile travmatik anının şimdiki zamandaki etkilerini azaltarak kişinin işlevselliğini artıran bir psikoterapi yaklaşımıdır (Shapiro ve Maxfield, 2002).

Yakın zamanda yayınlanan on yedi (N= 1652) araştırmanın verilerini içeren bir metaanalizde TSSB, depresyon ve kaygı üzerinde orta ila büyük etki büyüklüğünde azalmalarda EMDR'nin etkisi olduğu bildirilmiştir (Macgowan vd., 2022). EMDR ve BDT gibi travma odaklı terapilerin kullanımını destekleyen spesifik pozitif araştırmalarla bağlantılı olarak, 12-16 seans, 60 dakikalık haftalık seansların tamamlanmasıyla TSSB semptomlarının tutarlı bir şekilde azaldığı gösterilmiştir (Schrader ve Ross, 2021). Bu noktada, EMDR terapisi ve travma odaklı bilişsel-davranışçı terapi (BDT), TSSB tedavisi için önerilen etkili tedavi yaklaşımları olarak yaygın olarak kabul edilmektedir (WHO, 2013).

Bu sunumda TSSB'de EMDR etkinliğinin kılavuzlardaki önerileri, güncel araştırmaları ve uygulamasının nasıl olduğunun anlatılması amaçlanmıştır.

Kaynaklar

- Hase, M., Balmaceda, U. M., Ostacoli, L., Liebermann, P. ve Hofmann, A. (2017). The AIP model of EMDR therapy and pathogenic memories. *Frontiers in Psychology*, 8(SEP) doi:10.3389/FPSYG.2017.01578.
- Macgowan, M. J., Naseh, M. ve Raficifar, M. (2022). Eye Movement Desensitization and Reprocessing to Reduce Post-Traumatic Stress Disorder and Related Symptoms among Forcibly Displaced People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 104973152210822. doi:10.1177/10497315221082223.
- Novo Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W. vd. (2018). 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 101–114. doi:10.1016/j.rpsm.2015.12.002.
- Schrader, C. ve Ross, A. (2021). A Review of PTSD and Current Treatment Strategies. *Missouri medicine*, 118(6), 546–551.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, Adaptive Information Processing, and Case Conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68–87. doi:10.1891/1933-3196.1.2.68.
- Shapiro, F. ve Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 933–946. doi:10.1002/jclp.10068.
- WHO. (2013). Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress. In *Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module (version 1.0)*.

Şefkat, Farkındalık ve Kabulle Anne Babalık

Runa İdil Uslu, Özlem Sürücü

Çocuk ve gençlerin ruh sağlığı söz konusu olduğunda anne babalarla çalışmamız kaçınılmazdır. Anne babalar uzmanlara çocukları adına başvurduklarında hem kendi davranışları için danışan hem de çocuklarının terapisini evde destekleyen yardımcı klinisyen rolündedirler.

Uzmanların anne babalara yol göstermek için uzun zamandır benimsedikleri geleneksel davranışçı yaklaşımlar çoğunlukla sınır koyma, disiplin sağlama, toplumsal kuralları öğretme ve uygulatma alanlarına sınırlı kalmıştır. Oysa çocukların psikolojik ve bedensel

gereksinimleri öncelikle göz önüne alınmadığında bu yaklaşımın yüzeysel ve etkisiz kaldığını görüyoruz. Bu nedenle hızla yaygınlaşan ve etkileri bilimsel yöntemlerle de kanıtlanan mindfulness, kabul-adanmışlık terapisi (AKT) ve şefkat odaklı terapi ilke ve yöntemlerinin anne babalarla görüşmelerimizde temel çerçeveyi oluşturması gerektiğine inandık.

Çalışma grubunda klinik örneklerimiz üzerinden ve yaşantısal uygulamalarla anne babalarla nasıl çalıştığımızı katılımcılarla paylaşacağız.

Bipolar Bozuklukta Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi

Ayşe Gökçen Gündoğmuş

Bipolar bozukluk tedavisinde yalnızca psikofarmakolojik tedaviler aracılığıyla karşılanması güç ihtiyaçların ele alınmasında ve hastalığın neden olduğu işlevsellikteki bozulmanın azaltılması veya geri kazanılması konusunda psikososyal müdahaleler önemli yer tutmaktadır. Bipolar bozuklukta etkinliği gösterilen birçok psikoterapötik uygulama bulunmaktadır: Bilişsel davranışçı terapi, aile odaklı terapi, bilişsel remediasyon terapisi, psikoeğitim, kişilerarası ve sosyal ritim terapisi, sosyal beceri eğitimi gibi.

Kişilerarası ve Sosyal Ritim Terapisi (Interpersonal and Social Rhythm Therapy - IPSRT) (KİSRT) bipolar bozukluğu ele alırken sosyal ritimde bozulma, stresli yaşam olayları ve ilaç uyumsuzluğunun hastalık üzerindeki rolleri yanısıra sirkadyen ritim üzerinde meydana gelen değişikliklerin etkisini de odağına alır ve bu temelde müdahaleler planlar. Sirkadyen ritim ile duygudurum bozuklukları arasındaki çift yönlü ilişkiyi destekleyen veriler bu alana odaklanmanın önemini desteklemektedir.

KİSRT'de biyolojik ve psikososyal faktörlere müdahale ederken kişilerarası psikoterapinin teknikleri yanısıra davranışsal teknikler de kullanılır ve psikoeğitim KİSRT'nin önemli bir bileşenidir. Psikoeğitim ile hastalık, hastalıkla ilişkili sonuçlar, tedavi seçenekleri, yan etkiler, erken belirtiler gibi birçok alanda bireyin bilgisi artırılmaya çalışılır. Ardından yaşanan atak dönemleri ile stresli yaşam olayları, kişilerarası sorunlar ve/veya sirkadyen ritim bozuklukları arasındaki ilişki bireyin hastalık öyküsü üzerinden ele alınarak bireylerde bu konuda farkındalık kazandırılmaya/ artırılmaya çalışılır.

KİSRT uygulamalarında önemli bir kavram olan sosyal Zeitgeber bir sosyal etmenin vücut saati üzerinde etkisi olması anlamına gelmekte ve yine birey özelinde tespit edilmeye çalışılmaktadır. Bu tespit olayların/ durumların direkt etkileri yanısıra dolaylı etkilerinin de fark edilmesini sağlar. Böylece atakları etkileyen faktörler saptanarak, sonrasında bireylerin günlük ritimlerini düzenlemeleri ve kişilerarası sorunlarını çözmeye yönelik davranışları konusunda desteklenmeleri sağlanır. KİSRT modeline göre atak oluşumunda etkin bir diğer faktör ise ilaç uyumsuzluğudur. KİSRT bu uyumsuzluğu etkileyen faktörlere dair de çalışmalar yapar.

Genel olarak KİSRT'de müdahale alanları yas, sağlıklı benliğin kaybının yası, kişilerarası rol çatışmaları, rol geçişleri ve kişilerarası eksiklikler olarak tanımlanır. KİSRT uygulamaları dört aşamada gerçekleştirilir ve ortalama 24 seansın yaklaşık dokuz ay içerisinde yapılması ile sonlandırılır. Bununla birlikte kronik doğası gereği bazı bireylerin tekrarlayan görüşmelere ihtiyaç duyabilecekleri göz önünde bulundurularak ek görüşmeler planlanabilmektedir.

Bipolar bozuklukta KİSRT'in etkinliğine dair çalışmaların sayısı artmaktadır. KİSRT ile bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde idame dönemde atak sıklığının azaldığına, işlevselliğin arttığına, yeniden yatış oranlarının, anksiyete ve duygudurum belirtilerinin azaldığına dair veriler bulunmaktadır. Yanısıra Ketiyapın ile kombinasyonunun tek başına KİSRT uygulaması ile karşılaştırıldığı bir çalışmada benzer tedavi sonuçlarına varılması bazı bipolar bozukluk tanılı alt gruplarda tek başına uygulanabilirliğini düşündürmektedir. KİSRT NICE kılavuzunda yer almıyorsa da Kanada Duygudurum ve Anksiyete Sağaltım Kılavuzunda (CANMAT) KİSRT'in idame dönem ve depresif

dönem için üçüncü basamak olarak kullanılabilirliği belirtilmektedir. Mevcut etkinlik verilerine son dönemde Bipolar bozukluk II tanısı olan bireylerde gerçekleştirilen çalışmalar eklenmiş olup sonuçları ümit vaatmektedir.

Sonuç olarak KİSRT bipolar bozukluk tanılı bireylerde çeşitli nedenlerle düzensiz olan ya da bozulan günlük sosyal ritimler ve kişilerarası problemlerin ataklarla ilişkisine vurguda bulunmakta, bu nedenle tetikleyicilerin belirlenerek yönetimine ve günlük ritimlerde düzenliliğin sağlanmasına yönelik çalışmalar içermekte, ayrıca ilaç uyumsuzluğunun önemini vurgulamakta ve farklı alanlarda müdahaleler gerçekleştirerek bipolar bozukluğun psikososyal tedavileri arasında yerini almaktadır.

Kaynaklar

- Frank E, Swartz HA, Kupfer DJ. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological psychiatry*. 2000;48(6):593-604.
- Steardo L, Luciano M, Sampogna G, Zinno F, Saviano P, Staltari F, et al. Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: results from a real-world, controlled trial. *Annals of general psychiatry*. 2020;19(1):1-7.
- Yildiz M. Psychosocial Rehabilitation Interventions in the Treatment of Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Archives of Neuropsychiatry*. 2021;58(Suppl 1):S77.
- Çakır S, Özerdem A. Psychotherapeutic and Psychosocial Approaches in Bipolar Disorder: A Systematic Literature Review. *Turkish journal of psychiatry*. 2010;21(2).
- Swartz HA, Levenson JC, Frank E. Psychotherapy for bipolar II disorder: The role of interpersonal and social rhythm therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012;43(2):145.
- Walker WH, Walton JC, DeVries AC, Nelson RJ. Circadian rhythm disruption and mental health. *Translational Psychiatry*. 2020;10(1):1-13.
- Melo MC, Abreu RL, Neto VBL, de Bruin PF, de Bruin VM. Chronotype and circadian rhythm in bipolar disorder: a systematic review. *Sleep medicine reviews*. 2017;34:46-58.
- Frank E. Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy: Guilford Press; 2007.
- Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagioli AM, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(9):996-1004.
- Crowe M, Porter R, Inder M, Carlyle D, Luty S, Lacey C, et al. Clinical effectiveness trial of adjunctive interpersonal and social rhythm therapy for patients with bipolar disorder. *American journal of psychotherapy*. 2020;73(3):107-14.
- Crowe M, Inder M, Porter R, Wells H, Jordan J, Lacey C, et al. Patients' Perceptions of Functional Improvement in Psychotherapy for Mood Disorders. *American Journal of Psychotherapy*. 2021;74(1):22-9.
- Swartz HA, Rucci P, Thase ME, Wallace M, Carretta E, Celedonia KL, et al. Psychotherapy alone and combined with medication as treatments for bipolar II depression: a randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*. 2017;78(2):16290.

Tele-sağlığın Dünü ve Bugünü

Emre Mutlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Teletıp sağlık çalışanları tarafından bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak mesafenin önemli bir etken olduğu durumlarda sağlık hizmetinin hizmet alana sunulması şeklinde tanımlanmaktadır. Telesikiyatri ise dijital teknolojiler veya çevrimiçi yollar aracılığı ile uzaktan ruh sağlığı profesyonelinin hizmet alan ile iletişim kurarak psikiyatrik değerlendirme, psikiyatrik bakım, tedavinin sürdürülmesi veya tedavinin desteklenmesi gibi uygulamaları kapsayan teletıbbin bir alt alanıdır (Karaş et al., 2022).

