İKİNCİ BASIMDAN ÇEVİRİ

BİLİŞSEL DAVRANIŞCI TERAPİ

Temelleri ve Ötesi

Çeviri Editörü: Dr. Muzaffer Şahin



SECOND EDITION

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY

Basics and Beyond

Judith S. Beck

gp GUILFORD

nobel

Judith S. Beck
Çeviri Editörü: Dr. Muzaffer Şahin
2. BASIMDAN ÇEVİRİ
COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY
BİLİŞSEL DAVRANIŞCI TERAPİ

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

Temelleri ve Ötesi

İKİNCİ BASIMDAN ÇEVİRİ

Judith S. Beck
Foreword by Aaron T. Beck

Çeviri Editörü
Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin
Arel Üniversitesi



Çevirenler

Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin
Arel Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert
Hasan Kalyoncu Üniversitesi

THE GUILFORD PRESS
New York London

nobel

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

Babama
Aaron T. Beck, MD

YAZAR HAKKINDA

Judith S. Beck, PhD, Bilişsel Davranışçı Terapi Beck Enstitüsünün Başkanıdır (www.beckinstitute.org) ve Pennsylvania Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümünde Klinik Psikoloji Doçentidir. O profesyoneller ve danışanları için yaklaşık 100 makale ve bölümün yanı sıra çok sayıda kitap yazmıştır; Bilişsel davranış terapisi ile ilgili konularda, ulusal ve uluslararası yüzlerce sunum yapmıştır; Beck Gençlik Envanteri ve Kişilik İnanç Ölçeğini geliştirenlerden biridir. Dr. Beck Kognitif Terapi Akademisinin kurucu üyesi ve eski başkanıdır.

ÖN SÖZ

Bilişsel Terapi: Temel İlkeleri ve Ötesi kitabının ilk basımının yakaladığı başarının beni bu düzeltmeyi yapmaya sevk etmiş olmasından memnunum. Okuyucularа psikoterapinin bu yaklaşımına yeni bir anlayışla bakmalarını sağlıyor ve inanıyorum ki bu çalışma hem kendisini bilişsel davranış terapisine adamış kişiler tarafından hem de alanda yeni olan öğrenciler tarafından hoşnutlukla karşılanacak. Alanı heyecan verici yeni yönlere sevk eden muazzam sayıda yeni araştırmanın yapıldığı ve fikirlerin yayıldığı göz önüne alındığında, bazı farklı kavramsallaştırma ve hastalarımızı tedavi etme yollarını kapsayacak bu baskıyı yayma çabalarını takdir ediyorum.

Okuyucuyu bilişsel terapinin başlangıç dönemine ve daha sonraki gelişimine götürmek isterdim. Hastalarımı daha sonra "bilişsel tedavi" diye adlandırdığım (ve şimdi "bilişsel davranış terapisi" olarak adlandırılan) bir dizi terapötik prosedür ile ilk kez tedavi etmeye başladığımda psikoanalitik eğitimimden oldukça uzak olan bu yaklaşımın beni nerelere sürükleyeceğini bilmiyordum. Klinik gözlemlerime ve bazı sistematik klinik çalışmalara ve deneylere dayanarak depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik sendromların özünde bir düşünme bozukluğu olduğu kuramını geliştirdim. Bu bozukluk hastaların belirli deneyimleri yorumlama yönteminde sistematik bir ön yargı şeklinde yansıyordu. Bu ön yargılı yorumlara dikkat çekip alternatifler yani daha olası açıklamalar önererek semptomlarda etkisini neredeyse hemen gösteren bir azalma meydana getirebildiğimi gördüm. Bu bilişsel beceriler konusunda hastaları eğitmek gelişmenin sürmesini sağladı. Şimdi ve burada sorunlarına bu şekilde yoğunlaşma semptomların 10 ila 14 haftada neredeyse tamamen azalmasını sağladı.

Kendi grubum ve diğer yerlerdeki klinisyen/araştırmacıların daha sonraki klinik denemeleri bu yaklaşımın anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar ve panik bozukluğu üzerindeki etkinliğini destekledi.

1980'lerin ortalarından itibaren bilişsel terapinin bir "psikoterapi sistemi" konumuna eriştiğini iddia edebilirim. Bilişsel terapi (1) temel önermelerini destekleyecek sağlam deneysel bulgularla bir kişilik ve psikopatoloji kuramını, (2) psikopatoloji ile harmanlanmış bir dizi prensip ve stratejilerden oluşan bir psikoterapi modelini ve (3) bu yaklaşımın etkinliğini destekleyecek klinik sonuç çalışmalarına dayalı sağlam deneysel bulguları kapsar.

İlk çalışmalarımdan beri yeni nesil terapistler/araştırmacılar/öğretmenler psikopatolojinin kavramsal modeline dair temel araştırmalar yürütmekte ve bilişsel davranış terapisini çok çeşitli psikiyatrik bozukluklara uygulamaktadır. Sistematik araştırmalar kişiliğin ve psikiyatrik bozuklukların temel bilişsel boyutlarını, bu bozuklukların kendine özgü bilgiyi işleme ve geri çağırma biçimlerini ve çaresizlikle stres arasındaki ilişkiyi keşfetmektedir.

Bilişsel davranış terapisinin çok sayıda psikolojik ve medikal bozukluklar üzerindeki uygulamaları, ilk birkaç depresyon ve anksiyete vakamı bilişsel terapi ile tedavi ettiğimde hayal bile edemeyeceğim kadar genişledi. Sonuç denemelerine dayalı olarak dünya çapındaki özellikle de Birleşik Devletlerdeki araştırmacılar bilişsel davranış terapisinin travma sonrası stres bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, her türlü fobi ve yeme bozuklukları gibi çok çeşitli koşullarda etkili olduğunu kanıtlamışlardır. İlaçla birlikte bipolar bozukluk ve şizofreninin tedavisine genellikle yardımcı olmuştur. Bilişsel terapinin ayrıca bel ağrısı, kolit, hipertansiyon ve kronik yorgunluk sendromu gibi çok sayıda kronik tıbbi bozukluğa da faydalı olduğu ortaya konulmuştur.

Bilişsel davranış terapisinin sayısız uygulamaları ile bu alanda çalışmayı amaçlayan bir terapist bu terapinin özünü nasıl öğrenmeye başlayabilir? *Alice Harikalar Diyarında*'dan alıntı yaparak "Başlangıçtan başla." Bu da bizi ön sözün başındaki soruya geri götürüyor. İkinci kuşak bilişsel davranış terapistlerinden biri olan (ve gençliğinde yeni kuramımı dinleyen ilk kişilerden biri olan) Dr. Judith Beck tarafından yazılan bu kitabın amacı bilişsel davranış terapisinin uygulanması için sağlam bir temel dayanak sunmaktır. Bilişsel davranış terapisinde inanılmaz sayıdaki farklı uygulamalara rağmen, tüm bu uygulamalar bu basımda özetlenen ana ilkelere dayanmaktadır. Deneyimli bilişsel davranış terapistleri bile kavramsallaştırma becerilerini keskinleştirmek, teröpatik teknik repertuarlarını genişletmek, daha etkili tedaviler planlamak ve terapideki zorlukları gidermek açısından bu kitabı oldukça faydalı bulacaklardır.

Kuşkusuz hiçbir kitap, bilişsel davranış terapisi ile ilgili süper vizyonun yerine geçemez. Eğitimli bilişsel terapistler tarafından verilen süpervizyona bu kitap önemli bir katkı sağlar (bk. Ek B).

Dr. Judith Beck bilişsel davranış terapisi konusundaki kılavuzu sunmak için gerekli niteliğe fazlasıyla sahiptir. Geçtiğimiz 25 yıldır bilişsel davranış terapisi konusunda hem yeni başlayanlar hem de deneyimli terapistlerin katıldığı sayısız atölye çalışması ve eğitim düzenlemiş, çeşitli bozukluklar için tedavi protokolleri geliştirilmesine yardımcı olmuş ve aktif olarak bilişsel davranış terapisi araştırmalarına katılmıştır. Yararlanabileceği böyle bir geçmiş ile ilk basımı çoğu psikoloji, psikiyatri, sosyal hizmet ve danışmanlık lisansüstü programında okutulan başlıca bilişsel davranış metinlerinden biri olan bu terapiye uygulanabilecek zengin bir cevher barındıran bir kitap yazdı.

Bilişsel davranış terapisinin uygulaması basit değildir. Örneğin klinik deneylerde hastaların kendi kişisel dünyalarını nasıl algıladıklarını ya da "iş birlikçi deneycilik" prensibini gerçekten anlamadan "otomatik düşüncelerle" çalışmalar yapan katılımcılara rastladım. Dr. Judith Beck'in bu kitabının amacı bilişsel davranış terapisi konusunda hem yeni hem de deneyimli terapistleri eğitmek, öğretmek ve yetiştirmektir. Judith Beck bu görevde hayranlık uyandıracak kadar başarılı olmuştur.

Aaron T. Beck, *MD*,
Beck Bilişsel Davranış Terapisi Enstitüsü
Psikiyatri Bölümü, Pennsylvania Üniversitesi

GİRİŞ

Geçtiğimiz yirmi yıl bilişsel terapi alanı için oldukça heyecan verici bir süreçti. Yeni araştırmalarla birlikte bilişsel davranış terapisi yalnızca insanların acılarını hızlı bir şekilde azalttığı ve hafiflettiği için değil aynı zamanda insanlara iyi durumlarını sürdürmeyi de öğrettiği için birçok bozukluk için tercih edilen bir tedavi oldu. Kâr amacı gütmeyen örgütümüz Beck Bilişsel Davranış Terapisi Enstitümüzün başlıca görevi Philadelphia'da ve dünya çapında sağlık ve akıl sağlığı profesyonellerine en gelişmiş eğitimi sunmaktır. Ancak atölyeler ve çeşitli eğitim programlarıyla bu tür bir psikoterapiyi gözlemlemek yeterli değildir. Geçtiğimiz 25 yıl boyunca binlerce insanı eğittikten sonra bile hâlâ bilişsel davranış terapisi kuramı, prensipleri ve uygulamasında uzmanlaşmak isteyen kişilerin okuyup sürekli olarak başvurabilecekleri temel bir kılavuza ihtiyaç duyduklarını düşünüyorum.

Bu kitap daha önce bilişsel davranış terapisi konusunda hiç çalışmamış bireylerden bu konuda oldukça deneyimli olan ancak hastaları bilişsel olarak kavramsallaştırma, tedaviyi planlama, çeşitli teknikleri uygulama, tedavilerinin etkinliğini değerlendirme ve terapi seansında ortaya çıkan sorunları belirtme gibi becerilerini geliştirmek isteyen bireylere kadar geniş kapsamlı bir sağlık ve akıl sağlığı profesyonelleri kitlesi için tasarlanmıştır. Materyali mümkün olduğunca basit bir şekilde sunmak için kitap boyunca tek bir hastayı (isim ve belirleyici özelliklerini değiştirdiğim) seçtim. Sally birçok açıdan ideal bir hasta ve onun tedavisi, yalnız tek epizodlu depresyon için "standart" bilişsel davranış terapisini açıkça örnekliyor. Tarif edilen tedavi kaygı özellikleri barındıran, yalın bir depresyon vakası

olsa da sunulan teknikler çok çeşitli sorunları olan hastalara uygulanabilir. Okuyucunun tedaviyi uygun şekilde düzenlemeyi öğrenmesi için diğer bozukluklara göndermelerde de bulunulmuştur.

Bu kitabın ilk basımı 20'den fazla dilde basıldı ve dünyanın her yerinden çoğunu bu yeni basıma dâhil ettiğim geri bildirimler aldım. Değerlendirme ve davranış aktivasyonu, Bilişsel Terapi Değerleme Ölçeği (terapist yetkinliğini ölçmek için birçok araştırma çalışması ve eğitim programında kullandığım) ve Bilişsel Vaka Makalesi (sertifika almanın ön koşulu olarak Bilişsel Terapi Akademisi'nin sağladığı şablona dayalı olarak) konusunda yeni materyaller ekledim. Ayrıca terapötik ilişki, kılavuzluk edilen keşif ve Sokratik sorgulama, hastaların güçlü yanlarını ve kaynaklarını açığa çıkararak kullanma ve ödev konularını daha fazla vurguladım. Klinik uygulamalarımdan, verdiğim eğitimlerden, yaptığım gözetimlerden, alanla ilgili araştırma ve yayınlarımdan, ister genç ister tecrübeli olsun dünyanın birçok farklı bölgesinden bilişsel davranış terapisinin çeşitli yönleri ve diğer birçok bozukluk üzerinde çalışan öğrenci ve iş arkadaşlarımla yaptığım tartışmalardan yararlandım.

Bu kitap, aynı zamanda sıra dışı bilim adamı, kuramcı, uygulayıcı ve insan olan babam, bilişsel terapinin babası Aaron T. Beck'in çığır açan çalışmaları olmasaydı yazılamazdı. Ayrıca birlikte çalıştığım süpervizörlerden, süpervizyon alanlardan ve hastalarımdan çok şey öğrendim. Hepsine minnettarım.

Judith S. Beck, PhD

EDİTÖRÜN SUNUŞU

Yeni bir başvuru niteliğinde olan "BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ" kitabını, alanda çalışan psikologlara, psikiyatristlere, bu alanlarda çalışan öğretim üyelerine, psikoloji ve psikiyatri öğrencilerine sunmaktan kıvanç duyuyoruz.

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ ruhsal hastalıkların tedavisinde en çok kullanılan ve en işlevsel olan terapi yöntemlerinden biridir. Bu kitapta, yalnız teori değil, aynı zamanda uygulamalı olarak tekniklerin nasıl kullanılacağının bilgisi de sunulmaktadır. Alanda çalışanların bu kitabı okumaları, okuduklarını meslektaşları ile tartışmaları, kitabı okuduktan sonra kitapta uygulamalı olarak sunulan teknikleri önce kendi biliş ve davranışlarını değiştirmek için kullanmaları, sonra tedavi ettikleri danışanların biliş ve davranışlarını değiştirmek için kullanmaları önerilmektedir. Bu konuda deneyimli olmayan terapistlerin bu teknikleri kullanırken süpervizyon almaları, meslektaşları ile teknikleri ve terapi sürecini tartışmaları; mesleki bilgi ve becerilerinin gelişmesine, mesleki yetkinlik kazanmalarına ve danışanlarına daha yararlı olmalarına katkı sağlayacaktır.

Yine bilişsel davranışçı terapi ile ortak çalışmalar yapan AKILCI DUYGUSAL VE DAVRANIŞSAL TERAPİ ile ilgili başka bir başvuru kitabının çevirisi üzerinde çalışmalarımız devam etmektedir.

Bu kitapların dışında Nobel Yayınlarından çıkacak, güncel bilgilerle yazılmış bir PSİKOPATOLOJİ (Anormal Psikoloji) kitabı, ÇİFT TERAPİSİ kitabı, DANIŞMANLIK BECERİLERİ kitabı ve alanımızla ilgili başka çeviri çalışmalarımız aralıksız devam etmektedir.

Daha önce "ÖĞRENME TORİLERİ" , "FİZYOLOJİK PSİKOLOJİ" ve "KLİNİK PSİKOLOJİ" kitaplarının çevirisini yapmıştık.

Transaksiyonel Analizle ilgili ilk iki basımı başka bir yayınevinden çıkan "Akıllı Bir Kalple DUYGUSAL OKURYAZARLIK" kitabının 3. Basımı da Nobel'den çıktı. Yine çok değerli bir kitap olan GÜÇ OYUNLARI ve GÜCÜN ÖTEKİ YÜZÜ ve BEN OK'İM, SEN OK'SİN kitapları da alan ve alan dışındaki okuyuculara sunuldu. Bu alanda TRANSAKSİYONEL ANALİZ "İŞLETME, ORGANİZASYON VE EĞİTİCİLER İÇİN" yeni bir kitap daha Nobel Yayınlarından çıkacak.

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ kitabının Türkçeye kazandırılması sırasında pek çok insanın emeği ve katkısı oldu. Yaptığım çeviriler, editler, uzun okumalar sırasında evin bütün sorumluluklarını üstlenen ve beni çalışmalarımla baş başa bırakan eşim Nilbahar Şahin'e teşekkür ediyorum.

"Bilişsel Davranışçı Terapi" kitabının telif haklarının alınmasını önerdiğimde, önerimi hemen kabul eden ve telif haklarının alınmasını sağlayan Genel Yayın Yönetmeni Nevzat Argun'a; yayın hakkının alınması aşamasında yurt dışı bağlantıları konusunda yardımcı olan Prof. Dr. Timur Aydemir'e teşekkür ederim. Yayın Kurulu Genel Sekreteri Sadık Küçükakman'a; Yayın Dağıtım Sorumlusu Volkan Kurt'a; Gramer ve Türkçe düzeltmelerini büyük bir özenle yapan Gönül Ekici'ye; sabırla çok yoğun bir emekle, Word metinlerini kitabın orijinal formuna dönüştüren Hamide Yalçın'a; kapak tasarımını ince bir estetik anlayışla yapan Sevgi Pınar Özen'e katkıları için teşekkür ederim. Kitabın basımında çalışan, emek veren herkese ve basım aşamasında orada bu çalışmaların büyük bir titizlikle yapılmasını sağlayan Halil Yeşil ustaya, katkıları için teşekkür ederim.

Bu kitabın çevirisine coşku ile katılan, çeviri sürecinde değerli katkıları olan arkadaşım Itır Cömert Tarı'ya teşekkür ederim.

Bu değerli eserin, klinik psikolog, psikiyatrist, terapist formasyonunu ve yetkinliğini kazanmanızda sizlere katkı sağlayacağına; danışanlarınıza daha yararlı olacağınıza tüm kalbimle inanıyorum. Okuduğunuz her bilgiyle bilişleriniz aydınlansın, aydınlık bilişleriniz insanların kişisel yolculuğunda ışık olsun...

ÇEVİRİ EDİTÖRÜ: MUZAFFER ŞAHİN PH.D.

İÇİNDEKİLER

Bölüm 1. Bilişsel Davranış Terapisine Giriş 1

Bilişsel Davranış Terapisi Nedir? 2
Bilişsel Davranış Terapisinde Altta Yatan Teori Nedir? 3
Araştırmalar Ne Diyor? 4
Beck, Bilişsel Davranış Terapisini Nasıl Geliştirdi? 5
Tedavinin Temel İlkeleri Nelerdir? 6
Terapi Seansı Neye Benziyor? 11
Bilişsel Davranış Terapisti Olarak Gelişim 12
Bu Kitabı Kullanma Şekli 14

Bölüm 2. Tedaviye Genel Bakış 17

Terapötik İlişki Geliştirme 17
Tedaviyi ve Seansı Planlama 21
İşlevsiz Bilişleri Birleştirme ve Onlara Yanıt Verme 22
Olumluyu Vurgulama 26
Seanslar Arasındaki Bilişsel ve Davranışsal Değişimi Kolaylaştırma (Ödev) 27

Bölüm 3. Bilişsel Kavramsallaştırma 29

Bilişsel Model 30
İnançlar 32
Davranışın Otomatik Düşüncelerle İlişkisi 36

Bölüm 4. Değerlendirme Seansı 46
Değerlendirme Seansının Hedefleri 47
Değerlendirme Seansının Yapısı 48
Değerlendirme Seansını Başlatma 48
Değerlendirme Aşaması 49
Değerlendirmenin Son Kısmı 53
Aile Üyesini Dâhil Etme 53
İzlenimlerinizi İlişkilendirme 53
Tedavi için Başlangıç Hedefleri Belirleme ve Tedavi Planınızı İlişkilendirme 54
Tedavi için Beklentiler 56
Başlangıç Bilişsel Kavramsallaştırmayı ve Tedavi Planını Başlatma 57

Bölüm 5. İlk Terapi Seansının Yapısı 59
İlk Seansın Yapısı ve Hedefleri 59
Gündemin Belirlenmesi 60
Duygu Durumunu Kontrol Etme 62
Güncelleme Yapma 63
Teşhisin Tartışılması 65
Problemlerin Belirlenmesi ve Hedef Koyma 68
Hastaya Bilişsel Model Üzerine Eğitim Verme 70
Sorunun veya Davranışsal Etkinleştirmenin Üzerinde Konuşma 74
Seans Sonu Özeti ve Ödevi Belirleme 74
Geri Bildirim 76

Bölüm 6. Davranışsal Etkinleştirme 80
Aktif Olmamanın Kavramsallaştırılması 80
Yeterlilik veya Zevk Eksikliğinin Kavramsallaştırılması 81
Tahminlerin Doğruluğunu Değerlendirmek için Etkinlik Tablosunu Kullanma 97

Bölüm 7. 2. Seans ve Sonrası: Yapı ve Biçim 100
Seansın İlk Bölümü 101
Seansın Orta Bölümü 112
Son Özet ve Geri Bildirim 118
3. Seans ve Sonrası 120

Bölüm 8. Terapi Seanslarını Yapılandırmayla İlgili Problemler 123
Terapistlerin Bilişleri 123
Hastaların Sözünü Kesmek 124
Hastayla İletişim Kurma 125
Hastanın Terapiye Bakışı 125
Terapötik İttifakı Güçlendirme 126
Duygu Durum Kontrolü 127
Kısa Güncelleme 129

Seanslar Arasında Bağlantı Kurmak 130
Ödevi Gözden Geçirme 133
Gündem Maddelerini Tartışma 133
Yeni Ödevi Hazırlama 134
Son Özet 135
Geri Bildirim 135

Bölüm 9. Otomatik Düşünceleri Belirleme 137
Otomatik Düşüncelerin Özellikleri 137
Hastalara Otomatik Düşüncelerin Açıklanması 140
Otomatik Düşünceleri Ortaya Çıkarmak 142
Hastalara Otomatik Düşünceleri Belirlemeyi Öğretme 155

Bölüm 10. Duyguların Belirlenmesi 158
Otomatik Düşünceleri Duygulardan Ayırmak 159
Duyguları Adlandırmadaki Zorluklar 162
Duyguları Derecelendirme 164
Terapiye Yönlendirirken Duygusal Yoğunluğun Kullanılması 165

Bölüm 11. Otomatik Düşüncelerin Değerlendirilmesi 167
Temel Otomatik Düşünceleri Değerlendirme 167
Otomatik Bir Düşünceyi Değerlendirmek için Sorgulama 170
Değerlendirme Sürecinin Sonucunu Değerlendirmek 176
Otomatik Bir Düşüncenin Değerlendirmesinin Neden Etkisiz Olduğunu Kavramsallaştırma 176
Hastaların Düşüncelerini İncelerken Onlara Yardımcı Olmak için Alternatif Metotlar Kullanmak 178
Otomatik Düşünceler Doğru Olduğunda 182
Hastalara Düşüncelerini Değerlendirmeyi Öğretmek 184
Kestirmeden Gitmek: Tüm Soruları Kullanmamak 185

Bölüm 12. Otomatik Düşünceleri Yanıtlama 187
Terapi Notlarını Gözden Geçirme 188
Seanslar Arasındaki Yeni Otomatik Düşünceleri Cevaplama ve Değerlendirme 192
Diğer Yollarla Otomatik Düşünceleri Yanıtlama 197

Bölüm 13. Ara İnançları Belirleme ve Değiştirme 198
Bilişsel Kavramsallaştırma 199
İnançları Modifye Etme (Değiştirme) 214

Bölüm 14. Temel İnançları Tanımlama ve Değiştirme 228
Temel İnançları Sınıflandırmak 231
Temel İnaçların Tanımlanması 233
Temel İnançları Sunma 235

Hastaları Temel İnançları Hakkında Eğitmek ve Onların Çalışmalarını Gözlemlemek 235
Yeni Bir Temel İnanç Geliştirmek 239
Yeni Temel İnançları Güçlendirmek 240
Olumsuz Temel İnançları Değiştirme 241
Temel İnanç Çalışma Sayfası (TİÇS) 242

Bölüm 15. Bilişsel ve Davranışçı Tekniklere Ek Teknikler 256
Problem Çözme ve Beceri Eğitimleri 256
Kararlar Alma 258
Yeniden Odaklanma 260
Etkinlik Çizelgesini Kullanarak Duygudurum ve Davranışların Ölçülmesi 263
Gevşeme ve Farkındalık 263
Derecelendirilmiş Çalışma Ödevleri 264
Maruz Bırakma 265
Rol Oynama 267
"Pay" Tekniğini Kullanmak 268
Benlik Karşılaştırmaları ve Kredi (Övgü) Listesi 272

Bölüm 16. İmgeleme 277
İmgelerin Betimlenmesi 277
Hastalara İmgeleri Hakkında Eğitim Vermek 279
Kendiliğinden Gelen İmgelere Tepki Verme 280
İmgelemeyi Terapötik Bir Araç Olarak Kullanmak 289

Bölüm 17. Ödevler 294
Ödevlerin Hazırlanması 295
Ödev Bağlılığının Arttırılması 299
Zorlukların Kavramsallaştırılması 308
Ödevlerin Gözden Geçirilmesi 315

Bölüm 18. Sonlandırma ve Geri Dönüşleri Önleme 316
Erken Etkinlikler 316
Terapi Boyunca Etkinlikler 318
Sonlandırmaya Yakın Etkinlikler 322
Destekleme Seansları 327

Bölüm 19. Tedaviyi Planlama 332
Kapsamlı Tedavi Hedeflerine Ulaşmak 333
Oturumlar Arasında Terapiyi Planlamak 333
Tedavi Planını Oluşturmak 334
Bireysel Seansları Planlama 336
Bir Problem Üzerinde Odaklanıp Odaklanmamaya Karar Vermek 340
Özgül Bozukluklar için Standart Tedavilerde Değişiklik Yapmak 344

Bölüm 20. Terapideki Problemler 346
Mevcut Problemleri Ortaya Çıkarma 346
Problemlerin Kavramsallaştırılması 348
Saplantı Noktaları 355
Terapide İyileşme Problemleri 356

Bölüm 21. Bir Bilişsel Davranışçı Terapist Olarak İlerlemek 358

Ek A. Bilişsel Olgu Raporu 361

Ek B. Bilişsel Davranışçı Terapi Kaynakları 366
Eğitim Programları 366
Terapist, Hasta Materyalleri ve Başvuru Kaynakları 366
Değerlendirme Materyalleri 366
Bilişsel Davranışçı Terapi
Meslek Örgütleri 367

Ek C. Bilişsel Terapi Derecelendirme Ölçeği 368

Kaynaklar 375

Dizin 381

Bölüm 1



BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİNE GİRİŞ*

1960'ların başında Aaron T. Beck, MD (daha sonra Pennsylvania Üniversitesinde psikiyatri yardımcı doçenti olmuştur) tarafından zihin sağlığı alanında bir devrim başlatılmıştır. Dr. Beck, tam eğitimli ve uygulayıcı bir psikanalistti. Gerçek bir bilim insanı olan Dr. Beck, psikanalizin tıp topluluğu tarafından kabul edilmesi için teorilerinin görgül açıdan geçerli olduğunun gösterilmesi gerektiğine inanmıştır. 1950'lerin sonunda ve 1960'ların başında, bunu doğrulayacağını umarak bir dizi çalışma yapmıştır. Ancak beklentilerinin tam tersi sonuçlar elde etmiştir. Dr. Beck, bu çalışmalardan elde ettiği sonuçlardan sonra, depresyonun diğer açıklamalarını araştırmaya yönelmiştir. Bozulmuş, olumsuz bilişi (birincil olarak düşünce ve inançlar) depresyonun birincil özelliği olarak belirtmiş ve ilk hedeflerinden birini; hastaların depresyon düşüncelerinin gerçeklik testi olan, kısa süreli bir tedavi geliştirmiştir.

Bu bölümde, aşağıdaki soruların cevaplarını bulacaksınız:

- Bilişsel davranış terapisi nedir?
- Bu terapi nasıl geliştirildi?
- Araştırma, bu terapinin etkililiği hakkında neler diyor?
- Temel ilkeleri nelerdir?
- Etkili bilişsel davranış terapisti nasıl olunur?

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİ NEDİR?

Aaron Beck 1960'ların başında, "bilişsel terapi" olarak adlandırılan bir psikoterapi formu geliştirmiştir. "Bilişsel terapi" alanda çalışanların büyük bir kısmı tarafından artık "bilişsel davranış terapisi" ile aynı anlamda kullanılmaktadır ve bu yayın boyunca bu ikinci ifadeyi kullanacağız. Beck; depresyon için yapılandırılmış, kısa süreli, "şimdiki zaman odaklı" olan ve mevcut sorunları çözmeye ve işlevsiz (doğru olmayan ve/veya yardımı dokunmayan) düşünce ve davranışı değiştirmeye yönelik bir psikoterapi tasarlamıştır (Beck, 1964). O zamandan bu yana Beck ve diğerleri bu terapiyi, şaşırtıcı şekilde, geniş çapta bozukluk ve sorunları olan, farklı kitlelere başarılı bir şekilde uyarlamıştır. Bu uyarlamalar söz konusu tedavinin odağını, tekniklerini ve uzunluğunu değiştirmiş ancak teorik varsayımlar sabit kalmıştır. Beck modelinden alınan bilişsel davranış terapisinin tüm şekillerinde; tedavi, bir bilişsel formülasyona, belirli bir rahatsızlığı nitelendiren davranış stratejilerine ve inançlara dayalıdır (Alfrod ve Beck, 1997).

Tedavi ayrıca her bir hastanın kavramsallaştırmasına veya anlayışına (onların belirli inançlarına veya davranış biçimlerine) dayalıdır. Terapist, duygusal ve davranışsal değişiklikler oluşturmak için hastanın düşünme ve inanç sisteminde bilişsel değişiklikler yapılmasının çeşitli yollarını aramaktadır.

Beck, bu psikoterapi şeklini geliştirdiğinde, Epicetus'tan, Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus ve Albert Bandura gibi kuramcılara kadar birkaç farklı kaynaktan faydalanmıştır. Birleşik Devletlerde ve diğer ülkelerde, pek çok araştırmacı ve kuramcı Beck'in yaptığı çalışmaları daha da genişletmektedir.

Beck terapisinin özelliklerini paylaşan ancak kavramsallaştırmaları ve tedavideki vurguları belirli bir noktaya kadar değişiklik gösteren birçok bilişsel davranış terapi yaklaşımı vardır. Bunlar arasında akılcı, duygusal davranış terapisi (Ellis, 1962), diyalektik davranış terapisi (Linehan, 1993), problem çözme terapisi (D'Zurilla & Nezu, 2006), kabullenme ve bağlılık terapisi (Hayes, Follette & Linehan, 2004), maruziyet terapisi (Foa & Rothbaum, 1998), bilişsel işlem terapisi (Resick & Schnicke, 1993), psikoterapide bilişsel davranış analiz sistemi (McCullough, 1999), harekete geçirme (Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980; Martell, Addis & Jacobson, 2001), bilişsel davranış değiştirme (Meichenbaum, 1977) ve diğerleri yer almaktadır. Beck'in bilişsel davranış terapisi, bu terapilerdeki teknikleri ve diğer psikoterapileri bilişsel çerçeve içine dâhil etmektedir. Bu alanda yapılan incelemelerin geçmişine bakıldığında, farklı bilişsel davranış terapisi görüşlerinin nasıl ortaya çıktığı ve geliştiği görülmektedir (Arnkoff & Glass, 1992; A. Beck, 2005; Clark, Beck & Alford, 1999; Dobson & Dozois, 2009; Hollon & Beck, 1993)

Bilişsel davranış terapisi farklı eğitim düzeyi ve gelire sahip olan ve genç çocuklardan, yaşlı erişkinlere kadar çeşitli yaş ve kültürlerden hastalar için uyarlanmıştır. Günümüzde birinci basamak tedavi merkezleri ve diğer sağlık kurumları ile okullar, meslek programları ve hapishanelerde kullanılmaktadır. Grup, çift ve aile terapilerinde kullanılmaktadır. Bu kitapta açıklanan tedavilerin her biri 45 dakikalık seanslara odaklanırken, ayrıca tedavi başka bir açıdan daha genel olarak anlatılabilir. Şizofreniden muzdarip olanlar gibi bazı hastalar çoğu zaman tam seansa dayanamamakta ve bazı uygulayıcılar bilişsel tedavi tekniklerini bir medikal randevu, rehabilitasyon randevusu veya sağlık kontrolü kapsamında tam bir terapi seansı yapmadan kullanabilmektedir.

BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİNDE ALTTA YATAN TEORİ NEDİR?

Özetle *bilişsel model,* işlevsiz düşüncenin (hastanın duygu durumunu ve davranışını etkileyen) tüm psikolojik bozukluklarda yaygın olduğunu savunmaktadır. İnsanlar düşüncelerini daha gerçekçi ve daha uyarlayıcı bir yolla değerlendirmeyi öğrendiklerinde, duygu durumlarında ve davranışlarında iyileşme yaşamaktadır. Örneğin, oldukça depresif olduğunuzda ve bazı kontrolleri yapamadığınızda, aklınızda bir "*otomatik düşünce*" olabilir: "Şu an hiçbir şey yapamam." Bu düşünce daha sonra belirli bir tepkiye neden olabilir: Üzgün hissedebilirsiniz (duygu) ve yatağınızın köşesine kıvrılırsınız (davranış). Eğer bu düşüncenin geçerliliğini inceleseydiniz, aşırı genelleme yaptığınızı görerek gerçekte birçok şeyi iyi yaptığınız fark edebilirdiniz. Deneyiminize bu yeni bakış açısı ile bakmanız, muhtemelen daha iyi hissetmenizi ve daha işlevsel davranışlarda bulunmanızı sağlayacaktır.

Bilişsel terapistler hastaların duygu durumları ve davranışlarında süren iyileşmeler, hastaların kendileri, temel inançları, dünyaları ve diğer insanlarla ilgili olarak daha derin bir biliş düzeyinde çalışmaktadır. Altta yatan işlevsiz inançların değiştirilmesi ile daha dayanıklı değişiklikler oluşturulur. Örneğin yeteneklerinizi sürekli olarak hafife alırsanız, altta yatan bir yetersizlik inancına sahip olabilirsiniz. Bu genel inancı değiştirmek (örneğin kendinizi, güçlü ve zayıf yanlara sahip olma şeklinde daha gerçekçi bir konumda görmek), günlük olarak karşılaştığınız özel durumlara karşı olan algınızı değiştirebilir. Artık tema ile ilgili çok sayıda düşünceye sahip olmazsınız: "Hiçbir şeyi doğru yapamıyorum." Bunun yerine, hata yaptığınız belirli durumlarda muhtemelen şöyle düşüneceksiniz: "Bu [belirli görev] konuda iyi değilim."

ARAŞTIRMALAR NE DİYOR?

Bilişsel davranış terapisi, 1977'de ilk sonuç çalışması yayınlandığından beri kapsamlı şekilde test edilmiştir (Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977). Bu noktada 500'den fazla uzun süreli bilimsel çalışmalardan elde edilen sonuçlar; geniş çapta psikiyatrik bozukluklar, psikolojik sorunlar ve psikolojik bileşenler içeren tıbbi sorunlar için bilişsel davranış terapisinin etkililiğini kanıtlamıştır (bk. Butler, Chapman, Forman & Beck, 2005; Chambless & Ollendick, 2001). Tablo 1.1'de listede görülen pek çok bozukluk ve problemler bilişsel davranış terapisi ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. Daha kapsamlı bir listeye *www.beckinstitute.org* adresinden ulaşabilirsiniz.

Toplumsal ortamlarda bilişsel davranış terapisinin etkililiğini kanıtlayan çalışmalar gerçekleştirilmiştir (bk. Shadish, Matt, Navarro & Philips, 2000; Simons ve ark., 2010; Stirman, Buchhofer, McLaulin, Evans & Beck, 2009). Diğer çalışmalar, bilgisayar destekli bilişsel davranış terapisinin etkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (bk. Khanna & Kendall, 2010; Wright ve ark., 2002). Ve birçok araştırmada; çeşitli bozuklukların tedavisinde, bilişsel davranış terapisi sonuçları ile ilişkili nörobiyolojik değişiklikler olduğu kanıtlamıştır (bk. Goldapple ve ark., 2004).

TABLO 1.1. Bilişsel Davranış Terapisi ile Başarılı Şekilde Tedavi Edilen Bozuklukların Kısmi Listesi

Psikolojik bozukluklar	Psikolojik bileşenler içeren sorun	Psikiyatrik bozukluklar tıbbi sorunlar
Majör depresif bozukluk	Çift sorunları	Kronik sırt ağrısı
Yaşlılık depresyonu	Aile sorunları	Orak hücreli anemi ağrısı
Yaygın anksiyete bozukluğu	Patolojik kumar	Migren baş ağrıları
Yaşlılık anksiyetesi	Komplike yas	Kulak çınlaması
Panik bozukluk	Bakım verenlerin sıkıntısı	Kanser ağrısı
Agorafobi	Öfke ve düşmanlık	Somatoform bozukluklar
Sosyal fobi		Hassas bağırsak sendromu
Obsesif-kompulsif bozukluk		Kronik yorgunluk sendromu
Davranım bozukluğu		Romatizma hastalığı ağrısı
Madde istismarı		Erektil fonksiyon bozukluğu
Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu		Uyku bozuklukları
		Obezite
Sağlık kaygısı		Vulva ağrısı
Vücut biçim bozukluğu		Hipertansiyon
Beslenme bozuklukları		Körfez Savaşı sendromu
Kişilik bozuklukları		
Cinsel suçlular		
Alışkanlık bozuklukları		
Bipolar bozukluk (ilaç ile)		
Şizofreni (ilaç ile)		

Yüzlerce araştırma çalışması bilişsel depresyon ve anksiyete modelini doğrulamıştır. Bu çalışmaların kapsamlı bir incelemesi Clark ve arkadaşları (1999) ile Clark ve Beck (2010) yayınlarında bulunabilir.

BECK, BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİNİ NASIL GELİŞTİRDİ?

1950'lerin sonu ve 1960'ların başında Dr. Beck, depresyonun, kişinin kendine doğru içe dönen düşmanlığın sonucu olduğunu belirten psikanalitik yaklaşımı test etmeye karar verdi. Depresif insanların rüyalarının, kontrol grubundaki normal insanların rüyalarından daha fazla düşmanlık teması içereceği öngörüsü ile depresif kişilerin rüyalarını inceledi. Şaşırtıcı şekilde, depresif kişilerin rüyalarının *çok az* düşmanlık teması ve daha fazla kusurlu olma, yoksunluk ve kayıp temaları içerdiğini saptadı. Bu temaların hastaların uyanık oldukları zamanki düşünceleri ile paralellik gösterdiğini fark etti. Beck, depresif hastalarla ilgili başka çalışmalar yapmış bu çalışmalardan elde ettiği bulgularla, depresif hastaların acı çekme ihtiyacı olduğunu savunan psikanalitik fikrin doğru olmayabileceği sonucuna varmıştır (Beck, 1967). Bu noktada, neredeyse domino taşlarının yıkılmaya başlaması gibi bir durum ortaya çıkmıştır. Psikanalitik görüşler geçerli değilse depresyon başka şekilde nasıl anlaşılabilir?

Dr. Beck, kanepedeki hastalarını dinlerken, hastaların ara sıra iki düşünce akışı bildirdiklerinin farkına varmıştır: Akan, hızlı serbest çağrışım düşünceleri ve kendilerini değerlendirme düşünceleri. Örneğin bir kadın cinsel konularda ayrıntılı açıklamalar yapmıştır. Daha sonra endişeli hissettiğini söylemiştir. Dr. Beck, bu durumu şöyle yorumlamıştır: "Sizi eleştirdiğimi düşündünüz." Hasta aynı fikirde değildi: "Hayır, sizi sıkmaktan korktum." Diğer depresif hastalarına sorduğu sorulardan elde ettiği bilgiler ışığında; Dr. Beck; hastaların tamamının benzer "otomatik" olumsuz düşünceler deneyimlediğini ve bu ikinci düşünce akışının duygularıyla yakından ilişkili olduğunu fark etmiştir. Gerçek dışı ve uyumsuz düşüncelerini tespit etme, değerlendirme ve bu düşüncelerine yanıt verme hususunda hastalarına yardım etmeye başlamıştır. Beck'in bu şekilde yardım ettiği hastalarda hızlı bir iyileşme görülmüştür.

Ardından Dr. Beck Pennsylvania Üniversitesindeki psikiyatri doktorlarına bu tedavi şeklini kullanmayı öğretmeye başlamıştır. Onlar da hastalarının bu tedavi yaklaşımına iyi yanıt verdiğini görmüştür. Depresyon alanında bir otorite olan başhekim A. John Rush, MD, Dr. Beck ile bir sonuç çalışması yürütmeyi tartışmıştır. Bu çalışmanın bilişsel tedavinin etkililiğini diğer doktorlara göstermek için gerekli olduğu konusunda uzlaşmışlardır. 1977'de yayınlanan ve depresif hastalardan oluşan seçkisiz, kontrollü bir çalışma, bilişsel terapinin yaygın bir antidepresan olan imipramin gibi etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmanın sonuçları çok şaşırtıcı olarak algılanmıştır.

Konuşma terapisi ile ilaçlar ilk kez karşılaştırılıyordu. Beck, Rush, Shaw ve Emery (1979) ilk bilişsel terapi tedavisi kılavuzunu 2 yıl sonra yayınlamışlardır.

Depresyona yönelik bilişsel davranış terapisinin önemli bileşenleri: hastalara sorunları çözme, davranış yönünden aktif olma ve ayrıca özellikle kendileri, kendi dünyaları ve gelecekleri hakkında olumsuz düşünceler olmak üzere depresif düşüncelerini tespit etme, değerlendirme ve ona yanıt verme hususlarında yardım etmeye odaklanmayı içermektedir. 1970'lerin sonunda Dr. Beck ve Pennsylvania Üniversitesindeki post doktora (doktora sonrası eğitim) yapan meslektaşları, anksiyeteyi incelemeye başlamış ve kısmen farklı bir odak noktasının gerekli olduğunu tespit etmişlerdir. Anksiyeteli hastaların, korktukları risk durumlarını daha iyi değerlendirmeleri; iç ve dış kaynaklar, üzerinde etraflıca düşünmeleri ve kaynaklarını geliştirmeleri gerekmektedir. Ek olarak, onların kaçınmalarını azaltmak ve korktukları durumlarla yüzleşmelerine sağlamak gerekliydi, böylece onların davranışları ile ilgili olumsuz öngörüleri test edilebilecekti. O zamandan bu yana, bilişsel anksiyete modeli, çeşitli anksiyete bozukluklarının her biri için yeniden geliştirildi, bilişsel psikoloji, bu modelleri doğruladı ve çalışmaların sonuçları ile bilişsel davranış terapisinin anksiyete bozuklukları için etkili olduğu kanıtlandı (Clarck & Beck, 2010).

Onlarca yıl çok hızlı geçti. Dr. Beck, meslektaşları ve dünya genelinde diğer araştırmacılar gitgide artan sorunlardan acı çeken hastalar için tedavileri araştırmaya, onlara ilişkin kuram oluşturmaya, uyarlamaya ve onları test etmeye devam ettiler. Bilişsel terapi veya bilişsel davranış terapisi günümüzde Birleşik Devletlerde ve pek çok ülkede lisansüstü eğitim kurumlarında öğretilmektedir.

TEDAVİNİN TEMEL İLKELERİ NELERDİR?

Terapinin kişiye özel olması gerekirken yine de tüm hastalar için bilişsel davranış terapisinin temelini oluşturan belirli ilkeler vardır. Kitap boyunca, bu ana ilkeleri göstermek, hastaların yaşadığı zorlukları anlamak için bilişsel teorinin nasıl kullanılacağını ve tedaviyi planlamak ve terapi seanslarını gerçekleştirmek üzere bu anlayışın nasıl kullanılacağını anlatmak amacıyla Sally adındaki depresif bir hasta ile yaptığımız çalışmaları örnek olarak vereceğim. Sally neredeyse ideal bir hastadır ve bilişsel davranış terapisini daha yalın bir şekilde anlatmama izin vermektedir. Sally tedaviye iyi yanıt verirken, tedaviye iyi yanıt vermeyen hastalar için tedavinin nasıl çeşitlendirileceği konusunda bazı notlar almaktayım. Ancak depresyon dışında tanı konmuş hastalara ve farklı sorunları yüzünden tedavide değişiklik yapılması gereken hastalara yönelik teknikleri kavramsallaştırmayı, bunlar için strateji oluşturmayı ve onları uygulamayı okuyucular başka yerlerde araştırmalıdır (J. S. Beck, 2005; Kuyken, Padesky & Dudley, 2009; Needleman, 1999 gibi).

"Sally", üniversitenin ikinci yarıyılında tedavi için başvurduğunda 18 yaşında bekâr bir bayandı. Önceki 4 ay boyunca oldukça depresif ve tedirgin

hissediyordu ve günlük etkinliklerinde zorluk yaşıyordu. DSM-IV-TR'ye (Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Basımı, 2000) göre orta şiddette majör depresif epizod kriterlerini karşılıyordu. Sally'nin daha kapsamlı bir portresi Ek A'da sunulmaktadır.

Bilişsel davranış terapisinin temel ilkeleri şöyledir:

İlke 1. Bilişsel davranış terapisi her zaman ortaya çıkan hasta sorunları formülasyonuna ve her bir hastanın bilişsel terimlerle kavramsallaştırılmasına dayanmaktadır: Sally'nin zorluklarını üç zaman boyutunda değerlendirmekteyim. Başlangıçtan itibaren, üzüntü hislerini arttıran *mevcut düşüncesini* ("Ben başarısız biriyim, şu anda bir şey yapamam, asla mutlu olmayacağım") ve onun *problemli davranışlarını* (kendisini izole etme, odasında önemli oranda verimsiz zaman geçirme, yardım istemekten kaçınma) tanımlamaktayım. Bu sorunsal davranışlar Sally'nin bozuk düşüncesinden ortaya çıkmakta ve ardından bu düşünceyi desteklemektedir. İkincisi, depresyonun başlangıcında Sally'nin algılarını etkileyen *tetikleyici faktörleri* belirliyorum (örneğin, evden ilk defa uzakta olması ve çalışmalarında mücadele etmesi, yetersiz olduğu düşüncesini pekiştirmiştir). Üçüncüsü, *temel gelişimsel olaylar* ve onu *depresyona itmiş olabilecek bu olayları yorumlama* örüntülerine karşı sabırlı olması hakkında varsayımda bulunmaktayım (örneğin, Sally, yaşamı boyunca güçlü yanlarını ve başarılarını şansa bağlama eğilimi göstermiştir ancak zayıflığını kendisinin "gerçek" yansıması olarak görmüştür).

Sally ile ilgili kavramsallaştırmamı depresyonun bilişsel formülasyonuna ve Sally'nin değerlendirme seansında sunduğu verilere dayandırmaktayım. Daha fazla veri edindikçe her seansta bu kavramsallaştırmayı daha da iyileştirmeye devam etmekteyim. Stratejik noktalarda, ona göre "doğru" yolda olduğunu hissetmesini sağlamak için kavramsallaştırmayı Sally ile de paylaşmaktayım. Ayrıca, terapi boyunca Sally'nin deneyimini bilişsel model yoluyla görmesine de yardımcı olmaktayım. Örneğin o, düşüncelerinin duygusal sıkıntıları ile bağlantısını anlaması için değerlendirme ve formüle etmesinin uyumlu tepkiler vermesine katkıda bulunduğunu öğrenmektedir. Böyle yapması ona iyi hissettirmekte ve onun sıklıkla daha işlevsel bir şekilde davranmasını sağlamaktadır.

İlke 2. Bilişsel davranış terapisi sağlam bir terapötik anlaşma gerektirir: Yalın depresyon ve anksiyete bozuklukları olan birçok hasta gibi ilk başta, Sally bana güvenmekte ve benimle çalışmakta biraz zorluk yaşamıştır. Bir danışmanlık durumunda gerekli tüm temel bileşenleri göstermeye çalışmaktayım: yakınlık, empati, özen, gerçek saygı ve yetkinlik. Empatik ifadeler kullanarak, özenle ve dikkatlice dinleyerek ve düşünce ve hislerini doğru şekilde özetleyerek Sally'e olan saygımı göstermekteyim. Küçük ve büyük başarılarını

vurgulamakta ve gerçekçi, iyimser ve olumlu bakışımı korumaktayım. Onun, anlaşıldığını hissettiğinden ve seans hakkında olumlu düşündüğünden emin olmak için her seansın sonunda Sally'den geri bildirim istemekteyim. Bilişsel davranış terapisindeki terapötik ilişkilerin daha geniş açıklaması için Bölüm 2'ye bakınız.

İlke 3. Bilişsel davranış terapisi, iş birliğini ve aktif katılımı vurgular: Sally'e, terapiyi bir ekip çalışması olarak görmesi konusunda cesaret vermekteyim; birlikte, her bir seansta neler üzerinde çalışacağımıza, hangi sıklıkla bir araya geleceğimize ve terapi ödevi için seanslar arasında Sally'nin neler yapabileceğine karar vermekteyiz. Başlangıçta terapi seanslarını yönlendirirken ve seans sırasında neleri tartışmamız gerektiği konusunda ve özetlemede ben daha aktifim. Sally'nin bunalımı azaldıkça ve tedaviye alıştıkça, terapi seanslarında; hangi sorunlar hakkında konuşulacağına karar vererek, düşüncesindeki bozuklukları belirleyerek, önemli hususları özetleyerek ve ödevi tasarlayarak gittikçe artan şekilde daha aktif olması için onu cesaretlendiriyorum.

İlke 4. Bilişsel davranış terapisi, amaca dönük ve sorun odaklıdır: Sally'den ilk seansımızda sorunlarını tek tek saymasını ve amaçlarını belirlemesini istiyorum ve dolayısıyla, her ikimiz de onun hangi konulara yönelik olarak çalışacağı ile ilgili olarak ne anladığımızı paylaşıyoruz. Örneğin, değerlendirme seansında Sally soyutlanmış hissettiğinden bahsediyor. Sally, benim rehberliğimde, yeni arkadaşlıklar başlatmak ve mevcut arkadaşlarıyla daha fazla vakit geçirmek için davranışları ile ilgili amaçlarını belirliyor. Daha sonra, günlük alışkanlıklarını nasıl iyileştireceğini tartışırken, *"Arkadaşlarım benimle takılmak istemeyecek. Onlarla dışarı çıkmak için çok yorgunum."* gibi, amacına zıt düşen düşünceleri değerlendirmesine ve bunlara yanıt vermesine yardımcı oluyorum. Öncelikle, kanıtları inceleyerek Sally'nin düşüncelerini değerlendirmesine yardımcı oluyorum. Ardından Sally, arkadaşlarıyla yaptığı etkinlik planlarını gerçekleştirerek davranış çalışmaları (sayfa 217-218) yoluyla düşüncelerini daha doğrudan test edebiliyor. Sally, düşüncesindeki bozulmayı fark edip düzelterek, soyutlanışını azaltmak için doğrudan sorunların çözümünden faydalanabiliyor.

İlke 5. Bilişsel davranış terapisi başlangıçta, şu anı vurgular: Çoğu hastanın tedavisi mevcut sorunlara ve onlara acı veren özel durumlara odaklanmayı içermektedir. Olumsuz düşüncesine yanıt verebildiğinde Sally daha iyi hissetmeye başlamakta ve yaşantısını iyileştirmek için adımlar atmaktadır. Terapi, tanıya bağlı kalmaksızın şimdi ve burada sorunlarını incelemeye başlamaktadır. Hastaların dikkati, iki durumda geçmişe doğru değişmektedir. Birincisi, hastalar böyle yapmayı güçlü şekilde tercih ettiklerini açıkladıklarında ve bunu yapamadıklarında, terapötik anlaşma tehlikeye girebilir. İkincisi, hastaların işlevsiz düşüncelerine "saplandıklarında" ve inançlarının çocukluk kökleri ile ilgili bir anlayış oluştu-

günda, katı fikirlerini değiştirmelerine potansiyel olarak yardım edilebilir ("Hâlâ yetersiz olduğuna inanman şaşılacak bir şey değil. Senin gibi aynı deneyimlere sahip neredeyse tüm çocukların yetersiz olduğuna inanarak büyüdüğünü ve bunun doğru olmayabileceğini veya tamamen doğru olmadığını görebiliyor musun?").

Örneğin, Sally'e çocukken öğrendiği birtakım inançlarını belirlemesine yardımcı olmak için tedavide geçmişe kısaca dönüyorum. Onun inancı: "Yüksek düzeyde başarılı olursam, o zaman değerli olurum." ve "Yüksek düzeyde başarılı olamazsam, o da yetersiz olduğum anlamına gelir." Geçmişte ve şu anda bu inançların geçerliliğini değerlendirmesine yardım ediyorum. Bunu yapmam Sally'nin kısmen, daha işlevsel ve daha makul inançlar geliştirmesine yardımcı oluyor. Sally'nin kişilik bozukluğu olsaydı, gelişimsel geçmişini ve inançlarının çocukluk kökenini tartışmaya ve davranışlarla mücadele etmeye, orantısal olarak daha fazla zaman harcardım.

İlke 6. Bilişsel davranış terapisi eğiticidir, hastaya kendi terapisti olmasını öğretmeyi ve tekrarı önlemeyi amaçlar: İlk seansımızda Sally'e rahatsızlığının doğası ve süresi, bilişsel davranış terapisi süreci ve bilişsel model hakkında eğitim vermekteyim (düşüncelerinin, duygularını ve davranışını nasıl etkilediği gibi). Sally'nin hedeflerini, düşünce ve inançlarını belirlemesine ve değerlendirmesine, davranışsal değişim planlamasına yardım etmenin yanı sıra, ona bunları nasıl yapacağını da öğretiyorum. Her seansta Sally'nin terapi notlarını, öğrendiği önemli düşünceleri not edip eve götürdüğünden emin oluyorum – böylece Sally, izleyen haftalarda ve tedavi sona erdikten sonra, yeni anlayışından faydalanabilecektir.

İlke 7. Bilişsel davranış terapisinin amaçları zamanla sınırlı olur: Depresyon ve anksiyete rahatsızlığı olan birçok açık sözlü hasta, 6 ila 14 seans boyunca tedavi edilmektedir. Terapistin hedefleri semptomların iyileşmesini sağlamak, rahatsızlığın hafiflemesini kolaylaştırmak, hastaların en fazla baskı yapan sorunlarını çözmelerine yardım etmek ve onlara, bunların nüksetmesinden kaçınma becerilerini öğretmektir. Sally'nin terapi seansları başlangıçta haftalıktı (Depresyonu daha şiddetli olsaydı ya da intihara meyilli olsaydı, daha sık seanslar ayarlamış olabilirdim). 2 ay sonra, iki haftada bir ve ardından aylık seanslarla çalışma yapmaya birlikte karar verdik. Tedavi sona erdikten sonra bile, 1 yıl için her 3 ayda bir periyodik "destekleyici" seanslar planladık.

Bununla birlikte hastaların tamamı sadece birkaç ayda yeterince ilerleme kaydedememektedir. Bazı hastalar, çok katı bozuk inançlarını ve kronik acılarını artıran davranış biçimlerini değiştirmek için 1 veya 2 yıllık (veya muhtemelen daha uzun) terapiye ihtiyaç duymaktadır. Şiddetli ruhsal rahatsızlığı olan diğer hastalar, dengelerini sağlayabilmek için periyodik tedaviye çok uzun süreyle ihtiyaç duyabilirler.

İlke 8. Bilişsel davranış terapisi seansları yapılandırılır: Tanı veya tedavi aşaması ne olursa olsun, her bir seansta belirli bir yapıya uymak verimliliği ve etkililiği en

üst düzeye çıkarır. Bu yapı; giriş kısmı (duygu durumu kontrolü, haftayı kabaca inceleme, seans için birlikte bir gündem belirleme), orta kısmı (ödevini inceleme, gündemdeki sorunları tartışma, yeni ödevi belirleme, özet) ve son kısmını (geri bildirimi ortaya çıkarma) içermektedir. Bu yapıya uyma, terapi sürecini hastalara daha anlaşılabilir hâle getirir ve terapi sona erdikten sonra hastaların kendi kendine terapi uygulayabilir olma ihtimalini artırır.

İlke 9. Bilişsel davranış terapisi hastalara bozuk düşünce ve inançlarını belirlemeyi, değerlendirmeyi ve onlara yanıt vermeyi öğretir: Hastalar gün boyunca duygu durumunu, davranışı ve/veya fizyolojiyi (sonuncusu özellikle anksiyete ile ilgilidir) etkileyen onlarca veya hatta yüzlerce otomatik düşünceye sahip olabilir. Terapistler hastaların temel bilişi belirlemelerine ve daha gerçekçi, uyarlanabilir bakış açıları oluşturmalarına yardım eder. Bu durum hastaların duygusal açıdan daha iyi hissetmelerini, daha işe yarar şekilde davranmalarını ve/veya fizyolojik uyarımlarını azaltmalarını sağlar. Bunu, düşüncelerini değerlendirmek (cesaretlendirme, ders verme veya müzakere yerine) için sorgulama yaparak (sıkça "Sokratik sorgulama" olarak etiketlenen veya etiketlenmeyen) güdümlü keşif yaparak gerçekleştirirler. Terapistler ayrıca, hastaların düşüncelerini doğrudan test etmeleri için davranışsal çalışmalar olarak adlandırılan deneyimler oluştururlar (Örneğin; "Bir örümcek resmine baktığımda bile, o kadar kaygılanırım ki hiçbir şey düşünemem."). Bu yollarla terapistler *iş birlikçi deneyimcilik* ile meşgul olurlar. Terapistler genellikle, bir hastanın otomatik düşüncesinin ne derece geçerli veya geçersiz olduğunu önceden bilemezler. Ancak daha faydalı ve doğru yanıtlar geliştirmek için hastanın düşüncesini birlikte test ederler.

Sally'nin çok depresif olduğu zamanlarda, gün boyunca pek çok otomatik düşüncesi vardı. Bunlardan bazılarını kendiliğinden söyledi ve diğerlerini, (üzgün hissettiğinde ya da işlevsiz bir şekilde hareket ettiğinde aklında neler geçtiğini) sorarak ortaya çıkardık. Sıklıkla, Sally özgül sorunları tartışırken önemli otomatik düşüncelerini ortaya çıkardık ve bu düşüncelerin geçerliliğini ve kullanılabilirliğini araştırdık. Ondan, yeni bakış açısını özetlemesini istedim ve onu bu veya benzer otomatik düşüncelere hazırlanması amacıyla, uyarlanabilir yanıtları hafta boyunca okuyabilsin diye not aldık. Daha olumlu bir bakış açısını eleştirmeden uyarlaması, otomatik düşüncelerinin geçerliliğine karşı çıkması için onu cesaretlendirmedim ya da düşüncesinin gerçek dışı şekilde kötümser olduğuna ikna etmeye çalışmadım. Bunun yerine, iş birliği yaparak kanıtı keşfetme konusunda anlaştık.

İlke 10. Bilişsel davranış terapisi düşünceyi, duygu durumunu ve davranışı değiştirmek için çeşitli teknikler kullanır: Sokratik sorgulama ve güdümlü keşif gibi bilişsel stratejiler bilişsel davranış terapisinin merkezini oluşturmasına karşın, bilişsel

çerçevede uygulanan diğer uyum sağlama süreçlerinden alınan tekniklerden sorun çözme ve davranışsal teknikler önemlidir. Örneğin Sally'nin ailesiyle olan deneyimlerinin, onun yetersiz olduğu inancının artmasına nasıl neden olduğunu anlamasına yardım etmek için Gestalt teknikleri kullandım. İnsanlar hakkındaki bozuk fikirlerini terapötik ilişkilerine uygulayan bazı Eksen II hastaları ile psikodinamik olarak esinlenilmiş teknikler kullanmaktayım. Seçtiğiniz tekniklerin türleri, hasta ile ilgili kavramsallaştırmanızdan, tartışmakta olduğunuz sorundan ve seans amaçlarınızdan etkilenecektir.

Bu temel ilkeler tüm hastalar için geçerlidir. Bununla birlikte terapi her bir hastaya, zorluklarının doğasına ve yaşam evrelerine ve ayrıca gelişimsel ve zihinsel düzeyleri, cinsiyet ve kültürel geçmişlerine göre önemli oranda değişiklik gösterecektir. Tedavi ayrıca diğer faktörler arasında hastanın amaçlarına, güçlü terapötik bağ oluşturma yeteneklerine, değişimi istemelerine, önceki terapi deneyimine ve tedavi tercihlerine bağlı olarak da değişiklik göstermektedir.

Tedavideki *vurgu,* hastanın belirgin bozukluklarına da bağlıdır. Panik bozukluk için bilişsel davranış terapisi, hastanın "beden veya zihinsel algılamaların ciddi şekilde yanlış yorumlanmalarını (yaşamı veya sağlığı tehdit eden yanlış tahminleri) test etmeyi" içermektedir (Clark, 1989). Anoreksiya, kişisel değer ve kontrol hakkındaki inançların değiştirilmesini gerektirir (Garner & Bemis, 1985). Madde istismarı tedavisi kişinin kendi hakkındaki olumsuz inançlarına ve madde kullanımına ilişkin kolaylaştırıcı veya izin verici inançlara odaklanmaktadır (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993).

TERAPİ SEANSI NEYE BENZİYOR?

Terapi seanslarının yapısı, çeşitli bozukluklar için benzerdir ancak müdahaleler hastadan hastaya önemli ölçüde çeşitlilik gösterebilir (Bilişsel Terapi Akademisinin web sitesinde (*www.academyofct.org*) bilişsel formülasyonu, ana vurguları, stratejileri ve geniş tanı yelpazesine ilişkin teknikleri, hasta değişkenlerini ve tedavi biçim ve ortamlarını açıklayan kitapların bir listesi yayınlanmaktadır). Aşağıda, özellikle depresif hastalara yönelik tedavi seansları ile tedavi süresinin genel bir açıklaması yer almaktadır.

Seansların başında, terapötik anlaşmayı tekrar sağlayacak, hastaların duygu durum semptomlarını ve geçmiş haftadaki deneyimlerini kontrol edecek ve onlardan çözümü için en çok yardım istedikleri sorunu belirtmelerini isteyeceksiniz. Bu zorluklar hafta içinde ortaya çıkmış olabilir ve/veya hastaların gelecek hafta(lar)da karşılaşmayı beklediği sorunlar olabilir. Hastaların bir önceki seanstan beri meşgul olduğu kendine yardım etkinliklerini ("ödev" veya "eylem planı")

gözden geçireceksiniz. Ardından, hastanın belirgin bir problemini, bu konuşma bağlamında gündeme alacaksınız. Sorun hakkında veri toplayacak, hastaların zorluklarını bilişsel olarak kavramsallaştıracak (sorunla ilgili belirli düşüncelerini, hislerini ve davranışlarını sorarak) ve birlikte bir strateji planlayacaksınız. Strateji çoğu zaman açık şekilde sorun çözmeyi, hastaların sorunla ilişkili olumsuz düşüncelerini değerlendirmeyi ve/veya davranış değişimini içermektedir.

Örneğin, üniversite öğrencisi olan Sally, ders çalışırken zorluk çekmektedir. Ders çalışmayla ilgili sorununu çözmeye başlamadan önce ("Ne faydası var? Muhtemelen okulu bırakacağım" gibi) düşüncelerini değerlendirme ve onlara yanıt verme konusunda yardıma ihtiyaç duymaktadır. Eminim ki Sally duruma daha doğru ve daha uyarlanabilir bakış açısı getirmiş ve gelecek hafta hangi çözümlerin uygulanacağına dair (görece daha kolay görevler ile başlama, her bir ya da iki sayfadan sonra okuduğunu zihinsel olarak özetleme, daha kısa çalışma seansları planlama, mola verdiğinde yürüyüş yapma ve araştırma görevlisinden yardım isteme gibi) kararlar vermiştir. Sally'nin düşünce ve davranışında son seanstan diğer seansa kadar olan zaman diliminde yapacağı değişiklikler belirlenmektedir. Bu değişikliler de onun duygu durumunda, işe yarar bir iyileşme sağlayacaktır.

Sorunu tartıştıktan ve terapi ödevini birlikte belirledikten sonra Sally ve ben, onun gündeme getirdiği ikinci sorunu ele aldık ve süreci tekrarladık. Seansın sonunda, seanstan çıkardığımız önemli noktaları gözden geçirdik. Sally'nin büyük olasılıkla ödevlerini yapacağından eminim ve seans hakkındaki geri bildirimini alacağım.

BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSTİ OLARAK GELİŞİM

Eğitimsiz gözlemcinin bakışı ile bilişsel davranış terapisi bazen aldatıcı şekilde basit görünür. Kişinin düşüncelerinin, kişinin duygularını ve davranışlarını etkilediği şeklindeki önerme olan *bilişsel model*, oldukça açıktır. Bununla birlikte tecrübeli bilişsel davranış terapistleri birçok görevi aynı anda gerçekleştirir: Durumu kavramsallaştırma, rapor oluşturma, hastayı sosyalleştirme ve eğitme, sorunları belirleme, veri toplama, hipotezleri test etme ve özetleme yaparlar. Bunun aksine yeni başlayan bilişsel davranış terapistleri, genellikle, belirli bir zamanda daha az unsura odaklanarak daha temkinli ve yapılandırılmış olma ihtiyacı duyarlar. Asıl amaç bu unsurları birbiriyle örmek ve terapiyi mümkün olduğunca etkili ve verimli şekilde yürütmek olmasına karşın; yeni başlayanlar ilk olarak terapötik ilişki geliştirme becerisini, kavramsallaştırma becerisini ve bilişsel davranış terapisi tekniklerini öğrenmelidir. Tüm bunlar adım adım gerçekleştirilir. Bilişsel davranış terapisti olarak uzmanlık geliştirme, üç aşamada incelenebilir (Bu açıklamalar, terapistin şu temel danışmanlık becerilerinde zaten usta

olduğunu varsaymaktadır: dinleme, empati, ilgi, olumlu bakış, içtenlik, doğru anlama, yansıtma ve özetleme. Bu becerilere sahip olmayan terapistler sıkça hastalardan olumsuz tepki almaktadır). 1. Aşamada, giriş değerlendirmesine ve seansta toplanan verilere dayalı olarak bir durumu temel bilişsel terimlerle kavramsallaştırma becerilerini öğrenirsiniz. Ayrıca seansı yapılandırmayı, hastanın sorunlarını kavramsallaştırmayı ve tedaviyi planlamak için sağduyu kullanmayı ve hastaların sorunları çözmesine ve işlevsiz düşüncelerini farklı bir yolla görmelerine yardım etmeyi öğrenirsiniz. Ayrıca temel bilişsel ve davranışsal teknikleri kullanmayı da öğrenirsiniz.

2. Aşamada, teknikleri, bilgiyle bütünleştirerek kavramsallaştırmada daha usta hâle gelirsiniz. Terapinin akışını anlama becerinizi güçlendirirsiniz. Tedavinin kritik amaçlarını daha kolay şekilde belirleyebilmede ve hastalarla ilgili kavramsallaştırmada, terapi seansı sırasında kavramsallaştırmanızı iyileştirmede ve müdahaleler hakkında karar vermek üzere kullanmada daha becerikli hâle gelirsiniz. Teknik repertuvarınızı genişletir ve uygun tekniklerin seçilmesi, zamanlanması ve uygulanmasında daha yetkin duruma gelirsiniz.

3. Aşamada, yeni verileri daha otomatik bir şekilde kavramsallaştırmalarınız içinde bütünleştirirsiniz. Hastaya olan bakışınızı doğrulamak veya gözden geçirmek için hipotez oluşturma becerinizi iyileştirirsiniz. Özellikle kişilik bozuklukları ve diğer güçlüklerle ilgili bozukluklar ve sorunları olan hastalar için temel bilişsel davranış terapisinin yapısını ve tekniklerini çeşitlendirebilirsiniz.

Zaten başka bir psikoterapötik yöntemde uygulama yapıyorsanız, farklı olarak ne yapacağınızı açıklayarak ve bir gerekçe sunarak bilişsel davranış terapisi yaklaşımını tanıtmak ve hastalarla ortak karar vermek sizin için önemli olacaktır. Hastanın yararına olacak şekilde olumlu yaklaşıldığı zaman birçok hasta bu tür değişiklikleri kabul eder. Hastalar tereddüt ettiğinde, onları bu konuda motive etmek için bir vaatten ziyade bir "deneyim" olarak değişikliğin (gündem belirleme gibi) getirilmesini destekleyebilirsiniz.

TERAPİST: Mike, terapiyi daha etkili yapma üzerine önemli bir kitap okuyordum ve seni düşündüm.

HASTA: Gerçekten mi?

TERAPİST: Evet, daha hızlı bir şekilde iyi olmana nasıl yardım edebileceğimize dair bazı fikirlerim var. [İş birliği yaparak] Bahsetmemi ister misin?

HASTA: Evet, lütfen.

TERAPİST: Okuduğum bir şey "gündem oluşturma" idi. Yani seansların başında, seans süresince benden çözmek için yardım isteyeceğin sorunların adlarını bana söylemeni isteyeceğim. Örneğin patronunla ya da hafta sonu yataktan çıkma konusunda sorun yaşadığını veya mali konularda gerçekten kaygılı hissettiğini söylemek isteyebilirsin (*Bekleyin*). Başlangıçta sorunların adlarını

söylemeni isteyerek, seansta zamanımızı nasıl daha iyi geçirebileceğimizi anlayabiliriz (*Bekleyin*). Sence bu nasıl olur [geri bildirim alma]?

BU KİTABI KULLANMA ŞEKLİ

Bu kitap, bilişsel kavramsallaştırma ve tedavinin temel yapı taşlarında uzmanlık eksikliği bulunan, herhangi bir deneyim ve beceri gelişimi düzeyindeki kişilere yöneliktir. Terapistlerin, her hastaya özgü olmak üzere standart tedaviyi nasıl ve ne zaman çeşitlendirebileceğini anlamaları ve bilişsel davranış terapisinin temel ögelerinde ustalaşmaları çok önemlidir.

Bu kitapta anlatılan araçları kendinize uygulamaya başlamanız, bilişsel davranış terapisti olarak gelişiminize zenginlik katacaktır. İlk olarak, okudukça kendi düşünce ve inançlarınızı kavramsallaştırın. Sizi etkileyen değişimlere odaklanın. Duygu durumunuzun değiştiğini ya da olumsuz yönde yoğunlaştığını fark ettiğinizde (ya bozuk davranış sergilediğinizi ya da olumsuz etki ile bedensel duyumlar deneyimlediğinizi fark ettiğinizde), kendinize hangi duyguyu hissettiğinizle ilgili bilişsel davranış terapisinin ana sorusunu sorun:

> ***"Şu an aklımdan ne geçiyor?"***

Bu şekilde, kendinize kendi otomatik düşüncelerinizi belirlemeyi öğreteceksiniz. Kendinizi özne olarak kullanarak bilişsel davranış terapisinin temel becerilerini öğrenmek, hastalarınıza "aynı becerileri" öğretme yeteneğinizi geliştirecektir.

Bu kitabı okurken ve teknikleri hastalarınızla uygularken otomatik düşüncelerinizi belirlemek özellikle yararlı olacaktır. Örneğin kendinizi hafif sıkıntılı hissederseniz, kendinize "Aklımdan şu an ne geçiyor?" diye sorun. Aşağıdaki gibi otomatik düşünceleri ortaya çıkarabilirsiniz:

> "Bu çok zor."
>
> "Bunda ustalaşamayabilirim."
>
> "Bu beni rahatsız ediyor."
>
> "Onu denersem ve o çalışmazsa ne yaparım?"

Birincil yönelimi bilişsel olmayan deneyimli terapistler, farklı otomatik düşünce grubunun farkında olabilir:

"Bu işe yaramayacak."

"Hasta onu sevmeyecek."

"Çok yüzeysel/yapılandırılmış/empatik değil/basit."

Düşüncelerinizi ortaya çıkardığınızda, onları not alabilir, okumanıza tekrar odaklanabilir ya da otomatik düşüncelerinizin nasıl değerlendirileceğini ve onlara nasıl yanıt verileceğini açıklayan Bölüm 11 ve Bölüm 12'ye geçebilirsiniz. Dikkati kendi düşüncenize çevirerek, bilişsel davranış terapisi becerilerinizi artırmanın yanı sıra kendinizi öğrenmeye açarak, işlevsiz düşünceleri değiştirme ve duygu durumunuzu (ve davranışınızı) olumlu şekilde etkileme fırsatını da yakalarsınız.

Hastalar için kullanılan ortak bir kıyaslama, başlangıç düzeyindeki bilişsel davranış terapisti için de geçerlidir. Bilişsel davranış terapisi becerilerini öğrenme, diğer herhangi bir beceriyi öğrenmeye benzer. Araba sürmeyi veya bilgisayar kullanmayı nasıl öğrendiğinizi hatırlıyor musunuz? İlk başta, biraz acemilik çektiniz mi? Şu an size kolay gelen ve kendiliğinden olan küçük ayrıntılara ve hareketlere çok fazla dikkat etmeniz gerekti mi? Hiç cesaretiniz kırıldı mı? Gelişme gösterdikçe; süreç gitgide daha anlamlı hâle geldi mi, daha fazla rahat hissettiniz mi? Sonunda, görevi görece kolay ve güvenle gerçekleştirebildiğiniz noktaya geldiniz mi? Çoğu kişi, şimdi yetkin oldukları bir beceriyi öğrenmeyi örnekteki gibi deneyimledi.

Başlangıçta bilişsel davranış terapisti için öğrenme süreci aynıdır. Hastalarınız için iyi tanımlanmış ve gerçekçi küçük amaçlar oluşturmayı öğreneceksiniz. Kendinize küçük kazanımlar için kredi verin. Süreci, bu kitabı okumaya başlamadan önce beceri düzeyinizle ya da bilişsel davranış terapisi hakkında ilk öğrenmeye başladığınız zamanla karşılaştırın. Kendinizi adil olmayan şekilde, deneyimli bilişsel davranış terapistleriyle karşılaştırdığınız ya da mevcut beceri düzeyinizi son hedeflerinizle karşılaştırarak güveninizi zayıflattığınız olumsuz düşüncelere yanıt verme fırsatlarının farkında olun.

Hastalarla, bilişsel davranış terapisini kullanmaya başlama konusunda tedirgin hissediyorsanız, kendinize üzerinde hatırlanması önemli olan ifadeler bulunan bir indeks kartı, yani "başetme kartı" oluşturun. Psikiyatristler yatarak tedavi görmeyen yalnız seanslar için hastaneye gelen ilk hastasını görmeden önce çoğu zaman, kendilerine yardımcı olmayan düşüncelere sahiptir. Onlardan bu düşüncelerini açıklayan bir baş etme kart oluşturmalarını isteyin. Bu kart bireye özgüdür fakat genellikle aşağıdaki gibi bir şey söyler:

Hedefim bu hastayı bugün tedavi etmek değil. Hiç kimse benden bunu beklemiyor.
Hedefim, iyi bir çalışma anlaşması yapmak, yapabilirsem birkaç sorunu
çözmek ve bilişsel davranış terapisi becerilerimi geliştirmektir..

Bu kartın okunması anksiyeteyi azaltmaya yardım eder, böylece terapistler hastalarına odaklanabilir ve daha etkili olabilirler.

Son olarak bu kitaptaki bölümler, kitapta yazılış sırasına göre okunması için tasarlanmıştır. Tekniklere ilişkin bölümleri okumak için giriş bölümlerini geçmeyi isteyebilirsiniz. Ancak bilişsel davranış terapisinin tamamı sadece bilişsel ve davranışsal tekniklerin uygulanması değildir. Diğer özellikler arasında, kişinin hastayı kavramsallaştırmasına dayalı olarak; geniş bir yelpazede tekniklerin ustaca seçimini ve etkili kullanımını zorunlu kılar. Bir sonraki bölümde, tedaviye genel bakış sunulacak, ardından kavramsallaştırmaya yönelik ilk bölüm gelecektir. Bölüm 4'te değerlendirme süreci tanımlanmakta ve Bölüm 5-8'de ise terapi seanslarının nasıl yapılandırılacağı ve bu seanslarda neler yapılacağı üzerine odaklanılmaktır. Bölüm 9-14'te bilişsel davranış terapisinin temel yapı taşları tanıtılmaktır: biliş ve duyguları tanımlama ve otomatik düşünce ve inançlara uygun şekilde yanıt verme. Ek olarak bilişsel ve davranışçı teknikler Bölüm 15'te verilmekte ve betimlemeler Bölüm 16'da tartışılmaktadır. Bölüm 17'de ödev tanımlanmaktadır. Bölüm 18'de sonlandırma konuları ve nüksetmenin önlenmesi özetlenmektedir. Önceki bölümler, Bölüm 19 ve 20'nin altyapısını oluşturmaktadır: tedavinin planlanması ve terapide sorunlara tanı konması. Son olarak Bölüm 21'de, bilişsel davranış terapisti olarak ilerlemeye yönelik kılavuz sunulmaktadır.

Bölüm 2



TEDAVİYE GENEL BAKIŞ*

Bu bölümde kabaca bilişsel davranış terapisi açıklanmakta ve her bir terapi seansı boyunca kullanılan birçok önemli akış tanıtılmaktadır. Bunlar:

- Terapötik ilişki geliştirme.
- Tedavi ve seansları planlama.
- İşlevsiz bilişleri belirleme ve onlara yanıt verme.
- Olumluyu vurgulama.
- Seanslar arasındaki bilişsel ve davranışsal değişimi kolaylaştırma (ödev).

Bu ögelerin her biri hakkında daha fazla bilgiyi ilerleyen bölümlerde bulacaksınız.

TERAPÖTİK İLİŞKİ GELİŞTİRME

Güven oluşturmaya başlamak için hastalarla ilk temasınızdan itibaren onlarla uyum içinde olmak önemlidir. Araştırmalar olumlu dostlukların, olumlu tedavi sonuçları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Raue & Goldfried, 1994). Bu süreç çoğu hasta ile kolayca başarılmaktadır (şiddetli zihinsel hastalığı ya da güçlü

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

Eksen II patolojisi olan hastalarla daha zor olabilmesine karşın). Bu hedefe ulaşmak için şunları yapacaksınız:

- İyi danışmanlık becerileri ve doğru anlayış sergilemek,
- Kavramsallaştırma ve tedavi planınızı paylaşmak,
- İş birliği içinde kararlar vermek,
- Geri bildirim istemek,
- Tarzınızı çeşitlendirmek,
- Hastalara sorunlarını çözmeleri için yardım etmek ve onların sıkıntısını azaltmak.

İyi Danışmanlık Becerileri Sergileme

Hastalara olan bağlılığınızı, onları anladığınızı; empatik ifadelerle, kullandığınız kelimelerle, ses tonunuzla, yüz ifadeleri ile ve beden dilinizle devamlı olarak göstereceksiniz. Stajyerlerime söylediğim gibi, hastaların bulunduğu odada nazik bir kişi olmaya çaba göstereceksiniz. Onlara, size davranılmasını istediğiniz gibi davranacaksınız. Düşünceli sorular sorar, yansıtmalar yapar, onların sorunlarını doğru anlar, düşüncelerine ve duygularına empati gösterirsiniz; bu yaklaşım onların kendilerini değerli ve anlaşılmış hissetmelerine yardımcı olur. Aşağıdaki üstü kapalı (ve bazen açık) mesajları, onları gerçekten onayladığınızda vermeye çalışacaksınız:

"Seni önemsiyorum ve sana değer veriyorum."

"Ne yaşadığını anlamak ve sana yardım etmek istiyorum."

"Birlikte iyi iş çıkarabileceğimizden ve bilişsel davranış terapisinin faydalı olacağından eminim."

"Sorunların seni bunaltsa bile beni bunaltmıyor."

"Senin gibi, diğer hastalara da çok yardım ettim."

Bu mesajları dürüst bir şekilde onaylayamazsanız; hasta hakkındaki, bilişsel davranış terapisi hakkındaki ve kendi hakkınızdaki otomatik düşüncelerinize yanıt vermesi için bir gözetmenden (süpervizörden) yardım isteyebilirsiniz.

İlişki aracılığı ile depresif hastalara dolaylı olarak yardım edebilirsiniz:

- Siz sıcak, dost ve ilgili olduğunuzda, sevimli hissetmelerine,
- Sorunlarını çözmek ve hedeflerine doğru çalışmak için bir ekip olarak birlikte çalışma sürecini anlattığınızda, daha az yalnız hissetmelerine,
- Tedavinin yardımı dokunacağını gerçekçi şekilde ümit ettiğinizi sunarak, daha iyimser hissetmelerine,
- Sorunları çözme, ödevini yapma ve diğer üretken etkinliklerde bulunmak için ne kadar kredi hak ettiklerini görmelerine yardım ettiğinizde, daha fazla öz yeterlik hissetmelerine yardımcı olabilirsiniz.

Özgün kitapları okumamış veya usta klinisyenlerin video kasetlerini izlememiş kişilerin desteklediği, bilişsel davranış terapisi hakkındaki yaygın bir yanlış inanca göre bilişsel terapi; soğuk, mekanik şekilde gerçekleştirilir. Bu açık şekilde doğru değildir. İlk dönemdeki bilişsel davranış terapisi kılavuzunda (Beck ve ark. 1979) bile, iyi bir terapötik ilişki geliştirmenin önemi vurgulanmıştır.

Kavramsallaştırma ve Tedavi Planınızı Paylaşmak

Kavramsallaştırmanızı hastalar ile devamlı olarak paylaşacak ve onlara "doğru yolda" olup olmadığını soracaksınız. Örneğin annesi ile olan bir sorunu henüz açıklamış olabilir. Bilişsel modeli doldurması için soru sordunuz. Ardından, özet biçiminde, yüksek sesle kavramsallaştırdınız. "Pekâlâ, anladığımdan emin olmak istiyorum. Durum şu; annen sana erkek kardeşini aramadığın için telefonda bağırdı ve otomatik düşüncen ise "Ne kadar meşgul olduğumu fark etmiyor. *Beni* aramadığı için *onu*, suçlamıyor." idi. Bu düşünceler, üzgün ve kızgın hissetmene yol açtı ancak ona tekrar bir şey demedin [davranış] . . . Doğru anladım mı?" Kavramsallaştırmanız doğru ise hasta her durumda: "Evet, sanırım doğru." şeklinde cevap verir. Yanlışsa hasta genellikle şöyle der: "Hayır, tam olarak öyle değil. Daha çok ..." Hastalardan geri bildirim almak bağlılığı güçlendirir ve size, onları daha doğru şekilde kavramsallaştırma ve etkili bir tedavi yürütme olanağı sunar.

Ortak Kararlar Verme

Seanslar sırasında hastalara kılavuzluk ederken onların katılımını da aktif şekilde sağlayacaksınız. Bir seans sırasında yardım istedikleri sorunları, çözmek için öncelik vermelerine yardım edeceksiniz. Müdahaleler için gerekçe sunacak ve onaylarını alacaksınız (Sanırım, günde birkaç defa dinlenirseniz, stresiniz azalabilir – bu konuda konuşalım mı?").

Hastaların evde yapabilecekleri kendi kendine yardım etkinlikleri önerebilir ve bunlara olan tepkilerini öğrenebilirsiniz. Hastalarla sürekli olarak bir ekip gibi hareket etmelisiniz.

Geri Bildirim İsteme

Seans boyunca hastalarınızın duygusal tepkileri için yüz ifadelerini, beden dilini, kelime seçimini ve ses tonunu gözlemleyerek devamlı şekilde tetikte olacaksınız. Hastaların sıkıntısının arttığını fark ettiğinizde, konuya zamanında gireceksiniz: "Üzgün görünüyorsun.", "Aklından az önce ne geçiyordu?" Hastaların kendileri, terapi süreci veya sizin hakkınızda olumsuz düşünceler ifade ettiğini görebilirsiniz. Bölüm 8'de açıklandığı üzere hastaları, geri bildirimde bulunma için olumlu şekilde desteklemek; ardından sorunu kavramsallaştırmak ve çözmek üzere bir strateji planlamak önemlidir. Hastaların olumsuz geri bildirimlerini tanımlama ve gerçek hayattaki zorluklarını çözmeye odaklanmadaki başarısızlık; onların daha iyi hissetme yeteneklerini azaltabilir. Hatta bir sonraki hafta terapiye geri dönmemeye bile karar verebilirler (Terapötik ilişkide sorunları çözmeye ilişkin kapsamlı bir tartışma için bk. J. S. Beck, 2005.).

Hastalarla olan bağınızın güçlü olduğunun farkına vardığınızda bile, seansların sonunda onlardan geri bildirim almalısınız: "Seans hakkında ne düşündün?", "Seni üzen ya da yanlış anladığımı düşündüğün bir şey var mıydı?", "Bir sonraki seansta farklı şekilde yapmak istediğin bir şey var mı?" Bu soruları sormak, anlaşmayı anlamlı şekilde güçlendirebilir. Hastadan geri bildirim isteyen ilk sağlık uzmanı veya zihin sağlığı uzmanı olabilirsiniz. Hastalar genellikle, tepkilerine gösterdiğiniz gerçek ilgiden onur duyarlar ve saygı duyulmuş hissederler.