COVID-19 pandemisinden sonra sağlık hizmetinin sunumunda gündemleşen telesikiyatriye ait ilk uygulamalar 1960lı yıllara kadar uzanmaktadır (Dwyer, 1973). Telesikiyatri uygulamaları ile çoğunlukla video görüşme yöntemi kastedilse de telefonla görüşme, mesajlaşma ile yapılabilecek konsültasyonları, tıbbi kayıtlara ulaşma, çevrimiçi ortama aktarılmış tanı ve ölçüm araçlarını kullanma, cep telefonu uygulamaları ve dijital sağlık teknolojilerini kullanmayı da kapsamaktadır. Bu uygulamaların pek çok ruhsal bozukluğun değerlendirilmesi ve takibinde yüz yüze uygulamalara benzer düzeyde etkili ve hastalar tarafından kabul edilebilir olduğu gösterilmiştir (Chakrabarti, 2015).

Ruh sağlığı hizmetinin sunumunda, eğitimde ve hatta bilimsel araştırmalarda kullanılan telesikiyatri COVID-19 pandemisi ile birlikte mecburi ve temel bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmıştır. Hatta pandemi koşullarında sağlık hizmetinin devamı için tek alternatif model olarak düşünülmüş (WHO, 2020), küresel salgının erken döneminden itibaren telesikiyatri uygulamalarının ruh sağlığı hizmetlerinde kullanılması önerilmiştir (Xiang et al., 2020). "Uzaktan ruh sağlığı hizmeti sunma" kulağa çok hoş gelmesine rağmen, psikiyatri dünyası için yeni olmayan bu uygulamalar, telesikiyatriye aşina olmayan çoğunluk için birçok belirsizliği de beraberinde getirmiştir. Örneğin sağlık profesyonellerinin zihinlerinde canlanan "telesikiyatri" imajı, bu uygulamaların endikasyonları nelerdir, kontraendikasyonları veya yan etkileri var mıdır, hangi yazılım veya uygulama kullanılmalıdır, ücretlendirmesi nasıl yapılır, kapsamı ve sınırları ne olmalıdır sorularına cevap verememiştir. Bu durumun pratik ve kolay ulaşılabilir olan telesikiyatri için kötüye kullanımını kolaylaştırdığı söylenebilir.

Kolaylıkla herhangi bir ruhsal sorunda, herhangi bir zamanda, herhangi bir bireye uygulanabilmiş gibi görünen telesikiyatri, uygulayıcısına mesleki ve etik yükümlülükler getirmektedir. Dünya Tıp Birliği ve Türk Tabipleri Birliği'nin teletıp etiği ile ilgili yazılarında yüz yüze görüşme ve değerlendirmenin sağlık bakımının altın standardı olduğu vurgulanmaktadır (TTB, 2021; WMA, 2018). Yüz yüze görüşmenin mümkün olmadığı veya etkin olamayacağı koşullarda telesikiyatriye başvurulmalıdır. Telesikiyatri uygulamalarında da meslek etiği ilkeleri gözetilmelidir. Ayrıca telesikiyatri psikiyatrik değerlendirme, terapötik işbirliği ve ruhsal müdahale kısıtlı kalabilmekte, bazı hizmet alanlar yüz yüze bakıma ihtiyaç duyabilmekte ve teknolojik imkana erişim ve teknoloji kullanımı ile ilgili zorluklar yaşanabilmektedir (Kopelovich et al., 2021). Küresel salgından önce de telesikiyatri

kısıtlılıkları belirtilmiş, geleneksel ve telesikiyatri yöntemlerinin beraber kullanıldığı hibrid modellerin geliştirilmesi önerilmiştir (Chakrabarti, 2015).

Buraya kadar anlatılan zorluklar karşısında ülkemizde başvurulabilecek önemli bir kaynak Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından hazırlanan Telesikiyatri Uygulama Rehberidir (Karaş et al., 2022). Bu rehberde telesikiyatri uygulaması alanları, temel standartları, etik ve yasal mevzuata yönelik bilgilerin yanında görüşme tekniği, teknoloji ile ilgili konular, pratikte karşılaşılabilecek özel ve nadir durumlar da yer almaktadır.

Sonuç olarak telesikiyatri yönergelerine ve rehberlere uygun biçimde, özenli ve dikkatli bir planlama eşliğinde uygulandığında, daha nitelikli, ulaşılabilir ve sürdürülebilir bir ruh sağlığı hizmetine olanak tanıyacak, güncel pratiğin kritik bir parçası olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: telesikiyatri, ruh sağlığı, etik

Kaynaklar

- Chakrabarti, S. (2015). Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World J Psychiatry*, 5(3), 286-304. doi:10.5498/wjp.v5.i3.286
- Dwyer, T. F. (1973). Telepsychiatry: psychiatric consultation by interactive television. *Am J Psychiatry*, 130(8), 865-869. doi:10.1176/ajp.130.8.865
- Karaş, H., Küçükparlak, İ., Erkan, A., Oral, T., Vahip, S., & Telesikiyatri Rehberi Çalışma Grubu. (2022). Türkiye Psikiyatri Derneği Telesikiyatri Uygulama Rehberi. <https://tpdyayin.psikiyatri.org.tr/BookShopData/TPDTelesikiyatriUygRehberi.pdf>. Ankara.
- Kopelovich, S. L., Monroe-DeVita, M., Buck, B. E., Brenner, C., Moser, L., Jarskog, L. F., . . . Chwastiak, L. A. (2021). Community Mental Health Care Delivery During the COVID-19 Pandemic: Practical Strategies for Improving Care for People with Serious Mental Illness. *Community Ment Health J*, 57(3), 405-415. doi:10.1007/s10597-020-00662-z
- TTB. (2021). Teletıp Uygulamalarına Yönelik Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Görüşü. https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/teletip_hakkinda_gorus.pdf. Retrieved from
- WHO. (2020). The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455> [Erişim 30.12.2021].
- WMA. (2018). WMA- Statement on the Ethics of Telemedicine. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine>. Retrieved from
- Xiang, Y. T., Zhao, N., Zhao, Y. J., Liu, Z., Zhang, Q., Feng, Y., . . . Ng, C. H. (2020). An overview of the expert consensus on the mental health treatment and services for major psychiatric disorders during COVID-19 outbreak: China's experiences. *Int J Biol Sci*, 16(13), 2265-2270. doi:10.7150/ijbs.47419

The Past and Present of Tele-medicine

Emre Mutlu

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Telemedicine is defined as the provision of health care services by health professionals using information and communication technology in conditions where distance is an important factor. Telepsychiatry is a subfield of telemedicine, including psychiatric evaluation, psychiatric care, maintenance or supporting of treatment by remote communication between mental health professional and client via digital technologies or online ways (Karaş et al., 2022).

The first applications of telepsychiatry trace to 1960s and telepsychiatry came to the fore in health care delivery after COVID-19 pandemic (Dwyer, 1973). Although telepsychiatric applications generally refer to a video interview, it comprises phone interviews, consultations by text messaging, access to medical records, usage of diagnostic and rating scales adapted into online platforms, mobile applications, and digital health technologies. These applications have a similar effectiveness to face-to-face practices and a good level of acceptance among patients in the assessment and follow-up of many psychiatric disorders (Chakrabarti, 2015).

Telepsychiatry, which is used in the provision of mental health services, education and even scientific research, has emerged as an inevitable and basic need with the COVID-19 pandemic. Moreover, it is considered as an only alternative model to sustain health care provision in pandemic (WHO, 2020), and suggested to be used in mental health services from the early stage of COVID-19 outbreak (Xiang et al., 2020). Although "providing remote mental health service" sounds so good, these practices, which are not new to psychiatry, have brought various uncertainties for the majority unfamiliar with telepsychiatry. For example, the image of "telepsychiatry" envisioned by medical professionals could not answer some questions, such as what are the indications of telepsychiatry, is there any contraindications or adverse effects, which software or applications should be used, how should it be charged, what should be its scope and borders. It can be speculated that these uncertainties facilitate the abuse of telepsychiatry which is a practical and easily accessible practices.

Telepsychiatry, which seems to be easily suggested for any individual at any time, in any mental problem, imposes professional and ethical obligations on its practitioner. The World Medical Association and Turkish Medical Association underline that face-to-face assessment is the gold standard of the health care in their reports on telehealth ethics (TTB, 2021; WMA, 2018). Telepsychiatry should be applied under the conditions where face-to-face assessment is not possible or effective. The professional ethical principles should also be followed in telepsychiatry interventions. In addition, psychiatric assessment, therapeutic alliance, and psychiatric intervention can be limited in telepsychiatry. Certain patients can need to face-to-face care, and there may be difficulties in accessing and using technology (Kopelovich et al., 2021). The shortcomings of telepsychiatry was indicated before

the pandemic, and it was suggested to develop hybrid models which use traditional care with telepsychiatric implementations (Chakrabarti, 2015).

On the face of aforementioned challenges, Telepsychiatry Practice Guideline by the Psychiatric Association of Turkey is an outstanding resource that can be referred (Karaş et al., 2022). In this guideline, the application areas of telepsychiatry, basic standards, ethical and legal information, as well as interview technique, technology-related issues, and special and rare situations that may be encountered in practice are also included.

In conclusion, telepsychiatry can be used as a critical part of current practice, which will enable a more qualified, accessible and sustainable mental health service when applied with attentive and careful planning under instructions and guidelines.

Keywords: telepsychiatry, mental health, ethic

References

- Chakrabarti, S. (2015). Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World J Psychiatry*, 5(3), 286-304. doi:10.5498/wjp.v5.i3.286
- Dwyer, T. F. (1973). Telepsychiatry: psychiatric consultation by interactive television. *Am J Psychiatry*, 130(8), 865-869. doi:10.1176/ajp.130.8.865
- Karaş, H., Küçükparlak, İ., Erkan, A., Oral, T., Vahip, S., & Telesikiyatri Rehberi Çalışma Grubu. (2022). Türkiye Psikiyatri Derneği Telesikiyatri Uygulama Rehberi. <https://tpdyayin.psikiyatri.org.tr/BookShopData/TPDTelesikiyatriUygRehberi.pdf>. Ankara.
- Kopelovich, S. L., Monroe-DeVita, M., Buck, B. E., Brenner, C., Moser, L., Jarskog, L. F., . . . Chwastiak, L. A. (2021). Community Mental Health Care Delivery During the COVID-19 Pandemic: Practical Strategies for Improving Care for People with Serious Mental Illness. *Community Ment Health J*, 57(3), 405-415. doi:10.1007/s10597-020-00662-z
- TTB. (2021). Teletıp Uygulamalarına Yönelik Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu Görüşü. https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/teletip_hakkinda_gorus.pdf. Retrieved from
- WHO. (2020). The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455> [Erişim 30.12.2021].
- WMA. (2018). WMA- Statement on the Ethics of Telemedicine. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine>. Retrieved from
- Xiang, Y. T., Zhao, N., Zhao, Y. J., Liu, Z., Zhang, Q., Feng, Y., . . . Ng, C. H. (2020). An overview of the expert consensus on the mental health treatment and services for major psychiatric disorders during COVID-19 outbreak: China's experiences. *Int J Biol Sci*, 16(13), 2265-2270. doi:10.7150/ijbs.47419

Zihin Kapanından Çıkmak: ACT Perspektifinden Ruminasyon ve Endişe

Merve Terzioğlu, Fatma Betül Esen

Endişe ve ruminasyon, emosyonel bozuklukların oluşumunda ve sürdürülmesinde rol oynayan transdiagnostik süreçlerdir (Ehring & Watkins, 2008). Ruminasyon ve endişe gibi tekrarlayıcı olumsuz düşünme süreçleri, kişilerin stresle karşılaştıklarında kullandıkları ilk problem çözme stratejileri olup sıklıkla olumsuz duygulanımın süresini uzatırlar (Pawluk et al., 2021). Böylece kişiler işlevselliğini bozan ve hayatlarını kısıtlayan ek yaşantısal kaçınma stratejilerine başvurdukları bir kısır döngü içine girebilirler (Ruiz, 2016). Ruminasyon ve endişeyi fark etmek ve onlara müdahale etmek; kısır döngüden erken çıkmak ve kişilerin işlevselliğini kazandırmak için iyi bir yol olabilir. Bununla birlikte kişiler, gündelik hayatları içerisinde olduğu gibi terapi odasında da bu stratejilere başvurduğundan ve bu da onların seans içerisinde andan kopması ile sonuçlandığından; etkili bir psikoterapi için bu süreçleri fark edip müdahale edebilmek son derece önemlidir.

Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy- ACT)'nin felsefi zeminini oluşturan işlevsel bağlamsalci yaklaşım açısından endişe ve ruminasyon; diğer fiziksel davranışlar gibi belli bağlamlarda ortaya çıkan ve dolayısıyla belli işlevlere sahip olan birer davranış olup, yaşantısal kaçınma stratejileri olarak kavramsallaştırılırlar (Sierra & Ruiz, 2022). Dolayısıyla bu davranışlara müdahale edebilmek için önce hangi bağlamda ya da bağlamlarda ortaya çıktığını ve hangi işlev ya da işlevlere sahip olduğunu belirlememiz gerekir. Elde ettiğimiz bu bilgilerle danışanla olan terapi hedefimize uygun olarak, öncüllere ve/veya sonuçlara müdahale ederiz. (Yavuz, K. F., & Alptekin, F. B., 2017). Bu tekrarlayıcı davranışların analizini yapabilmek için ise öncelikle bu davranışları fark edebilmek, dolayısıyla anla esnek temas önemlidir. Nitekim yapılan çalışmalar kendinelik egzersizlerinin ruminasyonu azalttığını göstermektedir (Heeren & Philippot, 2011). Bununla birlikte tekrarlayıcı olumsuz düşünmeye yönelik protokollerde ilk adım tetikleyici düşünceyi bulmaktır. Yapılan çalışmalarda ise tetikleyicilerin hiyerarşik bir yapılanma gösterdiği, bu hiyerarşinin en üstündeki düşünceye müdahale etmenin genelleme ile hiyerarşinin alt kademelerindeki düşüncelere etki ettiği gösterilmiştir. Tekrarlayıcı

düşünmeyi odağına alan tek seanslık ACT protokollerinin etkin olduğu, emosyonel bozuklukların tedavisinde kullanılabileceği gösterilmiştir (Ruiz, 2016).

Bu oturumda öncelikle ruminasyon ve endişe kavramlarının işlevsel bağlamsalci yaklaşım açısından nasıl ele alındığı anlatılacak ve ilgili literatüre değinilecektir. Psikoterapide ACT yaklaşımıyla bu davranışları nasıl ele alacağımız ve hangi müdahaleleri yapabileceğimiz uygulamalı örneklerle gösterilecektir.

Kaynaklar

- Ehring, T. & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International journal of cognitive therapy*, 1(3), 192-205. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1680/ijct.2008.1.3.192>
- Heeren, A. & Philippot, P. (2011). Changes in Ruminative Thinking Mediate the Clinical Benefits of Mindfulness: Preliminary Findings. *Mindfulness*, 2, 8-13. doi:10.1007/s12671-010-0037-y
- Pawluk, E. J., Koerner, N., Kuo, J. R., & Antony, M. M. (2021). An experience sampling investigation of emotion and worry in people with generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 84, 102478. doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102478>
- Ruiz, F. J., Riaño-Hernández, D., Suárez-Falcón, J. C., & Luciano, C. (2016). Effect of a One-Session ACT Protocol in Disrupting Repetitive Negative Thinking: A Randomized Multiple-Baseline Design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16, 213-233.
- Sierra, M.A. & Ruiz, F. J. (2022). Content validity and perceived utility of a self-help online acceptance and commitment therapy program focused on repetitive negative thinking. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.003>
- Yavuz, K. F., & Alptekin, F. B. (2017). Davranışın İşlevsel Analizi ve Klinikte Kullanımı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 6(2), 88-94. doi: 10.5455/JCBPR.264400

Bilişsel Davranışçı Oyun Terapisi

Gizem Turgut

İnsan, yetişkin yaşamında başına gelen olayları nasıl anlamlandıracağını ve nasıl tepki vereceğini çocukluk döneminde öğrendiği için çocukluk dönemine insanın bugününü şekillendiren anavatanı diyebiliriz. İnsanın bugününü şekillendiren bu anavatanında çocuğun en önemli işi oyundur çünkü oyun sayesinde hem deşarj olup hem de yetişkin yaşamına hazırlanır. Oyun, kişinin deşarj olmasını sağladığına göre bir anlamda oyunun iyileştirici yanından söz edebiliriz ve buna en uygun isim OT'dir. Davranışçı psikoterapi akımının bir ürünü de BDT'dir ve ilk başlarda sözel diyaloglara dayanan BDT ile çocuklara uygulanan OT'yi ilişkilendirmek mümkün olmamıştır. Ancak 1980'li yılların ortalarında gelişim uzmanı olan Phillips bilişsel - davranışçı yöntemlerle oyun müdahalelerini kombine etmenin oyun terapisi alanını umutlandırıcı bir yöne sokacağı iddiasında bulunmuştur. İşte bu bağlamda ilk olarak BDT'de çocuklarla çalışırken değişiklik yapmadan temel alınacak ilkelerle başlayacak olursak;

- BT duygusal bozuklukların bilişsel modelini temel alır. BT, çocuklara daha gerçekçi düşünmeyi öğretmek yerine çocukların en uygun şekilde davranmalarına yardım etmeye odaklanır.
- BT yapılandırılmış ve kısa sürelidir.
- BT problem odaklıdır.
- BT eğitsel modeli temel alır.

BDT'de temel alınan çocuklara BDOT uygulanırken değişiklik yapılarak temel alınacak ilkelerle devam edecek olursak;

- Terapist iş birliği kurmaya çalışırsa çocuk, terapisti otoriter olarak algılayabilir.
- BT kuram ve teknikleri tümevarımsal metoda dayanır. Ancak tümevarımsal yöntem çocukların bilişsel kapasitelerinin dışında kalır.
- BT Sokratik yöntemi kullanır. Ancak çocuklarda soruların kullanılması etkili değildir.
- Ev ödevleri, BT'nin önemli bir öğesidir. Ev ödevleri daha büyük çocuklarda kullanılır ancak küçük çocuklarda nadiren kullanılır çünkü ev ödevi verildiğinde bu genellikle ebeveyn tarafından yapılmaktadır.

Çocuklarla BDT tekniğiyle çalışırken yukarıda değinilen ilkeler bağlamında BDOT'nin özelliklerine değinecek olursak;

- Oyun aracılığıyla çocuğun tedavi sürecine aktif katılımı sağlanır.
- Çocuğun düşünceleri, duyguları, fantezileri ve çevresi üzerine odaklanılarak çocuğun problemine bütüncül olarak yaklaşılır.
- BDOT sırasında uyum sağlayıcı düşünce ve davranışların kazanılması için stratejiler kullanılır.
- BDOT yapılandırılmış, yönlendirici ve amaç odaklıdır.
- BDOT, deneysel olarak kanıtlanmış tekniklerden yararlanır ve tedavinin deneysel olarak sınanmasına olanak sağlar.

BDOT'de oyun terapisinin birkaç seansı değerlendirmeye ayrılır. Sonrasındaki 2 seansta ise yönlendirmesiz oyun terapisi ile devam edilir. Ardından ebeveyn psiko-eğitim verilerek ebeveynin oyun terapisine katılması cesaretlendirilir. Terapi genel olarak sadece çocukla yürütülür.

BDOT'de kullanılan tekniklere değinecek olursak; Bilişsel ve Davranışçı teknikler olarak ikiye ayrılır. İlk önce Bilişsel Teknikler'le başlayacak olursak;

- Bilişsel Teknikler;
 - Bilişsel değişim stratejileri: Babasının evden ayrılıyor olmasını kendisinin kötü bir çocuk olmasına bağlayan çocuğa terapist; çocukla arasında geçecek özel bir diyalog yardımı ile "Babam evden ayrılıyor çünkü annemle - babam bir arada olduklarında sürekli kavga ediyorlar."a dönüştürür.
 - Benlik saygısını artırma: Çocuğa seansta yapboz verilir ve çocuk tamamladığında terapist; "Aferin sana, yapbozun hepsini tamamladın." diyerek çocuğun benlik saygısını artırır.
 - Bibliyoterapi: Terapist, çocuğa kendisiyle aynı durumda olan çocukların kendi problemleriyle nasıl baş ettiklerini anlatan hikayeler okur.
- Davranışçı Teknikler:
 - Model Olma: Oyun terapisinde, çocuğun öğrenmesini istediğimiz davranış oyuncak hayvan oynar.
 - Rol Oynama: Terapi seanslarında rol oynama yöntemi ile çocuklar terapistin verdiği geribildirimlerle beceri geliştirirler. Terapist; çekingen bir çocuğun annesiyle alışverişe gittiğinde kaybolduğu bir mizansen yaratıp seansta; çocuğa çekingenlikten vazgeçip görevliden yardım istemesi konusunda yönlendirme yaparak çocuğun role devam etmesini sağlar. Çocuk, finalde hedef davranış yapıp oyun bittiğinde çocuğun övgü alması çocuğun hedef davranış yerine getirmesini pekiştirmiş olur.
 - Kukla Kullanılan Davranışçı Teknikler:
 - Biçimlendirme/ pozitif pekiştirme: Örneğin okul fobisiyle ilgili bir çalışmada; terapist kuklaya okul binasının yakınına gitmesine, okulu ziyaret etmesine ve yavaş yavaş sınıfta kalmasına yardım eder. Bu esnada terapist, okula yakın olma konusunda kuklanın gösterdiği her çabayı cesaretlendirir ve kuklaya olumlu geribildirim verir.
 - Duyguların sosyal onay göreceк biçimde ifade edilmesini şekillendirme: Örneğin terapist, kuklalardan birini işten eve geç gelen baba, bir başka kuklayı yalnızca babasına vurarak tepkisini gösteren bir çocuk ve asıl kuklayı "Baba, eve geç geldiğinde sana kızıyorum, çünkü uyku vaktimde gelmiş oluyorsun ve oyun oynamıyoruz" diyerek konuşan bir çocuk rolüne sokar. Daha sonra baba rolündeki kukla da "Özür dilerim, bazen işim uzayabiliyor ancak bunu telafi etmek için hafta sonu seni, gitmeyi istediğin filme götüreceğim." diye konuşarak asıl kuklaya cevap vermesini sağlar.
 - Söndürme - Uygun davranışın pekiştirilmesi: Örneğin terapist, elindeki kukla ile bir oyuncuğa vurur ve bu durumda terapist ve vurduğu oyuncak tepkisiz kalır. Daha sonra terapist aynı kukla ile başka bir oyuncuğa sarılır. Sarıldığı oyuncak ve terapist sarılma davranışını över. Böylece çocuğun olumsuz davranış görmezden gelinerek söndürülmüş olumlu davranışa övülerek pekiştirilmiş olur.
 - Sistematiк Duyursuzlaştırma: Olumsuz tepkiyi olumlu tepki ile değiştirme yoluyla kaygı ve korkuyu azaltma sürecidir. Terapist, kuklayı kendi yatağına yatırıp kuklaya bunun karşılığında yıldız verebilir. Hatta kuklanın mutlu olduğunu göstermek için kuklayla gülen bir surat çizer. Sonrasında kuklanın yatağından kalkarak ebeveynlerinin yatağına gittiği bir oyun kurar ve bu sefer kuklaya yıldız vermez. Yıldız alamayan kuklayla da ağlayan surat çizer.

Belirsizlikte Duygu Düzenleme Becerileri

Özlem Ataoğlu

Diyalektik davranışçı terapi (DDT), standart davranışçı terapi uygulamalarını intihar riski yüksek ya da intihar girişimi olmuş danışanlara uygularken ortaya çıkmış bir psikoterapi biçimidir (Linehan & Wilks, 2015). DDT'nin kurucusu Marsha Linehan, bireysel deneyimlerinden yola çıkarak geliştirdiğini söylediği bu psikoterapi biçiminin içine klasik bilişsel davranışçı psikoterapinin yaklaşımlarıyla beraber, öğreticisi olduğu Zen meditasyonundan da parçalar koyarak DDT'nin 3. dalga psikoterapiler kapsamına girmesini sağlamıştır. Psikoterapinin adında diyalektik olmasının sebebi iki uç gibi gözükse de fakat bir arada olması gerektiğine inanılan iki alanı sentezleyerek tedaviyi oluşturmuş olmasıdır – kabul ve değişim.