Tarzınızı Çeşitlendirme

Çoğu hasta siz, sıcak, dost ve ilgili olduğunuzda size olumlu yanıt verecektir. Bununla birlikte, nadiren de olsa bir hasta olumsuz tepki verebilir. Örneğin bir hasta sizi aşırı ilgili veya çok fazla "hassas" olarak algılayabilir. Seansta hastaların duygusal tepkilerini izlemek, sorunu anlamak için soru sorma konusunda sizi uyarabilir; böylece kendinizi sunma şeklinizi değiştirebilir ve hastanın sizinle çalışırken daha rahat hissetmesine yardım edebilirsiniz.

Hastalara Yardım Etme, Onların Sıkıntısını Azaltır

Terapötik ilişkiyi güçlendirmenin en iyi yollarından birisi, etkili ve yetkin bir bilişsel davranış terapisti olmaktır. Araştırma, hastaların semptomları azaldığında

terapötik ittifakın güçlendiğini göstermiştir (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis & Gelfand, 1999).

Genellikle, sizinle bir ekip olarak etkili bir şekilde çalışmaları için hastalarla bağlantı kurmalı, terapötik ilişki geliştirmek için yeterince zaman harcamalısınız ve terapötik anlaşmayı, temel inançları yanlış olan hastalara kanıt sunmak için kullanmalısınız. Anlaşma sağlam ise hastalara, gelecek hafta karşılaşacakları sorunları çözmede yardım etmeye harcayacağınız zamanı en üst düzeye çıkarmak için ilave zaman harcamayacaksınız. Özellikle kişilik bozukluğu olanlar olmak üzere, bazı hastalarla terapötik ilişki kurabilmesi ve iyi bir çalışma anlaşması yapılması için ileri stratejilerin olması gereklidir (Beck, Freeman, Davis, & Associates, 2004; J. S. Beck, 2005; Young, 1999).

TEDAVİYİ VE SEANSI PLANLAMA

Tedavinin ana hedefi, terapi sürecini siz ve hasta için anlaşılabilir yapmaktır. Terapiyi mümkün olduğunca etkin şekilde yürütmeye çalışacaksınız; böylece hastanın çektiği acıları olabildiğince hızlı bir şekilde hafifleteceksiniz. Standart bir formata bağlı kalma (ve ayrıca terapi araçlarını hastaya öğretme), bu hedefleri kolaylaştırır. Fakat yukarıda belirtildiği üzere, tedaviyi ezbere ya da kişisel olmayan şekilde uygulamayacaksınız; eğer uygularsanız, çok etkili olmazsınız.

Hastalar, terapiden ne bekleneceğini bildiklerinde, onlardan yapmasını istediğiniz şeyleri tam olarak anladıklarında, sizin onlarla bir ekip olduğunuzu hissettiklerinde, terapi seanslarında ve tedavi süresi sonunda nasıl ilerleyeceğine dair somut fikirleri olduğunda daha rahat hissederler. Seansların genel yapısını açıklayarak ve bu yapıya bağlı kalarak (saatlerde esnek biçimde) hastanın anlamasını en üst düzeye çıkaracaksınız.

Hastalar ofisinize girmeden önce o seans için tedavi planlamaya başlayacaksınız. Bir önceki seans(lar)da verilen ödevleri, terapi notlarını ve özellikle tedavi hedeflerini, tablolarını hızlıca gözden geçireceksiniz. Yukarıda belirtildiği üzere, seansı nasıl yapılandırmak istediğinize dair genel bir fikre sahip olacaksınız. Kapsayıcı terapötik hedef, seans sırasında hastanın duygu durumunu iyileştirmek ve hastanın daha iyi hissedebilmesi ve hafta boyunca daha işlevsel hareket edebilmesi için bir plan oluşturmaktır. Seansta özgül olarak yapacağınız şeyler, hastaların semptomlarından, sizin kavramsallaştırmalarınızdan, terapötik ittifakınızın gücünden, tedavi aşamalarından ve özellikle de gündeme getirdikleri sorunlardan etkilenecektir.

Terapi seansının ilk kısmındaki hedefiniz terapötik bağı yeniden kurmak, veri toplayarak gündemi ve öncelikli gündem maddesini ortaklaşa belirlemektir. Seansın ikinci kısmında, siz ve hastanız gündemdeki sorunları tartışacaksınız. Bu sorunları çözme bağlamında hastaya bilişsel, davranışsal, sorun çözücü ve diğer

becerileri öğreteceksiniz. Devamlı olarak bilişsel modeli destekleyecek, hastalara otomatik düşüncelerini değerlendirme ve onlara yanıt verme konusunda yardım edecek, sorun çözecek ve onlardan, yeni anlayışlarını özetlemelerini isteyeceksiniz.

Bu tür tartışmalar ve müdahaleler doğal olarak hafta içinde ödev yapmayı gerektirmekte, ödev genellikle hastaların sorunları hakkında daha gerçekçi, yeni düşünme yollarını öğrenmelerine ve hafta boyunca öğrendikleri çözümleri uygulamalarına yardımcı olur. Devam eden bir önemli görev ise duygu durumlarının kötüye gittiğini fark ettiklerinde, işlevsiz şekilde davrandıklarında ve/veya anlamlı fizyolojik uyarılma yaşadıklarında, hastaların bozuk düşüncelerini belirlemelerini ve onlara hafta boyunca yanıt vermelerini sağlamaktır.

Seansın son kısmında ise hastalardan seansın en önemli olduğunu düşündükleri noktaları yazmalarını sağlayarak, verilecek ödevleri gözden geçirerek (gerektiğinde değişiklik yaparak) ve seans hakkındaki geri bildirimlerini ortaya çıkararak hastalara yanıt vereceksiniz. Deneyimli bilişsel davranış terapistleri zaman zaman bu formattan saparken yeni başlayan terapistler, belirtilen yapıya uyduklarında genellikle daha etkili olurlar. Terapi seanslarının yapısına ilişkin daha fazla açıklama Bölüm 5, 7 ve 8'de sunulmaktadır.

Seansları etkili şekilde yapılandırmak için hastaların *nazikçe* sözünü kesmeye ihtiyacınız var: "Sizi bir dakika rahatsız edebilir miyim, mi diyorsunuz?" Hastaların stratejik olarak ve incelikle sözünü kesmek ileriki bölümlerde anlatılmaktadır. Daha sıkı yapılandırılmış bir seansta başlangıçta beceriksizmiş gibi hissedeceksiniz ve olumlu sonuçları fark ettiğinizde sürecin ikinci derecede önemli olduğunu göreceksiniz.

İŞLEVSİZ BİLİŞLERİ BELİRLEME VE ONLARA YANIT VERME

Neredeyse her terapinin önemli bir kısmı, hastaların yanlış veya yararı olmayan fikirlerine yanıt vermesine yardım etmektir: otomatik düşünceler, görüntüler (zihinsel resimler) ve/veya altta yatan inançlar. Önemli otomatik düşünceleri birçok şekilde belirleyebilirsiniz (bk. Bölüm 9) ancak hasta sıkıntı veren bir durum veya duygu ya da bozuk bir davranışı bildirirken genellikle temel bir soru soracaksınız:

"Şu anda aklından ne geçiyor?"

Sonra, hastalara düşüncelerini iki ana yolla değerlendirmeleri konusunda yardım edeceksiniz:

- Hastaların daha uyarlanabilir ve gerçekçi bir bakış açısı geliştirmelerine yardım etmek için güdümlü keşif sürecini kullanacaksınız.
- Mümkün olduğunca hasta ile birlikte, hastaların öngörülerini test etmek için *davranışsal deneyimler* tasarlayacaksınız.

Güdümlü Keşif

Bir sorunu tartışma bağlamında genellikle, hastaların bilişlerini ortaya çıkarırsınız (otomatik düşünceler, görüntüler ve/veya inançlar). Hangi bilişin veya bilişlerin hastalara en fazla üzüntü verdiğini saptayacaksınız, ardından onların yol katetmelerine (bilişlerini gerçekler olarak değil fikirler olarak görme gibi), bilişlerinin geçerliliğini ve kullanılabilirliğini değerlendirmelerine ve/veya korkularını yok etmelerine yardım etmek için bir dizi soru soracaksınız. Aşağıdaki gibi sorular çoğu zaman yardımcı olacaktır:

"Düşüncenizin doğru olduğunun kanıtı nedir? Diğer taraftaki kanıt nedir?"

"Bu durumu başka türlü görmenin alternatif yolu nedir?"

"Olabilecek en kötü şey nedir ve olması hâlinde onunla nasıl baş edersin? Olabilecek en iyi şey nedir? Bu durumun en gerçekçi sonucu nedir?"

"Otomatik düşüncene inanmanın etkisi nedir ve düşünceni değiştirmenin etkisi ne olabilir?"

"Eğer [arkadaşınız veya ailenizden biri] bu durumda olsaydı ve aynı otomatik düşünceye sahip olsaydı, ona hangi tavsiyede bulunurdun?"

"Ne yapmalısın?"

Bölüm 11'de açıklandığı üzere, bu soruların tamamı tüm otomatik düşünceler için geçerli değildir ve sıkça tümüyle farklı bir sorgulama dizgesi kullanabilirsiniz. Fakat bu sorular yararlı bir kılavuzdur ve Sally'nin dördüncü terapi seansından alıntılanan aşağıdaki terapi konuşmasında örnek bir uygulamanın nasıl olacağı gösterilmektedir: Sally'e, kendisi için önemli bir sorunu belirtmesi, bu sorunla ilişkili bir bozuk fikri tespit etmesi, değerlendirmesi, makul bir plan bulması ve müdahalenin etkililiğini değerlendirmesi için yardım etmekteyim.

TERAPİST: Pekâlâ Sally, yarı zamanlı bir iş bulma konusundaki bir sorunun hakkında konuşmak istediğini söyledin değil mi?

HASTA: Evet. Paraya ihtiyacım var. . . fakat bilmiyorum.

TERAPİST: (*Sally'nin, hoşuna gitmeyen bir şeyler olduğunun farkında*) Şu anda aklından ne geçiyor?

HASTA: [Otomatik düşünce] Bir iş sahibi olamayacağım.

TERAPİST: [Sally'nin fikrini düşünce olarak adlandırma ve onu, duygu durumu ile bağdaştırma] Peki bu düşünce sana nasıl hissettiriyor?

HASTA: [Duygu] Üzgün. Gerçekten üzgün.

TERAPİST: [Düşünceyi değerlendirmeye başlar] Çalışamayacağının kanıtı nedir?

HASTA: Derslerimde güçlüklerim var.

TERAPİST: Tamam. Peki başka?

HASTA: Bilmiyorum. ... Hâlâ çok yorgunum. Her gün işe gitmek bir yana, gidip iş aramak için hazırlanmak bile zor.

TERAPİST: Birazdan buna bakacağız. [alternatif bir bakış önerme] Belki bu noktada dışarı çıkıp işleri *araştırmak*, zaten sahip olduğun bir işe gitmekten daha zor olabilir. Her iki durumda da bir iş bulabileceğini varsayarsak, iş bulamayacağının başka bir kanıtı var mı?

HASTA: . . . Hayır, düşünebileceğim başka bir kanıt yok.

TERAPİST: Peki, bir iş bulabileceğine dair kanıt var mı?

HASTA: Geçen yıl çalıştım. Ve bu iş, okul ve diğer etkinliklerden önce geliyordu. Fakat bu yıl. . . Hiç bilmiyorum.

TERAPİST: Bir iş bulabileceğinin başka bir kanıtı var mı?

HASTA: Bilmiyorum. . . Fazla zaman almayacak bir şey yapmam mümkün. Ve bu çok zor değil.

TERAPİST: Peki, o ne olabilir?

HASTA: Belki bir satış işi. Bunu geçen yıl yaptım.

TERAPİST: Çalışabileceğin yerler hakkında fikrin var mı?

HASTA: Aslında üniversitenin kitap satış ofisi olabilir. Yeni satış elemanı aradıklarına dair bir ilan gördüm.

TERAPİST: Tamam. Peki, kitapçıda bir iş bulsan olabilecek *en kötü* şey ne olur?

HASTA: Sanırım onu yapamazdım.

TERAPİST: Bu olsaydı, onunla nasıl başa çıkardın?

HASTA: Sanırım işten çıkardım.

TERAPİST: Peki olabilecek *en iyi* şey ne olurdu?

HASTA: Onu kolaylıkla yapabiliyor olmam.

TERAPİST: En *gerçekçi* sonuç nedir?

HASTA: Muhtemelen kolay olmayacaktır, özellikle en başta. Fakat onu yapabilirim.

TERAPİST: Sally, "Bir iş sahibi olamayacağım." düşüncesine inanmanın etkisi nedir?

HASTA: "Üzgün hissetmeme neden oluyor. . . Deneme yapmamama neden oluyor."

TERAPİST: Düşünceni değiştirdiğinde, muhtemelen bir kitapçıda çalışabileceğinin farkına varma düşüncesinin etkisi nasıl olur?

HASTA: Daha iyi hissederim. İşe başvurmayı istiyorum.

TERAPİST: Peki, bunun için ne yapmak istiyorsun?

HASTA: Kitap satış ofisine gitmek. Bu öğleden sonra gidebilirim.

TERAPİST: Gitmeyi ne kadar çok istiyorsun?

HASTA: Sanırım gideceğim. Gideceğim.

TERAPİST: Şimdi nasıl hissediyorsun?

HASTA: Biraz daha iyi. Belki biraz gerginim. Ama sanırım biraz daha ümitli.

Burada Sally, standart soruya verdiği yanıtta "Bir iş sahibi olamayacağım." şeklindeki bozuk düşüncesini kolayca tespit edebilmekte ve değerlendirebilmektedir. Yine de birçok hasta, davranışsal olarak uymayı istemeden önce daha fazla terapötik etkiye ihtiyaç duyabilir. Sally tereddüt etseydi, ondan, tartıştığımız şeyi özetlemesini isteyebilir ve ardından, aşağıda verilenlere benzer ifadeler içerebilecek özetine bağlı kalarak birlikte bir baş etme kartı oluşturabilirdik:

Kitapçıya gitmekten kaçınırsam orada muhtemelen bir iş bulabileceğimi
ve hoşuma gitmezse her zaman çıkabileceğimi kendime hatırlat.
Büyük bir mesele değil.

Davranış Çalışmaları

Mümkün olduğu zaman hastalarla birlikte, hastaların terapi seansında (ve seanslar arasında) gerçekleştirebilecekleri çalışmalar tasarlayacaksınız. Yukarıda açıklandığı üzere hastaların fikirlerinin geçerliliğinin tartışılması düşüncelerini değiştirmelerine yardım edebilir fakat biliş, bir davranış çözümlemesinin etkisinde ise yani hasta, bu fikrin geçerliliğini doğrulamayan bir deneyime sahipse bu değişim anlamlı şekilde yoğun olabilir (Bennett, Levy ve ark., 2004). Genellikle hastaların olumsuz tahminleri ile o tahminlere uyan bilişler bağlantılıdır. Örneğin depresif bir hasta, şu otomatik düşünceye sahip olabilir: "Herhangi bir şeyi okumaya çalışırsam, onu anlamak için yeterince odaklanamayacağım." Bu düşüncenin ne kadar geçerli olduğunu görmek için hastadan ofisinizde bir kitaptan kısa bir metin okumasını isteyebilirsiniz. Gergin bir hasta şu düşünceyi ifade edebilir: "Karşı çıkacağımı söylersem, üzülürüm, dağılırım." veya "Gergin olursam ve kalbim küt küt atmaya başlarsa kalp krizi geçiririm." Bu tür fikirleri test etmek için birlikte çalışmalar tasarlayacaksınız.

Tedavinin başında genel olarak, değişimden etkilenen, duruma özgü düşüncelere odaklanacaksınız. Terapinin ortasına doğru, otomatik düşünce düzeyinde çalışmaya devam edeceksiniz; hastaların daha fazla genelleşmiş bilişlerine, altta yatan varsayımlarına ve temel inançlarına odaklanacaksınız. (Bilişlerin çeşitli düzeyleri, bir sonraki bölüm boyunca anlatılmaktadır.) Tedavi ideal şekilde, hastaların bozukluklarını hafifletme evresine girene kadar ve nüksetmeyi önlemek için onların gerekli becerileri öğrenmesine kadar devam eder.

OLUMLUYU VURGULAMA

Özellikle depresyonda olanlar olmak üzere çoğu hasta olumsuzluklar üzerine gereğinden fazla odaklanma eğilimi göstermektedir. Depresif hâldeyken otomatik şekilde (örneğin bilinç farkındalık olmadan) ve seçici şekilde olumsuz deneyim yaşarlar ve buna büyük vurgu yaparlar veya daha olumlu deneyimi göz ardı ederler ya da onu fark edemezler. Olumlu verileri açık şekilde işlemede yaşadıkları zorluklar, onları bozulmuş gerçeklik hissi geliştirmeye yöneltir. Depresyonun bu özelliğini yok etmek için devamlı olarak hastaların olumlu deneyimlerde yer almalarına yardım edeceksiniz.

Değerlendirmede, hastaların güçlü yanlarını açığa çıkaracaksınız ("Güçlü yanların ve olumlu özelliklerinden bazıları nelerdir?"). Seans başladığı andan itibaren, bir önceki haftadan alınan olumlu verileri ortaya çıkaracaksınız ("Seni son gördüğümden beri hangi olumlu şeyler oldu? Hangi olumlu şeyleri yaptın?"). Hastaların daha iyi bir hafta geçirmelerine yardım ederek seansları olumluya doğru yönlendireceksiniz. Hastaları değerli bireyler olarak gördüğünüzü kanıtlamak için terapötik bağı kullanacaksınız ("Daha fazla yardım edip edemeyeceği-

nizi görmek için [ders verdiğiniz çocuğun] öğretmeniyle konuşmuş olmanın çok güzel olduğunu düşünüyorum."). Hastalardan, olumsuz otomatik düşünceleri ve inançlarına zıt veriler isteyeceksiniz ("Otomatik düşüncenin muhtemelen doğru olmadığına dair, diğer açıdan [olumlu] kanıt nedir?").

Hastalar, sorunları tartıştıkça duyduğunuz olumlu verilere dikkat çekecek ve bu verinin onlar için ne anlama geldiğini soracaksınız. ("Bu veri senin hakkında ne diyor, kitap satış ofisindeki işi aldığını mı?") Hastaların seans boyunca ima etmeye çalıştığı olumlu mücadele durumları için tetikte olacak ve onları not alacaksınız ve yüksek sesle ifade edeceksiniz ("Allison'dan seninle çalışmasını isteyerek sorunu çözmek güzel bir fikir."). Zevk ve başarı hissini yaşamalarını kolaylaştırmak için hastalarla birlikte çalışarak ödevleri belirleyeceksiniz. Hastaların güçlü yanlarını kavramsallaştırma ve birleştirmenin yanı sıra yeniden direnç oluşturma yöntemleri Kuyken ve ark., (2009) tarafından açıklanmaktadır.

SEANSLAR ARASINDAKİ BİLİŞSEL VE DAVRANIŞSAL DEĞİŞİMİ KOLAYLAŞTIRMA (ÖDEV)

Tedavinin önemli bir amacı, seansın sonunda hastaların daha iyi hissetmelerine yardım etmek ve onları daha iyi bir hafta geçirmeleri için hazırlamaktır. Bu amaca ulaşmak için şunları yapacaksınız:

- Hastaların, seanslar arasında yaşaması muhtemel otomatik düşünceleri değerlendirmelerine ve bunlara yanıt vermelerine yardım etmek,
- Hastaların, hafta boyunca uygulamaları için sorunlarına çözümler bulmasına yardım etmek,
- Hastalara, hafta boyunca uygulamaları için yeni beceriler öğretmek.

Hastalar terapi seanslarında neler olduğu ile ilgili konuların büyük kısmını unutma eğilimi gösterdiklerinden, evde yeniden gözden geçirebilmeleri için hatırlamalarını istediğiniz her şeyi kaydetmiş olmaları önemlidir. Siz veya onlar kendi kendine yardım ödevlerini terapi defterine (fotokopisini çekip tedavi notlarına iliştirebileceğiniz) veya karbonsuz kâğıda (ofis sarf malzemeleri mağazalarından ya da yazıcılardan edinilebilir) yazmalısınız. Verilecek ödevler genellikle şunları içermelidir:

- Seansta sorun çözme ve/veya beceri eğitiminin bir sonucu olarak ortaya çıkan davranış değişiklikleri (örneğin, soyutlanma sorunu, arkadaşları çağırma şeklinde davranış çözümü

sunabilir; çalışırken işte aşırı yük verilmesi sorunu, hastanın zorluğu denetmen ile olumlu bir şekilde tartışmasını sağlayabilir).

- Hastalar duygu, davranış veya fizyolojilerinde işlevsiz bir değişim fark ettiklerinde otomatik düşünce ve inançların tespit edilmesi ve ardından Sokratik sorgulamayla, davranış çalışmalarıyla ve/veya hastaların bilişlerini belirten okuma terapisi notlarıyla bilişlerinin değerlendirilmesi ve onlara yanıt verilmesi. Örneğin:

Mutfağı temizleyemeyeceğimi düşünmeye başlarsam, kendime, bu işi
sadece 10 dakikada halledeceğimi; zor olabileceğini ancak olanaksız
olamayacağını ve ilk bir iki dakikanın en zor anlar olacağını ve
sonrasında kolaylaşacağını hatırlat.

Ödev, doğal olarak her bir sorunun tartışılması ile başlar çünkü hastanın, hatırlanacak ve/veya yapılacak şeyleri olacaktır (bilişte değişiklikler). Hastaya en çok neyin yardım edeceğini kavramsallaştırarak, hasta ile birlikte yapılacak ödevleri özenle belirlemek ve planlamak çok önemlidir. Ayrıca izleyen haftanın ödevini gözden geçirmeniz gerekir. Depresif hastalar için önemli bir erken ödev, yapılacak etkinliklerin planlamasıdır. Yapılacak etkinlik planlarının ayrıntılı açıklaması için Bölüm 6'ya ve ödev oluşturma ve incelemeye ilişkin ayrıntılı kılavuzlar için Bölüm 17'ye bakınız.

Bölüm 3



BİLİŞSEL KAVRAMSALLAŞTIRMA*

Bilişsel kavramsallaştırma, hastayı anlamak için bir taslak sunar. Durumu formüle etme sürecini başlatmak için kendinize şu soruları soracaksınız:

"Hastanın teşhisi (teşhisleri) nelerdir?"

"Mevcut sorunları neler? Bu sorunlar nasıl gelişti ve devam ediyor?"

"Sorunlar hangi işlevsiz düşünceler ve inançlarla ilişkili? Hangi tepkiler hastanın (duygusal, fizyolojik ve davranışsal) düşüncesiyle ilişkili?"

Ardından, hastanın özgül psikolojik bozukluğunun nasıl geliştiği hususunda varsayımda bulunacaksınız:

"Hasta kendisini, başkalarını, kişisel dünyasını ve geleceğini nasıl görüyor?"

"Hastanın altta yatan inançları (davranışlar, beklentiler ve kurallar dâhil) ve düşünceleri nelerdir?"

"Hasta, bozuk bilişleri ile nasıl başa çıkıyor?"

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

"Mevcut psikolojik sorunlarının gelişmesine hangi stres kaynakları etki ediyor (baskı yapıyor) veya bu sorunların çözümüne nasıl müdahalede bulunuyor?"

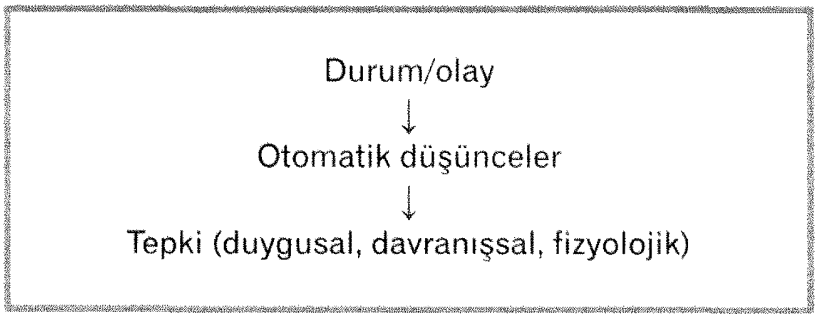
"İlgiliyse, hastanın mevcut sorunlarına hangi erken deneyimlerin etkisi olmuş olabilir? Hasta bu deneyimlerden ne anlam çıkardı ve bu deneyimler hangi inançlara neden oldu veya hangi inançları güçlendirdi?"

"İlgiliyse, hasta bu bozuk inançlarla mücadele etmek için hangi bilişsel, etkileyici ve davranışsal mekanizmaları (uyumlu ve uyumsuz) geliştirdi?"

Hasta ile ilk temasınız sırasında bir bilişsel kavramsallaştırma oluşturmaya başlar ve tedavi boyunca bu kavramsallaştırmanızı iyileştirmeye devam edersiniz. Gelişmekte olan bu yapısal formülasyon, etkili ve verimli bir terapi planlamanıza yardım eder (Kuyken ve ark., 2009; Needleman, 1999; Persons, 2008; Tarrier, 2006). Bu bölümde, bilişsel davranış terapisinin teorik temeli olan bilişsel model açıklanmaktadır. Ardından, düşünce ve inançların ilişkisi ele alınacak ve bu kitap boyunca kullanılan Sally'nin örneği ile bilgiler ve uygulamalar birlikte sunulacaktır.

BİLİŞSEL MODEL

Bilişsel davranış terapisi, kişilerin duygu, davranış ve fizyolojisinin olaylara karşı algılarından etkilendiğini varsayan *bilişsel modele* dayanmaktadır.



İnsanların yalnız ne hissettiklerini belirlemek değil, aynı zamanda bir durumu *nasıl oluşturduklarını* belirlemektir (Beck, 1964; Ellis, 1962). Örneğin, birçok kişinin bilişsel davranış terapisi üzerine bir temel metin okumakta olduğu bir durumu hayal edin. Zihinlerinden geçenlerin ne olduğuna bağlı olarak benzer durumlara oldukça farklı duygusal ve davranışsal tepkiler vereceklerdir.

A okuyucusu şöyle düşünür: "Bu gerçekten anlamlı. Sonunda, bana iyi bir terapist olmamı öğretecek bir kitap!" A okuyucusu biraz heyecanlanır ve okumaya devam eder.

Diğer yandan B okuyucusu şöyle düşünür: "Bu yaklaşım çok basit. Asla işe yaramayacak." B okuyucusu üzgün hisseder ve kitabı kapatır.

C okuyucusu şöyle düşünür: "Bu kitap beklediğim gibi değil. Para israfı." C okuyucusu bıkar ve kitabı tamamen bırakır.

D okuyucusu şöyle düşünür: "Tüm bunları gerçekten öğrenmem lazım. Peki, ya anlamazsam kitabı? Bu alanda asla iyi olmazsam?" D okuyucusu gergin hisseder ve aynı sayfayı tekrar tekrar okur.

E okuyucusunda farklı düşünceler vardır: "Bu hakikaten çok zor. Hiç anlamıyorum. Bu konuda asla uzmanlaşamayacağım. Terapist olarak asla uygulayamayacağım." E okuyucusu üzgün hisseder ve televizyonu açar.

İnsanların duygusal yönden nasıl hissettikleri ve nasıl davrandıkları, bir durumu nasıl yorumladıkları ve o durum hakkında nasıl düşündükleri ile ilişkilidir. *Durumun kendisi, nasıl hissettiklerini veya ne yaptıklarını doğrudan belirlemez;* duygusal yanıtlarına, durumu nasıl algıladıkları aracılık eder. Bilişsel davranış terapistleri kısmen, daha açık yüzeysel düşünme seviyesi ile eş zamanlı çalışan düşünme seviyesiyle ilgilenirler.

Örneğin siz bu metni okurken, düşüncenizde iki düzey fark edebilirsiniz. Aklınızın bir kısmı, metindeki bilgilere odaklanmaktadır, yani bilgileri anlayıp birleştirmeye çalışıyorsunuz. Bunun yanında, diğer düzeyde hızla değerlendiren düşüncelere sahip olabilirsiniz. Bu düşüncelere *otomatik düşünceler* denir ve bunlar, düşünme veya usavurma sonucu olan düşünceler değildir. Daha ziyade bu düşünceler kendiliğinden ortaya çıkar ve çoğu zaman oldukça hızlı ve geneldirler. Nadiren bu düşüncelerin farkına varabilirsiniz; bunun ardından gelen duygu veya davranışın farkına varmanız daha olasıdır. Düşüncelerinizin farkında olsanız bile, doğru olduklarına inanarak onları büyük olasılıkla eleştirmeden kabul edersiniz. Onları sorgulamayı bile düşünmezsiniz. Öte yandan, kendi değişimlerinize gerçekte duygularınıza, davranışınıza ve/veya fizyolojinize dikkat ederek otomatik düşüncelerinizi belirlemeyi öğrenebilirsiniz. Aşağıdaki durumlarda kendinize şunu sorun "Aklımdan şu anda ne geçiyor?":

- Sıkıntılı ve huzursuz hissetmeye başladığınızda,
- İşlevsiz bir şekilde davranmaya (uyumlu bir şekilde davranmaktan kaçınmaya) eğilimli olduğunuzu hissettiğinizde,
- Vücudunuzda veya zihninizde sıkıntı veren değişiklikler fark ettiğinizde.

Otomatik düşüncelerinizi tanıdığınızda, düşüncenizin geçerliliğini değerlendirebilirsiniz. Bu düşünceleri bir dereceye kadar muhtemelen değerlendiriyorsunuz. Örneğin yapılacak çok işiniz olduğunda: "Asla tamamını bitiremeyeceğim" otomatik düşüncesine sahip olabilirsiniz. Fakat geçmiş deneyimlerinizi hatırlayarak ve şunları aklınızda tutarak; gerçekliği otomatik olarak çek edebilirsiniz: "Tamam. Yapman gerekenleri her zaman başardığını biliyorsun." Duruma ilişkin yorumunuzun hatalı olduğunu anlayıp onu düzelttiğinizde, duygu durumunuzun iyileştiğini, daha işe yarar şekilde hareket ettiğinizi ve/veya fizyolojik uyarılmanızın azaldığını muhtemelen keşfedeceksiniz. Bilişsel durumlarda, işlevsiz düşünceler nesnel bir yansıma ile incelendiğinde, kişinin duygu durumu, davranışı ve fizyolojik tepkisi genellikle değişir. 11. Bölüm'de, otomatik düşüncelerin nasıl değerlendirileceğine yönelik kılavuz yer almaktadır.

Peki, otomatik düşünceler nereden kaynaklanıyor? Kişinin bir durumu başka bir kişiden farklı yorumlamasını sağlayan nedir? Aynı kişi benzer bir durumu başka bir zamana kıyasla neden farklı yorumlayabilir? Cevap, daha güçlü bilişsel fenomenlerle inançlarla ilgilidir.

İNANÇLAR

Çocukluktan itibaren kişiler, başkaları, dünyaları ve kendileri hakkında belirli fikirler geliştirirler. En merkezi ya da temel inançları; kendilerine bile çoğu zaman dile getirmedikleri için kalıcıdır, çok köklü ve derinlerdedir. Kişi bu fikirleri, tıpkı maddelerin "var olması" gibi mutlak doğrular olarak kabul eder (Beck, 1987). Örneğin, bu metne hâkim olacak kadar zeki olmadığını düşünen E Okuyucusu, yeni bir göreve (bilgisayarda yeni bir beceri öğrenme, kitaplığı nasıl düzene sokacağını belirleme veya kredi için bankaya başvurma gibi) başlamak zorunda olduğunda sıkça benzer endişeler taşımaktadır. "Yetersizim" temel inancına sahip gibi görünmektedir. Bu inanç sadece depresif olduğu bir durumda faal olur ya da zamanın büyük bölümünde aktif olur. Bu temel inanç aktifleştiğinde, hatta yorumlamanın mantıksal olarak geçersiz olduğu doğrulanmış olmasına karşın E Okuyucusu durumları bu inanç doğrultusunda yorumlar.

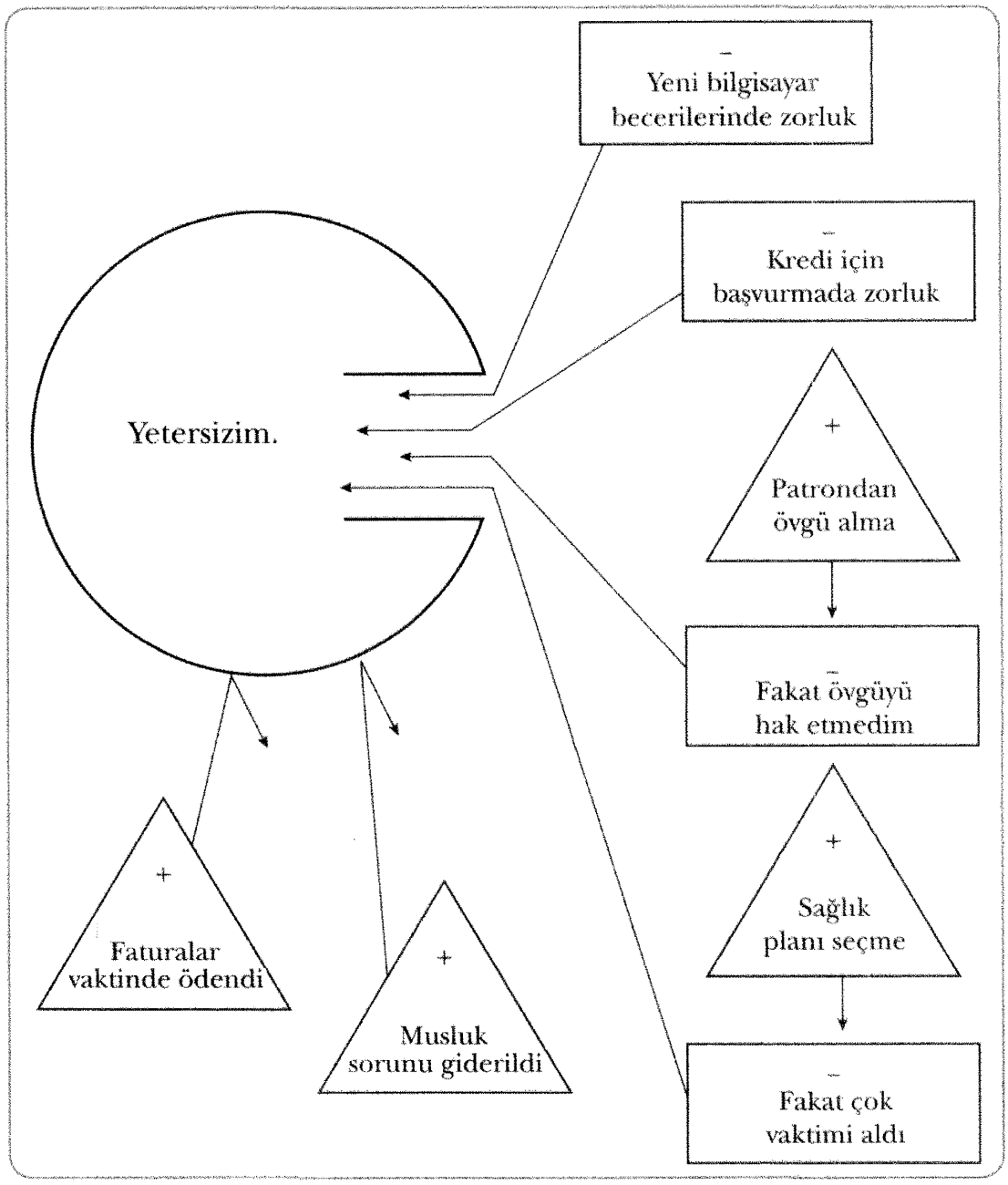
E Okuyucusu, aksine bilgileri görmezden gelerek temel inancını doğrulayan bilgilere odaklanma eğilimi gösterir. Örneğin E Okuyucusu diğer zeki, yetkin kişilerin de materyali ilk okuyuşunda tam olarak anlayamayabileceğini düşünmemiştir. Bunun yanı sıra yazarın materyali iyi sunmadığı ihtimalini de göz önünde bulundurmamıştır. Anlamada yaşadığı zorluğun, beyin gücü eksikliğinden ziyade odaklanma eksikliğinden kaynaklanabileceğini fark edememiştir. Yeni bilgiler sunulduğunda ilk başta zorluk yaşadığını ancak daha sonra iyi şekilde takip edebildiğini unutmuştur. Yetersizlik inancı aktifleştiğinden, durumu otomatik olarak oldukça olumsuz, kendini eleştiren bir şekilde yorumlamıştır. Doğru olmasa, işlevsiz olsa bile inancı bu şekilde devam eder. Önemli bir not: Bilgilerin, bu şekilde işlenmesi amaçlı değildir, kendiliğinden meydana gelmektedir.

Şekil 3.1'de bozulmuş bilgi işleme şekli gösterilmektedir. E okuyucusunun şemasını dairedeki dikdörtgenlerin açılımı temsil etmektedir. Piaget'ci yaklaşıma göre, bu şema bilgileri organize eden zihinsel yapıdır. Bu şemada E Okuyucusunun temel inancı: "Yetersizim." şeklindedir. E Okuyucusuna olumsuz veriler sunulduğunda bu şema aktifleşir ve olumsuz dikdörtgenlerde yer alan veriler, onun temel inancını doğrulayan şekilde işlenir ve bu da bu inancı daha güçlü kılar.

E Okuyucusuna olumlu veriler (hangi sağlık bakım planının ailesi için en iyi tercih olacağını analiz etme gibi) sunulduğunda farklı bir süreç gelişir. Olumlu veriler, şemaya uymayan olumlu üçgenlerin eş değerine kodlanmıştır. Zihni, verileri otomatik olarak azaltır ("Bir sağlık bakım planı seçtim *fakat* çok fazla vaktimi aldı"). Patronu onu övdüğünde hemen şunu düşünür: "Patronum yanılıyor. Bu projeyi iyi şekilde tamamlamadım. [Övgüyü] hak etmiyorum." Bu yorumlamalar esasında, olumlu üçgenlerdeki verilerin şeklini; olumsuz dikdörtgenlere dönüştürmektedir. Artık veriler şemaya uymaktadır ve sonuç olarak, bu veriler olumsuz temel inancı güçlendirmektedir.

E Okuyucusunun fark etmediği olumlu veriler de mevcuttur. Faturaları vaktinde ödeme veya musluk sorununu giderme gibi bazı yetkinlik kanıtlarını reddetmez ancak bu olumlu verilerin tamamını işliyor gibi görünmemektedir. Zamanla E Okuyucusunun yetersizlik temel inancı daha da güçlenmektedir.

Sally de yetersizlik temel inancına sahiptir. Neyse ki Sally bunalımda olmadığında, her zaman olmasa da farklı bir şema ("Makul şekilde yeterliyim" temel inancı) aktifleşir. Fakat bunalımda olduğunda, yetersizlik şeması baskın gelir. Terapinin bir önemli yanı, Sally'nin olumsuz verileri daha gerçekçi ve uyarlanabilir bir yolla görmesine yardımcı olmaktır. Terapinin diğer bir önemli kısmı ise olumlu verileri belirleyip açık şekilde işlemesine yardım etmektir.



ŞEKİL 3.1 Bilgi işleme modeli. Bu şema olumsuz verilerin hemen nasıl işlendiğini ve temel inancı nasıl güçlendirdiğini, öte yandan olumlu verilerin nasıl azaltıldığını (nasıl olumsuz verilere dönüştürüldüğünü) veya fark edilmediğini göstermektedir.

Temel inançlar en önemli inanç düzeyidir; geniş kapsamlı, katı ve aşırı genellenmiştir. Kişinin aklından geçen gerçek kelimeler veya görüntüler olan *otomatik düşünceler* duruma özgüdür ve en yüzeysel biliş düzeyi olarak kabul edilebilir. Aşağıdaki bölümde, ikisi arasında bulunan *ara inançlar* kategorisi açıklanmaktadır.

Tutumlar, Kurallar ve Varsayımlar

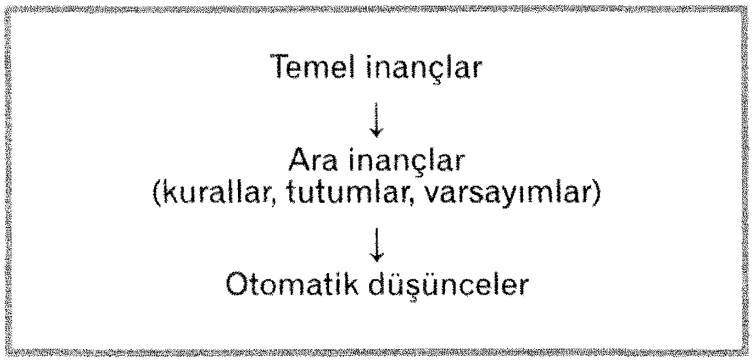
Temel inançlar tutum, kural ve varsayımlardan oluşan ara inanç (çoğu zaman ifade edilmezler) sınıfının gelişimini etkiler. E Okuyucusu örneğin aşağıdaki ara inançlara sahipti:

Tutum: "Başaramamak berbat bir şey."

Kural: Mücadele çok büyük görünüyorsa vazgeç."

Varsayımlar: "Zor bir şeyi yapmaya çalışırsam, başaramayacağım. Onu yapmaktan uzak durursam, Okey olacağım."

Bu inançlar onun duruma olan bakışını etkiler; bu da onun düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını etkiler. Bu ara inançların, temel inançlarla ve otomatik düşüncelerle olan ilişkisi aşağıda gösterilmektedir:



Temel inançlar ve ara inançlar nasıl ortaya çıkar? İnsanlar çevrelerini erken gelişim aşamalarından ayırt etmeye çalışırlar. Uyarlanabilir hâlde işlev sergilemek için deneyimlerini uyumlu bir biçimde organize etme ihtiyacı duyarlar (Rosen, 1988). Genetik yatkınlıklarından etkilenen, dünya ve diğer insanlarla olan etkileşimleri, belirli anlamlara yol açar: Doğruluk ve işlevselliği bakımından değişiklik gösterebilen inançları. İşlevsiz inançların öğrenilmemiş olduğu, bu inançların yerine daha gerçekçi bir temelde ve işlevsel yeni inançların geliştirilebileceği, tedavi yoluyla güçlendirilebileceği bilişsel davranış terapisti için önem taşımaktadır.

Hastaların daha iyi hissetmelerine ve daha uyarlanabilir şekilde davranmalarına yardım etmenin en hızlı yolu, temel inançlarının, doğrudan değiştirilmesini, mümkün olan en kısa sürede kolaylaştırmaktır çünkü bunu yaptıklarında, hastalar gelecekteki durumları veya sorunları daha yapıcı şekilde yorumlama eğilimi gösterecektir. Açık şekilde depresyonda olan, hastalık başlangıcından önce kendileri hakkında mantıklı ve uyarlanabilir inançlara sahip hastaların tedavisinde erken inanç değişikliği yapmak mümkündür. Ancak hastaların inançları yerleşmişse

temel inançların geçerliliğini çok erken sorgularsanız, inanılırlığı kaybedebilir ve terapötik iş birliğini tehlikeye atabilirsiniz.

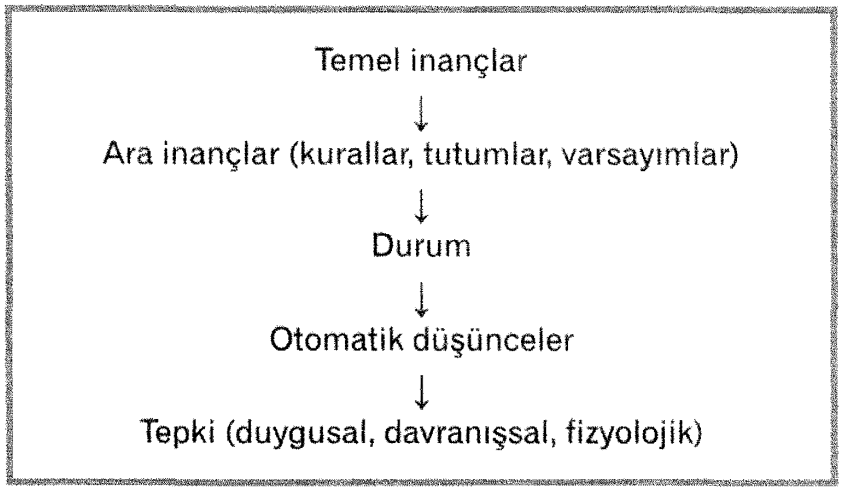
Bu nedenle bilişsel davranış terapisinde tedavinin olağan süresi, başlangıçta, temel inançlardan kaynaklı otomatik düşünceleri belirlemeye ve onları değiştirmeye (ve temel inançları dolaylı yoldan değiştiren müdahalelere) vurgu yapılmasını içerir. Terapistler hastalara, aşağıdaki bilinçli farkındalığa en yakın olan bu bilişleri belirlemeyi öğreterek; hastaların bu öğrenme ile mesafe katetmelerine yardımcı olur.

- Hastaların bazı şeylere inanıyor olması, inandıklarının doğru olduğu anlamına gelmez.
- Onların düşüncelerini değiştirmek, böylece bu düşüncelerin daha yararlı ve gerçekçi bir zemine oturmasını sağlamak onlara daha iyi hissettirir ve onların hedeflerine doğru ilerlemesine yardımcı olur.

Hastaların, özgül düşüncelerindeki bozulmayı fark etmeleri, kendilerini, dünyalarını ve diğerlerini derin bir şekilde anlamalarından daha kolaydır. Fakat daha yüzeysel bir biliş düzeyinde çalışarak rahatladıklarında tekrar eden deneyimler yoluyla, hastalar işlevsiz düşüncelerinin altında yatan inançlarını değerlendirmeye karşı daha açık olurlar. İlgili ara düzey inançlar ve temel inançlar çeşitli yollarla değerlendirilir ve ardından, hastaların algıları ve olayların değişimi hakkındaki yargıları değiştirilir. Çok daha temel inançlardaki derin değişiklik hastaların semptomlarının nüksetme ihtimalini azaltır (Evans ve ark., 1992; Hollon, DeRubeis & Seligman, 1992).

DAVRANIŞIN OTOMATİK DÜŞÜNCELERLE İLİŞKİSİ

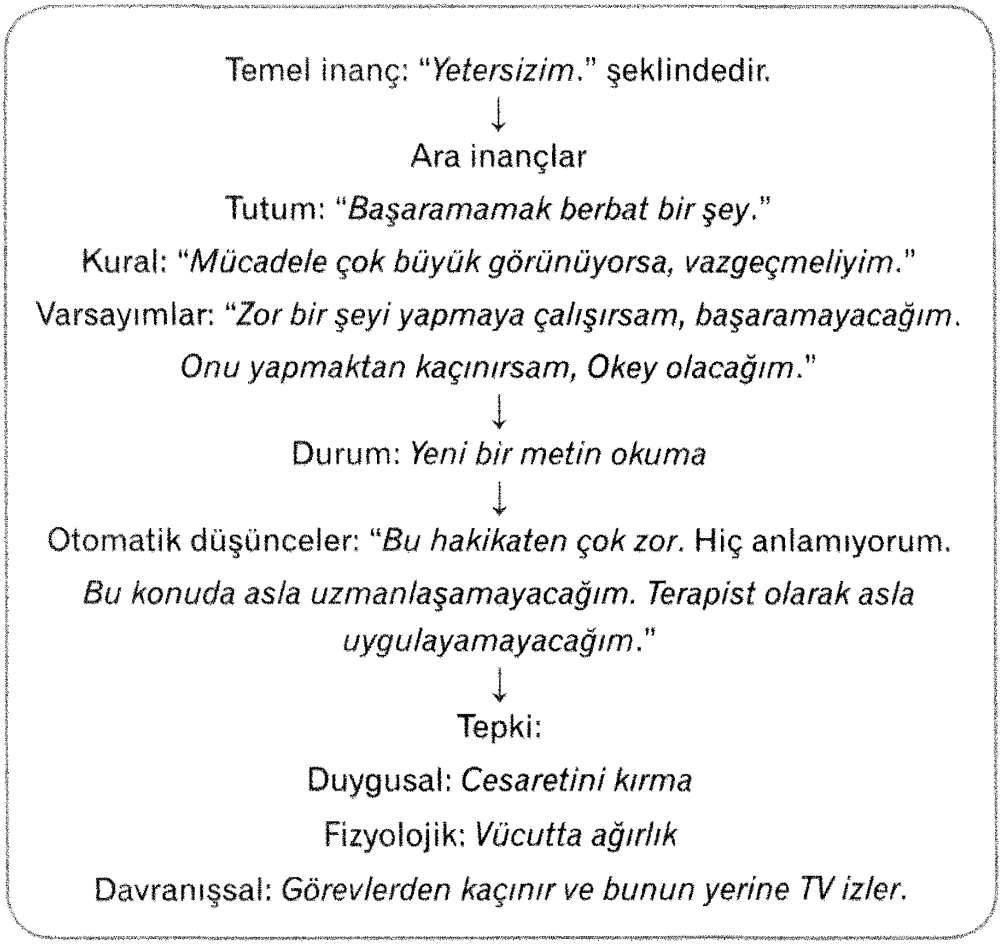
Bu noktaya kadar açıklandığı üzere biliş hiyerarşisi şu şekilde gösterilebilir:



Belirli bir durumda, altta yatan inançlar kişinin algısını etkiler ve bu durum, duruma özgü otomatik düşünceler ile açıklanır. Sırasıyla bu düşünceler de kişinin duygusal, davranışsal ve fizyolojik tepkilerini etkiler. Şekil 3.2'de inançlarının düşüncesini, düşüncesinin de tepkisini nasıl etkilediği gösterilerek, E Okuyucusunun bu durumdaki belirli bilişsel kavramsallaştırması anlatılmaktadır.

E Okuyucusunun düşüncesini, duygularını, fizyolojisini değerlendirebileceğine ve davranışın olumlu yönde etkilenebileceğine dikkat edin. Örneğin, düşüncelerine şöyle yanıt vermiş olabilir: "Bir dakika bekle. Bu zor olabilir ancak olanaksız değil. Bu tür bir kitabı daha önce anlayabilmiştim. Okumaya devam edersem, muhtemelen daha iyi anlayacağım." Bu şekilde yanıt vermişse, üzüntüsünü azaltabilir ve okumaya devam etmiş olabilir.

Özetle, belirli bir durumdaki düşüncelerinden dolayı bu okuyucu cesaretinin kırıldığını hissetmiştir. Başka bir okuyucuda olmayan bu düşünceler onda neden var? Yetersizliği hakkında açıkça belli olmayan temel inançlar, onun o durum hakkındaki algısını etkilemiştir.



ŞEKİL 3.2. E Okuyucusunun bilişsel kavramsallaştırılması.

Daha Karmaşık Bilişsel Model

Daha sonra kişilerin tepkilerini etkileyen otomatik düşüncelere yol açan durumları algılama dizisinin zaman zaman fazla basitleştirildiğine dikkat edilmelidir. Düşünce, duygu durumu, davranış, fizyoloji ve çevre hepsi birbirini etkileyebilir. Tetikleyici durumlar şunlar olabilir:

- Ayrı olaylar (sınavda düşük puan alma gibi),
- Düşünce akışı (okul ödevini yapmayı düşünme veya rahatsız edici düşünceler gibi),
- Bir anı (geçmişte kötü not almak gibi),
- Bir imge (profesörün kabul etmeyen bakışı gibi),
- Bir duygu (kişinin hoşnutsuzluğunun ne kadar yoğun olduğunu anlama gibi),
- Bir davranış (yataktan çıkmama gibi),
- Bir fizyolojik veya zihinsel deneyim (örneğin; kişinin hızlı kalp atışını veya yavaşlamış olduğun fark etme düşüncesi).

Şekil 3.3'te belirtildiği gibi farklı tetikleyici durumlar, otomatik düşünceler ve tepkiler içeren karmaşık bir olaylar dizisi olabilir.

Bu bölümün başlangıcında açıklandığı üzere, terapide nasıl ilerleneceğini, belirli bir sorun veya amaç, otomatik düşünce, inanç veya davranış üzerinde ne zaman çalışılacağını, hangi tekniklerin seçileceğini ve terapötik ilişkinin nasıl iyileştirileceğini belirlemek için hastaların zorluklarını bilişsel terimlerle kavramsallaştırmayı öğrenmeniz gerekir. Kendinize soracağınız temel sorular:

"Bu hasta bu duruma nasıl geldi?"

"Hastanın hangi hassasiyetleri (kırılganlıkları) önemli idi?"

"Hasta, bu hassasiyetleri (kırılganlıkları) ile nasıl başa çıktı?"

"Belirli yaşam olayları (travmalar, deneyimler, etkileşimler) onu şu anki zorluklarına eğilimli hâle getirdi mi?"

"Hastanın otomatik düşünceleri nelerdir ve bu düşünceler hangi inançlardan ortaya çıktı?"

Kendinizi hastaların yerine koymanız, maruz kaldıkları şey için empati kurmanız, nasıl hissettiklerini anlamanız ve dünyayı onların gözünden algılamanız

Durum: *Sally, uyandığında tükenmiş hisseder (fizyolojik tetikleyici).*

↓

Otomatik düşünce: *"Uyanamayacak kadar yorgunum. Yataktan çıkmanın bir faydası yok. Sınıfa gitmek veya ders çalışmak için yeterli enerjim yok."*

↓

Duygu: *Üzüntü*

↓

Fizyolojik yanıt: *Vücutta ağırlık.*

↓

Otomatik düşünceler: *"[Kimya profesörüm] habersiz sınav yaparsa? Telafi sınavına girmeme izin vermezse? Bu notlarıma yansırsa? [Transkriptinde başarısız bir not imgesi]"*

↓

Duygu: *Kaygı*

↓

Fizyolojik yanıt: *Kalbi hızla atmaya başlar.*

↓

Durum: *Hızlı kalp atışını fark eder.*

↓

Otomatik düşünce: *"Kalbim çık hızlı atıyor. Nerede yanlış yapıyorum?"*

↓

Duygu: *Kaygının Artması*

↓

Fizyolojik tepki: *Vücut gerginliği hissedilir, kalp hızlı atmaya devam eder.*

↓

Otomatik düşünce: *"Yatakta kalsam daha iyi olur."*

↓

Duygu: *Rahatlama*

↓

Fizyolojik yanıt: *Tansiyon ve nabız düşer.*

↓

Davranış: *Yatakta kalır.*

Sally nihayetinde yataktan çıkar, ders başladıktan 20 dakika sonra sınıfa gelir, sonra geç kalma ve dersin bir bölümünü kaçırma hakkında otomatik düşüncesi ortaya çıkar.

ŞEKİL 3.3. Karmaşık bilişsel model dizisi.

önemlidir. Geçmişleri ve inançları ışığında, algıları, düşünceleri, duyguları ve davranışları bir anlam ifade etmelidir.

Terapiyi bir yolculuk olarak görmek, yol haritası olarak kavramsallaştırmak yarar sağlar. Siz ve hastanız terapinin amaçlarını ve son hedefi tartışırsınız. Hedefe ulaşmak için birçok yol vardır: Örneğin ana yollar veya yan yollar. Bazen ara yollar asıl planı değiştirir. Daha fazla deneyim kazandığınızda ve kavramsallaştır-

mada daha iyi konuma geldiğinizde, haritadaki ilgili ayrıntıları doldurursunuz ve verimliliğiniz ve etkililiğiniz gelişir. Bununla birlikte başlangıçta, terapiyi en etkili veya verimli şekilde başaramayabileceğinize ilişkin varsayımınız akla uygundur. Doğru bilişsel kavramsallaştırma, ana yolların neler olduğunu ve hangi şekilde en iyi yolculuk yapılacağını belirlemenize yardım eder.

Kavramsallaştırma, hastalarla ilk temasta başlar ve takip eden her temasta daha iyi hâle gelir. Durumun bilişsel formülasyonunun yanı sıra hastaların sunduğu belirli veriler ışığında hastalar hakkında varsayımlarda bulunursunuz. Hastalar yeni veriler sundukça varsayımınızı doğrular, reddeder veya değiştirirsiniz. Dolayısıyla kavramsallaştırma akışkandır. Stratejik noktalarda varsayımlarınızı ve formülasyonunuzu doğrudan hasta ile kontrol edeceksiniz. Genel olarak, kavramsallaştırma hedef üzerinde ise hastalar "iyi hissederek" doğrularlar — terapistin sunduğu resmin tam olarak onlarda yankılandığını kabul ederler.

Örneğin Sally, dirençli üzüntü, gerginlik ve yalnızlıktan acı çekiyordu. Başlangıç değerlendirmesinin bir parçası olarak, otomatik düşüncelerinin örneklendirilmesini sağladım. Sally'ye genellikle hangi durumlarda veya günün hangi saatinde en fazla huzursuz olduğunu sordum. Sally en fazla yatma vaktinde, yatağa girdiğinde ve uykuya dalmaya çalışırken kötü hissettiğini söyledi. Önceki gecenin tipik bir örnek olduğu kesinleştiğinde, temel soruyu sordum: "Dün gece yatağa yatıp uyumaya çalışırken aklından ne geçiyordu?" Sally'nin yanıtı: "Dönem ödevimi asla bitiremeyeceğim. Başaramayacağım için sınıfta kalacağım. Artık kendi başıma hiçbir şey yapamayacağım." oldu. Sally ayrıca, zihninde yansıyan, bir otomatik düşünce imgesi olan bir resim formunu açıkladı. Kendini, sırt çantasındaki ağır bir yükten dolayı beli bükülmüş hâlde amaçsız olarak oldukça mahzun bir şekilde bakarken, kontrolsüz ve umutsuz bir hâlde sokakta yürürken buldu. Terapi sırasında kavramsallaştırmayı tamamladım. Düşüncemi, Bilişsel Davranış Diyagramı (sayfa 200) ve Bilişsel Durumu Yazma (Ek A) konularından faydalanarak organize ettim.

Sally'nin Temel İnançları

Çocukluğunda Sally kendisini, başkalarını ve dünyasını anlamaya çalıştı. Kendi deneyimleri aracılığı ile başkalarıyla olan etkileşimlerin aracılığı ile doğrudan gözlemlerle ve başkalarının açık ve örtük mesajları vasıtası ile öğrendi. Algılamaları şüphesiz genetik kalıtımından da etkilendi. Sally'nin, yüksek düzeyde başarılı bir ağabeyi vardı. Küçük bir çocukken, hiçbir şeyi ağabeyi kadar iyi yapamayacağını kavramış ve bunu kelimelere dökmemiş olmasına karşın, yetersiz ve değersiz olduğuna inanmaya başlamıştı. Kendi performansını ağabeyin performansı ile karşılaştırmaya devam etmiş ve her durumda kendini yetersiz görmüştü. Sıklıkla

şu düşüncelere sahipti: "Robert gibi yapamam." "Bisikleti o benden daha iyi sürüyor." "Asla onun kadar iyi bir okuyucu olamayacağım." "O her şeyi benden daha iyi yapıyor."

Kendinden büyük kardeşleri olan çocukların hepsi bu tür bozuk inançlar geliştirmez. Ancak Sally'nin fikirlerini, onu sürekli eleştiren annesi pekiştirmiştir: "Odanı doğru düzgün düzenlememişsin. Hiçbir şeyi doğru yapamaz mısın?" "Ağabeyinin karnesi daha iyi ama senin karnen iyi değil? Asla hiçbir şeyi doğru yapmayacaksın." Çoğu çocuk gibi Sally, annesinin sözlerine büyük önem vermiş, neredeyse annesinin söylediği her şeyin doğru olduğuna inanmıştır. Bu yüzden annesi onu eleştirdiğinde, Sally'nin yetersiz olduğunu doğrudan ya da ima ederek söylediğinde Sally buna inanmıştır.

Okulda da kendisini arkadaşlarıyla karşılaştırmıştır. Ortalamanın üzerinde bir öğrenci iken, kendini sadece en iyi öğrencilerle karşılaştırmış ve yine yetersiz bulmuştur. Sıkça şu düşüncelere sahipti: "Onlar kadar iyi değilim." "Hiçbir şeyi onlar kadar iyi anlayamayacağım." Bu yüzden, yetersiz ve değersiz olduğu düşüncesi güçlenmiştir.

İyi işler çıkardığının farkında değildi; bu yüzden Sally bu fikirlerin aksini belirten olumlu bilgileri sık sık elemiş veya dikkate almamıştır. Testte yüksek puan aldığında kendine: "Test kolaydı" demiştir. Bale yapmayı öğrendiğinde ve gruptaki en iyi dansçılardan biri olduğunda: "Asla öğretmenim kadar iyi olamayacağım" diye düşünmüştür. Genellikle olumsuz yorumlamalar yapmış ve bu nedenle de bozuk inançlarını doğrulamıştır. Örneğin, testte B aldığı için annesi ona bağırdığında, şunu düşünmüştür: "Annem haklı. Ben aptalım." Olumsuz olayları yorumlarken sürekli olarak eksikliklerini göstermiştir. Ayrıca, ödül kazanmak gibi olumlu olaylar yaşadığında, onları dikkate almamıştır: "Sadece şanslıydım. Şans eseri kazandım." demiştir.

Bu süreç Sally'nin kendisi hakkında olumsuz temel inanç geliştirmesine yol açmıştır. Bununla birlikte, Sally'nin olumsuz inançları çok sağlam değildi. İş seyahatine çıkmasına ve eve sadece ara sıra gelmesine karşın babası onu genellikle cesaretlendirip destekliyordu. Sally'ye beyzbol topuna vurmayı öğrettiğinde onun çabalarını övüyordu. "Bu iyiydi. . . iyi vurdun. . . öğreniyorsun. . . devam et." Sally'nin öğretmenlerinin bazıları, okuldaki performansını övüyordu. Sally'nin ayrıca arkadaşlarıyla olumlu deneyimleri vardı. Örneğin beyzbolda olduğu gibi, çok çabalarsa bazı şeyleri arkadaşlarından daha iyi yapabildiğini gördü. Böylece Sally, en azından bazı konularda yeterli olduğu şeklinde, dengeleyici bir olumlu inanç geliştirdi.

Sally'nin kendi dünyası ve diğer insanlar hakkındaki temel inançları çoğu zaman olumlu ve işlevseldi. Genellikle, diğer insanların iyi niyetli olduğuna inanmış ve dünyasını, görece güvenli, durağan ve tahmin edilebilir olarak algılamıştır.

Sally'nin kendisi, başkaları ve kendi dünyası hakkındaki temel inançları onun en temel inançları idi ve tedaviye başlayana kadar bu inançlardan asla söz etmemişti. Bir ergen olarak onun en olumlu temel inançları, depresyona girene kadar baskındı ve sonrasında yüksek düzeyde olumsuz temel inançları ortaya çıktı.

Sally'nin Tutumları, Kuralları ve Varsayımları

Temel inançlarından çok değiştirilmeye daha yatkın olan Sally'nin ara inançları idi. Sally kendi dünyasını, başkalarını ve kendisini anlamaya çalıştıkça bu tutum, kural ve varsayımlar temel inançlarla aynı şekilde gelişmiştir. Çoğunlukla ailesi ve diğer önemli kişilerle olan etkileşimlerle, aşağıdaki tutum ve kuralları geliştirmiştir:

> "Denediğim her şeyde mükemmel olmalıyım."
> "Her zaman elimden gelenin en iyisini yapmalıyım."
> "Potansiyeli boşa harcamak korkunç bir şey."

Temel inançlarını kapsayan durumda olduğu gibi Sally bu ara inançlardan tam olarak bahsetmemiştir. Fakat bu inançlar yine de onun düşüncesini etkilemiş ve davranışını yönlendirmiştir. Örneğin, yeterince iyi yazamayacağını varsayarak lisede okul gazetesi için bir şeyler yazmaya çalışmamıştır (okul gazetesi dikkatini çekmesine karşın). Sınavlardan önce iyi yapamayacağını düşünerek kaygılanmış ve daha fazla çalışmış olması gerektiğini düşünerek suçlu hissetmiştir.

Bununla birlikte, daha olumlu temel inançları baskın geldiğinde, yeterli olduğuna asla tamamen inanmamıştır "Çok çalışırsam, eksik yanlarımı giderebilirim ve okulda başarılı olabilirim." varsayımını geliştirmiştir. Ancak depresyona girdiğinde Sally bu varsayıma daha fazla inanmamış ve "Eksikliklerimden ötürü, asla hiçbir işe yaramayacağım." inancı ortaya çıkmıştır.

Sally'nin Mücadele Stratejileri

Yetersiz olma düşüncesi Sally'ye her zaman oldukça acı vermiş ve eksiklik olarak gördüğü şeylerle mücadele etmek veya onları telafi etmek için belirli davranış stratejileri geliştirmiştir. Ara inançlarından öğrenilebileceği üzere Sally okulda ve sporda çok çalışmıştır. Ödevlerine çok iyi hazırlamış ve sınavlar için oldukça sıkı çalışmıştır. Yetersizlik belirtileri için uyanık olmuş ve okulda bir şeyi başaramamışsa çabalarını ikiye katlamıştır.

Onu yetersiz göreceklerinden korktuğu için başkalarından nadiren yardım istemiştir.

Sally'nin Otomatik Düşünceleri

Sally bu temel inançlardan ve ara inançlardan bahsetmemiş olsa da belirli durumlardaki otomatik düşüncelerinin bir şekilde farkındaydı. Örneğin, okulda (depresyonda olmadığı süre zarfında) kızlar softball (beyzbola benzeyen bir top oyunu) ve hokey takımlarına katılmıştır. Softball takımına girmiş ve şöyle düşünmüştür: "Muhteşem! Babamla pratik yapacağım." Hokey takımına giremediğinde üzülmüş fakat özellikle kendini eleştirmemiştir.

Bununla birlikte kolejdeki ilk yılında Sally depresyona girmiştir. Daha sonra, yurttaki öğrencilerle gayri resmi softball oynamayı düşündüğünde, depresyonu, düşüncesini etkilemiştir: "İyi değilim. Muhtemelen topa vuramayacağım bile." Benzer şekilde İngiliz Edebiyatı sınavında C notu aldığında şunları düşünmüştür: "O kadar aptalım ki muhtemelen bu dersten kalacağım. Kolej boyunca bu dersi başaramayacağım."

Özetle, depresif olmayan lise yıllarında Sally'nin daha olumlu temel inançları aktifleşmiş ve görece daha olumlu (ve daha gerçekçi) düşüncelere sahip olmuştur. Diğer yandan kolejdeki ilk yılında depresif olduğu sırada olumsuz düşünceleri baskın gelmiş ve bu durumları fazlasıyla olumsuz yorumlamasına ve baskın şekilde olumsuz (ve gerçekçi olmayan) düşüncelere sahip olmasına yol açmıştır. Bu işlevsiz düşünceler kendi kendini engelleyen şekilde davranmasına yol açmış ve bunun sonucunda kendi davranışı hakkında otomatik düşüncelere neden olmuştur. Kaçınmasını bunalım belirtisi olarak yorumlamak yerine "Ben bir çöp kutusuyum" şeklinde düşünmüş ve bu da hoşnutsuzluğa ve uyumsuz davranışa yol açmıştır.

Sally'i Bunalımına Götüren Unsurlar Dizisi

Sally nasıl depresyona girdi? Depresyona çeşitli biyopsikolojik ve psikolojik etkenler neden olur. Sally, depresyona yönelik inançlar geliştirirken genetik bir eğilime sahip olmuş olabilir. Yalnız negatif olaylar değil bunun yanında sıkıntı, gerginlik ve huzursuz hissetmede depresyonu etkiler. Sally doğuştan gelen hassasiyetine karşın, karşısına çıkan strese neden olan bir dizi olaydan mevcut olumsuz düşünceleri etkilenene kadar yaşamını sorunsuz sürdürmeyi başarabilmiştir ("strese bedensel yatkınlık" modeli; Beck, 1967).

Koleje başladığında Sally, oldukça olumsuz şekilde yorumladığı birkaç deneyim yaşadı. Bu deneyimlerden birini ilk hafta yaşadı. Üniversite 1. sınıfa yeni başlayan bazı öğrencilerle yurtta konuşurken: Bu öğrenciler daha önce aldıkları bazı derslerden, girdikleri ve başarılı oldukları bazı sınavlardan dolayı birkaç temel

birinci dersinden muafiyet almışlardı. Sally'nin muaf olmak için daha önce aldığı böyle dersleri yoktu. Sally, bu öğrencilerin kendisinden ne kadar üstün olduklarını düşünmeye başladı. Ekonomi dersinde profesör, dersle ilgili yapılacak çalışmaları özetlediğinde; Sally hemen "Araştırma projemi hazırlayamayacağım." düşüncesine kapıldı. Kimya dersinde ilk bölümü anlamakta zorluk yaşadı ve "Daha 1. Bölüm'ü bile anlayamazsam, bu dersten nasıl başarılı olacağım?" diye düşündü.

Sally'nin inançları, olayları olumsuz şekilde yorumladığı için onu savunmasız yapmıştır. Sally düşüncelerini sorgulamadan ve eleştirmeden kabul etmiştir. Haftalar geçtikçe Sally'nin kendisi hakkında olumsuz düşünceleri gitgide artmış ve daha fazla cesaretsiz ve üzgün hissetmeye başlamıştır. Azalan konsantrasyonundan dolayı çok şey başaramamasına karşın derslerine düzenli çalışmamaya başlamıştır. Kendini çok fazla eleştirmeye devam etmiş ve depresif semptomları hakkında bile olumsuz düşüncelere sahip olmuştur: "Nerede yanlış yapıyorum? Bu şekilde hissetmemeliyim. Neden bu kadar mutsuzum? Sadece ümitsizim." Yeni arkadaşlarıyla olan ilişkisini bir şekilde kesmiş ve destek için eski arkadaşlarını aramayı bırakmıştır. Koşmayı, yüzmeyi ve daha önceden ona başarı hissi veren diğer etkinlikleri bırakmıştır. Bu nedenle olumlu girdi yetersizliği yaşamıştır. Sonuç olarak iştahı azalmış, uykusu bölünür olmuş, gücü azalmış ve bitkin hâle gelmiştir. Sally'nin, bu durumlara karşı algısı ve davranışı, depresyona karşı biyolojik ve psikolojik zayıflığının ortaya çıkmasına neden olmuştur.

En etkili ve verimli tedavi sürecini belirlemek için hastayı bilişsel koşullar içinde kavramsallaştırma, önem arz eder. Ayrıca, hasta ile iyi bir çalışma ilişkisi kurmada kritik bir bileşen olan empati geliştirmeye yardım eder. Genel olarak, hastaları kavramsallaştırırken sorulacak sorular şöyledir:

"Hasta bu rahatsızlığı nasıl geliştirdi?"

"Önemli yaşam olayları, deneyimleri ve etkileşimleri nelerdi?"

"Hastanın kendisi, dünyası ve başkaları hakkında en temel inançları nelerdir?"

"Hastanın varsayımları, beklentileri, kuralları ve tutumları (ara inançları) nelerdir?"

"Bu olumsuz inançlarla baş etmek için hasta yaşamı boyunca hangi stratejileri kullandı?"

"Hangi otomatik düşünceler, imgeler ve davranışlar rahatsızlığın devam etmesinde etkili oluyor?"

"Hastanın gelişen inançları ile onu ruhsal bozukluğa karşı hassas hâle getiren yaşam olayları nasıl bir etkileşim içindedir?"

"Hastanın hayatında şu an neler oluyor ve hastanın algıları nelerdir?"

Kavramsallaştırma hasta ile ilk temasta başlayan ve devam eden bir süreçtir. Varsayımlarınızı, ince eleyip sık dokuyarak yapacağınız açıklamalarla, gerçek verilere dayanmayan yorumlama ve girişimlerden uzak durarak hastadan topladığınız bilgilere dayandırırsınız. Doğru olduğundan emin olmak ve hastaların kendilerini ve zorluklarını anlamalarına yardım etmek için stratejik noktalarda hastalarla yaptığınız kavramsallaştırmayı kontrol edeceksiniz. Önceki varsayımlarınızı doğrulamanıza, iyileştirmenize veya yok saymanıza yol açacak yeni verileri sürekli olarak ortaya çıkarabileceğiniz için kavramsallaştırmanız her zaman değişime tabidir. Devam eden kavramsallaştırma süresi bu kitap boyunca vurgulanmakta olup Bölüm 14'te, geçmiş olayların hastaların kendilerini ve dünyalarını anlamalarını nasıl şekillendirdiği anlatılmaktadır.

Bölüm 4



DEĞERLENDİRME SEANSI*

Bu bölümde, bu seansın hedeflerini ve yapısını öğreneceksiniz. Değerlendirmeleri nasıl yapacağınızı, deneyime dayalı teşhisinizi nasıl ilişkilendireceğinizi, başlangıçta tedavi hedeflerini nasıl geliştireceğinizi ve hastanın tedaviden beklentilerini nasıl şekillendireceğinizi öğreneceksiniz. Ayrıca, hastanın deneye dayalı bilişsel kavramsallaştırılması dâhil, değerlendirme seansının ardından neler yapılacağını da öğreneceksiniz.

Etkili bilişsel davranış terapisi, hastaları tam olarak değerlendirmenizi gerektirir; böylece durumu doğru şekilde formüle edebilir, her bir hastayı kavramsallaştırabilir ve tedavi planı yapabilirsiniz. Çeşitli bozukluklara yönelik tedaviler örtüşse de temel bilişlere ve belirli bir bozukluğun davranışsal stratejilerine dayalı önemli farklılıklar da mevcuttur. Hastanın sunduğu sorunlara, mevcut fonksiyonlara, belirtilere ve geçmişine dikkat etmeniz, başlangıç kavramsallaştırmasını geliştirmenize ve genel bir terapi planı formüle etmenize yardım eder. Hasta farklı klinisyenler tarafından değerlendirilmişse bu değerlendirmeyi ilave veri toplayarak desteklemeniz gerekecektir. Hastanın teşhisini koymanın dışında, hasta ile ilk temasta yapmanız gereken birkaç görev vardır.

Bununla birlikte, değerlendirme hasta ile olan ilk toplantı ile sınırlı değildir. Teşhis ve kavramsallaştırmanızı doğrulamak, değiştirmek veya eklemek için her seansta değerlendirme verileri toplamaya devam edeceksiniz. Hastalar kasten bilgi vermezse (madde istismarı sorunları ya da ego ile uyumlu yeme bozuklukları olan bazı hastalar bunu yapabilir), farkında olmadığı için önemli verileri vere-

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

mezse başlangıç teşhisini koyamamak mümkündür. Ya da başka bir bozukluk da mevcut olduğunda belirli (sosyal soyutlanma) semptomlarını yanlışlıkla belirli bir bozukluğa (depresyona) yükleyebilirsiniz. Başka bir klinisyen değerlendirmeyi yaptığında, kesinlikle bilişsel davranış terapisinin yaklaşımına uygun olan ilave bilgiler toplamanız gerekecektir.

DEĞERLENDİRME SEANSININ HEDEFLERİ

Hastalara doğru şekilde teşhis koymanın yanında, değerlendirme şu hususlarda size yardım eder:

- Hastanın başlangıç bilişsel kavramsallaştırılmasını oluşturmak ve vakayı formüle etmek,
- Vaka için uygun bir terapist olup olmadığınızı belirlemek,
- Uygun tedavi için "zamanı" ayırıp ayıramayacağınızı belirlemek (siz sadece haftada bir terapi seansı için zaman ayırabilecek durumdayken hastanın günlük seanslara ihtiyaç duyması gibi),
- Birleşik tedavi veya hizmetlerin (ilaç tedavisi gibi) sunulup sunulamayacağını belirlemek,
- Hasta (ve varsa aile üyeleri) ile terapötik anlaşma başlatmak,
- Hastayı, tedavi yapısı ve sürecine alıştırmak,
- Önemli sorunları tespit etmek ve genel hedefler koymak.

Hastayı ilk defa görmeden önce mümkün olduğunca fazla bilgi toplamanız önemlidir. Hastaların, zihin sağlığı ve sağlık uzmanlarından alınan önceki raporların size ulaştırılmasını veya bu raporların size gönderilmesini isteyin. Hastalar anketleri ve öz bildirim ölçeklerini doldurabilirse değerlendirme seansı için daha az zamana ihtiyaç duyulur. Hastaların son günlerde bir sağlık kontrolü yaptırmış olmaları özellikle önemlidir. Bazen hastalar, psikolojik sorunlardan değil organik sorunlardan muzdariptir. Örneğin hipotiroidizm, depresyonla karıştırılabilir.

Hastaya ilk telefon görüşmesi sırasında, ilave bilgiler sunması ve/veya hastaya nasıl yardımcı olabileceğini öğrenmesi için seansta hastaya bir aile üyesi, partneri veya güvenilir bir arkadaşının eşlik etmesi çoğu zaman faydalıdır. Yapacağınız değerlendirmede hastaların; bilişsel davranış terapisi için uygun adaylar olup olmadıklarını; onlara gerekli tedaviyi sağlayabileceğinize inanıp inanmadığınızı belirlemenize katkı sağlayacağını anlamalarını sağlayın.

DEĞERLENDİRME SEANSININ YAPISI

Bu seansta şunları yapacaksınız:

- Hasta ile selamlaşmak, hâl ve hatırını sormak,
- Aile üyesinin seansın tamamına, bir kısmına katılmasına veya katılmamasına hasta ile birlikte karar vermek,
- Gündemi belirleyerek seans için uygun beklentiler oluşturmak,
- Değerlendirme yapmak,
- Başlangıçta genel hedefleri oluşturmak,
- Hastadan geri bildirim almak.

DEĞERLENDİRME SEANSINI BAŞLATMA

Ofise girmeden önce, getirdikleri tüm kayıtları ve doldurdukları tüm formları inceleyin. Genellikle ilk başta hasta ile tek başına görüşmeniz istenir. Ardından, bir aile üyesinin (birlikte gelmişse) seansa katılıp katılmamasını tartışabilirsiniz. Özgül nitelikte teşhiste dâhil başlangıç izleniminizi taşıdığınız ve genel terapi hedeflerini incelediğiniz için aile üyesini en azından seansın sonuna doğru tedavi odasına almak fayda sağlar. Aile üyesinin hastanın sorunlarına bakış açısı sorulabilir ve hastaya daha fazla yardımcı olmak için neler yapabileceğini öğrenmesi için daha önce hasta ile konuşulan bazı noktalara geri dönebilirsiniz.

Ardından, hastanın bu ilk randevudan neler bekleneceğini bilmesini sağlayın.

TERAPİST: Sally, telefonda açıkladığım gibi, bu ilk değerlendirme seansımız. Terapi seansı değil, bu yüzden bugün sorunlarını çözmeye çalışmayacağız. Terapiye bir sonraki seansta başlayacağız. Bugün, tanı koymak için sana birçok soru sormam gerekecek (gerekçe açıklayarak). Soruların bazıları konuyla ilgili olacak. Bazıları konu ile ilgili olmayacak ama sende mevcut olan sorunları anlayabilmem için bu soruları sormam gerekiyor. Tamam mı?

HASTA: Evet.

TERAPİST: İhtiyacım olan bilgileri edinmem için bugün muhtemelen bazen sözünü kesmem gerekecek. Bu seni rahatsız ederse bana söyler misin?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Başlamadan önce, bugün neleri konuşacağımızı söylemek istiyorum [gündemi belirleme]. Yaşadığın semptomlar ve son zamanlarda neler yaptığın ve ayrıca geçmişin hakkında bilgi edinmek istiyorum. Ardından, bilmem gerektiğini düşündüğün herhangi bir şey olup olmadığını söylemeni isteyeceğim. Sonra, tedavi için bazı genel hedefler belirleyeceğiz. İlk izlenimlerimin neler olduğunu ve tedavide nelere odaklanmamız gerektiğini söyleyeceğim. Bu konularla ilgili olarak senin ne düşündüğünü soracağım. Ve sonunda, başka sorun ya da endişenin olup olmadığına bakacağız [iş birliği yapmak]. Tamam mı?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Bugün bahsetmek istediğin başka bir şey var mı?

HASTA: Okul için ne yapılacağı konusunda yardım edebileceğinizi ümit ediyorum. Çok geride kaldım.

TERAPİST: (*Not alır.*) Bunu not edelim. Bugün onun için zamanımız olacak mı bilmiyorum ancak sonraki ilk tedavi seansımızda kesinlikle bu konuyu ele alacağız.

DEĞERLENDİRME AŞAMASI

Sağlam bir tedavi planı geliştirmek seanslarda ve seanslar arasında uygulanacak tedaviyi planlamak, iyi bir terapötik bağ oluşturmak, hastaya hedef koyma konusunda rehberlik etmek ve genellikle etkili tedavi gerçekleştirmek için hastanın son zamanlarda ve geçmişteki pek çok deneyim alanları hakkında bilgi sahibi olmanız gerekmektir. Bu alanlar şöyledir:

- Hastanın demografik bilgileri,
- Önemli şikâyetleri ve son zamanlardaki sorunları,
- Sunulan hastalığın geçmişi ve tetikleyici olayların geçmişi,
- Son zamanlardaki ve geçmişteki başa çıkma stratejileri (uyarlanabilir ve uyarlanamaz),
- Psikiyatrik geçmişi, psikososyal tedavileri de içeren (ve bu tedavilerin yararlı olup olmadığı algısı), hastaneye yatırılma, ilaç tedavisi, intihar teşebbüsleri ve son zamanlardaki durumu,
- Madde kullanım geçmişi ve son zamanlardaki durumu,
- Tıbbi geçmişi ve son zamanlardaki durumu,
- Ailenin psikiyatrik geçmişi ve son zamanlardaki durumu,
- Gelişimsel geçmişi,

- Genel aile geçmişi ve son zamanlardaki durumu,
- Sosyal geçmiş ve son zamanlardaki durumu,
- Eğitim geçmişi ve son zamanlardaki durumu,
- Mesleki geçmişi ve son zamanlardaki durumu,
- Dini/manevi geçmişi ve son zamanlardaki durumu,
- Güçlü yanları, değerleri ve uyarlanabilir başa çıkma stratejileri.

Ayrıntılı değerlendirme işlemleri ve araçlarının kapsamı bu kitabın konusunun dışında olduğu için izleyen kaynaklarda bu konuda, Antony ve Barlow (2010); Dobson ve Dobson (2009); Kuyken ve çalışma ark. (2009); Lazarus ve Lazarus (1991); Ledley, Marx ve Heimberg (2005) yardımcı olabilir. Hastaların intihar girişiminde bulunabileceği düzeyi belirlemek kritik önem taşır. Wenzer, Brown ve Beck (2008) intihar eğilimindeki hastalar için değerlendirme ve uygulama kılavuzları sağlamaktadır.

Değerlendirmenin diğer bir önemli kısmı, hastalara zamanlarını nasıl geçirdiklerini sormaktır. Hastalardan sıradan bir günlerini anlatmalarını istemek size, günlük deneyimlerine ilave bakış açısı kazandırır ve ilk tedavi seansında özgül hedefler belirlemenizi kolaylaştırır. Sıradan bir günü anlattıklarında, şunları arayın:

- Duygu durumlarındaki değişmeler,
- Aile, arkadaş ve iş yerindeki insanlarla etkileşim kurup kuramadıkları,
- Evde, işte ve başka yerde genellikle işlevselliklerinin nasıl olduğu,
- Boş zamanlarını nasıl geçirdikleri.

Ne *yapmadıkları* ve neden aktif şekilde kaçındıklarını da anlamaya çalışmalısınız.

TERAPİST: Sally, günlük işlerinin neler olduğu hakkında bilgi almak istiyorum. Sabah uyandıktan sonra, akşam uyuyana kadar neler yaptığını söyler misin?

HASTA: Pekâlâ.

TERAPİST: Saat kaçta kalkıyorsun?

HASTA: (*İç çeker.*) Genellikle saat 5 gibi uyanıyorum.

TERAPİST: Ardından ne yapıyorsun?

HASTA: Genellikle en az bir iki saat yatakta dönüp duruyorum.

TERAPİST: Saat kaçta yataktan çıkıyorsun?

HASTA: Değişiyor. Genellikle son dakikaya kadar yatakta kalıyorum. Haftada 3 gün saat 9'da dersim var, bu yüzden 8.30 - 8.40 gibi yataktan kalkıyorum.

TERAPİST: Peki diğer günler?

HASTA: Erken kalkmam gerekmiyor. Genellikle acıkana kadar, yani kahvaltıya kadar yataktayım.

TERAPİST: O hâlde kahvaltıyı saat kaçta yapıyorsun?

HASTA: Bazen 10:00'da. Bazen öğlen.

TERAPİST: Geçen dönem nasıldı?

HASTA: En geç 9:00'da kalkmış olurdum.

TERAPİST: Kahvaltıdan sonra ne yapıyorsun?

HASTA: Genelde yurt odamda takılıyorum. Televizyon seyrediyorum. Belki dersim için biraz kitap okumaya çalışıyorum. Fakat genellikle odaklanamıyorum. Bu yüzden onu yapmaktan vazgeçiyorum. Bazen uyuya kalıyorum.

TERAPİST: Öğleden sonra başka neler yapıyorsun?

HASTA: Çoğu günler saat 13.00'ten 16.00'ya kadar dersim oluyor.

TERAPİST: Derse gidiyor musun? Hiç dersi kaçırdığın oldu mu?

HASTA: Hayır, gidiyorum. Ama orada oturmak gerçekten zor. Bazen sadece yer kaplıyorum.

TERAPİST: Dersten sonra ne yapıyorsun?

HASTA: Odama dönüyorum.

TERAPİST: Peki sonra?

HASTA: Değişiyor.

TERAPİST: Bazen ne yapıyorsun?