Bu panelde kabul alanından stres toleransı/sıkıntıya dayanma ve değişim alanından duygu düzenlemeden bahsedilecek ve buralardaki becerilerin belirsizlik durumlarında danışanlarımızla nasıl kullanılabileceği çalışma kağıtları üzerinden uygulamalarla ele alınacaktır.

Kabul kavramının ne olduğu ve ne olmadığı açıklanarak radikal kabul kavramına köprü kurularak hangi durumların değiştirilebilir

olduğunun ayrımı yapılacaktır. Değiştirilebilir durumlar üzerinden duyguları isimlendirme, duygularla ilgili inançlar ve duygu düzenleme becerilerine değinilecektir. Değiştirilemeyecek durumlarda duygu kabul pratikleri, zorlayıcı durum ve duyguların içinde kalma ve bu duyguları cebimize alarak iyilik hali sağlama üzerinde durulacaktır.

Anahtar Kelimeler: diyalektik, duygu düzenleme, kabul, stres toleransı, sıkıntıya dayanma, radikal

Kaynaklar

- Bein, A. (2014). *Dialectical Behavior Therapy for Wellness and Recovery, Interventions and Activities for Diverse Client Needs*. John Wiley & Sons, New Jersey.
- Linehan, M. M. & Wilks, C. R. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behaviour Therapy, *American Journal of Psychotherapy*, 69(2).
- Swales, M. A. & Heard, H. L. (2008). *Dialectical Behavior Therapy*. Taylor & Francis Group e – Library.
- Van Dijk, S. (2012). *DBT Made Simple*. New Harbinger Publications, Inc., Oakland, CA.

Sıra Dışı Olguların Sıradan BDT Süreçleri

Şahan Uyanık

“Psikotik Bozukluk” ekarte edildikten sonra “Self-mutizm”in eşlik ettiği “Sosyal Kaygı Bozukluğu” tanısı koyduğumuz ve daha önce herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan hastanın, BDT sürecine alınmadan önce self-mutizminin “referans yaşantı” ve “imgelemeyle yeniden senaryolaştırma” teknikleri ile güçlendirilen “Eriksonyan Hipnoterapi”

ile tedavisini anlattığımız olgu sunumumuzda; yoğun anksiyete ve mutizm gibi terapötik işbirliğini ve dolayısıyla BDT uygulanmasını zorlaştıran semptomu ya da komorbiditesi olan vakalarda

BDT öncesi “Eriksonyan Hipnoterapi” nin bir kolaylaştırıcı olarak akılda tutulmasını vurgulamayı amaçladık.

Şizofrenide Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Temelli Grup Psikoeğitim Uygulamaları

Rıza Gökçer Tulacı

S.B.Ü Ankara Dışkapa Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara

Şizofreni genç erişkinlik dönemlerinde başlayan, bireyin düşünce, duygu, davranışlarını etkileyen ağır bir ruhsal bozukluktur. Şizofreni tanısına sahip olan birey ve bakım verenlerinin; ruhsal bozukluk, tedavi ve ruhsal bozukluğun seyri ile ilgili farkındalığındaki yetersizlikler, tedavi süreçlerinde aksamalara, bireylerin tekrarlayan ataklar yaşamalarına, sık hastaneye yatışlara ve işlevsellikte bozulmaya neden olur.

Psikoeğitim ruhsal bozukluğu olan bireyler ve/veya ailelerine ruhsal bozukluk, ruhsal bozukluğun belirtileri, mevcut tedavi yöntemleri, yan etkiler, ruhsal bozukluk belirtileri ile başa çıkma yöntemleri ve yinelemelerin önlenmesi hakkında bilgi sağlayan kanıta dayalı bir terapötik müdahaledir.

Şizofreni tanısı olan bireylere ve/veya ailelerine standart tedaviye ek olarak uygulanan psikoeğitim programlarının hem klinik olarak hem de ekonomik maliyet bakımından etkili bir yöntem olduğu gösterilmiştir (Aguglia et al., 2007; Mino et al., 2007; Rummel-Kluge & Kissling, 2008). 5142 katılımcıyı içeren 44 çalışmanı incelediği meta analiz sonuçlarına göre şizofrenide standart tedaviye ek olarak yapılandırılmış psikoeğitim programı uygulanmasının ruhsal bozukluğun yineleme dönemlerinin sayısını ve hastanede yatarak tedavi edilen gün sayısını azalttığı, hastaların sosyal ve global işlevselliğini, medikal tedaviye olan uyumu ve tedavi merkezlerinden elde edilen memnuniyeti artırdığı gösterilmiştir (Xia et al., 2011).

Grup psikoterapisinin etkileşimden doğan faydaları, psikoeğitim grubunun aynı zamanda bir akran destek grubu ortamı oluşturması, uygulayıcılar açısından zamanın etkin kullanımı ve uygulama kolaylığı gibi birçok nedenden dolayı pratikte en sık uygulan ve önerilen psikoeğitim yöntemi grup psikoeğitimidir.

APA şizofreni tedavi kılavuzunda psikoeğitim müdahaleleri standart tedavinin bir bileşeni olarak IB kanıt düzeyinde önerilmektedir (American Psychiatric Association, 2020). Şizofrenide psikoeğitimin ne zaman başlaması gerektiği ile ilgili önerilen kesinleşmiş net bir zaman yoktur ancak ne kadar erken başlanırsa maksimum etki sağlanabilme olasılığının o kadar daha fazla olduğu bilinmektedir (Feldmann et al., 2002).

Klinik çalışmalardan elde edilen sonuçlar psikoeğitim programlarının ortalamasının 12 seans olduğunu göstermektedir ve bu sayı APA şizofreni tedavi kılavuzunda 'norm' seans sayısı olarak ifade edilmektedir (American Psychiatric Association, 2020). Genellikle ortalama bir grup psikoeğitim seansı çeşitli faktörlere bağlı olarak değişmekle birlikte 45 - 60 dk arasında sürmektedir. Standart grup psikoeğitim programları haftada bir ya da 2 seans olarak uygulanmaktadır ancak genellikle haftada bir seans pratik olarak daha yaygın kullanılmaktadır. Grup olarak yapılan psikoeğitim uygulamalarında ideal katılımcı sayısı 10-14 arasındadır (Vreeland, 2012).

Psikoeğitim; psikiyatrist, psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı tarafından uygulanabilir. Uygulanan psikoeğitim modeli standardize hale getirilmeli ve ekibin tüm üyeleri yapılandırılmış programı aynı şekilde uygulamalıdır.

Psikoeğitimde broşür, kitapçık ve video şeklinde yapılandırılmış psikoeğitim modülleri ve animasyonlar destekleyici materyal olarak kullanılabilir.

Burada 60 dakikalık 12 seanstan oluşan bilişsel davranışçı terapi görüşme tekniklerini temel alan bir şizofreni grup psikoeğitim programı özetlenecektir. Ortak seans yapısı, seansların içeriği aşağıda özet olarak gösterilmiştir.

Tablo 1: Şizofreni grup psikoeğitim ortak seans yapısı

Süre	İçerik
5 dk	Açılış, duygudurum kontrolü
10 dk	Önceki seansın gözden geçirilmesi-ödev kontrolü
5 dk	Güncel seans konusunun tanıtılması
30 dk	Güncel seans konusunun derinlemesine işlenmesi-tartışılması
10 dk	Seansın özetlenmesi, geri bildirim alınması, ödev verilmesi

Psikoeğitim seanslarının içeriği ve başlığı

- 1. Seans:** Katılımcıların birbirlerini tanıması, seansların yapılanmasının ve grup kurallarının tanıtılması.
- 2. Seans:** Şizofreni nedir, şizofreninin temel belirtileri nelerdir?
- 3. Seans:** Şizofreninin oluş nedenleri.
- 4. Seans:** Şizofrenide tanı süreci.
- 5. Seans:** Şizofrenideki mevcut tedaviler.
- 6. Seans:** İlaç tedavisi, ilaçların etki mekanizmaları, yan etkileri.
- 7. Seans:** Şizofrenide tedavi uyumu nedir? Tedavi uyumsuzluğunun hastalık gidişi üzerindeki etkileri.
- 8. Seans:** Şizofreni alevlenme dönemleri için erken uyarı belirtileri.
- 9. Seans:** Kriz dönemlerinin ve müdahalelerin planlanması.
- 10. Seans:** İyileşme Kavramı.
- 11. Seans:** Alkol ve madde kullanımı ile mücadele.
- 12. Seans:** Bitiş seansı.

Kaynaklar

- Aguglia, E., Pascolo-Fabrizi, E., Bertossi, F., & Bassi, M. (2007). Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 1–12. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-7>
- American Psychiatric Association. (2020). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. In *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424841>
- Feldmann, R., Hornung, W. P., Prein, B., Buchkremer, G., & Arolt, V. (2002). Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(3), 115–119.
- Mino, Y., Shimodera, S., Inoue, S., Fujita, H., & Fukuzawa, K. (2007). Medical cost analysis of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(1), 20–24.
- Rummel-Kluge, C., & Kissling, W. (2008). Psychoeducation in schizophrenia: New developments and approaches in the field. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 168–172. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f4e574>
- Vreeland, B. (2012). An evidence-based practice of psychoeducation for schizophrenia: A practical intervention for patients and their families. *Psychiatric Times*, 28(14), 34.
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6.

Tibben Açıklanamayan Fiziksel Belirtilerde Bilişsel Davranışçı Terapi

Sedat Batmaz

Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara

Tibben açıklanamayan belirtilerde (TAB) tedaviden bahsederken asıl kast edilenin çoğu zaman tam ve kalıcı bir remisyon olmayabileceği, daha ziyade kişinin günlük yaşamını mümkün olduğunca eski işlevsellik düzeyine yakın bir şekilde sürdürmesinin hedeflenmesinin gerektiği, arada belirtilerin yineleme eğilimi gösterebileceği, bu durumun ortaya çıkmasının tedavinin başarısızlığını göstermediği unutulmamalıdır ve bu hususlarda hastaya bilgi verilmelidir. Tedavinin aşamalarına göre yaklaşımın öncelikleri ve tedavinin odağı farklılık gösterebilir. Akut bir tabloda yaklaşımın önceliği kişinin ruhsal açıdan yeniden stabilizasyonunu sağlamak olacakken uzun vadeli bir planlamada kişinin kendisini, ilişkilerini, hayatı, hayallerini vb. ne oranda yeni bir bakış açısıyla değerlendirebileceği, yaşamdan doyum almanın, hayal kırıklıklarına tahammül edebilmenin, her tür iniş çıkışta sağlam durabilmenin vb. yollarını öğrenmek ve bunları mümkün mertebe uygulayabilmek asıl uğraşı haline gelebilecektir. Gerekli görüldüğünde hastalarda ilaç tedavilerine başvurulmasından kaçınılmamalıdır. Ayrıca her kişinin özelinde farklı ihtiyaçlar ve değerler doğrultusunda yeni bir tedavi programı oluşturmak kaçınılmazdır. Bu nedenle burada sıralanan tedavi aşamaları ve bileşenleri kişiye özgül olarak daha farklı bir sıralamayı izleyebilir veya kimi tekniklerin daha yoğun şekilde kullanılması veya hiç kullanılmaması gerekebilir. Terapistin kişiye has bir yaklaşım için gerekli olan esnekliği ve dinamizmi yakalaması sürecin başarıyla sonuçlanma ihtimalini artıracaktır.