HASTA: Genellikle biraz ders çalışmayı deniyorum. Fakat bazen internette geziniyorum, uyuyorum ya da TV izliyorum.

TERAPİST: Akşam yemeği için ne yapıyorsun?

HASTA: Yurttan birileriyle kafeteryaya gidiyorum.

TERAPİST: Ondan sonra ne yapıyorsun?

HASTA: Değişiyor. Genellikle odama dönüyorum. Biraz iş yapmaya çalışıyorum. Bazen yapabiliyorum, bazen yapamıyorum. Kısa bir süre deniyorum ve sonra çoğu zaman TV izliyorum.

TERAPİST: Peki sonra?

HASTA: Saat 11.00 - 11.30 civarı yatağa giriyorum.

TERAPİST: Hemen uykuya dalıyor musun?

HASTA: Hayır. Uykuya dalmak yaklaşık bir saatimi alıyor.

TERAPİST: Ve saat 5:00'e kadar uyuyorsun?

HASTA: Evet.

Bu açıklama, zorlukların ne olduğunu belirlememde bana yardımcı olur. Muhtemelen ihtiyaç duyacağımız açıklamalar: Uykuya dalmada zorluk, şekerleme yapma, düzensiz aktiviteler, sosyal soyutlanma, yetkin olduğu alanlarla ilgili sınırlı fırsatlar (sınırlı başarı hissi), soruna odaklanma, okul çalışmalarında geride kalma, çok fazla TV izleme. Depresyonlu birçok hasta gibi Sally de karşılaştığı sorunlara odaklandığından, ona olumlu deneyimlerini ve uyarlanabilir başa çıkma stratejilerini sordum. ("Sally, senin için günün hangi bölümleri daha iyi?", "O seni oldukça yormuş gibi geliyor.", "Kendini derse gitmeye nasıl hazırladın?")

Bu yolla veri toplamak: başlangıç tedavi planı geliştirmeyi düşünmeme rehberlik etmektedir. Tedavi için hedefleri belirlediğimizde ve etkinlik planlaması yaptığımızda ilk seansta bu bilgileri kullanacağım. Ayrıca Sally'den, derslere katılmadığı günlerde, sıradan bir hafta sonunda neler yaptığını açıklamasını isteyeceğim.

Değerlendirme aşamasında, hastanın tedaviyi gerçekleştirme hususunda emin olmadığı belirtiler için tetikte olacaksınız. Örneğin, Sally mevcut belirtilerini açıkladıkça, ümitsiz düşünceler sergilemektedir. Bilişsel modeli incelikle ilişkilendirmek için otomatik düşüncesini kullanacağım, gelecekte tedavi hedefinin nasıl olacağını göstereceğim ve terapi deneyimi için oluşturduğumuz bağlılığın zarar görmemesini sağlayacağım.

HASTA: Çok fazla sorunum var gibi hissediyorum. Hiçbir şeyin bana yardımcı olmayacağını düşünüyorum.

TERAPİST: Pekâlâ, bu ilginç bir düşünce: "Hiçbir şeyin bana yardımcı olmayacağını düşünüyorum." Bu düşünce sana nasıl hissettiriyor? Üzgün? Ümitsiz?

HASTA: Her ikisi de.

TERAPİST: Bu *tam olarak*, gelecek haftanın başında hakkında konuşacağımız depresyonlu düşünce türüdür. Bu düşüncenin %100 doğru, %0 doğru veya ortada bir yerde mi olduğunu anlamamız gerekecek. Bu arada, yardım edemeyeceğimi veya bu tür tedavinin fayda sağlamayacağını düşünmene neden olacak bir şey söyledim mi veya yaptım mı?

İhtiyacınız olan verileri toplamak için hastanın yanıtlarını yapılandırmak önemlidir. Onlara bir rehber sunmak yardımcı olabilir:

TERAPİST: Bir sonraki birkaç soru için sadece ["evet", "hayır" veya "emin değilim"] şeklinde veya [bir veya iki cümlelik yanıt] vermeni istiyorum.

Hastalar gereksiz ayrıntılar vermeye başladıklarında ya da teğet geçtiklerinde, nazikçe araya girmek gerekiyor:

TERAPİST: Böldüğüm için özür dilerim fakat ...'u bilmem gerekiyor. . .

DEĞERLENDİRMENİN SON KISMI

Değerlendirmenin sonuna doğru, terapist olarak sizin açınızdan bilmeniz gereken başka önemli bir şey olup olmadığını hastalara sormalısınız. Önemli bir soru şöyle sorulabilir: "Bana söylemekte isteksiz olduğun başka bir şey var mı? Ne olduğunu söylemek zorunda değilsin. Gelecekte tam bu noktada daha fazla söylenilecek bir şey olup olmadığını bilmek istiyorum."

AİLE ÜYESİNİ DÂHİL ETME

Aile üyeleri ofise kadar hastalara eşlik ederse hastalara değerlendirme seansının sonunda, onları seansa davet etmeyi isteyip istemediklerini sorabilirsiniz (tabi, onlar başlangıçtan itibaren orada olmadıkları sürece). Hastanın, aile üyesine söylenilmesini istemediği herhangi bir şey olup olmadığından emin olun. Aşağıdakiler için hastanın iznini alın:

- Aile üyesi seansa dâhil olduğunda, ondan sizin bilmenizi istediği en önemli şeyin ne olduğunu sorun; sadece hastanın olumsuz yanlarına odaklanırsa hastaların olumlu özelliklerini, güçlü yanlarını ve başa çıkma stratejilerini sorun.
- İlk izlenimlerinizi gözden geçirin.
- Varsayımınıza dayalı tedavi planınızı sunun.

İZLENİMLERİNİZİ İLİŞKİLENDİRME

Hastalara, teşhislerini oluşturmak için notlarınızı, formları ve önceki raporları gözden geçirmek için zamana ihtiyacınız olduğunu açıklayın. Pek çok depresyon ve anksiyete vakası için onların teşhisleri ile ilgili ilk izleniminizi vermeniz uygundur. Onlara DSM'yi kullanarak (psikiyatrik bozuklukları ve onların semptomlarını listeleyen bir tanı kılavuzu) bu teşhisi nasıl yaptığınızı göstermeniz uygundur. İlk karşılaşmada hastalara şiddetli ruhsal bozuklukları veya kişilik bozuklukları olduklarını söylemek fayda sağlayabilir ya da sağlamayabilir. Bunun yerine, hastanın yaşadığı sorunları ve belirtileri özetlemek daha uygun olabilir.

TEDAVİ İÇİN BAŞLANGIÇ HEDEFLERİ BELİRLEME VE TEDAVİ PLANINIZI İLİŞKİLENDİRME

Hedefler belirleme ve bir tedavi planı ilişkilendirme, hastalara umut aşılayabilir.

TERAPİST: Senin için de uygunsa tedavi hedeflerin hakkında ve tedavinin nasıl ilerleyeceği hususunda birkaç dakika konuşmak istiyorum.

HASTA: Pekâlâ.

TERAPİST: (*Bir kâğıdın üst kısmına "Hedefler" yazılır*) Hedefler sorunların sadece diğer yüzüdür. Bir sonraki seansta daha özgül hedefler koyacağız ancak oldukça geniş olacak, şunları söyleyebilir miyiz? Depresyonu azaltmak? Anksiyeteyi azaltmak? Okulda daha iyi olmak? Tekrar sosyalleşmek?

HASTA: Evet.

TERAPİST: (*Bunları not alır*) Şimdi sana nasıl daha iyi olacağın hususunda düşündüklerimi söyleyeceğim ve ardından bunun sana nasıl geldiğini söylemeni istiyorum.

HASTA: Pekâlâ.

TERAPİST: Gelecek haftadan itibaren, senin hedeflerine yönelik olarak çalışacağız. Her seansta, hangi problemlerin çözümünde benden yardım isteyeceğini soracağım. Örneğin gelecek hafta okulda daha iyi olma hedefinle ilgili olarak: "Okul çalışmalarımı yaparken hâlâ sorun yaşıyorum" diyebilirsin. Sonra, bazı sorunları çözeceğiz. Konsantrasyonunu artırma, kendine bir çalışma planına hazırlama ve ihtiyacın olduğunda başkalarından yardım alman için çözüm yollarını geliştirmeliyiz. (*Bekler.*) Sana nasıl geliyor?

HASTA: İyi.

TERAPİST: Öncelikle depresif düşünceyi arayacağız. Örneğin seansta daha önce: "Öyle başarısızım ki" demiştin ve böyle düşüncelerin olduğunda ne kadar depresif hissettiğini söylemiştin. Bu fikrin çalışma motivasyonunu nasıl olumsuz etkilediğini görüyor musun? Onun sana nasıl kötü hissettirebileceğini; kütüphaneye gitmek yerine yatağa kıvrılabileceğini görüyor musun?

HASTA: Evet, tam da olan şey bu.

TERAPİST: Bu nedenle, birlikte yapacağımız bir şey, bunun gibi düşünceleri değerlendirmek. Başarısız olduğunun kanıtı nedir? Başarısız olmadığına dair kanıt var mı? Bu durumu, örneğin bunalımda olduğun ve sorunları çözmede yardıma ihtiyaç duyduğun ancak senin başarısız olduğun anlamına gelmeyen bu durumu, incelemenin başka yolu var mı?

HASTA: Hımm.

TERAPİST: Daha gerçekçi olmasını sağlamak için depresif ve tedirgin düşünceni değiştirmeye yardım edeceğiz ve haftanın geri kalan kısmında sorunlarına çözümler bulmak için yapılacak çalışmaları belirleyeceğiz. Ve yaşamının geri

kalanında kullanabileceğin becerileri öğreneceksin, böylece sorunlarını çözmeye devam edebilecek, daha gerçekçi düşünebilecek ve seni hedeflerine taşıyabilecek yolları kullanabileceksin [Geri bildirim alma]. Sence bu nasıl olur?

HASTA: İyi olur.

TERAPİST: Sally bu şekilde, insanların her günkü düşünce ve davranışlarında küçük değişiklikler yaparak, onları daha iyi hâle getiriyoruz [Geri bildirim alma]. Şimdi, söylediklerim arasında hoşuna gitmeyen bir şey var mıydı?

HASTA: [Başka bir otomatik düşünce ifade etme] Ben sadece, işe yarayıp yaramayacağını bilmiyorum.

TERAPİST: Pekâlâ, elimde sihirli değnek yok bu yüzden sana %100 garanti veremem. Ama senin bana anlattıklarına bakarak, sana söylediklerim arasında işe yaramayacağını düşündüğüm hiçbir şey yok (Bekler). Denemek istiyor musun? Gelecek hafta tekrar gelmek istiyor musun?

HASTA: Evet, istiyorum.

S: Peki, hastalar tedavi planına karşı endişe belirtirse?

C: İlk olarak, şüpheciliklerini veya yanlış ifadelerini açıkladıklarında onları olumlu yönde destekleyin ("Bunu söylemen iyi oldu."). Sonra, şunları sorarak daha fazla veri toplayın: "Sana bu tedavinin işe yaramayacağını düşündüren nedir?" ve "Sence, daha fazla ne yardım sağlar?" Hastanın cevaplarına dayanarak, sorunu bilişsel terimlerle kavramsallaştıracak ve bir strateji planlayacaksınız. Örneğin hastalar, önceki tedavilerden dolayı tedavinizin işe yaramayacağına inandıklarında, önceki terapistleriyle iyi bir terapötik bağ kurduklarını düşünüp düşünmediklerini ve her seansta, terapistlerinin şunları yapıp yapmadığını sorabilirsiniz:

- Gündem belirliyor muydunuz?
- Daha iyi bir hafta geçirmek için ne yapabileceğini belirliyor muydunuz?
- Depresif düşünceye sahip olduğunda kendine neler söyleyebileceğini hatırlatacak notlarınız var mıydı?
- Düşüncelerini nasıl değerlendireceğini ve davranışlarını nasıl değiştireceğini öğrenmiş miydiniz?
- Terapinin yolunda gittiğinden emin olmak için geri bildirim veriyor muydunuz?

Çoğu hastanın bu tür tedavi deneyimi yoktur ve şunu söyleyebilirsiniz: "Bunu duyduğuma sevindim çünkü tedavimiz bu noktada farklı olacak gibi duruyor. Geçmişteki deneyimlerinle tamamen aynı olsaydı, daha az umutlu olurdum."

S: Ya ... hastalar, önceki terapistinin yukarıdaki etkinlikleri her seansta daha önceden gerçekleştirdiğini söylerse?

C: Bu durumda daha önce ne olduğunu kesin olarak öğrenmeye, özellikle terapistin en yeni araştırma ve uygulama kılavuzlarına dayanarak hastaya ve özgül rahatsızlığına özel tedavi sunup sunmadığını ortaya çıkarmak için daha fazla zaman harcamanız gerekir. Her durumda, hastayı sizin tedavinizi birkaç seans denemesi konusunda cesaretlendirebilir ve tedavinin işe yarayıp yaramadığını birlikte gözden geçireceğinizi söyleyebilirsiniz.

TEDAVİ İÇİN BEKLENTİLER

Bu seansta, hastalara tedavinin ne kadar süreceğine ilişkin beklentileri ile ilgili genel bir fikir vereceksiniz. Bazıları süre vermeyi daha sonraya bıraksalar da; genel bir süre vermek (ya da mali kısıtlamalar veya sigorta sınırlamaları nedeniyle bırakmak zorunda kalsalar da), majör depresif birçok hasta için 2-4 ay belirtmek iyi bir tercihtir. Özellikle kronik psikiyatrik bozuklukları olanlar ya da kişilik bozukluğuyla ilişkili sorunları olan hastalar, tedavide bir yıl veya daha uzun süre kalabilir. Ve şiddetli ruhsal bozukluğu olan hastalar çok şiddetli semptomları olduğu için daha yoğun bir tedaviye ve daha uzun süreli periyodik destekleyici seanslara (ilaç ile birlikte) ihtiyaç duyabilirler.

Şiddetli depresyon ya da kaygı yaşamadıkça, intihar eğilimi olmadıkça veya açık şekilde desteğe ihtiyaç duymadıkça çoğu hasta, haftalık seanslarla tatmin edici şekilde ilerleme göstermektedir. Tedavinin sonuna doğru, hastalara sorunları çözme, karar verme ve terapi araçlarını bağımsız şekilde kullanmaları için daha fazla fırsat vermek için seansları kademeli olarak azaltabilirsiniz.

Aşağıdaki kısa terapi konuşmasında, Sally'ye terapisinin nasıl ilerleyeceğine ilişkin fikir verdim.

TERAPİST: Sally, senin için de uygunsa kendini daha iyi hissedene kadar haftada bir defa buluşmayı planlayacağız ve ardından iki haftada bir ve sonrasında belki 3-4 haftada bir buluşacağız. Terapiyi nasıl ayarlayacağımıza; hatta sonlandırmak istediğimize bile birlikte karar vereceğiz. Belki bir süre birkaç ayda bir "destekleyici" seans için geri gelmeni tavsiye edeceğim. Sana nasıl geliyor?

HASTA: İyi geliyor.

TERAPİST: Terapide ne kadar süre kalacağını şimdiden tahmin etmek zor. En iyi tahminim, 8 ila 14 seans arası. Üzerinde çalışmamızı istediğin bazı uzun süreli sorunların olduğunu tespit edersek biraz daha uzun sürebilir. Tekrar, en iyisine *birlikte* karar vereceğiz. Tamam mı?

Değerlendirme Seansından İlk Terapi Seansına Kadar Neler Yapılacak

İlk terapi seansından önce, değerlendirme raporunu ve ilk tedavi planını yazacaksınız. İzin aldıysanız, hastanın önceki zihin sağlığı hakkında sağlık uzmanından raporlar istemek, sorular sormak ve ilave bilgi edinmek için temasa geçeceksiniz. Bulgularınızı tartışmak ve tedaviyi koordine etmek için ilgili uzmanlar ile de temas kuracaksınız. Telefon ile yapılan görüşmeler, yazılı olarak belgelendirilmemiş önemli bilgiler sağlayabilir. Ayrıca, deneyime dayalı bilişsel kavramsallaştırmayı da tasarlamaya başlayacaksınız.

BAŞLANGIÇ BİLİŞSEL KAVRAMSALLAŞTIRMAYI VE TEDAVİ PLANINI BAŞLATMA

Hastanın teşhisi ile ilişkili bilişsel formülasyon (temel inançlar ve davranış örüntüleri) tarafından sağlanan ve bilişsel kavramsallaştırma geliştirmek için başlangıç değerlendirmesinden edindiğiniz bilgileri sentezleyeceksiniz. Hastanın rahatsızlığının gelişimi hakkında hipotez oluşturacaksınız.

"Olumsuz temel inançların gelişimine yol açan önemli erken yaşam olayları nelerdir?"

"Hastanın temel inançları nelerdir?"

"Hastalığı tetikleyen ne idi?"

"Hasta, belirli tetikleyici olaylara olumsuz anlam yükledi mi?"

"Hastaların düşünce ve davranışları hastalığın sürmesini nasıl etkiliyor?"

Geniş bir tedavi planı geliştirmek için kavramsallaştırmayı kullanacaksınız.

Değerlendirmeden öğrendiklerimi bir araya getirerek, Sally'nin kendisini yetersiz (ebeveynleri, kardeşleri ve bazı öğretmenleri ile etkileşimin bir sonucu olarak gelişen inanç) görmeye karşı zayıf olduğu varsayımına ulaştım. Koleje başladığında Sally, kendisini okulun ve bağımsız yaşamın yeni taleplerini karşılayamayacak şekilde algılamaya başlamıştı. Genel yetersizlik hissi geliştirmişti; yani temel inancı "ben yetersizim inancı" aktifleşmişti. O başarısız olacağı olasılığı ile ilgili durumlar hakkında birçok otomatik düşünceye sahip olmaya başlamıştı. Bu düşünceler onun üzgün, tedirgin ve umutsuz hissetmesine yol açtı. Ayrıca davranışsal olarak da etkilendi. Odasında çok fazla yalnız vakit geçirerek her şeyden

vazgeçmeye başladı. Zor olarak gördüğü görevleri yerine getirmede ısrarcı olmadı ve okul ödevlerinde geride kalmaya başladı. Zorluklarını, bunalımın bir sonucu olarak değil, doğuştan gelen bir akış olarak gördü. Zevk ve uzmanlık etkinliklerinde azalma, onun depresyonunu artırdı (bk. Ek A).

Bilişsel bunalım modelini bilerek ve depresyona yönelik ana tedavi stratejilerine aşina olarak, Sally'ye sunduğum basitleştirilmiş plana kıyasla daha özgül bir tedavi planı geliştirdim. İlk başta şunlara odaklanmam gerektiğini varsaydım: akademik ve günlük yaşamda karşılaştığı sorunlarını çözmesine yardım etme, daha fazla aktif olması yönünde cesaretlendirme ve ona, doğru olmayan veya faydası dokunmayan olumsuz düşüncesini, özellikle başarısızlık ve yetersizlikle ilgili düşünceleri (bu fikirleri açıkladığı için) tespit etmeyi, değerlendirmeyi ve değiştirmeyi öğretme. Tedavinin ortasına doğru onun temel yetersizlik inancı üzerinde daha doğrudan çalışmak gerektiğini varsaydım. Ancak onun inancının geçmişine odaklanmanın önemli olup olmayacağına henüz karar vermedim. Değiştirmemiz gereken, Sally'nin sevilmeme ve değersiz olma ile ilişkili bozuk inançları olup olmadığını (bk. Bölüm 14) bu noktada bilmiyordum; değerlendirmede bu inançların varlığını destekleyecek bilgi sunmamıştı. Tedavinin son bölümünde, tekrarlamayı önleyici çalışmaların önemini vurgulamayı planladım. Sally'i ve onun zorluklarının doğasını daha iyi anladıkça bu temel tedavi planını terapi boyunca geliştirmeye devam ettim.

Bölüm 5



İLK TERAPİ SEANSININ YAPISI*

Bu bölümde, ilk seansın nasıl yapılandırılacağını ve aşağıdakilerin nasıl gerçekleştirileceğini öğreneceksiniz:

- Hasta ile teşhisini konuşma,
- Duygu durumu kontrolü yapma,
- Hedef belirleme,
- Sorun üzerinde çalışmaya başlama,
- Ödevi belirleme,
- Geri bildirim alma.

Nasıl ve niçin seansları yapılandırmak istediğinizi söylediğinizde çoğu hasta daha rahat hisseder. Bunları yapmak, terapi sürecini açıklığa kavuşturur ve tedaviyi rayına oturtur. Bölüm 6'da, depresif hastalara ilişkin önemli bir bileşen olan davranışsal etkinliği başlatmaya odaklanılmaktadır. Bölüm 7'de, sonraki seanslar için ortak yapı anlatılmakta ve Bölüm 8'de, seansları yapılandırmadaki sorunlar tartışılmaktadır.

İLK SEANSIN YAPISI VE HEDEFLERİ

İlk seans öncesinde hastanın terapi değerlendirmesini gözden geçirecek ve seansı gerçekleştirdiğinizde, gerektiğinde, ilk kavramsallaştırmanızı, tedavi planınızı ve

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

süreyi değiştirmeye hazırlıklı olmayı aklınızda tutacaksınız. Çoğu standart bilişsel davranış terapisi seansı yaklaşık 45-50 dakika sürer ancak ilki çoğu zaman bir saat sürer. İlk seans için hedefleriniz:

- Hastalar ile samimiyet ve güven oluşturmak, zorluklarını normalleştirmek ve umut aşılamak,
- Onların bozuklukları, bilişsel model ve terapi süreci hakkında eğitim vererek hastaları tedaviye alıştırmak,
- Hastayı kavramsallaştırmanıza yardımcı olması için ilave veri toplamak,
- Hedef listesi oluşturmak,
- Hasta için önemli olan bir sorunu çözmeye başlamak (ve/veya hastayı davranışsal olarak aktifleştirmek).

Bu hedeflere ulaşmak için aşağıdaki formatı kullanacaksınız:

1.Seans'ın Başlangıç Kısmı

1. Gündem belirleme (ve bunun gerekçesinin sunulması),
2. Duygu durumunun kontrolünü yapma,
3. Güncelleştirme yapma (değerlendirmeden itibaren),
4. Hastanın teşhisini tartışma ve psikoeğitimi gerçekleştirme.

1.Seans'ın Orta Kısmı

5. Sorunları belirleme ve hedefler koyma,
6. Hastaya, bilişsel model üzerine eğitim verme,
7. Bir sorunu tartışma.

1.Seans'ın Sonu

8. Özet sunma veya çıkarma,
9. Ödevi gözden geçirme,
10. Geri bildirim alma.

GÜNDEMİN BELİRLENMESİ

Bu ilk seans olduğundan hastayı selamlayarak, onun hâlini hatırını sorarak ve gündemi belirleyerek başlayacaksınız. Bunları yapmanız, neler bekleneceğini kolayca anladıklarından hastanın kaygısını azaltır. Bir gerekçe sunacak ve hastanın önerdi-

ğiniz konuları kabul ettiğinden emin olacaksınız (Gelecekteki seanslarda gündemi bazen, başlar başlamaz değil, seansın başlangıç kısmında belirleyeceksiniz).

TERAPİST: Sally, bugün gelmene sevindim. Bugün ne hakkında konuşacağımıza karar vererek başlamamız senin için uygun mu? Bu, "gündem belirleme" dediğimiz şey. Senin için en fazla önemli olan hususu ele almak için zamanımızın olup olmadığından emin olmak amacıyla bunu her seansın başlangıcında [gerekçe sunarak] yapacağız. Bugün ele almak istediğim şeylerin bir listesi var; neler eklemek istediğini soracağım [iş birliği yaparak]. Tamam mı?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Birinci seansımız gelecekteki seanslardan biraz farklı olacak çünkü ele alınacak pek çok konu var ve birbirimizi daha iyi tanımaya ihtiyacımız var. Ele almak istediğim hususlar şunlar. Öncelikle [komple bir gündem belirlemeden önce bir konuya derinlemesine girmek istemediğim hususunda Sally'yi uyararak], nasıl hissettiğini incelemek, değerlendirmeden itibaren neler olduğunu anlamak ve teşhisin hakkında kısaca birkaç dakika konuşmak istiyorum (*Bekler*). Sonra daha özgül hedefler koymak istiyorum. Senin için uygun mu?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Çalışmamız boyunca, özellikle planında değişiklikler yaparak, tekrar bir araya gelmeden önce yapman gereken bazı şeyleri [davranışsal aktivasyonu] belirleyebiliriz. Ve son kısımda, seans hakkında ne düşündüğünü soracağım [geri bildirim alma]. Sence bu nasıl olur?

HASTA: İyi.

TERAPİST: Bugün gündeme eklemek istediğin başka bir şey var mı?

HASTA: Daha fazla çabalamam gerektiğini biliyorum. Ama çok yorgunum. İşime odaklanmam ve arkadaşlarla dışarı çıkmam çok zor geliyor. Ve bu yüzden uyuyarak veya TV izleyerek çok fazla vakit geçiriyorum...

TERAPİST: (*Nazikçe araya girerek*) Araya girebilir miyim? Gündemimize "daha çok şey yapmak" koysam ve bunu bugün denesek, ne dersin?

HASTA: Pekâlâ.

TERAPİST: (*Bu gündem maddesini not alarak*) Seansımız sırasında pek çok şeyi not alma eğiliminde olduğumu göreceksin [gerekçe açıklama]. Önemli olan şeylerin hatırlanmasını istiyorum... Pekâlâ, bugünkü gündemimiz için daha önemli başka bir şey var mı?

HASTA: Hayır, sanmıyorum.

TERAPİST: Daha sonra, aklına başka önemli şeyler gelirse bana söyle. İdeal bir şekilde, gündem belirlenmesi bu noktalara hızlıca ulaşılmasını sağlar. Bir gün-

dem belirlemek istemenizin gerekçesini açıklamak, hastanın terapi sürecini daha iyi anlamasını sağlar ve yapılandırılmış, üretken şekilde aktif katılımını sağlar.

S: Ya hastalar... terapi süresini başka şekilde geçirme konusunda güçlü bir istek sunarsa?

C: Hastalar, *nadiren* bu ilk seans için sunduğunuz gündeme uymamakta direnebilir. Bunun birkaç nedeni olabilir. Zihinlerindeki, seansta umutsuzca acil yardım istedikleri konular için baskılayıcı hususlar olabilir. Seansı, akıllarına ne gelirse o konuda serbestçe konuşarak yapılandırma veya müdahale olmadan geçirmeyi tercih edebilirler.

Bunların dışında hastaları, bir sonraki seans için tedaviye dönecek şekilde hazırlamak için neler yaparsınız? Hastaları, gündeminize bağlı kalmaları için cesaretlendirmeye çalışmanın, özellikle bu birinci seansta onların bağlılıklarını tehlikeye atacağına karar verirseniz, onlara terapi süresini bölmeyi teklif edebilirsiniz. İtiraz ederlerse seansı, onların istediği şeyleri yaparak geçirebilirsiniz. Bir sonraki seansta, bunları yapmanın hastaların acılarında hafta boyunca anlamlı şekilde azalmaya katkı sağlayıp sağlamadığını göreceksiniz. Acılarının azalmasına katkı sağlamazsa seansın bir kısmını, en azından hatalar, daha iyi hissetmelerine yardımcı olacak şekilde, sizin düşündüğünüz tedavi planına uygun olarak sürdürme konusunda motive olabilirler.

DUYGU DURUMUNU KONTROL ETME

Gündemi belirledikten sonra duygu durumunun genel olarak kontrolünü yapacaksınız. Sally'den, onu son gördüğümden beri duygu durumunu genel olarak anlatan bir rapor istememin yanında, seanstan hemen önce Sally'nin doldurduğu semptom kontrol listesini hızlıca gözden geçiriyorum (Beck Depresyon Envanteri, Anksiyete Envanteri ve Umutsuzluk Ölçeği hakkındaki bilgiler için Ek B'ye bk.). Başlangıçta duygu durumunun genel bir özetini istediğimden, ondan sadece birkaç kelime ile cevap vermesini istiyorum.

TERAPİST: Pekâlâ, bu hafta nasıl hissettiğini anlatarak başlayabilir misin? Doldurduğun formları görmek istiyorum. Ben onlara bakarken [bir rehber sunarak], haftanın büyük bölümünde nasıl hissettiğini bir veya iki cümle ile söyleyebilir misin?

HASTA: Gerçekten sürekli depresiftim.

TERAPİST: (*Formlara bakarak*) Oldukça depresif hissediyormuşsun gibi görünüyor, doğru mu?

HASTA: Evet.

TERAPİST: [İş birliği yaparak] Senin için de uygunsa bu üç formu doldurabilmen için her seansa birkaç dakika erken gelmeni istiyorum [gerekçe sunma].Her zaman, nasıl hissettiğini kendi kelimelerinle de ifade etmeni isteyecek olmama karşın, bu formlar geçen hafta nasıl hissettiğin hakkında bana hızlıca fikir veriyor.

HASTA: Tamam.

Bu ilk seansta, her seansta olduğu gibi hedef testlerinin toplam puanlarını not alıyorum ve değerlendirmeden alınan puanlarla karşılaştırıyorum. Testlerin, özel önem gerektiren herhangi bir şey gösterip göstermediğini belirlemek için her maddeyi hızlıca tarıyorum. Özellikle, Beck Depresyon Envanteri-II'ye umutsuzluk ve intihar düşüncesi ile ilgili maddeleri not alıyorum. Bu maddelerden yüksek puan alınmışsa seansın bir sonraki bölümünü hastayı güvende tutma planı geliştirmekle geçirmemiz gerekip gerekmediğini belirlemek için bir risk değerlendirmesi yapacağım (Wenzel ve ark., 2008).

S: Peki, hastalar hedef testlerini dolduramaz veya doldurmazsa?

C: Semptom kontrol listesine erişiminiz yoksa hastalar için uygun değillerse (hastaların yeterince okuma yazma bilmemesi gibi) ya da hastalar bunları doldurma konusunda gönülsüz davranırsa onlara bu başlangıç seansında ya da bir sonraki seansta, 0-10 ölçeğinde duygu durumlarını derecelendirmesini öğretebilirsiniz: Son haftayı ele alalım. Hiç bunalımda olmadığını ifade ediyorsa 0, en fazla depresif olduğunu ifade ediyorsa 10; bu durumda "Haftanın büyük bölümünde bunalım düzeyin nasıldı?" diye ya da: "Bu haftaki depresyonun hakkında bilgi verir misin? Hafif, orta veya şiddetli olduğunu söyleyebilir misin? Duygu durumun diğer haftalara kıyasla nasıldı?" diye hastalara sorabilirsiniz. Duygu durumunu kontrol etme ile ilgili diğer sorunlar Bölüm 8'de tartışılmaktadır.

GÜNCELLEME YAPMA

Seansın bir sonraki bölümünde hastalara, seansta önceliğe sahip olabilecek ancak henüz bahsetmedikleri önemli sorunlar veya konular olup olmadığını soracaksınız. Ardından, hastanın hafta içinde yaşadığı olumlu deneyimleri anlamaya çalışacaksınız.

TERAPİST: Peki, değerlendirme yaparken ve şu anda bilmemin önem arz ettiği ne oldu?

HASTA: (*Düşünür.*) Bu yaz ne yapacağımı belirleme konusunda ebeveynlerim bana baskı yapıyor.

TERAPİST: [Yüksek düzeyde öneme ve önceliğe sahip olup olmadığını belirlemek için sorun hakkında veri toplama] Bu seni gerçekten üzüyor mu?

HASTA: (*İç çeker.*) Çok fazla değil. Sadece üzen bir şey daha.

TERAPİST: Bu konuda benden yardım istiyor musun?

HASTA: Evet, sanırım yardımınıza ihtiyacım var.

TERAPİST: Bugün pek fazla zamanımız yok. Bunu, sonraki bir zamana ertelememize ne dersin?

HASTA: Tamam, olur.

TERAPİST: Bunu not edeceğim ve gelecek hafta, senin için ne kadar önemli bir önceliğe sahip olduğunu soracağım.

HASTA: Pekâlâ.

TERAPİST: Bu hafta gerçekten önemli olan başka bir şey var mıydı?

HASTA: Hayır, sanmıyorum. Geçen hafta ile hemen hemen aynıydı.

Bu soruları sorarak, gündemde olana kıyasla üstünlük sağlayacak daha önemli bir sorun olup olmadığını ortaya çıkarıyorum.

Hangi sorunların baskı yaptığına ve hangilerinin yapmadığına nasıl karar verirsiniz? Sorunun hastayı ne kadar depresyona soktuğunu ve hastanın bu sorunu derhâl çözmeye ihtiyaç duyup duymadığını belirleyeceksiniz (sorunu çözmemenin hastaya veya başkalarına zarar verebileceği veya hastanın yaşamını veya yaşam durumunu tehlikeye sokabileceği gibi). Bu başlangıç seansında ihtiyacınız olan hususları ele alabilmeniz için özellikle kronik sorunlar olmak üzere çoğu sorunun tartışılması daha sonraki bir seansa ertelenebilir.

S: Peki zorlayıcı bir gündem maddesi olsaydı?

C: İlk seansta olağan yapıdan sapmanın birçok nedeni olabilir.

1. Hastalar risk taşıyorsa veya başkalarını riske atıyorsa,
2. Sorun hastalara çok fazla sıkıntı veriyor ve hastalar, ele almak istediğiniz hususlara odaklanamıyorsa,
3. Terapötik ilişkinin zarar görebileceği sorunu tartışmamanın hastayı

üzeceğini ve/veya hastanın başka bir seans için geri gelmeme ihtimali olduğunu değerlendirirseniz.

Hastalardan tedavinin erken aşamada güncelleme yapmasını istediğinizde, sadece olumsuz deneyimleri bildirirler. Ardından "Bu hafta hangi olumlu şeyler oldu?" veya "Bu hafta biraz daha iyi hissettiğin zamanlar nelerdi?" şeklinde sorular sorarsınız. Depresyon şüphesiz ki hastaların neredeyse hep olumsuz durumlara odaklanmalarına yol açtığından, bu sorular hastaların gerçekleri daha açık şekilde görmelerine yardım eder.

TEŞHİSİN TARTIŞILMASI

Seansın bir sonraki kısmında hastaların sundukları sorunları genel olarak inceleyecek ve onlardan size güncel bilgiler sunmasını isteyeceksiniz:

TERAPİST: Sally, geçen hafta değerlendirme seansında tespit ettiğim şeyi tartışmak istiyorum. Teşhisin hakkında birkaç dakika konuşalım mı?

Çoğu hasta genel teşhislerini bilmek ve acayip veya anormal olduklarını düşünmediğinizin ortaya konulmasını ister. Genellikle kişilik bozukluğu teşhisi etiketinden kaçınılması tercih edilir. Bunun yerine bir şeyi daha genel ve jargonsuz söylemek daha iyidir; örneğin "Son bir yıl boyunca oldukça depresif ve ilişkilerle ve işle ilgili uzun süreli bazı sorunların varmış gibi görünüyor." Hastalara durumlarıyla ilgili bazı başlangıç bilgileri de verilebilir, onlar böylece bazı sorunları için karakterlerine değil ruhsal bozukluklarına atıfta bulunurlar ("Bende birtakım sorunlar var. Ben sadece iyi değilim."). Aşağıda, depresif hastaların nasıl eğitileceği gösterilmektedir.

TERAPİST: Değerlendirmeler, orta şiddette depresyonun olduğunu gösteriyor. Bunun gerçek bir rahatsızlık olduğunu bilmeni istiyorum. Bu, insanların kötü hissettiklerinde "Çok depresifim." demeleriyle aynı şey değil. Gerçek bir depresyonun var.

HASTA: (İç çekiyor.)

TERAPİST: Bu tanı kılavuzundaki semptomlara (*Sally'e DSM gösterilerek*) sahip olduğun görülüyor. Nöroloji tanı kılavuzunda migren semptomları listelendiği gibi, her bir ruhsal bozukluk için bu kılavuzda semptomlar listelenmiştir.

HASTA: Bunu bilmiyordum.

TERAPİST: [Umut aşılayarak] Neyse ki bilişsel davranış terapisi insanların depresyonun üstesinden gelmelerine yardım etmede çok etkilidir.

HASTA: Benim çılgın olduğumu düşüneceğinizden korktum.

TERAPİST: Hiç öyle düşünmedim [Normalleştirme]. Oldukça yaygın bir rahatsızlık ve hastalarımızın pek çoğunda bu sorun var. Fakat bu, depresif kişilerin tipik düşünce şeklidir. Çılgın olduğunu düşünmediğimi öğrendiğine göre şimdi nasıl hissediyorsun?

HASTA: (*İç çeker.*) Rahatlamış hissediyorum.

TERAPİST: Bunu tedavide çok defa yapıyor olacağız. Bu bakış, depresif düşünceni belirleyerek daha gerçekçi bakmana yardım edecek.

HASTA: Pekâlâ.

TERAPİST: [Sally'nin gerçekçi olmayan şekilde düşüncesi için kendini suçlayabileceğinin farkında olma.] Bu tür olumsuz düşüncelerinin olması senin suçun değil. Bu, depresyonun birincil semptomudur. Depresyonda olan herkes, kendilerine, dünyalarına ve geleceklerine [depresyonun "bilişsel üçlüsü"] siyah boyalı güneş gözlüklerinden bakıyorlarmış gibidir. (*Yüzümdeki bir çift hayali gözlüğü boyayarak pantomim yapıyorum.*) Bu koyu renkli camlar her şeyin karanlık ve umutsuz görünmesine neden olur. Terapide yapacağımız şeyin bir kısmı, siyah boyayı sıyırmaktır; böylece her şeyi daha gerçekçi şekilde görebileceksin. . . Açıkça anlaşıldı mı? [Benzetme kullanılması çoğu zaman hastanın durumunu farklı bir şekilde görmesine yardım eder.]

HASTA: Evet. Anlıyorum.

TERAPİST: Pekâlâ, diğer depresyonun diğer semptomlarına bakalım. Değerlendirmeden, depresyonun uyku ve enerjini böldüğünü görüyorum. Bir şeyleri yapma isteğini de etkiliyormuş gibi görünüyor [normalleştirme]. Şimdi, çoğu depresif hasta kendilerini daha önceki hâlleriyle aynı olmadıklarında eleştirmeye başlar [Özgül durumlar ortaya çıkarma]. Yakın geçmişte kendini eleştirdiğin herhangi bir zamanı hatırlıyor musun?

HASTA: (*İç çeker.*) Evet. Son zamanlarda yataktan geç kalkıyorum ve işimi yapmıyorum; tembel olduğumu ve iyi olmadığımı düşünüyorum.

TERAPİST: Zatürre rahatsızlığın olsa ve yataktan kalkma ve işleri yapma konusunda sorun yaşasan, kendine tembel ve kötü mü derdin?

HASTA: Hayır, sanmıyorum.

TERAPİST: Bu hafta, "Tembel ve kötüyüm" düşüncesini yeniden cevaplasan sana yardımcı olur mu?

HASTA: Muhtemelen.

TERAPİST: Kendine neyi hatırlatabilirsin [Yanıt sunmak yerine yanıtı aramak aktif katılımı ve otonomi derecesini artırır.]?

HASTA: Sanırım bunalımdayım ve iş yapmak benim için daha zor.

TERAPİST: Bunu, bu hafta hatırlaman senin için gerçekten önemli olacak. Onu not almamı ister misin? Veya sen not almak ister misin?

HASTA: Siz not alabilirsiniz.

TERAPİST: (*Bir parça karbonsuz kâğıt aldım (bk. Şekil 5.1.)*) Pekâlâ, bu kâğıdın en üstüne tarih atacağım. Peki, buna ne demeliyiz: Terapi ödevin? Eylem planın?

HASTA: Sanırım ödev.

TERAPİST: (*En üste "ödev" yazar*) İlk madde, tartıştığımız şey hakkında bir şeyler okumak. Şunu not alacağım: "Tembel ve kötü olduğumu düşünmeye başlarsam, kendime, depresyon denilen ve bir şeyleri yapmamı güçleştiren gerçek bir rahatsızlığım olduğunu hatırlatacağım" (*bekleme ve bu ifadenin umutsuzluğa yol açabileceğinin farkında olma*). Başka bir hatırlatıcı yazsam sorun olur mu? "Tedavi işe yaramaya başladığında, depresyonum yok olacak ve işler daha da kolaylaşacak."

22 Ocak

Ödev:

Bu listeyi günde iki defa oku; hatırlamak için bir alarm kur.

1. Tembel ve kötü olduğumu düşünmeye başlarsam, kendi kendime, depresyon denilen ve bir şeyleri yapmamı güçleştiren gerçek bir rahatsızlığım olduğunu hatırlatacağım. Tedavi işe yaramaya başladığında, depresyonum yok olacak ve işler daha da kolaylaşacak.
2. Hedef listesini okuyacağım ve aklıma gelirse başkalarını ekleyeceğim.
3. Duygu durumumun kötüye gittiğini fark ettiğimde, kendime: "Şu an aklımdan ne geçiyor?" diye sorup düşünceleri not alacağım. Kendime, bir şeyi düşünmemin onun her zaman doğru olmadığını hatırlatacağım.
4. Allison ve Joe ile bir plan yap. Onlar hayır derse benimle takılmak istediklerini ancak çok yoğun olduklarını kendime hatırlatacağım.
5. *Depresyonla Başa Çıkma* kitapçığını oku (seçmeli).

ŞEKİL 5.1 Sally'nin ilk seanstaki ödevi.

S: Ya... hasta benzetme(analojiyi) yapmayı reddederse?

C: Bazı hastalar şunu der: "Evet ama zatürre biyolojik bir rahatsızlık." Buna verilecek iyi bir cevap, hastanın yaşadığı belli depresif semptomlardır: "Depresyon da biyolojiktir; gerçek semptomları olan gerçek bir rahatsızlıktır. Yalnız kötü veya üzgün hissetme bir hastalık değildir. Fakat bu, yaşamakta olduğun şey değil. Üzgün, bitmiş ve umutsuz hissediyorsun; kendini eleştiriyorsun, neredeyse hiçbir şey seni artık ilgilendirmiyor, aktivitelerden kendini çekiyorsun, uykun ve enerjin etkilenmiş. Bu yüzden, gerçek bir rahatsızlığın olduğunu biliyorum, her şey zatürre kadar gerçek."

Birçok hasta diğer bir ödevden faydalanır: Müşteriler için depresyona yönelik bilişsel davranış terapisi kitabında belirli bir bölümü (bk. *www.academyofct.org*) veya *Depresyonla Başa Çıkma* (bk. *www.beckinstitute.org*) gibi bir kitap okumak bu seanstan edinilen önemli fikirleri güçlendirecektir. Hastalardan kabul ettikleri, etmedikleri konuları veya soruları hakkında zihinsel veya yazılı notlar almasını isteyin.

PROBLEMLERİN BELİRLENMESİ VE HEDEF KOYMA

Özgül problemleri belirlemeye odaklanacaksınız. Mantıksal genişleme olarak hastaların bu problemleri, tedavide üzerinde çalışılacak hedeflere dönüştürmesine yardım edeceksiniz.

TERAPİST: Şimdi, yaşamakta olduğun sorunları inceleyelim.

HASTA: (*İç çeker.*) Bilmiyorum. Her şey karmakarışık. Okulda oldukça başarısızım. Derslerde geride kalıyorum. Her zaman çok yorgun ve bitkin hissediyorum. Bazen vazgeçmem gerektiğini hissediyorum.

TERAPİST: (*Sally'nin aktif şekilde intihar düşüncesini taşımadığını sorgulama*) Hiç kendine zarar verme düşüncesine kapıldın mı?

HASTA: Tam olarak değil. Yalnız tüm sorunlarımın bir şekilde uzaklaşacağını umuyorum.

TERAPİST: (*Empatik olarak*) Bunalmış gibi hissediyorsun?

HASTA: Evet fakat ne yapacağımı bilmiyorum.

TERAPİST: [Sally'ye sorunlarına odaklanması ve onları daha yönetilebilir parçalara ayırması konusunda yardım etme] Pekâlâ, şu an iki ana sorunun olduğu görülüyor. Biri okulda başarılı olmadığın; diğeri ise gerçekten yorgun ve bitkin hissetmen. Başka var mı?

HASTA: Geçen hafta söylediğim gibi, odamda çok fazla yalnız olduğumu biliyorum. Arkadaşlarımla daha fazla zaman geçirmeliyim.

TERAPİST: [Sally'nin hedef belirleme sürecine daha aktif şekilde dâhil olmasını sağlama] O hâlde, bu sorunları hedeflere dönüştürelim. Onları not almak ya da benim not almamı ister misin?

HASTA: Siz not alabilirsiniz.

TERAPİST: Pekâlâ (*Not alma*). Bahsettiğin ilk şey, okul durumunu iyileştirmekti. Sonra, sınavlar ve notlar hakkındaki endişelerini azaltmaktan ve arkadaşlarınla daha fazla vakit geçirmekten bahsettin. Bu iyi. Peki başka hangi hedeflerin var? Nasıl farklı olmak istersin? Veya tedavinin bir sonucu olarak hayatının nasıl farklı olmasını isterdin?

HASTA: (*Duraklayarak*) Daha mutlu olmak isterdim.

TERAPİST: [Hastayı destekleme] Bu iyi bir hedef.

Diğer yandan bu hedef çok genel. Hastanın daha mutlu olmasına nasıl yardım edileceğini anlamak zordur; bu yüzden Sally'den "daha mutlu" ifadesinin ona ne ifade ettiğini davranışsal terimlerle belirtmesini istiyorum.

TERAPİST: Ve daha mutlu olsan ve depresif hissetmesen, ne yapıyor olurdun?

HASTA: Sanırım, geçen yıl olduğu gibi okulda bazı etkinliklere katılırdım. Biraz eğlenir ve her zaman böyle depresif hissetmezdim.

TERAPİST: Güzel, bunları listeye ekleyeceğim: okul etkinliklerine katılmak ve daha fazla eğlenceli etkinlikte bulunmak.

Hedef Listesi - Şubat 1

1. Okul durumunu iyileştirmek,
2. Sınavlar ve notlar konusunda endişelenmeyi azaltmak,
3. Arkadaşlarla daha fazla vakit geçirmek,
4. Okul etkinliklerine katılmak,
5. Daha fazla eğlenceli etkinlikte bulunmak.

TERAPİST: Ödev için bu listeyi okuyup eklenecek başka hedeflerin olup olmadığına bakabilir misin?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: (*Bunu Ödev Listesine ekler.*) Pekâlâ, devam etmeden önce, şimdiye dek ne yaptığımızı hızlıca özetleyebilir miyim? Gündemi belirledik, teşhisin hakkında konuştuk ve bir hedef listesi oluşturduk.

Seansın bu bölümünde, hedef listesinin yazılı olarak kaydedilmesini sağladım. Ayrıca Sally'ye genel bir hedefin ("Daha mutlu olmak istiyorum.") davranışsal terimlerle daha belirgin hâle getirilmesinde rehberlik ettim. Hedefleri tartışmaktan çok, Sally'den ödev listesini iyileştirmesini istiyorum. Son olarak, bu noktaya kadar neler üzerinde konuştuğumuzu özetledim. Bunu yapmak, terapi sürecinin daha anlaşılabilir olmasına yardım eder ve bizi hedefe giden yolda tutar.

S: Ya ... hasta kendileri dışında başka birileri için hedefler koyarsa?

C: Nadiren hastalar doğrudan kontrolleri olmayan bir hedef söylerler: "Partnerimin bana karşı daha iyi olmasını isterim"; "Patronumun üzerime bu kadar baskı yapmayı bırakmasını istiyorum"; "Çocuklarımın beni dinlemesini istiyorum." Bu durumda, onların kontrol edeceği bir şey olması için hedefi anlatmalarına yardımcı olmak önemlidir:

TERAPİST: Joe'nun sana karşı daha nazik olmasını *doğrudan* sağlayabileceğimize söz veremem. Şu şekilde ifade etmeye ne dersin: "Joe ile konuşmanın yeni yollarını öğren." Kontrolü ele alıp yapmakta olduğun şeyi değiştirirsen, bu değişiklik Joe'nun üzerinde etkili olacaktır.

Hastalar başkaları için hedefler koyduğunda yapabilecekleri hakkında daha kapsamlı bir tartışma için bk. J. S. Beck (2005).

HASTAYA BİLİŞSEL MODEL ÜZERİNE EĞİTİM VERME

İlk seansın önemli bir özelliği, hastaların, tercihen kendi örneklerini kullanarak düşüncelerinin onların tepkilerini nasıl etkilediğini anlamalarına yardımcı olunmasıdır. Hastaların seanstaki spontan ifadelerinden ("Şimdi bir şey yapamam. Hiçbir şeyin faydası dokunmaz. Asla daha iyi hissetmeyeceğim.") faydalanabilirsiniz. Ya da hastanın bir şeyden etkilendiğini, bir değişim olduğunu fark ettiğinizde onlara "Şu anda aklından ne geçiyor?" diye sorabilirsiniz. Mesleğe yeni başlamış terapistlerin, ilk seansın bir kısmını tetikleyici durumlar; otomatik düşünceler veya görüntüler; duygusal, davranışsal ve fizyolojik tepkiler arasındaki ilişki hakkında psikoeğitim vermeye adaması muhtemelen daha kolay olacaktır.

TERAPİST: Birkaç dakika, düşüncenin duygu durumunu nasıl etkilediği hakkında konuşabilir miyiz? Geçmişte, duygu durumundaki değişikliği fark ettiğin herhangi bir zaman aklına geliyor mu? Özellikle üzgün hâle geldiğini fark ettiğin bir zaman?

HASTA: Sanırım evet.

TERAPİST: Biraz bahsedebilir misin?

HASTA: İngilizce dersimden iki kişiyle öğle yemeği yiyordum ve gerçekten kötü hissetmeye başladım. Profesörün derste söylediği ve benim gerçekten anlayamadığım bir şey hakkında konuşuyorlardı.

TERAPİST: Ne düşündüğünü hatırlıyor musun?

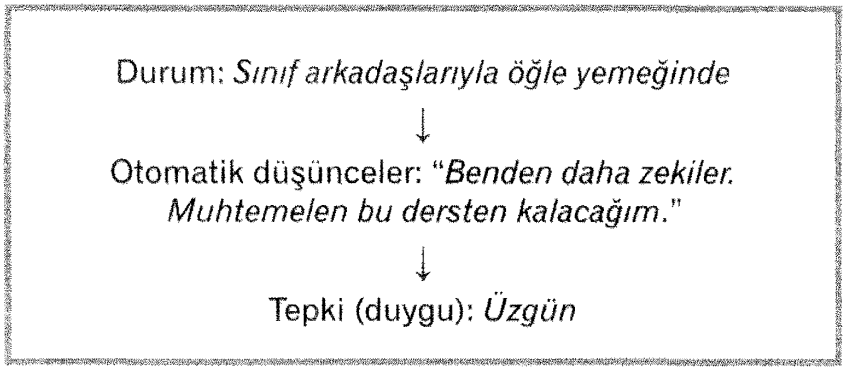
HASTA: Benden daha zeki oldukları ve muhtemelen bu dersten kalacağımı düşündüm.

TERAPİST: (*Sally'nin söylediği kesin kelimeleri kullanarak*) Yani, "Onlar benden daha zeki. Muhtemelen bu dersten kalacağım" diye düşündün. Bu düşünceler sana duygusal yönden nasıl hissettirdi? Mutlu, üzgün, endişeli, kızgın..?

HASTA: Üzgün, gerçekten üzgün.

TERAPİST: Pekâlâ, bir şekil çizmeye ne dersin? Belirli bir durumda, düşüncelerinin duygularını nasıl etkilediğine dair iyi bir örnek verdin. (*Aşağıdaki diyagramı oluşturur ve Sally ile birlikte inceler.*) Senin için bu diyagram anlaşılır mı? Bu durumu ele alma şeklin, daha sonra nasıl hissettiğini etkileyen otomatik düşüncelere yol açtı değil mi?

HASTA: Sanırım evet.



TERAPİST: Son birkaç güne ait birkaç örnek bulup bulamayacağımıza bakalım. Özellikle üzgün hissettiğin başka bir an var mı?

HASTA: Evet, birkaç dakika önce, bekleme salonunda beklerken. Gerçekten kötü hissediyordum.

TERAPİST: O esnada aklından ne geçiyordu?

HASTA: Tam olarak hatırlamıyorum.

TERAPİST: [Deneyimi Sally'nin zihninde daha canlı hâle getirmeye çalışarak] Kendini şu an bekleme salonunda gibi hayal edebilir misin? Orada oturduğunu düşün. Bana, o sahneyi şu an oluyormuş gibi anlatır mısın?

HASTA: Pekâlâ, kapının yanındaki sandalyede, resepsiyon görevlisinden uzakta

oturuyorum. Bir kadın içeri giriyor, gülüyor ve resepsiyon görevlisi ile konuşuyor. Mutlu ve... normal görünüyor.

TERAPİST: Ona baktığında nasıl hissediyorsun?

HASTA: Biraz üzgün.

TERAPİST: Aklından ne geçiyor?

HASTA: O benim gibi değil. O mutlu. Asla tekrar mutlu olamayacağım.

TERAPİST: [Bilişsel modeli destekleme] Pekâlâ. Bu da güzel bir örnek. Bu durum şöyleydi; resepsiyon alanında mutlu görünen bir kadın gördün ve "Asla tekrar mutlu olamayacağım" şeklinde düşündün ve bu düşünce üzgün hissetmene neden oldu. Ne dersin?

HASTA: Evet. Sanırım öyle oldu.

TERAPİST: [Sally'nin bilişsel modelden ne anladığını sözle ifade edebilmesini sağlama] Kendi kelimelerinle, düşüncelerin ve duyguların arasındaki bağlantıyı söyleyebilir misin?

HASTA: Pekâlâ, düşüncelerimin duygularımı nasıl etkilediği görülüyor.

TERAPİST: Evet, bu doğru [Sally'nin hafta boyunca terapi seansı çalışmasını gerçekleştirmesini kolaylaştırma]. Senden yapmanı istediğim, sen de kabul edersen duygu durumunun değiştiğini veya daha kötü hissettiğini fark ettiğinde aklından geçenleri önümüzdeki hafta içinde kaydetmen. Sana uyar mı?

HASTA: Hı hım.

TERAPİST: Aslında, onu "Ödev Listesine" yazmaya ne dersin: *Duygu durumumun kötüye gittiğini fark ettiğimde, "Aklımdan ne geçiyor?" diye sor ve düşüncelerini not al.* Sonraki hafta tekrar geldiğinde, düşüncelerinin %100 mü yoksa %0 mı doğru olup olmadığını ya da ortada bir yerde olup olmadığını görmek için düşüncelerini değerlendirebiliriz. Tamam mı?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Depresyonda olduğunda çoğu zaman, bu düşüncelerin tamamen *doğru olmadığını* bulacağını düşünüyorum. Bunun hakkında da birkaç şey yazacağım: *Sadece düşünüyor olmam, bir şeyin doğru olduğu anlamına gelmez.* Düşüncelerinin doğru olmadığını ya da tamamen doğru olmadığını öğrendiğimizde sana, duruma daha gerçekçi şekilde nasıl bakacağını öğreteceğim. Bunu yaptığında, daha iyi hissettiğini göreceğini düşünüyorum. Örneğin sınıf arkadaşlarının senden daha zeki olmadıklarını ve mücadele etme nedeninin zekânla ilgili olmadığını; her şeyin depresyonda olduğun gerçeği ile ilgili olduğunu ortaya çıkarabiliriz. Ve ardından derste sana yardımcı olması için sorunu çözme yoluna gidebiliriz. Örneğin, bir arkadaşından ya da araştırma görevlisinden veya okutmandan yardım isteyebilirsin.

HASTA: Bu zor görünüyor.

TERAPİST: İşte, otomatik düşüncenin başka bir iyi örneği: "Bu zor görünüyor." Pekâlâ, ben bunun için buradayım. Sorunlarını çözmene yardım etmek için birlikte bir ekip olarak çalışıyor olacağız ve adım adım ilerleyeceğiz (*Bekler*). Düşünce şeklini değiştirmenin ve sorun çözmenin duygu durumunu iyileştirmeye nasıl katkı sağladığını görebiliyor musun?

HASTA: Evet.

TERAPİST: (*Cesaret verici bir ses tonuyla*) Ve düşünüyorum ki, bu konuda çok yakında iyi olacağını anlayacaksın. Bu arada, bunun gibi diğer depresif düşüncelerini not almayı deneyebilir misin, bir sonraki seansta onlara bakabiliriz?

HASTA: Pekâlâ.

TERAPİST: [Sally'nin ileri sorun çözmeyi gerektirebilecek zorlukları fark edip etmediğini kontrol etme] Bunu yaparken herhangi bir sıkıntı yaşayacağını düşünüyor musun?

HASTA: Hayır, yapabileceğimi düşünüyorum.

TERAPİST: Güzel. Fakat yapamazsan bile, sorun değil. Önümüzdeki hafta tekrar geleceksin ve birlikte onun üzerinde çalışacağız.

HASTA: Pekâlâ.

Bu seansta, bilişsel modeli hastanın *kendi örnekleri ile açıklıyor, gösteriyor ve kaydediyorum.* Açıklamalarımı, bir zamanda sadece birkaç cümle ile sınırlandırmaya çalışıyorum; depresyondaki hastalar özellikle odaklanmakta zorluk çekiyorlar. Sally'den ayrıca, anlayıp anlamadığını kontrol edebilmek için söylediklerimi kendi kelimeleri ile not almasını istiyorum. Sally'nin bilişsel becerileri zayıf veya sınırlı olmuş olsaydı, duyguları göstermek için çeşitli yüz ifadeleri ve başlarının üzerinde boş "düşünce baloncukları" bulunan çizgi film karakterleri gibi daha somut öğrenme araçları kullanabilirdim.

S: Peki hastalar bilişsel modeli ilk seansta anlamada zorluk yaşarsa?

C: Diğer teknikleri (bk. Bölüm 9) denemeye ya da bu göreve bir sonraki seansta geri dönmeye karar vereceksiniz. Ortak his, hastaların yeterlilikleri veya sizinle ilgili olumsuz düşüncelere sahip olmaması için çok fazla ileri gitmemenizi söyler. Bu noktada bilişsel modelin daha fazla açıklanmasına karar verirseniz, hastaların kendilerini suçlama ihtimalini azaltmak için becerinin önemini daha az vurgulamaya özen gösterin. ("Bazen bu düşünceleri anlamak zordur. Genellikle bir anda ortaya çıkarlar. Çok önemli değillerdir. Başka bir zaman bunları ele alacağız.")

SORUNUN VEYA DAVRANIŞSAL ETKİNLEŞTİRMENİN ÜZERİNDE KONUŞMA

Bu ilk seansa; zaman varsa hasta açısından büyük önem taşıyan belirli bir sorunu konuşarak başlayacaksınız. Sorunu ele almanın alternatif yolları geliştirilir. Hastalar, sorunu çözmek için somut adımlar atarlar; bu da tedavinin etkili olacağı yönünde umutlu olma eğilimini arttırır. Hastalar her şeyden önemli olan bir sorun ifade etmedikçe, hasta ile anlaşarak eğer onlar, etkinliklerden çekilmişlerse ya da bazı durumlarda eylemsizlerse; eylemsizlik sorunu üzerinde konuşmaya çalışın. Depresif hastaların, yetkin olduğunu hissettiği bir sezgi ile depresif pasifliğin üstesinden gelmekle ilgili hoş bir deneyim oluşturulması büyük önem taşır. Davranışsal etkinleştirme, bir sonraki bölümde tartışılmaktadır.

SEANS SONU ÖZETİ VE ÖDEVİ BELİRLEME

Son kısım, seansın ana hatlarını birbirine bağlar ve önemli noktaları pekiştirir. Özet ayrıca hastanın ödev olarak yapmayı kabul ettiği şeylerin gözden geçirilmesini de içerir.

TERAPİST: Sally, zamanımız neredeyse doldu. Bu hafta senin için hatırlayacağın en önemli şeyin ne olacağını söyleyebilir misin? Notlarına bakabilirsin (sayfa 67).

HASTA: Pekâlâ, sanırım tembel değilim. Ve doğru olmasalar bile kötü hissetmeme neden olacak birçok depresif düşüncem var.

TERAPİST: Evet! Ve daha fazla aktif olmanın duygu durumunu iyileştirmeye nasıl yardım edebileceği?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Şimdi ödeve geçebilir miyiz? Ödevin yapılabilir olduğundan emin olmak istiyorum (*Kâğıda işaret ederek*). Yazdığımız ilk şey, kendine depresyonda olduğunu hatırlatacaksın ve böylece, herhangi bir konuda iyi olmadığını düşünmeye başlamayacaksın. Peki, bunu yapmayı nasıl hatırlayacaksın? Her sabah kalktığında bu kâğıdı okumayı düşünür müsün?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Sence, bu notları okumak senin ne kadar zamanını alacak?

HASTA: Bilmiyorum. Belki 5 dakika?

TERAPİST: Aslında, bir dakikadan daha kısa süreceğini düşünüyorum.

HASTA: Evet, bu muhtemelen doğru.

TERAPİST: Onu okumayı nasıl hatırlayacaksın?

HASTA: (*Düşünür.*) Emin değilim. Onu dışarda tutmak istemiyorum çünkü oda arkadaşım onu görebilir.

TERAPİST: [spesifik önerilerde bulunma] Kâğıdı, arka cebin gibi başka bir yerde muhafaza etsen? Belki cep telefonunun alarmını kurabilirsin, böylece alarm çaldığında, kâğıdı çıkarıp okumayı hatırlayabilirsin?

HASTA: Evet, bu işe yarar.

TERAPİST: Günde en az birkaç kez okumak da iyi olabilir. Sence, okumak için en uygun zaman ne zaman?

HASTA: (*Düşünür.*) Muhtemelen akşam yemeğinden hemen sonra.

TERAPİST: Bu iyi gibi. Peki alarmı da kurmak istiyor musun?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Bu planı sayfanın en üstüne yazacağım.

Ardından, her bir görevi tamamlamanın ne kadar süre alacağını yüksek sesle belirterek ödev kağıdına ekliyoruz. Birçok hasta görevlerin zorluğunu ve süresini gözünde büyütür. O yüzden o etkinliği yapmak için ne kadar zaman gerektiğinin belirlenmesi, algılanan yükü anlamayı kolaylaştırır.

TERAPİST: Sally, seansın başında bu hafta hedef listene eklemeler yapabileceğimizi konuşmuştuk. Bu hafta bir veya iki dakikanı bu konuya ayırabilir misin?

HASTA: Tabi ki.

TERAPİST: Ve son olarak, burada depresyon hakkında okunacak bir kitapçık var [*Depresyonla Başa Çıkma*; bk. Ek B]. Bunu seçmeli yapalım mı?

HASTA: (*Evet anlamında başını sallar.*)

TERAPİST: Bu kitapçığı okuman yaklaşık 5-10 dakika sürecektir. Onu okursan, uygun gördüklerin ve görmediklerin hakkında zihninde notlar alabilir veya yazabilirsin.

HASTA: Tamam.

Seansın bu bölümünde, Sally'nin ödevini yapma ve başarılı hissetme şansını en üst düzeye çıkarmak istiyorum. Hastanın, ödevin herhangi bir kısmını yapamayacağını hissederseniz, onu değiştirmeyi önerebilirsiniz ("Düşüncelerini not almada sorun yaşayacağını düşünüyor musun?" [Cevap evet ise] "Onu seçmeli yapmamız gerektiğini düşünüyor musun?"). Ödevlerini tamamlamazlarsa depresif hastalar kolayca bunalabilir ve ardından kendini eleştirir hâle gelebilir (Ödevin kapsamlı tartışması için Bölüm 17'ye bk.).

Sally'nin bu kâğıdı okumasının ne zaman faydalı olacağını da tartıştık. Diğer depresif hastalara kıyasla, okul için ödevi yapmaya alışık olan Sally'nin ödevlerden bunalma ihtimalinin daha düşük olduğunu ve bu etkinlikleri yapma ihtimalinin daha yüksek olduğuna dikkat edilmelidir. Bazı hastalar bu yazılı listeyi akıllı telefonlarına veya diğer elektronik cihazlarına aktarmaya karar verebilir.

GERİ BİLDİRİM

En azından başlangıçta, her bir terapi seansının son unsuru geri bildirimdir. İlk seansın sonunda çoğu hasta terapist ve terapi hakkında olumlu düşünür. Geri bildirim alma, bildirimi güçlendirir ve hastanın ne düşündüğünü merak ettiğinize ilişkin mesaj verir. Ayrıca hastalara herhangi bir yanlış anlamayı ifade etme ve size onu çözme şansı sunar. Hastalar nadiren, söylediğiniz veya yaptığınız bir şeyin kendine özgü yorumlamasını yapar. Onları rahatsız eden herhangi bir şey olup olmadığını sormanız onlara, sonuçlarını belirtme ve ardından test etme fırsatı sunar. Sözlü geri bildirime ek olarak, hastalara yazılı Terapi Raporu'nu (bk. Şekil 5.2) doldurtmaya karar verebilirsiniz.

TERAPİST: Her bir seansın sonunda, yapılan seans için ne düşündüğünü soracağım. Aslında *iki* seçenek var; doğrudan bana söylemen veya Terapi Raporu'na yazman. Ayrıca bu raporu seansın ardından bekleme salonunda doldurabilirsin. Raporu okuyacağım ve herhangi bir sorun varsa bir sonraki seansımızda o sorunu gündemimize alabiliriz. Tamam mı?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: O hâlde, bugünün seansı hakkında ne düşünüyorsun? Seans hakkında seni sıkan veya yanlış anladığımı düşündüğün herhangi bir şey var mıydı?

HASTA: Hayır, her şey iyi idi.

TERAPİST: Bir sonraki seansta daha farklı yapmamızı istediğin bir şey var mı?

HASTA: Hayır, sanmıyorum.

TERAPİST: Pekâlâ. Bugün seninle çalışmak bir zevkti. Şimdi bekleme salonunda Terapi Raporu'nu ve sana verdiğim diğer formları doldurur musun? Ve ödev kâğıdına yazdığın ödevleri yapmaya çalışacaksın. Tamam mı?

HASTA: (*Başını sallar.*) Tamam. Teşekkürler.

TERAPİST: Haftaya görüşürüz.

1. Bugün, hatırlaman için önem arz eden neyi ele aldık?

2. Bugün terapistine ne kadar güvenebileceğini hissettin?

3. Bugün terapi hakkında seni sıkan bir şey var mıydı? Varsa, neydi?

4. Bugün terapi için ne kadar ödev yaptın? Yeni ödevi yapma ihtimalin nedir?

5. Bir sonraki seansta neyi ele almak istiyorsun?

ŞEKİL 5.2. Terapi Raporu. J. S. Beck (2011). Telif Hakkı 2011, Judith S. Beck. İzin alınarak tekrar basılmıştır.

İzin alınarak tekrar basılmıştır: *Bilişsel Davranış Terapisi:* Temelleri ve Ötesi, İkinci Basım, Judith S. Beck (Guilford Press, 2011). Bu materyalin fotokopisinin çekilme izni, sadece kişisel kullanım için bu kitabı satın alan kişilere verilmiştir (ayrıntılar için telif hakkı sayfasına bk.). Satın alanlar bu materyalin daha geniş versiyonunu *www.guilford.com/p/beck4* adresinden indirebilirler.

S: Ya... hastalar seansa olumsuz tepki gösterirse?

C: Sorunu ve hastaya ne anlam ifade ettiğini belirlemeye, ardından aşağıdaki örnekte olduğu gibi bir sonraki seansta müdahale sorununu belirlemeye çalışacaksınız:

TERAPİST: Seans hakkında seni sıkan bir şey var mıydı?

HASTA: Bilmiyorum. . . Bu terapinin bana uygun olduğundan emin değilim.

TERAPİST: İşe yarayacağını düşünmüyorsun?

HASTA: Tam olarak değil. Görüyorsunuz, gerçek yaşam sorunlarım var. Sadece düşüncem değil.

TERAPİST: Bana anlattığına sevindim. Bu bana, gerçek yaşam sorunların olduğuna inandığımı söyleme fırsatı veriyor. O sorunların var olmadığını söylemek istemedim. Patronun ve komşularınla olan sorunlar ve yalnızlık hissi. . . Elbette tüm bunlar gerçek sorunlar; çözmek için birlikte çalışacağımız sorunlar. Yalnız düşüncelerine bakmayacağız. Sana bu izlenimi verdiysem özür dilerim.

HASTA: Tamam, sorun değil. . . Daha çok. . . bunalmış hissediyorum. Ne yapacağımı bilmiyorum.

TERAPİST: Seni bunaltan hisler üzerinde birlikte çalışabilmemiz için gelecek hafta gelmek istiyor musun?

HASTA: Evet, sanırım istiyorum.

TERAPİST: Ödev de bunalmış hissetmene neden oluyor mu?

HASTA: (*Bekler*) Belki.

TERAPİST: Ondan nasıl kurtulmak istersin? Eğer istersen, ödevini seçmeli yapabiliriz ya da bir kısmını.

HASTA: (*Rahatlama iç çekişi*) Evet, bu daha iyi olur.

TERAPİST: Yapılması en zor görünen nedir?

HASTA: Düşüncelerimi kaydetmeye çalışmak.

TERAPİST: O zaman, bunun yanına "seçmeli" yazalım. Ya da onu silmeli miyim?

HASTA: Hayır, "seçmeli" yazabilirsiniz.

TERAPİST: (*Bunu uygular*) Başka ne zor hissettiriyor?

HASTA: Belki, arkadaşlarımı aramak. Bunun üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

TERAPİST: Pekâlâ, "seçmeli" mi yazmalıyım yoksa iptal mi etmeliyim?

HASTA: İptal edilebilir.

TERAPİST: Pekâlâ (*Bunu uygular*). Bugünkü seans hakkında seni sıkan başka bir şey var mıydı?

Burada terapist, terapötik anlaşmayı güçlendirme gereksinimini fark eder. Terapist ya hastanın seans sırasındaki memnuniyetsizliğinin işaretlerini kaçırmıştır ya da hasta onu gizlemekte başarılı olmuştur. Terapist seansa ilişkin geri bildirim istememişse veya olumsuz geri bildirimi ele almakta başarısız olmuş ise hastanın sonraki seansa gelmemesi muhtemeldir. Terapistin ödev konusundaki esnekliği hastanın, bilişsel davranış terapisinin uygunluğu hakkındaki kuşkularını tekrar incelemesine yardım eder. Geri bildirime yanıt vererek ve makul düzenlemeler yaparak terapist, hastaya karşı empati gösterir ve bu da iş birliği yapmayı ve güveni kolaylaştırır.

Terapist bir sonraki seansın başında, duruma göre, tedavi ve ödevi hazırlamak için bir ekip olarak çalışmanın ne kadar önemli olduğunu mutlaka açıklayacaktır ve böylece hasta bunların katkı sağladığını görecektir. Terapist ayrıca bu zorluğu, hastanın kavramsallaştırılmasını geliştirme fırsatı olarak kullanır. Gelecekte terapist, ödevi hasta ile daha fazla iş birliği içinde belirlemelidir ve hastanın bunalmış hissetmemesini sağlamalıdır.

Başlangıç seansının birçok önemli hedefi vardır: rapor belirleme, kavramsallaştırmayı geliştirme, hastaları bilişsel davranış terapisi süreci ve yapısına alıştırma, hastalara bilişsel model ve bozuklukları hakkında eğitim verme, umut aşılama ve semptomların azalmasını sağlama. Sağlam bir terapötik anlaşma geliştirme ve terapötik hedeflere ulaşmak amacıyla size katılmaları için hastaları cesaretlendirme bu seansta birincil öneme sahiptir. Bölüm 7'de, sonraki terapi seanslarının yapısı açıklanmakta ve Bölüm 8'de, seansları yapılandırmadaki zorluklar ele alınmaktadır.

Bölüm 6



DAVRANIŞSAL ETKİNLEŞTİRME*

Depresif hastaların en önemli başlangıç hedeflerinden biri etkinliklerin planlanmasıdır. Çoğu hasta, daha önce kendilerine başarı hissi veya zevk veren ve onların duygu durumunu iyileştiren bazı etkinliklerden geri çekilmektedir. Ve mevcut hoşnutsuzluklarını devam ettiren veya artıran belirli davranışları (yatakta kalma, TV izleme, bir şey yapmadan oturma) artırmaktadır. Sık sık, duygusal olarak nasıl hissettiklerini değiştiremeyeceklerine inanmaktadırlar. Daha aktif olmaları için; kendi kendilerine çabaları için kredi vermeleri konusunda onlara yardım etmek; yalnız onların duygu durumlarını geliştirmek değil, aynı zamanda öz yeterlilik hislerini güçlendirerek onların duygu durumlarını önceki inançlarından daha çok kontrol altına alabileceklerini onlara göstermek tedavinin önemli hedeflerinden biridir.

AKTİF OLMAMANIN KAVRAMSALLAŞTIRILMASI

Etkinliklerde bulunmayı düşünürken hastaların depresif otomatik düşünceleri sıklıkla araya girer.

Durum: *Etkinlik başlatmayı düşünme*

↓

[Yaygın] Otomatik düşünceler: "*Çok yorgunum. Ondan zevk alamayacağım. Arkadaşlarım benimle vakit geçirmek istemiyor. Onu yapamayacağım. Hiçbir şey daha iyi hissetmeme yardım edemez.*"

---

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

↓

[Yaygın] Duygusal tepkiler: *Üzüntü, gerginlik, umutsuzluk*

↓

[Yaygın] Davranış: *Eylemsiz kalma.*

Hastaların görece pasif oluşu onların duygu durumunun bozulmasına (düşmesine) neden olur, onlarda yetkinlik ve zevk alma hisleri azalır. Bu da daha çok olumsuz düşünceye yol açar, sıkıntı, gerginlik ve eylemsizlik artar ve böylece bir kısır döngü ortaya çıkar.

YETERLİLİK VEYA ZEVK EKSİKLİĞİNİN KAVRAMSALLAŞTIRILMASI

Çeşitli etkinliklerde bulunsalar bile, kendilerini eleştiren otomatik düşüncelerinden dolayı hastalar sıklıkla kendilerinden memnun değildirler ve bir şeyden zevk almazlar.

Durum: *Etkinlikte bulunma*

↓

[Yaygın] Otomatik düşünceler: "*Bu işi çok kötü yapıyorum. Bunu çok önceden yapmış olmalıydım. Yapılacak hâlâ çok iş var. Bunu eskiden olduğu gibi yapamam. Bu eskiden daha eğlenceliydi. Bunu yapmak için yeterli değilim.*"

↓

[Yaygın] Duygusal tepkiler: *Üzüntü, suçluluk, kendine kızgınlık.*

↓

[Yaygın] Davranışlar: *Etkinliği durdur. Kendini makul bir noktanın ötesine iter. Bu etkinliği gelecekte tekrar yaparken başarısız olacağını düşünür.*

Hastaların etkinlikleri yaparken veya sonrasında kendi kendilerini eleştiren düşünceleri artabilir; bu düşünceleri sonuçlara yansıtırlar. Bir etkinlikten sonra ya da etkinlikleri planlanırken, hastaların otomatik düşünce ile ilgili beklentileri önemlidir. Otomatik düşünceler hastanın etkinliklerinin başlangıcına müdahale eder, bunun yanında bu düşünceler, hastanın zevk alma hissini ya da başarma hissini de azaltır.

Sally gibi görece "kolay" hastaları tedavi ederken, onların daha iyi hissetmelerine yardımcı olacak potansiyel etkinliklerin belirlenmesini kolaylaştıracaksınız. Bu etkinlikler onların iyi hissetmesine, düşüncelerini açıklamalarına, zevk almalarına ya da belirledikleri etkinlik planına göre üretken etkinlik yapmalarına

yardımcı olacak. Hafta içinde oldukça pasif ve eylemsiz olmaları önlenmelidir. Depresyon düzeyi yüksek olan hastalar, saatlik etkinlik planı yapabilmek için yardımınıza ihtiyaç duyarlar. Potansiyel olarak yardımcı olacak bazı hastaların yaptıkları etkinliklerin ardından aldıkları zevk ve başarı hislerini derecelendirmeleri, onların daha aktif olmaları ve bozuk düşüncelerine yanıt vermelerinin duygu durumlarını iyileştirip iyileştirmediğini incelemeleri faydalı olabilir.

Hastaları, davranışsal olarak aktive etmenin muhtemelen en kolay ve en hızlı yolu, tipik günlük planlarını gözden geçirmektir (sayfa 50-52). Aşağıdaki sorular tartışmanıza rehberlik edebilir.

- Hastalar hangi etkinlikleri daha az yapıyor ve bu nedenle kendilerini başarı (yetkinlik) hissi, zevk hissi veya her iki hissi yaşamaktan mahrum bırakıyor? Bunlar iş veya okul, aile, arkadaşlar, komşuluk ilişkileri, gönüllülük, spor, hobiler, fiziksel egzersiz, ev işleri, doğa, manevi veya sezgisel, entelektüel veya kültürel uğraşıları ile ilgili etkinlikler olabilir.
- Hastalar iyi bir yetkinlik ve zevk deneyimi dengesine sahip mi? Örneğin, hastalar kendilerini çok zorluyor mu ve bu nedenle zevk eksikliği yaşıyorlar mı? Zorlayıcı olacağını tahmin ettikleri etkinliklerden kaçınıyorlar mı ve dolayısıyla, yetkinlik hissi elde etme fırsatı çok az mı?
- Yetkinlik ve/veya zevk almada hangi etkinlikler en düşük seviyede? Yatakta uzun uzun düşünme gibi bu etkinlikler doğası gereği hoşnutsuzluğa neden oluyor mu ve bu nedenle bu etkinliklerin sıklığı azaltılmalı mı? Ya da depresif düşüncelerinden ötürü, potansiyel olarak ödül veren etkinlikler sırasında hastalar hoşnutsuz hissediyor mu?

Aşağıdaki terapi konuşmasında Sally ile planını gözden geçiriyoruz. Zamanını nasıl daha iyi planlayabileceğine dair sonuçlarını pekiştiriyor, belirli değişiklikler yapması konusunda ona cesaret veriyorum. Bu değişiklikleri uygulamaya engel olabilecek düşüncelerin ortaya çıkmasına, test edeceği düşüncelerini adlandırmasına yardımcı oluyorum. Yapacağı bir ödevle ilgili seçim şansı veriyorum ve ona kendisine kredi vermesini öğretiyorum.

TERAPİST: Planını düşündüğünde ne fark ediyorsun? Örneğin depresif olmadığın zamanı, bir yıl öncesini düşündüğünde etkinliklerinin farklığı hakkında neler söyleyebilirsin?

HASTA: Yatakta çok fazla zaman geçiriyorum.

TERAPİST: Yatakta kalmak daha iyi hissetmeni mi sağlıyor? Yataktan daha dinç ve enerji dolu hâlde mi çıkıyorsun?

HASTA: (*Düşünür.*) Hayır. . . Sanmıyorum. Yataktan çıktığımda genellikle mahmur ve bitkin hissediyorum.

TERAPİST: Bu önemli bir bilgi. [Psikoeğitim verme] Öyle görünüyor ki, depresif hastaların çoğu yatakta kalırlarsa daha iyi hissedeceklerini düşünürler. Ancak, genellikle onlar yapacak *bir şey* bulduklarında daha iyi hissederler... Farklı olan başka ne var?

HASTA: Geçen dönem, arkadaşlarla daha fazla dışarı çıkardım veya onlarla vakit geçirirdim. Şimdi sadece yurt odamdan çıkıp sınıfa, kütüphaneye, kafeteryaya gidiyorum ve tekrar odama dönüyorum.

TERAPİST: Bu durumda, gelecek hafta neyi değiştirmek istediğinle ilgili bir düşüncen var mı?

HASTA: Evet, başkalarıyla daha fazla vakit geçirmek istiyorum ancak hiç enerjim yok.

TERAPİST: Bu yüzden yatakta kalıyorsun?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Pekâlâ, ilginç bir fikrin var: "İnsanlarla vakit geçirmek için enerjim yok." Bunu not alalım [Davranışsal deneyimi düzenlemek için bilgi toplama]. Şimdi, doğru olup olmadığını görmek için bu fikri nasıl test edebiliriz?

HASTA: Sanırım arkadaşlarımla daha fazla vakit geçirmeyi planlayabilir ve bunu yapıp yapamayacağımı görebilirim.

TERAPİST: [Sally'i bunu yapma konusunda motive etmeye çalışma] Bunu yapmanın bir yararı olacak mı?

HASTA: Sanırım daha iyi hissedebilirim.

Sally'nin ses tonundan bu deneyimi yaşamaya gönülsüz olduğunu çıkarıyorum. Otomatik düşüncelerine müdahale edebileceğini kavrıyorum.

Durum: *Arkadaşlarla vakit geçirmeyi konuşma*
↓
Otomatik düşünce: *??*
↓
Duygusal tepki: *Belirtilmemiş olumsuz duygu*

Sally'nin otomatik düşüncesini keşfetmek için ona doğrudan soruyorum:

TERAPİST: Şu anda aklından ne geçiyor?

HASTA: Bilmiyorum.

TERAPİST: [Sally'nin gerçekte inandığını düşündüğüm düşüncesinin *karşıtı*] Arkadaşlarınla ne kadar iyi zaman geçireceğini mi düşünüyordun?

HASTA: Hayır, sanırım arkadaşlarımın benimle vakit geçirmek istemeyecekleri konusunda endişeliydim.

TERAPİST: Pekâlâ [Bilişsel modeli destekleme]. Bu düşüncenin seni onlara yaklaşmaktan alıkoyacağının farkında mısın?

Zihnimde aşağıdaki hipotezi oluşturuyorum:

Durum: *Arkadaşlarla takılmayı düşünme*
↓
Otomatik düşünce: "*Onlar benimle çıkmak istemeyecekler.*"
↓
Duygusal tepki: *Üzüntü?*
↓
Benzer davranışsal tepki (otomatik düşünceye yanıt vermezse): *Odasında kalır.*

Ardından, Sally'nin kendi yanıtını tasarlayıp tasarlayamayacağını belirliyorum. Tasarlayamadığında, düşüncesinin geçerliliğini değerlendirmesi konusunda ona yardım ediyorum ve bir davranışsal deneyim oluşturuyorum.

TERAPİST: Bu düşünceye nasıl yanıt verebilirsin?

HASTA: . . . Bilmiyorum.

TERAPİST: Onların seninle takılmak istemediklerine dair herhangi bir kanıtın var mı?

HASTA: Aslında yok, meşgul olmadıkları sürece. . . Ve benim bugünlerde neşeli olmamam haricinde.

TERAPİST: Bir şey dediler mi?

HASTA: Hayır. . .

TERAPİST: Diğer taraftan, onların seninle vakit geçirmek isteyebileceklerine dair kanıtın var mı?

HASTA: (*Düşünür.*) Emily bugün onunla öğle yemeğine çıkmamı istedi fakat ben gitmedim.

TERAPİST: Tamam, bu iyi bir haber. Emily veya başkalarının seninle takılmak isteyip istemediklerinden nasıl emin olabilirsin?

HASTA: Sanırım onlara akşam yemeğine çıkmayı veya bir şeyler yapmayı isteyip istemediklerini sorabilirim.

Sonra davranışsal deneyimi yolu ile olumlu sonuç değişimini en üst düzeye çıkarmak için bir dizi soru sorarım.

TERAPİST: Sence, en kolay kime sorulabilir? Emily'e mi?

HASTA: Hayır, sanırım Allison ve Joe.

TERAPİST: Güzel. O hâlde öngörülerinin ikisini test edebilirsin. Birincisi, arkadaşların seninle takılmak isteyip istemeyeceği; ikincisi onlarla vakit geçirememeyecek kadar yorgun olup olmadığın. Bu doğru mu?

HASTA: Evet.

TERAPİST: [Sally'nin bu kararına uyma ihtimalini artırmaya çalışmak] Allison ve Joe ya da bir başkasına bu teklifi yapma olasılığın ne kadar?

HASTA: (*Doğrulayıcı bir ses tonuyla*) Yapacağım.

TERAPİST: [Eğer hemen yaparsa Sally'nin bunu yapma olasılığının yüksek olduğunun farkına varma] Bugün yapabileceğini düşünüyor musun?

HASTA: Sanırım yapacağım. Seanstan sonra onlara mesaj atacağım.

TERAPİST: [Olumlu destek verme] Bu harika! Peki, bu gerçekleşirse haftanın geri kalanında arkadaşlarla bir arada olmaya devam etmeye çalışabilir misin? Ne düşünüyorsun?

HASTA: Evet, tabi.

TERAPİST: [Çok bitkin olduğunda Sally'nin arkadaşlarını geri çevirebileceğini varsayma] Arkadaşlarına depresyonunla ilgili bir şeyler hakkında konuşmak ister misin? Ya da dengelemek için biraz daha iyimser şeyler hakkında nasıl konuşabilirsin?

HASTA: Hayır, sanmıyorum. Bitkin olduğumu zaten biliyorlar. Oldukça destekliyorlar.

TERAPİST: Güzel... [Bitkin olduğunda Sally'nin daha kötü hissedeceğini tahmin ederek] Arkadaşların hayır derse seninle vakit geçirmek istemediklerinden değil, meşgul oldukları için hayır dediklerini hatırlamanın önemli olduğunu düşünüyor musun?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Bunu not almalı mıyım?

HASTA: (*Başını sallar.*)

TERAPİST: (*Yazar.*) "Onlar hayır derse, benimle takılmak istiyorlar ancak çok yoğunlar." (*Bekler.*) Güzel. Şimdi, planına geri dönebilir miyiz? Değiştirme ihtiyacı hissettiğin bir şey var mı?

HASTA: Sanırım çok fazla TV izliyorum.

TERAPİST: Bu hafta bununla ilgili değiştirebileceğin bir şey var mı?

HASTA: Gerçekten bilmiyorum.

TERAPİST: Fiziksel egzersiz yapmaya pek vakit ayırmıyorsun gibi duruyor, doğru mu?

HASTA: Evet. Çoğu sabah koşardım veya yüzerdim.

TERAPİST: Son zamanlarda bunları yapmaktan seni alıkoyan nedir?

HASTA: Sanırım öncekiler gibi aynı şey. Gerçekten yorgun hissettim. Ve onlardan keyif almayacağımı düşündüm.

Durum: *Egzersiz yapmayı düşünme*
↓
Otomatik düşünceler: "*Çok yorgunum. Ondan zevk almayacağım.*"
↓
Duygusal tepki: *Hoşnutsuzluk*
↓
Davranışsal tepki: *Yatakta kalma.*

TERAPİST: Daha fazla egzersiz planlamak ister misin, örneğin bu hafta birkaç defa kısa koşu veya yüzme?

HASTA: Olur.

TERAPİST: En azından üç defa, arkadaşlarını görmek, yüzmek veya koşmak için plan yapma olasılığın nedir?

HASTA: Yapacağım.

TERAPİST: Bunları yapma ihtimalini artırmak için bunları etkinlik şemasına yazmalı mıyız [bk. Şekil 6.1]?

HASTA: Hayır, gerek yok. Onları yapacağım.

TERAPİST: Bir şey daha. Bunların birini her yaptığında kendine kredi vermeyi düşünüyor musun? Sadece şunu söyleyebilirsin; "Güzel. Yaptım!"

HASTA: (*Alaycı ve keyifli bakarak*) Arkadaşlarımla plan yaptığım için kendime kredi vermemi mi istiyorsunuz?

TERAPİST: Kesinlikle [Psikoeğitim verme]. İnsanlar bunalımda olduklarında, daha önce kolayca yaptıkları şeyleri yapmaları, onlar için çoğu zaman zordur. Bir arkadaşı arama veya kısa bir koşuya çıkma gibi şeyler, depresyonu yenmeye başlamada gerçekten önemlidir. Ve yatakta uzanmaktan daha fazla enerji harcarlar. Bu yüzden elbette krediyi hak ediyorsun.

HASTA: Fakat bunlar eskiden çok kolaydı.

TERAPİST: Depresyonu yendiğinde, kendine kredi vermene gerek yok. Ama şu an yapmak "çok az zor" olsa bile, krediyi hak ediyorsun. Ve kendine bunu hatırlatman, daha iyi olmak için üretken bir şey yaptığını fark etmene katkı sağlayacaktır.

		PAZARTESİ	SALI	ÇARŞAMBA	PERŞEMBE	CUMA	CUMARTESİ	PAZAR
Sabah	6-7							
	7-8							
	8-9							
	9-10							
	10-11							
Öğleden sonra	11-12							
	12-1							
	1-2							
	2-3							

(devamı)

ŞEKİL 6.1 Faaliyet Tablosu. J. S. Beck (2011). Telif hakkı 2011, Judith S. Beck. İzin ile uyarlanmıştır.

İzin alınarak tekrar basılmıştır: Bilişsel Davranış Terapisi:Temelleri ve Ötesi, İkinci Basım, Judith S. Beck (Guilford Press, 2011). Bu materyalin fotokopisinin çekilme izni, sadece kişisel kullanım için bu kitabı satın alan kişilere verilmiştir (ayrıntılar için telif hakkı sayfasına bk.). Satın alanlar bu materyalin daha geniş versiyonunu www.guilford.com/p/beck4 adresinden indirebilirler.

	PAZARTESİ	SALI	ÇARŞAMBA	PERŞEMBE	CUMA	CUMARTESİ	PAZAR
Öğleden sonra							
3-4							
4-5							
5-6							
6-7							
Akşam							
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-1							

ŞEKİL 6.1 *(devamı).*

HASTA: Pekâlâ.

TERAPİST: Aslında, her zaman aktif bir şey yaptığında kendine kredi vermeni isterim; yani, her zaman kestirmediğinde veya TV izlemediğinde veya internette gezinmediğinde [Kendine kredi vermenin daha ayrıntılı açıklaması için sayfa 274-276'ya bk.].

Bu bölümde, Sally'nin kendi sıradan bir gününden sonuç çıkarmasını sağladım. Bazı hastalar bunu yapma konusunda diğerlerine kıyasla daha fazla rehberliğe ihtiyaç duyar (örneğin, "Yatakta ne kadar vakit geçirdiğinin farkında mısın? Uyandığında duygu durumun nasıl - daha iyi hissediyor musun? Bu hafta hangi değişiklikleri denemek isteyebileceğini düşünüyorsun?"). Olumsuz tahminlerinin geçerliliğini test etmek için davranışsal deneyim önererek Sally'e belirli değişiklikleri uygulama konusunda rehberlik ediyorum ve müdahalede bulunacak otomatik düşünceleri belirliyorum. Ondan ayrıca, etkin olduğu her zaman için kendisine kredi vermesini istiyorum.

S: Peki hastalar daha aktif olamayacaklarına veya daha fazla aktif olmanın duygu durumlarını iyileştirmeyeceğine inanıyorlarsa?

C: Eğitim vermeniz hastaların kendi düşüncelerini test etmelerine yardım edecek, davranışsal deneyimler oluşturarak aşağıdaki gibi bir etkinlik tablosunu kullanacaksınız.

TERAPİST: [Hastanın sıradan bir gününün özetini gözden geçirir.] Pekâlâ, depresif olduğunda etkinliklerinin çok değiştiği görülüyor.

HASTA: Evet, sadece çok fazla enerjim yok. Zamanın büyük çoğunluğunda sadece evin içinde yatıyorum.

TERAPİST: Peki duygu durumun nasıl oluyor?

HASTA: Oldukça kötü. Her zaman bunalımdayım.

TERAPİST: Evin içinde yatmaya devam edersen ne olacağını düşünüyorsun?

HASTA: Bilmiyorum. Sanırım hiçbir şey.

TERAPİST: Bu yüzden depresyonda olmaya devam edeceksin?

HASTA: Sanırım öyle.

TERAPİST: Arkadaşlarını arama veya yürüyüşe çıkma gibi, sana zevk veya başarı hissi verebilecek bazı şeyler planlamayı, kendin için daha iyi bir program yapmayı denemeyi düşünür müsün?

HASTA: Yardımcı olacağını düşünmüyorum. Ve her zaman çok yorgunum. Sanırım daha iyi hissedene kadar beklemeliyim.

TERAPİST: Biliyorsun, bu tam olarak depresyondaki çoğu kişinin söylediği şey. Fakat araştırma bize bunun tam tersi olduğunu gösteriyor. Kişilerin depresyonu yenmelerinin yolu, ilk olarak daha aktif olmalarıdır; ardından daha iyi hissetmeye başlarlar.

HASTA: Hım.

TERAPİST: Çok yorgun olup olmadığını ve daha fazla şey yaptığında duygu durumunda ne gibi değişiklikler olduğunu görmek için bu hafta bir deneme yapmak ister misin?

HASTA: Sanırım evet.

TERAPİST: Görelim öyleyse [çeşitli etkinlikler için gerekli enerji arasında zıtlık sunma]. Çok zor olduğundan emin olduğunu bildiğin şeyler nelerdir? Koşma? Gün boyunca birinin ayak işlerini yapmak? Tüm daireyi temizlemek?

HASTA: Evet, bunları yapamazdım.

TERAPİST: Peki, diğer yandan daha az enerji gerektiren şey nedir?

HASTA: (*İç çeker.*) Kütüphaneye gidebilirim. Günü geçmiş kitabı iade edebilir ve belki birkaç DVD alabilirim.

TERAPİST: [Olumlu destek sunma] Güzel fikir! Başka ne yapabilirsin?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: Her biri sadece 10 dakika süren, günde birkaç iş yapabileceğini düşünüyor musun?

HASTA: Sanırım yapacağım.

TERAPİST: Güzel.

Terapist hastanın bu görevleri belirlemesine yardım eder ve ilave etkinlikler arar ve sonra, hastanın bir etkinlik tablosu kullanmasını ister.

TERAPİST: Tüm bunlar güzel etkinlikler (*Şekil 6.2'deki Etkinlik Tablosunu çıkararak*). Bunları ne zaman yapabileceğini seninle birlikte belirlemek istiyorum. Bu tabloya yazarsak sorun olmaz değil mi?

HASTA: Pekâlâ.

TERAPİST: (*Hastanın sıradan bir gününün açıklamasına bakarak*) Pekâlâ, genellikle 11.00 - 11.30 sıralarında uyanıyorsun gibi duruyor. Sabah 10.00 ve 10.30'da kalkmaya ne dersin?

		PAZARTESİ	SALI	ÇARŞAMBA	PERŞEMBE	CUMA	CUMARTESİ	PAZAR
Sabah	6-7	Uyku						
	7-8	Uyku						
	8-9	Uyku						
	9-10	Uyku						
	10-11	Yataktan kalkma/ duş/ giyinme						
	11-12	Kahvaltı, 10 dk. mutfak temizliği						
Öğleden sonra	12-1	TV, gazete						
	1-2	Sipariş veya alışveriş						
	2-3	Dinlenme						

(devamı)

ŞEKİL 6.2 Daha şiddetli bunalımdaki hasta için Başlangıç (kısmi) Faaliyet Tablosu. . J. S. Beck (2011). Telif hakkı 2011, Judith S. Beck. İzin ile uyarlanmıştır.

		PAZARTESİ	SALI	ÇARŞAMBA	PERŞEMBE	CUMA	CUMARTESİ	PAZAR
Öğleden sonra	3-4	TV Öğle yemeği 10 dk. mutfak temizliği						
	4-5	Kız kardeşi çağır Çamaşır işleri - 10 dk.						
	5-6	TV Yürüyüş						
Akşam	6-7	Dinlenme Çamaşır işleri - 10 dk.						
	7-8	Akşam yemeği 10 dk. mutfak temizliği						
	8-9	Jonathan'ı çağır E-posta						
	9-10	Youtube İnternette gezinme						
	10-11	Okuma						
	11-12	Yatağa girme Uyku						
	12-1	Uyku						

ŞEKİL 6.2 *(devamı)*

HASTA: Bunu yapabilirim.

TERAPİST: Peki, sonrasında ne yapılsa iyi olur?

HASTA: Duş almak sanırım. Giyinmek. Kahvaltı yapmak.

TERAPİST: Yani bu her zaman yaptıklarına kıyasla bir değişiklik mi?

HASTA: Evet, bazen gün boyunca giyinmem.

TERAPİST: Saat 10.00 alanına "Yataktan kalk, duş al, giyin" yazmaya ne dersin? Ve sonra saat 11 alanına "Kahvaltı yap" yazmaya? [bk. Şekil 6.2.]

HASTA: Pekâlâ (*Bunu uygular.*).

TERAPİST: Şimdi, kahvaltı sonrasında ne yapmak istersin? Kahvaltı bulaşığını yıkamak?

HASTA: Yapmalıyım. Bulaşıkları lavaboda topluyorum. Mutfak karmaşa içinde.

TERAPİST: Bu yüzden bulaşıkları yıkamaya veya mutfağı 10 dakika temizlemeye ne dersin? Her şeyi bir anda bitirmek zorunda değilsin.

HASTA: (*Rahatlama iç çekişi*) Tamam.

TERAPİST: Peki bulaşık yıkadıktan sonra? Her zamanki gibi mola vermek, TV izlemek, gazete okumak veya internette gezinmek ister misin?

HASTA: Evet, bu iyi olur.

TERAPİST: Pekâlâ, saat 11 alanına "mutfağı 10 dk. temizle" ve saat 12 alanına "TV, gazete veya internette gezinme" yazalım.

Terapist ve hasta, bir sonraki günün programını yapana kadar bu şekilde devam eder. Hasta çok pasif olduğundan terapist çok yoğun bir program hazırlayarak onu bunaltmamaya özen gösterir. Kısa etkinlik süreleri ve daha uzun boş zaman etkinlik süreleri oluşturur. Hastadan, programa uyduğu her zaman kendisine kredi vermesini ister. Sonra hastaya, aynı temel programı her gün uygulamayı isteyip istemeyeceğini sorar. Hastanın evde yapabileceği potansiyel görevlerin, arayabileceği kişilerin ve gidebileceği yerlerin listelerini hazırlar.

İzleyen seansta terapist, izleyen etkinlik çizelgesindeki yapılacak ödevleri gözden geçirir. Hastanın etkinlikleri yapmak için çok yorgun olacağı ve bunları yapmanın yararı olmayacağı ile ilgili önceki öngörüleri hakkında hastaya sorular sorar. Otomatik düşüncelerinin doğru olmadığını keşfetmesi sonucunda, daha erken kalkması ve çok sayıda üretken veya keyif verici etkinlikte bulunması konusunda hastayı motive eder.

S: Ya ... hastalar herhangi bir keyif verici etkinlik ileri süremezse?

C: Hastaların etkinlikleri seçebileceği birçok liste mevcuttur. Örneğin Frisch (2005), MacPhillamy ve Lewinsohn (1982)'de tanımlı liste. Bunlara şu adresten ulaşılabilir: *www.healthnet-solutions.com/dsp/PleasantEventsSchedule.pdf.* Hasta seçim yapacağı listeyi gözden geçirirken zorlanmışsa: "Listedeki hangi beş veya 10 etkinliğin en çok keyif vereceğini düşünüyorsun?" demek yararlı olur. Hastalar isteksizse hastaların, yatakta kalmalarının hoşnutsuzluklarını devam ettireceği veya artıracağını anlamalarına yardım etmek faydalıdır. Ardından onlara, listeden verilen bir etkinlikte bulunmalarının, yatakta kalmaya kıyasla duygu durumlarını daha kötü yapma ihtimalinin ne olduğunu düşünüp düşünmediklerini sorun. Cevapları hayır ise onlara etkinliği planlamayı isteyip istemediklerini sorun. Cevapları evet ise haklı olup olmadıklarını görmek için bir davranışsal deneyim yapmayı isteyip istemediklerini sorun.

S: Ya ... hastalar zaten dolu veya aşırı şekilde etkinlik planı yapmışsa?

C: Hastalar iyi bir etkinlik dengesine sahipse programlarını değiştirmeye ihtiyaçları olmayabilir. Bu denge iyi değilse biraz dinlenme zamanı oluşturma ve/veya eğlenceli etkinliklerin ve/veya yetkinlik etkinliklerinin sayısını artırmaya ihtiyaç duyabilirler. Çok yoğun programları varsa etkinlik seviyesini düşürmeye ihtiyaç duyabilirler (Ayrıca kendilerine bu değişikliklerin herhangi birini yaptıkları için kredi vermeye ihtiyaç duyarlar.). Belirtilen durumlarda, etkinliklerinden keyif veya yetkinlik hissi almazlarsa yaşadıkları kötü bozuk işlevli bilişlere yanıt vermede, sizin yardımınıza ihtiyaç duyabilirler. Ayrıca etkinliklerini değiştirmeye müdahale eden otomatik düşüncelere de yanıt vermeye ihtiyaç duyabilirler.

S: Ya... hastalar etkinliklerini değiştirmenin duygu durumları üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını söylerse?

C: En şiddetli depresyon durumları hariç, hastaların nasıl hissettikleri konusunda herhangi bir dalgalanma yaşamamaları olası değildir. Fakat bu dalgalanmalar küçük olabilir ve hastalar bunları hatırlamayabilir. Bu hastalar için başarı ve yetkinlik hislerini 10 puanlık bir ölçekle değerlendirmeyi ve duygu durumlarını etkinliklerden hemen sonra derecelendirmeyi öğretmek hastalara yardımcı olur.

TERAPİST: [Hastanın ödevini gözden geçirerek özet yapma] Bu hafta, duygu durumunu iyileştirebileceğini tahmin ettiğimiz birçok şey yaptın ancak fayda sağlayan herhangi bir şey bulmadın? Ne yaparsan yap duygu durumun aynıydı?

HASTA: Evet.

TERAPİST: İki teorim var. Birincisi, müdahale eden otomatik düşüncelerin vardı. Ve/veya ikincisi, belki hafif düzeyde duygu durumu değişimi yaşadın fakat onları ya fark etmedin ya da hatırlamıyorsun.

HASTA: Bilmiyorum.

Bunun üzerine terapist, hastanın çeşitli etkinliklerde bulunurken edindiği bilişleri ortaya çıkarır ve onların gelecek hafta tekrar meydana gelebileceğinin farkında olarak onlara yanıt vermesi için ona yardım eder. Terapist ayrıca, hastanın kendisine kredi vermeyi ihmal ettiğini saptar. Sonra, hastanın edindiği yetkinlik ve zevk hissini derecelendirmesine karar verirler.

TERAPİST: İlk olarak bir keyif ölçeği oluşturduğumuzu varsayalım, böylece etkinliklerini derecelendirmek için bir rehberin olacak [bk. Şekil 6.3]. 0-10 arası bir ölçekte, hangi etkinliğe 10 verirsin? Sana büyük keyif veren veya sana büyük keyif verdiğini hayal edebileceğin bir etkinlik?

HASTA: Sanırım, [futbol takımının] şampiyonluk maçına gitmem.

TERAPİST: Pekâlâ, "10"un yanına şemada "Futbol maçında" yaz.

HASTA: (*Bunu uygular.*)

TERAPİST: Peki, neye 0 verirdin? Sana kesinlikle keyif vermeyen bir etkinlik?

HASTA: Partnerimle tartışmam.

TERAPİST: Pekâlâ, 0'ın yanına onu yaz.

HASTA: (*Bunu uygular.*)

TERAPİST: Ve ikisi arasında ne olurdu?

	Keyif	**Yetkinlik**
10	Futbol maçında	Deste oluşturma
5	Erkek kardeşle akşam yemeği	Geçen yıl yaprakları tırmıklamak
0	Partner ile tartışma	Karşılıksız çek vermek

ŞEKİL 6.3. Keyif ve Yetkinlik Derecelendirme Ölçeği.

HASTA: Sanırım, erkek kardeşimle akşam yemeği yemem.

TERAPİST: Güzel, bunu da yaz.

Hasta etkinlikleri sayılarla kolayca eşleştirebiliyorsa ve isterse hasta daha fazla nokta ekleyebilir olmasına karşın bu üç ana nokta genellikle yeterlidir. Hasta sayılarla zorluk yaşıyorsa önemli noktaları "düşük", "orta" ve "yüksek" şeklinde değiştirebilirsiniz. Keyif ölçeğini tamamladıktan sonra hasta başarı ölçeğini aynı şekilde doldurur. Ardından terapist hastadan, bugünün etkinliklerini derecelendirmesi için ölçeğini kullanmasını ister.

TERAPİST: Bu iyi. Şimdi, bugünün programını biraz dolduralım. Saat 11.00 bloğu —"terapi" ve onun altına, "K =_____" ve "Y =_____" yaz. Bugün terapi sırasında ne kadar başarı veya yetkinlik hissi yaşadın?

HASTA: Yaklaşık 3.

TERAPİST: Peki keyif?

HASTA: Yaklaşık 2 (*Blokları doldurur.*).

TERAPİST: Bugün terapiden hemen önceki saatte ne yaptın?

HASTA: Kitapçıya gittim.

TERAPİST: Pekâlâ. Saat 10.00 bloğuna "kitapçı" yaz. Şimdi ölçeğe bakalım. Bu saat sırasında ne kadar başarı hissi yaşadın?

HASTA: Belki 2 veya 3 (*Not alır.*). İstediğim kitabı buldum.

TERAPİST: Peki keyif?

HASTA: Hiç almadım, gerçekten.

TERAPİST: Yani kitapçıda olmak, partnerinle tartışmak gibi miydi?

HASTA: Hayır, sanırım yaklaşık 2.

TERAPİST: Ama bu ilginç değil mi? İlk tepkin, hiç keyif almadığın idi. Depresyon muhtemelen farkına varmaya veya belki de hatırlama, keyif verici etkinliklere müdahale eder. Bazı etkinliklerin diğerlerinden daha iyi olup olmadığını anlamak için bu etkinlik tablosunu bu hafta taşımanın kayda değer olduğunu düşünmemin nedeni bu (*Bekler.*). Yapılacaklar konusunda kararlı mısın?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Tüm bunları yapmanın neden değerli olduğunu söyleyebilir misin?

HASTA: Yapmakta olduğum şeye bağlı olarak duygu durumumun belki biraz değiştiğini söylüyor gibisiniz.

TERAPİST: Peki *sen* ne düşünüyorsun?

HASTA: Doğru olabilir.

TERAPİST: Bu doğruysa gelecek hafta sana daha iyi hissettirecek.

Daha fazla etkinlik planlamayı deneyebiliriz. En iyisi, bu derecelendirme ölçeğini, etkinliği bitirdiğin ana en yakın sürede doldurman; böylece ne yaptığını unutmayacağın için derecelendirmelerin daha doğru olacaktır. Eğer bu mümkün değilse öğle yemeği, akşam yemeği veya uyku vaktinde doldurmayı deneyebilir misin?

HASTA: Tabi, bu sorun olmaz.

TERAPİST: Ve eğer bunu her gün doldurabilirsen bu bize çok fazla bilgi sağlayacaktır. Ama birkaç gün bile yapsan, bir miktar bilgi verecektir. Ve son olarak bir sonraki seansımızdan bir gün önce, etkinlik tablosuna bakabilir misin? Herhangi bir örüntü ya da ondan öğrenebileceğin herhangi bir şey olup olmadığına bak. İstersen sonuçlarını arka tarafa not al. Tamam mı?

HASTA: Tamam.

TAHMİNLERİN DOĞRULUĞUNU DEĞERLENDİRMEK İÇİN ETKİNLİK TABLOSUNU KULLANMA

Hastalar planlama etkinliklerinin faydası dokunacağına kuşku ile yaklaştıklarında, onlardan, bir etkinlik tablosunda yetkinlik ve keyif veya duygu durumu düzeylerini *tahmin etmelerini* ve ardından *gerçek* dereceleri, diğeri üzerine kaydetmelerini isteyebilirsiniz. Bu karşılaştırmalar, kullanışlı bir veri kaynağı olabilir.

TERAPİST: İlk etkinlik tablosundaki tahminlerine ve ikinci tablodan, gerçekte ne *olduğuna* bakalım.

HASTA: (*Başı ile onaylar.*)

TERAPİST: Arkadaşlarınla görüşmek için yaptığın bu üç plan için genellikle 0'lardan 3'lere kadar olmak üzere çok düşük puanlar öngörmüştün. Ne oldu?

HASTA: Aslında, düşündüğümden daha iyi zaman geçirdim, keyif puanlarım 3'lerden 5'lere kadardı.

TERAPİST: Bu sana ne ifade ediyor?

HASTA: Sanırım iyi bir tahmin yapamıyorum. Keyif almayacağımı düşünmüştüm fakat en azından biraz keyif aldım.

TERAPİST: Önümüzdeki hafta için daha fazla sosyal etkinlik planlamak istiyor musun?

HASTA: Evet, yapmalıyım.

TERAPİST: Güzel. Ne olabileceğini ve aslında terapiye gelmeden önce ne olduğunu görüyor musun? Arkadaşlarınla kötü zaman geçireceğini tahmin ediyordun, bu yüzden hiç plan yapmadın, aslında onların davetini geri çevirdin. Bu terapi ödevin, fikirlerini test etmene yardımcı olmuş gibi görünüyor ve sen, kötü zaman geçireceğin konusunda yanlış öngörüde bulunduğunu anlamış gibi görünüyorsun; şimdi ise daha fazla plan yapmaya istekli gibi görünüyorsun. Doğru mu?

HASTA: Evet. Fakat bu bana, Daha iyi olacağını öngördüğüm fakat daha kötü sonuçlanan bir konu hakkında konuşmak istediğimi hatırlattı.

TERAPİST: Pekâlâ, ne zamandı bu?

HASTA: Hafta boyunca koşuya çıktığımda başarı ve keyif için 4 derecelik bir başarı elde edeceğimi öngörmüştüm. Fakat her ikisi de 1'lerde kaldı.

TERAPİST: Nedeni hakkında bir fikrin var mı?

HASTA: Aslında yok.

TERAPİST: Koşarken nasıl hissediyordun?

HASTA: Çoğunlukla hayal kırıklığı.

TERAPİST: Peki aklından ne geçiyordu?

HASTA: Bilmiyorum. Çok iyi hissetmiyordum. Gerçekten kolayca nefesim kesildi. Ne kadar zor olduğuna inanamadım.

TERAPİST: "Çok iyi hissetmiyorum.", "Nefesim kesildi." "Bu zor." gibi düşüncelere kapıldın?

HASTA: Evet, sanırım.

TERAPİST: Aklından başka bir şey geçiyor muydu?

HASTA: Eskiden nasıl olduğunu hatırladım. Nefesim kesilmeden 2-3 mil gidebiliyordum.

TERAPİST: Eskiden nasıl olduğuna dair bir anı, bir imge var mıydı?

HASTA: Evet. Kolaydı. Şimdi çok formsuzum. Belki, asla eski formuma kavuşmayacağım.

TERAPİST: Pekâlâ, anlamış mıyım bir bakalım [Özetler]. Burada ofisimde, koşuya çıktığında orta düzeyde başarı ve keyif hissi alacağını düşünmüştün. Fakat çok az aldın. Eskiden nasıl olduğuna dair bir anın varmış ve "Bu zor.",

"Gerçekten nefesim kesildi.", "Bunu eskiden daha kolay yapardım." "Şu an formum çok kötü." "Belki asla eski formuma kavuşamayacağım." gibi müdahale eden düşüncelere sahipmişsin gibi duruyor. Ve bu düşünceler hayal kırıklığına neden oldu. Bu doğru mu?

HASTA: Evet.

Bu son kısımda terapist etkinlik tablosunu, hastanın bir etkinlikten aldığı keyfini baltalayan bir dizi otomatik düşünceyi belirlemede bir araç olarak kullanır. Bir sonraki bölümde terapist:

1. "Belki de asla eski formuma kavuşamayacağım" temel bilişini değerlendirmesine yardım edecek.
2. Ona, kendisinin kondisyonun en iyi noktası ile karşılaştırmak yerine en kötü noktası ile nasıl karşılaştıracağını öğretecek, böylece kendini eleştirmek yerine koşmaya devam etme konusunda kendisini iyi hissedecek.

Davranışsal etkinleştirme, çoğu depresif hasta için önemlidir. Birçok hasta sadece, etkinliklerin seçilmesi ve programlanmasında gerekçeye ihtiyaç duyar. Yapılacak rehberlikle, hastalar, etkinlikleri uygulamaya müdahale edebilecek otomatik düşüncelere uygun yanıtlar vermeye ve bu etkinliklerden keyif almaya veya yetkinlik hissi edinmeye ihtiyaç duyarlar. Terapistlerin hastaların daha aktif olmalarına yardım etme konusunda nazik şekilde ısrarcı olmaları gerekir. Oldukça eylemsiz olan hastalar, başlangıçta, artan etkinlik düzeyi ile günlük planı nasıl oluşturacaklarını ve ona nasıl bağlı kalacaklarını öğrenirler. Etkinlik planlama konusunda kuşkusu olan hastalar, fikirlerini test etmek için davranışsal deneyimler yaparak ve/veya tahminlerini gerçekte olanlarla karşılaştırarak otomatik düşüncelerinin doğruluğunu kontrol ederek yarar sağlayabilirler.

Bölüm 7

2. SEANS VE SONRASI: YAPI VE BİÇİM*

2. seansta, sonraki her seansta tekrarlanan bir format kullanır. Bu bölümde, 2. seanstan son seansa kadar terapinin genel seyri açıklanmaktadır. Tedavinin son aşaması Bölüm 18'de açıklanmaktadır. İlk seanslar sırasında sosyalleşen hastada ortaya çıkan tipik problemler Bölüm 8'de sunulmaktadır.

İkinci seans ve sonraki seansların tipik gündemi aşağıdaki gibidir:

Seansın Başlangıç Bölümü:

1. Bir ruhsal durum kontrolü yapmak,
2. Gündemi belirlemek,
3. Bir güncelleme yapmak,
4. Ödevi gözden geçirmek,
5. Gündemdeki öncelikleri belirlemek.

Seansın Orta Bölümü:

6. Belirli bir problem üzerinde çalışmak ve bu bağlamda bilişsel davranış terapisi becerilerini öğretmek,

* Çevirenler: Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert
Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

7. İlgili konuşmaları izlemek, iş birliğiyle belirlenen ödev(ler) vermek,
8. İkinci bir problem üzerinde çalışmak.

Seansın Sonu:

9. Özet yapmak ya da özet almak,
10. Yeni ödevleri gözden geçirmek,
11. Geri bildirim almak.

Bu tablodaki soruları yeni kullanmaya başladıysanız, bu tablonun bir kopyasını çıkartabilirsiniz. Bunu (veya basitleştirilmiş versiyonu) hastalarınıza gösterebilirsiniz böylece benzer tedavide ne olacağıyla ilgili daha iyi bir fikir edinebilir ve böylece seansın neresinde olduğunuza ilişkin kayıt tutabilirsiniz.

Sizin ikinci seanstaki amaçlarınız, problem çözümünün bağlamı üzerinde çalışarak önemli problemlerin tanımlanmasında hastaya yardımcı olmak, hastaya ilgili becerileri, özellikle tanımlamayı öğretmek ve depresif hastaların çoğu için etkinlik planları ile otomatik düşüncelere yanıt vermelerine yardımcı olmaktır. Bilişsel davranış terapisinde hastalarla kurmuş olduğunuz yakın ilişki devam edecek: seans formatını izleyerek, iş birliğiyle çalışarak, geri bildirim alarak, geçmişlerini görmeye başlamalarına yardımcı olacak ve bilişsel modelin ışığında deneyim edinmelerini sağlayacaksınız. Şayet hasta biraz daha iyi hissediyorsa hastalığın tekrarını önleyici çalışmaya da başlayacaksınız (bk. Bölüm 18). Her şeyin ötesinde siz terapötik bağı oluşturmak ve semptomları hafifletmek ve hastanın rahatlamasını sağlamakla ilgilenmelisiniz.

SEANSIN İLK BÖLÜMÜ

Aşağıda açıklanan oturumun başlangıç kısmının hedefleri şunlardır:

- Yeniden yakınlık kurmak,
- Çözüm için yardım isteyen hastaların problemlerini adlandırmak,
- Diğer önemli sorunlu alanları görüşmek için bilgi toplamak,
- Ödevleri gözden geçirmek,
- Gündemdeki problemleri öncelik sırasına koymak.

Hastalar seans öncesinde terapi için hazırlanan çalışma sayfasını (notlarını) zihinsel olarak ya da yazılı olarak gözden geçirdiğinde, bu hedeflere ulaşmak kolaylaşır (Şekil 7.1).

1. Son seansta bahsettiğimiz önemli konu neydi? Terapi notlarım ne söylüyor?
2. Benim duygu durumum diğer haftalarla karşılaştırıldığında nasıl?
3. Bu hafta terapistimin bilmesi gereken (olumlu ve olumsuz) neler oldu?
4. Çözümü için yardım istediğim problemler nelerdir? Kısaca problemlerin her birini nasıl adlandırabilirim?
5. Hangi ödevi yaptım? (Yapmadıysam ne engel oldu?) Ne öğrendim?

ŞEKİL 7.1 Terapi Ödevi için Hazırlık.

Duygudurum (ve İlaç) Kontrolü

Duygudurumun kontrolü genellikle kısadır. Bu kontrol hastaların nasıl gelişme gösterdiklerinin izlenmesinde size yardımcı olur. Hastalar semptom kontrol listesini tamamlarsa hastaların intihar düşüncesi, uyuma zorlukları, değersiz hissetme ya da cezalandırma gibi; en kötü durumun olacağından korkma, huzursuzluğun artması vb. gibi sözlü olarak ifade edilmeyen ek sorunları olup olmadığını araştıracaksınız. Seans sırasında bu problemlerin bir ya da daha fazlasına değinmek önemli olabilir.

Ayrıca hastalardan öznel bir tanım da elde etmeli ve objektif test sonuçlarıyla karşılaştırmalısınız. Test sonuçları ile öz bildirimler arasında fark varsa hastaya sorun (Örneğin; "Kendini daha kötü hissettiğini söyledin ama depresyon envanteri geçen haftaya göre daha düşük. Bu sonuç için ne diyorsun?"). Önceki ve şimdiki seansın hedef puanları arasında hızlı bir karşılaştırma yapmalısınız (Örneğin; Bu haftaki anksiyete puanın geçen haftakinden daha düşük. Daha az endişeli mi hissediyorsun?). Ayrıca hastaların sadece o gün nasıl hissettiklerine değil, bunun yanında geçen haftaki duygu durumlarını da incelemelisiniz. Tipik bir ikinci seans şöyle başlar:

TERAPİST: Merhaba Sally. Bugün nasıl hissediyorsun?

HASTA: Aşağı yukarı aynı, sanırım. Hâlâ oldukça depresif hissediyorum. Ve çok daha fazla endişeli.

Terapist: Formlarına bir göz atabilir miyim? Onları doldururken bütün bir haftayı mı yoksa sadece bugünü mü düşünüyordun?

HASTA: Tüm haftayı.

TERAPİST: Güzel. Tamam, evet, şüphesiz bu hafta çok daha endişeli görünüyorsun. Birkaç dakika konuşmak için gündeme "anksiyeteyi" koyalım mı?

HASTA: (*Başı ile onaylar.*)

TERAPİST: (*Beck Depresyon Ölçeğini göstererek*) Depresyon puanı geçen haftayla karşılaştırıldığında bu hafta biraz daha düşük görünüyor. Sen de bu şekilde hissettin mi?

HASTA: Evet, ben de öyle düşünüyorum.

TERAPİST: Tamam, bu iyi.

S: Ya... hastalar duygu durumları ilgili uzun uzadıya ayrıntıya girerse?

C: Kısa bir açıklama vermek için onlarla sohbet edeceksiniz.

Örneğin; "Sally, bir an için sözünü kesebilir miyim? Sadece birkaç cümleyle bana depresyon ve anksiyetenin geçen haftaya kıyasla nasıl olduğunu anlatabilir misin? Daha depresif mi hissediyorsun, aşağı yukarı aynı mı, yoksa daha az mı depresifsin?"

Sally'nin geçen haftaki duygu durumu ve nasıl hissettiği ile ilgili etraflı bir bilgi edinerek değişimle ilgili niteliği ortaya çıkarıyorum. Olumlu ve kendi düşüncesinde uyumsal değişimleri ona tanıtmak istiyorum.

TERAPİST: Neden daha az depresif olduğunu düşünüyorsun?

HASTA: Sanırım biraz daha umutlu hissediyorum, tedavi yardımcı oldu gibi.

TERAPİST: [incelikle pekiştirilen bilişsel model] Yani "Terapi yardımcı olabilir", gibi düşüncelerin vardı. Bu düşünceler sana daha umutlu, daha az depresif mi hissettirdi?

HASTA: Evet... ve kimya sınıfımdan Lisa – onunla çalışmamı rica etti. Dün bazı formülleri gözden geçirerek birkaç saat geçirdik. Bu bana daha iyi hissettirdi.

TERAPİST: Dün onunla çalışırken aklından ne geçti?

HASTA: Onunla çalışmamı rica ettiğine memnun oldum... Şimdi konuları daha iyi anlıyorum.

TERAPİST: O zaman bu hafta neden iyi hissettiğinle ilgili iki iyi örneğimiz var. Bir terapi hakkında umutlu düşüncelere sahip oldun. Lisa ile çalışınca küçükte olsa bir başarı duygusuna sahip oldun.

HASTA: Evet.

TERAPİST: Olumlu yönde bakmanın düşüncelerini ve hislerini nasıl etkilediğini görebiliyor musun?

Öz yeterlilik duygusu oluşturması ve daha fazla bilişsel ve davranışsal değişikler ve uyumsal değişiklikler yapabilmesi için Sally'inin yaptıklarını olumlu yönde pekiştiriyorum:

TERAPİST: Terapi hakkında sahip olduğun bu umutlu düşüncelerin ve Lisa ile çalışmak için çaba göstermen harika.

Hastalarınız daha iyi hissediyor ama nedeninden emin olamıyorsa onlara; "yaptıklarında ya da düşüncelerinde herhangi bir değişiklik fark ettin mi?" diye nedeni sorun.

S: Ya... hastalar kendi ruh hâllerindeki olumlu değişiklikleri dış etkenlere bağlıyorsa?

C: Hastalar sıklıkla " Kendimi daha iyi hissettim çünkü ilaçla tedavi işe yaramaya başladı/ patronum hasta olduğu için dışarıdaydı/ eşim bana karşı daha kibardı" der. Daha sonra siz "Onun yardımcı olduğundan eminim, ama bunun dışında kendinizi farklı *düşünürken* ya da farklı bir şey *yaparken* buldunuz mu?" diye sormalısınız.

Aynı şekilde, duygu durumları kötüleştiyse hastaların atıflarını öğrenmeye çalışmalısınız. "Bu hafta neden daha kötü hissettiğini düşünüyorsun? Bu, düşüncenle ya da yaptığın veya yapmadığın şeylerle ilgili bir şey olabilir mi?" Bu şekilde, incelikle bilişsel modeli pekiştirerek hastaların nasıl hissettiklerini bir miktar kontrol altına alabileceklerini vurgularsınız.

S: Eğer... hastalar duygu durumlarını *hiçbir şeyin* iyileştiremediğini belirtiyorsa?

C: Bu inanç içinde olan bazı hastalar ısrar ederler: "Bazı şeyler daha iyi; bazı şeyler daha kötü hissetmeme neden oluyor" bu konuları daha sonraki seansın gündemine almakta yarar olabilir. Şekil 7.2'deki gibi bir grafik, hastaların kendi duygu durumları üzerinde en azından minimum kontrol yapmalarına yardımcı olabilir. Güdümlü keşif yoluyla, onlara kaçınmayı, soyutlanmayı ve genellikle huzursuzluk hâlini (disfori) arttıran

Kendimi daha iyi hissettirecek şeyler:	**Kendimi daha kötü hissettirecek şeyler:**
Bisikletime binmek,	Yatakta kalmak,
E-maillerime cevap vermek,	Uzun kestirmeler yapmak,
Facebook'u incelemek,	Çok fazla televizyon izlemek,
Arkadaşlarımla buluşmak,	Boş boş oturmak.
Arabamı temizlemek vb.	

ŞEKİL 7.2. Bir iyi/kötü listesi.

hareketsizliği (ya da en azından düzelmezse) görmelerine yardımcı olabilirisiniz. Bazı etkinliklere katıldıklarında, sıklıkla kişiler arası etkileşim ya da zevk ve uzmanlık potansiyeli gerektiren etkinliklere dâhil olduklarında başlangıçta küçük bile olsa bu etkinliklerin ruh hâllerinde bir iyileşmeye yol açabileceğini belirtmelisiniz.

Kısa duygu durumu kontrolü çeşitli fırsatlar yaratır:

- Geçen hafta boyunca hastaların kendilerini nasıl hissettiklerine ilgi göstermelisiniz.
- Siz ve onlar tedavi boyunca ilerlemelerinin nasıl bir seyir gösterdiğini izleyebilirsiniz.
- Onların eksikliklerini görebilmeleri ya da ilerlemelerini güçlendirmeleri için açıklama yapabilirsiniz.
- Ayrıca bilişsel modeli güçlendirebilirsiniz; şöyle ki, hastalar durumlarını nasıl görüyorlar ve kendi duygu durumlarının etkisi ile onlar nasıl davranıyorlar?

Nesnel ölçütleri incelerken olumlu ya da olumsuz değişiklikleri (intihar düşüncesi ya da umutsuzluktaki değişimler) bulmaya çalışmak için bireysel unsurları gözden geçirdiğinizden emin olun. Hastaların tanı ve belirtilerine göre özellikle testlerde yer almayan ek bilgileri (Örneğin; panik atak, aşırı alem yapma, aşırı madde kullanımı, öfke patlamaları, kendine zarar verme, yapılan yıkıcı davranışların şiddeti ve sayılarını) sorabilirsiniz.

Hastalar psikolojik sorunları için ilaç alıyorsa bir süre sonra bu ilaçların bağımlılık yapıp yapmadığını, problemlere neden olup olmadığını, yan etkileri ile ilgili semptomları kontrol etmelisiniz. Kullanım sıklığını sormak için "Bu hafta ilacını aldın mı?" dan ziyade "*Bu hafta kaç kez* reçeteyle (uzmanından) ilaç alabildin?" gibi anlatım tarzı önemlidir (bk., Örneğin; J.S. Beck, 2001, İlaç Uyumunu Artırmak İçin Öneriler.).

Eğer reçete yazan sağlık uzmanı değilseniz, hastadan izin aldıktan sonra periyodik olarak bu ilacı yazan sağlık uzmanı ile bilgi alışverişi yapmalısınız. İlaç değiştirmesini tavsiye etmeyecekseniz ancak hastalarınızın, bilişlerine ilacın nasıl müdahale ettiğini anlamalarına (ya da uygulanabilirse ilacı azaltmalarına) yardımcı olabilirsiniz. Yan etkiler, doz, ilaç bağımlılığı ya da alternatif ilaçlar veya takviyeleri gibi konularda endişeleri varsa ilacı yazan kişiye belirli sorular sorarak hastalarınıza yardımcı olabilirsiniz. Şayet hastalar ilaç almıyorsa ama siz farmakolojik bir müdahale gerektiğine inanıyorsanız, tıbbi veya psikiyatrik konsültasyon önerebilirsiniz.

Bir Başlangıç Gündemi Belirleme

Bu *kısa* bölümün amacı bir başlangıç gündeminin nasıl hazırlanacağını belirlemektir. Size *problemlerini adlandırarak* getiren ve çözmek için yardım isteyen hastalarla konuşursunuz. "Bugün ne hakkında konuşmak istersin?" ya da "Bugün neyi gündeme almak istersin?" (verimi daha düşük görüşmelere neden olabilir) gibi sorulardan çok, soruyu problem çözme şeklinde ifade edin (hastalar bu şekilde gündem oluşturmak için sohbet edeceklerdir.):

TERAPİST: Tamam, Sally, çözümü için benden yardım isteyeceğin sorun ya da sorunlar neler? Sadece sorunların *isimlerinden* bahsedebilir misin?

HASTA: Peki. Ekonomi sınavı yaklaşıyor ve henüz dersin konularını anlamıyorum. Çok endişeliyim. Tam olarak odaklanamıyorum. Ne yapacağımı bilmiyorum. Okumaya devam ediyorum.

TERAPİST: (*Nazikçe keserek*) [Kısaca seansta daha sonra ele alınacak bir sorunu belirterek konuşmak] Bugünkü gündemde sınavı ele almalı mıyız?

HASTA: Evet, kesinlikle.

Bu noktada Sally daha çok problemi hakkında geniş açıklamalar yapıyor. Ben nazikçe onun sözünü kesiyorum, sorunu isimlendiriyorum ve birkaç dakika tartışmak için gündeme koymak istiyorum. Ona sorunu daha uzun açıklaması için müsaade etseydim, *getirdiği ilk problem en önemli problem olsun ya da olmasın, onu seans boyunca en çok konuşmak istediği ve öncelik vermek istediği konuyu konuşmak fırsatından mahrum ederdim.* Daha sonra eklenecek önemli gündem mevzularını araştırıyorum:

TERAPİST: Yardımcı olunmasını istediğin başka bir problem var mı?

HASTA: Evet, oda arkadaşımla işler çok iyi gitmiyor. Farklı saatlerde istiyoruz. O.....

TERAPİST: (*nazikçe kesiyor*) Şöyle diyebilir miyiz "oda arkadaşıyla sorun"?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Başka bir şey?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: [Seans sırasında bu ilk ikisinden daha önemli olabilecek diğer sorunları araştırma] Bu hafta kendini en çok ne zaman kötü hissettin?

HASTA: (*Düşünüyor.*) Sanırım sınava çalışmayı denediğimde ve sınıfta olduğumu düşündüğümde.

TERAPİST: Özellikle kötü hissettiğin başka zamanlar var mı?

HASTA: Hayır, bunlar en kötüleriydi.

TERAPİST: "Sınav için ders çalışma ve sınıfta bulunma" konularını gündeme koyabilir miyiz?

HASTA: Evet, bu iyi olur.

Seansa başlamadan önce, başka önemli sorunların ortaya çıkma beklentisinin olup olmadığını araştırıyorum.

TERAPİST: Ve bu hafta gündeme gelme olasılığı olan başka bir sorun var mı?

HASTA: Hayır, sanmıyorum.

S: Ya... hastalar gündem maddeleri önermede zorluk çekerse?

C: Genellikle hastalar gündem maddeleri önermek için başlangıçta biraz cesarete ihtiyaç duyar. Onları nelerin rahatsız ettiğinin açıkça farkında olmayabilir ve/veya hangi konun gündeme getirilmesi gerektiğinden emin olamayabilirler. Bölüm 8'de bu zorluğu sergileyen hasta ile ne yapılacağı açıklanacaktır.

Haftanın Güncellemesi

Seansın sonraki bölümü, önceki seansla yeni seans arasında bağlantı kurmanıza yardımcı olur. Hastanın haftasının kısa bir güncellemesini yaparken bu esnada gündeme alınacak önemli potansiyel problemlerle ilgili olarak tetikte olmalısınız. Önce, hastanın haftasının ana hususlarının nasıl geçtiğine ilişkin bilgi edinmek için araştırın.

TERAPİST: Bu hafta bilmem gereken önemli başka bir şey oldu mu?

HASTA: (*Düşünüyor*) Hımmm. (*iç çekiyor*) Evet, uyuyakaldım ve bir dersi kaçırdım.

TERAPİST: [gündeme eklemek için yeteri kadar önemli olup olmadığını görmek için soruşturma] Bugün konuşmamız gereken bir sorun mu?

HASTA: Hayır, zannetmiyorum. Sadece alarmı kurmayı unuttum.

TERAPİST: Peki, başka bir şey?

HASTA: Hayır, aklıma gelen başka bir şey yok.

Sonra olumlu deneyimleri ortaya çıkaracaksınız:

TERAPİST: Tamam. Bu hafta olumlu ne olduğunu bana anlatabilir misin? Ya da belki biraz daha iyi hissetmeni sağlayacak durumlar?

HASTA: (*Düşünüyor.*) Hımm, sanırım düşüncelerimi paylaşmam iyi geldi. Annemle telefonda konuştuğum zaman da daha iyi hissettim.

TERAPİST: Tamam, bu iyi. Başka iyi şeyler oldu mu?

Olumlu deneyimleri istemek, hastaların tüm hafta boyunca sıkıntılarının şiddetini, aynı düzeyde amansız hissetmediklerinin farkına varmalarına yardımcı olur. Sonraki seansta veya gelecekteki seanslarda kullanılabilecek olumlu bilgileri not etmelisiniz. Özellikle bu bilgileri hastaların olumlu faaliyetlerle uğraşmalarını planlarken ya da onlara otomatik düşünce ve inançlarında yardım ederken kullanabilirsiniz. Olumlu verileri ortaya çıkarmak hastaları daha iyi bir zihinsel bakış getirebilir, sonraki problemi çözmede onları yeni düşüncelere daha açık bir hâle getirir. Bu ögelere ya o zaman ya daha sonra, duygu durumlarını aydınlatmak için ya da onlara ilgi göstermek için (genellikle kısaca) konuşma esnasında girmeye karar verebilirsiniz, böylece terapötik iş birliği güçlenir.

Ödev Değerlendirmesi

Sonra hastanın ödevi için neleri başardığını göreceksiniz (Bölüm 17 seansın bu bölümü için daha kapsamlı bir açıklama sağlar.). Hastanın ödevinin gözden geçirilmesi çok önemlidir. Bunu yapmazsanız, hastalar ödevlerini yapmaya devam etmezler. Bazen ödevin yorumu oldukça kısa sürer, bazen de gündemdeki sorunlarla ilgili ise oturumun önemli bir parçası hâline gelebilir. Hastanın diğer sorunların çözümünde yardım istediği duruma karşı; ödevi gözden geçirmek için ne kadar zaman harcanacağını belirlemek terapi sanatının önemli bir parçasıdır.

Genellikle hastalardan ödev listelerinden, ödevlerini yüksek sesle okumalarını isteyin (bk., örneğin; sayfa 67). Önceki seans(lar)da tartışılan kendi otomatik düşünce ve inançlarına tepkilerine, uyum sağlayıcı ifadelere şu an ne kadar inandıklarını puanlamalarını isteyin. Yaptıkları davranışsal ödevlerden neler öğrendiklerini ortaya çıkarın. Ve gelecek hafta devam etmek için onlara yardımcı olacak ödevleri görüşün. Ödev ögelerinden biri üzerinde konuşmak uzun bir süre gerektiriyorsa (ya da hasta, ödevlerden birini yapmada başarısız oluyorsa) daha sonraki seansta bunları tartışmak için ortaklaşa karar verebilirsiniz, böylece ödevlerin geri kalanını hızlı bir şekilde gözden geçirebilirsiniz.

TERAPİST: Şimdi, ödeviniz hakkında konuşabilir miyiz? Geçen haftadan notların var mı?

HASTA: Evet (*Listesini çıkartıyor* [Şekil 5.1, sayfa 67]; *Terapist de onun listesini çıkartıyor*).

TERAPİST: Tamam, biz onun üzerinden geçelim?

HASTA: Elbette.

TERAPİST: Peki. Nasıl geçti? Bunu günde iki kez okuyabildin mi?

HASTA: Oldukça iyi. Sadece bir ya da 2 gün kaçırdım sanırım.

TERAPİST: İlk maddeyi okuyabilir misin?

HASTA: (*Yüksek sesle okuyor*) "Tembel ya da iyi olmadığımı düşünmeye başlarsam gerçek bir hastalığım olduğunu kendime hatırlatacağım, depresyon olarak adlandırılan, gerçek bir hastalığım var. Bu hastalık benim yapmak istediğim şeyleri zorlaştırıyor. Tedavi işe yaramaya başladıkça, depresyonum kalkacak, bu şeyleri daha kolay yapacağım.

TERAPİST: Buna şu an ne kadar inanıyorsun?

HASTA: Sanırım inanıyorum.

TERAPİST: İyi. (*Listedeki ikinci maddeyle devam ediyor.*) Başka herhangi bir hedef üzerinde düşündün mü?

HASTA: Hayır.

TERAPİST: Tamam. Bunu yaparsan bana bildir. (*Üçüncü maddeye geçiyor*) Duygu durumunun değiştiğini fark ettiğinde otomatik düşüncelerini yakalayabildin mi?

HASTA: Denedim ama ben her zaman ne düşündüğümü bildiğimi sanmıyorum.

TERAPİST: Sorun değil. Her seansta otomatik düşüncelerin hakkında konuşuyor olacağız. Duygu durumun değiştiğinde otomatik düşüncelerini tespit edebilir misin?

HASTA: Evet, sanırım yapabilirim ama onları not etmedim.

TERAPİST: Durum neydi?

HASTA: Sınıfta oturuyordum ve birdenbire gerçekten sinirlendiğimi hissettim.

TERAPİST: Aklından ne geçiyordu?

HASTA: Sınavın yaklaştığını düşünüyordum ve o an bunun için henüz hazır olmadığımı hissettim ve hazır olmamın da bir yolu yoktu.

TERAPİST: İyi. Not edeyim. Sınavdan bahsederken birkaç dakikalığına bu konuya geri dönebilir miyiz?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Bu hafta farkında olduğun başka bir otomatik düşünce oldu mu?

HASTA: Gerçekten yok.

TERAPİST: Yani kendine öylesine düşündüğün bir şeyin mutlaka doğru olmadığını hatırlatacak bir fırsatın olmadı.

HASTA: (*Başını sallıyor.*)

TERAPİST: Şimdi bu fikirle ilgili ne düşünüyorsun?

HASTA: Sanırım doğru. *Depresyonla Başa Çıkma* kitapçığında bahsettiği gibi.

TERAPİST: Bu hafta Allison, Joe ya da başka biriyle buluştun mu?

Sally ve ben bu ödevi hızlıca gözden geçiriyoruz. Otomatik düşüncelerini arayacağı ve gelecek hafta sosyal etkinlik planı yapması ile ilgili olarak ortaklaşa karar alıyoruz. Sonra *Depresyonla Başa Çıkma* kitapçığındaki önemli kavramları kısaca tartışıyoruz.

Gündeme Öncelik Vermek

Şimdi bir gündem başlangıcı hazırlayın ve hastanın geçirdiği hafta ve ödeviyle ilgili toplamış olduğunuz bilgiyle mümkün olduğunca fazla başlık ekleyin, başlıkları özetleyin. Çok fazla gündem maddesi varsa siz hasta ile ele alınacak maddelere ortaklaşa karar verin ve önemsiz sorunları, sonraki bir seansta ele almaya karar verin. Hastaların her öge üzerinde eşit zaman geçirmek isteyip istemediğinin farkına varabilirsiniz.

TERAPİST: "Tamam, şimdi önemli görülen gündeme öncelik verebilir miyiz?" Böylece bu seansta nasıl vakit geçireceğimizi belirleyebiliriz. Sınavından bahsettin. Oda arkadaşınla olduğunda, ders çalışırken ve sınıftayken özellikle kötü hissediyorsun (*Bekler*). Bunlardan başka daha önemli bir sorunun var mı?

HASTA: Peki, kuzenim beni aramadığında da kötü hissediyorum.

TERAPİST: Tamam (*Notunu alıyorum ve gündeme kendi maddelerimi ekliyorum*). Ayrıca duygu durumunu nasıl iyileştirebileceğin hakkında ve biraz da otomatik düşüncelerin üzerinde konuşmak istiyorum. Bu iyi olur mu?

HASTA: Evet, bu iyi.

TERAPİST: Gündeme koymak istediğin için başka bir şey var mı?

HASTA: Sanmıyorum.

TERAPİST: Her konunun üstünde durabileceğimizi sanmıyorum. Eğer bu gündem maddeleri üzerinde konuşmak için zaman bulamazsak hangisini sonraki seansa erteleyebiliriz?

HASTA: Hımmm... Sanırım oda arkadaşımla olan problemi erteleyebiliriz. Ve kuzenimle ilgili madde. O da bekleyebilir.

TERAPİST: Tamam, bunları listemizin sonuna koyalım.

Alternatif olarak, sorabilirsiniz:

TERAPİST: Şayet sorunların sadece bir veya iki tanesini konuşacak kadar zamanımız olsaydı, en önemlisi hangisi olurdu?

Her zaman gündeme bağlı kalmaya gerek *olmadığına* dikkat etmek önemlidir. Aslında, bazı durumlarda gündeme bağlı kalmamalısınız. Gündem dışına çıkıldığında, hasta ile bu değişikliği açıkça konuşmalı ve değişiklik üzerinde anlaşmalısınız.

TERAPİST: Sally, hâlâ sınavın için endişelendiğini görebiliyorum ama süreyi bitiriyoruz. Seansın geri kalanını onunla geçirmek ve diğer maddeleri gelecek haftaya ertelemek ister misin? Ya da sadece 5 dakika daha sınavın üstünde durabiliriz, böylece hâlâ sınıftayken veya çalışırken kötü hissetmen hakkında konuşacak zamanımız olur.

HASTA: Gündemdeki her konuyu görüşmeye gayret edelim.

TERAPİST: Tamam, ikimizde saate bakalım ve zamanı ayarlayalım.

Siz ve hastanın bir dizi nedenden dolayı bir seans boyunca zamanı nasıl yöneteceğinizle ilgili bir değişiklik önerebilirsiniz. Örneğin, önceki konuşmadaki gibi, hasta belirli bir konu hakkında oldukça üzgündür ve görüşmek için daha fazla zamana ihtiyacı olduğu görülmektedir. Ya da özellikle önemli görünen yeni bir konu ortaya çıkar. Ya da seans sırasında hastanın duygu durumu (daha kötüye gider) değişir.

S: Ya... Hasta gündemde olmayan yepyeni bir konu hakkında konuşmaya başlarsa?

C: Hastalar yeni bir konuya kaydığında, onların sözünü nazikçe kesebilirsiniz, değişime dikkat çeker ve devam eden sorun için bilinçli bir seçim yapmasına izin verirsiniz. Hastalar sıklıkla gerçekten yaptıklarının farkında olmadan yeni konular ileri sürerler.

HASTA: Sonra başka bir zaman kütüphanede çalışmayı deniyordum, Liseden arkadaşım Julia'yı gördüğümde çok rahatsız oldum. Onunla konuşmaya gitmeli miyim takıntısı başladı. Biz onuncu sınıftayken, Julia çok cana yakındı ve sonra aramızda bir şey oldu, ne olduğundan emin değilim. Belki O ...

TERAPİST: Kısa bir süreliğine sözünü kesebilir miyim? Biz konuşmaya senin sınava hazırlanma sorununla ilgili başladık ve şimdi odak noktası Julia oldu! Bu sınav hakkında konuşmak mı daha önemli ya da Julia hakkında konuşmak mı daha önemli?

HASTA: Evet, sınav. Julia o kadar önemli değil.

TERAPİST: Tamam, kütüphanede çalışmanın genellikle sana ne kadar zor geldiğini söylüyordun.

Hastalarınızın gündemde olmayan diğer sorunlara doğru kaymalarını engelleyebilirsiniz ve seans sırasında onların ilerlemesine yardımcı olmak için küçük bir umut verirsiniz. Hastalarla daha rahat iletişim kurduğunuzda belirli bir hedefe ulaşmak için (genellikle kısa bir süre de olsa üzerinde duracağınız) istisnai durumlar ortaya çıkar. Örneğin, ailelerini, filmleri ya da son zamanlarda duygu durumunu iyileştirmek için katıldığı sosyal olayları, kolayca yaptıkları ittifakları sorabilirsiniz; onların bilişsel işleyişleri ve sosyal becerilerini değerlendirebilirsiniz.

SEANSIN ORTA BÖLÜMÜ

Bundan sonra gündemdeki öncelikli problemlerin isimlerini listeleyeceksiniz ve hastalarınıza ilk olarak hangi problem üzerinde çalışmak istediklerini soracaksınız. Bunu yapmak onlara aktif olma ve sorumluluk alma fırsatı sunar. Ancak, özellikle *belirli* bir problemin çok önemli olduğuna ilişkin bir yargınız varsa gündemdeki o konu ile ilgili başlamak için öneride bulunabilirisiniz ('Yarı zamanlı bir iş bulma problemiyle başlamamız senin için uygun olur mu?").

Hastanın bilişsel modele göre kavramsallaştırma güçlükleri ve problemleri hakkında bilgi toplayacaksınız ve bilişsel modelin hangi parçası üzerinde çalışamaya başlayacağınıza (probleme çözmek, otomatik düşünceleri değerlendirmek, hastaların acil sıkıntısını azaltmakla ilgili) iş birliği ile karar vereceksiniz. Hastaların problemden etkilenmeleri çok yüksekse ya da hastaların fizyolojik uyarılmasında azalma oluyorsa (şayet bu uyarılma önemli bir konuyu konuşmayı engelliyorsa) sorunun çözümü, düşüncelerin değerlendirilmesi ya da davranış değişikliği üzerine odaklanamazlar. O zaman onlara davranış değişiklikleri önerin (ve gerekirse davranışsal beceriler öğretin). Gündemdeki problemlerin tartışılması bağlamında; hastalara yeni beceriler ve ödev oluşturmayı öğreteceksiniz. Eğer hasta bu seans içerisinde yaptıklarınızı hatırlamaya ve yardımınıza ihtiyaç duyarsa aralıklı özetler yapmalısınız.

İlk sorunu (ve sonraki sorunları) tartışırken terapi hedeflerine uygun olarak çalışacaksınız. İkinci seansta, yalnız Sally'e yardım etmek için değil aynı zamanda bazı problemlerin çözümü için de çalışacaksınız ama aynı zamanda:

- Bilişsel modeli güçlendirmek,
- Sally'nin otomatik düşüncelerini tespit etmesini öğretmeye devam etmek,
- Sally'nin endişeli düşüncelerine cevap vermesine ve bazı semptomlarını azaltmasına yardımcı olmak,
- Her zaman olduğu gibi, doğru bir anlayışla ilişki kurmak ve bunu sürdürmesine yardımcı olmak.

Gündem Maddesi No: 1

TERAPİST: Tamam, gündeme bir göz atalım. Sence nerden başlamalıyız? Sınavın hakkında, kütüphanede olduğun zaman ya da ders çalıştığın zamanki duygu durumun ya da dersle ilgili çalışmalarını geliştirmek için konuşabiliriz.

HASTA: Ekonomi sınavım hakkında konuşalım, bu sınavla ilgili olarak gerçekten endişeliyim.

TERAPİST: [Bilgi toplama] Tamam, bu hafta ne yaptığın hakkında bana kısaca bilgi verebilir misin? Ne kadar çalıştın? Konsantrasyonun nasıldı?

HASTA: Tamam, sürekli çalışmaya niyetlendim. Ama her seferinde oturdum, sadece daha fazla sinirlendim. Aklımın başka yerlere kaydığını fark edemedim ve aynı sayfayı tekrar tekrar okudum.

TERAPİST: [Bilgi toplamaya devam ediyorum, böylece Sally'nin düşüncelerindeki bozulmaları doğru tespit edebilirim ve problemin çözümünde yardımcı olabilirim.] Sınav ne zaman ve sınavda sorumlu olduğun kaç bölüm var?

HASTA: İki hafta içinde olacak ve sanırım ilk beş bölümden sorumlu olacağız.

TERAPİST: En az kaç kez bölümü okudun?

HASTA: Yaklaşık üç.

TERAPİST: Ve bu üç bölümde hâlâ anlamadığın bazı şeyler var mı?

HASTA: Çok fazla şey var.

TERAPİST: Tamam. Yani, özetle, iki hafta içinde bir sınavın var ve yeteri kadar konuyu anlayamayacağından endişelisin.

HASTA: Doğru.

Bu bölümde, sorun hakkında bilgi edinmeye çalışıyorum. Kısaca bu sorunu nasıl ifade edeceğimi incelikle biçimlendiriyorum. Ardından, *özel* bir durumu hatırlamasını sağlayarak otomatik düşüncelerini belirlemesi için Sally' e yardım ediyorum.

TERAPİST: Bu hafta çalıştığın veya çalışmayı düşündüğün ve çok kaygılandığın bir anı hatırlayabilir misin?

HASTA: Evet, tabi ... geçen gece.

TERAPİST: Saat kaçtı? Neredeydin?

HASTA: 07.30 sularıydı. Kütüphaneye doğru yürüyordum.

TERAPİST: Şimdi o anı kafanda canlandırabiliyor musun? Saat 7.30, kütüphaneye yürüyorsun... Aklından ne geçiyor?

HASTA: Ya sınavdan başarısız olursam? Ya bu dersten başarısız olursam? Dönem boyu ne yapacağım?

TERAPİST: Tamam, böylece otomatik düşüncelerini belirleyebilirdin. Ve bu düşünceler sana nasıl hissettirdi? Endişeli mi?

HASTA: Çok.

TERAPİST: Bana izin ver, bu otomatik düşüncelerle ilgili biraz daha konuşalım. Onlara *otomatik* diyoruz çünkü onlar sadece aniden akla geliyor gibi görünür. Çoğu zaman, muhtemelen onların farkında bile değilsin. Duygusal olarak nasıl hissettiğinin muhtemelen daha çok farkındasın. Şayet bunların farkındaysan bile, muhtemelen bu fikirleri nasıl daha doğru bir şekilde değerlendireceğini bilmiyorsun. Onları doğru olarak kabul ediyorsun.

HASTA: Hımmmm.

TERAPİST: Düşüncelerini belirlemek için burada terapide ilk olarak düşüncelerini tanımlamayı öğreneceksin ve sonra onların tamamen doğru, kısmen doğru ya da tamamının doğru olup olmadığına kendin karar vereceksin (*Bekler*). İlk düşünceni birlikte gözden geçirebilir miyiz [otomatik düşünceyi değerlendirme süreci başlar]? Sınavdan kalacağının kanıtı var mı?

HASTA: Evet, hiçbir şeyi anlamıyorum.

TERAPİST: Başka bir şey?

HASTA: Hayır... Sadece zamanı boşuna tüketiyorum.

TERAPİST: Tamam. Kalmayabileceğinle ilgili bir kanıt var mı?

HASTA: Evet, ilk ara sınavda iyi yaptım.

TERAPİST: Daha başka?

HASTA: Sanırım ilk iki bölümü, üçüncüden daha iyi anlıyorum. Üçüncüsünde *gerçekten* ciddi sorunlarım var.

TERAPİST: [Sorun çözülmeye başlıyor: Sally liderliği ele alıyor.] Üçüncü bölümü daha iyi öğrenmek için ne yapabilirsin?

HASTA: Tekrar okuyabilirim. Ders notlarımı inceleyebilirim.

TERAPİST: Daha başka?

HASTA: (*Tereddüt eder*) Hiçbir şey düşünemiyorum.

TERAPİST: Yardım isteyebileceğin biri yok mu?

HASTA: Peki, sanırım araştırma görevlisi Sean'a sorabilirim. Ya da belki alt kattaki Ross, geçen sene bu dersi alttan almıştı.

TERAPİST: Kulağa hoş geliyor. Bu hafta yardımcı olmaları için onlara sormayı düşündün mü? Bu şekilde herhangi bir otomatik düşüncen oldu mu?

HASTA: Hayır, sanırım daha önce onlara sormayı bile düşünmedim.

TERAPİST: Kime sormanın daha iyi olacağını düşünüyorsun?

HASTA: Sanırım, Sean.

TERAPİST: Ona sorma olasılığın ne kadar?

HASTA: Soracağım. Yarın sabah görüşme saati var.

TERAPİST: Tamam, bu hafta yardım aldığını varsayalım, dersten başarısız olma öngörünle ilgili ne düşünüyorsun?

HASTA: Peki, sanırım bazı şeyleri biliyorum. Belki geri kalanı için de yardım *alabilirim.*

TERAPİST: Şu an nasıl hissediyorsun?

HASTA: Sanırım, daha az endişeli.

TERAPİST: Tamam, özetle, bu hafta seni endişelendirecek çok fazla otomatik düşüncen vardı. Bu düşünceleri değerlendirmeyi durdurduğun zaman, bu dersten geçmek için yapabileceğin bazı şeyler var gibi görünüyor. Gerçekten kanıta baktığın ve düşüncelerini cevapladığın zaman, daha iyi hissediyorsun... Doğru mu?

HASTA: Evet, bu doğru.

TERAPİST: Bu haftaki ödev için duygu durumunda değişime olduğunu fark ettiğinde otomatik düşüncelerini tekrar araştırmanı istiyorum. Bu düşüncelerin içinde çok az gerçeklik payı olabilir ama ben onları sıklıkla tamamen doğru bulmayacağını düşünüyorum. Gelecek hafta ödev olarak yazacağın otomatik düşüncelerin tamamen doğru olup olmadığını anlamak için birlikte kanıt arayacağız. Tamam mı?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Bu konuda bir şey daha var. Bu hafta bazı düşüncelerini not ederken düşüncelerinin *doğru olabileceğini ya da olmayabileceğini* kendine hatırlat. Aksi takdirde, onları değerlendirmeyi öğrenmeden önce not alman biraz kötü hissettirebilir.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Bu ödevi not edelim. Ve bunu yaparken, sınava hazır olmak için yapmayı istediğin başka bir şey olup olmadığına bakalım [bk. Şekil 7.3.].

29 Ocak

Bu Listeyi günde 2 defa oku.

1. Duygu durumumun değiştiğini fark ettiğimde, kendime sorarım "Şu an aklımdan ne geçiyor?" ve otomatik düşüncelerimi not alırım (tamamen doğru olup olmadığını). Bunu günde en az bir kez okumayı dene.
2. "Şayet otomatik düşüncelerimi anlayamıyorsam, sadece durumu not alırım. Unutma, yazmak gibi düşüncemi tanımlamayı öğrenmekte daha iyi hissettirecek bir beceridir."
3. "Ekonomi kitabının 3. Bölüm'ü için Sean'dan yardım iste."
4. "Terapi notlarını tekrar oku."
5. "Koşmaya/yüzmeye devam et."
6. "3 sosyal aktivite planla."
7. "Her gün: Puan listene ekle."

Şekil 7.3 Sally'nin ödevi (Bölüm 2).

Bu seansta, bir defada çok şey başarıyorum. Gündemden Sally'yi endişelendiren bir sorunu açıklıyorum; otomatik düşüncelerinden daha fazla şey öğretiyorum; ona düşüncelerini tanımlaması, değerlendirmesi ve sıkıntı veren belirli bir düşünceye yanıt vermesi için yardımcı oluyorum; kaygısını azaltarak semptomlarının hafiflemesini kolaylaştırıyorum ve bir ödev düzenliyorum ve yeni bir beceri kazanması ilgili gerçekçi beklentilere sahip olmasını tavsiye ediyorum. Hastaların otomatik düşünceleri öğrenmesi ve tanımlaması ve değerlendirmesi için 9-12. bölümlerde bu süreç daha ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır.

S: Ya... hastalara belirli bir sorununu çözmede nasıl yardımcı olacağımı bilmiyorsam?

C: Yapabileceğiniz farklı şeyler var: Çözümleri veya çözüm çalışmasını engelleyen düşünceleri değiştirebilirsiniz.

- Sorunu çözmeyi zaten denediğinizi ve neden işe yaramadığını bulun. Çözümü ya da çözüm yolunu engelleyen düşünceleri değiştirebilirsiniz.
- Kendinizi bir model olarak kullanın. Kendinize sorun "Şayet bu sorun benim olsa ben ne yapardım?"
- Hastanıza benzer soruna muhtemelen sahip olan başka birinin ismini sorun (sıklıkla bir arkadaş ya da aile bireyi). Hastanız ona ne tür tavsiye verirdi? Bu tavsiyenin hastaya uygulanabilir olup olmadığına bakın.

- Zorlanırsanız, tartışmayı erteleyin: "Bu hafta, sorun hakkında daha fazla düşünmek istiyorum. Bunu gelecek hafta biraz daha konuşmak için gündeme koyalım mı?"

Ayrıca sorun çözümünün daha ileri açıklaması için sayfa 256-258' e bakın.

Gündem Konusu No: 2

Terapi seansının sonraki bölümünde, Sally'e iyileşmenin seyri hakkında birkaç bilgi sunuyorum. Sadece seansın bir bölümünü bitirdikten sonra, kısaca özetliyorum:

TERAPİST: Tamam, sadece sınavınla ilgili olarak otomatik düşüncelerinin seni nasıl endişeli yaptığı ve sorunu çözmeyi nasıl engellediği hakkında konuştuk. Daha sonra, senin içinde uygunsa iyileşme seyri hakkında konuşmak istiyorum.

HASTA: Tabi.

TERAPİST: Bugün daha az depresif hissetmene sevindim ve umarım daha iyi hissetmeye devam edersin. Ama eski hâline dönene kadar her zaman, her hafta biraz daha iyi hissetmeyebilirsin. İniş ve çıkışlar olabilir. Şimdi bunun nedenini anlatıyorum. Gittikçe daha iyi hissetmeyi umar ve bir gün daha kötü hissedersen ne düşüneceğini hayal edebiliyor musun?

HASTA: Muhtemelen asla daha iyi olamayacağımı düşünürdüm.

TERAPİST: Bu doğru. O yüzden öngördüğümüz olası bir geriye gitmeyi hatırlatmak istiyorum, bu geriye gitmeler iyileşmenin normal bir parçasıdır. Bu konuda yazılmış birkaç şey ister misin?

Daha kapsamlı nüks önleme görüşmesi ve terapinin normal seyrinin resimsel bir sunumu için Bölüm 18' e bakın.

Dönemsel Özetler

Seanslar boyunca özetlemenin üç çeşidi önemlidir. İlki içeriği özetler. Hastalar sıklıkla bir problemi çok fazla detayla tanımlar. Emin olmak için doğru şekilde belirlediğiniz en zahmetli hastaların, bilişsel model formunda söylediklerini özetleyecek ve daha kısa ve net bir şekilde sunacaksınız. Mümkün olduğunca hastaların kendi kelimelerini kullanın, hem doğru anlayışı iletmek hem de etkin temel zorluğu akıllarında tutmak için:

TERAPİST: Doğru mu anladım? Tekrar yarı zamanlı bir iş bulmayı düşünüyordun ama sonra düşündün ki "Bunun üstesinden asla gelemem" ve bu düşünce seni çok üzdü ve bilgisayarını kapatıp yatağına döndün ve yarım saat ağladın. Doğru mu?

Hastanın fikirlerini yorumladıysam ve onun kendi kelimelerini kullanmakta başarısız olduysam "Yarı zamanlı bir işin olsaydı işi iyi yapabileceğinden emin değilsin gibi geliyor." Otomatik düşünce ve duygu yoğunluğunu azaltmışsam düşünceyi izleyen değerlendirmemiz daha az etkili olur. Doğru anlaşılmamış özetler yerine *terapistin* sözleri de hastaların inancına rehberlik edebilir.

HASTA: Hayır, ben iyi yapamayacağımı düşünmedim; tamamının üstesinden gelemeyebileceğimi düşündüm.

Otomatik bir düşünce ve inancını değerlendirdikten sonra, ikinci bir özet çıkarmak için hastalarınıza sık sık soru soracaksınız:

"Şu ana kadar ne konuştuğumuzu özetleyebilir misin?"

Ya da

"Sence buradaki asıl mesaj nedir?"

Ya da

"Senin için hatırlanması önemli olan şeyin ne olduğunu düşünüyorsun?"

Eğer hastalarınız özetlemede iyi iş çıkarırsa, siz ya da onlar bu özeti not almalısınız, böylece hastalar ödev olarak bu özeti okuyabilirler. Şayet onların özetleri tam olmazsa, "İyi, bu yakın oldu ama eğer hatırladıysan şu şekilde... daha fazla yardımcı olabilirdi" Hastalar aynı fikirdeyse sonraki özet notlarına kaydedilecektir.

Oturumun bir bölümü tamamlandığında üçüncüsü kısa bir özettir, böylece hem terapist hem de hasta neyi başardıkları ve bundan sonra ne yapacaklarıyla ilgili net bir anlayışa sahip olur.

TERAPİST: Tamam, tedavinin bu kısmı hakkında konuşmamızı bitirdik. Daha sonra kuzeninle ilgili sorunun hakkında konuşmalı mı?

SON ÖZET VE GERİ BİLDİRİM

Son özetin hedefi, seansın en önemli noktalarına hastanın dikkatini pozitif bir şekilde odaklanmasıdır. Oturumların başında, genel olarak özetleyeceksiniz.

TERAPİST: Peki, sadece birkaç dakikamız kaldı. Bugün ne yaptığımızı özetleyelim. Sonra seansla ilgili senin görüşünü isteyeceğim.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Bu hafta daha umutlu düşüncelerin vardı gibi geliyor, daha az depresif hissettin. Ama sonra endişen arttı çünkü sınavın hakkında olumsuz düşüncelerin ortaya çıktı. O dersten kalacağınla ilgili kanıta baktığımızda, çokta inandırıcı görünmedi. Ve sen çalışmanda sana yardımcı olacak bir çift strateji önerisi getirdin, bir sonraki seansa kadar bazılarını deneyeceksin. Ayrıca duygu durumunda hem ileri hem de geriye gidişler olabileceğini ve bunun normal olduğunu kendine hatırlatman gerektiği üzerinde konuştuk. Son olarak, koşmaya devam etmen gerektiğini konuştuk. Terapide üzerinde çalışacağımız otomatik düşüncelerini belirleme ve değerlendirmeyi gözden geçirdik (*Bekler*). Bu özetin konuştuklarımızı kapsadığını düşünüyor musun?

HASTA: Evet.

Hasta ilerledikçe, terapist hastadan önemli noktaları özetlemesini isteyebilir. Hasta seans boyunca güzel notlar aldıysa özetleme çok daha kolay gerçekleştirilebilir.

TERAPİST: Tamam Sally, birkaç dakikamız kaldı. Bu hafta kendine hatırlatacağın çok önemli şeyler hakkında ne düşünüyorsun?

Notlarına bakabilirsin. Son özetten sonra terapistler hastalarından seans hakkında geri bildirim almalılar.

TERAPİST: Tamam Sally, bugünkü seans hakkında ne düşünüyorsun? Seni rahatsız eden bir şey var mıydı? Yanlış düşündüğüm, söylediğim ya da seansta yanlış giden bir şey var mı?

HASTA: Gerileyebileceğim fikri beni biraz endişelendirdi.

TERAPİST: Evet, bir gerileme mümkün olabilir ve sonraki seansımızdan önce önemli ölçüde kendini kötü hissederken bulursan beni aramanı isterim ve daha önce gelip gelmemen gerektiğini görüşebiliriz. Diğer taraftan, daha iyi bir hafta da olabilir.

HASTA: Umarım.

TERAPİST: Önümüzdeki hafta gündeme tekrar "gerileme" başlığını koymalı mıyız?

HASTA: Evet, Zannederim koymalıyız.

TERAPİST: Seansla ilgili başka bir şey var mı? Gelecek sefer farklı yapmamızı istediğin bir şey var mı?

HASTA: Hayır, yok.

TERAPİST: Tamam. Haftaya görüşürüz.

Hastaların seansta tam olarak tepkilerini ifade etmediklerini anlamazsanız, terapi raporunu tamamlamak için onlara sorun (bk. Şekil 5.2). Hastalar negatif geri bildirim verdiğinde, onlara olumlu pekiştireç vereceksiniz ve sonra sorunu çözmeye çalışacaksınız. Bunu yapmak için yeterli zaman yoksa özür dileyebilir ve seansın çok başında tartıştığınız olumsuz tepkileri hastalara anlatabilirsiniz. Genellikle negatif geri bildirim terapötik iş birliğindeki güçlüğü gösterir (J.S. Beck, 2005'te daha ayrıntılı olarak ele alınmıştır).

3. SEANS VE SONRASI

Terapide, sonra seanslarda da aynı temel format devam eder. İçeriği hastanın sorunlarına, hedeflerine göre ve sizin terapötik hedeflerinize göre değişir. Bu bölümde, seanslar arasında tedavi akışını açıklayacağım. Tedavi planının daha ayrıntılı bir açıklaması Bölüm 19'da bulunabilir.

Daha önce belirtildiği gibi, başlangıçta hastalara otomatik düşüncelerini belirlemelerinde ve değiştirmelerinde yardımcı olur, ödevlerini oluşturma ve seans özetlemede kılavuzluk edersiniz. Tedavi ilerledikçe, sorumlulukta kademeli bir değişim olur. Tedavinin sonuna doğru, hastalar, kendi çarpık düşüncelerini belirleme kendi ödevlerini hazırlama ve seansı özetleme eğilimindedir.

Diğer bir değişimde, otomatik düşünceler üzerindeki bir vurgudan; her ikisine de otomatik düşünceler ve altında yatan inançlara odaklanmaya doğru kademeli değişimin olmasıdır (bk. Bölüm 13 ve 14). Terapi son aşamaya ilerledikçe, başka bir değişim daha vardır: O da hastanın sonlandırma ve tekrarı önlemek için hazırlanmasıdır (bk. Bölüm 18)

Bir bireysel seansı planladığınız zaman, siz terapi aşamasında dikkatli olmalısınız ve seanstan önce olası gündem maddelerini not ederek hastanın terapisinde rehberlik etmek için kavramsallaştırmalarınızı kullanmaya devam etmelisiniz. Hastalar duygu durumunu bildirirken, kısaca haftayı gözden geçirin ve gündemde yer alan konuları belirleyin. Seans için aklınızdaki özgül hedef ya da hedefleri belirleyin. Örneğin; 3. Seansta, Sally için hedeflerim arasında otomatik düşüncelerini öğretmeye başlamak ve keyifli faaliyetleri planlamaya devam etmek bulunmaktadır. 4. Seansta, Sally'nin yarı zamanlı bir iş bulması hakkındaki problemini çözmesinde yardımcı olmayı ve işlevsiz düşüncelerine cevap vermeyi hedefliyorum.

Ben sürekli Sally'nin gündem maddeleri ile benim hedeflerimi birleştirmek istiyorum. Böylece ona, sorunları terapi bağlamına getirerek çözmeyi ve bilişsel yeniden yapılandırma becerilerini öğretiyorum. Problemlerin çözümü ve hastaların düşüncelerine yanıtlamalarına yardım etme bağdaştırması sürecinde yeni başlayan terapistler genellikle seansı sırasında gündemdeki iki problemli durumu derinlemesine konuşmaya izin verir. Deneyimli terapistler sıklıkla daha kapsamlı konuları gündeme alır.

Kavramsallaştırmalarınızı geliştirin, terapi seansındaki içeriği izleyin ve gelecek seansları planlayın, seans sırasında notlar alın (bk. Şekil 7.4) ve hastanın aldığı notların kopyasını saklayın. Tartışılan problem(ler)i not almak yararlıdır, işlevsel olmayan düşünceler ve kelimesi kelimesine yazılmış inançlar (ve başlangıçta hastaların onlara inanma dereceleri), oturumda yapılan müdahaleler, yeniden yapılandırılan düşünce ve inançlar (ve onlara inanma derecesi), ödev ve gelecekteki seansların gündemi için konuların belirlenmesi. Deneyimli terapistlerin bile tüm bu önemli maddeleri not almadan hatırlaması zordur.

Terapi Notları:

Hasta adı: Sally **Tarih:** 3/15 **Seans no:** 7

Hedef puanlar: Beck Depresyon Ölçeği = 18 Beck Anksiyete Ölçeği = 7,
Umutsuzluk Ölçeği = 9

Hastanın gündemi:

İngilizce ödevi ile problem
Oda arkadaşı ile problem

Terapistin hedefleri:

Mükemmeliyetçi düşünceyi değiştirmeye devam etmek.
Kaygıyı ve derse girme kaçınmasını azaltmak.

Seansın Önemli Vurguları:

1. Bu hafta daha az depresif ve anksiyete hissetmek.
2. Durum/Problem Otomatik düşünce Duygu
İngilizce sınavı yarın yapılması gereken →O yeterince iyi değil→Endişe
Müdahale—Düşünce Kaydı (ekli)
Sonuç—Anksiyete (azaltılmış)

(devam.)

ŞEKİL 7.4. Terapi Notları.

3. Eski İnanış:	Bir A notu almamışsam bu, başarı için olması gerekenlere sahip olmadığım anlamına gelir. İnanma oranı %90
Uyarı:	Rebeca'ya tavsiye vermek (Arkadaşı)
Sonuç:	Yeniden değerlendirilen inanma oranı %80.
Müdahale 2:	Zihinsel-duygusal rol yapma
Sonuç:	Yeniden değerlendirilen inanma oranı %60
Yeni İnanış:	Başarı için şimdi ya da gelecekte tüm A'lara ihtiyacım yok %80

4. Dersten sonra, soru sorma hakkında başa çıkma kartı (eklenmiş).

5. Oda arkadaşı ile problem – geceleri çok gürültü yapıyor.
Müdahale: Oda arkadaşına nasıl konuşacak – örnek olarak rol yapıldı.

Ödev: [ayrı bir kâğıda yazılıysa bu yerine eklenir.]

Düşünce kayıt formu ve kredi listesi,
Tedavi notlarını okumak ve eski ve yeni inançların başarısı hakkında düşünmek,
İhtiyaç duydukça sabahları başa çıkma kartlarını okumak,
Dersten sonra 1 ya da 2 soru sormak,
İngilizce ödevini düzenlemek için bir saatten daha fazla zaman ayırmak,
Oda arkadaşından geceleri daha sessiz olmasını istemek.

Gelecek seanslar:

Mükemmeliyetçiliğin hayatının diğer bölümlerin nasıl etkilediğine bakmak.

ŞEKİL 7.4. (devamı).

Not alırken göz temasını mümkün olduğu kadar koruyun. Bu zaman zaman önemlidir, özellikle de hastalar duygusal olarak acı verici durumları açıklarken not almayın. Böylece kendinizi tam olarak hastanıza verebilirsiniz.

Bu bölümde tipik erken terapi seanslarının yapısı ve biçimi özetlenmiş ve terapi seansları arasında yapılacaklar kısaca açıklanmıştır. İzleyen bölümde problemler üzerinde müzakere biçimi açıklanırken 19. Bölüm'de, bireysel seanslardan önce tedavinin nasıl planlanacağı, seansların içinde ve seanslar arasında, detaylı şekilde açıklanacaktır.

Bölüm 8

TERAPİ SEANSLARINI YAPILANDIRMAYLA İLGİLİ PROBLEMLER*

Sorunlar her zaman yapılandırma seanslarında ortaya çıkar. Bir problemin farkına vardığınızda, önce sorunu belirleyin, sonra problemin neden ortaya çıktığını kavramsallaştırın ve bir çözüm tasarlayın. Hastalığı doğru teşhis ettiniz ve uygun bir tedavi planı geliştirdiniz ancak yine de yapılandırma seanslarında zorluklar varsa, aşağıdaki durumları kontrol etmelisiniz:

- Seansı yönlendirmek için hastanın sözünü nazikçe kesmekte başarısız mı oldunuz?
- Terapi esnasında hastayı konuşturmada mı başarısız oldunuz?
- Terapide yeterince güçlü bağlanma ya da bir terapötik ittifak mı oluşturamadınız?