Öte yandan TAB için önerilen tedavilerin kendi içerisinde bir düzeni olması standart uygulamalar olmaları açısından önemlidir. Bu nedenle örneğin eğer bilişsel davranışçı yaklaşımlar kullanılacaksa bu yaklaşımların genel yapı ve sürecinin takip edilmesi şarttır. Nitekim öne çıkan tedavi yaklaşımları psikoterapilerdir, özellikle de bilişsel davranışçı terapidir (BDT). Bugün için TAB için kanıta dayalı bir tedavi kılavuzuna alanyazında rastlamak mümkün değildir. Daha ziyade randomize kontrollü çalışmalar, klinik uygulamadan elde edilen kanıtlar, uzman görüşleri, kişisel deneyimler ve olgu bildirimlerinden elde edilen veriler kullanılarak bazı rehberler oluşturulmuştur. Önemli olan husus, hangi yaklaşım kullanılacak olursa olsun girişimlerin biyopsikososyokültürel, multidisipliner ve bireyselleştirilmiş olmasıdır. Psikoterapist tedavi ekibinin sadece tek bir bacağı oluşturulmaktadır, onun dışında ekte psikiyatrist, nörolog ve/veya dahiliye uzmanı, aile hekimi, psikolog, fizyoterapist, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı yer alabilir. Sıklıkla birkaç ekip üyesinin ortaklaşa hareket ettiği ve birbirlerinin girişimlerinden haberdar olduğu, iletişim kanallarının daima açık tutulduğu bir çalışma şekliyle verimli sonuçlar alınabilir. Ayrıca komorbid tabloların var olması halinde mümkün olduğunca bu tablolar için kanıta dayalı yaklaşımlara öncelik verilmesi gereklidir. Tüm yaklaşımlar için bireye özgül bir olgu kavramsallaştırmasının tedavinin anahtarı olduğu unutulmamalıdır.

TAB için BDT kullanıldığında tedavinin süresi olguların ihtiyaçlarına göre farklılık gösterebilir. Kimi hastalar için sekiz oturum yeterli olabileceken kimileri için on altı oturuma kadar uzayabilir. Eğer eşlik eden ikincil bir ruhsal bozukluk varsa veya kişilik sorunları mevcutsa bu süre daha da artabilir, hatta dönem dönem güçlendirme görüşmeleri gerekebilir. Görüşmeler sıklıkla başlangıçta haftada bir, görüşmeler ilerledikçe ise ayda bir olacak şekilde, 40-45 dakika olarak planlanır. BDT yaklaşımı kabaca üç aşamadan oluşur. Her bir aşamanın farklı hedefleri vardır ve her birinde farklı girişimlere daha yoğun olarak yer verilir. Yine de bu aşamaların birbirlerinin içine girebileceği, gerektiği hallerde farklı aşamalarda tekniklerin birlikte kullanılabileceği, bu nedenle de

terapistin belli bir terapi yapısını korurken esnekliğe başvurabilmeyi ve yaratıcılığını devreye sokabilmeyi becermesi önemlidir.

Tedavinin erken aşaması ortalama 2-4 oturum kadar sürmektedir. Bu aşamada hastayla bir terapötik bağ kurabilmek, motivasyonu artırmak ve psikoeğitim gibi spesifik hedefler mevcuttur.

Tedavinin orta aşaması ortalama 4-8 oturum sürmektedir. Bu aşamada TAB için özgül bilişsel davranışçı teknikler uygulanmaktadır. Orta aşamanın temel gündemini bu tekniklerin hastanın gereksinimleri doğrultusunda uygulanması teşkil etmektedir. Bu aşamada ilk olarak hastaya özgül bir olgu kavramsallaştırılması yapılmaktadır, sonrasında da tedavi hedefleri doğrultusunda BDT teknikleri uygulanmaktadır. Bu aşama en fazla değişimin gerçekleştiği ve en uzun süren aşamadır.

Tedavinin geç aşamasında ortalama 2-4 oturum bulunmaktadır. Tedavinin geç aşamasının en önemli içeriği yinelemeyi önleme girişimleridir. Bu aşamada hastaya kazandırılmış olan becerilerin kalıcı hale getirilmesi ve ilerleyen dönemlerde yeniden TAB ortaya çıkarsa bu becerilerin uygun şekilde uygulanabilmesi için bir yol haritası çizilmesi amaçlanmaktadır. Kimi hastalar için TAB ilişkili yetiyitimi azaltıldıktan sonra eşlik eden diğer ruhsal bozukluklar veya kişilik sorunları için ek görüşmeler planlanarak onlara dönük yeni bir tedavi protokolü oluşturulması, kimileri içinse izlem döneminde güçlendirme oturumları aracılığıyla terapi sürecindeki kazanımların pekiştirilmesi yoluna gidilmesi gerekli olabilir.

TAB gerek hastaya açıklanması gerekse tedavisi konusunda zorluklar içeren, daha net bir şekilde anlaşılabilmesi için çok daha fazla şekilde araştırmaya ihtiyaç duyulan karmaşık bir klinik tablodur. Bu belirtilerin yarattığı yetiyitimi ise göz ardı edilemeyecek denli ağır olabildiğinden etkin bir şekilde tedavi edilmeleri için uzmanlar tarafından durulması önem arz etmektedir. Çeşitli kısıtlılıklarına rağmen mevcut durumda bilişsel davranışçı yaklaşımlar TAB için en fazla destekleyen kanıta sahiptir. Geleneksel BDT yaklaşımlarının beklenen etkiyi elde etmekte yetersiz kaldığı hastalarda terapistlerin kendi yaratıcılıklarını devreye sokarak ve hastanın gereksinim ve önceliklerini göz önünde bulundurarak diğer ümit vaat eden yaklaşımlardan da faydalanmayı aklında bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

- Sumathipala A, Siribaddana S, Mangwana S, De Silva P. Management of Patients with Medically unexplained Symptoms-a practical Guide. Sri Lanka: Forum for Research & Development., 2006.
- Kent C, McMillan G. A CBT-based approach to medically unexplained symptoms. *Advances in psychiatric treatment* 2009;15(2):146-151.
- Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, Khondoker MR, Moriarty J, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonpileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology* 2010;74(24):1986-1994.
- Williams C, Carson A, Smith S, Sharpe M, Cavanagh J, et al. Overcoming functional neurological symptoms: a five areas approach. CRC Press, 2017.
- LaFrance WC, Wincze JP. Treating nonpileptic seizures: therapist guide. Oxford University Press, 2015.
- Salkovskis PM, Gregory JD, Sedgwick-Taylor A, White J, Opher S, et al. Extending cognitive-behavioural theory and therapy to medically unexplained symptoms and long-term physical conditions: a hybrid transdiagnostic/problem specific approach. *Behaviour Change* 2016;33(4):172-192.

Özkıyımda Bilişsel Davranışçı Terapi

Sedat Batmaz

Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara

Özkıyım düşünce ve davranışları için bilişsel davranışçı terapi (BDT) temelli yaklaşımlar sunulduğunda sağaltımın kabaca erken, orta ve geç olmak üzere üç farklı aşamadan oluştuğu düşünülebilir. Bu aşamalar toplam 10-16 oturum içerisinde tamamlanmaya çalışılır ve sıklıkla hastayla haftada bir olacak şekilde 40-45 dakikalık görüşmeler planlanır.

Erken aşama ortalama 2-4 oturum boyunca devam eder. Bu aşamada hastayla sık bir terapötik işbirliği kurulmaya çalışılır ve süreç hakkında detaylı bir bilgilendirilme yapılarak hastanın onamı alınır. Hastanın durumunun kapsamlı bir değerlendirmesi, özellikle de risk değerlendirmesi de bu aşamada tamamlanır. Mümkün olduğunda hastanın sağaltıma katılımını artırmaya dönük motivasyonel tekniklerden faydalanılır. Hastayı riskli durumlara karşı güvende tutmanın yolları araştırılır ve geleceğe dair bir ümit yeşertilmek için uğraşılır. Bu aşama aynı zamanda ruhsal bozukluklar, psikoterapi ve BDT hakkında psikoğitimin gerçekleştirildiği aşamadır.

Orta aşama en uzun dönem olup sıklıkla 6-8 oturumdan oluşur. Sağaltıma dair hastanın beklenti ve öncelikleri araştırıldıktan sonra en son özkıyım krizi detaylıca ele alınır ve bireye özgü bir olgu kavramsallaştırması yapılır. Bu kavramsallaştırmanın BDT temelli farklı yaklaşımların (örneğin diyalektik davranış terapisi, metakognitif terapi, kabullenme ve kararlılık terapisi gibi) öne çıkardığı bileşenleri içermesine özellikle dikkat edilir. BDT tekniklerinin hastayla paylaşıldığı aşama da burasıdır. Hastayla krize müdahale, sıkıntıya dayanabilme, duygu düzenleme, duyarlılıkları azaltma, bilişsel içerik, bilişsel süreçler, kişilerarası sorunlar, yargısız farkındalık ve davranışsal girişimler konusunda yeni beceriler kazandırılmak için görüşmeler sürdürülür.

Geç aşama da 2-4 oturum kadar sürebilir ve bu aşamada bütün terapi boyunca konuşulanların bir özeti hastayla paylaşılır. Böylelikle

yinelemeleri önlemek için gerekli müdahaleler de tespit edilmiş olur. Ayrıca sağaltımın sonuçları hastayla birlikte gözden geçirilir ve gerekiyorsa güçlendirme görüşmeleri için yeni tarih belirlenir.

Özkıyıma dönük olarak kullanılan bu BDT tekniklerinin aynı zamanda psikoterapilerin genel iyileştirici etmenlerinden ayrı olarak düşünülemeyeceği ve ikisinin birlikte en uygun şekilde hastaya sunulmasının gerekli olduğu da unutulmamalıdır. Mevcut veriler özkıyımı kesin olarak engellemeyen veya belirgin düzeyde azaltan özgül bir psikoterapi yaklaşımı olduğunu desteklemekten uzak olduğundan hastanın gereksinimlerine ve tercihlerine uygun teknik ve becerilerin sunulmasına azami önem verilmelidir.

Kaynaklar

- Devrimci Özgüven H, Sercan M (editörler). İntiharı Anlama ve Müdahale Temel Kitap, 1. Baskı, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2019.
- Wenzel A, Brown GK, Beck AT. Cognitive Therapy for Suicidal Patients. Scientific and Clinical Application. American Psychological Association, Washington DC, 2009.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, 2010.
- Johnson J, Gooding P, Tarrrier N. Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, the Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 2008;81:55-77.
- Linehan MM. DBT Skills Training Manual, 2nd Ed. Guilford Press, New York, 2015.

Yetişkin Seperasyon Anksiyetesine Güncel Psikoterapötik Yaklaşımlar; Yetişkin Seperasyon Anksiyetesi Tanılı Hastalarda Bilişsel Davranışçı Terapi, Olgular Eşliğinde

Sevilay Umut Kılınc

Seperasyon anksiyetesi, kişinin bağlı olduğu ev veya kişiden kopma durumu veya ihtimali söz konusu olduğunda ortaya çıkan, olumsuz duygulanımla sonuçlanan ve kişinin işlevselliğini düşüren bir durum olarak tanımlanmıştır (Silove, 2010; Schiele, 2020; Manicavasagar, 1997; Başbuğ 2016). Her ne kadar çocukluk dönemine odaklı bir tanı gibi görünse de 90'lı yıllardan bu yana yetişkin seperasyon anksiyetesi, üzerinde yoğun çalışılan bir alan olmuştur. (Silove, 2010; Schiele, 2020) Tedavi sürecinde bilişsel davranışçı terapi (BDT) de sıklıkla önerilen tedavilerdendir (Wheaton, 2021). Ancak bu alanda kısıtlı bilgi mevcuttur. Doğrudan seperasyon anksiyetesine yönelik yapılandırılmış bir terapi programı bulunmamakla beraber yapılan bazı çalışmalar, BDT'nin etkin olduğu birçok hastalıkta, yetişkin seperasyon anksiyetesi eşlik ediyorsa BDT'ye direncin görüldüğünü ve yeterli faydanın sağlanmadığını belirtmektedir (Wheaton, 2021; Boelen, 2014; Aaronson, 2008). Bu sebeplerle bu sunumda yetişkin seperasyon anksiyetesinin BDT temelli kuramsal alt yapısının anlaşılması ve olgular üzerinden, bu hastalığa yönelik kısmen yapılandırılmış bir program sunulması amaçlanmıştır.

Anksiyetenin bilişsel bakış açısı, bilgiyi önyargılı biçimde işleme, tüm dikkatini tehdide yöneltme, belirsiz bir uyarıyı katastrofik bir biçimde ele alma gibi merkezi niteliklerden bahseder (Beck, 2005). Bir çok fobi, anksiyete bozukluğu bu kuramsal bilginin geliştirilmesi ile açıklanmaktadır. Klinik gözlemler ve seperasyon anksiyetesi tanılı hastaların formülasyonları değerlendirildiğinde ise yetersizlik, eksiklik gibi temel inançlar, imajınasyonun daha yoğun olması gibi özellikler öne çıkmaktadır.