Bu zorluklar bu bölümde açıklanmakta daha sonra var olan problemlerin ve sunulan tipik bir seansın her ögesi için düzeltme yolları önerilmektedir.

TERAPİSTLERİN BİLİŞLERİ

Deneyimli ancak yönergelere az başvuran ya da deneyimsiz bir terapist misiniz? Hastaların bilişsel yapılarına müdahale mi ediyorsunuz? Hastaların sözünü keserek standart bir yapı mı uyguluyorsunuz?

* Çevirenler: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin
Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

Otomatik Düşünceler

"Seansı yapılandıramayabilirim."
"[Hastam] yapılandırmayı sevmeyebilir."
"O, özetle kendini ifade edemez."
"Fazla yönlendirici olursam o çileden çıkabilir."
"Onu yarıda kesmemeliyim."
"Ödevini yapamayacak."
"Eğer onun düşüncesini değerlendirirsem, düşüncesinin çürütüldüğünü hissedebilir."

Kendi rahatsızlığınızın düzeyini gözlemeniz ve otomatik düşüncelerinizi seans sırasında ve aralarında tanımlamanız gerekir. Bir problemi tanımlayabilir, değerlendirebilir ve düşüncelerinizi yanıtlayabilirsiniz. Bu deneyimlerin ışığında bir sonraki seansta, standart yapı ile problemi çözmek daha kolay olur.

HASTALARIN SÖZÜNÜ KESMEK

Terapinin verimli şekilde devam edebilmesi için seansları etkili biçimde yapılandırmanız, nazikçe araya girip hastaların sözünü kesmeniz gerekir. Aşağıdaki terapide konuşma sürecinde, hastanın problemlerini ortaya dökmesiyle terapist kendisini biraz bunalmış olarak bulur. Kendi duygusal reaksiyonunu kullanarak hastanın sözünü keser ve hastayı yapılandırır.

HASTA: Ve sonra, buna inanamadım, kız kardeşim anlattı – bana anlattı! – anneme yardıma gitmek zorunda kaldım. O bunu yapamayacağımı biliyordu. Şunu demek istiyorum, annem ve ben birbirimizle hiç geçinemeyiz. Oraya gidersem, beni bombardımana tutmak için bir şeyler yapacak ve beni eleştirecekti. Ben bu eleştirileri hiç kabul edemem. İş yerinde tüm gün eleştiri alıyorum ve...

TERAPİST: Bir dakika araya girebilir miyim? Hangi konuda konuştuğumuzu anladığımdan emin olmak istiyorum. Tatil planların, ne yapacağın hakkında konuşmaya başladık. Sen sonra birçok problemden bahsettin. Hangisi üzerinde çalışmamızın daha önemli olduğunu düşünüyorsun? Tatil planların, kız kardeşin, annen ya da iş?

S: Ya hastalar... sözlerini kesmenize üzülürlerse?

A: Sözlerini kesmenizin onları rahatsız ettiğinden kendiliğinden bahsetmezlerse negatif duygu değişimini fark ettiğiniz zaman akıllarından ne geçtiğini onlara sorun. Eğer otomatik düşüncelerini tanımlamakta başarısız olurlarsa kendi varsayımınızı sunun:

"Sözünü çok fazla kestiğimi düşünüp düşünmediğini merak ediyorum?" Sözünü kesmenizin sorun olduğunu bir kez vurgulayın, onları olumlu yönde güçlendirin, "Bunu bana söylemen güzel." Sonra özür dileyin, basitçe söyleyin, "Özür dilerim." (Bir özür onların ne kadar tolere edebilecekleriyle ilgili yanıldığınızı göstermenin yoludur). Sonra problemi çözün. Örneğin, sonraki 5 ya da 10 dakika kesintisiz konuşmak isterlerse sürenin sonunda ne dediklerini özetleyin: Onlara "Senin anlattıklarının ne olduğunu doğru anlamak benim için önemli." diye söyleyin.

HASTAYLA İLETİŞİM KURMA

Belirtilen yapıyı korumada bir ikinci yaygın zorluk, hastalarla istenen düzeyde iletişim kurma konusunda ortaya çıkar. Bilişsel davranış terapisini önceden bilmeyen hastalardan haftalık rapor istenir, ruh hâlleri tanımlanır ve kısa yolla gündem hazırlanır. Bilişsel davranışçı terapi çalışmalarını: "Önemli sorunların görüşülmesinden sonra özet yapma, geri bildirim verme ve günlük ödev yapmalarını isteme gibi konuları onlar bilmezler." Ek olarak, aslında hastalara belirli becerileri ve sizinle iletişim kurmaları için yeni bir yolu (farklı bir terapi çeşidinde bulunanlar için) ya da kendi zorluklarıyla ilgili kendilerinin benimseyebileceği yeni bir yolu, sorun çözme oryantasyonunu, öğretiyorsunuz. Bu nedenle, sıklıkla açıklamalar yapmalı, gerekçeler sunmalı, nazikçe izlemeli ve seans ögelerinin her biri ile ilgili düzeltici geri bildirimler vermelisiniz.

HASTANIN TERAPİYE BAKIŞI

Üçüncü bir yaygın zorluk hastaların işlevsiz inançları ortaya çıktığında, bu inançlar onların çalışmaya bağlanma becerilerine müdahale eder. Gerçekten ulaşmak istedikleri net hedefleri olmayabilir (Bölüm 5'te anlatılmıştır). Kendilerini bir şekilde "tedavi çalışmaları olmaksızın daha iyi hissedecekleri" gibi gerçek dışı hayallere sahip olabilirler. Yaşamlarını etkileme ya da değiştirme konusunda problem çözme becerileri ile ilgili umutsuzluk hissedebilirler. Eğer iyi hissederlerse hayatlarının bir şekilde kötü gideceğinden bile korkabilirler (Örneğin; sizi bir terapist olarak kaybedecek ya da çalışmaya dönmek zorunda kalacaklardır). Engellenen bu çeşit bilişlerin olasılığına dikkat ederek hastalar yanıtlarını oluştururken onlara yardımcı olmalısınız. Böylece hastalar daha kolay bir şekilde tedavinin işlevleri ve yapısı ile uyum içinde olacaklardır.

TERAPÖTİK İTTİFAKI GÜÇLENDİRME

Dördüncü yaygın zorluk hastanın; kendileri, terapi ya da sizin hakkınızdaki işlevsiz inançları ile ilgili algıları vardır. Bu yüzden hastalarda terapi için öngörülen yapıya uymayan bir isteksizlik olabilir. Bu isteksizliğin ittifaka engel olmayacağına inanıyorsanız, hastaların rahatsızlığını kabul edebilir. Ancak onları bu ittifakı bir deneyim gibi kabul etmeleri ve uyum sağlamaları için cesaretlendirebilirsiniz. Yelpazenin diğer ucunda ise başlangıçta hastanın seansın akışını kontrol etmesine ve baskın olmasına izin verebilirsiniz. Pek çok hasta ile her iki tarafı da tatmin eden bir uyum içinde görüşmüş olsanız da zamanla hastayı standart yapıya doğru hareket ettirmelisiniz.

Hatalı iletişim ya da uyum isteksizliği nedeni ile seansın yapısına bağlılıkta güçlük olup olmadığını nasıl belirleyeceksiniz? Bilişsel davranış terapi modeline daha fazla uyum sağlayan hastalara, onların sözlü ya da sözsüz tepkilerini izleyerek müdahale edin. İletişim içinde olma yalın bir problemse hastaların yanıtları oldukça tarafsızdır (ya da belki biraz öz-eleştirel) ve daha sonraki uyumları iyidir.

TERAPİST: Bir an için sözünü kesebilir miyim? Arkadaşını aradığında ne olduğuna geri dönebilir miyiz?

HASTA: Oh, tabi.

Hastalar olumsuz tepki verdiğinde, şüphesiz teklifinizi olumsuz bir şekilde algılamıştır ve geriye dönmeniz gerekir.

HASTA: (*sinirli bir şekilde*) Annemle yaşadığımız bu şey gerçekten üzücü.

TERAPİST: Daha sonra annenle ilgili bu konu üzerinde konuşmak için birkaç dakika zaman ayırmalı mıyız? Senin içinde uygunsa David hakkında konuşmaya geri dönelim mi? Daha sonra zamanımız olmayabilir.

Eğer yapıyı kontrolcü ya da aşırı zorlayıcı bir şekilde empoze ederseniz, problemler ortaya çıkabilir. Hastalar onların üstünde nasıl baskı yaptığınız konusunda size dürüst geri bildirim verme konusunda isteksizse, bir hata yaptığınızı bilemeyebilirsiniz. Sizin için seansın kaydını gözden geçirmek iyi olabilir ya da daha iyisi, bir arkadaşınız, meslektaşınız ya da süpervizörünüzle bu kaydı gözden geçirebilirsiniz. Daha sonra hastadan özür dileyerek ona model olabilirsiniz ve problemi bir sonraki seansta çözebilirsiniz: "Zannederim ben geçen hafta biraz katı davrandım. Bunun için özür dilerim, seansın nasıl gideceği ile ilgili olarak seninle bir anlaşma içinde olduğumuzdan emin olmak istiyorum."

Terapi seanslarının her aşamasında ortaya çıkabilecek tipik problemler (terapistin yaptığı önemli hatalar hariç) aşağıda gösterilmiştir.

DUYGU DURUM KONTROLÜ

Ortak sorunlar: Formları doldurmada hastaların başarısızlıkları, formlarla ilgili can sıkıntısı ya da öznel ifadede zorluklar (kısa bir şekilde), hafta boyunca genel duygu durumları gibi ortak problemleri içerir. Eğer formları doldurmada zorluk yalın bir iletişim hatası ile ilişkili ise hastalara, onları hatırlayıp hatırlayamayacaklarını sorun. Formları doldurmalarının gerekçeleri konusunda anlaşın ve çözülmesi gereken bir uygulama güçlüğünün olup olmadığını belirleyin (örneğin; yetersiz zaman, unutma ya da okuma yazma problemi gibi).

Hastalar formları doldurma isteğinizden rahatsız olurlarsa onlara otomatik düşüncelerini sorabilirsiniz; o zaman formlar hakkında ya da gerçekten formları doldururken ne düşündüklerini ya da durumun önemini sorabilirsiniz: "Onların en kötü yanı nedir?" ya da "Bu formları doldurmanı istememin anlamı nedir?" Daha sonra hastaların endişelerine empati kurarak cevap verebilir, onların düşünce ve inançlarıyla ilgili değerlendirmede onlara yardım edebilir ve/veya problemi çözebilirsiniz. Bu yanıtlar aşağıdaki üç örnekte gösterilmiştir.

HASTA: Bu formlar benim için uygun görünmüyor. Soruların yarısı benimle ilgili değil.

TERAPİST: Biliyorum. Ama onlar gerçekten bana yardımcı oluyor – onlara hızlıca bakabiliyor ve bütün resmi görebiliyorum, onlarca soru ile seni rahatsız etmiyorum. Gelecek hafta tekrar onları doldur musun? Eğer onlar hâlâ seni rahatsız ederse onlar hakkında daha fazla konuşabiliriz.

Sonraki örnekte, hasta kızgınlığını seçtiği kelimelerle, ses tonu ve beden dili ile açıkça ifade ediyor.

HASTA: Bu formlar bir zaman kaybı. Soruların yarısı benimle hiç ilgili değil.

TERAPİST: Onları doldurmanın en kötü yanı nedir?

HASTA: Meşgulüm. Yapmam gereken çok fazla şey var, hayatımı anlamsız şeylerle doldurursam hiçbir şey yapamam.

TERAPİST: Çok rahatsız olduğunu görüyorum. Bu formları doldurmak ne kadar zamanını alır?

HASTA: ... Bilmiyorum, sanırım birkaç dakika.

TERAPİST: Bazı maddelerin uygulanamayacağını biliyorum, ama gerçekten terapi seansında bize zaman kazandırıyor bu yüzden terapi seansı sırasında pek çok sorumu sana sormuyorum. Biz formları doldurma problemini çözmeyi deneyebilir miyiz? Formaları doldurmak için nerede uygun zamanın olabileceğine bakalım mı?

HASTA: Sanırım büyük bir sorun değil, onları yapacağım. Gelecek sefer işten biraz daha erken çıkıp onları dolduracağım.

Hasta rahatsız olduğu için sorgulamayı negatif yönde algılayacağını hissettim. Bu durumda hastanın otomatik düşüncelerinin doğruluğunu değerlendirmekten kaçınmalıyım. Böyle durumlarda hastaya bir gerekçe sunarım ve bu gerekçe, bu görevi yapmanın onun algıladığı gibi zaman kaybı olmadığını kavramasına yardımcı olur.

Üçüncü bir vakada, formları doldurmak için daha fazla ikna etmenin zayıf terapötik bağı olumsuz etkileyeceğine karar veriyorum.

HASTA: (*sinirli bir sesle*) Bu formlardan nefret ediyorum. Bana uygun değiller. Onları doldurmamı istediğinizi biliyorum ama size söylüyorum, onlar beş para etmezler.

TERAPİST: Onlardan en azından şimdilik vazgeçelim. Ancak, hafta boyunca nasıl hissettiğinle ilgili net bir fikir edinmek istiyorum. Belki duygularını 0'dan 100'e ya da 0'dan 10'a kadar derecelendirebilirsin.

Başka bir problem hastaların öznel duygu durumlarını ifade etme güçlüğüdür. Bunu bilinçli olarak yapmazlar ya da onların duygu durumunu adlandırma ile ilgili güçlükleri vardır. Siz nazik bir biçimde onların sözünü keserek araya girin ve onlara tipik sorular sorun ya da onlara nasıl cevap verileceğini gösterin.

TERAPİST: Bir an için araya girebilir miyim? Geçen haftaya göre bu hafta ruh hâlinin nasıl olduğunu sadece bir cümleyle söyleyebilir misin? Birkaç dakika sonra kardeşinle ilgili sorun üzerinde konuşmaya devam edebiliriz, o konuda daha çok şey duymak istiyorum. Ama önce geçen haftaya göre genellikle daha iyi ya da daha kötü ya da aynı hissedip hissetmediğini bilmeye ihtiyacım var.

HASTA: Bence; biraz daha kötü.

TERAPİST: Daha endişeli? Daha üzgün? Daha kızgın?

HASTA: Belki biraz daha endişeli. Yaklaşık olarak aynı oranda üzgün. Gerçekten kızgın değilim.

Hastalar duygu durumlarını isimlendirmekte zorlandıklarında, farklı şekilde cevaplandırabilirsiniz:

TERAPİST: Nasıl olduğunu kestirmek zor gibi geliyor. Belki "duyguları tanımlamayı" gündeme koyabiliriz.

Bölüm 10'da açıklanan teknikleri, duygu durumlarını belirlemeyi hastalarınıza öğretmek için seans boyunca kullanabilirsiniz.

KISA GÜNCELLEME

Hastalar geçirdikleri hafta hakkında çok ayrıntıya girdiklerinde ya da odaklanmadan bağlantısız bir anlatım içinde olduklarında genel bir güçlük ortaya çıkar. Birkaç cümleden sonra, nazik bir şekilde araya girmelisiniz:

TERAPİST: Bir an için sözünü kesebilir miyim? Tam şu anda, nasıl hissettiğinle ilgili büyük resmi görmeye ihtiyacım var. Sadece iki ya da üç cümleyle geçen haftayı bana anlatabilir misin? Genel olarak iyi bir hafta mıydı? Kötü bir hafta mıydı? Ya da inişli çıkışlı bir hafta mıydı?

Eğer hasta büyük resim yerine detayları sunmaya devam ederse ne aradığınızı açıklayabilirsiniz:

TERAPİST: Söylediğin bana şöyle geliyor, "Çok zor bir hafta geçirdim. Bir arkadaşımla kavga ettim ve dışarı çıkmakla ilgili çok endişeliydim ve işime konsantre olma sorunum vardı." Bu doğru mu?

Bazı hastalar sizin ne sorduğunuzu anlarlar ve haftaya kısa ve özlü bakma yeteneğine sahiptirler ama bunu yapmak *istemezler*. Hastaların sorgulama konusunda isteksizliklerine ilişkin veriniz varsa ikna etmeye çalışmak terapötik bağa zarar verebilir, bu yüzden başlangıçta seansın bir kısmının güncellemesini onların kontrol etmesine izin verebilirsiniz (Sizin yapılandırma girişiminize karşı, terapi sürecinde hastaların doğrudan güçlü ifade tercihleri incelendiğinde; geçmişte başkalarının kendilerini kontrol ettiklerini ya da baskın olduklarını algıladıklarında, verdikleri güçlü tepkilere benzer sözel ya da sözel olmayan tepkilerini içerir.).

Yapılandırmaya aşırı tepkiler yaygın değildir. Çoğunlukla gerçekçi bir şekilde hastaların isteksizlikleri ile ilgili nedenleri ortaya çıkarabilir, daha sonra problemi çözebilirsiniz. Hastalardan geçen hafta ile ilgili kısa ve özlü bir şekilde bilgi istedikten ve duygudaki negatif değişimi not aldıktan sonra, onlara sorabilirsiniz: "Ben, senden bana büyük resmi vermeni istediğimde, aklından neler geçti?" Hastaların otomatik düşüncelerini tespit ettikten sonra, yapılması gerekenler: (1) Düşüncelerinin geçerliliğini değerlendirmede onlara yardımcı olmak, (2) Düşüncelerinin anlamını ortaya çıkarmak için aşağı ok tekniğini kullanmak (bk. Sayfa 206-208) ve/veya (3) Empatik bir açıklama yaparak ve aşağıdaki gibi doğrudan problem çözmeye geçmek:

TERAPİST: Özür dilerim senin sözünü tekrar kestiğimi hissettim. Aklında çok fazla şey olduğunu biliyorum ve bunları duymak *istiyorum*. Şu an hafta içindeki en son gelişmeler hakkında konuşmaya devam etmek istiyor musun ya da "hafta içindeki en son gelişmeleri" gündeme koymalı mıyız? Şundan emin olmak istiyorum: Bildiğim tüm problemleri bugün konuşmak istiyor musun?

Özellikle yapılandırma hastaları rahatsız ediyorsa bu son seçim, onların düşüncelerinin değerlendirilmesine yardım etmekten daha iyidir. Endişelerinizi ve uzlaşma isteğinizi ifade ederek, kontrol ederek hastaların algısını değiştirebilirsiniz.

SEANSLAR ARASINDA BAĞLANTI KURMAK

Hastalar çok fazla ya da çok az bilgi sunduğunda da bir problem ortaya çıkar. Örneğin, önceki haftadaki önemli olayları ilişkilendirmesi istendiğinde, hastalar, çok ayrıntılı bir konuşma yaparlarsa terapistin incelikle araya girmesi gerekir. Ya da hastalar omuz silkebilirler ya da hiçbir şey düşünemediklerini söyleyebilir ve siz ihtiyacınız olan bilgiyi alamadıysanız hem daha etkili bir soru sormaya ("Profesörü görmeye gittiğinde ne oldu?") hem de bir süre sonra bu soruya geri dönmeye ihtiyaç duyarsınız. Özellikle hastaları terapi notlarıyla eve göndermeyi ihmal ettiyseniz ya da onlar ödev notlarını okumayı aksatmışlarsa önceki seanstan önemli noktaları hatırlamada zorluk çekebilirler.

Hastalar gündemi belirlerken konuyu dağıtır ya da gündemdeki problemleri tartışırken umutsuz olurlarsa vb. nedenlerle gündeme katılmayı aksatırlarsa gündem belirleme ile ilgili tipik zorluklar ortaya çıkar. Gündemi belirlemeye katılmayan hastalarla yeterince iletişim kurmamış olabilir (onlar için belirli sorunları adlandırmak çok karışıktır) ya da belirgin bir olumsuz *anlam* yükleyebilirler. Bu iki durum da aşağıda gösterilmiştir.

TERAPİST: Bugün çözülmesi için yardım istediğin problem ya da problemler nelerdir?

HASTA: Bilmiyorum.

TERAPİST: Geçtiğimiz hafta ne gibi problemlerin oldu? Ya da bu hafta ne gibi problemler çıkacağını umuyorsun?

HASTA: Bilmiyorum. Sanırım, statüko gibi şeyler.

TERAPİST: Bu hafta, ne zaman çok kötü hissettin?

HASTA: (*Düşünür*) Bilmiyorum. Tüm hafta rezaletti.

TERAPİST: Sence tüm gün boyunca mı ya da belirli zamanlarda mı kötü hissediyorsun? Örneğin işteyken mi? Ya da akşamları mı daha kötü hissediyorsun?

HASTA: Akşamları, sanırım.

TERAPİST: Biraz daha iyi hissetmen için yapacağımız bir şey var mı diye bakmak için "Akşamları" gündeme koyabilir miyiz?

HASTA: Tamam.

Seansın sonunda, hastadan listesine bir ödev eklemesini isteyeceğim, gelecek seansta hangi problemlerin çözümüne yardım istediği hakkında dü-

şünmesini isteyeceğim. Sonraki hafta gündeme katkıda bulunmada başarısız olursa son hafta ortaya çıkan yeni gelişmeler karşısında, bazı zorluklar yaşadığı varsayılır. Bu yüzden otomatik düşüncelerini ve/veya benim ondan yapmasını istediğim şeylerin anlamını ortaya çıkarabilirim.

TERAPİST: Yardım istediğin sorunları düşünebildin mi?

HASTA: (*Biraz rahatsız olmuş tonda*) Düşündüm. Ama hiçbir şey çıkmadı.

TERAPİST: Düşünürken nasıl hissediyordun? Rahatsız mı?

HASTA: Belki, biraz.

TERAPİST: Aklından ne geçiyordu?

HASTA: Sadece bu terapinin benim için doğru olup olduğundan emin değilim.

TERAPİST: Bunu söylemen iyi oldu. Sana daha fazla yardımcı olabileceğimle ilgili bir sezgin var mı?

HASTA: Son terapistim ne istersem onunla ilgili konuşmama müsaade ederdi. Bana başında karar verdirmezdi.

TERAPİST: Sana yardım istediğin problemlerinin isimlerini sorduğum için bir çeşit sıkışmışlık mı hissediyorsun?

HASTA: Evet, sanırım hissediyorum.

TERAPİST: O zaman bunu nasıl daha iyi yapacağımızı birlikte bakalım. Seanslarımızın çok başında gündem belirlemeyi atlamak ister misin? Geldiğinde ilk on dakika, her ne istersen konuşsak nasıl olur? Sonra seni gerçekten doğru anlamak için neler söylediğini özetlemek isterim. Belki seansın sonraki bölümünde, senin anlattıklarından odaklanacak bir şeyler yakalarız (*Bekler*). Bu kulağa nasıl geliyor?

HASTA: Daha iyi geliyor.

TERAPİST: Terapide seni rahatsız eden başka bir şey var mı?

HASTA: Hayır, sanmıyorum.

TERAPİST: Bir şey düşünürsen, düşüncelerini kesinlikle benim de bilmemi sağlar mısın?

HASTA: Tamam.

Bu hastanın yanıtı sıra dışı oldu. Çoğu hasta gündemi oluştururken çok daha kolay iletişime girer. Ancak bu durumda, zorlamanın hastayı yabancılaştırmak olduğunu kabul ederim, bu yüzden sorunu iş birliği içinde çözmek istediğimi bu

hastaya gösterdim. Seansın başındaki yapıda daha fazla esnekliğe ihtiyacı vardı ama onu en kısa sürede standart bir yapıya taşıdım.

Gündem belirleme süresince tutarsızlık gösteren hastaların ya da bir problemi adlandırma yerine detaylı bir şekilde paylaşan hastaların eğitilmesi gerekir.

TERAPİST: (*Nazikçe sözünü keser*) Bir an için araya girebilir miyim? Buna, "Patronla problem" mi demeliyiz?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Güzel. Çözmeye yardımcı olmamı istediğin başka bir problemin adını söyleyebilir misin?

Bazı hastalar bir sonraki seansta problemlerini açıklamaktan çok gündemi oluştururken sadece problemleri adlandırmakta ısrar ettiklerinde, onlardan gündem başlıklarını not almaları için ödev yapmaları istenebilir (bk. Şekil 7.1, Sayfa 102).

Gündem belirlemedeki üçüncü bir problem, hastalar problemlerini konuşma hakkında umutsuzluğa düştüklerinde ortaya çıkar. Burada hastayı problem çözme moduna getirmeye çalışıyorum.

TERAPİST: Tamam. Yani gündemde şimdiye kadar, yorgunluk problemlerin vardı, parasal durumunu düzenleme ve bütçeni denkleştirme. Başka bir şey?

HASTA: (*İç çeker*) Hayır... Evet... Bilmiyorum... Çok bunaldım. Hiçbir şeyin yardımcı olacağını düşünmüyorum.

TERAPİST: Burada sorunları hakkında konuşmanın yardımcı olacağını sanmıyorsun?

HASTA: Hayır. Ne faydası var ki! Demek istediğim, çok fazla borcumun olduğu ve hatta birçok sabah yataktan çıkamayacak kadar yorgun olduğum gerçeğini değiştiremezsiniz – işte çok fazla hata yaptığım, bu yüzden muhtemelen kovulacağımı söylemiyorum bile.

TERAPİST: Peki, bir kerede her şeyi düzeltemeyeceğimiz doğru. Birlikte çalışmamız gereken gerçek sorunların oluyor. Şimdi, bugün burada sadece *bir* tanesi üzerinde çalışacak vaktimiz varsa hangisinin üstünde durmamızın diğerlerinden daha yararlı olacağını düşünüyorsun?

HASTA: Bilmiyorum... Yorgunluk belki. Daha iyi uyuyabilseydim, daha fazlasını yapabilirdim.

Bu durumda hastaya, problemlerinin gerçek olduğunu; bu problemler üzerinde tek tek çalışılabileceğini; onlar üzerinde yalnız çalışmasının gerekli olmadığı mesajını veriyorum. Ondan zorunlu bir seçim yapmasını istiyorum; seçimi, probleme

odaklanmasına yardımcı oluyor gibi görünüyor. Hasta bir seçim yapmayı reddettiğinde farklı bir taktiğim olmalı.

TERAPİST: Oldukça umutsuz hissediyorsun gibi geliyor. Beraber çalışarak bir fark yaratabilir miyiz bunu bilmiyorum, ama denemek istiyorum. Denemeye istekli misin? Yorgunluk hakkında birkaç dakika konuşabilir ve sonra ne olduğuna bakarız?

Onun umutsuzluğunun farkında olması ve başarıyı artıracağım garantisini vermemem; hastanın problem çözmeyi deneyimleme istekliliğini arttırdı.

ÖDEVİ GÖZDEN GEÇİRME

Tipik bir problem; terapistlerin, hastalardan gündem maddelerini almak için acele ettiklerinde ortaya çıkar: Onlar, geçen hafta hastaların yaptıkları ödev hakkında soru sormada başarısız olurlar. Eğer ödevi standart bir gündem maddesi gibi ele alırsanız; hastalar ofisinize girmeden önce, bir önceki oturumdaki tedavi notlarını gözden geçirirseniz, ödev hakkında soru sormayı hatırlama olasılığınız daha yüksek olacaktır. Bazen tam tersi olan bir problem ortaya çıkar: Terapistin, gündemdeki konulara gelmeden önce; hastanın günlük sıkıntısı ile ilgili olmayan ödevini çok detaylı bir şekilde gözden geçirmesi yüzünden problemler ortaya çıkabilir. Ödevle ilgili diğer problemler Bölüm 17'de detaylı olarak tartışılmıştır.

GÜNDEM MADDELERİNİ TARTIŞMA

Burada tipik problemler, umutsuzluk, odaklanamama ya da yüzeysel tartışma, kötü ve etkisiz zamanlama, terapötik bir müdahalede başarısızlık bulunmaktadır. Siz yapılandırma sırasında ele alınan konular üzerinde konuşurken uygun bir şekilde araya girmede başarısız olduysanız; *anahtar* otomatik düşünceleri, duyguları, inançları ve davranışları vurgulamada başarısız olduysanız; sıklıkla özet yapmada başarısız olduysanız; genellikle odaklanılmamış konuşmaların sonuçları da başarısız olur. Aşağıdaki terapi konuşmalarında, sadece birkaç kelimede hastanın açıklamasını birkaç dakikada özetliyorum ve otomatik düşüncelerini belirlemek için hastayı yeniden yönlendiriyorum.

TERAPİST: Tam olarak anladığımdan emin olmama izin ver. Dün kız kardeşinle kavga ettin. Bu kavga sana, önceki kavgaları hatırlattı ve sen gittikçe sinirlenmeye başladın. Geçen gece onu tekrar aradın, annene yardımcı olmadığın için seni eleştirmeye başladı, doğru mu?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Sana "Ailenin yüz karasısın." dediğinde aklından ne geçti?

Terapi senasında kaç konunun görüşülebileceği abartıldığında, "seansta zamanı kullanma hızında" sıklıkla sorunlar ortaya çıkar. Özellikle deneyimsiz terapistlerin seans sırasında öncelikli olan gündem maddesi üzerinde görüşmesi ve sonrasında iki ya da muhtemelen üç problem üzerinde görüşme yapması tercih edilir. Hasta ile seanstaki zamanı birlikte izlemeniz ve zaman az kaldığında ne yapılacağına birlikte karar vermeniz önemlidir. Pratik açıdan bakıldığında terapi odasında iki saatin bulunması; bu saatlerden birini sizin, diğerini de hastanın görebileceği bir konumda konması tavsiye edilir. Böylece zamanın akışını sizinle birlikte hastanın da izlemesi teşvik edilir:

TERAPİST: 10 dakikamız var. Bu problem hakkında konuşmaya devam etmek ister misin yoksa bu konuyu iki dakika içinde bitirip iş arkadaşınla yaşadığın problem hakkında konuşmaya mı geçmek istersin?

Problemin tartışılmasında üçüncü problemde, *bir terapötik müdahale yaparken terapistin başarısızlığıdır.* Çoğu zaman, sadece bir problemi açıklayan ya da işlevsel olmayan düşünce ya da problemlerle ilişkili hastanın iyi hissetmesine neden olmayacak inançlardır. Amacınız hastalara yardımcı olmaktır: Bu nedenle seans boyunca hastaların yaşadığı sıkıntıyı azaltmalarına yardımcı olmak; işlevsel olmayan bilişlerini yanıtlamak, problemlerini çözmek ya da kısmen çözmek; problem çözümünü geliştirmek, kuvvetlendirmek için ödevler tasarlamanın gerekli olduğunun bilincinde olmalısınız. Oturum boyunca, kendinize aşağıdaki soruları sormalısınız:

"Seansın sonunda kendilerini daha iyi hissetmeleri için hastalara nasıl yardımcı olabilirim?"

"Daha iyi bir hafta geçirmeleri için hastalara nasıl yardımcı olabilirim?"

YENİ ÖDEVİ HAZIRLAMA

Terapist aşağıdakileri yaptığı zaman hastaların ödevi yapma olasılığı azalır:

- Çok zor ya da hastanın kaygıları ile ilişkili olmayan bir ödev önerildiğinde,
- Ödev için iyi bir gerekçe sunulmadığında,

- Önceki seansın ödevinin gözden geçirilmesi unutulduğunda,
- Genel olarak günlük ödev ve duruma özel ödevlerin önemi vurgulanmadığında,
- Açık bir şekilde hastaya ödevin nasıl yapılacağı öğretilmediğinde,
- Seansta ödeve başlanmadığında, ön prova (sayfa 303-305) yapılmadığında,
- Hasta ödevi yazılı olarak not almadığında,
- İş birliği olmadan hastanın yapmak istemediği bir ödev oluşturulduğunda.

Yukarıdakilerin hiçbiri doğru değilse hastaların ödevi ile ilgili işlevsel olmayan inançları olup olmadığını belirlemeye çalışacaksınız (Örneğin; "Fazla çalışma yapmadan da daha iyi hissetmeliyim.", "Terapistim bende var olan şeyleri değiştirmeden beni tedavi etmeli.", "Ödev yapmak için çok yetersizim.", "Ödevler önemsiz ve ben de işe yaramayacak."). Sonra siz terapist olarak hastaların ödev hakkında işlevsiz olan düşüncelerini belirlemelerine ve test etmelerine yardımcı olmalısınız. Ödev Bölüm 17'de daha kapsamlı olarak ele alınmıştır.

SON ÖZET

Seans boyunca hastaların anlattıklarını anladığınızdan emin olmak için belirli aralıklarla özet yapmalısınız. Eğer seans boyunca standart prosedürü izliyorsanız seansın önemli noktalarında emin olduğunuz noktaları kaydetmelisiniz, sonra bu notları hızlı bir şekilde gözden geçirerek özeti oluşturmalısınız ve tartışılan diğer konuların ve ödevlerin sözlü bir özetini yapmalısınız. Terapi notları olmaksızın, hastalar genellikle seansı özetleme ve önemli konuları hatırlamakta güçlük çekerler.

GERİ BİLDİRİM

Hastalar sıkıntılı olduklarında ve onların sıkıntılarını çözmek için seansın sonunda yeterli zaman bırakılmadığında ya da hastalar üzgünken onların sıkıntılarını ilişkilendirmede başarısız olunduğunda problemler ortaya çıkar. Pratik Çözüm: Yukarıdaki sorunlardan kaçınmak için seansın bitiminden 5-10 dakika önce seansın biteceği zamanı söylemek ve aşağıda belirtilen hususlara dikkat ederek seansı kapatmaya başlamak gerekir.

Zamanla ilgili bilgi verildikten sonra hâlihazırda verilen ödev, etkili bir şekilde gözden geçirilebilir. Diğer ödevlerin yararlı olup olmadığı tartışabilir, seans özetlenebilir ya da hastalardan bunu yapmalarını isteyebilirsiniz ve aldığınız geri bildirime yanıt verebilirsiniz. Aşağıda seansın sonunda, hastadan gelen olumsuz geri bildirme, terapistin verdiği örnek bir yanıt görülmektedir:

TERAPİST: Bugünkü seans hakkında ne düşünüyorsun? Yanlış yaptığım bir şey var mı? Ya da seni rahatsız edecek bir şey söyledim mi?

HASTA: Bunları yapmanın benim için nasıl zor olduğunu fark ettiğinizi sanmıyorum. Çok fazla sorumluluk ve problemim var. Sizin için sadece işime odaklanmam ve patronumla ilgili olan her şeyi unutmam gerektiğini söylemek çok kolay.

TERAPİST: Oh, bunları söylemene sevindim – ve bu izlenimi edindiğin için üzgünüm. Patronunla yaşadığın problemin sıkıntı ve üzüntü verdiğini fark ettim ve senin için ne anlama geldiğini açıkladım. Umarım şu an bu problemi konuşmak için yeterince zamanımız vardır (*Bekler*). Ama bu arada, patronunla olan probleminin tümünü unutma izlenimini edinmenle ilgili olarak benim söylediğim ya da yaptığım bir şey var mı?

Sonra yanlış anlamaya açıklık getirdim ve bir sonraki seanstaki gündemimize bu problemi koymayı kararlaştırdık. Deneyimli-deneyimsiz tüm terapistler, terapi sürecini yapılandırmada bazı hastalarla zorluklar yaşarlar. Seans kayıtlarının dikkatle incelenmesi, bu problemleri tanımlamada ve çözmede çok değerli olabilir. Kavramsallaştırmanın çok daha geniş bir biçimde nasıl yapılacağına ve hastanın seansta belirttiği problemlere müdahale ederek nasıl değiştirileceğine ilişkin bilgileri, J.S. Beck'in (2005)'te yayınlanan kaynağında bulabilirsiniz.

Bölüm 9

OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ BELİRLEME*

Kavramsal modele göre bir durumun yorumlanması (durumun kendisinden ziyade) sıklıkla bir kimsenin bir sonraki duygu, davranış ve psikolojik tepkisini etkileyen otomatik düşüncelerle açığa vurulur. Elbette ki, kişisel saldırı ve reddedilme gibi bazı olaylar hemen hemen herkes için üzücüdür. Öte yandan, psikolojik bozuklukları olan insanlar, etkisiz yahut olumlu durumları bile sıkça yanlış anlarlar ve bu onların otomatik düşüncelerinin ön yargılı olmasından kaynaklanır. Düşüncelerini eleştirel bir şekilde incelediklerinde ve düşünce hatalarını düzelttiklerinde çoğu zaman daha iyi hissederler.

Bu bölümde otomatik düşüncelerin özellikleri anlatılmaktadır. Sonrasında ise aşağıdakilerin nasıl yapıldığı ifade edilmektedir:

- Hastalara otomatik düşüncelerin açıklanması,
- Otomatik düşüncelerin tespiti ve açıkça belirtilmesi,
- Hastalara otomatik düşüncelerin tanımlanmasının öğretilmesi.

OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN ÖZELLİKLERİ

Otomatik düşünceler, daha açık bir düşünce akışıyla bir arada var olan bir düşünce akışıdır (Beck, 1964). Bu düşünceler psikolojik sorunları olan insanlara özgü

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

düşünceler değil; hepimize özgü deneyimlerdir. Çoğu zaman bu düşüncelerin neredeyse hiç farkında olmasak da yalnızca birazcık alıştırma ile bu düşünceleri kolayca bilincimize getirebiliriz. Düşüncelerimizin farkına vardığımız zaman, psikolojik bozukluklardan muzdarip değilsek gerçeklik kontrolünü otomatik olarak yapabiliriz.

Bu yazıyı okuyan bir kişi, mesela, bu bölümün konusuna odaklanırken, "Bunu anlamıyorum." otomatik düşüncesine kapılabilir ve hafif bir endişe hissedebilir. Ancak, kendiliğinden bu düşünceye (bilinçsizce) yapıcı bir şekilde "Bir kısmını anlıyorum; bu kısmı tekrar okuyuvereyim." cevabını verebilir.

Bu tür otomatik gerçeklik testi ve olumsuz düşüncelere cevap vermek yaygın bir deneyimdir. Sıkıntı içinde olan insanlar, öte yandan bu tür bir eleştirel değerlendirmede bulunmayabilirler. Kavramsal davranış terapisi onlara, özellikle üzgün oldukları zamanlarda düşüncelerini bilinçli ve yapısal bir şekilde değerlendirmek için yöntemler öğretir.

Mesela Sally, ekonomi dersi ile ilgili konunun bir kısmını okurken yukarıda bahsi geçen okuyucu gibi "Bunu anlamıyorum." düşüncesine kapılır. Bir şekilde bu düşünce kuvvetlenip "Asla bunu anlamayacağım." şekline dönüşür. Kendisi bu düşünceleri doğru olarak kabul eder ve oldukça üzgün hisseder. Ancak, kavramsal davranış terapisinin yöntemlerini öğrendikten sonra, olumsuz duygusunu, düşüncelerini araştırmak, tanımlamak ve değerlendirmek için bir ipucu olarak kullanabilir ve "Bekle bir dakika, bunu asla anlamayacağım düşüncesi tam olarak doğru değil. Şu an biraz sıkıntı yaşıyorum. Ama burayı tekrar okur ya da dinlendikten sonra yeniden okursam daha iyi anlayabilirim. Her neyse, bunu anlamak benim için bir ölüm kalım meselesi değil ve gerekirse bu konuyu bana açıklaması için birine sorabilirim." gibi uyarlanabilir bir yanıt geliştirebilir.

Otomatik düşünceler kendiliğinden ortaya çıkıyor gibi görünse de, hastanın bilinçaltındaki kanıların tanımlanmasıyla açıkça öngörülebilir hâle gelir. Siz, işlevsiz olan; yani gerçekliği bozan, duygusal olarak sıkıntı veren ve/veya hastanın hedeflerine ulaşma yeteneğini engelleyen bu düşüncelerin tanımlanması ile ilgileniyorsunuz. Hasta manik veya hipomanik, narsist kişilik sahibi ya da madde bağımlısı olmadıkça, işlevsiz otomatik düşünceler, neredeyse her zaman olumsuzdur.

Otomatik düşünceler genellikle kısa ve özdür, hastalar sıklıkla kendi düşüncelerinden ziyade bu düşüncelerin sonucu olan duygularının bilincinde olurlar. Örneğin oturum esnasında, hastalar tedirgin, üzgün, gergin olduklarını ya da mahcup hissettiklerinin kısmen bilincinde olabilirler fakat terapistleri sorana kadar otomatik düşüncelerini fark etmeyebilirler.

Hastaların hissettikleri duygular, mantıksal olarak otomatik düşüncelerinin içeriğiyle bağlantılıdır. Örneğin; bir hasta "Ben bir sersemim [toplantıda]. Kimsenin söylediğini gerçekten anlamıyorum." diye düşünür ve üzgün hisseder. Bir

başka zaman "Eşim benim kıymetimi bilmiyor." diye düşünür ve sinirlenir. Hasta, "Ya kredi başvurum kabul edilmezse? O zaman ne yapacağım?" diye düşündüğünde tedirgin hisseder.

Otomatik düşünceler sıklıkla "steno" şeklindedir fakat düşüncenin anlamını sorduğunuzda kolaylıkla çözümlenebilir. Örneğin, bir hasta "O...o, hayır!" diye düşündüğünde bunun *anlamı* "[Patronum] bana çok fazla iş verecek." idi. Bir diğer hasta için "Kahretsin!", "Cep telefonumu evde unuttuğum için aptalım." fikrinin ifade edilmesiydi.

Otomatik düşünceler sözel kalıp, görsel kalıp (resim) ya da her iki şekilde birden olabilir. Yukarıdaki hasta, "O...o, hayır!" sözel otomatik düşüncesine ek olarak kendisinin gece yarısı yapayalnız masa başında ve vergi evraklarıyla boğuştuğu bir görüntü seçti (görsel şekildeki otomatik düşüncelerin açıklaması için Bölüm 16'ya bk.).

Otomatik düşünceler geçerliliğine ve yararlılığına göre değerlendirilir. Otomatik düşüncenin en yaygın türü, objektif kanıtlardan oluşmasına rağmen, bunun aksine, bir şekilde bozulmuş olarak ortaya çıkmasıdır. Otomatik düşüncenin bir ikinci tipi doğrudur fakat hastanın vardığı sonuç bozulmuş olabilir. Örneğin, "Ben [bir arkadaşıma] verdiğim sözü tutmadım." geçerli bir düşüncedir ama sonuç "Bu yüzden kötü bir insanım." olmamalıdır.

Üçüncü bir tip otomatik düşünce de geçerlidir fakat kesinlikle işlevsizdir. Örneğin, Sally bir sınav için hazırlanıyordu ve "Bunu bitirmek saatlerimi alacak. Gece 3'e kadar uyanık olacağım." şeklinde düşünmeye başladı. Bu düşünce şüphesiz doğru bir düşünceydi fakat bu onun huzursuzluğunu arttırdı, konsantrasyon ve motivasyonunu düşürdü. Bu düşünceye karşı mantıklı bir yanıt onun yararlı olduğuna değinir: "Bunu bitirmenin uzun bir zaman alacağı doğru fakat bunu yapabilirim; daha önce de yaptım. Ne kadar uzun süreceğinin üzerinde durmak beni mutsuz eder ve gerektiği gibi konsantre olamam. Muhtemelen bitirmek daha da uzun sürer. Bir seferde bir bölümü bitirmeye konsantre olmak ve bitireceğime dair kendime güvenmek daha iyi olur." Otomatik düşüncelerin geçerliliğini ve/veya yararlılığını değerlendirmek ve onlara uyarlanabilir bir şekilde yanıt vermek genelde olumlu bir duygu değişimine yol açar.

Özetlemek gerekirse otomatik düşünceler, düşüncelerin daha açık bir akışıyla birlikte var olurlar, kendiliğinden ortaya çıkarlar ve fikirlere ya da düşünmeye dayalı değildirler. İnsanlar genelde ilişkilendirilmiş duyguların daha fazla bilincindedir ama küçük bir eğitimle düşüncelerinin farkında olabilirler. Kişisel problemlerle ilgili düşünceler, içerik ve anlamlarına bağlı olarak özgün duygularla alakalıdır. Genelde kısa ve öz, çabuk geçen, steno şeklindedir ve sözel ve/veya görsel şekilde ortaya çıkabilir. İnsanlar genellikle otomatik düşüncelerini, üzerinde düşünmeden veya değerlendirme olmaksızın doğru kabul

ederler. Daha uygun bir yolla otomatik düşünceleri tanımlamak, değerlendirmek ve yanıtlamak genelde olumlu bir duygu dönüşümüne neden olur.

HASTALARA OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN AÇIKLANMASI

Otomatik düşüncelerin, hastanın kendi örneklerini kullanılarak açıklanması arzu edilmektedir. Hastayla özel bir problemin tartışıldığı bir ortamda, problemle ilgili otomatik düşünceleri ortaya çıkaracaksınız.

TERAPİST: [İlk gündem başlığına giderek] Dün parkta ne kadar üzgün olduğunla alakalı konuşalım mı?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Duygusal olarak nasıl hissediyordun? Üzgün? Huzursuz? Kızgın?

HASTA: Üzgün.

TERAPİST: Aklından ne geçiyordu.

HASTA: [Otomatik düşünceleriyle bağlantı kurmak yerine durumu daha detaylandırmak] Parkta vakit geçiren, frizbi oynayan ve bunun gibi şeyler yapan insanlara bakıyordum.

TERAPİST: Onları gördüğünde aklından ne geçiyordu?

HASTA: Asla onlar gibi olamayacağım.

TERAPİST: Tamam. [Psikoeğitim veriyor] Otomatik düşünce dediğimiz şeyi tanımladın. Benzer düşünceler herkeste vardır. Bir anda kafalarımızda beliriyor gibi görünen düşüncelerdir. Kasıtlı olarak onları düşünmeye çalışmıyoruz; bu yüzden onlara otomatik düşünceler diyoruz. Çoğu zaman çok hızlılar ve düşüncelerden ziyade duygularımız ortaya çıkıyor, üzgün olduğumuzun farkında oluyoruz. Çoğu zaman bu düşünceler bir şekilde bozulmuş olurlar. Ama biz bu bozulmuş düşüncelere, onlar doğmuymuş gibi tepki veririz.

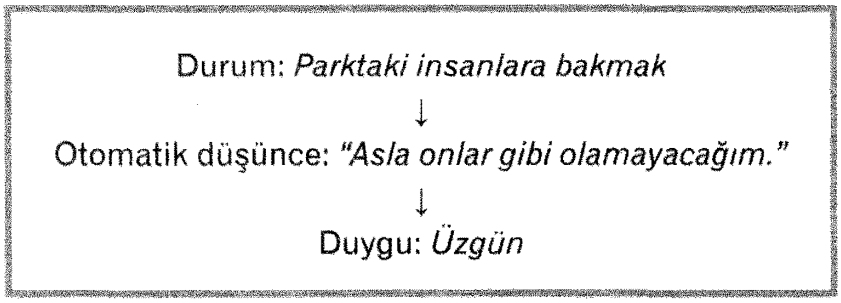
HASTA: Hımm.

TERAPİST: Yapacağımız şey sana otomatik düşüncelerini tanımlamayı ve sonra onların doğru olup olmadığını değerlendirmeyi öğretmek. Örneğin, birazdan "Asla onlar gibi olamayacağım" düşüncesini değerlendireceğiz. Bu düşüncenin doğru olmadığını keşfetseydin, depresyonun ortadan kalktığında, parktaki insanlar gibi olduğunun farkına vardığında, sence duyguların nasıl olurdu?

HASTA: Daha iyi hissederdim.

Burada bilişsel modeli canlandırabilmek için alternatif bir senaryo ortaya koyuyorum. Bu oturumda daha ilerde, düşünceyi hastayla birlikte sınamak için

Sokratik sorgulama kullanıyorum. Böylece hasta kendi uyarlanabilir cevabını şekillendirebilir. Bir sonraki bölümde, bilişsel modeli, vurgulayan otomatik düşünceyi not ettim.



TERAPİST: Kâğıda not alalım "Asla onlar gibi olamayacağım." düşüncesine kapıldığında üzgün hissedersin. Bunun ne düşündüğünü, nasıl hissettiğini nasıl etkilediğini görüyor musun?

HASTA: Hı hım.

TERAPİST: Buna *bilişsel model* diyoruz. Terapide yapacağımız, sana ruh hâli değişimlerini fark ettiğin zaman otomatik düşüncelerini tanımlamayı öğretmek. Bu ilk adım. Kolaylaşana kadar pratik yapmaya devam edeceğiz. Sonrasında düşüncelerini nasıl değerlendireceğini ve düşüncen tam olarak doğru değilse onu değiştirmeyi öğreneceksin, anlaşıldı mı?

HASTA: Sanırım.

TERAPİST: [Hastanın anlayıp anlamadığını kontrol ediyorum.] Düşünceler ve hisler arasındaki ilişkiyi kendi cümlelerinle anlatır mısın?

HASTA: Bazen yanlış olan bir şeyler düşünürüm ve bu düşünceler bana kötü hissettirir... Ama ya o düşünceler doğruysa?

TERAPİST: Güzel bir nokta. O zaman biraz problem çözeceğiz ya da onlar doğruysa neyin kötü olduğunu bulacağız. Tahminimce, bunalımda (karamsar) olduğun için düşüncelerinde birçok hata bulacağız. Gerçek dışı olumsuz düşünce her zaman depresyonun bir parçasıdır. Her durumda düşüncelerinin doğru veya yanlış olduğunu birlikte çözeceğiz.

Bu oturumun sonunda, hastanın bilişsel modeli ne kadar iyi anlıyor olduğunu tayin edebilmek için tekrar kontrol edeceğim.

TERAPİST: Biraz gözden geçirmek adına, şu an düşüncelerle duygular arasındaki ilişkiden ne anlıyorsun bahsedebilir misin?

HASTA: Hımm, bazen otomatik düşünceler aniden kafamda belirir ve ben onları doğru kabul ederim ve sonra... bir şekilde üzgün, endişeli hissederim.

TERAPİST: Güzel. Pekâlâ, bu hafta bu otomatik düşüncelerden bazılarını araştırabileceğin bir ödev yapmaya ne dersin?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Sence bunu neden öneriyorum?

HASTA: Çünkü bazen düşüncelerim doğru değil ve ne düşündüğümü anlayabilirsem onu değiştirebilir ve daha iyi hissedebilirim.

TERAPİST: Evet, doğru. Tamam, şu ödevi not edelim: Ne zaman ruh hâlimde bir değişiklik fark edersem ya da ruh hâlim kötüye giderse kendime şunu soracağım... soruyu hatırlıyor musun?

HASTA: Az evvel aklımdan ne geçiyordu?

TERAPİST: Güzel! Bunu not et.

OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ ORTAYA ÇIKARMAK

Otomatik düşünceleri tanımlamak için gerekli öğrenme yeteneği diğer herhangi bir yeteneği öğrenmeye benzer. Bazı hastalar (ve terapistler) kolayca ve hızlı bir şekilde anlayabilir. Bazılarının ise otomatik düşünce ve görselleri tanımlayabilmek için daha fazla rehberliğe ve pratiğe ihtiyacı vardır. Soracağınız en temel soru:

"Aklından ne geçiyordu?"

Bu soruyu aşağıdaki durumlarda soracaksınız:

- Önceki oturumunuzdan bu yana hastalar, ortaya çıkan problemli bir durumu açıkladığında veya
- Oturum esnasında olumsuz duyguya doğru bir kayma veya yoğunlaşma fark ettiğinizde.

Bu sonuncu oturum genellikle önemlidir ve hastadan gelen sözlü ya da sözsüz ipuçlarının farkında olmak açısından büyük önem taşımaktadır. Bu sayede hastaların "sıcak bilişleri" tayin edilebilir ki bunlar terapi oturumunda kendiliğinden ortaya çıkan önemli otomatik düşünceler ve imgelerdir ve duygudaki bir yoğunlaşma ya da değişimle ilişkilidir. Bu sıcak bilişler hastanın kendisiyle ("Başarısızım."), terapist ile ("O beni anlamıyor.") ya da tartışmanın altında yatan konu ("Bu kadar çok şey yapmam adil değil.") ile ilgili olabilir. Hastanın motivasyonuna, yeterliliğine, değer duygusuna zarar verebilir. Seansta hastanın konsantrasyonunu etkileyebilir. Son olarak, terapötik ilişkiyi etkileyebilirler. Otomatik düşüncelerin

yerinde belirlenmesi, seansın geri kalanında çalışmalarını kolaylaştıracak şekilde düşünceleri hemen test etmek ve cevap vermek için hastaya fırsat verir.

Hastalar bir duygu değişimi deneyimlediklerini nasıl anlarsınız? Yüz ifadeleri, kaslarının gerginleşmesi, duruş değişimleri ya da el hareketleri gibi sözel olmayan ipuçları için tetikte olursunuz. Sözlü anlatım ipuçları, sesteki ton, perde, şiddet ya da hız değişikliğini içerir. Bir değişiklik fark ettiğinizde, hastalara o an akıllarından ne geçtiğini sorarak duygu değişimine müdahale edip, kontrol etmiş olursunuz.

Otomatik Düşünceleri Ortaya Çıkarmadaki Zorluklar

Hastalar "Az önce aklından ne geçiyordu?" sorusunu cevaplayamıyorsa;

1. Onlara duyguyu vücutlarının neresinde ve nasıl hissettiklerini sorabilirsiniz.
2. Problemli durumun ayrıntılı bir açıklamasını ortaya çıkarabilirsiniz.
3. Hastadan sıkıntı veren durumu görselleştirmesini isteyebilirsiniz.
4. Hastadan belirli bir etkileşimi sizinle rol oyunu ile canlandırmasını isteyebilirsiniz (kişiler arasında sıkıntı veren durumu).
5. Ortaya bir resim çıkarabilirsiniz.
6. Gerçekte akıllarından geçtiği varsayılan düşüncelerine zıt olan hipotezler sunabilirsiniz.
7. Yaşanan durumun ne anlama geldiğini sorabilirsiniz.
8. Farklı bir soruyla ifade edebilirsiniz.

Bu teknikler aşağıdaki terapi konuşmalarında gösterilmiştir.

Duygusal ve Fizyolojik Tepkiyi Arttırma

TERAPİST: Sally, sınıfta gönüllü olmayı düşündüğünde, o an aklından ne geçiyordu?

SALLY: Emin değilim

TERAPİST: Nasıl hissediyordun?

SALLY: Endişeli, sanırım.

TERAPİST: Endişeyi nerende hissettin?

SALLY: Burada (*karnını gösteriyor*). Midemde.

TERAPİST: Aynı duyguyu şu anda hissedebilir misin?

SALLY: (*Kafasıyla onaylıyor.*)

TERAPİST: Diyelim ki, sınıfta oturuyorsun, gönüllü olmakla ilgili düşünüyorsun ve endişeyi midende hissediyorsun... Aklından ne geçiyor?

HASTA: Bir şey söylersem, o doğru çıkmayacak. İnsanlar beni yargılayacak.

Detaylı Bir Açıklamayı Ortaya Çıkarmak

TERAPİST: Diyelim ki, geçen gece odanda yalnızdın ve üzgün hissetmeye başladın?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Aklından ne geçiyordu?

HASTA: Bilmiyorum. Sadece keyifsiz hissediyordum, üzgün.

TERAPİST: Benim için o sahneyi tarif edebilir misin? Saat kaçtı? Yalnız mıydın? Ne yapıyordun? Başka ne olup bitti?

HASTA: 18:15 sularıydı. Akşam yemeğinden yeni dönmüştüm. Yurt neredeyse boştu çünkü ben erken yemiştim. Kimya ödevimi yapabilirim diye çantamdan kitaplarımı çıkarmak üzereydim...

TERAPİST: Ödevini yapmak üzereydin ve düşünüyordun...

HASTA: [Otomatik düşüncelerini ortaya çıkarma] Bu çok zor. Asla anlayamayacağım.

TERAPİST: Ve sonra ne oldu?

HASTA: Sadece yatağıma uzandım.

TERAPİST: Orada yatarken aklından ne geçiyordu?

HASTA: Bunu yapmak istemiyorum. Burada olmak istemiyorum.

Durumu Gözde Canlandırma

TERAPİST: Sally, şu an sınıfa geri döndüğünü hayal eder misin, profesör ders anlatıyor, yanındaki öğrenci fısıldıyor ve sen gergin hissediyorsun... Şu an oluyor gibi gözünde canlandırır mısın? Sınıf ne kadar büyük? Nerede oturuyorsun? Profesör ne anlatıyor? Ne yapıyorsun? Ve benzeri.

HASTA: Ekonomi dersimdeyim. Profesör sınıfın ortasında dikiliyor. Bir bakalım, [geçmiş zamana kayma, daha yavaş bir hızla deneyimlenir ve duygusal tepkiyi azaltır] sınıfın neredeyse dörtte üçünün arkasında oturmuştum, oldukça zor dinliyordum...

TERAPİST: [Hemen o an oluyormuşçasına hastaya rehberlik ederek] Yani, "Sınıfın nerdeyse dörtte üçünün arkasında oturuyorum, güçlükle dinliyorum..."

HASTA: Seçtiğimiz başlıklarla ilgili bir şey anlatıyor, ekonomiye makroekonomik bakış ya da ... bir şeyler ve sonra solumdaki bu çocuk kulağıma eğiliyor ve fısıldıyor, "Ödevin teslim tarihi ne zaman?"

TERAPİST: Hemen şimdi aklından ne geçiyor?

HASTA: Profesör ne dedi? Ne kaçırdım? Şimdi ne yapacağımı bilmiyorum.

Rol Oynamayla Yeniden Kişiler Arası Bir Durum Oluşturma

Hastalar kimin ne söylediğini sözel olarak anlatırlar. Hastalar kendilerini canlandırırken siz de karşıdaki kişinin rolünü oynarsınız.

TERAPİST: Yani, sınıf arkadaşınla ödevle hakkında konuşurken kötü hissettin?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Onunla konuşurken aklından ne geçiyordu?

HASTA: (*Duraksıyor*)... Bilmiyorum. Sadece kötü hissettim.

TERAPİST: Ona ne dediğini ve onun sana ne dediğini anlatabilir misin?

HASTA: (*Karşılıklı konuşmayı anlatıyor.*)

TERAPİST: Rol yapmayı denemeye ne dersin? Ben sınıf arkadaşınım ve sen de sensin.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Biz durumu canlandırırken, aklından ne geçtiğini anlamaya çalış.

HASTA: (*Kafası ile onaylıyor.*)

TERAPİST: Tamam, sen başla. İlk ne diyorsun?

HASTA: Lisa, bir soru sorabilir miyim?

TERAPİST: Tabi ama beni sonra arayabilir misin? Bir sonraki dersime yetişmek zorundayım.

HASTA: Çabucak bitecek. Dr. Smith'in ödevimiz hakkında söylediklerinin bir bölümünü kaçırdım yalnızca.

TERAPİST: Şu an gerçekten çok acelem var. Beni akşam 7.00'den sonra ara olur mu? Görüşürüz... Tamam, rol yapmayı bırakabiliriz. Aklından nelerin geçtiğinin farkında mıydın?

HASTA: Evet. Onun çok meşgul olduğunu bana ayıracak zamanın olmadığını, bana gerçekten yardım etmek istemediğini ve ne yapacağımı bilemediğimi düşünüyordum.

TERAPİST: "O çok meşgul, bana ayıracak zamanı yok.", "Bana gerçekten yardım etmek istemiyor.", "Ne yapacağımı bilmiyorum." gibi düşüncelerin vardı.

HASTA: Evet

TERAPİST: Ve bu düşünceler sana üzgün hissettirdi?

HASTA: Evet.

Bir Resim Ortaya Çıkarma

TERAPİST: "Okul nasıl gidiyor." diye sorduğumda, üzgün hissettin. Aklından ne geçiyordu?

HASTA: Sanırım ekonomi dersimde ödevimi profesörden aldığımı düşünüyordum.

TERAPİST: Bunu imgeledin mi? Aklında bir imgen var mı?

HASTA: Evet. En üstte kırmızıyla yazılmış bir C gördüm.

Bir Karşı Düşünce Önerme

TERAPİST: Odanda yalnız otururken, her şeyin nasıl iyi gideceğini mi düşünüyordun?

HASTA: Hayır, kesinlikle değil! Buraya ait olup olmadığımı, bilmediğimi düşünüyordum.

Durumun Anlamını Açığa Çıkarma

TERAPİST: Ödevinin üzerinde bir B- olmasının anlamı nedir?

HASTA: Yeteri kadar zeki olmadığım. Alınması gereken notu alamadığım, anlamına gelir.

Soru Farklılıklarını İfade Etme

TERAPİST: Annen seni geri aramadığında, ne düşünüyordun? Bir öngörüde mi bulunuyordun? Bir şey mi hatırlıyordun?

Hastalar hatalı varsayımlarda bulunabileceklerin için genellikle daha az tercih edilmesine karşın, hastalara "Tahmin et o an ne düşünüyordun?" ya da "_____ ya da _____ hakkında düşünüyor olabilir miydin?" diye sormak mümkündür. Öte yandan, bazen bu iki soru etkili olabilir.

Otomatik düşüncelerini belirlemede zorluk çeken hastaların üzerinde yukarıda bahsedilen tekniklerden bir veya birkaçını deneyeceğiz. Ama yine de zorlanırlarsa hastaların sorguya çekiliyormuş gibi hissetmesini önlemek ya da kendilerini başarısız olarak görme olasılığını azaltmak için birlikte konuyu değiştirmeye çalışabilirsiniz.

TERAPİST: Peki, bazen bu düşünceleri yakalamak zordur. Çok önemli değil. Başka bir_____konuya geçelim mi?

Ek Otomatik Düşünceleri Tanımlama

Onlar ilk otomatik düşüncesini bildirdikten sonra bile hastaların sorgulamasına devam etmek önemlidir. Ek sorgulama diğer önemli düşünceleri aydınlatabilir.

TERAPİST: Test sonucunu aldığın zaman, "Daha iyisini yapmalıydım. Daha fazla çalışmalıydım." diye düşündün. Aklından başka neler geçti?

HASTA: Herkes muhtemelen benden daha iyi yaptı.

TERAPİST: Sonra ne oldu?

HASTA: Düşünüyordum, "Ben burada olmamalıyım. Çok başarısızım."

Ek olarak, Hastaların, kendileri ilgili olmayan ancak bu durumun sonucunda oluşan tepkileri hakkında diğer otomatik düşüncelerinin oluşabileceğinin farkında olmalısınız. Otomatik düşünceler duygu, davranış ya da psikolojik tepkileri

TERAPİST: Yani, "Kendimi utandırabilirim." diye düşünüp huzursuz mu hissettin? Sonra ne oldu?

HASTA: Kalbim çok hızlı atmaya başladı ve düşündüm "Bendeki yanlış olan şey ne?"

TERAPİST: Peki ne hissettin...?

HASTA: Çok huzursuz.

TERAPİST: Ve sonra?

HASTA: "Bir daha asla iyi hissedemeyeceğim." diye düşündüm.

TERAPİST: Ve ne hissettin...?

HASTA: Üzgün ve umutsuz.

TERAPİST: Ve sonra...?

HASTA: O kadar kötü hissettim ki, Allison'a öğle yemeğinde pek keyif vermeyeceğimi düşündüm ve ona iyi hissetmediğimi söyleyerek sadece odama geri döndüm.

İlk olarak hastanın belirli bir durum (sınıfta gönüllü olma) hakkında otomatik düşünceleri olduğunda onları not alın. Sonra huzursuzluğu ve bedensel tepkileriyle ilgili düşünceleri varsa onları da not alın. Birçok durumda, bu ikincil duygusal tepkiler oldukça sıkıntı verici olabilir ve zaten üzücü olan bir durum önemli ölçüde şiddetlenebilir. Daha sonra Sally davranışını etkileyen olumsuz bir tahminde bulundu.

En verimli çalışma için hangi noktada hastaların en fazla sıkıntılı olduklarını (belirli bir olay sırasında, öncesinde veya sonrasında) ve o noktada otomatik düşüncelerinin neler olduğunu belirlemek önemlidir. Hastalar aşağıdaki gibi üzücü otomatik düşünceler edinmiş olabilir:

- Bir durum öncesinde, neler olabileceğine dair tahminler yürüterek ("Ya bana bağırırsa?"),
- Bir durum sırasında ("Benim aptal olduğumu düşünüyor") ve/veya
- Bir durum sonrasında, olanlara verdiği tepki ile ("hiçbir şeyi doğru yapamıyorum, asla denememeliydim").

Problemli Durumu Teşhis Etme

Bazen, belirli bir duygu ile ilişkili otomatik düşünceleri teşhis edemiyor olmanın yanı sıra, hastalar kendileri için en sıkıntılı (veya en üzücü kısmı) belirli bir durum veya sorunu tanımlarken bile zorluk çekmektedirler. Bu olduğunda, birkaç rahatsız edici problemi öne sürerek, sorunlardan bir tanesini varsayımsal olarak elemelerini isteyerek ve hastanın ne kadar rahatladığını belirleyerek, en sorunlu durumu tespit etmeleri konusunda onlara yardımcı olabilirsiniz. Belirli bir durum, tespit edildikten sonra, otomatik düşünceler daha kolay ortaya çıkarılır.

TERAPİST: [Özetleyerek] Demek ki, son birkaç gündür çok üzgünsün ve nedeninden emin değilsin ve düşüncelerini belirlemede sorun yaşıyorsun – çoğu zaman sadece üzgün hissediyorsun. Doğru mu?

HASTA: Evet, sadece neden her zaman üzgün olduğumu bilmiyorum.

TERAPİST: Ne tür şeyler düşünüyordun?

HASTA: Şey, birisi okul. Ayrıca oda arkadaşımla iyi geçinemiyorum. Sonra bir de tekrar anneme ulaşmayı denedim ve ona ulaşamadım ve tam olarak her şeyi bilmiyorum.

TERAPİST: Yani, okulla, oda arkadaşınla, annene ulaşmayla ilgili problem var... Başka birşey var mı?

HASTA: Evet. Son zamanlarda pekiyi hissetmiyorum. Hasta olmak üzere olduğumdan korkuyorum.

TERAPİST: Bu durumların hangisi sana en çok sıkıntı veriyor – okul, oda arkadaşı, annene ulaşma, hasta hissetme?

HASTA: Oh, bilmiyorum. Hepsi hakkında endişeleniyorum.

TERAPİST: Bu dört şeyi not alalım. Şimdi varsayımsal olarak hasta hissetme problemin tamamen ortadan kalktı; fiziksel olarak iyi hissediyorsun diyelim, şimdi ne kadar endişelisin?

HASTA: Aynı gibi.

TERAPİST: Tamam. Diyelim ki, varsayımsal olarak terapiden hemen sonra annene ulaşıyorsun, onunla ilgili her şey yolunda. Şimdi nasıl hissediyorsun?

HASTA: Biraz daha iyi. Çok değil.

TERAPİST: Tamam. Okul problemi diyelim – Okul problemin nedir?

HASTA: Gelecek hafta teslim etmem gereken bir ödevim var.

TERAPİST: Tamam, diyelim ki ödevini erken teslim ettin artık ne hissediyorsun, şimdi nasıl hissediyorsun?

HASTA: Bu büyük bir rahatlama olurdu, eğer o ödev bitse ve ben iyi yaptığımı düşünsem.

TERAPİST: Yani en üzücü durum ödev gibi görünüyor.

HASTA: Evet, bence de.

TERAPİST: Şimdi, sadece emin olmak için... Hâlen tamamlamak zorunda olduğun bir ödevin olsa, ama oda arkadaşın ile problemin ortadan kalksa, nasıl hissederdin?

HASTA: Çok iyi değil. Sanırım beni en çok sıkan ödev.

TERAPİST: Birazdan, okul problemine odaklanacağız, ama önce nasıl anladığımızı gözden geçirmek istiyorum, böylece gelecekte sen de bunu kendi kendine yapabilirsin.

HASTA: Peki, beni endişelendiren her şeyi sıralamama yardımcı oldun. Sırası ile onlar tek tek çözülmüş gibi gösterdin.

TERAPİST: Ve sonra çözülmüş olsaydı hangisinin seni çok rahatlattığını görebilmiş oldun.

HASTA: Evet.

Sonra, okul problemine, otomatik düşünceleri belirlemeye, onlara yanıt vermeye ve bazı problemleri çözmeye odaklandık.

Aynı süreç, görünüşte ezici olan bir problemin en üzücü parçasını belirlemek üzere hastaya yardımcı olurken kullanılabilir.

TERAPİST: Anlaşılan, oda arkadaşın hakkında çok üzülmüşsün. Özellikle seni en çok rahatsız eden nedir?

HASTA: Bilmiyorum. Her şey.

TERAPİST: Birkaç şeyi adlandırabilir misin?

HASTA: Peki, o yiyeceklerimi alıyor ve yerine koymuyor. Kötü niyetli bir şekilde değil ama yine de beni rahatsız ediyor. Bir de onun bir erkek arkadaşı var, onun hakkında ne zaman konuşsa, bu bana benim erkek arkadaşım olmadığını hatırlatıyor. Ve dağınık, eşyalarını her yerde bırakıyor... Ve o biraz düşüncesiz. Bazen telefonla çok yüksek sesle konuşuyor.

TERAPİST: Başka bir şey?

HASTA: Onlar en büyük şeyler.

TERAPİST: Tamam, bunu önceden yaptık. Bunu sana tekrar okuyayım böylece seni en çok rahatsız edenin hangisi olduğunu çözebilirsin. Yapmazsan, varsayımsal olarak onları tek tek ortadan kaldıracağız ve hislerindeki en büyük farklılıkları hangisinin yaptığını göreceğiz. Tamam mı?

Otomatik Düşünceler ve Yorumları Birbirinden Ayırma

Hastaların otomatik düşüncelerini istediğinizde, aklından geçen gerçek kelimeleri ya da görüntüleri arıyorsunuz. Bu düşünceleri tanımayı öğrenene kadar, birçok hasta yorumlarını bildirir, bunlar gerçek düşünceleri yansıtabilir de yansıtmayabilirler de. Aşağıdaki kayıtta, düşüncelerini raporlamada bir hastaya rehberlik ediyorum.

TERAPİST: Kafeteryada o kadını gördüğünde aklından ne geçti?

HASTA: Bence gerçek hislerimi reddediyordum.

TERAPİST: Gerçekte ne düşünüyordun?

HASTA: Ne kastettiğinden emin değilim.

Karşılığında, hasta hissettiği ve düşündüğünün bir yorumunu bildirdi. Aşağıda, odaklanarak ve duygusunu şiddetlendirerek, tekrar deniyorum.

TERAPİST: Onu gördüğünde, hangi duyguyu hissediyorsun?

HASTA: Bence sadece duygularımı inkâr ediyorum.

TERAPİST: Hangi duygularını inkâr ediyorsun?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: [Anımsamasını sağlamak için beklenenin aksi bir duyguyu sunarak] Onu gördüğünde mutlu mu hissettin? Heyecanlı?

HASTA: Hayır, hiç de değil.

TERAPİST: Kafeteryaya girdiğini ve onu gördüğünü hatırlıyor musun? Bunu kafanda canlandırabilir misin?

HASTA: Hı hım.

TERAPİST: Ne hissediyorsun?

HASTA: Üzgün, bence.

TERAPİST: Ona bakarken aklından ne geçiyordu?

HASTA: [Otomatik bir düşünce yerine, bir duyguyu ve fizyolojik bir tepki bildirerek] Gerçekten üzgün hissediyorum, midemde bir boşluk oluştu.

TERAPİST: Şimdi aklından ne geçiyor?

HASTA: O gerçekten akıllı. [Otomatik düşünce] Ona kıyasla ben bir hiçim.

TERAPİST: Peki. Başka bir şey?

HASTA: Hayır. Ben sadece masaya doğru yürüdüm ve arkadaşımla konuşmaya başladım.

Söylemin Altındaki Otomatik Düşünceleri Belirleme

Hastaların onları etkili bir şekilde değerlendirebilmek adına, kendi akıllarından geçen gerçek sözcükleri ayırt edebilmeyi öğrenmeleri gerekiyor. Saklı düşüncelere karşıt gerçek sözcüklerin bazı örnekleri aşağıda verilmiştir:

Alttaki düşünceler	**Gerçek otomatik düşünceler**
Sanırım benden hoşlanıp hoşlanmadığını merak ediyordum.	Benden hoşlanıyor mu?
Eğer profesöre gidersem zaman kaybı mı olur bilmiyorum.	Gidersem muhtemelen zaman kaybı olacak.
Bir türlü okumaya başlayamadım.	Bunu yapamıyorum.

Onların zihninden geçen gerçek kelimeleri belirlemede hastalara nazikçe öncülük edersiniz.

TERAPİST: Peki sınıfta kızardığında, aklından ne geçiyordu?

HASTA: Sanırım onun benim acayip olduğumu düşündüğünden endişeleniyordum.

TERAPİST: Düşündüğün kelimeleri tam olarak hatırlayabilir misin?

HASTA: (*Şaşkın*) Ne demek istediğinizden emin değilim.

TERAPİST: Sanırım "O benim acayip olduğumu düşündü mü?" diye merak ediyorsun ya da "O benim acayip olduğumu düşünüyor" diye mi düşünüyorsun?

HASTA: Anladım, ikincisi. Ya da gerçekte "Muhtemelen acayip olduğumu düşünüyor." diye düşündüm.

Telgrafik Formu ya da Soru Düşüncelerinin Biçimini Değiştirme

Hastalar düşüncelerini sıklıkla tam olarak dile getirilmemiş hâlde bildirirler. Telgrafik düşüncelerin değerlendirmesi zor olduğu için düşünceyi daha bütün olarak ifade etmek konusunda hastalara rehberlik edersiniz.

TERAPİST: Ödevin verildiğini duyduğunda aklından ne geçiyordu?

HASTA: "Ayy" sadece "Ayy" diye düşündüm.

TERAPİST: Düşündüğünü biraz daha açabilir misin? "Ayy"ın anlamını...

HASTA: İşi zamanında bitiremeyeceğim. Yapacak çok fazla şeyim var.

Hastalar düşüncelerini dile getiremiyorlarsa, siz tam tersi bir düşünceyi sunmayı deneyebilirsiniz. "Ayyy", "Gerçekten iyi mi?" anlamına mı geliyordu?

Otomatik düşünceler bazen bir soru şeklinde ifade edilirler, bu da değerlendirmeyi zorlaştırır. Bu nedenle, düşüncelerini değerlendirmelerine yardımcı olmak amacı ile düşüncelerini bir bildiri şeklinde ifade edebilmeleri için hastalara rehberlik edin.

TERAPİST: Yani endişeli mi hissettin? O anda aklından neler geçiyordu?

HASTA: "Testi geçebilecek miyim?" diye düşünüyordum.

TERAPİST: Peki. Muhtemelen testi geçeceğini mi, geçemeyeceğini mi düşünüyordun?

HASTA: Geçemeyeceğimi.

TERAPİST: Tamam. O zaman düşünceni "Testi geçemem." şeklinde ifade edebilir miyiz?

Başka bir örnek aşağıdadır:

TERAPİST: Yani, şayet daha fazla endişelenirsem "Bana ne olacak?" diye düşündün. Neyin olmasından korkuyorsun?

HASTA: Bilmiyorum... Kontrolümü kaybetmekten, sanırım.

TERAPİST: Tamam, düşüncene bakalım, "Kontrolümü kaybedebilirdim."

Burada korkularının tam olarak ne olduğunu fark etmesi için hastaya öncülük ediyorum. Sonraki örnekte, hasta başlangıçta kendi otomatik düşüncesinin arkasındaki korkuyu saptamakta zorlandı. Hastanın otomatik düşüncesini anlaması için birkaç farklı soru soruyorum.

TERAPİST: Yani "Sıradaki ne?" diye düşündün. Daha sonra ne olacağını düşündün?

HASTA: Bilmiyorum.

TERAPİST: Belirli bir şeyin olmasından mı korkuyorsun?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: Bu durumda olabilecek en kötü şey nedir?

HASTA: Hımmm... Okuldan atılmaktır.

TERAPİST: Sence olmasından korktuğun şey bu muydu?

Daha etkin bir değerlendirme yapabilmek açısından soruların nasıl yeniden biçimlendirilebileceği aşağıda sunulmuştur:

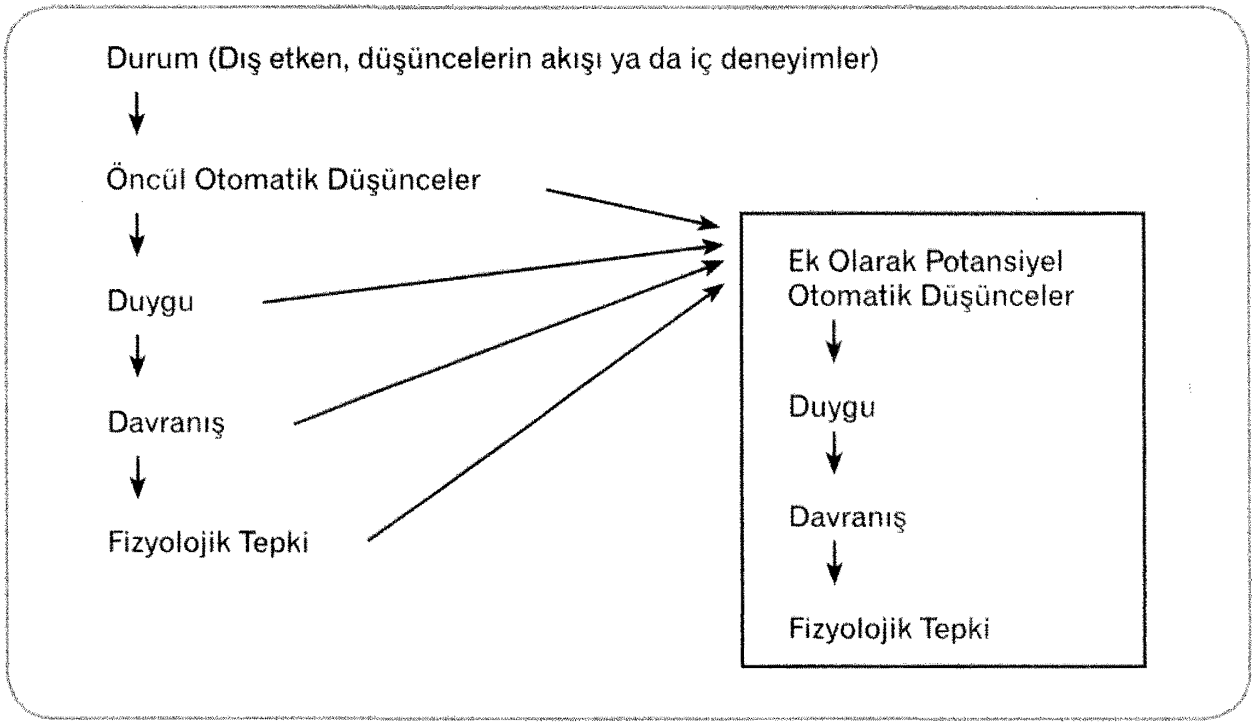
Soru	Açıklama
"Bununla başa çıkabilecek miyim?"	"Başa çıkamayacağım."
"Ayrılırsa bunu kaldırabilir miyim?"	"Ayrılırsa kaldıramayacağım."
"Ya yapamazsam?"	"Yapamazsam işimi kaybedeceğim."
"Ya bana kızarsa?"	"Bana kızarsa beni incitir."
"Bunu nasıl aşacağım?"	"Bunu aşamayacağım."
"Ya değişemezsem?"	"Değişmezsem sonsuza kadar perişan olacağım."
"Bu bana neden oldu?"	"Bu bana olmamalıydı."

Durumları Fark Etmek Otomatik Düşünceleri Anımsatabilir

Bu noktaya kadar, bu bölümdeki otomatik düşünce örneklerinin çoğu, dış olaylarla (ör., bir arkadaşla konuşma) ya da düşüncelerin akışı (ör., yaklaşan sınav hakkında düşünme) ile ilişkilendirilmiştir. Ancak hem dış uyarılar hem de iç deneyimlerden meydana gelen geniş bir aralık otomatik düşüncelerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Şekil 9.1'de açıklandığı gibi,

Durum/Uyarıcı	Örnek	Otomatik Düşünceler
Dış etkenler (ya da olayların dizisi)	Anne telefonu kapatıp durur.	"Ne cüretle bana böyle davranır?"
Düşüncelerin akışı	Sınav hakkında düşünme	"Bu şeyleri asla öğrenemeyeceğim"
İdrak: Düşünce, resim, inanç, hayal, hayal hafızası, geçmişe dönüş	Şiddetli bir görselin farkına varır.	"Deli olmalıyım."
	Travmatik bir olaya dair hatırası canlanır.	"Bunu aşamayacağım. Daima bu korkunç hatıralarla rahatsız olacağım."
Duygu	Öfke	"Ona kızmamalıyım. Ben ne kötü biriyim."
Davranış	Aşırı yeme	"Ben çok zayıf iradeliyim. Yememi kontrol altına alamıyorum."
Fizyolojik veya zihinsel deneyim	Hızlı kalp atışı	"Ya bende ciddi bir sorun varsa?"
	Gerçek dışı şeylere ait algılar	"Deliriyor olmalıyım."

ŞEKİL 9.1 Otomatik düşünceleri uyandıran durumlar.



ŞEKİL 9.2. İlk ve ikincil düşünceler ve tepkiler.

hastaların diğer kategorilerde de otomatik düşünceleri olabilir. Kavramaları, duyguları, davranışları ya da fiziksel ya da zihinsel deneyimleri hakkında düşünceleri olabilir (düşünceler, imgeler, inanışlar, hayaller, rüyalar, anılar ya da geçmişe dönüşler). Bu uyaranların herhangi biri ilk otomatik düşünceyi (veya otomatik düşünceler zincirini) ve hemen arkasından bir öncül duygusal, davranışsal ve/veya fizyolojik bir tepkiyi doğurabilir. Hastaların daha sonra, bağıntılı ek bir duygu, davranış ve/veya fizyolojik tepkiye (Şekil 9.2) yol açan bilişsel modelin herhangi bir bölümü hakkında ilave düşünceleri olabilir.

HASTALARA OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ BELİRLEMEYİ ÖĞRETME

Bölüm 5'te açıklandığı gibi, daha ilk seansta bile hastalarınıza otomatik düşünceleri belirleme becerisini öğretmeye başlayabilirsiniz. Ben burada bilişsel modeli sadece Sally'nin kendi örneklerini kullanarak gösteriyorum.

TERAPİST: Sally, önümüzdeki hafta ruh hâlinde bir değişiklik ya da daha kötüye gitme fark ettiğinde, kendini durdurup "Şu an aklımdan ne geçiyor?" diye kendine sorabilir misin?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Bu düşüncelerden bazılarını bir kâğıda not alabilir misin?

HASTA: Tabi.

Sonraki seanslarda, temel soru ("Şu an aklından ne geçiyor") etkili değilse diğer teknikleri de hastaya açıkça öğretebilirsiniz.

TERAPİST: Bazen ne düşünüyor olduğunu söyleyemeyebilirsin. O anda ya da daha sonrasında, bu seansta az evvel yaptıklarımızı deneyebilirsin. Sahneyi hayalinde mümkün olabildiğince kuvvetli canlandırarak tekrar oynat, tekrar oluyormuş gibi ve nasıl hissettiğine odaklan. Sonra kendine, "Aklımdan ne geçiyor?" diye sor. Bunu yapabileceğini düşünüyor musun? Ya da tekrar pratik yapmalı mıyız?

HASTA: Bir deneyeceğim.

Tekrardan, temel soruları sormak ve imgeleme tekniği yeterli olmazsa, hastaya düşünceleri hakkında varsayımlar oluşturmayı açıkça öğretmelisiniz. Bu yöntem daha az tercih edilir çünkü hastanın gerçek düşüncelerinden ziyade devamında oluşan yorumunu bildirme olasılığı daha fazladır.

TERAPİST: Hâlâ aklından geçenleri bulmakta sorun yaşıyorsan buradaki bazı soruları [bk. Şekil 9.3] kendine sorabilirsin.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: İlk soru: Zorunda olsaydım, ne düşündüğümü varsayardım? Ya da _____ veya _____ ne hakkında düşünüyor olabilirdim? Veya bir şeyi kurguluyor muydum yoksa hatırlıyor muydum? Ya da son olarak, bu durum bana ne ifade ediyor? Veya hafızanı tazelemek için karşıt olan düşüncelerin neler olabileceğini bulmayı denemelisin.

HASTA: Tamam.

OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ ORTAYA ÇIKARMA TEKNİKLERİ

Temel soru:

O an aklınızdan ne geçti?

Otomatik düşünceleri belirleme:

1. Seans sırasında duyguda bir değişme fark ettiğinizde (veya yoğunlaşma) yukardaki soruyu sorun.
2. Hastanın sorunlu bir durumu ya da duygu değişimi yaşadığı bir anı açıklamasını sağlayın ve yukarıdaki soruyu sorun.
3. Gerektiğinde, belirli durumu veya zamanı (şimdi oluyor gibi) açıklamak üzere hastanın imgelemi kullanmasını sağlayın ve daha sonra yukarıdaki soruyu sorun.
4. Gerek duyulduğunda ya da istenildiğinde, hastanın sizinle belirli bir etkileşimi canlandırmasını sağlayın (rol oynayın) ve sonrasında yukarıdaki soruyu sorun.

Otomatik düşünceleri belirlemede diğer sorular:

1. O sırada ne hakkında düşündüğünü tahmin et.
2. Sence _____ ya da _____ hakkında mı düşünüyordun (Terapist makul bir çift seçenek sağlar)?
3. Gerçekleşebilecek bir şeyi mi hayal ediyordun yoksa gerçekleşmiş bir şeyi mi hatırlıyordun?
4. Bu durum senin için ne anlam ifade ediyor (Ya da hakkında ne söylüyor?)?
5. _____ mı düşünüyordun (Terapist beklenen cevaba karşı bir düşünce sunmaktadır.)?

Şekil 9.3. Otomatik düşünceleri belirleme tekniklerinin özeti. J.S. Beck (2011)'den.

TERAPİST: Otomatik düşüncelerini belirlemede sorun yaşıyorsan ve durumu tekrar imgelemek işe yaramıyorsa, bu hafta bu soruları kendine sormayı dene.

HASTA: Güzel.

Özetle, psikolojik bozukluğu olan kişiler düşüncelerinde öngörülebilir hatalar yaparlar. Kendi işlevsiz düşüncelerini saptamayı, değerlendirmeyi ve değiştirmeyi hastalara öğretirsiniz. Bu süreç, belirli durumlarda belirli düşüncelerin tanınmasıyla başlar. Otomatik düşüncelerin belirlenmesi bazı hastalar için kolay ve doğal bir beceridir ve kimileri için daha zordur. Bu hastaların gerçek düşüncelerini bildirmesini sağlamak için dikkatle dinlemek gerekir ve hastalar düşüncelerini kolayca tespit edemezse, sorgulamanızda değişiklik yapmanız gerekebilir. Bir sonraki bölümde, diğer şeylerin yanı sıra, otomatik düşünceler ve duygular arasındaki farkı açıklanmaktadır.

Bölüm 10

DUYGULARIN BELİRLENMESİ*

Duygular, bilişsel davranış terapisinde birincil öneme sahiptir. Tedavinin başlıca amacı hastaları rahatsız edici semptomlardan kurtarmak (özellikle hastanın sıkıntılarının düzeyini azaltmak) ve hastanın ruhsal bozukluğunu iyileştirmektir.

Olumsuz duygu yoğunluğu hastanın sağlıklı düşünebilme, problemleri çözebilme, hareket etkinliğine ya da doyumuna müdahale ediyorsa bu acı verici ve işlevsiz olabilir. Psikiyatrik rahatsızlığı olan hastalarda, sıklıkla duruma uygun olmayan veya aşırı duygu yoğunluğu gözlemlenir. Örneğin Sally, oda arkadaşıyla planladığı küçük sosyal etkinliği iptal etmek zorunda kaldığında büyük suçluluk ve üzüntü hissetti. O profesöre gidip yardım alma konusunda da oldukça endişeliydi. Otomatik düşüncelerin gücünü ve inançların (bunlar genellikle oldukça acı vericidir) aktive olduğunu fark ettiğinizde duyguların yoğunluğu ve niteliği bir anlam ifade eder.

Hastaların nasıl hissettiklerini, duyguları ile yüzleşmekten ve mücadele etmekten nasıl kaçındıklarını anlamak ve onlarla empati kurabilmek önemlidir. Hastaların sıkıntılarını azaltmak için onların rahatsızlığının altında yatan düşünce ve inançlarını değerlendirin, onların duygularını değerlendirmeyin.

Hastanın her durumda hoşuna gitmeyen duyguları ele almayacaksınız, hangi problemlerin en önemli olduğuna karar vermekte hasta için oluşturduğunuz kendi kavramsallaştırmanızı kullanacaksınız. Tipik olarak; en önemli problemler sıkıntının yüksek düzeyiyle bağlantılı olanlardır. Sıkıntısı normal düzeyde olan hastaların problemleri genellikle daha az önemlidir. Bilişsel davranış terapisinin

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

amacı bütün streslerden kurtulmak değildir; olumsuz duygular da pozitif duygular gibi yaşam zenginliğinin birer parçasıdır ve bizi karşılaşabileceğimiz potansiyel problemler için uyaran fiziksel acılar kadar önemli bir görev görürler.

Ek olarak, hastaların ilgi alanları (genellikle nispeten kısa), hafta boyunca meydana gelen olumlu olaylar ve olumlu anıları aracılığıyla *pozitif* duygularını arttırmaya çabalayacaksınız. Sıklıkla, hastaların yapmaktan keyif aldıkları ve uzman oldukları alanlardaki etkinliklerin sayılarını arttırmak için ödevler önereceksiniz (bk. Bölüm 6).

Bu bölümde açıklananlar:

- Otomatik düşünceleri duygulardan ayırmak,
- Duygular arasındaki farklılıklar,
- Duyguları tanımlamak,
- Duygu yoğunluğunu değerlendirmek.

OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ DUYGULARDAN AYIRMAK

Çoğu hasta duygularıyla düşünceleri arasındaki farkları net bir şekilde anlamıyor. Sizler hastaların deneyimlerini anlaşılır kılmak için gayret edeceksiniz ve anladıklarınızı onlarla paylaşacaksınız. Sürekli ve ustalıkla bilişsel model aracılığıyla hastalara deneyimlerini görmelerine yardım edeceksiniz.

Hastaların bilişsel modelin kategorileri içinde sunduğu materyalleri organize edeceksiniz; durum, otomatik düşünce ve tepki (duygu, davranış ve psikolojik yanıt). Hastaların duygu ve düşüncelerini karıştırdıkları durumlarda tetikte olun. Bu zamanlarda, seansın akışı, onların hedefleri ve iş birliğinin gücüne dayalı olarak karar verebilirsiniz.

- Karışıklığı göz ardı ederek,
- Onu o zaman açıklayarak (açıkça ya da incelikle),
- Daha sonra açıklayarak.

Çoğu zaman bir düşünceyi, belirli bir bağlamda yanlış bir şekilde duygu olarak adlandırmak nispeten önemsizdir ve incelikle bir düzeltme yapabilirsiniz.

TERAPİST: Gündem maddelerimizi belirlediğimizde erkek kardeşinle olan bir telefon görüşmesi hakkında konuşmak istediğini belirtmiştin.

HASTA: Evet, birkaç gece önce onu aradım ve bana karşı biraz mesafeli gibiydi.

TERAPİST: Peki duygusal olarak nasıl hissediyordun?

HASTA: Gerçekten konuşmak istemiyor gibi, onu aramış olmam ya da olmamamı umursamıyor gibi hissettim.

TERAPİST: "Onun konuşmak istemediği ve aramış olduğunu umursamadığı" düşüncesine kapıldığında, duygusal olarak nasıl hissettin? Üzgün? Kızgın? Başka şekilde?

Bir diğer seansta, bu karmaşıklığı önemli olarak gösterdim çünkü ben Sally'e Düşünce Kayıt Formunu kullanarak (sayfa 195) düşüncelerini nasıl değerlendireceğini öğretmek istiyordum. Bunları zamanında yapmanın önemli olduğu ve oturum akışının gereksiz yere bölünmemesi ve önemli verilerin unutulmamasına karar vererek bu ikisi arasında ayrım yapmaya karar verdim.

TERAPİST: Bu hafta hiç yürüyüş yapmayı düşündüğün oldu mu?

HASTA: Evet, birkaç sefer.

TERAPİST: Özellikle hatırlayabildiğin bir tanesi var mı?

HASTA: Dün gece yemekten sonra, temizlik yapıyordum... Bilmiyorum.

TERAPİST: Duygusal olarak nasıl hissediyordun?

HASTA: [Düşüncelerini açıklıyor.] İşe yaramayacakmış gibi hissediyordum, bu hiç yardımcı olmayacaktı.

TERAPİST: Bunlar önemli düşünceler. Bunları değerlendirmek için sonra bir dakikalığına geri döneceğiz ama önce düşünceler ve duygular arasındaki farklılıkları gözden geçirmek istiyorum, tamam mı?

HASTA: Tabi ki.

TERAPİST: *Duygular* duygusal olarak neler hissettiklerindir - genellikle bir kelime, üzüntü, kızgınlık, kaygı ve bunun gibi (*Bekler*). Düşünceler ise sahip olduğun fikirlerdir, bunları kelimeler ya da resimler ya da imgeler olarak düşünebilirsin (*Bekler*). Ne dediğimi anlıyor musun?

HASTA: Sanırım evet.

TERAPİST: Öyleyse dün geceki yürüyüş yapmayı düşündüğün zamana geri dönelim. Hangi duyguları hissediyordun?

HASTA: Sanırım, üzgün.

TERAPİST: Ve düşüncelerin "Bunlar işe yaramaz ve ben tekrar asla iyileşmeyeceğim" idi.

HASTA: Evet.

Yukarıdaki örnekte, Sally önce düşüncelerini, duyguları gibi adlandırdı. Zaman zaman hastalar tersini de yaparlar ve duygularını da düşünceleri gibi adlandırırlar.

TERAPİST: Sally, hiç kimsenin olmadığı yurttaki odana doğru yürürken aklından neler geçiyordu?

HASTA: Üzgün ve yalnızdım, gerçekten çökmüştüm.

TERAPİST: Yani sen üzgün, yalnız ve çökmüş hissettin. Hangi düşünce ve imge senin bu şekilde hissetmene yol açtı?

Duygular Arasında Ayrım Yapabilmenin Önemi

Sürekli olarak hastaların problemlerini kavramsallaştırırken, onların deneyimlerini ve bakış açılarını ve altta yatan inançların belirli bir durumda özel otomatik düşünceleri nasıl ortaya çıkardığını, davranışlarını ve duygularını nasıl etkilediğini anlamaya çalıştınız. Hastaların düşünceleri, duyguları ve davranışları arasındaki bağlantı anlaşılır olmalıdır. Aşağıdaki terapi konuşmasındaki gibi, otomatik düşüncelerinin içeriği hastaların bildirdiği duygularla eşleşmediği zamanlarda, bunu daha fazla araştıracaksınız.

TERAPİST: Annen seni geri aramadığı zaman nasıl hissettin?

HASTA: Üzgündüm.

TERAPİST: Aklından neler geçiyordu?

HASTA: Ona ne olduğunu düşünüyordum belki de yanlış olan bir şey vardı.

TERAPİST: Ve sen üzgün hissettin?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Biraz kafam karıştı çünkü bunlar daha çok endişeli düşünceler gibi geldi. Aklından geçen başka şeyler de var mıydı?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: Sahneyi gözünde canlandırmaya ne dersin (İmgesel boyutta hastanın sahneyi canlandırmasına yardımcı oluyor)? Telefonun yanında oturarak onun aramasını beklediğini söylemiştin?

HASTA: "Ya bir şey olduysa? Belki de yanlış bir şey oldu." Diye düşündüm.

TERAPİST: Sonra ne oldu?

HASTA: Telefona bakıyorum ve ağlamaklı oluyorum.

TERAPİST: Aklından neler geçiyor?

HASTA: Anneme bir şey olursa benimle ilgilenecek hiç kimse kalmayacak.

TERAPİST: "İlgilenecek hiç kimse kalmayacak." bu düşünce sana nasıl hissettirdi?

HASTA: Üzgün, gerçekten çok üzgün.

Bu değişim bir çelişkiyle başladı. Alarmdaydım ve otomatik düşüncenin *içeriği* ve bununla bağlantılı olan *duygu* arasındaki tutarsızlığı yakalayabildim. İmgesel çağrışımı kullanarak Sally'e otomatik düşünce anahtarıyla yardım edebildim. Endişeli düşüncelere odaklanmış olsaydım, Sally'nin asıl endişesini kaçırabilirdim. Önemli olmayan endişelere odaklanmak yardımcı olabilmesine rağmen, *anahtar* otomatik düşünceyi bulmak ve onunla çalışmak terapiyi hızlandırır.

DUYGULARI ADLANDIRMADAKİ ZORLUKLAR

Çoğu insan kolayca ve doğru bir şekilde duygularını adlandırabilir. Ancak bazıları nispeten daha yetersiz kelimelerle duygularını açıklar, diğerleri ise zihinsel olarak duyguların fark edebilir ancak onlar özel duygularını adlandırmakta zorluk çekerler. Her iki durumda da hastaların duygusal tepkilerinin özel durumlarla bağlantısının kurulması yararlı olur. Şekil 10.1'de olduğu gibi Duygu Grafiği düzenlemek, hastaların duygularını daha etkin biçimde adlandırmasına yardımcı olacaktır. Hastalar nasıl hissettiklerini adlandırmakta zorluk çektikleri zaman geri dönüp fikir alabilecekleri belirli duyguları şimdi ve önceki durumlar olarak listeleyebilirler.

TERAPİST: Birkaç dakikamızı farklı duygular hakkında konuşarak harcamak istiyorum, böylece her ikimizde farklı durumlarda nasıl hissettiğini daha iyi anlayabiliriz, tamam mı?

Öfke	**Üzgün**	**Kaygılı**
1. Erkek kardeşim benimle olan planı iptal ediyor.	1. Annem telefonuma geri dönmüyor.	1. Bankada ne kadar az paramın kaldığını görme.
2. Arkadaşım jimnastik çantamı geri getirmiyor.	2. Tatile çıkmak için yeterli para yok.	2. Fırtına oluşabileceğini duyma.
3. Araç sürücüsü müziği çok yüksek sesle dinliyor.	3. Cumartesi günü yapacak bir şey yok.	3. Boynumda şişlik olması.

ŞEKİL 10.1 Örnek Duygu Tablosu.

HASTA: Tabi ki.

TERAPİST: Kızgın olduğun bir zamanı hatırlayabilir misin?

HASTA: Ah, evet... Erkek kardeşim bu filme gitme planını iptal ettiğinde, filmin hangisi olduğunu unuttum. Gerçekten gitmek istemiştim. Her neyse, o bana filme gitmek yerine arkadaşlarıyla birlikte dışarıya çıkacağını söylemişti.

TERAPİST: O an aklından neler geçiyordu?

HASTA: O kim olduğunu zannediyor? Ben ona bunu yapmazdım. Bana karşı daha iyi davranmalıydı.

TERAPİST: Ve ne hissettin?

HASTA: Çok kızgın.

Burada Hastaya *özel* bir olayda hissettiği belirli bir duyguyu çağrıştırdım. Onun açıklamaları ile duygularını doğru bir şekilde adlandırıyormuş gibi görünüyordu. Ondan otomatik düşüncelerini tanımlamasını istedim çünkü emin olmak istedim. Otomatik düşüncelerinin içeriği belirttiği duyguyla eşleşti.

Daha sonra, hastadan sırayla, sinirli üzgün ve endişeli olduğu anları hatırlamasını istedim. Ve duygularını doğru şekilde adlandırdığından emin olabilmek için bu durumlardaki özel otomatik düşüncelerini tekrar sordum. Ve sonrasında Duygu Grafiğini oluşturduk (Şekil 10.1). Ondan sonra her ne zaman duygularını adlandırmakta zorluk çekerse oturumda ya da evde bu grafiğe bakmasını istedim.

Çoğu hastada bu duyguları ayrıştırma tekniğini kullanmaya gerek yoktur. Diğerleri ise yukarıdaki satırda belirtilen konularla ilgili kısa bir konuşma ve irdelemeden bile yararlanabilirler. Bir kısmı da Şekil 10.2'deki grafikte bulunan olumsuz duygular listesi üzerinde belirtilen kısa konuşmadan ve irdelemeden yararlanabilir.

Üzgün, çökmüş, yalnız, mutsuz
Endişeli, kaygılı, korkulu, korkmuş, gergin,
Kızgın, çok öfkeli, irrite olmuş, canı sıkkın
Utandırılma, utanma, aşağılanma
Hayal kırıklığı yaşama,
Kıskanma, imrenme
Suçlu hissetme
İncinme
Kuşkulanma

ŞEKİL 10.2 Olumsuz Duygular.

DUYGULARI DERECELENDİRME

Hastalar için bazen yalnız duygularını belirlemek değil, aynı zamanda yaşadıkları duyguların derecesinin niceliğini de belirlemek önemlidir. Bazılarının yaşadıkları duygular hakkında işlevsiz inançları vardır (Greenberg, 2002; Holland, 2003; Leahy, 2003). Örneğin, küçük bir sıkıntı hissettiklerine inandıklarında; bu inanç rahatsızlığı arttırarak dayanılmaz hâle getirecektir. Duygu yoğunluğunu derecelendirmeyi öğrenmeleri hastaların bu inançlarını test etmelerine yardımcı olur.

Bununla beraber, etkili olan bir düşünceye ya da inanca karşılık verip vermeme ve bunu sorgulayıp sorgulamama konusunda değerlendirmede bulunacaksınız, böylece bu bilişin daha ileri müdahaleyi gerektirip gerektirmediğine karar verebileceksiniz. Bunu yapmaktaki başarısızlık bazen sizin başarılı olan bir girişimi yanlış sonuçlandırmanıza yol açabilir ve bir sonraki düşünceye ya da probleme zamanından önce başlamanıza yol açabilir. Ya da tam tersi biçimde olabilir. Hastanın artık problemden önemli bir şekilde etkilenmediğini fark etmeden, otomatik düşünceyi ya da inancı tartışmayı sürdürebilirsiniz.

Sonuç olarak, belirtilen bir durumdaki duygu yoğunluğunu ölçmek size ve hastaya durumu, daha yakından inceleme ve araştırma gerektirip gerektirmediği konusunda yardımcı olacaktır. Duygu yükünün nispeten daha az yoğun olduğu bir durumu tartışmak, önemli duyguların aktifleştiği bir hastanın rahatsızlığını tartışmaktan daha değersiz olur.

Çoğu hasta duygu yoğunluklarını değerlendirmeyi oldukça kolay öğrenir.

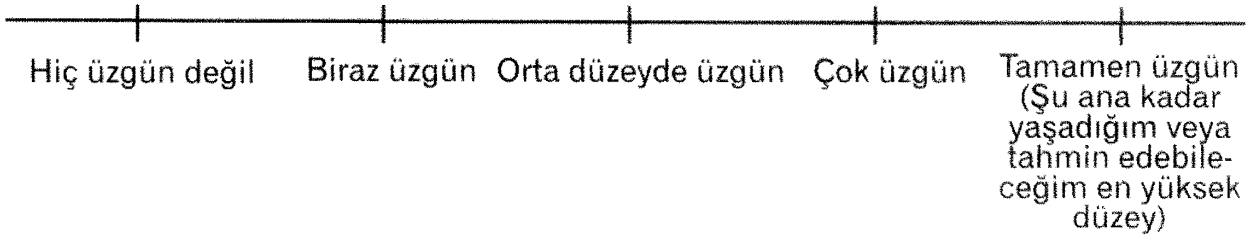
TERAPİST: Arkadaşın sana "Üzgünüm, şu an zamanım yok." dediğinde nasıl hissettin?

HASTA: Oldukça üzgün, sanırım.

TERAPİST: Öyle bir his hayal et ki, %100 üzgün olduğun ya da %0 hiç üzgün olmadığın bir durum olsun. O sana "Üzgünüm, şu an vaktim yok." dediğinde ne kadar üzgündün?

HASTA: Yaklaşık %75.

Bazı hastalar özellikle bir rakam belirtmekte zorluk çekiyorlar ya da belirtmeyi sevmiyorlar. Onlara basitçe hissettiklerinin derecesini "biraz", "orta seviyede", "çok" ve "tamamen" şeklinde değerlendirmelerini isteyebilirsiniz. Bu da zor geliyorsa aşağıdaki tablo yardımcı olabilir:



TERAPİST: Arkadaşın sana "üzgünüm, şu an zamanım yok dediğinde nasıl hissettin?

HASTA: Üzgün.

TERAPİST: Ne kadar üzgün hissettin, %0'la-%100 arasında?

HASTA: Emin değilim. Rakamlarla aram çok iyi değil.

TERAPİST: Biraz mı, orta seviye de mi, çok mu, yoksa tamamen mi üzgün hissettin?

HASTA: Seçenekler nelerdi?

TERAPİST: İşte, bir tablo çizeyim. Bu senin üzüntün (*çizelgeyi göstererek*) buna göre, biraz mı orta seviyede mi, çok mu, tamamen mi üzgün hissettin?

HASTA: Anladım, çok üzgün.

TERAPİST: Tamam derecelendirmemizi yaptık, şimdi bunun ne kadar kullanışlı olduğuna bakalım. Bu hafta hiç üzgün olduğun bir zaman oldu mu?

HASTA: Evet, dün gece kendimi odama kilitlediğimde.

TERAPİST: Şimdi yardımcı olarak, yeni tablomuzu kullanalım, ne kadar üzüntülüydün?

HASTA: Pekâlâ, sanırım orta seviye ile çok üzgün arasında.

TERAPİST: Güzel. Şimdi, bu tabloyu her zaman, kendini üzgün hissettiğinde bir rehber olarak kullanabileceğini düşünüyor musun?

HASTA: Evet, kullanabilirim.

TERAPİYE YÖNLENDİRİRKEN DUYGUSAL YOĞUNLUĞUN KULLANILMASI

Hastalar hangi durumları, konuşmak için getirmeleri gerektiğini fark edemeyebilirler. Onlardan bu durumlardaki sıkıntılarının derecesini; var olan deneyimleri ile getirilen durumu tartışmanın yardımcı olup olmayacağı olasılığına karar vermelerini isteyebilirsiniz. Aşağıdaki kısa terapi konuşmasında, Sally'nin tanımladığı başlangıçtaki duruma odaklanarak çok fazla bir şey elde edemeyeceğimizi anında fark ettim.

TERAPİST: Yani, konuşmak istediğin problem oda arkadaşınla alakalı olan mı?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Bu hafta bir olay meydana geldi mi?

HASTA: Sanırım, o benim yerime erkek arkadaşıyla dışarı çıkmak istediğinde kötü hissetmiştim.

TERAPİST: Ne kadar üzgün hissettin, %0'la-%100 arasında?

HASTA: Bilmiyorum, Belki %25?

TERAPİST: Peki, ya şimdi?

HASTA: (*Düşünür.*) Daha az.

TERAPİST: Bu çok üzücü bir durum gibi görünmüyor. Bu hafta seni oldukça üzen başka bir durum oldu mu?

Özetle, hastaların rahatsızlığının net bir resmini çıkarmayı amaçlayın. Onlara düşüncelerini ve duygularını açıkça ayırmalarında yardımcı olun. Bu süreç boyunca onların duygularıyla empati kurun ve durumlarını etkileyen yararsız düşünceleri değerlendirmelerinde yardımcı olun.

Bölüm 11



OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ*

Hastalar bir gün içinde yüzlerce ya da binlerce düşünceye sahip olurlar, bu düşüncelerin bazıları işlevli, bazıları işlevsizdir. Özellikle belirlenmiş bir seansta sadece birkaç düşünceyi değerlendirmek için vaktiniz olacaktır. Bu bölümde bunları nasıl yapacağınız açıklanacaktır:

- Önemli otomatik düşünceleri seçmek,
- Otomatik düşünceleri değerlendirmek için Sokratik sorgulama tekniğini kullanmak,
- Değerlendirme sürecinin sonucunu belirlemek,
- Değerlendirme etkisiz olduğu zaman kavramsallaştırmak,
- Otomatik düşünceler için sorgulamanın ve yanıtlamanın alternatif yöntemlerini kullanmak,
- Otomatik düşünceler doğru olduğunda cevaplamak,
- Kendi otomatik düşüncelerini değerlendirmeyi hastalara öğretmek.

TEMEL OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ DEĞERLENDİRME

Otomatik bir düşünceyi tespit ettiniz. Hastalar bir oturum sırasında kendiliğinden bir konuşma yapmış olabilir (ör., "Ben sadece bana hiçbir şeyin yardımcı olabileceğini düşünmüyorum."); sıklıkla geçen haftadan bir otomatik düşünce-

* Çevirenler: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin
Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

le ilişkilendirmiş ya da gelecekte ortaya çıkacak olanı tahmin eden bir otomatik düşünceyi bildirmiş olabilir. Sonra bu düşüncenin önemli olup olmadığına odaklanarak kavramsallaştırmanız gerekir: Sıkıntı verici, işlevsiz düşünce şu an var mıdır? Olması olası mıdır? Tekrarlayabilir mi? Şayet geçen haftadan bir otomatik düşünce ise şunları sormalısınız:

> "Hangi durumda bu düşünceye sahiptin? O zaman buna ne kadar inandın? Şu an ne kadar inanıyorsun?"
>
> "Duygusal olarak nasıl hissettirdi? Sonrasında duygu ne kadar yoğundu? Şu an duygu ne kadar yoğun?"
>
> "Ne yaptın?"

Hastanın tekrar bu tür düşünceye sahip olmasının ve bu yüzden sıkıntılı olmasının muhtemel olup olmadığını kendinize de sormalısınız. Hasta kendiliğinden bir sorununu anlattıysa ve/veya düşüncesi gelecekteki bir durumla ilişkiliyse, bu soruları bir parça değiştireceksiniz. Ek düşüncelerin daha merkezi ya da üzücü olup olmadığını da öğrenmelisiniz.

> "Bu durumda aklından başka ne geçti? Başka herhangi bir düşünce ya da imge var mıydı?"
>
> "Hangi düşünce/imge daha üzücüydü?"

Aşağıdaki terapi konuşmasında Sally'nin önemli olan otomatik düşüncesini saptıyorum:

TERAPİST: [Özetleyerek] Perşembe günü sınıftaydın ve profesörün sınıfta ortaya attığı sorunun cevabını bilmiyordun ve çok mutsuz hissettin bu yüzden "Asla burada yapamayacağım." diye düşündün. Bu düşünceye ne kadar inandın ve ne kadar üzgün hissettin?

HASTA: Çok fazla inandım ve gerçekten çok üzgün hissettim.

TERAPİST: Şu an ne kadar inanıyorsun ve ne kadar üzgün hissediyorsun?

HASTA: Hâlâ yapamayacağımı düşünüyorum.

TERAPİST: Ve bu düşünce hâlâ üzücü mü?

HASTA: Çok.

Bu bize değerlendirmek için önemli bir otomatik düşünce olduğunu gösterdi. Bununla birlikte, farklı bir durumda Sally ve ben farklı bir otomatik düşüncenin tartışmaya değmeyeceğine karar verdik. Sally kütüphanede olan bir problemini

anlatıyordu ve ona bu durumu tartışmanın önemli olup olmadığını değerlendirmek için birkaç soru sordum.

TERAPİST: [Özetler.] Kütüphanedeydin ve ihtiyacın olan kitabı bulamadın, "Çok yetersizler. Sistem çok kötü." diye düşündün ve engellenmiş hissettin. Ne kadar engellenmiş hissettin?

HASTA: %90 gibi.

TERAPİST: Hâlâ engellenmiş hissediyor musun?

HASTA: Hayır, atlattım.

TERAPİST: Engellenmiş hissettiğinde ne yaptın?

HASTA: Odama geri döndüm ve kimya problemlerimi çözdüm. Lisa'dan ödünç aldığım kitabı bitirdim. Pazartesi günü kitabı ona geri vereceğim.

TERAPİST: Yani problemi çözdün. Kütüphanenin gelecekte tekrar sorun olacağını düşünüyor musun? Yaratıcı bir şey yapmadan, bıkkın hissedip oradan ayrılır mısın? Yoksa kitabı elde etmek için farklı bir yola başvurur musun?

HASTA: Bence ben iyiyim. Ne beklediğimi biliyorum. Lisa'dan kitabı almamış olsaydım, kütüphaneye geri döner ve yardım isterdim.

TERAPİST: Bu iyi... Herhangi bir durumla karşılaştığında bir planın olduğunu gösterir. Başka bir gündem maddesine geçelim mi?

Burada o zaman üzücü olan otomatik düşünce hakkında konuşmaya gerek kalmadı çünkü (1) Sally bu yüzden uzun süre sıkıntı yaşamadı, (2) fonksiyonel bir şekilde hareket etti, (3) sorun çözüldü ve (4) aynı problem tekrarlanırsa onun iyi bir çözümü vardı.

Hastalar, önemli olmasa bile otomatik düşünceleri ve problemleri neden gündeme getirirler? Hastalar, çoğu zaman, tedavi ile ilgili konular hakkında yeterince konuşmak istemeseler bile neyin hakkında konuşmanın daha önemli olduğunu anlama becerilerini öğrenebilirler.

Bir hasta önemli bir otomatik düşüncesini paylaşsa bile, bazen onun üzerinde odaklanmamaya karar vermelisiniz, özellikle aşağıda belirtilen durumlarda:

- Sizin yargınızın terapötik ilişkiyi bozabilecek olduğuna karar verdiğinizde (ör., hastanın sizin yargınızı geçersiz olduğunu hissettiğini algıladığınızda),
- Düşüncesini değerlendirmek için hastanın çok sıkıntısı olduğunda,
- Seansta hastanın düşüncesine etkili şekilde cevap vermek için zamanın yetersiz olduğunu gördüğünüzde.,

- Bilişsel modelin daha önemli olan farklı bir ögesi üzerinde çalışmak istediğinizde (ör.; problemli bir durumu çözmek, hastaya duygusal düzenleme tekniklerini öğretmek yerine, daha uyumlu davranışsal tepkiler üzerinde konuşmak istediğinizde ya da hastanın fizyolojik tepkisi üzerinde durmak istediğinizde),
- İşlevsel olmayan bir düşüncenin altında yatan bir otomatik düşüncenin daha önemli olduğunu değerlendirdiğinizde,
- Farklı bir problemi tartışmanın daha önemli olduğunu değerlendirdiğinizde.

OTOMATİK BİR DÜŞÜNCEYİ DEĞERLENDİRMEK İÇİN SORGULAMA

Ortaya çıkan otomatik düşüncenin önemli olduğu ve sıkıntı verdiği ve bunlara uygun duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepkiler belirlendiğinde, onları değerlendirmeye hasta ile iş birliği içinde karar verebilirsiniz. Otomatik düşünceyi ender olarak üç nedenden dolayı doğrudan sorgularsınız:

1. Genellikle bir otomatik düşüncenin ileri düzeyde bozulmuş olduğunu bilemezsiniz (ör., Sally'nin kendisi ile kimsenin yemek yemek istemeyeceği düşüncesinin geçerli olup olmadığı araştırılabilir).
2. Doğrudan onların düşüncelerini karşı çıkmak hastaların hissettiklerinin geçersiz kılınmasına neden olabilir [ör., Sally "Terapistim bana hissettiklerimin yanlış olduğunu söylüyor." diye düşünebilir.].
3. Bir bilişe karşı çıkma bilişsel davranış terapisinin temel prensibini ihlal eder. İş birliğine dayalı deneyimde: Siz hastayla birlikte, otomatik düşünceyi birlikte inceler, geçerliliğini ve/veya faydasını test eder, daha uyumlu bir yanıt geliştirebilirsiniz.

Genellikle (sizin önemli kabul ettiğiniz) gerçeğin en azından küçük bir zerresini içeren tamamen hatalı otomatik düşünceleri akılda tutmak ta ender olarak önemlidir.

Şekil 11.1, hastalara düşüncelerini değerlendirmelerinde yardımcı olmak için Sokratik soruların bir listesini içerir (Gerçekte, zaman zaman yanlış adlandırılan, Sokratik sorgulama metodu filozof "Sokrat"tan türetilmiş, diyalektik tartışmayı içerir.). Hastalar düşüncelerini değerlendirmek için yapılandırılmış bir yönteme ihtiyaç duyar. Aksi takdirde, onların otomatik düşüncelere cevapları, ikna edici olmaz ve yüzeysel olur ayrıca duygu durumlarının gelişimleri ya da işlevleri başarısız olur. Değerlendirme yansız olmalıdır. Örneğin, otomatik bir düşünceyi destekleyen kanıtı göz ardı etmeyi, uygun olmayan alternatif bir açıklama bulmayı

ya da olası olmayan alternatif bir açıklamayı ya da gerçekçi olmayan bir pozitif düşünceyi benimsemeyi hastalardan istemeyin.

Şekil 11.1'deki bütün sorular her otomatik düşünce için uygun değildir, onları hasta ile ilişkilendirmek önemlidir. Dahası, tüm soruları kullanmak, uygulamak mantıklı olsa da çok elverişsiz ve zaman tüketici olabilir. Hastalar işleyişin sıkıcı ve külfetli olduğunu düşünürse, düşüncelerinin tamamını değerlendirmeyebilir. Hastalara bir seferde sadece bir ya da birkaç soru sorun.

İlk seanstan itibaren belirli bir otomatik düşünceyi değerlendirmek için sorgulama yapabilirsiniz. Daha sonraki bir seansta, işleyişi açıkça anlatmaya başlayacaksınız, böylece hastalar seans aralarında kendi düşüncelerini değerlendirmeyi öğrenebilirler:

TERAPİST: (*Seansın son bölümünü özetler hem de kâğıt üzerinde görmek için otomatik düşünceleri yazar*) Sınıfa giderken yolda arkadaşın Karen'la karşılaştığında, "Bana ne olduğunu gerçekten umursamıyor" diye düşündün ve bu düşünce sana üzüntü verdi.

HASTA: Evet.

TERAPİST: Ve o zaman düşüncelerine ne kadar inanıyordun?

HASTA: Çok fazla. Yaklaşık olarak %90.

TERAPİST: Ve şu an ne kadar üzgünsün?

HASTA: Belki %80.

TERAPİST: Geçen hafta ne söylediğimizi hatırlıyor musun? Bazen otomatik düşünceler doğrudur, bazen doğru değildir ve bazen de gerçeğin ufak bir zerresi vardır. Karen hakkında şu anki düşüncenin tam olarak nasıl göründüğüne bakabilir miyiz; onun hakkındaki düşüncen ne kadar doğru görünüyor?

HASTA: Tamam.

Soruların birkaçını hastaların düşüncelerini değerlendirmeleri için kullanabilirsiniz ancak Şekil 11.1'deki soruların hepsini kullanamazsınız. Onlar size ve hastanıza rehberlik etmekte yardımcı olabilir:

- Otomatik düşüncenin geçerliliğini değerlendirin.
- Diğer yorumların ya da bakış açılarının olasılığını araştırın.
- Problemli bir durumu normalleştirin.
- Otomatik düşünceye inanmanın etkisini ayırt edin.
- Düşüncede mesafe kat edin.
- Problemi çözmek için adımlar atın.

1. Bu fikri destekleyen kanıt nedir?
   Bu fikre karşı kanıt nedir?

2. Alternatif bir açıklama ya da bakış açısı var mı?

3. Olabilecek en kötü şey nedir (Ben hâlihazırda en kötüsünü düşünmüyorsam)?
   Olduysa, nasıl başa çıkabilirim?
   Olabilecek en iyi şey nedir?
   En gerçekçi sonuç nedir?

4. Otomatik düşünceye inanmamın etkisi nedir?
   Düşüncemin değişmesinin etkisi ne olabilir?

5. Eğer o da aynı durumda ise [belirli bir arkadaş veya aile bireyine]
   _____ ne söyleyebilirim?

6. Ne yapmalıyım?

Şekil 11.1 Otomatik düşünceleri sorgulama.

Sorulardan her biri aşağıda açıklanmaktadır.

Soruların "Kanıtları"

Otomatik düşünceler genelde gerçeğin küçük bir zerresini içerdiği için hastalar genellikle doğruluğunu destekleyen bazı kanıtlara sahiptir (İlk olarak bu küçük doğrulara bakın). Ancak onlar sıklıkla karşıt kanıtları görme konusunda başarısızdırlar (ikinci olarak karşıt kanıtlara bakın).

TERAPİST: Karen'ın sana ne olduğunu umursamadığının kanıtı nedir?

HASTA: Ne bileyim, Locust Walk'tan geçerken gerçekten acelesi varmış gibi göründü. Çok hızlıca "Selam, Sally, sonra görüşürüz" dedi ve hızla yoluna devam etti. O zorlukla bana baktı.

TERAPİST: Başka bir şey?

HASTA: Şey, bazen çok yoğun oluyor ve benim için hiç vakti olmuyor.

TERAPİST: Başka bir şey?

HASTA: (*Düşünür*) Hayır. Sanmıyorum.

TERAPİST: Tamam, şu an diğer tarafta herhangi bir kanıt var mı ona bakalım, belki de o seni önemsiyor?

HASTA: (Genel anlamda cevaplama) Peki, o çok hoş. Okul başladığından beri arkadaşız.

TERAPİST: [Sally'e daha kesin düşünmesi için yardım ediyorum.] Senden hoşlandığını gösteren ne gibi şeyler yapar ya da söyler?

HASTA: Hımmm... Genellikle onunla bir şeyler yemek için birlikte yemeğe gitmek isteyip istemediğimi sorar. Bazen bir şeyler hakkında oldukça geç saatlere kadar konuşuruz.

TERAPİST: Tamam. Bir nedenle o, dün çok şey söylemeden hızla geçti. Başka zamanlarda da oldukça yoğun olduğu zamanlar olmuştur. Ama diğer yandan, onunla yemek yemek isteyip istemeyeceğini soruyor ve seninle oldukça geç saatlere kadar kalıyor. Doğru mu?

HASTA: Evet.

Burada Sally'nin düşüncesinin geçerliliği konusunda kanıt ortaya çıkarmak için nazikçe irdeledim. Her iki taraftaki kanıtları ortaya çıkararak Sally'nin söylediğini özetledim.

"Alternatif Açıklama" Soruları

Aşağıda, ne olduğuna ilişkin alternatif makul bir açıklama geliştirmesinde Sally'e yardım ediyorum.

TERAPİST: Güzel. Şimdi, duruma tekrar bakalım. Ne olduğuna ilişkin alternatif bir açıklama var mı, öte yandan sana ne olduğuyla ilgilenmiyor mu?

HASTA: Bilmiyorum.

TERAPİST: O yanından niçin hızla geçmiş olabilir?

HASTA: Emin değilim. Bir dersi olmuş olabilir. Bazı şeyler için geç kalmış olabilir.

"Normalleştirme" Soruları

Hastaların çoğu, en kötü durum senaryosunu öngörür. Eğer bir hastanın otomatik düşüncesi bir felaket içermiyorsa en kötü korkusunu hastalara sormak genellikle yararlıdır. Her iki durumda da hastalara en kötüsü olduğunda ne yapacaklarını sorarak onların yanıtlarını izlemelisiniz.

TERAPİST: Tamam. Şimdi, bu durumda olabilecek en kötü şey ne olabilirdi?

HASTA: Sanırım, beni gerçekten sevmemesi ve destek için ona güvenememek olabilir.

TERAPİST: Bununla nasıl başa çıkabilirsin?

HASTA: Bununla ilgili mutlu olmazdım. Sanırım onun arkadaşlığına güvenmezdim.

TERAPİST: [Onun, güçlü bir yanıt geliştirmesine yardımcı olmak için yönlendirici sorular sorar.] Güvendiğin başka arkadaşların var mı?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Yani iyi olurdun?

HASTA: Evet olurdum.

Hastaların en kötü korkuları genellikle gerçek dışıdır. Sizin objektif olmanız onlara daha gerçekçi sonuçlar için yardımcı olacaktır, ama çoğu hasta bunu yaparken zorlanır. Siz en iyi çıkışı yapabilmeleri için ilk soruyu hastalara sorarak düşüncelerini genişletmelerinde onlara yardımcı olabilirsiniz.

TERAPİST: En kötü olasılık olmayabilir. En iyisi ne olabilir?

HASTA: Benimle ilişkisinin kesildiğini fark eder ve benden özür diler.

TERAPİST: Ve en gerçekçi sonuç nedir?

HASTA: O gerçekten o anda çok yoğundu ve biz arkadaş olmaya devam edeceğiz.

Sonraki terapi konuşmalarında, en kötüsü olsa da başa çıkacağını görmesi için Sally'ye yardım ediyorum. En kötü korkularının gerçekleşme olasılığının olmadığını da fark ediyor.

S: Ya hastalarınızın en kötü korkuları onların ölecek olmaları ise?

C: Açık olarak "Nasıl başa çıkardın?" sorusunu sormazsınız. Bunun yerine en iyi ve gerçekçi sonuçların cevabını isteyebilirsiniz. Ayrıca ölme sürecinin en kötü kısmının ne olacağını keşfetmeye karar vermek isteyebilirsiniz: ölme sürecindeki korkular, onlar için öteki dünyada ne olacağını hayal etmenin korkularının ne olduğunu ya da hastanın ölümünden sonra sevdiklerine ne olacağının korkusunu araştırabilirsiniz.

"Otomatik Düşüncenin Etkisini Sorgulayan" Sorular

Aşağıda, Sally'e çarpık düşüncesine yanıt verme ve vermemenin sonuçlarını değerlendirmek için yardım ediyorum.

TERAPİST: O senden hoşlanmıyor, *düşüncesinin senin düşüncen üzerindeki etkisi* nedir?

HASTA: Bana üzüntü veriyor. Sanırım beni bir şekilde ondan uzaklaştırıyor.

TERAPİST: Ve *düşüncenin değişmesinin etkisi* nasıl olabilir?

HASTA: Daha iyi hissederim.

"Uzaklaştıran" Sorular

Hastaların, sıklıkla bir arkadaşının ya da aile bireyinin aynı durumdayken anlattıklarını hayal ederek düşüncelerinden biraz uzaklaşması yarar sağlar.

TERAPİST: Sally, diyelim ki arkadaşın Allison'ın zaman zaman acelesi olan bir arkadaşı vardı ama diğer zamanlarda onunla ilgili görünüyordu. Allison'ın şöyle bir düşüncesi olsaydı: "Arkadaşım beni önemsemiyor", ona ne söylerdin?

HASTA: Sanırım, özellikle bu konuda hassassa arkadaşının acelesi olduğu zamanları çok fazla önemsememesini söylerdim.

TERAPİST: Bunu kendine uygular mısın?

HASTA: Evet, sanırım onu yapabilirim.

"Problem Çözme" Soruları

Bu soruya verilen cevap doğası gereği nasıl bilişsel ve/veya davranışsal olabilir. Bilişsel kısmı hastaların sorulara verdikleri yanıtları hatırlama zorunluluğu getirecektir. Sally'nin durumunda, davranışsal bir plan oluşturduk:

TERAPİST: Şimdi bu durumda ne yapman gerektiğini düşünüyorsun?

HASTA: Ne demek istediğinizden emin değilim.

TERAPİST: Peki, dün bu olduğundan beri geri çekildin mi?

HASTA: Evet, sanırım. Bu sabah onu gördüğümde fazla bir şey söylemedim.

TERAPİST: Yani, bu sabah orijinal düşüncen doğruymuş gibi davranıyordun. Nasıl farklı davranabilirdin?

Sally'nin sosyal becerisinden ve Karen'la daha dostça olma motivasyonundan emin olmasaydım; birkaç dakikamı "Onu ne zaman tekrar görebilirsin?", "Onu tekrar aramanın daha iyi olacağını düşünür müsün?", "Onu tekrar gördüğünde ne söyleyeceksin?", "Ona söylemeyi düşündüğün herhangi bir şey var mı?" gibi sorulara zaman ayıracaktım. (Eğer ihtiyaç duyarsam, Karen'a söyleyeceğini modelleyebilir ve/veya Sally'e bir rol oynama uygulaması yapardım).

DEĞERLENDİRME SÜRECİNİN SONUCUNU DEĞERLENDİRMEK

Bu görüşmenin son bölümünde, Sally'nin şu an özgün otomatik düşüncelerine ne kadar inandığını ve duygusal olarak nasıl hissettiğini değerlendiriyorum, böylece sonraki seansta ne yapabileceğime karar verebilirim.

TERAPİST: Şimdi, bu düşünceye göre "Karen bana ne olduğunu gerçekten umursamıyor" düşüncesine ne kadar inanıyorsun?

HASTA: Çok değil. Belki %20.

TERAPİST: Tamam. Ve ne kadar üzgün hissediyorsun?

HASTA: Çok da değil.

TERAPİST: İyi. Bu egzersiz faydalı oldu gibi görünüyor. Geri dönelim ve bize neyin yardımcı olduğuna bakalım.

Siz ve hastanız, her otomatik düşünceyi değerlendirmek için Şekil 11.1'deki soruların tamamı kullanmayacaksınız. Bazen soruların hiçbiri yararlı olmaz ve birlikte farklı bir yol alırsınız (Sayfa 178-186' ya bk.).

OTOMATİK BİR DÜŞÜNCENİN DEĞERLENDİRMESİNİN NEDEN ETKİSİZ OLDUĞUNU KAVRAMSALLAŞTIRMA

Eğer hasta hâlâ otomatik düşüncesinin önemli bir düzeyde etkili olduğuna inanıyorsa ve duygusal olarak çok iyi hissetmiyorsa bilişsel yeniden yapılandırmanın başlangıçta neden yeterince etkili olmadığını kavramsallaştırmanız gereklidir. Dikkate alınması gereken yaygın nedenler aşağıdaki gibidir:

1. Tanımlanmayan ya da değerlendirilmeyen çok daha merkezi otomatik düşünceler ve/veya imgeler vardır.
2. Otomatik düşüncelerin değerlendirmesi mantıksız, yüzeysel ve yetersizdir.
3. İnandığı otomatik düşüncesini destekleyen kanıtı yeterince ifade edememiştir.
4. Otomatik düşüncenin kendisi de temel bir inançtır.
5. Hasta entelektüel olarak otomatik düşüncenin bozulduğunu anlar ama bu bozulmaya duygusal düzeyde inanmaz.

İlk durumda, *hasta en merkezi otomatik düşüncesi ya da imgesini dile getirmemiştir.* Örneğin, John düşüncesini açıklıyor "Basketbol takımına girmeyi deneseydim bile, onu muhtemelen başarılı olamayacaktım. Bu düşünceyi değerlendirmesi de onun disforisini önemli ölçüde etkilemez çünkü onun farkında olmadığı başka önemli düşünceleri vardır: "Ya berbat bir oyuncu olduğumu düşünürlerse?" "Ya aptalca hatalar yaparsam?" Koçun ve diğer oyuncuların onu alaycı ve küçümseyen yüzlerle izleyeceklerini de hayal eder.

İkinci bir durumda, *hasta yüzeysel olarak otomatik bir düşünceye cevap veriyor.* John, "İşimin tamamını bitiremeyeceğim. Yapmam gereken çok fazla şey var." diye düşünüyor. Düşünceyi dikkatlice değerlendirmek yerine John sadece cevap veriyor: "Hayır, muhtemelen hayal kırıklığına uğrayacağım." Bu cevap yetersizdir ve onun kaygısı azalmaz.

Üçüncü bir durumda, *terapist tam anlamıyla soruşturmuyor ve bu yüzden hasta doğru olan otomatik düşüncesini tam ifade etmiyor,* yanıtı etkisiz bir adaptif yanıt olarak ortaya çıkıyor, aşağıda görüldüğü gibi:

TERAPİST: Tamam John, kız kardeşinin senden rahatsız olduğuna ve seninle olmak istemediğine ilişkin kanıtın nedir?

HASTA: O beni nerdeyse hiç aramaz. Her zaman ben onu ararım.

TERAPİST: Tamam, öte yandan başka bir şey var mı? Seni umursuyor mu, seninle iyi bir ilişkisi var mı?

John'un terapisti onu biraz daha sorguladı, otomatik düşüncesini destekleyen diğer kanıt açığa çıktı: kız kardeşi, kız arkadaşlarıyla tatil boyunca John'la geçirdiğinden çok daha fazla zaman geçirdi. John, kız kardeşini aradığında o bir an önce konuşmayı bitirmek ister gibi konuştu ve John'a bir doğum günü kartı bile göndermedi. Terapist bu bilgileri ortaya çıkardı, terapist çok etkili kanıtı değerlendirmesi için John'a yardım etti ve kız kardeşinin davranışı için alternatif açıklamayı araştırdı.

Dördüncü bir durumda, *hasta bir otomatik dünce tanımlıyor ki o bir başka temel inanç.* John sıklıkla "Ben yetersizim." diye düşünüyor. O bu fikre, çok güçlü bir şekilde inanıyor, tek bir değerlendirme onun algısını ve birleşik düşüncelerini değiştirmiyor. İlerleyen zamanda onun terapisti bu inancı değiştirmek için birçok teknik kullanmaya ihtiyaç duyacak (Bölüm 14'e bk.).

Beşinci bir durumda, hasta zihninde *"entelektüel" uyum sağlayıcı bir yanıta inandığını gösterir fakat "duyguları" kalpten, ruhundan ya da içinden gelmez.* Uyum sağlayan cevabı önemsemez. Bu durumda, terapist ve hasta ifade edilmeyen inançların altında yatan otomatik düşünceleri araştırmaya ihtiyaç duyar.

TERAPİST: İşten atılırsan bunun senin hatan olmadığına ne kadar inanırsın?

HASTA: Durumu entelektüel olarak anlayabiliyorum.

TERAPİST: Ama?

HASTA: Parası az olmasına karşın, işimi elimde tutmam gerektiğini düşünüyorum.

TERAPİST: Tamam, bir an için işten atıldığını varsayalım. En kötü tarafı ne olabilirdi ya da bu ne anlama gelirdi?

Burada, John'un terapisti onun uyumsal cevaplara inanmadığını ve bir varsayımın açığa çıktığını keşfediyor: İşimi kaybedersem, bu benim yetersiz olduğum anlamına gelir.

Özet olarak, bir otomatik düşünceyi değerlendirirken, hastalarınıza uyumsal cevaplara ne oranda inandıklarını ve duygusal olarak nasıl hissettiklerini sorun. İnançları azsa ve hâlâ üzgünlerse düşüncelerini incelemenin neden onların üzüntülerini hafifletmediğini inceleyerek kavramsallaştırın ve daha sonra ne yapacağınıza ilişkin bir strateji planlayın.

HASTALARIN DÜŞÜNCELERİNİ İNCELERKEN ONLARA YARDIMCI OLMAK İÇİN ALTERNATİF METOTLAR KULLANMAK

Aşağıdakileri, Şekil 11.1'deki soruların yerine kullanabilirsiniz ya da ek olarak sorabilirsiniz.

- Sorularınızı çeşitlendirin.
- Bilişsel çarpıtmayı tanımlayın.
- Kendi durumunuzu örnek olarak kullanın.

Bu stratejiler aşağıdaki gibi tanımlanmıştır.

Alternatif Sorular Kullanma

Aşağıdaki terapi konuşmalarında standart soruların etkisiz olacağını öngördüğünüz zaman sorularınızı nasıl çeşitlendireceğinizin yalın bir örneği sunulmaktadır.

TERAPİST: [Annene, birlikte geçirceğiniz zamanı kısaltmanın problem olup olmadığını sorduğunda; o kırgın ve kızgınlığını belli ettiğinde] Aklından ne geçti?

HASTA: Aramak için kötü bir zaman olduğunu bilmeliydim. Aramamalıydım.

TERAPİST: Aramaman gerektiğinin kanıtı nedir?

HASTA: Şey, annem genellikle sabahları acele eder. İşten eve gelene kadar beklemiş olsaydım, o daha iyi bir ruh hâlinde olabilirdi.

TERAPİST: Bu seçenek aklına gelmiş miydi?

HASTA: Şey, evet ama arkadaşıma hemen bilgi vermek istedim, o bir etkinlik planı yapabilirdi.

TERAPİST: Yani, anneni aradığında aramak için gerçekten bir sebebin vardı ve riskli olduğunu biliyormuşsun gibi görünüyor ama sen arkadaşının senin planını en kısa sürede bilmesini istedin.

HASTA: Evet.

TERAPİST: Risk almak için kendini bu kadar zorlaman akıllıca mı?

HASTA: Hayır.

TERAPİST: İkna olmuş gibi görünmüyorsun. Genel olarak düşünürsek, yaz tatilinin bir haftasını arkadaşınla geçirmeyi istemen annen için ne kadar incitici bir durumdu?

Bu sorulara benzer sorularla konuşmayı sürdürdüm: Annen ne kadar kırgın hissetti? En son, ne kadar süre bu düzeyde kırılmıştı? Şu an annen tam olarak nasıl hissediyor? Annenle geçirdiğin boş zamanların tamamında onu incitmemen mümkün mü? Annen seninle kendi istediği gibi zaman geçirmek istediğinde, onu hiç kırmaman aynı zamanda bu zamanın senin için de iyi olması nasıl mümkün olabilir? Başka birinin duygularını *hiç incitmeme* gibi bir amaç arzu edilebilir mi? Kendinden nasıl vazgeçebilirsin?

Önceki terapi konuşmalarında, hastalara daha işlevsel bir bakış açısı benimsemelerinde yardımcı olmak için standart olmayan soruların nasıl kullanılacağını gösteriyorum. Düşüncenin *geçerliliğini* sorgulamaya başladığım hâlde, *inancın altında yatan vurguya* doğru yön değiştirdim (başka bağlamlarda daha önceden tartışmıştık): "Diğer kişilerin duygularını incitmek kötüdür." Düşüncelerini yanıtlamasında daha fazla cevaba ihtiyacı olup olmadığını görmesi için sonunda açık uçlu bir soru sordum ("Şu anki durumu nasıl görüyorsun?"). Şekil 11.1'deki 2. sorunun değişik bir versiyonunu sordum. Sorduğum sorulara dikkat edin: "Anneni niçin aradığına ve niçin onu incittiğine; diğer yandan neden suçlu ve kötü hissettiğine ilişkin alternatif bir açıklaman var mı?"

Bilişsel Çarpıtmaları Tanımlamak

Hastalar düşüncelerindeki hatalarda tutarlı olmaya eğilim gösterirler. Psikiyatrik bir bozukluğu olan hastaların sıklıkla bilişsel işleyişinde sistematik olumsuz ön yargıları vardır (Beck, 1976). En çok yaygın hatalar Şekil 11.2'de sunulmuştur

(Ayrıca bk. Burns, 1980). Genellikle bilişsel çarpıtmaları adlandırmak ve hastalara da benzer şekilde adlandırmayı öğretmek yardımcı olur. Bir hastanın ortak bilişsel çarpıtmaları olduğunda zihinsel olarak notlar alabilirsiniz, bir örüntüyü belirlediğiniz zaman bu çarpıtmalara dikkat çekebilirsiniz:

TERAPİST: Sally, bu düşünce ya bir "A" almak ve başarılı biri olmak ya da olmamak ve başarısız biri olmaktır – buna ya hep ya hiç düşünme, deriz. Tanıdık geliyor mu? Bir bölümde her şeyi anladığını yoksa aptalım diye düşündüğünü de hatırlıyorum. Bu tip düşünmeye dikkat etmek yardımcı olabilir mi sence?

Şekil 11.2'deki gibi hastaların çarpıtmalarının bir listesini temin edebilirsiniz, eğer siz listeyi muhakeme ederseniz onlar konfizyona girmezler (karmakarışık olmazlar). Başka bir seansta, Sally'e bu listeyi verdim ve birlikte onun mevcut tipik otomatik düşüncelerini ve çarpıtmalarını tanımladık:

Felaketleştirme: "Okuldan atılacağım."

Ya hep ya hiç düşüncesi: "Kitaptaki bütün bir bölümü okuyamazsam, onun hiçbir değeri olmaz."

Akıl okuma: "Oda arkadaşım benden rahatsız oluyor."

Duygusal muhakeme: "Çok yetersiz hissediyorum."

Sally bu listeyi el atında tuttu ve otomatik düşüncelerini değerlendirirken sık sık ona başvurdu. Böyle yapmak düşüncesinde fazladan mesafe kat etmesine yardımcı oldu. Onun çok güçlü olan bir otomatik düşüncesinin muhtemelen doğru olmadığına ya da tamamen doğru olmadığına inanmasına olanak sağladı.

Kendini Açmayı Kullanma

Zaman zaman, aşağıda örneklendirildiği gibi; sahip olduğunuz benzer otomatik düşünceleri değiştirmenin nasıl mümkün olduğunu göstermek için Sokratik sorgulamayı kullanabilirsiniz ya da diğer metotlara ek olarak kendinizi aşağıdaki gibi örnek olarak ortaya koyabilirsiniz:

TERAPİST: Bilirsin Sally, bazen seninkine benzer düşüncelerim olur: "Herkesi mutlu etmeliyim." Ama sonra kendime iyi bakmak için bir sorumluluğum olduğunu kendi kendime hatırlatırım ve "Herhangi biri hayal kırıklığına uğrarsa bu da muhtemelen dünyanın sonu olmayacaktır." şeklinde düşünürüm (*Bekler.*). Sen de bu düşünceyi kendine uygulayabileceğini düşünüyor musun?

Bazı otomatik düşünceler doğru olsa da birçoğu doğru değildir ya da gerçeğin yalnız bir zerresine sahiptir. Düşüncedeki tipik hatalar aşağıda belirtilmiştir:

1. **Ya hep ya hiç düşüncesi** (Siyah ve beyaz, kutuplaştırılmış ya da ikiye bölünmüş düşünce): Bir süreklilik yerine iki farklı kategoriden bir durum üzerinde düşünürsünüz.
   Örnek: "Ben tamamen başarılı değilsem, başarısız biriyim."

2. **Felaketleştirme** (Ayrıca falcılık olarak da adlandırılır): Daha olası sonuçları dikkate almaksızın geleceği olumsuz olarak öngörürsünüz.
   Örnek: "Çok üzgün olacağım, hiçbir işi uygun bir şekilde yapamayacağım."

3. **Olumlu da indirim yapmak ve yaptıklarını yetersiz bulmak:** Olumlu deneyimleri, edimleri ya da niteliklerin mantık dışı bir şekilde değersiz olduğunu kendi kendinize söylersiniz.
   Örnek: "Bu projeyi iyi yaptım, bu yetenekli olduğum anlamına gelmez, sadece şanslıydım."

4. **Duygusal muhakeme:** Düşündüğünüz bazı şeyler doğru olmalıdır çünkü düşüncenizin çok güçlü olduğunu "hisseder" (gerçekten inanır), gerçeği yok sayar ya da indirim yaparsınız.
   Örnek: İş yerinde birçok şeyi doğru yaptığımı biliyorum ama hâlâ kendimi başarısız hissediyorum."

5. **Etiketleme:** Kanıtların daha az felakete yol açabileceğini etraflıca düşünmeden kendinize ya da diğerlerine genel bir etiket koyarsınız.
   Örnek: "Kaybeden biriyim. O işe yaramaz biri."

6. **Büyütme/Küçültme:** Kendinizi ya da başka birini ya da durumu değerlendirdiğinizde, olumsuz olanı büyütür ve/veya olumlu olanı küçültürsünüz.
   Örnek: "Sıradan bir değerlendirme benim ne kadar yetersiz kaldığımı kanıtlar. Yüksek notlar almam benim zeki olduğumu göstermez."

7. **Zihinsel Filtre** (ayrıca seçici soyutlama da denir.): Resmin tamamını görmek yerine olumsuz bir detaya aşırı dikkat edersiniz.
   Örnek: "Kendimle ilgili değerlendirmemde; ben düşük dereceler alan biri olduğum için [bunların birkaçı çok yüksek dereceler olsa da] bu benim berbat bir iş çıkardığım anlamına gelir."

8. **Akıl Okuma:** Diğerlerinin ne düşündüğünü bildiğinize inanırsınız, büyük bir olasılıkla diğerleri başarısızlığı etraflıca düşünürler.
   Örnek: "Bu proje hakkındaki hiçbir şeye bilmediğimi düşünüyor."

(devamı)

Şekil 11.2. Hataları düşünme. Aaron T. Beck izni ile uyarlanmıştır.

9. **Aşırı genelleme:** Mevcut durumun çok ötesinde kapsamlı negatif bir sonuca varırsınız.
   Örnek: "[Toplantıda çok rahatsız olduğum için] Arkadaş olmak için gerekli niteliklere sahip değilim."

10. **Kişiselleştirme:** Başkalarının davranışları için daha akla yatkın açıklamaları dikkate almadan, diğerlerinin sizin yüzünüzden negatif davrandığına inanırsınız.
    Örnek: "Ben bir şeyleri yanlış yaptığım için tamirci bana kaba davrandı."

11. **"Gereklilik" ve "Zorunluluk" ifadeleri** (Emir kipleri de denir): Bir kesinliğiniz var, siz ve diğerlerinin nasıl davranmak zorunda oluğuyla ilgili sabit bir fikriniz var ve bu beklentilerin karşılanmamasının ne kadar kötü olduğunu gözünüzde büyütüyorsunuz.
    Örnek: "Yaptığım hata korkunçtu. Her zaman en iyimi yapmalıyım."

12. **Dar Bakış Açısı:** Bir durumun her zaman sadece olumsuz tarafını görürsünüz.
    Örnek: "Oğlumun öğretmeni hiçbir şeyi doğru yapmıyor. O eleştirel, duyarsız ve öğretimi de berbat."

Şekil 11.2. Hataları düşünme. Aaron T. Beck'in izni ile uyarlanmıştır.

OTOMATİK DÜŞÜNCELER DOĞRU OLDUĞUNDA

Bazen otomatik düşünceler doğru olabilir ve siz bu durumda aşağıdakilerden biri ya da birkaçını yapmayı seçebilirsiniz:

- Problemi çözmeye odaklanın.
- Hasta geçersiz ya da işlevsiz bir karar aldıysa araştırın.
- Benimseme üzerinde çalışın.

Bu stratejiler aşağıda tanımlanmıştır.

Problemi Çözemeye Odaklanmak

Bütün problemler çözülemeyebilir, eğer hastanın bir durumla ilgili algısı geçerli gibi görünürse, en azından bir dereceye kadar o problemin çözülüp çözülemeyeceğini araştırabilirsiniz. Aşağıdaki terapi konuşmalarında, Sally ve ben onun otomatik düşüncesini değerlendirdik, "Param bitecek." kanıtının net olduğu ve geçerli bir algı olduğu açıkça görünüyor.

TERAPİST: Bu koşullarda dikkatli olsan bile, öğretim yılının sonuna doğru kiraya çözüm bulamayacaksın gibi görünüyor... Hâlihazırda bununla ilgili bir şey yapmayı denedin mi?

HASTA: Hayır, daha değil. Ailemden daha fazlasını isteyemem. Onların hiç paraları yok.

TERAPİST: Belki son çare olarak onlardan yardım istenebilir mi?

HASTA: Belki...

TERAPİST: Başka bir şey düşündün mü?

HASTA: Hayır, yapabileceğim başka bir şey olduğunu sanmıyorum.

TERAPİST: Öğrenci dekanıyla konuştun mu?

HASTA: Bunu hiç düşünmedim.

TERAPİST: Büyük olasılıkla o sana yardımcı olabilir. Zannederim ekonomik sıkıntısı olan başka öğrenciler de vardır. O farklı bir öğrenci kredisi ya da bir ödeme planı önerebilir ya da belki faydalanabileceğin bir yardım fonu vardır.

HASTA: Umarım.

TERAPİST: Tamam, dekanla başlamak ister misin? Bu işe yaramazsa başka fikirlerle beyin fırtınası yapabiliriz: Bir iş bulmak, başka birinin yanına taşınmak, başka bir akrabandan borç almak... Depresif olduğun için düşünmediğin ancak çözüm olabilecek çok fazla şey olabilir.

Geçersiz Sonuçları Araştırmak

Aşağıdaki terapi konuşmasında görüldüğü gibi: Otomatik bir düşünce gerçek olurken, *anlamı* geçerli olmayan ya da en azından tamamen geçerli olmayan, altında yatan inancı ya da sonucu inceleyebilirsiniz.

TERAPİST: Arkadaşının duygularını, gerçekten incitmişsin gibi görünüyor.

HASTA: Evet, bunun için çok üzgünüm.

TERAPİST: Onun duygularını incitmenin senin için anlamı nedir? Ya da ne olacağından korkuyorsun?

HASTA: Onu arkadaşıma asla söylememeliydim. Ben berbat bir arkadaşım... Berbat bir insanım! O benimle bir daha asla konuşmak istemeyecek!

TERAPİST: Tamam, başlangıcına bakabilir miyiz? Berbat bir kişi olduğunla ilgili başka kanıtın var mı?... Diğer taraftan berbat bir kişi olmadığınla ilgili bir kanıt var mı, belki de berbat biri değilsin?

Benimsemeye Yönelik Çalışmak

Bazı problemlerin çözümü zordur ya da asla çözülemeyebilir ve hastalar sonucu kabullenmek için yardıma ihtiyaç duyarlar. Onlar çok mutsuz hissetmeye devam ederken, çözümsüz bir problemin neredeyse sihirli bir şekilde ilerleyebileceği ve çözülebileceğine ilişkin gerçekçi olmayan beklentileri ya da umutları vardır. Bunun yanı sıra, temel değerlerine odaklanmayı öğrenmek için desteğe ihtiyaç duyarlar, hayatlarının daha tatminkâr kısımlarının vurgulanmasına ve onların deneyimlerini yeni yollarla zenginleştirilmesine ihtiyaç duyarlar. Hayes ve arkadaşları tarafından tasarlanmış benimsemeyi zenginleştiren pek çok strateji bulunabilir (2004).

HASTALARA DÜŞÜNCELERİNİ DEĞERLENDİRMEYİ ÖĞRETMEK

Belli bir noktada, hastalara Şekil 11.1'deki soruların bir kopyasını verebilirsiniz. Bu soruları sözlü olarak sorduğunuz bir seansın hemen ardından yapabilirsiniz. Hastanızla Şekil 11.1'deki soruları gözden geçirmeye yeterli vaktiniz yoksa ya da sorularınız çok etkili değilse ya da hastanızın bunalacağını düşünürseniz, uygun bir zamana kadar bekleyebilirsiniz. Birçok hasta ayrı bir kâğıt parçasına yazarak sorulardan sadece bir ya da iki tanesini iyi yapmayı öğrenir. Diğer hastalarınıza listenin tamamını verebilirsiniz ve soruları gözden geçirirken işaretleyebilirsiniz.

Otomatik düşünceleri değerlendirmeyi öğrenmek bir beceridir. Bazı hastalar hemen öğrenir; diğerleri daha çok tekrara ve kademeli bir biçimde güdümlü uygulamaya ihtiyaç duyar. Örneğin, bir hastaya "kanıt"la ilgili sorular yardım etmiş olabilir: "Bu düşüncemin doğru olduğunu nasıl bilebilirim?" Genellikle felaket senaryosu olan başka bir hastaya normale çekme soru türü yardımcı olabilir: "En kötüsü olduğunda nasıl başa çıkabilirim? En iyi ya da en gerçekçi sonuç nedir?" Başka bir hastaya ise "kendinden uzaklaştırma" sorusunu yanıtlamak yardımcı olabilir: "Eğer [kardeşimin eşi] bu durumda olsaydı ve bu düşünceye sahip olsaydı, ona ne derdim?"

Hastalar bu beceriyi öğrenmeye hazır göründüklerinde, Şekil 11.1'deki soruların çoğunun uygulanabileceği bir otomatik düşünce seçin. İzleyen açıklamada Sally'nin otomatik düşüncelerinden birinin üzerinde ona işleyişi gösteriyorum:

TERAPİST: Eğer çoğu insan gibiysen evde bu sorular üstünde çalışmak bazen göründüğünden daha zor olabilir. Aslında, bir düşünceni incelemene yardım etmek için birlikte çalışmaya ihtiyaç duyduğumuzda o konuda çalışmak için çok zamanın olacak. Ama kendi kendine evde bu sorular üstünde çalışmayı bir dene ve bir sorunun olursa gelecek hafta onunla ilgili konuşabiliriz. Tamam mı?

Hastalarınızın ödevlerini düzgün yapmadıklarında bazı güçlüklerinin olabileceğini öngörmeleri, kendilerini eleştirmelerini önleyebilir ya da yenilmiş hissetmelerinin etkisini azaltmak için onlara yardım edilebilir. Benim uyarıma karşın Sally'nin ödevi mükemmel yapamadığı için doyuma ulaşamadığında kendini sert biçimde yargılayacağından kuşkulandım. Bu konuda başından sonuna kadar süreci izlemeliydim:

TERAPİST: Sally, bu hafta düşüncelerini değerlendirirken bazı güçlüklerin olursa nasıl hissedersin?

HASTA: Sanırım, hayal kırıklığına uğrarım.

TERAPİST: Aklından neler geçer?

HASTA: Bilmiyorum. Muhtemelen sadece vazgeçerim.

TERAPİST: Ödev kâğıdına baktığını ve ne yaptığını anlamanın mümkün olmadığını hayal edebilir misin?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Kâğıdına baktığını imgelediğinde aklından neler geçiyordu?

HASTA: "Bunu yapabilmeliyim. Çok aptalım."

TERAPİST: İyi! Burada birlikte çalışırken öğrendiklerinin gitgide daha fazlasını öğrenip daha iyi bir beceri elde ederek bir bilgi notu yazmanın sana yardımcı olabileceğini düşünüyor musun?

HASTA: Evet (*Terapi notlarına bunu yazar.*).

TERAPİST: Bu yanıtın yeterince yardımcı olacağını düşünüyor musun? Ya da birlikte pratik etmemiz için daha fazla vaktimiz olana kadar bu ödevi ertelememiz gerektiğini düşünüyor musun?

HASTA: Hayır. Deneyebileceğimi düşünüyorum.

TERAPİST: Tamam, şimdi hayal kırıklığına uğrarsan ya da otomatik düşüncelerin varsa onları not ettiğinden emin ol. Tamam mı?

Ben burada ödevde kaybetmeyen bir önerme oluşturdum. Sally, başarılı olabilir ya da bazı güçlükleri de olabilir. Ben ona bir sonraki seansta yardımcı olabilirim. Eğer hayal kırıklığı yaşarsa o terapi notlarını okur (ve muhtemelen iyi hisseder) ya da o düşünce yollarını izler böylece o gelecek seans düşüncelerini nasıl yanıtlayacağını öğrenir.

KESTİRMEDEN GİTMEK: TÜM SORULARI KULLANMAMAK

Son olarak, hastalar terapide ilerlediği ve düşüncelerini otomatik değerlendirebildiği zaman, siz sadece *adaptif bir yanıt tasarlamak* için bazen bunları isteyebilirsiniz.

HASTA: [Oda arkadaşımdan mutfağı daha temiz tutmasını istemeye hazır olduğum zaman] Muhtemelen benim daha iyi temizlemem gerektiğini düşüneceğim.

TERAPİST: Bunu görebilmek için daha yararlı bir yol düşünebilir misin?

HASTA: Evet. Kendimi savunmak için daha iyi olur. Akıllıca bir şey yapıyorum. Kaba değilim ya da kendi payımdan daha fazla iş yapmak istemiyorum. En son temizlik yapmasını istediğimdeki gibi muhtemelen tamam diyecektir.

TERAPİST: İyi, kendi kendine bunu söylersen anksiyetene ne olacağını düşünüyorsun?

HASTA: Azalacak.

İşte başka bir örnek:

TERAPİST: Kimya ödevine başlamanı engelleyebilecek herhangi bir düşüncen var mı?

HASTA: Yapacak çok şeyim olduğunu düşünebilir ve karmakarışık olabilirim.

TERAPİST: Tamam, "Yapacak çok şey var" gibi düşüncen varsa kendine ne dersin?

HASTA: Bir gecede hepsini yapamam, bir kez okuma ile kusursuz bir şekilde anlayamam.

TERAPİST: Güzel. Ödeve başlamak ve devam etmek için bunun yeterli olacağını düşünüyor musun?

Otomatik düşüncelerin değerlendirilmesi özel bir beceridir, hem terapist hem de hastalar tekrarlanan uygulamalarla ilerler. Sonraki bölümde otomatik düşüncelere cevap vermek için hastalara nasıl yardım edileceği açıklanmaktadır.

Bölüm 12

OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ YANITLAMA*

Önceki bölümde, hastaların önemli otomatik düşüncelerini değerlendirmesinde nasıl yardımcı olunabileceği ve seansta yapılan değerlendirmenin etkisinin belirlenmesi üzerinde duruldu. Bu bölümde, seanslar arasında hastaların değerlendirmeleri ve otomatik düşüncelere yanıt vermenin nasıl kolaylaştırılacağı anlatılmaktadır. Hastalar seanslar arasında otomatik düşünceleri iki türlü deneyimler: Bazıları hemen seansta, yeni bilişleri tespit eder ve değerlendirir. Diğerlerinin ise güçlü tepkilerini yazılı olarak (bir kâğıda ya da bir dizin kartına, terapi defterine ya da akıllı telefona) ya da bir ses kaydı olarak (bir ses bandı ya da CD'de, telefonlarına kaydedilmiş bir mesaj gibi.) kaydetmeleri sağlanmalıdır.

Hem zihinsel hem de yazılı olarak seanslar arasında yeni otomatik düşüncelere cevap vermek için Şekil 11.1'deki soruların listesini kullanmayı ya da Şekil 12.1'deki Düşünce Kaydı gibi bir çalışma sayfasını kullanmayı ya da daha kolay şekli olan "Düşüncelerini Test Etme"yi hastalara öğretmelisiniz. Otomatik düşünceleri yanıtlamanın farklı yolları da vardır. Hastalar, dikkat dağıtma ya da rahatlamayı kullanarak ya da sınıflandırarak sorun çözme ile uğraşabilirler. Duygu ve düşüncelerini değerlendirmeksizin belirler ve kabul edebilirler.

---

* Çevirenler: Yrd. Doç. Dr. Itır Tarı Cömert
Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

TERAPİ NOTLARINI GÖZDEN GEÇİRME

Sokratik sorular vasıtası ile hastalarla otomatik bir düşünceyi değerlendirirken, onlardan konuşulanları özetlemelerini isteyebilirsiniz. Örneğin, aşağıdaki sorulardan birini sorabilirsiniz:

> "Ne konuştuğumuzu özetleyebilir misin?"
>
> "Bu hafta senin için önemli olan neyi hatırlıyorsun?"
>
> "Bu durumla tekrar karşılaşırsan kendine ne söylemek istersin?"

Hastalar ikna edici bir özet yaparlarsa bu özeti kaydetmeyi isteyip istemediklerini sorabilirsiniz, böylece gelecekte benzer otomatik bir düşünce ortaya çıktığı zaman daha iyi hatırlayabilirler. Aşağıdaki terapi konuşmalarında Sally ve ben onun "Bunu yapamam." düşüncesini Şekil 11.1'deki soruların birçoğunu kullanarak değerlendirdik (sayfa 172). Ondan bu değerlendirmeyi özetlemesini istedim.

TERAPİST: Pekâlâ Sally, bu hafta kimya notlarını açar ve tekrar "Ben bu dersi yapamam" diye düşünürsen kendine neyi hatırlatmak istersin?

HASTA: Muhtemelen böyle düşünmemin doğru olmadığını, en azından bir kısmını yapabileceğimi kendime hatırlatırım. Çünkü geçmişten gelen deneyimlerim var ve eğer o dersin konularının tamamını anlamazsam bunun için yardım alabilirim. Hiçbir şey yapamamaktansa okuma kısmını yapmam daha iyidir.

TERAPİST: Bu iyi. Bunu kaydetmeli miyiz?

S: Ya hastaların cevapları yüzeysel, kafa karıştırıcı ya da çok uzunsa?

C: "Peki, bence bu konu kapandı ama bu şekilde hatırlamana onun daha çok yardımcı olup olmayacağını merak ediyorum..." diyebilirsiniz. Cevapları mantıklı ama eksikse "Bunu kendine de hatırlatmak ister misin?" diye sorabilirsiniz. Hemfikir olurlarsa siz ve onlar önerilerinizi kaydetmelisiniz.

Hastaların her sabah ya da gün içinde ihtiyaç duyduklarında notlarını çıkarıp okumaları arzu edilir. Hastalar, yanıtlarını yinelediklerinde onları düşünceleriyle bütünleştirme eğilimi gösterirler. Zor durumlarla karşılaşıldığında, sadece notla-

rı okumak, zor durumlar için sistemli olarak hazırlanmaktan daha az etkili olur. Sally'nin bazı notları aşağıdaki gibidir:

- İşlevsiz düşünceyi cevaplar
- Davranışsal ödevler ya da
- Cevaplar ve davranışsal ödevlerinin bir bileşkesi.

"Tüm işlerimi halledemeyeceğim" diye düşündüğüm zaman, kendime hatırlatacağım:

Sadece hemen şimdi yapmam gereken şeye odaklanmam gerekiyor.

Her şeyi mükemmel yapamam.

Yardım isteyebilirim. Bu bir zayıflık işareti değildir.

"Yatakta kalmayı tercih ederim" diye düşündüğüm zaman, kendime bir şeyler yaparsam kendimi daha iyi hissedeceğimi hiçbir şey yapmazsam daha kötü hissedeceğimi söyleyeceğim.

Kimse seni umursamıyor gibi gelebilir ama bu doğru değil. Ailem, Allison ve Joe beni umursuyor. Ben depresif olduğum için onların beni umursadıklarını hissetmekte zorlanıyorum. Yapılacak en iyi şey iletişim içinde kalmak, onları aramak ve onlara yazmaktır.

Profesörden yardım isteyeceğim zaman

1. Kendime bunun çokta önemli bir mesele olmadığını hatırlatırım. En kötü şey onun kızgın davranması olacaktır.
2. Bunun bir deneme olduğunu hatırla. Eğer bu defa işe yaramazsa, benim için iyi bir egzersiz olacaktır.
3. Eğer kızgınsa, muhtemelen benim için bir şey yapmayacaktır. Belki çok meşguldür ya da başka bir şeye sinirlenmiştir.
4. Bana yardım etmeyecek olursa ne olur? Bu durum, bir öğrenci olarak benim değil, bir profesör olarak onun başarısızlığını gösterir. İşini doğru dürüst yapmıyor demektir. Yardım etmesi için bölümdeki araştırma görevlisinden ya da sınıftan herhangi birinden yardım isteyebilirim.
5. Bu nedenle profesörün kapısını çalmalıyım. En kötü ihtimalle, bu benim için iyi bir egzersiz olacaktır.

Kaygılı olduğum zamanlar için stratejiler
1. Bir "Düşünce Kayıt Formu" doldur.
2. Baş etme kartlarını oku.
3. Arkadaşını ara.
4. Bir yürüyüşe ya da koşuya çık.
5. Kaygına tolerans göster. Bu hoş olmayan bir his ama hayatımı tehdit etmiyor ve bu his, dikkatimi başka bir şeye verdiğimde azalacaktır.

Pratik bir kayıt için hastalarınızın terapi notlarının fotokopilerini çekerek ya da karbon kâğıdı kullanarak saklamalısınız. Özellikle önceki seansta hastalarla görüşüp pekiştirdiğiniz düşünceleri ya da ödevleri gözden geçirirken, kendinizi muhtemelen bu terapi notlarına sıklıkla başvururken bulacaksınız. Ayrıca, hastaların kaydettikleri notlarının belirli bir kısmı ve sizin kopyanızın bir fotokopisi büyük ölçüde faydalı olabilir.

Ses Kayıtlı Terapi Notları

Hastaların yazmış olduğu terapi notlarını el atında tutmak idealdir. İhtiyaçları olduğunda okumak için bir defterde ya da kartlarda taşıyabilirler ya da akıllı telefonlarında, tabletlerinde bulunan terapi notlarını okuyabilirler. Bazı hastalar bunu yapamaz, okumayı sevmez ya da dinlemeyi daha etkili bulurlar. Her durumda, siz ve hastalarınız otomatik düşüncelerin yanıtlarını geliştirdiğinizde bir ses kaydedici açabilirsiniz ya da hastalarınız kendi telefonlarında kayıt tuşuna basabilir ya da siz cevapları not edebilir ya da seansın son birkaç dakikasında kaydediciyi açabilirsiniz böylece bir kerede tüm cevapları kaydedersiniz. Kaydetme ve sonrasında terapi seansının tamamını hastaların dinlemek zorunda olması genellikle yararlı değildir. Hastalar seansın önemli noktalarını defalarca dinlemek yerine, bir hafta boyunca muhtemelen sadece bir defa dinlerler.

Terapi notlarını okumak için hastaları motive etmek, herhangi bir ödevi yapmalarını kolaylaştırmakla aynıdır (bk. Bölüm 17). İlk başlarda, seansın sonunda hastaların terapi notlarını okuması ve onları not alması bir dakikadan az sürer. Hastalar terapi notlarını okuyamazlarsa özet olarak aldıkları ses kaydını dinleyebilir ya da yakın çevresinden notları okuyabilecek birilerini bulabilirler.

SEANSLAR ARASINDAKİ YENİ OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ CEVAPLAMA VE DEĞERLENDİRME

Önceki bölümde düşüncelerini değerlendirebilmeleri ve kendi kendilerine sorabilmeleri için hastalara Sokratik soruların bir listesi verildi. Üzgün hissettikleri zaman evlerinde kullanmalarını önermeden önce, şunlardan emin olmalısınız:

- Düşüncelerini değerlendirmenin kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayacağını anlamış olmalarından,
- Evde etkin şekilde bu soruları kullanabileceklerine inanmış olmalarından,
- Bütün otomatik düşünceler için soruların tamamının kullanamayacağını anlamış olmalarından,
- Listenin tümünü zor ve bunaltıcı bulan hastalar için listeyi kısaltmış olduğunuzdan emin olmalısınız.

Ayrıca, benim Sally ile yaptığım aşağıdaki örnek çalışmadaki gibi, soruları ne zaman ve nasıl kullanacaklarıyla ilgili hastalara rehberlik edin:

TERAPİST: Sally, bu hafta *her* otomatik düşüncen için bu soruları kullanmak sana külfetli gelmiş olabilir. Terapi notlarının her sabah ya da gün içinde ihtiyaç duyduğunda okumanın bir nedeni var. Duygu durumun kötüye gittiği ve otomatik düşünceni fark ettiğin an kendi kendine: "Bunu kapsayan terapi notlarım var mı?" diye düşün. Tamam mı?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Yaparsan bir seçeneğin olur. Bu soruları kullan ya da notlarından bu soruları çıkart.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Notların yoksa en azından bir süreliğine listedeki sorulara bak. Şimdi, ideal olarak eğer yapabilirsen yalnız kendine sorular sormak değil, aynı zamanda cevaplarını da not almak isteyebilirsin. Kulağa nasıl geliyor?

HASTA: Güzel.

Düşünce Kayıtları

Düşünce Kaydı (DK), İşlevsiz Düşüncelerin Günlük Kaydı (Beck vd., 1979), hastaların sıkıntılı hissettiklerinde otomatik düşüncelerini değerlendirmek için onlara

hızlı cevap veren bir çalışmadır (bk. Şekil 12.1). Ayrıca DK Şekil 11.1'deki soruların yanıtlarından daha çok bilgi ortaya çıkarır. Bu sorular hastalara yardımcı olsa da DK'yi kullanmak hastalar için çok zorunlu değildir ama çoğu hasta bu formları doldurarak düşüncelerini ve cevaplarını daha iyi düzenlediğini anlar (Yine de düşük eğitim düzeyi olan, yazmayı sevmeyen, motivasyonsuz ya da ondan yararlanmak için yeterince zihinsel donanımı olmayan hastalar için DK özellikle faydalı değildir). Hastalarınız, öncelikle Şekil 11.1'deki soruların listesini kullanabilir (sayfa 172), sonra onlara cevapları nasıl yazacaklarını ve bir Düşünce Kaydına ilişkin diğer bilgileri gösterebilirsiniz.

Aşağıdaki bölümde, Sally ve ben "Bob bana eşlik etmek istemeyecek." düşüncesini değerlendirmek için Sokratik soruların listesini kullandık ve o daha iyi hissetti.

TERAPİST: İyi, sorun olmazsa sana evde yardımcı olacağını düşündüğüm bir çalışma sayfası göstermek istiyorum. Buna Düşünce Kaydı denir – ve tam olarak ne yaptığımızı yazan, düzenlenmiş bir yol gösterir. Tamam mı? *(Şekil 12.1'i gösterir).*

HASTA: Elbette.

TERAPİST: İşte burada. Şimdi başlamadan önce, sana bir çift şey söylemem gerekiyor. Öncelikle imla, el yazısı ve grameri önemseme. İkinci olarak, DK kullanışlı bir araçtır ve gerçekten kendi düşünclerini kavraman için iyi bir egzersiz olur. Doldurmayı denerken bazı hatalar yapma olasılığının olduğunu düşünüyorum. Bu hatalar aslında yararlı olabilir – kafa karıştıran şeylerin ne olduğunu görebiliriz. Bu çalışma sayesinde gelecek sefer daha iyisini yapabilirsin. Tamam mı?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: İşte bu Düşünce Kayıt Formunu doldurmak için eline aldığında nasıl doldurulacağını göreceksin *(Sayfanın en üstünü gösterir)*. Üstte ne olduğunu görüyor musun? Baştaki yönergede söylenen şu: "Duygu durumun kötüye gittiğini fark ettiğinde, kendine sor 'Şu an aklımdan ne geçiyor?' Ve en kısa zamanda düşünceni ya da zihinsel imgeni otomatik düşünce sütununa yaz."

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Şimdi sütunlara bakalım. Her birinin başında talimat bulunuyor. İlk sütun kolay. Bob hakkında ne zaman böyle bir düşüncen oldu?

HASTA: Cuma öğleden sonra, ders çıkışı.

TERAPİST: Tamam. Bunu ilk sütuna yazabilirsin.

HASTA: *(Öyle yapar)*.