Hastaların yapılan klinik gözlemlerinde komorbid psikiyatrik hastalık ile başvurunun sık olduğu, ağırlıkla diğer anksiyete bozukluklarının ve depresyonun eşlik ettiği gözlenmiştir (Silove, 2010; Schiele, 2020; Aaronson, 2008).

Sıklıkla gözlenen durumlar; ölümlü aşırı zihinsel uğraşı ve ölüm konusunda yüksek farkındalık (daha sık hatırlama, gerçekliği üzerine yoğun uğraşı), belirsizliğe tahammülsüzlük, duyguların güçlü uyarımı (adeta o anı doğrudan yaşıyormuşçasına), imajınasyon, ruminasyon, kontrolçülük, kendini tanımlamada zorluk, benlik tanımında yetersizlikler olarak karşımıza çıkabilir. Düşünce özellikleri açısından incelendiğinde, duygudan sonuç çıkarma, felaketleştirme, riski olduğundan yüksek görme sık karşılaşılan özellikler olarak görülmektedir.

Davranış paternlerine bakıldığında seperasyon anksiyetesine konu olan kişileri, onlarla ilişkili durumları sık kontrol etme ve rahatlama sağlama, ayrılmak istemediği kişileri hayatının merkezinde tutma, onlara göre hayatını dizayn etme, olasılıkları sürekli aklına getirerek hazırlıklı olmaya çalışma (belirsizliğe tahammülsüzlükle baş etmeye uğraşma), ruminasyon, yalnız kalmamak için aşırı uğraşı (gideceği her yere anne ile gitmek), sürekli ağlama ve yas içinde olma(kimse ölmemişken), yeme atakları, farklı mekanlarda kalamama, yeni arkadaşlar edinememe, sosyalleşememe, okula, işe gidememe olarak belirlenebilir. Panik ataklar, sıkıntıya dayanmada zorluk gözlenebilir.

Bu hastaların terapi süreçlerinde öncelikle formülasyonun yapılması önem arz etmektedir. Yapılabilecek olan müdahaleler;

- Psikoeğitim
- Bilişsel Müdahaleler (Anksiyete Bozukluğu temaları ile benzer, özellikle yaygın anksiyete bozukluğu)
- Davranış deneyleri ve maruz bırakma çalışmaları
- Duygu regülasyonu çalışmaları
- Öz şefkat uygulamaları
- Bilişsel esneklik çalışmaları
- Benlik saygısı çalışmaları, bireyselliğin kazanılmasına yönelik psikolojik rehabilitasyon olarak sıralanabilir.

Psikoeğitim; bilişsel davranışçı modelin açıklanması ve anksiyete fizyolojisinin yanında seperasyon anksiyetesini de kapsamalıdır. Psikoeğitim süreci ile birlikte hastalarla formülasyonun paylaşılabilir olması ve belirlenen sorun alanları üzerine ortak çalışılması, hastanın kendi tedavi sürecinde aktif rol alması bilişsel davranışçı terapinin öne çıkan özelliklerinden biridir. Bu özelliği ile BDT kişinin kendi yeterliliklerini, eksik olmadığı noktaları, kendi baş etme becerilerini fark etmesi açısından hasta ve terapistin birden fazla yol sunmaktadır. Hasta bir yandan bilişlerini ve davranış örüntülerini fark ederken bir yandan da bunların değişimi konusunda kendisi de görev ve sorumluluk alarak yeni yeterlilik alanları, sorun çözme becerileri geliştirir.

Kaynaklar

- Silove, D. M., Marnane, C. L., Wagner, R., Manicavasagar, V. L., & Rees, S. (2010). The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC psychiatry*, 10(1), 1-7.
- Schiele, M. A., Bandelow, B., Baldwin, D. S., Pini, S., & Domschke, K. (2020). A neurobiological framework of separation anxiety and related phenotypes. *European Neuropsychopharmacology*, 33, 45-57.
- Manicavasagar, V., & Silove, D. (1997). Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(2), 299-303.
- Başbuğ, S., Cesur, G., & Durak-Batıgün, A. (2016). Algılanan ebeveynlik biçimi ve yetişkin ayrılma anksiyetesi: kişilerarası bilişsel çarpıtmaların aracı rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27, 1-13.
- Wheaton, M. G., & Kaiser, N. (2021). Anxiety Sensitivity and Intolerance of Uncertainty as Factors Related to Adult Separation Anxiety Disorder Symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(3), 473-484.
- Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Carleton, R. N. (2014). Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cognitive behaviour therapy*, 43(2), 133-144.
- Aaronson, C. J., et al. (2008). Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(3), 418-424.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (2005). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Basic books.

Düşman mı Dost mu? Değişimde Benlik Algısının Rolü

Sevinç Ulusoy¹, Enver Denizhan Ramakan¹, Hasan Turan Karatepe²

¹Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Psikiyatri, İstanbul

Benlik kavramı hem rasyonel-emosif terapide (benlik hakkındaki olumsuz inançlar), hem Beck'in bilişsel depresyon üçlüsünde, hem de daha sonra benlikle ilgili şema yapıları olarak psikiyatrik bozuklukların bilişsel modellerinde karşımıza çıkan önemli bir kavramdır. Üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapiler içerisinde yer alan ve transdiagnostik bir yaklaşım olan Kabul ve Kararlılık Terapisi'nde (ACT) ise benlik kavramı psikopatoloji modelinin temel bileşenlerinden biridir (Frederic & Shiu, 2020). Perspektif alma becerisi üzerinden tanımlanan üç benlik kavramı vardır: Kavramsal Benlik, Fark eden Benlik, Bağlamsal Benlik. Bağlamsal benlik, kişinin farkındalıkla istenmeyen içsel yaşantılarından ayrı bir benlik algısı geliştirebileceği fikrine dayanır ve esnek bir şekilde perspektif alma becerisinin altını çizer. Bağlamsal benlik aracılığıyla kişi içsel deneyimlerini gözlemler ve "Ben sıkıntılarım değilim" ve "Ben deneyimlerimden daha fazlasıyım"ı öğrenir. Bağlamsal benlik algısını geliştirmek ACT'in amaçlarından biridir (Hayes, 2004). Travma gibi stresörlerle sonrasında benlik algısının kesintiye uğraması, sabit/kalıcı bir benlik algısının bulunmaması, kavramsal benliğe katı bir şekilde bağlanma gibi benlik ilişkili birçok problem karşımıza çıkabilmektedir. Bu problemler seansa da taşınarak

hem terapötik ilişkiyi etkileyebilmekte hem de senasın tıkanmasına yol açabilmektedir. Bağlamsal benlik ile teması ve esnek perspektif alma becerilerini geliştirmek bu sıkışmışlığın aşılmasında yardımcı olabilecek temel yöntemlerdendir (Hayes, 2004).

Bu oturumda danışanların benlik ilişkili problemlerinin seansa nasıl ortaya çıktığı ve ACT perspektifinden nasıl ele alındığının aktarılması ve Bağlamsal benlik algısı ile perspektif alma becerilerinin geliştirilmesine yönelik müdahale becerilerinin kazandırılması hedeflenmektedir.

Kaynaklar

Frederic, A., Shiu, F. (2020). Wong. Feared possible selves in cognitive-behavioral theory: An analysis of its historical and empirical context, and introduction of a working model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24, 100479

Hayes SC. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.

Bilişsel Davranışçı Terapilerde Bilişlerin Fenomenoloji Perspektifinden Analizi

Vahdet Görmez

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Tanımlayıcı psikopatoloji, yalnızca hasta veya bir yakını tarafından iletilen bilgilere ve muayene edenin gözlemlerine dayanır. Tanımlayıcı yaklaşımı, dinamik psikiyatride uygulanan yorumlayıcı yöntem gibi diğer tekniklerden ayıran işte bu çileciliktir.1-3

Klinisyenlerin psikopatoloji hakkında bilgi edinmek için bahsettiği ilk yöntem fenomenolojidir. Fenomenoloji, "ön yargılı teorilerden kaçınarak zihnin anormal durumlarının nesnel bir açıklaması" olarak nitelendirilir.4-5

Bilişsel davranışçı terapilerin etkin bir şekilde uygulanması tanıya özgü bilişsel modelin olgu formülasyonu ile entegrasyona ihtiyaç duyar. Bunun için de psikopatolojinin ürünü olan düşüncelerin (bilişlerin) klinisyen tarafından doğru tanımlanması gereklidir. Bu ihtiyaç hem psikoeğitim hem de terapi sürecinde uygulanacak diğer bilişsel yaklaşımların doğru ve etkin şekilde kullanımı için elzemdir.

Bu interaktif olması planlanan uzmanla buluşma etkinliğinde depresyon, anksiyete spektrum bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, travma ile ilişkili bozukluklar ve temel kognitif bileşenin aşırı değer verilmiş düşünce olduğu psikopatolojilerin tanımlayıcı

psikopatoloji ve fenomenoloji perspektiflerinden analiz edilmesi, bu düşüncelerin doğru bir şekilde ayırt edilebilmeleri için nasıl yaklaşımlar kullanılabileceği üzerinde durulacak ve olgu örnekleri üzerinden somutlaştırılmaya çalışılacaktır.

Kaynaklar

- Jaspers K. General Psychopathology.7th ed. Hoenig J, Hamilton MW, trans. Manchester, UK: Manchester University Press; 1963. Originally published in: 1946.
- Jaspers K. The phenomenological approach in psychopathology. Br J Psychiatry. 1968;114:1313–1323 Originally published in: 1912.
- Häfner, H. (2022). Descriptive psychopathology, phenomenology, and the legacy of Karl Jaspers. Dialogues in clinical neuroscience.
- Stevenson I. The psychiatric interview. In: Arieti S, ed. American Handbook of Psychiatry. Vol 1, 2nd ed. New York, NY: Basic Books.1974215234 [Google Scholar]
- Klerman GL. An American perspective on the conceptual approaches to psychopathology. In: Kerr A, McClelland H, eds. Concepts of Mental Disorders. London, England: Gaskell.

Belirsizliğe Tahammülsüzlükte Bilişsel Davranışçı Terapi Yaklaşımları

Aslıhan Dönmez

Belirsizliğe tahammülsüzlük (BT) bir kişinin bir durum karşısında önemli, anahtar ya da yeterli bilgiden yoksun olması nedeniyle yaşadığı duruma katlanmadaki zorluğu olarak tanımlanır. Bu sunumda belirsizliğe tahammülsüzlük kavramının klinik pratikte nasıl karşımıza çıktığı ve bilişsel davranışçı terapi ile nasıl ele alınabileceği anlatılacaktır. Bu amaçla önce bu kavramın geliştirilmesiyle ilgili tarihsel süreç özetlenecektir. Daha sonra tanımlar arası bir kavram olarak belirsizliğe tahammülsüzlüğün panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, sağlık anksiyetesi ve depresyondaki klinik tablonun oluşumundaki etkisi ve bu alanda yapılmış çalışmalar anlatılacaktır. Pandemi sürecinde yaşanan psikolojik zorlanmalara belirsizliğe tahammülsüzlüğün katkısından bahsedilecektir. Sunumun ikinci kısmında bilişsel davranışçı terapi açısından belirsizliğe tahammülsüzlüğün formülasyonunun hazırlanması, danışanların bu kavram konusundaki psikoeğitimi ve belirsizliğe toleransı arttırmak için yapılacak bilişsel ve davranıcı müdahaleler bir olgu sunumu eşliğinde ele alınacaktır.

Kaynaklar

- Freeston M, Rheaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladoceur R. Why do people worry? *Personality and Individual Differences* 1994; 17: 791-802.
- Dugas MJ, Robichaud M. *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York, Routledge, 2007.
- Carleton RN. Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders* 2016; 39: 30-43.
- Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy* 2002; 40: 931-945.
- Dugas MJ, Savard P, Gaudet A, Turcotte J, Laugesen N, Robichaud M ve ark. Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy* 2007; 38: 169-178.

Davranış Değişikliğinde Motivasyonel Görüşme

Kültegin Ögel

Değişim zordur. Değişmemek ise kolay. Bu nedenle özellikle ambivalans hastalar, davranış değişikliklerinde zorluk yaşar. Değişimin başlaması için insanların kendi motivasyonları, kaynakları ve güçlü yanları vardır. Terapist, bunları harekete geçirmekle görevlidir. Dışarıdan değişim başlatılamaz ama değişim işbirliği ile olur.

Değişim için motivasyon dışarıdan yüklenmez. Ama terapist onu ortaya çıkarabilir, ona yol gösterebilir. İnsanların davranış seçimlerini iptal

edemeyiz. İnsanlar davranışlarına kendileri karar verirler ve kendileri benimsemedikçe değişim mümkün olmaz.

Motivasyonel görüşme, danışanların ambivalansı keşfedip çözümlmelerine yardımcı olarak, davranış değişikliğini çıkartmak için kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır. Bu konuşmada değişim kavramı ve motivasyonel görüşmenin etkisi üstünde durulacaktır.

Mod Kavramı Dünü, Bugünü ve Polivagal Teoriyle İliŐkisi

Esra Yancar Demir¹, Alp KaraosmanoĐlu²

¹Avrsya Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Trabzon

²Özel Klinik, İstanbul

Young (2003) tarafından geliştirilen Şema Teorisine (ST) göre, erken dönem uyumsuz şemalar, başa çıkma stratejileri ve şema modları, bir insanın ömrü boyunca işlevsel olmayan algılarını belirleyen temel birimlerdir. Şemalar, çocukluk döneminde karşılanmayan ihtiyaçlar nedeniyle gelişir. İhtiyaçlar belirli bir düzeyde karşılanmadığında şemalar tetiklenir ve buna göre duygu, duyum ve motivasyondan oluşan tepkiler üretir. Sonra tepkinin davranışsal kısmı harekete geçer ve karşılanmayan ihtiyaçla başa çıkmanın üç yolunu izler: teslim olma, savaşma veya kaçma. Öte yandan şema modları, erken dönem uyumsuz şemalar ile belirli bir zamanda aynı anda etkinleşen uyumsuz başa çıkma stillerini uzlaştırır. İnsanların başa çıkma mekanizmalarını inceleyen bir diğer kuram ise Polivagal Kuramdır (PT). PT'nin babası olan Steven Porges (2001) memeli

otonom sinir sisteminin 600 milyon yıldır geliştirildiğini söylüyor. İlk 200 milyon yıl, organizmalar tehlikeye karşı hareketsizleşerek tepki gösterdiler ve bu koruyucu çöküş ile hayati organları korudular. Diğer 200 milyon yılda ise kalp ve akciğerler gelişti ve organizmalar tehlikeye hareketle, savaşarak veya kaçarak tepki vermeye başladı. Son 200 milyon yılda memeli sinir sistemi son şeklini aldı ve sosyal etkileşim yoluyla sorunları çözmeye ve fizyolojik ve duygusal olarak kendimizi düzenlemeye başladık.

Bu sunumda genel mod kavramı ayrıntılarıyla anlatıldıktan sonra, yeni bir yaklaşım olarak polivagal teori bağlamında mod kavramının tartışılması hedeflenmektedir. Oturum sonunda terapistlerin mod kavramına farklı perspektiflerden bakabilmeleri hedeflenmektedir.

Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Uygulaması

Nihan Coşkun

Klinik pratikte Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu olan erişkinlerin ilaç tedavisi dışında ek bir psikoterapötik müdahaleye ihtiyaç duyduklarını izliyoruz. Bu alanda en geniş kapsamlı test edilen yöntem bilişsel davranışçı psikoterapidir. Çok çeşitli BDT modelleri çalışılmış ve hepsi de ADHD belirtilerinde belirgin düzelme ile sonuçlanmıştır. Bu sunumda özellikle Susan Young&Jessica Bramham ile Steven A. Safren'in öne sürdüğü modellerden yararlanılmıştır.

Öncelikle Erişkin DEHB tanısız özelliklerinden bahsedilecek ardından tanının duygusal etkisi, eş ya da aile psiko eğitimi anlatılacaktır. Erişkin DEHB'in bilişsel davranışçı modelinden bahsedilecektir. Sonrasında DEHB'in çekirdek belirtilerinden olan dikkat, bellek, organizasyon ve zaman yönetimi ile ilgili işlevsel defisitlerin tanımlanması ve bununla baş edebilmek için gerekli bilişsel(içsel) ve davranışsal(dışsal) stratejilerin belirlenerek uygulanması açıklanacaktır.

Olgularla BDT Uygulamaları Bir Olgu Üzerinden Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları

Hakan Öğütü

Rumeli Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi Psikoloji Bölümü, İstanbul

Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu, beslenme bozukluğunu yerine geçen yeni bir tanıdır, yiyeceklere karşı ilgisizlik, yiyeceklerin yapılarına (dokularına) karşı artmıŐ hassasiyet ve boğulma gibi yemenin oluŐturduđu sonuçlardan korku gibi çeşitli klinik görünümleri içeren geniş bir terimdir. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu (KKYAB), birçok etiyolojiye sahip olan heterojen bir yiyecek alım bozukluğu grubunu tarif eder. Beslenme sıkıntısının altında yatan temel tıbbi problemler arasında büyük oranda nörolojik veya gastroenterolojik bozukluklar vardır.

İlgili tıbbi sorunlar ele alınmasıyla beraber, Bilişsel Davranışçı Terapi ve Aile Tabanlı Terapi gibi kaygı yönetimi, maruz kalma ve tepki önlemeyi içeren müdahaleye odaklanan yöntemlerin etkili olduğu gösterilmiştir. Bu olguda 17 yaŐında erkek bir olgunun apandisit ameliyatı sonrası travmatik olarak gerçekleŐen nazogastrik tüp uygulamasının ardından, 73 kg'dan 42 kg'a düŐüŐü ile birlikte Kaçınan/kısıtlı yiyecek alım bozukluğu teŐhisinin konulması ve sonrasında uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamaları neticesinde 56 kg'a çıkıŐının öyküsü yer alacaktır.

TSSB’de Taniya Özgü BDT Uygulamaları

Süleyman Çakıroğlu

Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Travma sonrası stres bozukluğu kişiyi aşırı korkutan, dehşet içinde bırakan, çaresizlik yaratan ve güçsüz bırakan çoğu kez olağandışı ve beklenmedik olayların yol açtığı bir durumdur. “Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Psikoterapi” (TO-BDT) ise çocuk ve ergenlerde yaşamın gündelik işlevselliğinde ağır problemlere sebebiyet verebilen bu durum için uygulanan ve iyi sonuçların alındığı kanıtlanmış bir tedavi metodudur. Travmatik olaylar zihinde temel olarak bellek sistemlerinin işleyişini bozar ve terapi, belleğin ilgili fonksiyonlarının yeniden işlevsel hale gelmesi için çalışır. BDT ile travma çalışırken odaklanması gereken birkaç alan vardır ve her alan için spesifik teknikler önerilebilir. TO-BDT temel olarak 3 ana modülden oluşur. İlk modül çocuk ve ergenin daha stabil ve travmatik belleğin çalışabilmesi için daha donanımlı hale gelmesi için çalışır. Bu ilk modülde psikoeğitim, gevşeme egzersizleri ve BDT’nin nasıl çalıştığının öğretilmesi üzerinde durulur. İkinci

modül travmatik belleğin işlenmesidir. Bu aşama travma tedavisi için kaçınılmaz bir gerekliliktir. Bunun oluşabilmesi için travmatik olay birçok defa ele alınır ve olay ile ilişkili duygu ve düşüncelerin yakalanarak çalışılmasına olanak sağlanır. Olay ele alınırken yaşanan duygusal sıkıntılar, içinde olayın anlamına atıfta bulunan düşünceleri sakladığından işleme sadece duygusal boyutta kalmaz, ayrıca düşünsel alan da ele alınmış olur. Üçüncü olarak travma odaklı BDT’nin diğer bir özgül alanı olayı hatırlatan tetikleyicilerle çalışmak gerekliliğidir. Bu aynı zamanda bir “kaçınmalarla çalışma” etkinliğidir. Tetikleyicilerin belirlenmesi ve kaçınma listesinin oluşturulması travma odaklı BDT için olmazsa olmazlardır. Travmatik olaylar bellekte yarattığı değişimin yanı sıra dünyanın ve insanların güvenilirliği ile ilgili de yaralar açar. Bu bağlamda yeni anlamların ve dünya ile yani bağların oluşturulması ve kişinin hayatına yeni anlamların tanıtılması önemlidir.

Sosyal Fobide Tanıya Özgü BDT Uygulamaları

Nuran Gözınar

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

Sosyal fobi, sosyal ortamlarda diğerleri tarafından olumsuz değerlendirileceği ile ilgili yoğun korku duyma ve bu korku nedeni ile bu tür ortamlarda kaçma, kaçınma ve güvenlik davranışları sergilenmesi ile karakterizedir. Bilişsel davranışçı kurama göre, bilişsel olarak sosyal fobinin temel özelliği, kişinin, çok güçlü bir biçimde çevresinde olumlu izlenim bırakma isteği duyması, diğer yandan da bunu gerçekleştirebilme yeteneğiyle ilgili belirgin güvensizlik hissetmesidir. Sosyal fobinin bilişsel davranışçı terapisi, temelde psiko-eğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal beceri eğitimi ve maruz bırakma olmak üzere dört basamaktan oluşmaktadır. Psiko-eğitim ile formülasyon üzerinden danışanın yaşadığı belirtileri ve kaçma, kaçınma ve güvenlik davranışlarının sorunun devam

etmesindeki rolünü anlaması sağlanır. Sosyal fobinin temel kognitif bileşenleri olan "kendine odaklanmış aşırı dikkat" ve "kendisini sosyal bir nesne olarak işleme", dikkat yönlendirme teknikleri ve görsel/işitsel geribildirim aracılığı ile ele alınır. Sosyal fobide danışanın varsayımları gerçek de olabileceğinden bu durumlarda baş etme becerisi kazandırmak amaçlanır. Beceri eksikliği olması durumunda eklenen sosyal beceri eğitimi bu becerilerin kazandırılmasına yöneliktir. Tedavinin sona erdirilmesi aşamasında ise tüm belirtiler ortadan kalkmamış olsa bile hastanın terapi süresince kazandığı becerileri günlük yaşamında uygulayabilir hale gelmesi sağlanır. Bu oturumda sosyal fobiye spesifik müdahale yöntemleri vaka örnekleri üzerinden tartışılacaktır.

Psikoterapiden Felsefeye - Felsefeden Psikoterapiye Psikoterapiler ve Felsefe Prefrontal Etik

Bergen Özüaydın

Maltepe Üniversitesi Felsefe Anabilim Dalı, İstanbul

Beynimizde, etik kararlarımızdan ve bunun sonucunda ortaya çıkan davranışlarımızdan sorumlu olan bir bölge arayışı elbette ki yeni bir şey değildir. 1848 tarihli Phineas Gage vakasından beri, nörobilim alanında yapılan çalışmalar, beyindeki başka alanlarla bağlantılı olmak üzere, ama özellikle prefrontal korteksin, zor şartlar altında dahi bizi doğru şeyi yapmaya yönlendirdiği söylemektedir. Bunun ne kadarı doğrudur bu bugün tartışmaya ve gelecekte teknolojiyle birlikte beyin üzerine yapılan çalışmalar geliştikçe de değişmeye elbette açıktır. Ama bugünkü bilimin bizi getirdiği nokta şudur ki prefrontal korteks, Platon, Aristoteles ya da Spinoza gibi pek çok filozofun “etik davranışlarda bulunan erdemli insan” tanımına uyan insanın, bu özelliklerinin ortaya çıkmasından sorumlu olan bölgedir.