TERAPİST: Şimdi, durumunu yazmak için ikinci hazır sütunu göreceksin. Yani "Bob'a kahve içmeyi isteyip istemeyeceğini sormayı düşünmeyi" koyabilirsin

(*Sally yazarken bekler.*). Şimdi, üçüncü sütun otomatik düşüncelerine ve onlara ne kadar inandığına yöneliktir. İşte buraya gerçek kelimelerini ve aklından geçen görüntüleri yazarsın. Bu vakada, "Benimle gelmek istemeyecek" gibi düşüncelerin vardı. O zaman buna ne kadar inanıyordun?

HASTA: Çok fazla, belki %90.

TERAPİST: İyi. Buraya sonraki düşüncene kadar "%90" ya da "fazlası" yazabilirsin. Ve dördüncü sütunda duygunu ve ne kadar yoğun olduğunu yazarsın. Bu durumda, ne kadar üzgün hissettiğini yaz.

HASTA: Oldukça üzgün %75.

TERAPİST: Tamam, bunu yaz (*Sally'nin yazmasını bitirmesini bekler.*). Sonra, beşinci sütuna bak. Sana bilişsel çarpıtmanın tanımını gösterir. Listene bakabilir ve otomatik düşüncelerinden bu kategorilerden birine giren var mı? Varsa bana söyler misin?

HASTA: Bence bu falcılık ya da zihin okumaya girer.

TERAPİST: Güzel. Aslında ikisi de aynı. Sonra, sütun beş sana alttaki soruları kullanmayı gösteriyor. Bitirdiğimizde bunların cevaplarını not etmek ister misin?

HASTA: Tamam (*Öyle yapar.*).

TERAPİST: Şimdi, son sütun bize nasıl yardımcı olduğunu gösteriyor. Otomatik düşüncene şu an ne kadar inanıyorsun?

HASTA: Daha az. Belki %50.

TERAPİST: Ve ne kadar mutsuz hissediyorsun?

HASTA: Daha az. %50 kadar, sanırım.

TERAPİST: Bunu not al lütfen.

HASTA: (*Yapar.*)

TERAPİST: Daha önce sana söylediğimi hatırlamanı istiyorum. Tüm olumsuz duygularının gideceğini sanma. Ama Düşünce Kaydı olumsuz düşüncelerin az da olsa azalmasına yardım ediyorsa, %10 bile, yapmaya değer.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Peki Düşünce Kaydıyla ilgili ne düşünüyorsun? Bu hafta evde denemek ister misin?

HASTA: Evet deneyeceğim.

Bazı hastalar için iki aşamada Düşünce Kaydını uygulamak daha iyidir. Bir seansta, hastalara ilk dört sütunu doldurmayı öğretebilirsiniz. Ödevi başarılı şekilde yaparlarsa sonra son iki sütunu kullanmayı da öğretebilirsiniz.

Yönergeler: Ruh haliniz daha kötüye gidiyorsa, kendinize sorun "Şu an aklımdan ne geçiyor?" ve hemen Otomatik düşüncedeki düşünce ve zihinsel imgeyi Otomatik Düşünce(ler) sütununa yazın.

Tarih/ Saat	Durum	Otomatik Duygu(lar)	Düşünce(ler)	Uyumsal Cevap	Sonuç
	1. Gerçek bir olay nedir ya da düşüncenin akışı, hayaller ya da hoş olmayan bir duyguyu hatırlamaya ne sebep oldu? 2. Sıkıntılı fiziksel duyumların nedir (varsa)?	1. Aklından hangi düşünce(ler) ve/ veya imgeler geçti? 2. O zaman her birine ne ne kadar inanıyordun?	1. O zaman hangi duyguya (üzüntü/ öfke/ kaygı) hissettin? 2. Yoğunluğu ne kadardı?	1. (opsiyonel) Bilişsel çarpıtma yaptınız mı? 2. Otomatik Düşünce(lere)ye bir yanıt oluşturmak için alttaki soruları kullanın. 3. Her yanıtına ne kadar inanıyordun?	1. Her otomatik düşüncene ne kadar inanıyorsun? 2. Şu anki duygu(lar)ın neler? Duygu yoğunluğun nasıl? 3. Ne yapacaksın (ya da yaptın)?
3/8 Cuma 3 P.M.	Bob'un kahve içmek isteyip istemediğini sormak hakkında düşünmek.	Benimle gelmek istemeyecek (%90)	Üzgün (%75)	(Falcılık ya da zihin okuma) Gerçekten gelmeyi isteyip istemediğini bilmiyorum (%90). Sınıfta benimle çok samimi (%90). En kötüsü olduğunda bana hayır der ve bir süreliğine kötü hissederim, ama bunu Allison'la konuşmaya giderim (%90). En iyisi onun evet demesi (%100). En gerçekçi olanı, onun meşgul olduğunu söylemesi ve bizim hâlâ arkadaş olmamız (%80.) Benimle gitmek istemediğini varsayarak devam edersem, ona hiçbir şey sormam (%100). Ben gidip ona sormalıyım (%50). Her neyse, bu kadar abartılacak ne var (%75).	1. O.D. (%50). 2. üzgün (%50). 3. Ona soracağım.

Sorular alternatif bir yanıt oluşturmanızı sağlar: (1) Otomatik Düşüncenin doğruluğunun kanıtı nedir? Doğru değil? (2) Alternatif bir açıklama var mı? (3) En kötüsü ne olabilirdi? Nasıl başa çıkarız? En iyisi ne olabilirdi? En gerçekçi sonuç nedir? (4) Otomatik düşünceye inanmamın etkisi nedir? Düşüncemin değişmesinin etkisi ne olabilir? (5) Bununla ilgili ne yapmalıyım? (6) Eğer_____(arkadaşın ismi) bu durumda olsaydı ve böyle düşünseydi, O'na ne söylerdim?

ŞEKİL 12.1. Düşünce Kaydı. Bilişsel davranış terapisi çalışma paket'inden. Telif hakkı Judith S. Beck'e aittir. Bala Cynwyd, Bilişsel Davranış Terapisi İçin PA: Beck Enstitüsü.

"Düşüncelerini Test Etme" Çalışması

Düşünce Kaydının çok kafa karıştırıcı ya da bazı hastalar için ayrıntılı olabileceğini tahmin ettiğinizde, basitleştirilmiş bir versiyonunu "Düşüncelerini Test etme" çalışma sayfasını (Şekil 12.2) kullanmayı düşünebilirsiniz. Bu formdaki sorular Düşünce Kayıt formunun sorularına benzer ancak daha basit olan soruları içerir. Okuma düzeyi düşük olanlar için yazılmıştır ve daha yapılandırılmış olduğu için doldurulması daha kolaydır.

Durum nedir? Joanne bana bağırdı.

Ne düşünüyor ya da hayal ediyorum? Beni asla tekrar aramayacak.

Bana bu düşüncemin doğru olduğunu düşündüren ne? Oldukça kızgın görünüyordu.

Bana düşüncemin doğru ya da tamamen doğru olmadığını düşündüren ne? O bana daha önce de kızmıştı ama daha sonra kızgınlığı geçmişti.

Bu duruma başka açıdan nasıl bakılır? Şu anda ciddi bir öfkesi var ancak o uzun süre öfkeli kalmaz.

En kötüsü ne olabilir? Sonra ne yapabilirim? En iyi arkadaşımı kaybederim. O zaman diğer arkadaşlarımla ilişkilerime odaklanabilirim.

En iyisi ne olabilir? Hemen arayacak ve özür dileyecek.

Muhtemelen ne olacak? Birkaç gün soğuk davranacak ama sonra ben onu arayacağım.

Aynı düşünceyi kendime tekrar tekrar söyleyip durursam ne olacak? Gerçekten üzgün olacağım.

Düşüncemi değiştirirsem ne olabilir? Daha iyi hissedebilirim, belki onu daha çabuk ararım.

Bu, arkadaşım [belirli bir isim düşünün] Emily'i olsaydı, ona ne derdim? Endişelenme, sadece 2 gün bekle ve ara.

Şekil 12.2. "Düşüncelerini Test Etme" çalışma sayfası. Bilişsel davranış terapisi çalışma paketinden. Telif hakkı Judith S. Beck' e aittir. Bala Cynwyd, Bilişsel Davranış Terapisi İçin PA: Beck Enstitüsü.

Bir Çalışma Sayfası Yeteri Kadar Faydalı Olmadığı Zaman

Bilişsel Davranış terapisindeki herhangi bir teknikte olduğu gibi, ödevin önemi üzerinde aşırı vurgu yapılmamalıdır. Birçok hasta, bir konuda belirli bir çalışmayı tamamladıktan sonra çok rahatlama sağlamadığını görür. Eğer siz de hastanıza sizinle, terapide ve ödevlerde "saplanılan noktaların" öğrenmek için bir fırsat olduğunu ve onun *genel* yararını vurgularsanız, hastaların otomatik düşünceleri ile kendi kendilerini eleştirmelerinden kaçınmalarına yardımcı olursunuz.

Önceki bölümde tanımlandığı gibi, hasta üzücü düşüncelerin ve imgelerin çoğuna cevap vermede başarısız olursa; onların otomatik düşünceleri bir temel inançsa ya da bir inancın altında yatan başka bir inancı aktive etmişse; onların değerlendirmesi ve yanıtları yüzeyselse ya da onlar yanıtlarında indirim yapıyorlarsa bir otomatik düşüncenin değerlendirilmesi (ödevle ya da ödevsiz) idealden daha az olur.

DİĞER YOLLARLA OTOMATİK DÜŞÜNCELERİ YANITLAMA

Bazen otomatik düşünceleri yanıtlamak için farklı yöntemler kullanacaksınız. Örneğin, hastalarınızın sıkıntılı, obsesif düşünceleri olduğunda, onlara "FARKINDA" olma tekniğini öğretebilirsiniz (Beck & Emery, 1985):

- Kaygılarını kabul etmek.
- Kaygılarını yargılamaksızın izlemek.
- Kaygılı değillerse kaygılılarmış gibi hareket etmek.
- İlk üç adımı tekrar etmek.
- En iyisini düşünmek.

Hastaların duyguları çok yoğun olduğunda, onların yaşamalarını yönetme fonksiyonlarını düşüncelerini etkili değerlendirebilmeleri için Bölüm 15'te tanımlanan, dikkat dağıtma ya da rahatlama tekniklerini kullanabilirsiniz.

Bölüm 13

ARA İNANÇLARI BELİRLEME VE DEĞİŞTİRME*

Önceki bölümde gerçek kelimelerle veya görüntülerle hastaların zihinlerinden geçen bir durumla ilgili olan ve strese yol açan otomatik düşüncelerin belirlenmesi ve değiştirilmesi ile ilgili süreçler tanımlandı. Bu bölümde ve sonraki bölümlerde hastaların kendileri, diğerleri, kişisel dünyaları hakkında sahip oldukları belirgin olmayan fikirleri, anlayışları ve sıklıkla otomatik düşüncelerin açığa çıkması daha ayrıntılı olarak açıklanacaktır. Genellikle terapiden önce açıklanmayan, türetilmiş bu fikirler hastadan kolayca elde edebilir ve sonra test edilebilir.

Bölüm 3'te tanımlandığı gibi, bu inançlar iki kategoride sınıflandırılabilir: ara inançlar (kuralların oluşumu, tutumlar ve varsayımlar) ve temel inançlar (kendisi, diğerleri ya da dünya hakkında katı genel fikirlerdir.). Ara inançlar otomatik düşünceler gibi kolaylıkla değiştirilemez ancak yine de temel inançlardan daha kolay değişebilir (biçimlendirilebilir).

Bu bölüm iki kısma ayılmıştır. Birinci kısımda; *bilişsel kavramsallaştırma* (3. Bölüm'ün başlangıcında sunuldu) tanımlandı ve bir "Bilişsel Kavramsallaştırma Diyagramının" geliştirilme süreci örneklendirildi. Kavramsallaştırmanın terapistin tedavi planına yardımcı olacağı, standart müdahalelerle başarısız olunduğunda sıkışmış konuları aşabilmek için uygun müdahalelerin seçilmesinde usta olmanın önemi vurgulandı. Bu bölümün ikinci kısmının odağı, *ara inançların nedenleri ve değiştirilmesidir.* Ayrıca bir sonraki bölüm için geçerli olan bu teknikler, aynı zamanda temel inançları ortaya çıkarmak ve değiştirmek için de özel ek teknikler sunar.

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

BİLİŞSEL KAVRAMSALLAŞTIRMA

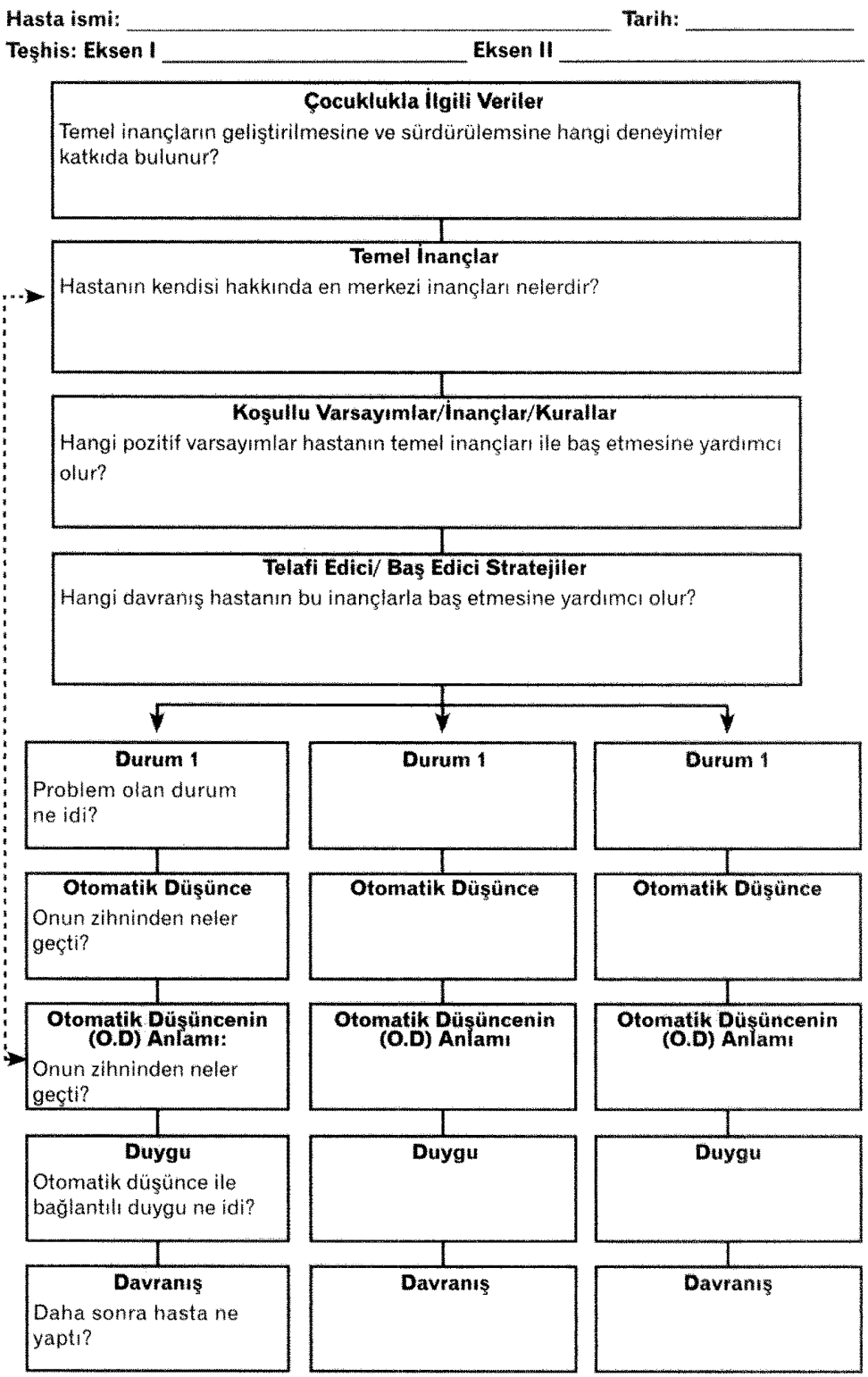
Genellikle, hastanın otomatik düşüncelerini doğrudan değiştirmeden önce onlara yol göstermelisiniz. Başından itibaren, bir kavramsallaştırmayı formüle etmeye başlamanıza karşın derinde yer alan inançlarla, otomatik düşüncelerin mantıksal bağlantısını kurmalısınız. Eğer, büyük resmi gözden kaçırırsanız etkili bir şekilde terapi yapamazsınız.

Eğer bilişsel modelin veri toplama formu (diyagram sonraki sayfada) varsa ilk seanstan sonra hastanızla ilgili bir Bilişsel Kavramlaştırma Diyagramını (Şekil 13.1 ve 13.2) doldurarak başlayabilirsiniz. Bu veriler, hastanızın tipik otomatik düşünceleri, duyguları ve /veya davranışları hakkındadır. Bu diyagram; diğerleriyle temel inançlar, ara inançlar ve mevcut otomatik düşünceler arasındaki ilişkiyi tanımlar. Hastanın psikopatolojisinin bilişsel bir haritasını sunar ve hastanın var olan çoklu verilerinin organize edilmesine yardımcı olur. Şekil 13.1, diyagramı tamamlarken kendi kendinize soracağınız temel soruları gösterir.

Başlangıç seansından sonra, verileri doldururken hastanızın otomatik düşüncelerinin boyutlarını tipik olarak açıklayan yeterince belirgin verinizin henüz olmadığını ve ilk girişimlerinizin geçici olduğunu dikkate almalısınız. Eğer hastanın genel yaşam örüntüsünün bir parçası olmayan otomatik düşüncelerinin içeriklerini seçerseniz doldurduğunuz diyagram sizi yanıltacaktır. Üç ya da dört seans sonra, örüntüyü açıklayan aşağıdaki diyagramın yarısını daha büyük bir güvenle tamamlamalısınız.

Hastalarla, kısmi kavramsallaştırmalarınızı her seansta onların deneyimlerini bilişsel modelin formu ile özetleyip sözel olarak (ve bazen boş bir sayfa üzerinde) paylaşın. Genellikle ödevleri paylaşmayacaksınız, buna rağmen pek çok hasta diyagramı karmaşık bulacaktır (veya bazen sizin diyagramdaki açıklamanız kutu içindekine tam "uygun"ken, onlar bunu farklı olarak yorumlayacaklarıdır.).

Başlangıçta diyagramın yalnız bir parçasını verilerle doldurabilirsiniz. Ya diğer kutuları, boş bırakın ya da çıkarımlarınızı soru işareti ile geçici konumdaki gibi olduğunu gösteren ögelerle doldurun. Boş olan veya geçici çıkarımlarınızla ilgili ögeleri, hastanızla sonraki seanslarda kontrol edin. Bazı konuların, yukardaki ve aşağıdaki parçalarını paylaşmanız; amacınıza ulaştığınız seansta bu diyagram, hastanızın zorlukları ile ilgili büyük resmi anlamasına yardımcı olacaktır. İşte o zaman sözlü olarak kavramsallaştırmalarınızı gözden geçirin. Diyagramın basit bir anlatımını boş bir kâğıdın üstünde hastanızla paylaşın (yargınızı hastanızın yararı için) veya boş bir kavramsallaştırma diyagramını birlikte doldurun. Herhangi bir zamanda siz yorumunuzu yaptığınızda; yorumunuzu geçici olarak ve hipotez olarak niteleyin ve hastanıza onun doğru olup olmadığını sorun. Hipoteziniz doğruysa genellikle hastanızda yankı yapacaktır.



Şekil 13.1. Bilişsel kavramsallaştırma Diyagramı: Bilişsel davranış terapi setinden uyarlanmıştır. Yayın hakları Judith S. Beck'e aittir. Bala Cynwyd, PA: Bilişsel Davranış Terapi için Beck Ensititüsü.

Bilişsel Davranış Terapi Temelleri ve Ötesi kitabında yeniden alınan izinle basılmıştır: *İkinci Basım:* Yazan Judith Beck. S. Beck (Guilford Press, 2011). Fotokopi izni bu malzemeyi (ayrıntılar için telif hakkı sayfaya bk.) kişisel kullanım için, bu kitabı satın alanlara verilir. Bu malzemenin büyük bir versiyonunu online olarak satın alanlar *www.guilford.com/p/beck4.* indirebilir.

En iyisi, kavramsallaştırma diyagramını doldurmaya alt yarısından başlamaktır. Hastanız üzgün olduğunda üç *şekilde* hızlı not düşebilirsiniz. Eğer varsa hastanın zincirleme duyguları ve davranışları ile ilgili her bir durum için otomatik düşünce anahtarı kullanabilirsiniz. Otomatik düşüncelerin anlamını doğrudan hastaya sormamışsanız ya sizin hipoteziniz soru işareti ile belirtilmeli ya da aşağıya doğru bir ok tekniği ile (sayfa 206-208) gösterilmelidir. Böylece bir sonraki seansta, her bir düşüncenin anlamı açığa çıkabilir.

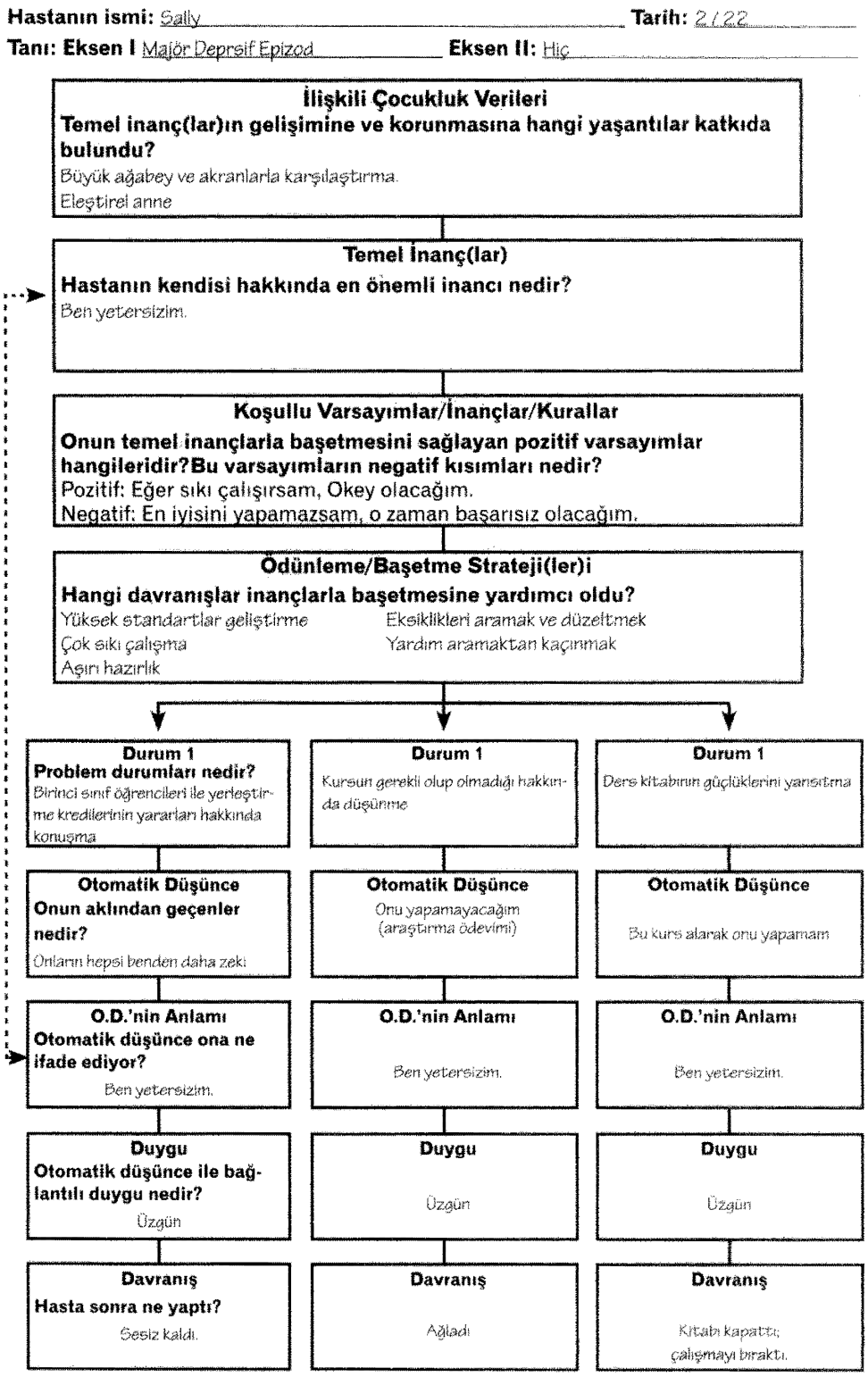
Her durumla ilgili otomatik düşüncenin anlamı diyagramın başına yakın olan kutularda "Temel İnançlarla" mantıksal bağ içinde gösterilmelidir. Örneğin Sally'nin diyagramı (Şekil 13. 2), otomatik düşüncelerin açıkça nasıl gösterileceğini ortaya koyar. Bu düşüncelerin anlamı onun yetersizlik temel inancı ile bağlantılıdır.

Diyagramın başındaki kutuları doldururken; hastanın yaşamını (özellikle çocukluk döneminde olanlar) etkileyen yaşam olaylarının neler olduğunu kendi kendinize sorun: Çocukluk dönemindeki veriler, tipik olarak önemli olayları içerir bu olaylar devam eder ya da zaman zaman anne baba veya diğer aile üyeleri ile arasında arbede olur; anne baba boşanır. Anne baba, kardeşler, öğretmenler ve akranlar ile olumsuz ilişkiler olur. Çocuk diğerleri tarafından suçlandığını hisseder, eleştirilir veya aşağılanır. Ciddi hastalıklar, diğerlerinin belirgin ölümü, fiziksel ve cinsel istismarlar, olumsuz yaşam koşulları, sürekli taşınma, yaşanan travmalar, artan yoksulluk veya kronik olarak isimlendirilen ayrımcılıklar gibi yaşam olaylarına benzeyen daha önceki yaşantılar, temel inançların gelişimi ve sürdürülmesi ile ilişkilidir.

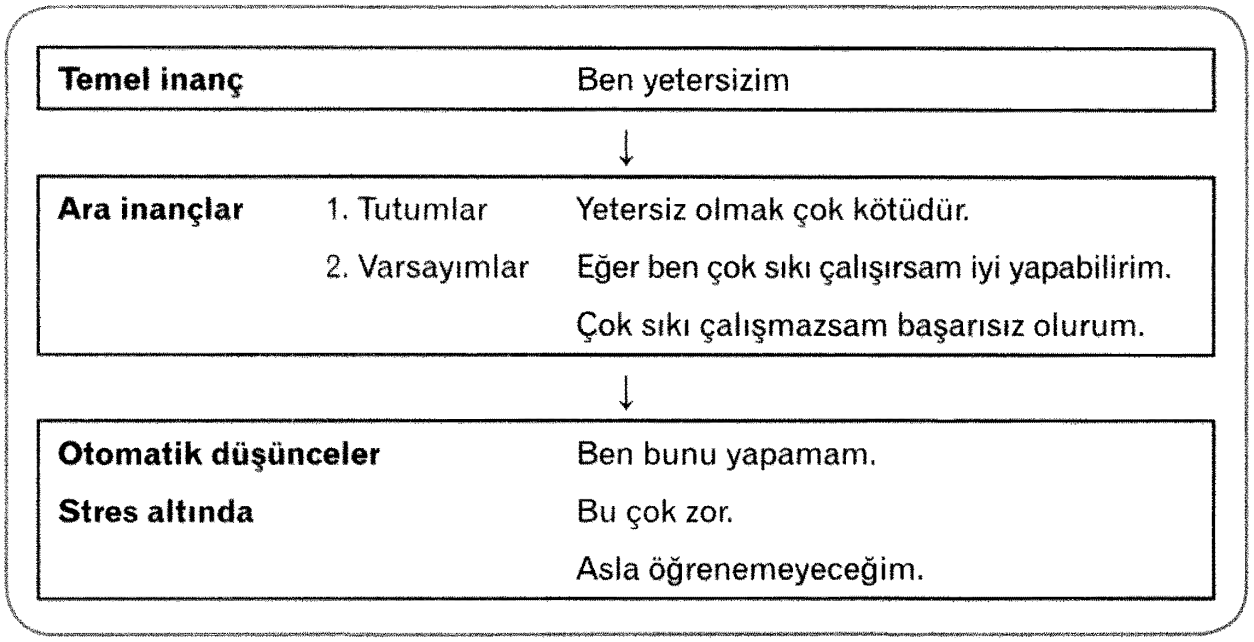
Çocuklukla ilgili veriler bir şekilde daha incelikli olabilir: Örneğin, çocukların algıları (geçerli olabilir ya da olmayabilir) gibi durumlar kardeşlerden elde edilecek verilerle ölçülemez. Onların akranları tarafından aşağılanma durumları farklıdır; onlar anne babalarının, öğretmenlerinin veya diğerlerinin beklentilerini karşılayamazlar veya kardeşlerden biri ebeveynlerinin favorisidir.

Kendi kendinize sorduğunuz bir sonraki sorunuz: "Hasta bu acı verici temel inançla nasıl baş etti? Hastanın hangi ara inançları (vb. altı çizilecek varsayımlar, kurallar ve tutumlar) gelişti?"

Sally'nin inançları Şekil 13.3'te betimlenmiştir. Sally'nin pek çok ara inançları var. Bu ara inançlar, tutumlar veya kurallar olarak sınıflandırabilir. Özellikle anahtar *varsayımlar* listesinin aşağıdaki kutularda temel inançlar olarak kullanılması yararlıdır (bk. sayfa 211, size bir tutumu veya kuralı yeniden nasıl açıklayacağınız konusunda yardımcı olur). Örneğin Sally, bir varsayım geliştirdi; "O, acı verici yetersizlik fikri ile nasıl baş etti? Eğer çok sıkı çalışırsam o zaman iyi (OKEY) olabilirim." Eğer sıkı çalışmazsam o zaman başarısız olurum. Eksen I hastalarının çoğunluğu,



Şekil 13.2. Sally'nin Bilişsel Kavramsallaştırma Diyagramı. *Bilişsel davranışçı terapi çalışma paketinden* uyarlanmıştır. Judith S. Beck.(2011) tarafından yayın hakkı Bala Cynwyd'den alınmıştır. PA: Bilişsel Davranış Terapisi.



Şekil 13.3. Sally'nin inançlarının ve otomatik düşüncelerinin hiyerarşisi.

bu ilk varsayıma göre işlem yapma eğilimdedirler. Psikolojik stres durumu ortaya çıkana kadar yüzeydeki olumsuz varsayımlar daha pozitif bir yolla ifade edilmiştir. Bu tarz "olumlu" bir düzenlemenin, daha yararlı bir inanç düzenlemesi olduğu söylenmemektedir.

Sonraki kutuları doldururken "kendi kendinize baş etme stratejilerini" sorun: "Hasta acı veren temel inançlarla baş etmek için hangi davranışsal stratejiler geliştirmiştir?" Hastanın, temel inançlar için geniş varsayımlarının, sıklıkla baş etme stratejileri ile bağlantılı olduğunu unutmayın:

> "Eğer ben [baş etme stratejisi ile uğraşırsam], o zaman [benim temel inancım doğru olmayabilir, OKEY olabilirim]. Eğer ben [baş etme stratejisi ile uğraşmazsam], o zaman [benim temel inancım doğru olabilir]."

Sally, kendisi için yüksek standartlı stratejiler geliştirmiştir: çok sıkı çalışma, sınav ve sunu için aşırı hazırlanma, eksikleri ile ilgili alarmda olma ve yardım arayışlarından (özellikle asistana sorma durumlarından, zihninsel yetersizliği ortaya çıkabileceği için) kaçınma. Bu tür davranışlarla uğraşırsa o kendini başarısızlıktan ve yetersizliğe maruz kalmaktan koruyabileceğine inanır (ve onları yapmaz, yapmadığı şeyler başarısızlığa ve yetersizliğe maruz kalmasına neden *olur*).

Bir başka hasta Sally'nin davranışlarının tersi bir strateji geliştirmiş olabilir: sıkı çalışmaktan kaçınma, az amaç geliştirme, az hazırlık yapma ve aşırı yardım talep etme. Neden Sally böyle bir baş etme strateji seti geliştirirken ikinci hasta farklı

bir set geliştirmiştir? Belki onlar kalıtsal olarak farklı bilişsel ve davranışsal stille donatılmıştır. Çevre ile etkileşim içinde onların, farklı ara inançları gelişmiştir ve ara inançlar, özel davranışsal stratejilerle pekiştirilmiştir. İkinci hasta belki çocukluğunda benzer biçimde "yetersizlik" temel inanç deneyimlerine sahipti ancak baş etme ile ilgili farklı bir inanç seti geliştirdi: "Eğer benim hedeflerim küçük olursa ben iyi (Okey) olacağım ama yüksek olursa başarısız olacağım." "Eğer ben diğerlerine güvenirsem Okey olacağım ama kendi kendime güvenirsem başarısız olacağım."

Baş etme stratejilerinin, herkesin zaman zaman başvurduğu *normal* çabalar olduğu unutulmamalıdır. Stres altında hastaların güçlüğü, güçlükleri ortaya çıktığında bu tür stratejiler, işlevsel stratejilerden *daha fazla kullanılmaktadır*. Şekil 13.4'te acı verici temel inançlarla ilgili geliştirilen bazı strateji örnekleri listelenmiştir.

Özetle, Bilişsel Kavramsallaştırma Diyagramı hastanın var olan verilerinden ve gerçek kelimelerinden temel alır. Hasta tarafından doğrulanana kadar hipotezinizin geçici olduğunu düşünmelisiniz. Diyagramı, sürekli olarak toplayacağınız ek bilgilerle yeniden değerlendirmeli ve düzenlemelisiniz ve sizin kavramsallaştırmalarınız, hastanın tedavisi tamamlanana kadar bitmeyecektir. Siz gerçek diyagramı hastanıza göstermezken, sözel olarak (sıklıkla kâğıt üzerinde) onların deneyimlerini ilk seanstan başlayarak kavramsallaştırmalısınız ve durumlara karşı gösterdikleri tepkilerde onlara yardımcı olmalısınız. Bir noktada hastalarınızın anlayabileceği büyük resmi onlara sunmalısınız:

Olumsuz duygudan kaçınma	Yüksek duyguyu gösterme (vb. dikkatini çekme)
Mükemmel olma çabası	Bile bile yetersizlik ve çaresizlik gösterme
Aşırı sorumlu olma	Sorumluluktan kaçınma
Samimiyetten kaçınma	Uygun olmayan samimiyet arama
Tanınmak isteme	Dikkat çekmekten kaçınma
Yüzleşmekten kaçınma	Diğerlerini kışkırtma
Durumları kontrol altında tutma çabası	Diğerlerini kontrol etmekten kaçınma
Çocuk gibi davranma	Otoriter biçimde davranma
Diğerlerini memnun etme çabası	Kendini diğerlerinden uzaklaştırma veya yalnız kendini memnun etmeye çalışma

Şekil 13.4. Tipik baş etme stratejileri.

- Onların kendileri, dünyaları ve diğerleri hakkında temel inançlarının gelişimine katkıda bulunan erken deneyimleri nasıldı?
- Onların acı veren temel inançlarla baş etmeleri, yaşamalarına yardımcı olan belirli varsayımları veya kuralları nasıl gelişti?
- Davranış örüntülerinin veya özel baş etme stratejilerinin gelişimine hangi varsayımlar yol açtı, bu stratejiler ya da davranışlar o zaman uyumlu olabilir (ya da olmayabilir) ancak pek çok durumda uzun süreli olarak uyumlu değildir.

Bazı hastalar büyük resmi terapinin erken dönemlerinde düşünsel ve duygusal olarak görmeye hazırdırlar; özellikle bazıları sağlam bir terapötik ilişki içinde değillerdir veya bazıları bilişsel modele inanmazlar. Bu tür durumda olanlara, büyük resmi göstermek için beklemelisiniz. Öncelikle siz kavramsallaştırmalarınızı sunduğunuzda hastanın bu kavramsallaştırmaları ya da değişimin her bir parçasını doğrulayıp doğrulamadıklarına bakmalısınız.

Temel İnançlar ve Ara İnançların Tanımlanması

Ara inançları aşağıdakilerle tanımlayacaksınız:

1. Bir otomatik düşüncenin bir inanç olarak ifade edildiğini bilmek,
2. Bir varsayımın ilk koşulu olduğunu bilmek,
3. Hemen bir tutum ya da kural olduğunu belirlemek,
4. Aşağı doğru ok tekniğini kullanmak,
5. Hastanın otomatik düşüncelerini incelemek ve genel temalarına bakmak,
6. Hastaya açıkça sormak.
7. Hasta tarafından doldurulan soru formunu yeniden incelemek.

Bu stratejiler aşağıda gösterilmiştir:

1. İlk olarak bir hasta, özellikle de depresif olduğu zaman, bir inancını otomatik düşünce olarak ifade eder.

TERAPİST: Sınava girdiğinde aklından ne geçti?

HASTA: Daha iyi yapmalıyım. Şu an hiçbir şey yapamayacağım. Bu yüzden ben çok yetersizim [temel inanç].

2. İkinci olarak onun varsayımının ilk yarısı hakkında bilgi alarak tam bir varsayım elde etmek mümkün olabilir.

TERAPİST: Bu yüzden "bütün gece çalışmalıyım" diye düşündün.

HASTA: Evet.

TERAPİST: Eğer olabildiğince sıkı çalışmazsan, muhtemelen bu çalışmada veya projede ...?

HASTA: O zaman ben en iyisini yapamam ve başarısız olurum.

TERAPİST: Terapide daha önce üzerinde konuştuğumuz konular arasında bu konu tanıdık geliyor mu? Sıkı çalışmazsan başarısız olursun, genellikle senin çabana bakış açın böyle, değil mi?

HASTA: Evet, zannederim, öyle.

TERAPİST: Bu inancın ne kadar yaygın olduğunu anlayabilmemiz için daha fazla örnek verebilir misin?

S: Eğer bu varsayımın ikinci bölümünün ne olduğunu belirleme konusunda ..... hastalar güçlük yaşarlarsa?

Y: Sorunuzu başka bir şekilde ifade edin.

TERAPİST: Eğer bir çalışma veya proje üzerinde olabildiğince sıkı çalışmazsan nasıl kötü bir şey olabilir, bu kötü şeyden kastın nedir, bana söyler misin?

3. Üçüncü olarak kuralları ve tutumları tanımlayabilir veya doğrudan açıklayabilirsiniz.

TERAPİST: Bir görevi iyi yapabilmek, senin için oldukça önemli ise bu görevi yapabilmek için özel ders alabilir misin?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Bir şeyi iyi yapmak durumunda olduğunla ilgili daha önce yaptığımız konuşmaları hatırlıyor musun?

HASTA: Ah... Bunu gerçekten düşünmemiştim... Sanırım, herhangi bir şekilde iyi yapmalıyım.

4. Çok sıklıkla siz ara (ve temel) inançları tanımlamak için dördüncü tekniği kullanacaksınız: *Aşağı doğru ok tekniğini* kullanın (Burns, 1980). İlk olarak, otoma-

tik düşünceyi tanımlarken doğrudan fonksiyonel olmayan bir inançtan şüphelenebilirsiniz ve önemli bir anahtar olarak otomatik düşünceden yararlanabilirsiniz. İşte o zaman, otomatik düşünce olarak doğru olduğu varsayılan bilişin *anlamını* hastaya sorun. Belirgin olan ya da çok önemli inançlara ulaşıncaya kadar buna devam edin. Sıklıkla bir ara inanç ortaya çıktığı zaman hastaya bu düşüncenin anlamının ne olduğunu sorduğunuzda, onun anlamı genellikle hastanın açık temel inancı *hakkındadır.*

TERAPİST: Tamam, özetlersek, geçen gece, geç vakitlere kadar ders çalışırken sınıfta aldığın notlara bakıyordun, "Bu notların bir yararı yok." diye düşündün ve üzgün hissettin.

HASTA: Evet.

TERAPİST: Tamam, şu an bizim yeterince kanıtımız olmadığı için düşüncenin doğru olduğunu varsayalım. Sana, *niçin* bu kadar üzgün hissettirdiğini anlamak için bu düşünceye, bakalım. Bunun, bir an için doğru olduğunu, bu notların bir işe yaramayacağını düşünerek yapalım. Bunun senin için anlamı ne?

HASTA: Sınıfta görevimi çok iyi yapmadım.

TERAPİST: Tamam, sınıfta görevini iyi yapmadığının doğru olduğunu kabul edelim, bunun anlamı ne?

HASTA: Ben kötü bir öğrenciyim [Bu bir varsayımdır, " Eğer okulda görevimi iyi yapmazsam bunun anlamı ben kötü bir öğrenciyim."].

TERAPİST: Tamam, sen kötü bir öğrencisin, bunun senin için anlamı ne?

HASTA: [Temel inanç] Ben yeterince iyi değilim. [Ben yetersizim.]

Bazen aşağı ok tekniği çalışmasında hastanın verdiği cevaplarla sıkışabilirsiniz. Örneğin "O çok kötü olacak." veya "Çok kaygılı olacağım." Aşağıda örneğini göreceksiniz. Siz yumuşak ve nazik bir şekilde empatik olacaksınız ve o zaman izlerin üstünden geriye doğru gideceksiniz. Tekrar eden sorularınızla mantıksal bir sıra izlediğiniz ve aşağıdaki gibi sorgulama yaptığınız zaman, denemelerinizde hastanın negatif bir tepki gösterebilme olasılığını en aza indirmek olasıdır:

O doğru ise ne kadar doğru?"
"Bu kadar kötü olan ne?. . ."
"En kötü yanı ne? . . ."
"Senin için bunun anlamı ne?"

Aşağıdaki terapi konuşması aşağı ok tekniğinin çeşidini ve kısa bir gerekçesini göstermektedir.

TERAPİST: Bizim için seni çoğunlukla üzen şeyin ne olduğunu anlamak önemlidir. Oda arkadaşının ve diğer arkadaşlarının senden daha yüksek not almasının anlamı nedir?

HASTA: Ah, Buna dayanamam.

TERAPİST: Bu yüzden, oldukça üzgün olacaksın ama bunun en kötü yanı ne?

HASTA: Muhtemelen onlar beni küçümserler.

TERAPİST: Eğer onlar seni küçümserlerse en kötü ne olabilir?

HASTA: Bundan nefret ederim.

TERAPİST: Eminim, bu olduğunda çok üzüleceksin ama eğer onlar seni böyle küçümserse ne olur?

HASTA: Bilmiyorum. O oldukça kötü olur.

TERAPİST: Eğer onlar seni küçümserse, küçümseme senin için bir şey kast eder mi?

HASTA: O zaman onlar kadar iyi değilim, onlardan daha değersizim ["Eğer insanlar beni aşağılarlarsa o benim değersiz olduğumu gösterir." → Bu bir varsayımdır. "Ben değersizim." → Temel inançtır.].

Aşağı doğru ok tekniğini ne zaman durduracağınızı nasıl bilirsiniz? Hastayı etkileyen negatif bir değişim görüldüğünde genellikle önemli ara inanç ve/veya temel inanç ortaya çıkar ve /veya aynı şekilde ya da benzer bir ifade ile bir inanç ifadesi başlar.

TERAPİST: Eğer sen onlar kadar iyi değil ve değersizsen bunun anlamı nedir?

HASTA: Ben değersizim, sadece bu.

5. İnançları tanımlamanın beşinci yolu, bir hastanın otomatik düşüncelerine, karşı durumlarla ortak temalara bakmaktır. Hastaya içsel olarak tekrarlayan düşünceleri olup olmadığını sorabilirsiniz ya da inançları hakkında bir hipotez oluşturabilir ve hipotezinizi hastaya yansıtarak geçerliliğini sorabilirsiniz:

TERAPİST: Sally pek çok durumla ilgili düşüncen olduğu görünüyor: "Ben onu yapamam." veya "O çok zor." veya "Onun altından kalkamam." Sende bir şekilde ben yetersizim veya noksanım inancının olup olmadığını merak ediyorum.

HASTA: Evet, zannederim ben öyle yapıyorum. Ben yetersiz olduğumu düşünüyorum.

6. İnançları tanımlamanın altıncı yolu ise doğrudan hastaya sormaktır. Bazı hastalar, inançlarını oldukça kolay ifade edebilir.

TERAPİST: Sally, yardım isteme konusunda senin inancın nedir?

HASTA: Yardım istemek bir zayıflık işaretidir.

7. Son olarak, hastadan Fonksiyonel olmayan Tutum Ölçeği gibi bir inanç formu (Weissman & Beck, 1978) veya Kişilik İnanç Ölçeği (A. T. Beck & Beck,1991) doldurması istenebilir. Bu ögeler, dikkatlice gözden geçirilir ve güçlü olan problemli düşüncelerin üzerinde durulabilir. Yukarda tanımlanan tekniklere ek olarak soru formunun kullanılması da yaralı olur.

Özetle, siz ara ve temel inançların ikisini de birçok yolla tanımlayabilirsiniz. Bir otomatik düşüncenin içinde bir inancın ifadesini aramak; bir varsayımın koşullu cümlesini (Eğer ...) vermek ve o koşullu cümleyi hastanın tamamlamasını istemek; doğrudan bir kural ifade etmek; aşağı doğru ok tekniği kullanmak; otomatik düşüncelerle ilgili genel temaları tanımak; hastaya doğrudan otomatik düşünce ile ilgili ne düşündüğünü sormak veya hastanın soru formunu incelemek.

Bir İnancın Değiştirilip Değiştirilmeyeceğine Karar Vermek

Bir inancı tanımlarken, ara inancın merkezde mi yoksa daha çok çevrede mi olduğunu belirlemeye gereksinim duyarsınız. Genellikle; terapi ilişkisinin olabildiğince etkili olabilmesi için en önemli ara inanca odaklanmalısınız (Safran, Vallis, Segal ve Shaw, 1986). Fonksiyonel olmayan inançlar yüzeyseldir veya hastalar onlara çok az inanır, üzerinde çalışmak için çabalamaya, zaman harcamaya değmez.

TERAPİST: Sen, değersiz olduğunda insanların seni kabul etmeyeceklerine inanıyor görünüyorsun.

HASTA: Sanırım.

TERAPİST: Buna ne oranda (%) inanıyorsun?

HASTA: Çok fazla değil, belki %20.

TERAPİST: O zaman, bu inanç üstünde çalışma yapmak gerekli görünmüyor. Peki, biz daha önce tartıştığımız probleme geri dönelim.

Bir ara inancı tanımlarken, bu inancın hastanın açık inancı olup olmadığına karar vermelisiniz, eğer o öyleyse bu inancın şu anda çalışıp çalışmadığını veya

sadece gelecekte çalışıp çalışmayacağını belirleyin. Kendi kendinize aşağıdaki soruları sorun:

> "Bu inanç nedir?"
>
> "Hastanın ona inanma gücü nasıl?"
>
> " Eğer o güçlüyse hastanın hayatındaki etkisinin gücü ve yaygınlığı nasıl?"
>
> "Eğer o yaygın ve güçlü ise şimdi onun üstünde çalışmalı mıyım? Hasta bu konuyu yeterince objektif bir biçimde değerlendirebilecek gibi mi? Bugün bu seansta bunun üzerinde çalışmaya başlamak için yeterince vaktim var mı?"

Bu inancı mümkün olan en kısa zamanda değiştirmeye başlayın. Hastalar, artık inançlarının desteklenmediği veya ona güçlü bir şekilde inanmadıkları zaman yaşantılarını daha gerçekçi ve işlevsel bir şekilde yorumlayabilirler. Ancak bazı inançlar çok derinden gelmektedir ve ilk olarak "otomatik düşünceleri" daha yüzeysel bilişsel değerlendirmenin, hastalara öğretilmesi tavsiye edilir. Böylece onlar tam olarak düşündükleri ve inandıkları bir şeyin doğru olmasının gerekmediğini öğrenirler. Bazı hastaların inançlarının değiştirilmesi göreceli olarak kolaydır, diğerlerininki ise oldukça güçtür. Ara inançların değiştirmesi genellikle, temel inanç değiştirmeden önce gerçekleştirilir, ikincisi (temel inanç) oldukça katı olabilir.

Hastaları İnançlar Hakkında Eğitmek

Hastanın önemli bir inancını, hastanın ona inanma gücünü tanımlayarak, kontrol ederek, genellikle özgül bir inanç örneğini kullanarak, hastayı inancın doğası hakkında eğitmeye karar verebilirsiniz. Hastanın uyum sağlayabileceği potansiyel inançların bir genişliği vardır ve bu inançlar öğrenilebilir, doğuştan gelmez ve revize edilebilir.

TERAPİST: Tamam, şimdi senin bazı inançlarını belirleyelim: "Bir işi sıradan (vasat) yapmak çok kötüdür"; "Her şeyin en iyisini yapmalıyım"; "Eğer ben, en iyimden daha azını yaparsam, ben başarısız biriyim." Bu fikirleri nerede öğrendin?

HASTA: Sanırım, büyürken.

TERAPİST: Herkeste aynı inançlar var mı?

HASTA: (*Düşünür.*) Hayır, bazı insanların umurunda değil.

TERAPİST: Özellikle farklı inançlara sahip olan birini düşünebilir misin?

HASTA: Evet, kuzenim Emily, bunlardan biri.

TERAPİST: Onun ne tür inançları var?

HASTA: Zannederim o sıradan biri olarak Okey olduğunu düşünür. O daha çok iyi vakit geçirmekle ilgilenir.

TERAPİST: Emily, bu yüzden mi farklı inançları öğrendi?

HASTA: Sanırım, öyle.

TERAPİST: Peki, kötü haber senin şu an sahip olduğun inanç dizgesi sana çok doyum sağlamıyor, doğru mu? İyi haberse şu an sahip olduğun inanç dizgesini *öğrendin*, bunlardan vazgeçip diğerlerini öğrenebilirsin—belki ikisinin arasında Emily'ninki kadar uçta olmayan onunkilerle seninkiler arasında inaçlar. Kulağa nasıl geliyor?

Varsayım Formu İçinde Kuralların ve Tutumların Değiştirilmesi

Hastalarda bir varsayım şeklinde olan bir ara inançtan çok, bir ara inancın bir tutum veya kural şeklinde bozulmasını ve test edilmesini görmek genellikle daha kolaydır. Bir kural ya da tutumu tanımlarken, anlamını kesin olarak belirlemek için aşağı ok tekniğini kullanabilirsiniz.

TERAPİST: Bu yüzden, sen bütün bu şeylerin yapılmasına [kural], oldukça güçlü bir şekilde inanıyorsun ve birinden yardım istemenin kötü bir şey olduğuna inanıyorsun [tutum]. Örneğin bir okul çalışmasını kendi kendine yapmak yerine birinden yardım *istemenin* senin için anlamı ne?

HASTA: O benim yetersiz olduğum anlamına gelir.

TERAPİST: "Eğer birinden yardım istersem, ben yetersizim" fikrine şu an ne kadar inanıyorsun?

Sorgulama veya diğer yöntemler aracılığı ile bu koşullu varsayımın mantıksal değerlendirilmesi, kuralların ya da tutumların değerlendirilmesinden daha büyük uyumsuzluk yaratır. Sally için "Eğer ben yardım istersem, bunun anlamı ben yetersizim" varsayımındaki bozulma ve/veya işlevsizliği tanımak; "Birinden yardım istememeliyim" kuralını tanımaktan daha kolaydır.

İnancın Avantaj ve Dezavantajlarını İncelemek

Sıklıkla, hastalar için devam eden belli bir inancın avantaj ve dezavantajlarını incelemek yararlıdır. Daha sonra avantajları küçültmek veya azaltmak ve

dezavantajları vurgulamak ve pekiştirmek için gayret ediyoruz (Benzer bir süreç 174–175 sayfalarda otomatik düşüncenin yararının değerlendirilmesi ile ilgili olarak daha önce tanımlanmıştı.).

TERAPİST: En iyisini yapamazsan, sonra başarısız olursan buna inanmanın *avantajları* nedir?

HASTA: Pekâlâ, o "bende daha sıkı çalışmalıyım"a neden olur.

TERAPİST: Sıkı çalışmayı sürdürmek için gerçekten bu kadar uç bir inanca ihtiyacın olup olmadığına bakmak ilginç olurdu. Bu fikre sonra yeniden döneriz. Başka diğer avantajlar?

HASTA: . . . Hayır, aklıma gelmiyor.

TERAPİST: En iyini yapmazsan başarısız olacaksın, bunun inandığın *dezavantajları* nedir?

HASTA: Pekâlâ, sınavda en iyisini yapmadığım zaman dünya başıma yıkılmış gibi hissederim... Böyle bir durumda önce çok gergin hissederim...Ders çalışmayı çok sevdiğim için başka bir şey yapmaya zamanım yok...

TERAPİST: Bu kadar ders çalışman, çalışmanın dışında zevk aldığın şeyleri ve kendi kendine öğrenmenin zevkini azaltır mı?

HASTA: Kesinlikle azaltır.

TERAPİST: Tamam, bir yandan bu inancın seni sıkı çalıştıran tek şey olduğu, gerçekte doğru olabilir veya olmayabilir. Diğer yandan en iyisini yapamadığında, bu inanca sahip olmak, potansiyel olarak dünya başına yıkılmış gibi hissettiriyor. Sunumdan önce çalışmak sana gergin hissettiriyor, çalışmanın zevkini azaltıyor. Hoşlandığın diğer şeyleri yapmanı engelliyor. Doğru mu?

HASTA: Evet.

TERAPİST: O zaman bu fikri değiştirmek ister misin?

Yeni Bir İnancı Oluşturma (Formüle Etme)

Belirli bir düşünceyi değiştirmek için hangi stratejilerin kullanılacağına karar vermek amacı ile daha uyumlu bir inancı net bir şekilde kendi kendinize oluşturun. "Hasta için en çok işlevsel olan inanç nedir?" kendi kendinize sorun.

Örneğin, Şekil 13.5 listesinde Sally'nin var olan inançları ve yeni inançları aklımda. Yeni bir inancı yapılandırmak için bir *iş birliği* süreci olmasına karşın siz, bunun yanında çok mantıklı inanç dizgesi formüle edersiniz, böylece eski inancı değiştirmek için uygun stratejiler seçebilirsiniz.

Sally'nin eski inançları	Daha fonksiyonel inançlar
1. Eğer diğerleri kadar iyi olmazsam, başarısızım.	Eğer diğerleri kadar iyi yapamazsam, ben başarısız değilim, sadece bir insanım.
2. Yardım istersem bu bir zayıflık işaretidir.	Eğer gereksinim duyduğumda yardım istersem, o iyi bir problem çözebilme yeteneğidir (o bir gücün işaretidir.).
3. Eğer işte/okulda başarısızsam, ben başarısız bir kişiyim.	Eğer işte/okulda başarısızsam, o bütün benliğimi (benim kendi bütünlüğümü, bir arkadaş, kız, kız kardeş, akraba, vatandaş, toplumun bir üyesi, inceliğimin kalitesi, diğerlerine duyarlılığım, yardım severliğim vb.) nasıl olduğumu yansıtmaz. Ayrıca, başarısızlık geçici bir durumdur.
4. Denediğim her şeyde en üstün olabilmeliyim.	O alanda çok üstün yetenekli değilsem bazı şeylerde başarılı olamam (ve ona karşı yeterince zaman ayırmaya ve çaba harcamaya diğer şeyler pahasına istekliyim).
5. Her zaman sıkı çalışmalıyım ve en iyisini yapmalıyım.	Çoğu zaman makul bir miktarda çaba göstermeliyim.
6. Eğer ben potansiyelime ulaşamazsam, başarısız olurum.	Eğer en iyimden daha azını yaparsam belki %0 değil, %70, %80 veya %90 başarılıyım.
7. Eğer her zaman sıkı çalışmazsam, başarısız olurum.	Eğer her zaman sıkı çalışmazsam, muhtemelen makul bir ölçüde iyi olacağım ve hayatım dengede olacak.

Şekil 13.5. Daha işlevsel inançlar oluşturma.

Özetle, hastanın inançlarını değiştirmeye çalışmadan önce, o inancın merkezde mi, güçlü bir inanç mı olduğunu doğrulayın ve zihnindeki işlevsel olmayan bir konudaki inançla daha işlevsel, daha az katı olan bir inancı değiştirmek için formüle edin ancak bu inancın daha uyumlu ve daha gerçekçi olduğuna inanın. Bu inancı hastaya dayatmayın; daha çok sizin rehberliğinizde, hasta ile iş birliği içinde Sokratik sorgulama yöntemini kullanarak alternatif bir inanç oluşturun. Ek olarak hastayı, inançların doğası hakkında eğitebilirsiniz (örneğin onlar öğrenilmiş fikirlerdir, zorunlu gerçekler değildir ve bu yüzden onların değerlendirilmesi ve değiştirilmesi öğrenilmemiştir.) ve/veya hastaların devam eden inançlarının avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmelerine yardımcı olun.

İNANÇLARI MODİFYE ETME (DEĞİŞTİRME)

Ara inançlar ve temel inançların her ikisini de değiştirmek için pek çok strateji kullanılabilir (Bir sonraki bölümde temel inançları değiştirmek için daha detaylı teknikler sunulmaktadır.). Bazı inançlar kolayca değiştirilirken, çoğu inanç üzerinde ise uzun süreli ortak çalışma yapmak gerekmektedir. Sürekli bir şekilde hastaya "düşünsel", "içten" veya "duygusal" düzeyde var olan inanca ne kadar (%0-100) inandığını ve ilerde üzerinde çalışmaya gereksinim olup olmadığını sorun.

Genellikle o inancı tam olarak sıfırlamak (%0) ne mümkündür ne de istenen bir durumdur. Bu yüzden, bir inanç üzerinde çalışmayı durdurmak bir kanaate dayanır. Onlar onun işlevsel olmayan davranışlarını değiştirmeye devam ederken inanç kalıntıları hâlâ varlığını sürdürmesine rağmen inançların %30'un altına indirilmesi yeterlidir.

Terapistlerin, terapi notlarındaki hastaların inançlarla ilgili kayıtları incelemeleri tavsiye edilir. Kullanışlı bir formatta işlevsel olmayan bir inanç, yeni daha işlevsel bir inanç ve her inancın gücü ile ilgili olarak aşağıdaki örnekte olduğu gibi %'lik açıklaması bulunmalıdır:

> *Eski inanç*: "Çok başarılı değilsem, ben başarısızım." (%50)
>
> *Yeni inanç*: "Ben eğer gerçekten hemen hemen her şeyde %80' civarında başarısızsam yalnız o zaman tamamı ile başarısız olurum.

Tipik bir ödevde, görev olarak hastanın her iki inancı da ne kadar güçlü kabul ettiğinin günlük oranı ve okuması bulunmalıdır.

Teknik olarak değişen inançlar aşağıdaki gibi listelenmelidir. Bunların bazıları otomatik düşüncelerin değiştirilmesinde de kullanılmıştı.

1. Sokratik sorgulama.
2. Davranışsal deneyimler.
3. Bilişsel süreklilik (bütünlük).
4. Düşünsel–duygusal rol oynama.
5. Diğerlerini bir referans noktası olarak kullanma.
6. Davranma/ Eylemde bulunma "Eğer öyleyse."
7. Kendini açma.

Davranışları Değiştirmek için Sokratik Sorgulama

Sonraki terapi konuşmasında örnek olarak gösterilen; Sally'nin inançları incelenirken benzer soruların kullanılışı, örnek olarak otomatik düşüncelerin değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Hatta ben genel bir inancı tanımlarken özel durumlar bağlamında onun değerlendirmesine yardımcı olurum. Bu özgün yardım, değerlendirmenin daha somut ve anlamlı yapılmasına yardım eder ve daha az soyut ve düşünsel olur.

TERAPİST: [Özet olarak, onlar tam olarak doldurulan aşağı doğru ok tekniğinden ne öğrendiler] Eğer, sen yardım istersen bunun, senin %90 oranında yetersiz olduğunu göstereceğine inanıyorsun, doğru mu?

HASTA: Evet.

TERAPİST: O durumda yardım istemenin başka bir yolunu görüyor musun?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: Örneğin terapi ve yardım almak için buraya geldiğin için yetersiz misin?

HASTA: Belki, biraz.

TERAPİST: Hımmm. O oldukça ilginç çünkü ben bunu oldukça olumlu bir yol olarak görüyorum. Terapiye gelmek, gerçekten bir *yeterlik* ve *güçlülük* işareti midir? Eğer, gereksinim duyduğunda gelmeseydin ne olurdu?

HASTA: Ben hâlâ zihnimi berraklaştırmak için uğraşıyor olurdum.

TERAPİST: Depresyon gibi bir hastalığın olduğunda, o çok fazla yetersizlik duygusu yapar sonra depresyon kalır, böyle bir durumda yardım istemek uygun mudur?

HASTA: Evet . . . Sanırım öyle.

TERAPİST: Peki, bana söyle. Varsayalım ki iki depresif kolej öğrencisi var. Biri tedavi için yardım arıyor, diğeri aramıyor ama depresif semptomları devam ediyor. Çok yönlü düşündüğünde hangisi daha yeterli?

HASTA: Tamam, terapiye gidip yardım isteyen.

TERAPİST: Şimdi başka bir duruma dikkatini çekmek istiyorum. Sen gönüllü olarak çalışıyorsun. Yine, iki kolej öğrencimiz var. Hiç özel ders almadılar, onlar ne yapacaklarını bilmiyorlar çünkü daha önce hiç böyle bir şey yaşamadılar. Biri yardım istiyor, diğeri istemiyor ama sorunlar yaşıyor. Hangisi daha yeterli?

HASTA: (*Bir süre tereddüt ettikten sonra*) Yardım isteyen?

TERAPİST: Emin misin?

HASTA: (*Bir süre düşündükten sonra*) Evet. Eğer kişi yardım alıp daha iyi olacaksa bir sorunu gidermek için yardım almak yetersizlik işareti değildir.

TERAPİST: Ona ne oranda inanıyorsun?

HASTA: Oldukça çok—%80.

TERAPİST: Peki, bu iki durumda nasıl yapılmalı— sana göre terapi ve özel ders için yardım istenmeli mi?

HASTA: Sanırım onlar için yardım istenmeli.

TERAPİST: Bunun hakkında aşağıya bir şey yazalım... Eski fikri hatırlayalım "eski inanç"—Ne diyordun?

HASTA: Ben birinden yardım istersem ben yetersizim.

TERAPİST: Şimdi ona ne oranda inanıyorsun?

HASTA: Az. Belki %40.

TERAPİST: Tamam, "%40" onu yanına yaz.

HASTA: (*Yapar.*)

TERAPİST: Şimdi, "yeni inancı" yaz. Onu nasıl yazacaksın?

HASTA: Birinden yardım istersem, ben yetersiz değilim?

TERAPİST: İkna olmamış gibi görünüyorsun. "Eğer makul bir nedenle birinden yardım istersem o bir güçlülük işaretidir." şeklinde ifade edilirse daha güzel olur mu?

HASTA: Evet (*Onu yazar.*).

TERAPİST: Şu an bu inanca ne kadar inanıyorsun?

HASTA: Çok (*Yeni inancı okur ve onun üzerinde düşünür.*) Belki %70 ile %80 (*Onu aşağıya yazar.*) . . .

TERAPİST: Tamam Sally, biz bu düşüncelere tekrar döneceğiz.

Bu hafta iki şey hakkında ödev yapmaya ne dersin? İlki, bu inançları her gün oku ve onlara ne oranda inandığını yaz—o inançların yanına yüzdelerini yaz.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: [Gerekçeni yaz] Gerçekten onun üstünde düşündükten sonra onlara ne oranda inandığını belirleyerek yaz. Onları yeniden oku ve niçin farklı bir şekilde söylemediğini de belirt.

HASTA: Tamam (*Ödevini yazar.*).

TERAPİST: İkinci olarak, bu hafta makul bir şekilde yardım isteyebileceğin farklı durumlara bakabilir misin? Makul durumlarda yardım istemenin bir yeterlilik işareti olduğunu belirten bu yeni inanca %100 inanabilir misin, bunu hayal et. Önümüzdeki hafta boyunca ortaya çıkan durumlara bak, ne zaman yardım istemelisin? Bu durumları not et.

HASTA: Tamam.

Bir önceki bölümde, Sally'nin bir ara inancını değerlendirmeye yardım etmek için özel durumlar bağlamında Sokratik sorgulamayı kullandım. Sally'nin alternatif bir görüş oluşturmasında daha az etkisi olan kanıtların standart sorularla incelenmesi ve değerlendirmesini muhakeme ettim. Sokratik sorularım, otomatik düşünce düzeyinde bilişleri yumuşak bir şekilde değerlendirmeden daha çok ikna edici ve daha objektifti. Sally'nin devam eden günlük yaşamında işlevsiz varsayımlarını ve inancını yansıtan ve bunların nasıl oluştuğunu izlemek için bir ödev tasarladık.

Davranışsal Yaşantılarla İnançları Test Etmek

Otomatik düşüncelerde olduğu gibi inançların geçerliliğini değerlendirmek için davranış testleri hazırlanarak hastalara yardımcı olunabilir. Davranışsal deneyimler, uygun bir şekilde hazırlandığında ve uygulandığında hastaların inançlarını terapi ofisinde kullanılan sözel teknikten daha güçlü şekilde değiştirir.

TERAPİST: Tamam Sally, bizim tanımladığımız diğer bir inanç: "Eğer ben yardım istersem diğerleri beni küçümseyecekler" ve sen buna %60 oranında inanıyordun. Şüphesiz ben seni gerçekten küçümsemiyorum, öyle değil mi?

HASTA: Tabii ki hayır. Ama hastalara yardım etmek sizin göreviniz.

TERAPİST: Doğru, o zaman diğer insanların benim gibi olup olmadığını anlaman gerekecek, bunu nasıl anlayacaksın?

HASTA: Sanırım, diğer insanlardan yardım isteyeceğim.

TERAPİST: Tamam, kimden ne tür bir yardım isteyeceksin?

HASTA: Hımmm. Emin değilim.

TERAPİST: Oda arkadaşından isteyebilir misin?

HASTA: Evet, gerçekten ondan isteyebilirim. Ben konaklama danışmanımdan yardım isteyebilirim.

TERAPİST: İyi. Akademik danışmanından da isteyebilir misin?

HASTA: Hı hım. Erkek kardeşimden de isteyebilirim. Hayır ben erkek kardeşim ve oda arkadaşımdan yardım istemeyeceğim. Onların beni küçümseyeceğini biliyorum.

TERAPİST: Evet, bazı istisnalar olduğunu biliyorsun!

HASTA: Evet ama sanırım ben akademik danışmanımdan ve öğretim görevlilerinden yardım isteyebilirim.

TERAPİST: Onlardan ne çeşit bir yardım isteyebilirsin?

HASTA: Pekâlâ, öğretim görevlilerine . . . Ödevlerim ve okumalarım hakkında sorular sorabilirim. Konaklama danışmanıma, bilmiyorum. Akademik danışmanıma... Ona gitmem biraz eğlenceli olacak. Ben gerçekten hâlâ hangi alanda uzmanlaşmak istediğimi bilmiyorum.

TERAPİST: Uzman kişilerin, öğrencilere bu tür kararlarında yardım etmeleri ilginç bir deneyim olmalı.

HASTA: Doğru. . .

TERAPİST: Böylece bir taşla iki kuş vuracaksın.—Bir yandan küçümsenme inancını test edeceksin, diğer yandan yaşamındaki gerçek problemle ilgili destek alacaksın.

HASTA: Sanırım, öyle olacak.

TERAPİST: İyi, "Eğer birinden yardım istersem beni küçümserler" inancını test edebileceksin. Bu hafta bunu nasıl yapmak istiyorsun?

Bir önceki bölümde bir inancı test etmek için davranışsal bir yaşantı önerildi. Sally'de tereddüt hissetmiş olsaydım, ona bu deneyimi nasıl yapacağını, uygulamada ne tür problemeler olabileceğini veya onun bu konudaki düşüncelerini sorardım. Ben yaptırma olasılığını artırmak için ona ön prova yaptırırdım (bk. sayfa 303-305). Ek olarak eğer Sally'nin diğerleri tarafından aşağılanma olasılığı olduğu yargısına varmış olsaydım, aşağılanmanın anlamı ve böyle bir durum olursa onunla nasıl baş edebileceğiyle ilgili olarak önceden onunla konuşurdum. Ayrıca emin olmak için Sally'den küçümsenmeyi tanımlamasını isterdim ki diğerlerinin bu niyetle yapmadıkları davranışları küçümseme olarak algılamasın.

Davranışsal yaşantıların daha geniş bir tartışması için bk. Bennett-Levy ve ark. (2004).

İnançları Değiştirmek için Bilişsel Süreklilik

Bu teknik, iki durumu otomatik düşünce ve inançları değiştirmek için gereklidir ki o, kutuplaşmayı yansıtır (örneğin; hasta bazı şeyleri bütün olarak gördüğünde veya hiçbir şey görmediğinde). Örneğin Sally, çok üstün bir öğrenci olamadığında başarısız olacağına inanır. Bu sorular sayesinde bilişsel süreklilik bağlamının izleyen konuşmada, hastaya orta yolun yararını oluşturma süreci gösterilmektedir:

TERAPİST: Tamam, sen üstün bir öğrenci değilsen başarısız bir öğrenci olduğuna oldukça güçlü bir şekilde inanıyorsun. Hadi onun ne olduğuna grafikten bakalım (*Bir dizi çizgi çizer.*).

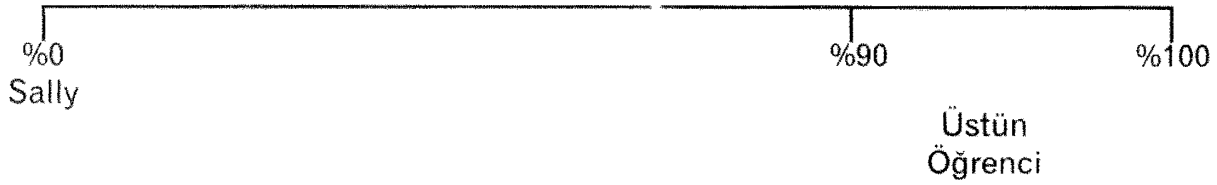
TERAPİST: Şimdi üstün bir öğrenci nerededir?

HASTA: Yukarıda, burada. Sanırım, %90–100.

TERAPİST: Tamam. Sen bir başarısızsın. Neredesin?

HASTA: Sanırım, %0.

Başarının Başlangıç Grafiği



TERAPİST: Şimdi, daha gerçekçi bir değerlendirmede senden %0'dan daha az başarı gösteren biri var mı?

HASTA: Hımmm . . . Belki o çocuk, Jack. O bizim ekonomi sınıfında. Biliyorum o benden daha kötü yapıyor.

TERAPİST: Tamam. Biz Jack'i %0'a koyduk. Ama merak ediyorum, Jack'ten daha kötü yapan biri yok mu?

HASTA: Muhtemelen vardır.

TERAPİST: Birinin hemen hemen bütün test cevapları, bütün ödevleri başarısız olduğu düşünülebilir mi?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Tamam, şimdi biz gerçek bir başarısızı %0'a koyarsak, Jack'i nereye, seni nereye koyacağız?

HASTA: Muhtemelen Jack %30'larda. Ben de %50'lerdeyim.

TERAPİST: O sınıfta herhangi bir okumada, getirdiği ödevlerde ve nerdeyse her konuda gerçekten başarısız bir kişi.

HASTA: Sanırım o, %0 başarılı.

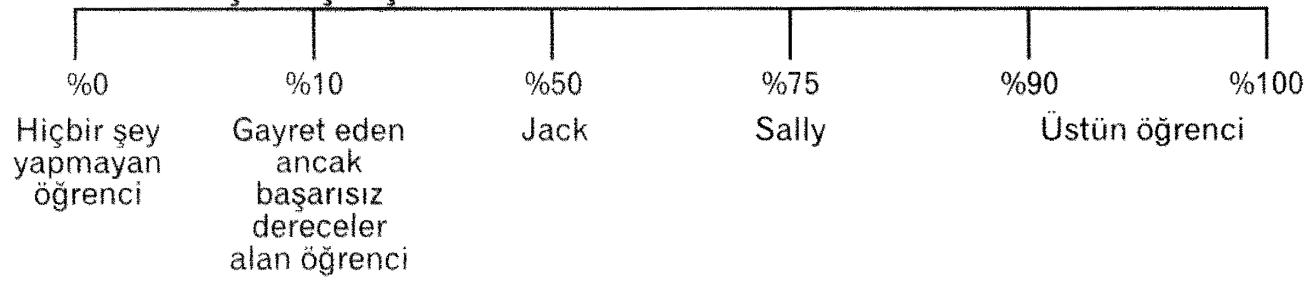
TERAPİST: Bir öğrenci düşün ki geçemiyor ama en azından gayret ediyor, onu nereye koyacağız?

HASTA: Sanırım o, %10'da.

TERAPİST: Peki sen ve Jack nerelerdesin?

HASTA: Jack %50; sanırım ben %75.

Gözden Geçirilmiş Başarı



TERAPİST: Senin ödevin nasıldı, acaba %75'i doğrulandı mı, doğrulanmadı mı? Muhtemelen bazı öğrenciler, senden daha yüksek notlar alabilir. %75'lerde puan alan bir öğrenciyi başarısız diye tanımlamak ne kadar doğru olabilir?

HASTA: Çok değil.

TERAPİST: Belki *en yanlış* olan şey, senin %75 başarılı olan kişiye bunu söylüyor olman.

HASTA: Evet (*Düşüncede gözle görülen bir netleşme.*).

TERAPİST: Tamam, senin orijinal düşüncene geri dönersek, şu an "süper bir öğrenci olmazsan başarısız biri olacağına" ne kadar inanıyorsun?

HASTA: Çok değil. Belki %25.

TERAPİST: İyi!

Sıklıkla bilişsel süreklik tekniğinde hastanın düşüncesini ikiye bölme tekniği kullanmak yararlıdır. Tekniklerin çoğunda hastanın bu tekniği kendi kendine nasıl uygulayacağı öğretilir ve böylece teknik uygulanabilir hâle gelir:

TERAPİST: Sally, burada ne yaptığımızı gözden geçirelim. Tamamına bakalım aklında yanlış bir şey kalmasın. Sonra biz bir çizgi çizelim, acaba iki kategoride "başarı ve başarısızlık nedir"e bakalım veya—etraflıca düşünüldüğünde başarının *derecesinin* ne olduğuna doğru bir şekilde bakalım. Yalnız iki kategoriyi bu şekilde ayırmanın dışında sana sıkıntı veren başka herhangi bir düşünce var mı?

Düşünsel –Duygusal Rol Oynama

Bu teknik "görüşe–karşı görüş" olarak adlandırılır (Young, 1999), genellikle bu bölümde tanımlandığı gibi, diğer teknikler denendikten sonra bu tekniğe başvurulur. Genellikle hastalar düşünsel olarak söylediklerinde özellikle bu tekniği kullanmak yararlıdır, işte o zaman hastalar işlevsiz olan inançlarını görebilirler ancak duygusal olarak veya içlerinde hâlâ bu duygunun doğru olduğunu "hissederler". İlk olarak siz hastalara bir gerekçe sunarak onların zihinlerinin duygusal kısmında rol oynamalarını isterseniz, "siz düşünsel" kısmını oynarken, onların zihinlerinin bir parçası işlevsiz inancı güçlü bir şekilde doğrular. İkinci kısmında rolleri değiştirirsiniz. Her iki bölümde de siz ve hastalar, hasta gibi "ben" diyerek konuşmalısınız.

TERAPİST: Bir şey söylediğinde: örneğin "geçen dönem okulda çok iyi değildim" diyerek hâlâ ben yetersizim düşüncesine inanıyor gibi görünüyorsun.

HASTA: Evet.

TERAPİST: Senin inancını hâlâ destekleyen kanıtın ne olduğunu iyice netleştirmek istiyorum.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Biz bir rol oyunu oynayabilir miyiz? Ben senin zihninin "düşünsel" kıs-

mını oynayacağım. Senin zihnin, tam şu anda bütün notların "A" olmadığında tamamı ile yetersiz olmadığını biliyor. Senden de zihninin "duygusal kısmını" oynamanı istiyorum. Senin ses tonundan hâlâ yetersiz olduğuna inandığın görünüyor. Senin bana karşı olabildiğince sert bir tartışmaya girmeni istiyorum, böylece senin hâlâ koruduğun inancı görebilirim. Tamam mı?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Tamam, sen başla. "Bütün notlarım 'A' olmadığı için ben yetersizim." diye söyle.

HASTA: Bütün notlarım 'A' olmadığı için ben yetersizim.

TERAPİST: Hayır, değilim. Benim yetersiz olduğuma ilişkin bir inancım var ama ben çoğu zaman makul derecede yeterliyim.

HASTA: Hayır, değilim. Eğer ben gerçekten yeterli olsaydım geçen dönem bütün notlarım 'A' olurdu.

TERAPİST: O gerçek değil. Yeterlilik akademik mükemmeliyetin toplamı değildir. Eğer bu gerçek olsaydı, dünyadaki öğrencilerin yalnız %1'i yeterli olurdu, diğerleri yani, %99'u yetersiz olurdu.

HASTA: İyi ama, ben kimyadan C aldım. Bu benim yetersizliğimi kanıtlar.

TERAPİST: O da doğru değil. Belki ben kimyadan kalmış olsam "ben kimyada yetersizim söylemi mantıklı olabilir" ama kimyadan kalmak beni her şeyde yetersiz yapmaz. Diğer taraftan ben kimyada gerçekten yetersiz değilim, diğer nedenlerle takıldım; örneğin depresyondayım ve dersime konsantre olamadım.

HASTA: Ama gerçekten yeterli biri, böyle bir yerde depresif olmaz.

TERAPİST: Gerçekten, tamamı ile yeterli insanlar bile depresyonda olabilir. Arada bir bağlantı yoktur. Gerçekten tamamı ile yeterli insanlar depresyonda olduklarında, onların konsantrasyon ve motivasyonlarında sıkıntılar olur ve eskiden yaptıkları kadar iyi performans gösteremezler. Ancak bu onların tamamen yetersiz olduğunu göstermez.

HASTA: Sanırım, bu doğru. Onlar sadece depresyonda.

TERAPİST: Haklısın ama şu an rolden çıktın. Tamamen yetersiz olduğuna dair başka bir kanıtın var mı?

HASTA: (*Bir süre düşünür.*) Hayır, sanırım yok.

TERAPİST: Tamam, şimdi rolleri değişelim, sen şu an zihninin "düşünsel" kısmı olacaksın, ben duygusal kısmı olacağım, benim oynadığım duygusal kısmı çürüteceksin. Senin kullandığın söylemleri kullanacağım.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Ben başlayacağım. "Bütün notlarım 'A' olmadığı için ben yetersizim."

Rol değişimi hastalara düşünsel sesleri ile konuşma ve sizi modelleme olanağı verir. Siz duygusal muhakemeyi yaparken aynı hastaların kullandığı kelimeleri kullanarak yapmalısınız. Onların kelimelerini kullanmak, yeni materyalin tanıtılmasına yardım etmez, onların özel endişelerini açıkça cevaplamalarına yardımcı olur.

Eğer hastalar düşünsel rollerinde iken cevaplarını formüle edemezlerse siz de geçici olarak rol değişimi yaptığınızda veya bu role geldiğinizde tartışmada siz de o noktada takılın. Pek çok inanç değiştirme tekniği gibi, siz iki durumun etkisini ve derecesini hastaların inançları ile daha ileri düzeyde çalışırken değerlendireceksiniz. Müdahaleden sonra hastalara inançlarına ne oranda inandıkların tekrar soracaksınız.

Pek çok hasta düşünsel–duygusal rol oyunu oynamayı yararlı bulur. Pek azı bunu yaparken rahatsız hisseder. Herhangi bir müdahalede, kararda iş birliği olmalıdır. Biraz tartışmalı bir tekniktir, oyun sırasında hastaların sözel olmayan tepkileri konusunda özel notlar alınmalıdır. Hastaların zihinlerinin düşünsel kısımlarını, duygusal kısımlarının üstünde yükseltirken hastaların kesinlikle eleştiri veya aşağılanma hissetmemesi sağlanmalıdır.

İnançları Değiştirirken Diğer İnsanları Bir Referans Noktası Gibi Kullanmak

Hastalar, diğer insanların inançlarını etraflıca düşündüğünde, kendi işlevsiz inançlarında sıklıkla psikolojik mesafe kat ederler. Onlar kendilerinin doğru buldukları, inandıkları ile diğer insanların daha objektif inançlarını doğru bulmaları arasındaki tutarsızlığı görmeye başlarlar. İzleyen dört örnekte; insanların referans noktası olarak alınması ve mesafe kazanılması gösterilmektedir.

Örnek 1

TERAPİST: Sally, geçen hafta senin kuzenin Emily ile her şeyi mükemmel yapma konusunda farklı inançlarınızın olduğundan bahsetmiştin.

HASTA: Evet.

TERAPİST: Onun inançları ile ilgili ne düşündüğünü kelimelere dökebilir misin?

HASTA: O en iyisini yapmak zorunda olmadığını düşünür. O her durumda olumlu bir kişidir.

TERAPİST: Her şeyi iyi yapmadan olumlu bir kişi olduğuna ve onun doğru yaptığına inanıyor musun?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Onda "ben tamamen yetersizim"i görüyor musun?

HASTA: Hayır. Onun iyi notları yoktur ancak o pek çok yolla kendini yeterli hisseder.

TERAPİST: Emily'nin inançlarını sana uygularsak: "Ben her şeyi mükemmel yapmasam da ben hâlâ Okeyim, yeterli bir kişiyim." ne olacağını merak ediyorum.

HASTA: Hımmm.

TERAPİST: Emily'nin daha iyi ya da daha kötü yaptığı, onu Okey ve yeterli yapan ama sende olmayan farklı bir şey var mı?

HASTA: (*Hasta bir süre düşünür.*) Hayır. Zannetmiyorum. Sanırım gerçekten hiç böyle düşünmemiştim.

TERAPİST: "En iyisini yapmazsam ben bir yetersizim" düşüncesine şu anda ne kadar inanıyorsun?

HASTA: Az, belki %60.

TERAPİST: "Ben en iyisini yapmazsam, hâlâ Okeyim ve yeterli bir kişiyim." Bu yeni düşünceye ne kadar inanıyorsun?

HASTA: Öncekinden daha çok. Belki %70.

TERAPİST: İyi. Biz bu yeni düşünceyi yazarsak ve kanıtlarının bir listesini yapmaya başlarsak bu yeni inanç desteklenir.

Bu noktada siz 14. Bölüm'de tanımlanan temel inançlar ve ara inançlar için kullanılabilen Temel İnanç Ödevini tanıtmalısınız.

Örnek 2

Hastaların ara inançları ve temel inançlarını değiştirmek için hastalara yardım etmenin başka bir yolu da aynı işlevsiz inançlara sahip olduğu bilinen birini yalın bir şekilde hastalara göstermektir. Bazen hastalar başka birinin bozulmuş düşüncelerini uygulamasını ve içselleştirmelerini görebiliriler. Bu teknik Düşünce Kayıt sorularına benzer: "[Arkadaşınızın adı] Bu durumda ve bu düşünce olsaydı, [ona] ne söylerdim?"

TERAPİST: Aynı inanca "Sıkı çalışmazsam başarısız olacağım." sahip olan bildiğin biri var mı?

HASTA: Eminim benim liseden arkadaşım Rebecca, buna inanır.

TERAPİST: Sence bu inanç, onun için ne kadar doğru ?

HASTA: Hiç doğru değil. O oldukça parlak biri. O çabalamazsa bile muhtemelen başarısız olmayacak.

TERAPİST: O, notları A'nın altında olursa başarısız olacağını düşünür mü?

HASTA: Evet, öyle düşüneceğini biliyorum.

TERAPİST: "O, B alırsa başarısız mı olur?" Sen onunla aynı fikirde misin?

HASTA: Hayır, tabii ki değil.

TERAPİST: Bu notla ilgili görüşün nedir?

HASTA: O bir B aldı. B iyi bir derece, belki en iyisi değil ama başarısız değil.

TERAPİST: Ona bu inanç için ne demek istersin?

HASTA: Sıkı çalışmak A almak için gayret etmek iyi bir şey ancak onu elde edemezsen bu dünyanın sonu değil. O senin başarısız olduğun anlamına gelmez.

TERAPİST: Bütün bunlar sana nasıl uygulanır?

HASTA: Hımmm. Sanırım, aynı.

TERAPİST: Aynı şeyi kendin için tekrar söyler misin?

HASTA: Bütün notlarım A olmazsa ben başarısız değilim. Ancak hâlâ sıkı çalışmam gerektiğini düşünüyorum.

TERAPİST: Kesinlikle. Sıkı çalışmayı ve iyi yapmayı düşünmek mantıklı. Mükemmel yapmadığında başarısız olduğuna inanman mantıklı değil. Aynı fikirde miyiz?

Örnek 3

Siz ayrıca hastalarla rol oyunu oynayabilir, öğretebilir ve başka insanların inançlarını onlarla göstererek diğer kişi için nasıl geçersiz olduğunu onlarla paylaşabilirsiniz.

TERAPİST: Sally, sen ne düşündüğünü oda arkadaşına söyle. O yardım için profesöre gitmek istemiyor çünkü profesörün, kendisinin yeterince hazırlanmadığını veya yeterince zeki olmadığını düşüneceğine inanıyor.