Şaşırtıcı olansa, yüzlerce yıl önce henüz psikoloji, psikiyatri ya da nörobilim ortaya çıkmadan, beyni görüntülemek, işlevlerini saptamak mümkün değilken, kimi filozofların adlarına amigdala, hipokampus, prefrontal korteks, limbik sistem vs. demeden ama tam da onların görevlerinden söz ederek ve onları o dönem itibarıyla adına ruh denilen yerde farklı isimlerle konumlandırmaya çalışarak, beyindeki bu bölgelerin işlevlerine yönelik saptamalarda bulunmuş olmasıdır. Filozofların insan ruhuna dair bu belirlemeleriyle, bugünkü nörobilimin beyne dair söyledikleri çok büyük oranda örtüşmektedir. Bir zamanlar felsefenin teorik olarak saptadıklarını, bilim doğrular niteliktedir. Prefrontal etik, bu benzerlikleri, nörobilim alanındaki gelişmelerden ve felsefenin Antik Çağ’a uzanan kaynaklarından hareketle tartışmaktadır.

Psikoterapiden Felsefeye - Felsefeden Psikoterapiye

Alper Hasanoğlu

Rumeli Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Antik Yunan filozoflarından günümüze psikoloji ve insanı anlamak felsefenin önemli ilgi alanlarından biri olmuştur. Gerek psikiyatri gerek klinik psikoloji felsefeden koparak disiplin içinde felsefenin getirdiği çözümlerden uzaklaşmıştır. Birçok durumda psikolojinin ve psikoterapilerin zorlandığı durumlarda daha geniş ve bütünlüklü felsefe bakışı nasıl olabilir ve insana nasıl yardım edebilir? Tanımlayıcı psikiyatrinin geçirdiği evrim giderek onu insanın özünden

uzaklaştırmış ve kategorize edici ve insanı bir bütün olarak anlamakta yetersiz kalmıştır. Kıta felsefesinin katkıları, Nietzsche ve Freud üzerine etkileri, fenomenoloji ve varoluşçu felsefenin güncel felsefeye etkileri insanı anlama ve çözüm önerileri üzerinde durulacaktır. Felsefenin Psikanaliz, BDT, şema terapi, varoluşçu terapilere katkıları ve eleştirileri üzerinde durulacaktır.

Psikoterapiden Felsefeye - Felsefeden Psikoterapiye BDT ve 3. Dalga Terapiler İnsanı Anlama Üzerine Yaklaşımları

Selçuk Aslan

Gazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

Felsefe ve terapi üzerine etkileri konusu ile psikoterapilerin felsefesi: temel önermeleri ve değişim mekanizmaları akla gelmektedir. Bu iki konu biraz farklı, biraz da ilişkilidir. Birşeyin felsefesi dediğimizde disiplin anlamındaki felsefeden başka bir kavramdan temeldeki etki mekanizmasından söz ederiz. Öte yandan bu temel dönüşüm mekanizmaları da o psikoterapi ekolünün döneminde felsefi akımlardan etkilenmiştir. Antik dönemde yazılmış ve üzerine çalışılmış metinleri düşündüğümde Psikolojinin felsefenin içinde var olduğu dönemlerde İnsan hakkında birçok isabetli değerlendirmeler yapılmıştır. İnsana ait keşfedilmemiş birşeyin var olduğunu düşünmüyorum. İnsan psikolojisine dair birçok şey 2500 yıl öncesinden Budizm ve Eski Yunan'da çalışılmış ve üzerinde yöntemler geliştirilmiş gibi görünüyor. Ancak bu çalışmalar bütünlüklü ve birçok şeyi açıklayabilecek genişlikte değil, biyolojik temel bilgileri eksikliği nedeniyle gözlemler düzeyinde kalmıştır denebilir. Ancak 19 yy. sonlarında Wilhelm Wundt ve William James iki önemli düşünürün felsefeden koparak sistematik bir psikoloji disiplini ampirik temellere dayanan bir bilim alanı olarak tanımlayıp geliştirdiğini iyi biliyoruz. Demek ki felsefe yeterli gelmediği için bu ayrışma yapılmış ve ampirik çalışmalardan oluşan daha saf bir bilim alanı geliştirilmiştir. Bilimsel gelişmeler: nörobilimin getirdiği yenilikler bize yeni kapılar açmıştır. Bu sunumda Bilişsel Davranışçı terapinin temel aldığı felsefi dayanaklar ele alınacaktır. BDT birçok alandan

beslenmektedir: stres diatez modeli, mediation hipotezi, rasyonalizm, mantıksal çıkarım, Sokratik metod, pragmatizm, ampirik gözlemler ve deneylerin BDT rolü üzerinde durulacaktır. 3. Daga terapilerden ACT (kabul kararlılık terapisi) ve CFT (şefkat odaklı terapi) MBCT (mindfulness temelli terapiler) beslendiği ve ilişkili olduğu felsefi ekoller: bağlamsal yaklaşım, pragmatizm, işlevselcilik, evrimsel biyoloji ve psikoloji dayanakları ve güncel sorunlara çözüm önerileri incelenecektir.

Kaynaklar

- S.G. Hofmann, G.J.G. Asmundson / *Clinical Psychology Review* 28 (2008) 1–16
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley
- Beck Dozois, Annu. Rev. Med. 2011. 62:397–409
- O'Connor M. Ve ark. The Efficacy and Acceptability of Third-Wave Behavioral and Cognitive eHealth Treatments: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy* 49 (2018) 459–475
- <https://contextualscience.org/resources>
- Compassionate Mind Foundation. www.compassionatemind.co.uk
- <https://www.compassionatemind.co.uk/resource/resources>

Travmatik Yasta Terapi Yaklaşımlarına Genel Bir Bakış, Emdr ve Prolong Exposure Özelinde Yas Terapisi

Esra Yancar Demir, Levent Sütçigil

Travmatik yas sevilen bir kişinin ani ve şiddet içeren şekilde ölümü sonrasında kaybı yaşayan kişilerde ortaya çıkan belirti ve tepkilerle ilişkilidir. Travmatik yas, doğal yas sürecini kaybın beklenmedik ve dehşet verici olması ile etkiler. Çalışmalar kayıp sonrası ortaya çıkan travmatik yasin; Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Majör Depresyon, Panik Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu gibi farklı ruhsal bozukluklar veya somatik rahatsızlıkların gelişmesindeki önemine işaret etmektedir.

Bu oturumda Travmatik Yasin normal yastan farkı, travmatik yasta uygulanabilecek terapi yaklaşımları ile ilgili genel bir bilgi verilmesinin ardından, EMDR ve Prolong Exposure terapileri özelinde yas tutan bir bireye yaklaşım tartışılacaktır. Sunum sonunda dinleyicilerin travmatik yasa terapötik yaklaşım konusunda daha donanımlı olmaları hedeflenmektedir.

Vajinismusun Bilişsel Davranışçı Terapisi

Yasir Şafak, Simge Kurt

Vajinismus vajinal girişi engelleyen ve sıkıntıya yol açan, vajinanın 1/3 dış kısmını çevreleyen kasların tekrarlayan, sürekli ve istemsiz kasılması sonucunda cinsel ilişkinin olanaksız ve/veya çok ağrılı hale gelmesi olarak tanımlanır. Dünyada görülme sıklığı %6-18 arasında iken, Cinsel terapi kliniğine başvuran kadın danışanlardan %73'ü vajinismus nedeni ile başvurmaktadır. Vajinismus tedavisinde kullandığımız bilişsel davranışçı terapi modelinde; bilişsel yaklaşıma göre, vajinismusta vajinistik yanıt gelişmesinde bilişsel süreçlerden, anlamlandırma, yorumlama ve algılama bozukluklarının etken olduğu kabul edilir. Kişide yanlış yorumlamalar ve otomatik düşünceler mevcuttur (cinsellikle ilgili bilgi eksikliği, cinsel yanlış ve abartılı inançlar, cinsellikle ilgili gerçekçi olmayan beklentiler gibi). Davranışsal yaklaşıma göre doğal cinsel refleksin olumsuz bir iç veya dış uyararla şartlanması cinsel davranıştaki doğal oluşumun akışını bozar. Cinsel uyarıya çeşitli iç ve dış nedenlerden dolayı beklenilenden farklı ve olumsuz bir tepki geliştirilmesidir. Kişide normalin üzerinde bir anksiyete ortaya çıkar. Bu da kısır bir döngü yaratarak cinsel yanıtın

olumsuz bir biçimde oluşmasına neden olur. Klinik uygulamada bir bütünün yaraları olarak ele alınan bilişsel ve davranışsal yaklaşıma göre yanlış cinsel bilgiler, öyküler ve inançlar ilk cinsel birleşme denemesinin ağrılı olmasına neden olur. Bu da koşullu olarak gelişen vajinistik yanıt olarak adlandırılan perivajinal kas spazmlarına neden olur. Vajinismusun bilişsel davranışçı terapisinde; cinsel anatomii ve fizyoloji eğitimi, davranışsal olarak farklı gözlem ve keşif egzersizleri, kegel egzersizi, parmak egzersizleri ve penis egzersizleri ile sistematik duyarsızlaştırma, aşamalı kas gevşetme ya da biofeedback yöntemleri, bilişsel terapisi; düşünce hatalarını belirlenip bilişsel yeniden yapılandırma, korku kaçınma modelini açıklama, danışanı modele sosyalize etmeden oluşur.

Bu kursta; vajinismus tedavisinde cinsel anatomi ve fizyoloji eğitimi, bilişsel ve davranışçı tekniklerin anlatılmasının yanı sıra terapi sürecinde karşılaşılabilecek sorunlar ve çözümleri üzerine pratikler de sunulacaktır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Farklı Yaklaşımlar-1

Aslıhan Dönmez, Kadir Özdel, Ali Ercan Altınöz

Yaygın Anksiyete Bozukluğu, toplumun yaklaşık %7'sini etkileyen, kadınlarda daha sık görülen, kişilerin endişelenme halini durduramadıklarından belirgin şekilde yakındıkları bir bozukluktur. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Bilişsel Davranışçı Perspektiften yönetimi farklı ekol ve kuramlara göre farklılık arz edebilmektedir.

Bu çalışma grubunun konusu yaygın anksiyete bozukluğunun bilişsel davranışçı terapisindeki farklı yaklaşımların gözden geçirilmesidir. Bu çalışma grubu sırasında Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun kuramsal temellerinden bahsedilecek, bu bozukluğu açıklayan farklı kuram ve ekoller anlatılacaktır (Dugas modeli, Burkovec modeli, Wells modeli).

Ardından yaygın anksiyete bozukluğunun bilişsel davranışçı perspektiften nasıl ele alındığı eğiticiler tarafından anlatılacak; yaygın anksiyetede kaçınma ve problem çözme, üstbilişsel müdahale alanları ve belirsizliğe tahammülsüzlüğe müdahaleler gibi farklı müdahale alanları tanımlanacaktır. Son kısımda tanımlanan kimi durumlar için katılımcılardan müdahale planı geliştirmeleri beklenecektir.

Çalışma grubu role-playlar ile interaktif şekilde sürdürülecektir. Bu çalışma grubu; katılımcılara yaygın anksiyete bozukluğunda davranışçı, bilişsel ve de üstbilişsel stratejiler konusunda bilgi ve beceri kazandırmayı amaçlamaktadır.

Tanımlar ve Sınırların Ötesinde: Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi

Zümra Atalay

Bilgeliliğin doğu öğretileri ve 21. yüzyıl batı bilimini birleştiren Mindfulness Temelli Bilişsel Terapi (MBCT), depresyonda nüksetmeyi ve travmanın gelecekteki etkilerini önlemeye yardımcı olmak için tasarlanmıştır. MBCT, acı verici duygu ve durumlarla özdeşleşmeden veya onlardan kaçınmadan onlara yüzümüzü dönme ve mesafe ile durabilme becerilerini ve anlayışını kazandırmak için güçlü bir araçtır. Problemleri çözmenin direkt hedeflenmesinden,

problemlerle bilgece ilişki kurma ve onlarla beraber de yaşama devam edebilme becerilerinin öğretildiği MBCT yaklaşımında bir paradoks varmış gibi görünse de bu program zorlayıcı olanı değiştirip başka bir yere gitmeye yardımcı olmaktansa tam anlamıyla olunan yerde nasıl durulabileceğini öğretir. Süreç, problemleri direkt olarak işaret etmeyi veya problemlerin kendisi hakkında konuşmayı değil, daha çok kişinin problemlerle olan ilişkisini içermektedir.