HASTA: Evet.

TERAPİST: Onunla aynı fikirde misin?

HASTA: Hayır. O muhtemelen yanlış düşünüyor. Profesör eleştirse bile o, onun haklı olduğunu göstermez.

TERAPİST: Bu rol oyununu oynayalım mı? Ben senin oda arkadaşın olacağım; sen bana tavsiye vereceksin. Bende herhangi bir çarpık düşüncenin olmasına izin verme.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Ben başlayacağım. Sally, Bu konuyu anlamadım. Ne yapmalıyım?

HASTA: Profesöre git.

TERAPİST: Hayır, onu yapamam. O benim aptal olduğumu düşünecek. O, onun zamanını boşa harcadığımı düşünecek.

HASTA: Hey, onun görevi öğrencilere yardımcı olmak.

TERAPİST: Ama o muhtemelen öğrencilerin kendisini rahatsız etmesinden hoşlanmayacak.

HASTA: Bu onun işi, ona bunun için para ödeniyor. Herhangi bir şekilde iyi bir profesör öğrencilerine yardım etmekten hoşlanır. O sabırsız davranırsa, bu sabırsızlık onun olumsuz davranışının bir göstergesidir, senin değil.

TERAPİST: Ancak profesör yardım etmekte sakınca görmese bile, o benim kafamın nasıl karışık olduğunu anlayacak.

HASTA: Duruma bakalım. O senin her şeyi bilmeni beklemeyecek. Ona bu yüzden gidiyorsun.

TERAPİST: Peki, o benim kalın kafalı (aptal) olduğumu zannederse?

HASTA: Birincisi, sen kalın kafalı olsaydın burada olmazdın. İkincisi, o senin her şeyi bilmeni bekliyorsa sadece yanılır. Her şeyi bilmiş olsaydın, öğrenci olmazdın, bu dersi almana da gerek olmazdı.

TERAPİST: Hâlâ, gitmemem gerektiğini düşünüyorum.

HASTA: Hayır, gitmelisin. Onun sana yukardan bakmasına, senin aptal olduğunu düşünmesine izin verme, sen aptal değilsin.

TERAPİST:Tamam. İkna oldum. Rolün dışına çıkarsak senin oda arkadaşına söylediğin her şey, senin için de ne kadar geçerli?

Örnek 4

Son olarak birçok hasta için bir referans noktası olarak kendi çocuklarını (ya da bildikleri çocukları) kullanarak ya da çocuk sahibi olduğunu hayal ederek bir inanç mesafesi alabilirsiniz.

TERAPİST: Sally, sen herkes kadar iyi yapmazsan, başarısız olduğuna %80 oranında mı inanıyorsun?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Acaba, bir kızın olduğunu hayal edebilir misin? 10 yaşında ve 5. sınıfta. Bir gün eve geliyor ve çok çok üzgün, onun arkadaşları testten A almış o ise C almış. Onun başarısız biri olduğuna inanmasını ister misin?

HASTA: Hayır, kesinlikle istemem.

TERAPİST: Niçin istemezsin? . . .Onun neye inanmasını istersin (*Sally cevaplar*). Şu an söylediklerini kendine tam olarak nasıl uygularsın?

"Mış Gibi" Yapma

İnanç değişiklikleri genellikle davranış değişikliklerine yol açar. Ve davranış değişiklikleri de sık sık inançla uyumlu olan değişikliklere yol açar. Bir inanç oldukça zayıf ise; hastanın bilişsel müdahale olmadan, kolay ve hızlı bir şekilde hedef davranışı değiştirmesi mümkün olabilir. Hastanın davranışını değiştirmek için istekli olmasından önce, pek çok inanç için bazı müdahaleler yapılmasına gereksinim duyulur. Ancak, genellikle inançla ilgili yalnız *bazı* değişiklikler değil, "tam inanç" değişikliği, gereklidir. Ve hastalar davranışlarını bir kez değiştirmeye başlarlarsa inanç biraz daha zayıflatılmış olur (yeni davranış kolayca devam eder, o da inancı daha çok zayıflatır ve böylece olumlu döngüsel bir yükselme olur).

TERAPİST: Tamam Sally, *şu an* yardım istemenin bir zayıflık belirtisi olduğuna ne kadar inanıyorsun?

HASTA: Çok değil. Belki %50.

TERAPİST: Güzel bir düşüş oldu. Ona tamamen inanmıyor olmanın eyleme geçmene yararı olacak mı?

HASTA: Neyi kastettiğinizi anlamadım.

TERAPİST: Onun zayıflık işareti olmadığına inanıyorsan, aslında yardım istemenin *iyi* olacağını düşünüyorsan bu hafta neler yapabilirsin?

HASTA: Bakalım, biz araştırma görevlisine gitmeyi konuşmuştuk. Sanırım, gerçekten yardım istemenin *iyi* olacağına inanmışsam, gitmeliyim.

TERAPİST: Başka?

HASTA: Ekonomi dersi için özel ders alacağım... Aşağıda oturan arkadaşımdan notlarını isteyeceğim...

TERAPİST: Hey, bu harika. Ve sen bunları yaparsan pozitif olarak ne olacak?

HASTA: (*Gülümser.*) İhtiyacım olduğunda yardım isteyebileceğim.

TERAPİST: Yardım istemenin iyi bir şey olacağına inanıyorsan bu hafta bunu uygulamaya hazır olduğunu düşünüyor musun?

HASTA: Belki.

TERAPİST: Tamam, bir dakika içinde, bu konudaki düşüncenin nasıl olacağını anlayacağız. Ama ilk olarak şu an sahip olduğun fikri yazmalısın. Ve bu tekniği nasıl uygulayacağını yazmak isteyeceksin. İnandığın yeni inancı, tam olarak inanmasan bile, inanmış gibi uygulamalısın.

Bu uygulama "mış gibi" yapma tekniği önceki ara inançlara müdahale teknikleri gibi temel inançlara da aynı şekilde uygulanır.

İnançları Değiştirmek için Kendini Açma Tekniğinin Kullanılması

Terapistin uygun ve makul bir şekilde kendini açması, bazı hastaların problemlerini veya inançlarını farklı bir yolla görmelerine yardımcı olabilir. Şüphesiz kendini açma, gerçekle ve konu ile ilişkili olmalıdır.

TERAPİST: Biliyor musun, Sally, ben kolejde iken profesörden yardım isteme konusunda problemlerim vardı, yardım istememin benim bilgisiz olduğumu göstereceğini düşünüyordum. Ve gerçeği söylemek gerekirse birçok kez bir şekilde gittim, değişik durumlarla karşılaştım. Bazen profesörler gerçekten çok nazik ve yardımseverdiler. Ama bazı profesörler, birkaç kez oldukça sert bir şekilde, bana bir konuyu ya da bir şeyi yeniden okumamı söylediler. Bir şeyi anlamadığım zamanlarda, tam bu noktada, yetersiz olduğumu düşünmedim. Profesörün sert ya da iyi olmasının benimle değil kendisi ile ilgili olduğunu düşündüm (*bekler*). Bu konuda ne düşünüyorsun?

Özet olarak siz, hastalara onların ara inançlarını tanımlayarak, bir inancı bir otomatik düşünce gibi ifade ettiklerinde tanıyarak, bir varsayımın bir parçasını temin ederek, doğrudan bir kural ya da bir tutumu ortaya çıkararak, aşağı doğru ok tekniğini kullanarak, hastanın otomatik düşüncelerindeki ortak temalarla bakarak ve/veya hasta tarafından doldurulan soru listesini inceleyerek yardımcı olabilirsiniz. Daha sonra, hastanın inancının ne kadar *önemli* olduğunu; ona ne kadar güçlü inandığını ve onun işlevlerini, nasıl güçlü ve geniş bir şekilde etkilediğini belirlemelisiniz. Sonra *değişimin* devam eden seanslarda başlayıp başlamadığına veya sonraki seansları beklemeye karar vermelisiniz. İnançlarda müdahale etme "çalışmaya başladığında"; hastaları, *inançların doğası, varsayımın formunun içinde değişen kurallar ve tutumlar hakkında* eğitmelisiniz ve belirli bir inancın *avantaj ve dezavantajlarını* keşfetmelisiniz. Siz zihinsel olarak yeni ve daha işlevsel olan bir inancı formüle etmelisiniz, pek çok *inanç değiştirme tekniği* aracılığı ile Sokratik sorgulama, davranışsal deneyimler, bilişsel süreklilik, düşünsel–duygusal rol oynama, diğerlerini referans noktası olarak kullanma, "mış gibi" yapma, kendini açma teknikleri ile hastaların uyum sağlamalarına rehberlik etmelisiniz. Bazı teknikler, otomatik düşüncelerin standart Sokratik sorgulamasından daha ikna edicidir çünkü bu inançlara katı bir şeklide uyulur. Bu benzer teknikler ayrıca temel inançları değiştirmek içinde kullanılmış olacaktır.

Bölüm 14

TEMEL İNANÇLARI TANIMLAMA VE DEĞİŞTİRME*

Benlik hakkında en önemli ve merkezi fikir olan temel inançlar 3. Bölüm'de tanımlanmıştı. Bazı yazarlar bu inaçları şema olarak gösterirler. Beck (1964), şemaları zihindeki bilişsel yapılar ve özgül içerik olan temel inançlar olmak üzere ikiye ayırmayı önermiştir. Beck ayrıca olumsuz temel inançların, özünde iki geniş kategoriye ayrıldığı teorisini ortaya koymuştur: bunlar çaresizlik ve sevimsizlik ile ilgilidir (Beck, 1999). Üçüncü kategori ise değersizlikle bağlantılıdır ve Judith S. Beck tarafından tanımlanmıştır (2005). Bazı hastaların bir kategoride temel inançları vardır; diğerlerinin ise iki ya da üç kategoride temel inançları vardır.

İnsanlar bu inançları bazı genetik yatkınlıklarla, belirli kişilik özelliklerine doğru, diğer insanlarla etkileşim içinde yaşadıkları bir dizi olay sonucunda erken yaşlardan itiabaren geliştirirler. İnsanlarının çoğunun, yaşamlarının çoğu için, nispeten olumlu ve gerçekçi temel inançları vardır (Örneğin, "Ben önemli ölçüde kontrollüyüm.", "Çoğu şeyi yeterlilikle yapabilirim.", "Ben işlevsel bir inasanım.", "Ben hoş biriyim.", "Ben değerliyim"). Olumsuz temel inançlar yalnız psikolojik stresin olduğu durumlarda su yüzüne çıkar (Buna karşın kişilik bozukluğu olan hastalarda, çoğunlukla ve sürekli olarak negatif temel inançlar aktiftir). Sıklıkla, temel inançlar, otomatik düşüncelere benzemez, siz bu hastların; düşüncelerinin altında yatan anlamları sorularla ortaya çıkarana kadar onlar, kendileri hakkında doğruları tam olarak ifade edemediklerini bilirler.

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

Önemli bir nokta, bu hastalar, diğerleri ve onların dünyası hakkında olumsuz temel inançlara sahip olabilirler: "Diğer insanlara güvenilmez", "Diğerleri beni incitebilir", "Dünya çürümüş bir yer", "Dünya tehlikeli bir yer". Sıklıkla saplantılı, aşırı genelleştirilmiş bu fikirlerin, ek olarak temel inançların ve benliğin değerlendirilmesine ve değiştirilmesine gereksinim duyulur.

Sally, depresyona girmeden önce yeterlilik ve özgül durumlarda yetersizlik eylemlerinin olası işaretlerini tanıyabiliyor ve yorumlayabiliyordu. Örneğin; lisedeyken beklentisinin altında düşük bir not aldığında bir yetersizlik hissi yaşıyordu ama bu durumu, genel bir yetersizlik olarak anlamlandırmıyordu.

Sally, depresif olduğunda onun pozitif şeması etkinliğini kaybediyor ve negatif şeması "Ben yetersizim" bilişine tamamen egemen oluyordu. 34. sayfada örneklendirildiği gibi Sally, negatif verileri aşırı vurguluyor ve aşırı genelliyordu. Olumsuz dikdörtgen sürekli ben yetersizim inancını pekiştiriyordu. Aynı zamanda Sally, pozitif şeması ile ilişkili önemli verileri tanımada başarısız oluyordu (örneğin her zamanki faaliyetlerini sürdürmesine karşın depresyon, bunun yapılmasını çok zorlaştırıyordu); pozitif şemasındaki üçgende bulunan sekmeler arasında iş birliği yapılmıyordu. Sally, ayrıca gelen pozitif bilgilerde sürekli indirim yapıyordu. "Evet, ama ..." onun deneyimleriyle ilgili yorumlarında (" Evet, sınavdaki soruları iyi yaptım, ama sorular çok kolaydı.", "Evet özel derste çocuğa yardımcı oldum, gerçekten ne yapacağımı bilmiyordum ama çok şanslıydım.") olumlu sonuçlarla ilgili sürekli indirimler yapıyordu. Esas itibarı ile bu olumlu üçgen olumsuz dikdörtgene dönüşüyordu.

Sally bu "bilgi işlemlerini" isteyerek işlevsiz bir şekilde yapmıyordu. Bu tür "bilgileri işleme" otomatikti ve depresyonun bir semptomu idi. Depresyonun onun negatif temel inançlarının bilişini doğrudan ve önemli bir şekilde değiştirdiğini görüyordum. Onun negatif temel inançlarını değiştirmek üzere doğrudan çalışmanın çok önemli olduğunu fark ettim. Yalnız onun depresyonunu hafifletemek değil aynı zamanda gelecekte olacak depresif dönemlerin şiddetini azaltmanın ya da önlemenin de önemli olduğunu fark ettim.

Örneğin; Sally, depresyonda olduğu bir gün, bir sınavdan B aldı. O hemen bu veriyi kendisinin yetersiz olduğunun bir işareti gibi algıladı. Bir sonraki gün, bir çalışmasından A aldı. Zihinsel olarak bu olumlu kanıt üzerinde indirim yaptı ve onun negatif inancı, durumu tamamen tersine çevirdi. O iyi derecenin onun yeterliliğinin bir göstergesi olduğuna inanmadı; aslında, sadece "profesörün aptal olduğu" için kendisinin yetersizliğini anlamadığına inandı. O ayrıca diğer olumlu verileri de anlayamadı; örneğin o her zaman sınıfa tam zamanında gelirdi (Onun negatif temel inancı sınıfa geç kalmayı ya da kaytarmayı olumsuz bir veri gibi yorumlardı.).

Tedavi için mümkün olduğunca erken bir zamanda, inanç değişikliği üzerinde doğrudan çalışmaya başlayacaksınız. Bir kez onların inançları değişirse olumsuz veri işlemleri azalacaktır. Özgül durumlarda onların otomatik düşünceleri ve gelişmiş tepkilerinde (daha uyumlu ve daha gerçekçi) farklılık vardır. Hastada aşağıdaki özgül durumlar varsa siz, hastanın inançlarını erken değiştirmede başarılı olmayabilirsiniz:

- Temel inançlarında katılık ve aşırı genelleme varsa,
- Henüz bilişsel olarak fikirlere ve mutlak gerçeklere inanmıyorsa,
- İnançlarının yaşantısında etki düzeyi fazla olduğu ortaya çıkmamış veya araştırılmamışsa,
- Sizinle bağlılığı (ittifakı) yeterince güçlü değilse (onlar size yeterince güvenmeyecekler; sizin onları gerçekten anladığınızı algılayamayacaklardır) inançları değerlendirme işlemini geçersiz hissedeceklerdir.

Bu nedenle, siz temel inançlar için aynı araçları kullanmadan önce bu araçların tanımlarını, değerlendirilmesini ve otomatik düşüncelere ve ara inançlara uyumlu cevapları hastalara öğretmelisiniz.

Siz farkında olmadan bir otomatik düşünce ifade edilmediği için tedavide temel inancı erken değerlendirmeye çalışabilirsiniz. Değerlendirmenin etkisi az olur. Diğer bir nedende siz bilerek temel inancı değiştirmeden önce otomatik düşünce ve ara inanç düzeyinde çok çalışmış olabilirisiniz.

Temel inançların tanımlanmasının ve değiştirilmesinin zorluğunun derecesi hastadan hastaya farklılık gösterir. Genellikle, hastalar belirgin bir duygusal sıkıntı içinde olduklarında diğerlerinden daha kolay bir şekilde temel inançlarını ifade ederler (çünkü bu seanslarda inançları etkin hâle gelmiştir). Ve genellikle, yaşamlarının büyük bölümünde olumlu temel inançlarını dengelemiş olan Eksen I hastalarının olumsuz temel inançlarını değiştirmek kolaydır. Kişilik bozukluğu olan hastaların olumsuz temel inançlarını değiştirmek genellikle çok zordur (J. S. Beck, 2005; Beck ve ark., 2004; Young, 1999) çünkü onların tipik bir şekilde temel inançları azdır, olumlu inançları zayıflamıştır ve onların birbiri ile ağ gibi ilişkili ve birbirini destekleyen çok sayıda güçlü olumsuz temel inançları vardır.

Temel inançları tanımlarken ve değiştirirken, tedavi süresince aşağıda belirtilenleri yapın (bu bölümde, daha sonra her adım açıklanmıştır):

1. Zihinsel hipotez, temel inancın sınıflandırılmasından ("çaresizlik" veya "sevimsizlik" veya "değersizlik") belirli otomatik düşüncenin ortaya çıktığı görülür (bk. Şekil 14.1).
2. Kendinizde belirli temel inancı belirlemek için kullandığınız tekniği, hastanızın ara inançlarını tanımlamak için kullanabilirsiniz.
3. Hastanın temel inançları hakkında bir hipotez oluşturun, hipotezin doğru olduğunu veya olmadığını hastaya sorun; onun son zamanlardaki ve çocukluğundaki durumlar ve onlara tepkileri ile ilgili hastadan edindiğiniz ek bilgilerle hipotezinizi düzeltin.
4. Hastayı genel temel inançlar ve kendilerinin özgül temel inançları hakkında eğitin ve mevcut temel inançların işleyişini görebilmesi için hastaya rehberlik edin.
5. Hastanın yeni ve daha uyumlu temel inançlarını belirginleştirmek ve güçlendirmek için hastaya yardımcı olun.
6. Hasta ile birlikte olumsuz temel inançları değerlendirmeye ve değiştirmeye başlayın. Eğer varsa temel inançların çocukluktaki kökenini, yıllar içinde varlığını nasıl sürdürdüğünü, hastanın şu an var olan güçlüklerine etkisini inceleyin. Mevcut temel inancın etkisini incelemeye devam edin; eski temel inancın "düşünsel", "duygusal" veya "yaşantısal" yöntemlerle gücünü azaltın ve yeni temel inancın gücünü artırın.

TEMEL İNANÇLARI SINIFLANDIRMAK

Daha önce belirtildiği gibi, hastaların temel inançları çaresizlik, sevimsizlik ve/veya değersizlik alanında sınıflandırılabilir. Hastaların mevcut verilerini (problemlerini, otomatik düşüncelerini, duygularını, tarihsel süreçlerini) temel inançlarını sınıflandırmak ve onların nasıl ortaya çıktığını görmek için dinleyin. Örneğin Sally, işinin ne kadar zor olduğu hakkında düşüncelerini açıklarken, yetersizliklerine ve başarısızlık korkularına odaklanırken, ben temel inançlarını çaresizlik kategorisine yerleştiririm. Sally, ara sıra otomatik düşüncelerinden bahseder. Bu otomatik düşüncelere göre, o depresyonda olduğu için arkadaşları onunla vakit geçirmek istemezler. Ben aşağı doğru ok tekniğini kullanırken bunun ne anlama geldiğini ona soruyorum, o omuz silkiyor (beni ilgilendirmiyor anlamında) ve çok az bir duygu ile: "Sadece biriyle takılmıyorum." diyor. Sally'de sevimsizlikle ilgili belirgin bir temel inanç görülmüyor.

Başka bir hasta sürekli olarak kendisi ile diğerlerinin ilgilenmediğini ve başkaları ile "ilişkileri sürdürme korkularına" ilişkin düşüncelerini açıklar. Bu hastanın, sevimsizlik alanında sınıflandırılabilen bir temel inancı vardır. Üçüncü bir hasta başkalarına kendisini dinletme konusunda yetersiz olduğu için engellenmektedir. O yalnız kişisel ilişkileri ile ilgili durumlarda sıkıntı yaşamasına karşın o sevilmediğine inanmaz. Onun çaresizlik temel inancı aktive olmuştur. Son olarak, dördüncü hasta değersiz bir insan olduğunu hisseder çünkü o başaramaz (bir çaresizlik inancı) ve onun ilişkisi yoktur (muhtemelen onda sevimsizlik inancı vardır). O ahlaken kötü insan olduğuna inanır (değersizlik inancı).

Şekil 14.1'in temel inançların tipik listesinde çaresizlik, kategorinin en başındadır. Etkisiz olan temalar içeriği:

- Yapılan şeyler ele alındığında ("Ben eksiğim.", "Ben yetersizim.", "Ben hiçbir şeyi doğru yapamam."),
- Kendini korumada ("Ben kırılganım, zayıfım, güçsüzüm, kapana kısılmışım."),
- Başarıda ("Ben başarısızım.", "Ben istenen ölçüde biri değilim.", "Ben kaybeden biriyim.").

Şekil 14.1'in temel inançların tipik listesinde sevimsizlik, kategorinin ortasındadır. Sevimsiz, istenmeyen, çekici olmayan veya kusurlu olan temaları içermektedir (başarılı ve ahlaklı değildir ayrıca karakteri kusurludur; bu yüzden diğerlerinin ilgisini ve sevgisini sürdürmesi olanaksızdır.). Şekil 14.1'de değersizlik temel inancı, listesinin altındadır. Hastalar bu kategoride olduğunda, etkileri veya sevilebilme konusunda hiçbir şeye layık olmadıkları konusunda endişelidirler. Onlar kötü, değersiz, hatta diğer insanlar için tehlikeli olduklarına inanırlar.

Bazen temel inancın hangi kategoriye gireceği çok nettir, özellikle hasta gerçekten böyle kelimeler kullandığında "Ben çaresizim." veya "Ben sevilmez biriyim." Diğer zamanlarda hangi temel inancın ortaya çıktığını bilemeyeceksiniz. Örneğin depresif bir hasta "Ben yeterince iyi değilim." Acaba başarı için mi ya da saygı kazanmak için mi (çaresizlik kategorisinde mi) ya da diğerleri tarafından sevilmek için mi (sevimsizlik kategorisinde) yeterince iyi değilim; bunların bilişsel anlamını belirlemeniz gerekmektedir.

Özetle, onların otomatik düşünce formunda veriler (ve bağlantılı anlamlar) ve tepkileri (duygu ve davranışlar) temin edildiğinde hastanın temel inançları hakkında hipotezleri zihinsel olarak formüle etmeye başlamalısınız. Önce siz, kendi kendinize bilişleriniz arasında, çaresizlik, sevimsizlik ve değersizlik kategorisine düşen bu büyük ayrımı yapmalısınız.

Çaresizlik temel inançları

"Ben yetersizim."
"Ben etkisizim."
"Ben hiçbir şeyi doğru yapamam."
"Ben çaresizim."
"Ben güçsüzüm."
"Ben zayıfım."
"Ben kırılganım."
"Ben kurbanım."
"Ben muhtacım."
"Ben kapana kısılmışım."
"Ben kontrol dışında yaşıyorum."
"Ben başarısızım."
"Ben kusurluyum" [ör., ben başakaları ile ayni seviyede değilim].
"Ben yeterince iyi değilim" [başarı açısından]
"Ben bir kaybedenim."

Sevimsizlik temel inançları

"Ben sevilemem."
"Ben sevimsizim."
"Ben sakıncalıyım."
"Ben çekici değilim."
"Ben istenmeyenim."
"Ben bakımsızım."
"Ben farklıyım."
"Ben kötüyüm [Bu yüzden diğerleri beni sevmez]."
"Ben kusurluyum [Bu yüzden diğerleri beni sevmez]."
"Ben yeterince iyi değilim [diğerleri tarafından sevilmek için]."
"Ben reddedilmeye mahkumum."
"Ben terkedilemeye mahkumum."
"Ben yalnızlığa mahkumum."

Değersizlik temel inançları

"Ben değersizim."
"Ben kabul edilemem."
"Ben kötüyüm."
"Ben işe yaramam."
"Ben ahlaksızım."
"Ben tehlikeliyim."
"Ben zehirliyim"
"Ben şeytanım."
"Ben yaşamaya layık değilim."

ŞEKİL 14.1. Temel inançların sınıflandırması. Sıkıntı veren sorunlar için *Bilişsel terapiden uyarlanmıştır: İlkeler çalışmayınca ne yapılmalı?* Judith S. Beck (2005)'ten alınmıştır. New York: Guilford Press.

TEMEL İNAÇLARIN TANIMLANMASI

Hastanın özgül inançlarını tanımlamak için ara inançları tanımlarken kullandığınız aynı teknikleri (bk. Bölüm 13) kullanabilirsiniz. Aşağı doğru ok tekniğine ek olarak hastadaki otomatik düşüncelerin merkezi temalarına bakabilirsiniz, otomatik düşünce olarak ifade edilen temel inançları ve doğrudan temel inançları ortaya çıkarın.

Sıklıkla hastalara temel inançları, kavramsallaştırma ve tedavi planı için terapinin erken dönemlerinde tanımlayacaksınız. Hastaların temel inançlarını erkenden değerlendirmelerine yardım etmek için bile veri toplayacaksınız. Bazı durumlarda bu kadar erken değerlendirme yapmak etkisiz olmasına karşın temel inancın gücünü, genişliğini ve değişebilirliğini test etmenize yardımcı olur.

TERAPİST: İstatistik ödevini bitiremediğinde aklından ne geçti?

HASTA: Ben hiçbir şeyi doğru yapamıyorum. Ben asla burada yapamayacağım.

TERAPİST: [Aşağı doğru ok tekniği] Ve eğer o doğru olsaydı sen hiçbir şeyi doğru yapmayacaktın ve sen burada asla yapamayacaktın, neyi kastediyorsun, bunun anlamı ne?

HASTA: [Temel inanç] Ben umutsuzum. Ben çaresizim.

TERAPİST: Çaresiz olduğuna ne kadar inanıyorsun?

HASTA: %100.

TERAPİST: Çaresizliğin nasıl? Biraz mı? Çok mu?

HASTA: Tamamen. Ben tamamen çaresizim.

TERAPİST: Her şekilde mi?

HASTA: Yaklaşık.

TERAPİST: Çaresiz olmadığına ilişkin herhangi bir kanıtın var mı?

HASTA: Hayır. . . Hayır, sanmıyorum.

TERAPİST: Diğer derslerden iyi yaptıkların var mı?

HASTA: Evet ama olabildiğince iyi değilim.

TERAPİST: Bazı olayları iyi yaptığında bu senin, ben yetersizim, fikrine ters düşmüyor mu?

HASTA: Hayır. Ben gerçekten yeterli olsaydım, daha iyi yapardım.

TERAPİST: Yaşamının diğer alanları nasıl— kaldığın evde işleri, parasal işleri yönetmen, kendine bakman ... ?

HASTA: Ben onlarda da oldukça kötüyüm.

TERAPİST: Bu fikir, senin diğer alanlarda da yetersiz olduğun anlamına geliyor, öyle mi?

HASTA: Yaklaşık olarak, her şeyde.

TERAPİST: Tamam, senin bu fikre çok güçlü bir şekilde inandığını görüyorum. Tekrar istatistik ödevini bitiremediğin ana dönersek: "Ben hiçbir şeyi doğru yapamayacağım. Ben burada yapamayacağım." diye düşündün.

Bu örnekte: Ben bu fikri tanımlamak ve temel inanç olarak kavramsallaştırmak için aşağı doğru ok tekniğini kullanırım. Böyle zamanda daha ileri değerlendirme yapmadan, yavaşça inançların gücünü, genişliğini ve değişebilirliğini test ederim. Her ne kadar onu bir fikir olarak etiketlersem de (o zorunlu bir gerçeği ima etmez) gelecek bir konu olarak belirlenir.

TEMEL İNAÇLARI SUNMA

Siz temel inançlar hakkındaki hipoteziniz için yeterince veri topladığınızda ve hastanın yeterince almaya açık olduğuna inandığınızda geçici kavramsallaştırmalarınızı (hipotezlerinizi) test edin, aşağıda benim yaptığım gibi onlara sorular sorun.

TERAPİST: Sally, biz geçen birkaç hafta içinde pek çok farklı problem üzerinde; okul çalışmalarınla, yaz tatilini nasıl geçireceğinle ve gönüllü çalışmalarını nasıl yapcağınla ilgili konuştuk. Ne zaman senin düşüncelerini incelesek ve sana onların ne kastettiğini sorsam, sen sürekli olarak onların senin yetersizliğini gösterdiğini söyledin. Bu doğru mu?

HASTA: Evet. Hâlâ ben yetersiz olduğumu düşünüyorum.

Ya da siz hasta ile değişik durumlarda var olan bir dizi otomatik düşünceyi gözden geçirin ve sonra alta yatan örüntü ile ilgili sonuç çıkarmak için onlara sorun ("Sally, bu otomatik düşüncelerdeki ortak temayı görüyor musun?").

Bazı hastalarda tedavinin erken dönemlerinde elle çizilmiş bir diyagramı kullanabilirsiniz; bu diyagram, Bilişsel Kavramsallaştırma Diyagramının yalın bir versiyonudur (sayfa 200).

TERAPİST: Hayatının başka bir döneminde de böyle yetersizlik hissettiğini hatırlıyor musun? Çocukken?

HASTA: Evet, bazen. Ben ağabeyimin bu tür şeyler yaşadığını asla hatırlamıyorum.

TERAPİST: Bana başka örnekler verebilir misin?

Hipoteziniz olduğunda siz daha sonra tarihsel veriyi kullanabilirsiniz; hastalara bir temel inanca inanmanın nasıl ve nereden geldiğini, temel inançların doğru olmadığını ya da çoğunlukla doğru olmamasına rağmen ona son zamanlarda güçlü bir şekilde nasıl inandıklarını açıklayabilirsiniz.

HASTALARI TEMEL İNAÇLAR HAKKINDA EĞİTMEK VE ONLARIN ÇALIŞMALARINI GÖZLEMLEMEK

Temel inancın hastalar için önemini anlayabilmek amacı ile aşağıdaki hususlara bakın:

- O bir fikir, mutlak bir gerçek değil.
- Onlar ona oldukça güçlü bir şekilde inanırlar ve hatta onun doğru olduğunu hissederler ama o, çoğunlukla ya da tamamen yanlıştır.
- O bir fikir gibi test edilmelidir.
- O çocukluk olaylarından köklerini alabilir ve o olay ilk olduğu zaman ona inanmak doğru da yanlış da olabilir.
- Onların, şemasal işlemi boyunca sürekliliği korunur ve onlar orada yok sayılırken ya da problem küçültülürken, temel inançları destekleyen veriler kolayca tanınır.
- Siz ve hastalar birlikte çalışırsınız bu fikirleri değiştirmek için zaman içinde çeşitli stratejiler kullanırsınız, onlar böylece kendilerini daha gerçekçi bir şekilde görebilirler.

Aşağıdaki görüşmede, ben Sally'i, temel inançları hakkında eğitiyorum (O, benim ona sunduğum kavramsallaştırmayı öncelikle doğruluyor).

TERAPİST: Sally, [onun "ekonomi ödevini yapamayacağım otomatik" düşüncesi,] bu tanıdık geldi mi? Sen bu yolla bir şekilde yetersiz olacağını düşünüyor musun?

HASTA: Evet. Ben yetersiz hissedeceğim.

TERAPİST: Pekâlâ, Sally iki şeyden biri devam ediyor: Problem şu: ya sen gerçekten yetersizsin, biz birlikte seni daha çok yeterli hâle getirmek için çalışacağız . . . ya da senin yetersiz olduğuna *inanman* bir problemdir. Ve bazen sen bu düşünceye çok güçlü inanıyorsun ve gerçekten bir şekilde yetersiz gibi davranıyorsun. Kütüphaneye gitmiyor ve araştırma projeni başlatmıyorsun (*bekler*). Ne düşünüyorsun?

HASTA: Bilmiyorum.

TERAPİST: Kâğıda neden iki olasılık yazmıyoruz? Böylece terapi yapmaya başlamak istiyorum, eğer senin için tamamsa daha gerçekçi olasılıklara bakarız—senin gerçekten yetersiz olduğuna ya da yetersiz olduğuna *inanmana* bakarız.

Sonra Sally'ye temel inançları küçük parçalar hâlinde açıklarım, yaptığım işlemleri anladığından emin olurum.

TERAPİST: "Ben yetersizim" fikrini, temel inanç olarak adlandırıyoruz. Sana biraz temel inançlar hakkında bilgi vermeme izin ver, böylece onları değerlendirmenin ve yanıtlamanın neden daha zor olduğunu anlayacaksın. Tamam mı?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Birinci olarak, temel inanç bir fikirdir ki ona depresyonda olmadığında güçlü bir şekilde inanmayabilirsin. Diğer taraftan depresyonda olduğunda tersine kanıt bile olsa ona neredeyse tamamen inanmanı bekleriz (*Bekler.*). Şu ana kadar beni anlayabildin mi?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Depresyonda olduğunda, bu fikir aktive olur. O aktive olduğunda, onu destekleyen herhangi bir kanıt gördüğünde ona kolayca dikkat edersin ve onun tersi olan diğer kanıtları yadsıma eğiliminde olursun. Başının etrafında bir ekran varmış gibi, herhangi bir şey bu fikre uyarsa ki o zaman sen kafanın içindeki ben yetersizim ekranına doğru kayarsın. Herhangi bir bilgi ki o bunun tersi olan bir fikir bu ekrana uymayacaktır, böylece sen de ona dikkat etmeyeceksin ya da onu bir şekilde değiştireceksin, böylece kendi ekranına uygun hâle getireceksin. Böyle bir bilgi ekranın olduğunu düşünüyor musun?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: Tamam, ona bakalım. Geçen birkaç haftaya tekrar bakmanı istiyorum, orada sen "yeterlisin"le ilgili nasıl bir kanıt var?

HASTA: Hımmm. . . Ben istatistik sınavından A aldım.

TERAPİST: İyi! Bu kanıtın olduğu ekrana doğru gittiğinde: Kendi kendine "Ben sınavdan A aldım", onun anlamını fark ederek kendine; "Ben zekiyim ya da yeterliyim ya da iyi bir öğrenciyim" ya da bunlara benzer bir şey söyledin mi?"

HASTA: Hayır. "Tamam, bu sınav oldukça kolaydı. Bazı bilgileri geçen yıl öğrenmiştim." diye söyledim.

TERAPİST: Böylece senin ekranın işlem *yapıyor* gibi görünüyor. Şimdi bu veride nasıl bir indirim yaptığını görebiliyor musun? Senin temel inancın tersine çalışıyor: "Ben yetersizim" diyor.

HASTA: Hımmm.

TERAPİST: Bu hafta ile ilgili farklı örnekler düşünebilir misin? Makul biri oradaki durumu iyi bir şey yaptın, bu senin yeterli olduğunu gösterir diye düşünebilir, böyle bir şey var mı?

HASTA: (*Bir an düşünür.*) Tamam, oda arkadaşıma babası ile olan bir problemini nasıl çözebileceği konusunda yardım ettim. Ama bu sayılmaz. Benim bu yaptığımı herhangi biri de yapardı.

TERAPİST: Güzel bir örnek. Yine, "Ben yetersizim" fikrine uymayan bu bilgi tanınmıyor gibi görünüyor!

"Benim yaptığımı herhangi biri yapabilirdi" fikrinin ne kadar doğru olduğunu düşünmeni isteyeceğim. Belki bu kendi kendine kredi vermemenin başka bir örneği, belki başka biri bu kanıtla senin yetersiz olmadığını düşünebilirdi.

HASTA: Pekâlâ, ben oda arkadaşıma çok yardım ettiğimi düşündüm.

TERAPİST: Tamam, tam bir özet yapalım: "Ben yetersizim" bu temel inancının sende geriye doğru gittiğimizde uzun süredir var olduğu görünüyor ve sen depresyonda olduğun zaman ona çok güçlü bir şekilde inanıyorsun. Onun nasıl çalıştığını özetleyebildim mi?

HASTA: Tamam, ben depresyonda olduğum zaman o bilgi, benim olumsuz bakışımla uyumlu ise onu ekrandan içeri aldığımı, uyumlu değilse ekrana almadığımı söylüyorsunuz.

TERAPİST: Doğru. Bu haftaki ödevde her gün bu ekranın nasıl işlediğine dikkat etmek için çalışmanı—"senin yetersiz olduğunu destekler" gibi görünen fikirleri yazmanı istiyorum. Bu oldukça zor bir çalışma. Gerçekten onu yakalamak ve yazmak ki başka biri onun tersini düşünebilmeli. Tamam mı?

Bir sonraki seansta, o fikir doğru olmadığı hâlde, Sally'nin bu temel inancına neden bu kadar güçlü ve nasıl inandığını açıklayacağım.

TERAPİST: Tamam, bu hafta çok iyi bir iş yaptın; senin yalnız olumsuz bilgileri almaya nasıl eğilimli olduğuna dikkat ettin; onların, senin yetersiz olduğun fikrini desteklediği görünüyor. Biz senin fikrine ters düşen olumlu bilgileri tanımanın daha da zor olacağını tahmin etmiştik.

HASTA: Pekâlâ. Onu çokta iyi yapmadım.

TERAPİST: Şu an yetersiz mi hissediyorsun?

HASTA: (*Güler.*) Evet. Sanırım öyle.

TERAPİST: Şu an ekran çalışıyor mu? Ödevinin bir kısmına çok vurgu yaptığın için iyi yapmadın ve iyi yaptığın kısmı unuttun mu?

HASTA: Sanırım, öyle yaptım.

TERAPİST: Ekranın etkisi konusunda ne düşünüyorsun?

HASTA: Yaptığım iyi şeyleri bana göstermiyor.

TERAPİST: Doğru. Ve gün be gün bu fikir "Ben yetersizim"e dönüşüyor.

HASTA: Gittikçe güçleniyor, sanırım.

TERAPİST: Doğru. Bu öyle bir nokta ki o, doğru olmadığı hâlde doğru gibi hissediliyor.

HASTA: Hımmm.

TERAPİST: Yetersiz olduğun inancı yanlış olmasına karşın nasıl doğru gibi hissettiğini şimdi görüyor musun?

HASTA: Evet, düşünsel olarak görebiliyorum ancak hâlâ yetersiz hissediyorum.

TERAPİST: Bu oldukça yaygın bir durum. Gelecek birkaç hafta içinde biz bu fikri değerlendirmeye devam edeceğiz. Ve sonra biz birlikte çalışarak zihninin düşünsel kısmının, daha makul olmasına yardımcı olacağız ve duygusal kısmı ile daha çok konuşacağız. Tamam mı?

HASTA: Pekâlâ.

Alternatif olarak, 34. sayfadaki gibi bir şema diyagram çizebilirim ve aynı örneklerin olumlu ve olumsuz verilerini ortaya çıkartırım. "Çizdiğim diyagramın, onun bilgileri işleme şeklini doğru olarak gösterip göstermediğini" Sally'e sorarım: "Sally, senin olumsuz veriler üzerine aşırı vurgu yaptığın, olumlu verileri görmezden geldiğin ve indirim yaptığın doğru mu? Bu fikrinin doğru olmama olasılığına ya da tamamen doğru olmamasına karşın, senin yetersizliğini her geçen saat, gün, hafta ve ay nasıl güçlendirdiğini görebiliyor musun?

Biblioterapi önemli temel inançların çalışmasını pekiştirir. *İnanç Mahkumları* (McKay & Fanning, 1991) ve *Hayatınızı Yeniden Keşfetmek* (Young & Klosko, 1994) kaynakları tedavinin bu aşamasında oldukça yardımcı olur.

YENİ BİR TEMEL İNANÇ GELİŞTİRMEK

Birçok depresif hastanın Eksen I bozukluğu başlamadan önce farklı bir temel inancı, kendileri hakkında daha gerçekci, olumlu ve işlevsel bir fikri olabilir. Kolayca bu inanç tespit edilebilir.

TERAPİST: Depresyondan önce, bir yıl öncesini söyle; kendini nasıl görürdün? Sevimsiz biri olduğunu düşünür müydün?

HASTA: Hayır. Herkesin beni sevdiğini kast etmiyorum ancak temelde iyi bir insan olduğumu düşünürdüm. İnsanlar benden hoşlanırdı.

TERAPİST: Senin inancın "Ben hoş bir kişiyim" miydi?

HASTA: Evet, öyleydi.

Hastalarınız eski fikirlerini açıklayamadıkları zaman yeni, daha gerçekçi, işlevsel inanç bulmalısınız ve hastaları bu yeni inanca doğru yöneltmek için rehberlik etmelisiniz. Hastalar için nispeten olumlu bir inanç, genellikle aşırı bir inançtan daha kolay kabul edilir.

Örneğin:

Eski temel inanç	Yeni temel inanç
"Ben (tamamen) sevimsizim."	"Ben genellikle hoş bir kişiyim"
"Ben kötüyüm."	"Ben Okeyim."
"Ben güçsüzüm."	"Pek çok şey üzerinde kontrolüm var."
"Ben kusurluyum."	"Güçlü ve zayıf yanlarımla ben normalim."

TERAPİST: Sally, "Ben yetersizim" temel inancı hakkında konuştuk. Düşünsel olarak düşündüğünde daha doğru inanç ne olmalı?

HASTA: Ben yeterliyim?

TERAPİST: Bu iyi. Biz yeni bir inancın üstünde çalışabiliriz ve kolayca seni adapte edebiliriz. "Pek çok durumda ben yeterliyim ya da ben de sadece bir insanım" düşüncelerinin hangisi sana daha iyi geliyor?

HASTA: İkincisi.

Var olan olumsuz bir düşünceyi tanımlayarak ve olumlu bir düşünceyi bularak, önce zayıflık üzerinde ve daha sonrada güçlülük üzerinde çalışırsınız.

YENİ TEMEL İNANÇLARI GÜÇLENDİRMEK

Siz, öncelikle yeni temel inancı iki yolla güçlendireceksiniz. Birincisi, tedvinin başlangıcında 26 –27. sayfalarda tanımlandığı gibi hastaların olumlu verilerini sorgulayarak ortaya çıkarmalısınız ve onları olumlu veri olarak belirlemesiniz—özellikle eski veri, negatif temel inançla çelişir ama daha gerçekçi tabanı olan yeni inancı destekler. İkinci olarak, özellikle yeni temel inançlarını güçlendirmek için çalıştığınızda, onların yeni yollarla edindikleri deneyimleri; olumlu verileri kendi kendilerine tanıma yeteneklerini incelemek için hastalara sorular sorun.

Sally ile çeşitli yollar kullanarak değişik görevleri, olumlu verileri ortaya çıkarmayı ve belirlemeyi başardık. Örneğin:

- Değerlendirmede, Sally'e güçlü yanlarının ne olduğunu sordum.
- Sonra, uygulama zamanında, hangi verinin onun diğer güçlerini gösterdiğini sordum ("Bütün bu şeyleri yaptıktan sonra: Bu haftaki ödevlerle ilgili bir liste yapmalısın ve onları ne zaman yapacağını ve gereksinim duyduğun kaynakların ne olduğunu anlamalısın. Böylece gücün organize olur mu?").
- Seansın ilk kısmında Sally'e onun olumlu deneyimleri hakkında soru sordum (Seni son gördüğümden beri hangi olumlu şeyler oldu?). Bir ödevin

tamamlanması, bir sınavın makul bir şekilde iyi geçmesi, oda arkadaşına karşı haklarını savunuyor olması, bir derse kaydolması, kendini savunma kursuna başlaması, bazı örnekleri isimlendirmesi gibi, sunduğu tüm verilerle ilgili olumlu vurgular yaptım, sonra onun yeni temel inancını destekledim.

- Sally'e bir kredi listesi tutmasını önerdim (sayfa 275).
- Sally'e, onun bilişleri ile ilgili olumlu kanıtların doğru olup olmadığı ya da tamamen doğru olup olmadığı konusunda sürekli sorular sordum.
- Olumlu davranışlar gösterdiğinde ona katkısını sordum ("Geri dönüşüm projesini başlatanlardan biri olduğun için senin hakkında ne söylenebilir?").
- Başarıları ve olumlu nitelikleri hakkında ona geri bildirimler verdim ("Yurt için organizasyonda büyük iş yaptığın görülüyor.").

İkinci strateji, hastalara deneyimlerinin farklı bir görüşünü benimsemelerinde yardımcı olmayı içerir. Onlar ne yapıyor olduklarını ya da yeni temel inanca destek verirlerse ne olacağını kendilerine sorarlar ("Sally bu hafta bu yolu izlemeye devam edersen 'senin yeterli olduğunu' gösteren bir şey olacak mı?"). Hasta bu ödevle ilgili zorluklar yaşarsa onu değiştirebilirsiniz ("Sally bu hafta sürekli senin yanında olduğumu düşünebilir misin? O zamanlarda benim sana 'O senin yeterli olduğunu gösterir.' diyebileceğim durumları düşün ya da oda arkadaşın bir şey yaptığında 'O yeterlidir.' inancına dikkat edebilir misin? Ve sonra bak, acaba kendin için de aynı şeyi yapabilecek misin?").

Hastaların çoğu, gün boyunca olumlu verilere bakmalarını kendilerine hatırlatmak için bir görsel ya da sesli komuta gereksinim duyarlar. Örneğin, bilgisayar ya da akıllı telefonlarda açılan hatırlatmalar olabilir, yapışkan notlar kullanabilirler, kendi bileklerine lastik bant takabilirler veya periyodik olarak kendi cep telefonlarının alarmlarının çalmasını ayarlayabilirler. Bazıları sadece zihinsel not tutarlar ki onları unutmaları olasıdır; bunun yerine verileri bir şekilde kaydetmeleri için teşvik edin. Bir Temel İnanç Çalışma Sayfası (Şekil 14.3) onların not almalarını düzenlemelerine yardımcı olabilir.

Son olarak, geçen zaman içinde hastaların yeni inanca ne kadar güçlü inandıklarını düşünsel düzeyde ve duygusal düzeyde her ikisine de izlemek önemlidir. İnançlarının derecelerinin nispeten yüksek olduğu ve yorumlarını pekiştiren durumları ortaya çıkarın ve nispeten düşük inançlarındaki deneyimlerin anlamı ile yeni bir çerçeve oluşturmalarına yardımcı olun.

OLUMSUZ TEMEL İNANÇLARI DEĞİŞTİRME

Hataların olumsuz temel inançların değiştirmek için önceki bölümde tanımlanmış olan ve aşağıda en az diğerleri kadar iyi tanımlanmış olan (bk. Şekil 14.2) pek çok teknik kullanabilirsiniz.

Önce Tanımlananlar	Yeni Teknikler
Sokratik sorgulama tekniği	Temel İnanç Çalışma Sayfası
İncelemenin avantaj ve dezavantajları	Aşırı kıyaslamalar
Düşünsel–duygusal rol oyunları	Hikâyeler ve metaforlar
"Mış gibi" yapma	Tarihsel testler
Davranışsal deneyimler	Erken belleğin yeniden yapılandırılması
Bilişsel süreklilik	Baş etme kartları
Kendini açma	

ŞEKİL 14.2. Temel inançları değiştirme teknikleri.

Özellikle düşünsel düzeyde teknikleri uyguladığınız zaman; genellikle ilk olarak temel inançlar düşünsel düzeyde değişir. Hastalar, temel inançlarını duygusal düzeyde değiştirmek için duygusal düzeyde tekniklere gereksinim duyarlar.

TEMEL İNANÇ ÇALIŞMA SAYFASI (TİÇS)

Var olan eski temel inancı ve geliştirilen yeni temel inancı tanımlayın, Temel İnanç Çalışma Sayfasını tanıtın (TİÇS Şekil 14.3) ya da bir değişim kartı çizin.

Hastalar inançları ile ilgili işlemleri gözlemek ve kanıtları yeni bir çerçeveye oturtmak için seanslarda ve ödevlerde eski inançlarını destekleyen TİÇS'ini doldururlar.

TERAPİST: Sally, sana inançlarla ilgili çalışmalarını tam olarak düzenleyebilmen için bir Temel İnanç Çalışma Sayfası göstermek istiyorum. Biz tartışırken bu konuların yetkinlikle ilgili olup olmadığını görmek için oturumlar sırasında bu çalışma sayfasının önümüzde durmasını istiyorum.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Bu çalışma sayfasını doldurmayı, uygulamayı öğrenmek ve düşüncelerini iyi bir şekilde kaydetmek zaman alır. Tamam mı?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Pekâlâ o zaman. Bunlar tamamsa biz sağ taraftaki senin yeterliğinle ilgili kanıtlarla başlayacağız.

HASTA: Tamam.

"Ben yeterliyim ama insanım" yeni temel inancı destekleyen kanıtlar	Eski temel inancı destekleyen kanıtların "Ben yeterliyim" çerçevesinin yeniden düzenlenmesi"
Edebiyat ödevini iyi yaptım. İstatistikte bir soru sordum. Bu çalışma sayfasını anladım. Gelecek yılla ilgili kararlar verdim. Telefonu kullanıma açtırdım, banka hesabı açtım, sigorta yaptırdım vb. Ekonomi ödevi için gereksinim duyduğum bütün kaynakları buldum. İstatistik kitabının 6. Bölümü'nün çoğunu anladım. Aşağıda oturan arkadaşıma istatistikle ilgili açıklamalar yaptım.	Ekonomi dersini sınıfta anlamadım AMA onu henüz okumadım, muhtemelen onu daha sonra anlayacağım. En kötü ihtimalle bu bir yetersizlik değil, belki de hocanın kabahati hoca yeterince iyi açıklayamadı. Yardım istemek için araştırma görevlisine gidemedim AMA bu benim yetersiz olduğumu göstermez. Gitme konusunda gergindim. Çünkü bu tür şeyleri kendi kendime çözmem gerektiğini ve onun benim yeterince hazırlanmadığımı düşüneceğini düşündüm. Ben edebiyat ödevinden "B" aldım, ANCAK o iyi bir derece. Eğer ben gerçekten yetersiz olsaydım burada olmazdım.

ŞEKİL14.3. Sally'nin Temel İnanç Çalışma Sayfası. *Bilişsel Davranışçı Çalışma Sayfası Paketi,*© Judith S. Beck (2011) ten alınmıştır. Bala Cynw yd, PA: Beck Enstitüsü için Bilişsel Davranış Terapisi.

TERAPİST: Tamam, *bugün* ne yaptığın üzerinde düşün. Yetersiz olduğuna dair kanıtın var mı?

HASTA: Tamam, bugün sınıfta ekonomi profesörünün anlattığı bazı şeyleri anlamadım.

TERAPİST: Tamam, onu sağ tarafa yaz, sonra onun bitişiğine büyük bir "AMA" ekle. Şimdi üzerinde düşünelim eğer varsa senin yetersizliğinden çok bu konuyu neden anlamadığına ilişkin *başka* bir açıklama olmalı.

HASTA: Evet, O bu konuyu ilk kez anlattı. Ve o konuyu daha önce hiç bilimiyorduk.

TERAPİST: Profesör, sonra tekrar bu konun üzerinde dursaydı ya da onunla ilgili bir şeyler okumuş olsaydınız ya da biri size daha iyi açıklasaydı, siz şimdi bu konuyu daha iyi anlamış mı olurdunuz?

HASTA: Muhtemelen.

TERAPİST: Tamam. Şimdi kanıta bakarak "AMA"nın bitişiğine oluşturduğumuz daha açıklayıcı yeni çerçeveyi yazacaksınız. Buraya başka ne yazabilirsin?

HASTA: Sanırım, bazı şeyler yazabilirim: "Ama henüz onu okumadım, muhtemelen onu okuduktan sonra anlayabilirim."

TERAPİST: Tamam, aşağıya yaz . . . Şimdi bakalım eskisinden daha güçlü yeni bir çerçeve oluşturabilir miyiz? Bir insanın bir konuyu anlamaması onun yetersiz bir kişi olduğu ya da tamamen yetersiz olduğu anlamına gelmez, aynı fikirde miyiz?

HASTA: Evet, bu doğru.

TERAPİST: İlk kez sunulduğunda *pek çok* yeterli insan konuyu tam olarak kavrayamaz, öyle değil mi?

HASTA: Evet, öyle.

TERAPİST: *Profesörün* gerçekten yetersiz olup olmadığı olasılığını merak ediyorum çünkü o çok daha net anlatmış olsaydı, konuyu anlamış olur muydun?

HASTA: Anlamış olabilirdim.

TERAPİST: Şimdi bakalım, yazdıklarına eklemek istediğin başka şeyler varsa neden onları yazmak için bir dakika almıyorsun? . . . Tamam, şimdi sol taraf için çalışalım. *Bugün* pek çok şeyde yeterli olduğuna ilişkin hangi kanıtların var? Senin ekranından bu işlemin oldukça zor olacağı konusunda seni uyarıyorum.

HASTA: Pekâlâ, ben bugün edebiyat projem üzerinde çalıştım.

TERAPİST: İyi. Onu hemen yaz. Başka ne var?

HASTA: İstatistik dersinde bir soru sordum.

TERAPİST: İyi yaptın! Başka?

HASTA: (*Hasta cevap vermez.*)

TERAPİST: Bu çalışma sayfasının nasıl yapılacağını kavramış görünüyor musun?

HASTA: Sanırım kavradım.

TERAPİST: Tamam, her gün bu çalışma sayfasını doldurmak için nasıl çabalayacaksın? Başlayacağın yeri görebiliyor musun? Önce sağ taraftaki bölümü yap, bu oldukça kolay olacak. Ancak soldaki ikinci bölüm muhtemelen daha zor olacak.

HASTA: Evet.

TERAPİST: Peki, ne yapabiliyorsan onu yap. Belki, yeni bir çerçeve oluşturma ve olumlu kanıtlar arama konusunda, birlikte çalışmalıyız. Ama sana bir ipucu vereceğim. Bu iki kısımda problem yaşarsan, varsay ki başka biri, örneğin senin oda arkadaşın senin yaptığını tam olarak yaptı, onun yaptıklarına bak, senin bakışınla o bu eylemi nasıl yaptı? Tamam mı?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Bu hafta bu ödevi yapabileceğini düşünüyor musun?

HASTA: Hayır ama onu yapmaya çalışacağım.

TERAPİST: Güzel.

Sally, bu süre boyunca olumlu verileri tanımlamakta güçlük çekerse, bu ödevi iptal edip seansta farklı bir teknik kullanarak, önce ona soldaki ögeleri başarılı bir şekilde ortaya çıkarma konusunda yardım edeceğim. Örneğin, aşırı kıyaslama tekniğini kullanacağım:

TERAPİST: Öğrenciliğin boyunca sağlık sistemi ile ilgili mücadelen nasıldı, onu hemen değerlendirebilirsin. O sol tarafa mı ait?

HASTA: Bilmiyorum. Tam delirmek üzereydim, delirmem çok kolay olacaktı.

TERAPİST: Bekle bir dakika. Sen kendi kendini cesaretlendirmeseydin sağ tarafa, ben yetersizim işareti koymayacak mıydın?

HASTA: Muhtemelen.

TERAPİST: Şu şekilde düşünebilirsin: Kendini herhangi bir şey için eleştirebilirdin ya da muhtemelen yaptıklarını sol tarafa ait değil diye sağ tarafa koyardın.

Hastanın olumlu verileri tanımasının bir yolu da çalışma sayfasındaki içeriğin sol tarafa ait olup olmadığını hastaya sormaktır:

1. Hastanın başka bir insanın verisi üzerinde düşünmesi: Onlar verilerin üzerinde düşünerek diğer insanlar için olumlu kanıtlarını söyleyebilirler: "Sally, üzerinde etraflıca düşündüğünde pek çok işte yeterli olan başka birini düşünebilir misin? Bu kim olmalı? O, bugün onun yeterli olduğunu gösteren ne yaptı?
2. Başka birinin, hastanın verisi üzerinde düşünmesi: O hastanın belirlediği biri olmalı ve hastanın olumlu olan kanıtlarını hastaya söylemeli: "Sally, düşün, seni oldukça iyi tanıyan, yargılarına güvendiğin kim var? O yaptıklarınla ilgili kanıtlara bakarak senin yeterli olduğunla ilgi ne söyleyebilir?" ya da "Bugün sen ne yaptın/ senin yeterli olduğuna ilişkin muhtemel göstergeleri düşün."
3. Karşılaştırırsak, acaba onlar belirgin olumlu kanıtlarda indirim yaparak düşünsel *olumsuz* modelle ilgili ne yaptılar: "Sally, bu kısa ödevi bitirmenin bir yeterlilik işareti olduğuna inanmıyorsun. Ama gerçekten yetersiz kişiler bu ödevi yazmayı başarabilirler miydi?

Gerçek yetersiz kişiler şu anda bulunduğun duruma gelmek için ne yaparlardı?"

4. Her seansın başında yeni gündeme geçmeden önce; onların, düşünsel ve duygusal düzeylerinin gücü ölçülmeli. O zaman siz aşağıdaki soruları sormalısınız: "Sen yetersiz olduğuna az ya da çok güçlü bir şekilde inanıyordun ya da çok güçlü bir şekilde yeterli olduğuna inanıyordun, bu inancın şu an nasıl gidiyor? Bu konuda gündeme bir şey koymak ister misin?" Bu durumları çok pozitif bir şekilde tartışın ve onlara topladıkları ve pekiştirdikleri bu kanıtları sol tarafa yazma konusunda seçenek sağlayın.

Ayrıca üzerinde durulan konu için TİÇS uygulanabilirliği hakkında hastalara seans boyunca soru sormak için fırsat verin

TERAPİST: Sally, konuştuklarımız hakkında tam bir özet yapabilir miyiz?

HASTA: Pekâlâ, ben yaz ödevini yapmak istemediğim için oldukça çöküntüdeydim, benim yerimde olan herhangi biri muhtemelen hayal kırıklığı yaşardı, ama ben oldukça depresiftim çünkü bu durumun benim yetersiz olduğumu gösterdiğini düşünüyordum.

TERAPİST: Güzel. Bunun Temel İnanç Çalışma Sayfası (TİÇS) ile nasıl ilişkili olduğunu görüyor musun?

HASTA: Evet. O aynı fikir.

TERAPİST: Onu çalışma sayfasına nasıl yazalım?

HASTA: Sanırım o *sağ tarafa* gider . . . Bu ödev için araştırma görevlisine gitmedim . . . ama bunun anlamı benim tamamı ile yetersiz olmam değildi. Pek çok insan da yardım için başvurmuştu, onların çoğu benden daha deneyimli idi.

Temel İnançları Değiştirmek için Aşırı Uçları Kullanmak

Böyle zamanlarda onların kendi kendilerini, hayali ya da gerçek birisinin aşırı negatif uçla ilişkili temel inancı ile karşılaştırması hastaya yardımcı olur. Hastanın hayalindeki birisinin referans çerçevesini ortaya çıkarmaya çalıştığınızı varsayın (Bu teknik 13. Bölüm'de açıklanan bilişsel sürekliliğe benzer.).

TERAPİST: Merak ediyorum, okulda gerçekten yetersiz ya da en azından çok yetersiz *davranan* birini tanıyor musun?

HASTA: Hımmm . . . Bizim yurtta bir çocuk var ki o asla derse girmeyi ya da

çalışmayı düşünmez. O her zaman partilerde görülür: Sanırım o başarısız olacak.

TERAPİST: Tamam, onunla karşılaştırdığımızda sen yetersiz misin?

HASTA: (*Duraklar.*) Çok değil.

TERAPİST: Sen gerçekten tepeden tırnağa yetersiz bir kişi olsaydın, neleri farklı yapıyor olurdun?

HASTA: . . . Sanırım, üniversiteden ayrılırdım, bütün gün bir yerlerde otururdum . . . geçinemezdim . . . değerli herhangi bir şey yapamazdım . . . herhangi bir arkadaşım olmazdı . . .

TERAPİST: Bu anlattıkların şu an sana ne kadar yakın?

HASTA: Sanırım, hiç değil.

TERAPİST: Bu şekilde kendi kendini gerçek bir yetersiz diye etiketlemen ne kadar doğru?

HASTA: Sanırım, o gerçekten doğru değil.

Öyküleri, Filmleri ve Metaforları Kullanma

Siz hastaların kendileri hakkında farklı fikir geliştirmelerine, karakterlerine uygun görüşlerini yansıtmaları konusunda cesaretlendirilmelerine ya da aynı olumsuz temel inancı paylaşan insanların görüşlerini paylaşmalarına yardımcı olabilirsiniz. Hastalar diğer insanların çok güçlü şekilde devam eden temel inançlarının geçersizliğini canlı örneklerle deneyimledikleri zaman çok güçlü temel inançlarının da doğru olmadığını anlamaya başlarlar.

Bir hastanın çocuk olarak, daha sonra bir yetişkin olarak kötü olduğundan emindim çünkü annesi onu fiziksel ve duygusal olarak istismar etmişti. Ona sık sık ne kadar kötü olduğunu söylemişti. Hastaya Sindirella'nın öyküsünü yansıtmak yardımcı oldu; öyküde Sindirella'nın bir cadı olan üvey annesi, hiç suçu olmadığı hâlde ona oldukça kötü davranmıştı.

Temel İnançların Tarihsel Olarak İncelenmesi

Hastanın temel inançlarının kökleri onun erken çocukluk deneyimlerinden gelmektedir, genellikle onların sahip olduğu orijinal inançlarının nasıl olduğu ve yıllar boyu nasıl korunduğu incelenmelidir (Young, 1999). Siz hastanın referans kanıtlarını ortaya çıkarma ve yeniden oluşturma konusunda hastaya yardımcı olmalısınız. Bu kanıtların erken yaşlardan itibaren temel inançları desteklediği ve aynı zamanda çelişkili olduğuna dair kanıtlar görülmüştür (Verileri toplamak için TİÇS'ni kullanabilirsiniz.). Genellikle, bu süreçte hasta mevcut temel inancının nasıl çalıştığını görür. Hasta şimdiki zamanda kendi temel inanç çalışmasını gözlemledikten sonra değişim süreci başlar. Önce değişim için bir gerekçe sağlayın:

TERAPİST: Sally, seni "yetersiz olduğun" fikrinin başladığı yere götürmek istiyorum.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Senin doldurduğun "Temel İnanç Çalışma Sayfasına" bakalım. İlkokuldan önce sen çok küçük olduğun zamanlarda, seni yetersiz olduğuna inandıran herhangi bir şey hatırlıyor musun?

HASTA: Okul öncesini hatırlıyorum. Bulmaca ile ilgili bir şeyler yaptığımı hatırlıyorum ve öğretmen beni azarlıyordu ben de ağlıyordum. . . .

TERAPİST: Sen bulmacayı bitirmek için geç mi kalmıştın?

HASTA: Evet, öyle bir şey.

TERAPİST: Ve oldukça yetersiz hissettin?

HASTA: Hı hım.

TERAPİST: Tamam, onu sağ tarafa yaz. Biz yeni çerçeve oluşturmaya sonra bakacağız. Başka?

HASTA: Ailemle ben küçükken bir parka gitmiştik. Hepimiz parkın etrafında bisikletle dolaşıyorduk ancak ben onlara yetişemiyordum, onların çok arkasında kalmıştım.

Hasta hem seansta hem de ödev çalışmasında bu ilk basamağı yapmaya devam etmelidir: Bellek kayıtları temel inancın yerleşmesi ve sürdürülmesine katkıda bulunmuş olabilir. Onlar okul öncesini, ilkokulu, liseyi, üniversiteyi, 20'li yaşları ve izleyen on yılları yansıtabilir. Kişinin tarihsel sürecinin ikinci basamağını araştırırken yeni olumlu inancı destekleyen her dönemin kanıtları da incelemeye dâhil edilmelidir. Daha olumlu bellek kayıtları etkin hâle geldiğinde, hasta üçüncü adım için hazırdır. Negatif kanıtların her parçası yeniden yorumlanır. Sonunda dördüncü basamakta hastalar her dönemi özetler. Örneğin:

> Lise yıllarında—Çok yeterli şeyler yaptım: spordan, evde pek çok şeyden sorumlu olmaya ve okulda iyi olmaya kadar. Notlarımın hepsinin A olmadığı ve her şeyde iyi olmadığım doğruydu ve zaman zaman yetersiz hissediyordum ancak temel olarak ben yeterliydim.

Erken Dönem Belleğinin Yeniden Yapılandırılması

Pek çok Eksen I hastasına, temel inançları değiştirmek için yeterli "düşünsel" teknikler sunuldu. Bu teknikler var olan duygulara da uygulandığında (örneğin; temel inanç aktive olur ve hasta olumsuz deneyimlerin etkisinde kalır) diğer hastalar için belirli yaşantısal ya da duygusal teknikler etkili olur. Bu tekniklerden biri hastaların, rol oynama ve olayı yeniden canlandırarak hastanın erken dönem trav-

masını yeniden yorumlamasına yardım etmeyi içerir. İzleyen seanstaki konuşmalarda, ben güncel sıkıntılı bir durumla bir küçüklük olayının ilişkisinin anlamını yeniden yapılandırmak üzere bir hastaya yardımcı oluyorum.

TERAPİST: Annie, bugün oldukça çökkün görünüyorsun.

HASTA: Evet (*ağlar*). . . Bu öğleden sonra patronum beni ofisine çağırdı. Onun için gönderdiğim e-mailde birkaç yazım hatasının olduğunu, benim dikkatli olmadığımı ve maillerimin daha iyi olması için yazım hatalarını düzeltmemi söyledi.

TERAPİST: O bunları söylediğinde aklından neler geçti?

HASTA: Ben berbat bir sekreterim. Hiçbir şeyi doğru yapamıyorum.

TERAPİST: Nasıl hissediyorsun?

HASTA: [Duygularını ifade eder] Üzgün. Gerçekten üzgün. [Temel inancını açıklar] Ve biliyorsunuz, yetersiz.

TERAPİST: "Bazı e-maillerde mi ya da genel olarak mı yetersizsin?" veriyi açıklığa kavuşturma?

HASTA: Genel, ben tamamı ile yetersizim.

TERAPİST:[Bellekten çağırmayı kolaylaştıran ve onun etkisini artıran] Üzüntüyü ve yetersizliği bedenin neresinde hissediyorsun?

HASTA: Gözlerimin arkasında. Ve omuzlarımda bir ağırlık hissediyorum.

Güncel durumlara odaklanmak yerine benzer temalı eski bir deneyimini ortaya çıkarırım. Birinci aşamada, düşünsel düzeyde konuşuruz.

TERAPİST: Çocukken, ilk kez bu şekilde hissettiğin zamanı hatırlıyor musun?

HASTA: (*Duraklar.*) Ben o zaman 6 yaşındaydım. Birinci sınıftaydım. Karnemi eve getirdiğimi hatırlıyorum. Biraz korkuyordum çünkü karnem çok iyi değildi. Babam olağan karşılamıştı ama annem çıldırmıştı.

TERAPİST: O ne söyledi?

HASTA: O beni azarladı, "Annie, ben seninle ne yapacağım? Bak şu karnene!"

TERAPİST: Sen ne söyledin?

HASTA: Söyleyecek herhangi bir şey düşünemiyordum. Annem konuşmaya devam ediyordu, "Eğer iyi notlar getirmezsen neler olacağını bilmiyor musun, senin erkek kardeşin her zaman iyisini yapıyor. Sen neden yapamıyorsun. Senden utanıyorum. Sen büyünce ne olacaksın?"

TERAPİST: [Empati yapar] Oldukça kötü hissetmiş olmalısın.

HASTA: Kötü hissettim.

TERAPİST: Onun bu tarz davranışının makul olduğunu düşünüyor musun?

HASTA: (*Düşünür.*) Hayır . . . Sanırım değildi.

TERAPİST: Pekâlâ, bir gün senin bir kızın olsa; ona bu tarz şeyler söyler misin?

HASTA: Hayır. Asla söylemem.

TERAPİST: Senin 6 yaşında bir kızın olsa ve böyle bir karne getirse ona ne söylerdin?

HASTA: Hımmm. . . Sanırım, babamın söylediği gibi yapardım, "Tamam kötü hissetme, "Ben de okulda çok iyi değildim, sorun değil, sen elinden geleni yap."

TERAPİST: O çok iyi. Peki, annenin neden böyle söylemediği konusunda bir fikrin var mı?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: Merak ediyorum, bana daha önce ne söylemiştin, böyle olursa onun çocukları başarılı olmadığı için diğerlerinin onu aşağılayacağını mı düşünür?

HASTA: Muhtemelen öyle. O her zaman erkek kardeşimle övünür ve başkaları ile yarışmaya çalışırdı.

Tartışmamızın sonraki değişim odağı, hastanın yaşantısal öğrenme sürecine dâhil olmasıdır:

TERAPİST: Tamam, biz rol yapalım mı, ne dersin? Ben senin 6 yaşını oynayacağım, sen anneni oynayacaksın. Sen olabildiğince olayları onun açısından görmeye çalış. Ben başlayacağım . . . Anne, bu benim karnem.

HASTA: Annie, senden utanıyorum. Bak şu notlara. Ben seninle ne yapacağım?

TERAPİST: Anne, ben daha 6 yaşındayım. Benim notlarım Robert'ın notları kadar iyi değil ama fena değil.

HASTA: Notların iyi olmazsa ne olacağını biliyor musun? Sen büyüyünce ne olacaksın? Sen hiçbir şeye erişemeyeceksin.

TERAPİST: Söylediklerin aptalca, anne. Ben daha 6 yaşındayım.

HASTA: Ama gelecek yıl "7", daha sonraki yıl da "8" yaşında olacaksın . . .

TERAPİST: Anne benim notlarım çok kötü değil. Neden bunu büyük bir mesele hâline getiriyorsun? Benim tamamen yetersiz hissetmeme neden oluyorsun, amacın bu mu?

HASTA: Hayır şüphesiz değil. Düşündüğün gibi olmasını istemem. Sadece daha iyi olmanı istiyorum.

Sonra hastaya bu deneyimle ilgili fark'ı bir sonuca ulaşması konusunda yardım ederim:

TERAPİST: Tamam, rolün dışına çıkalım. Ne düşünüyorsun?

HASTA: Gerçekten yetersiz değildim. İyi de yapmıştım. Annem bana karşı çok sertti çünkü kendisi başkaları tarafından eleştirilmek istemiyordu.

TERAPİST: Buna ne kadar inanıyorsun?

HASTA: Ona inandığımı düşünüyorum.

TERAPİST: Tekrar rol yapmaya ne dersin ama bu kez rolleri değişeceğiz.

İzleyen ikinci rol oyunundan sonra, Annie, ne öğrendiğini; öğrendiklerini bu haftaki üzüntüsüne nasıl uygulayacağını sordum (o patronu tarafından eleştirilmişti).

Erken dönem belleğinin var olan duruma etkisini yeniden yapılandırmak için başka bir teknik, imge tekniği kullanılır (J. S. Beck, 2005; Edwards, 1989; Layden, New- man, Freeman & Morse, 1993; Smucker & Dancu, 1999; Young, Klosko & Weishaar, 2006). Bu Gestalt tipi teknik özellikle temel inancı değiştirmek üzere uyarlanmış ve Esken I bozuklarından çok daha fazla kişilik bozukluklarının tedavisinde kullanılmıştır. İzleyen vaka örneğinde, bir hastanın, temel inancının oluşumuna ve sürdürülmesine neden olan erken dönem acı verici olayı yeniden deneyimlemesine yardım ettim. Aşağıdakileri yaptım:

1. Hastada güncel olarak oldukça acı verici olan ve önemli bir temel inançla ilişkili olduğu görülen özel bir durumu tanımlamak,
2. Bu durumla ilişkili otomatik düşüncelerin, duyguların ve bedensel duyumların üzerine odaklanarak hastadaki etkilerini abartmak,
3. Erken deneyimlerle ilişkili yaşantıları yeniden deneyimleme ve tanımlama konusunda hastalara yardım etmek,
4. Otomatik düşünceleri, duyguları ve inançları tanımlamak için hastanın "erken dönemdeki kısmı" (çocukluk- gençliği) ile konuşmak,
5. Güdümlü imge, Sokratik sorgulama, karşılıklı konuşma ve/veya rol oynama vasıtası ile deneyiminin farklı bir anlayışını geliştirmek için hastaya yardım etmek.

İzleyen seanstaki konuşmalarda, seanstan önceki gün Annie, onun kilise grubunda bağış toplama projesinde çalışan bir kadın tarafından eleştirildiği için üzücü bir deneyim yaşadığını belirtti.

TERAPİST: Bu sahneyi şu anda oluyor gibi yeniden imgeleyebilir misin? Hepiniz bir masanın etrafında oturuyorsunuz. . . (*Annie, bu acı verici olayı şu an oluyormuş gibi canlandırmanı ve anlatmanı istiyorum*).

HASTA: Peggy konuşuyor, "Annie, depoya tekrar git ve müdürleri bul ya da sahibini bul ve onlarla bağış hakkında konuş—oradaki görevlilerin herhangi bir yetkisi yok." Ve kendimi çok küçük düşürülmüş hissettim ve bu yüzden çok üzüldüm. [Düşünüyorum] "Herkesin beni küçük düşürmesine izin veriyorum. Ben yeterince iyi değilim. Ben hiçbir şeyi doğru yapamam."

TERAPİST: Şu an çok üzgün mü hissediyorsun?

HASTA: (*Başını sallar.*)

TERAPİST: [Onunun cevabı üzerinde fizyolojik tepkisinin etkisini yükseltmek için üzüntüsü hakkında soru sorar.] Üzüntüyü bedenin neresinde hissediyorsun?

HASTA: Gözlerimin arkasında.

TERAPİST: Başka nerde? Başka neresi üzgün?

HASTA: Göğsüm . . . ve midem. Bir ağırlık var.

TERAPİST: Tamam, ağırlık üzerinde odaklanır mısın? Gerçekten, onu şimdi midende ve göğsünde hissedebilir misin? Ve gözlerinin arkasında?

HASTA: (*Başını sallar.*)

TERAPİST: Tamam, yalnız gözlerin, miden ve göğsün üzerinde odaklan. . . (*10 saniye bekler.*) Annie, daha önce bu ağırlık duygusunu ne zaman hissettiğini hatırlayabilir misin, bir çocuk olduğun zaman? İlk kez böyle bir duyguyu ne zaman hissettin?

Bir sonraki bölümde, güncel ve aynı temada olan bir üzüntülü deneyimi ile acı verici önemli bir anısının ilişkisini kurdurdum. Annie ikinci sınıfta iken bir ödevini yapmakta geç kaldığı için annesinin kendisini nasıl eleştirdiğini ve nasıl yetersiz hissettiğini (*geçmiş zamanda*) anlattı. Sonra ben Annie tekrar bu deneyimle ilişkisini sordum. "Kendini" çocukluğundaki deneyimini, şimdi oluyormuşçasına bana anlatıyordu. "Çocukluk" kısmı ile ilgili deneyiminin duygusal yakınlık kısmını sürekli pekiştirerek, sürekli şimdiki zaman kipini kullandırarak onunla görüşme yapıyordum.

TERAPİST: Yedi yaşındaki Annie, neredesin?

HASTA: Evdeyim. Mutfaktayım. Ödevimi yapıyorum.

TERAPİST: O zor mu?

HASTA: Evet. Ne yapacağımı bilmiyorum.

TERAPİST: [Deneyimin etkisini ve bilişselliğini derinleştirmek için sorular sorulur.] Mutfağa geldiğinde annen seni görüyor mu? O sana nasıl bakıyor?

HASTA: O bana çıldırmış gibi bakıyor. Gerçekten çıldırmış.

TERAPİST: Nasıl olduğunu söyleyebilir misin?

HASTA: (*Gözlerinden yaşlar dökülmeye başladı.*) Onun yüzü buruştu ve tamamen kızardı.

TERAPİST: O sana ne söylüyor?

HASTA: "Annie, yatağa git."

TERAPİST: Devam et.

HASTA: "Anne, yapamam. Bu ödevi bitirmeliyim."

TERAPİST: Annen ne söylüyor?

HASTA: "Yatağa git! Senin derdin ne? Bu ödev çok kolay. Sen aptal mısın?" (*Hıçkırır.*)

TERAPİST: (*Nazikçe*) Yedi yaşındaki Annie, nasıl hissediyorsun?

HASTA: Üzgün (*Biraz ağlar.*).

TERAPİST: Gerçekten üzgün mü?

HASTA: (*Başını sallar.*)

TERAPİST: (*Nazikce*) Yedi yaşındaki Annie, şu an aklından neler geçiyor?

HASTA: Ben bir aptalım. Hiçbir şeyi doğru olarak yapamam.

TERAPİST: Buna ne kadar inanıyorsun (*Elleri ile ona gösterir.*)? Az? Orta düzeyde? Çok fazla?

HASTA: Çok fazla.

TERAPİST: Başka ne düşünüyorsun?

HASTA: Ben bu ödevi asla doğru olarak yapmayacağım.

Annie'nin etkilendiği deneyim üzerinde bu kadar yoğunlaşmasının bir temel sorun olarak doğrulanabileceğine dikkat edin. Aşağıdaki konuşmamızda, Annie'in bu deneyimi yeniden yorumlamasına yardımcı olacağım.

TERAPİST: Yedi yaşındaki Annie, sana farklı bir yolla yardımcı olmak istiyorum. Eğer tamamsa biz senin "45 yaşındaki benliğinle" konuşmaya geçecelim.

HASTA: (*Başını sallar.*)

TERAPİST: Tamam, 7 yaşındaki Annie, annen mutfaktan dışarıya çıkıyor ve senin 45 yaşındaki benliğin içeri giriyor. Yedi yaşındaki Annie, o nerede olsun?

HASTA: Sanırım, benim yanı başımda.

TERAPİST: Çok mu yakın?

HASTA: (*Başını sallar.*)

TERAPİST: Onun kolları ile sana sarılmasını ister misin?

HASTA: (*Başını sallar.*)

TERAPİST: Tamam. 45 yaşındaki Annie'yi 7 yaşındaki Annie ile konuşturalım. Yanlış olan ne diye 7 yaşındaki Annie'ye sor.

HASTA: Büyük benlik, "Yanlış olan ne?"

TERAPİST: 7 yaşındaki Annie ne söylüyor?

HASTA: "Ben çok aptalım. Hiçbir şeyi doğru yapamıyorum."

TERAPİST: Büyük benlik ona nasıl cevap verir?

HASTA: Büyük benlik, "Hayır, sen aptal değilsin. Bu ödev de çok zor. Bu senin suçun değil. Sen aptal değilsin."

TERAPİST: 7 yaşındaki Annie ne söylüyor?

HASTA: "Ama ben onu yapabilmeliydim."

TERAPİST: Büyük benlik onunla konuşmayı sürdürür.

HASTA: Büyük benlik, "Hayır bu doğru değil. Onu yapamazdın çünkü derste yoktun. Asla böyle düşünmemelisin. Sana bu kadar zor ödev verdiği için gerçekten öğretmenin kabahatli."

TERAPİST: 7 yaşındaki Annie, ona inanıyor musun?

HASTA: Biraz.

TERAPİST: 7 yaşındaki Annie, büyük benliğine ne sormak istersin?

HASTA: "Niçin her şeyin bu kadar zor olması gerekiyor? Ben hiçbir şeyi doğru yapamayacak mıyım?"

TERAPİST: Büyük Annie ne söylüyor?

HASTA: "Sen pek çok şeyi doğru yaptın: Bazı şeyleri matematik ödevi gibi kolay yaptın, her şeyi kendi kendine giyiniyorsun ve futbol oynuyorsun . . ."

TERAPİST: 7 yaşındaki Annie, ne düşünüyorsun?

HASTA: "Ama ben iyi futbol oynayamam. Robert benden çok daha iyi."

TERAPİST: Büyük Annie onun anlamasına yardım eder.

HASTA: Büyük benlik, "Dinle, o futbolda senden daha iyi. Ama o senden büyük. Sen onun yaşına geldiğin zaman, onun şimdi yaptıklarını daha iyi yapacaksın, daha iyi olacaksın, sadece bekle."

TERAPİST: 7 yaşındaki Annie, şu an nasıl hissediyorsun?

Annie'nin küçük benliği belirgin biçimde daha az üzgün hissettiğini söylediği zaman, egzersizi bitirdim (Örneğin; "7 yaşındaki Annie büyük benliğe sormak istediğin başka bir şey var mı?"). O zaman Annie'den belleğinde eski inançları aktive olur ve yeni inanca düşünsel düzeyde ve duygusal düzeyde hangi oranlarda inandığını yazmasını isterim.

Sonra biz şu an acı veren olayı, onun arkadaşı Peggy ve kilise grubunu tartıştık ve Annie için daha gerçekçi bir zemini olan, uyumlu sonuç çıkarmasına

yardımcı olacak bir plan yaptık. Seansın sonunda, Annie yalnız %20 oranında yetersiz olduğuna, %70 oranında ise yeterli olduğuna inanıyordu. O alternatif bir açıklamaya oldukça güçlü bir şekilde inandı; belki bağış konusunda Peggy'nin beklentisi gerçekleşmedi ama bu Annie'nin yetersiz olduğu anlamına gelmez. Bu onun para toplama konusunda ilk deneyimi idi ve daha deneyimli üyeler ona bu konuda bilgi vermemişti. Hatta gruptaki herhangi bir üye daha iyi bir iş yapmış bile olsa bu Annie'nin tamamen yetersiz biri olduğunu göstermez.

Özet olarak, temel inancı değiştirmek için sistematik ve tutarlı bir çalışma gerekir. Otomatik düşünceyi ve ara inancı yeniden yapılandırmak için birçok teknik uygulanabilir ve bu tekniklerle birlikte temel inançlara yönelik özel teknikler kullanılabilir. Temel inançları değiştirmek için ilave stratejiler Judith Beck (2005) tarafından bulunmuştur. Beck, meslektaşları (2004) ve Young (1999). Çeşitli psikiyatrik bozuklukların Tipik temel inançları, Riso, du Toit, Stein ve Young (2007) tarafından tanımlandı.

Bölüm 15



BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TEKNİKLERE EK TEKNİKLER*

Bilişsel ve davranışsal tekniklerin çoğu daha önce tanıtıldı. Bu teknikler arasında Sokratik sorgulama, davranışsal deneyimler, düşünsel–duygusal rol oynama, Temel İnanç Çalışma Sayfası, imgeleme, inançların avantaj ve dezavantajlarını listeleme teknikleri bulunmaktadır. Bu bölümde, yapısında bilişsel ve davranışsal özellikler bulunan diğer önemli teknikler tanımlanacaktır. Daha ayrıntılı açıklama 19. Bölüm'de yapılacaktır. Kapsamlı kavramsallaştırmalarınıza ve her seanstaki özel amaçlarınıza göre bu teknikler arasından seçim yapabilirsiniz. Ayrıca siz usta bir bilişsel davranışçı terapist olduğunuzda kendi tekniklerinizi de oluşturabilirsiniz.

Bu bölümde açıklanan tekniklerle, diğer bilişsel davranışçı terapi tekniklerinde olduğu gibi, hastanın düşünce, davranış, duygu durumu ve fizyolojik uyarımlarını etkilemeyi hedefliyoruz. Onlar, problem çözmenin, karar vermenin, yeniden odaklanmanın, gevşemenin, farkındalığın, baş etme kartlarının, derecelendirilmiş ödevlerin, maruz bırakmanın, rol oynamanın, "pay" tekniğinin, benlik karşılaştırmalarının ve kredi listelerinin de dâhil olduğu tekniklerdir. Ek teknikler için okunacak diğer kaynaklar: Beck ve ark., 1979; Beck & Emery, 1985; Leahy, 2003; McMullin, 1986.

PROBLEM ÇÖZME VE BECERİ EĞİTİMLERİ

Psikolojik bozuklarla bağlantılı ya da ilişkili olarak hastaların gerçek yaşam sorunları da var. Her oturumda hastaları, hafta boyunca hâlâ acı veren problemlerini gündeme koyma konusunda cesaretlendireceksiniz ve onlar gelecek haftalarla ilgili beklenti içinde olacaklar. Geçmişte benzer problemlerini nasıl çözdüklerini ya

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

da yakın arkadaşlarına nasıl bir tavsiye verdiklerini ya da aile üyelerinin benzer bir problemi nasıl çözdüklerini sorarak; hastaları, problemlerinin çözüm araçlarını bulma ve uygulama konusunda cesaretlendireceksiniz. Sonra gereksinim varsa siz de olası çözümler önereceksiniz. Terapist olarak siz de düşüncelerinizi kışkırtan durumu nasıl çözdüğünüzü ya da benzer bir problemi nasıl çözdüğünüzü kendi kendinize sormalısınız.

Bazı hastalar problem çözme becerileri konusunda yetersizdir. Onları doğrudan problem çözme becerileri konusunda eğitmek yararlı olabilir. Onlar bu eğitimde özel bir problemin çözüm araçlarını, bir çözümü seçmeyi, o çözümü uygulamayı ve etkisini değerlendirmeyi öğrenirler (bk., örneğin; D'Zurilla & Nezu, 2006). Pek çok hastanın problem çözme becerisi eksiktir. Onlar sizden ve diğer kaynaklardan etkili ana-babalık, iş görüşmeleri, bütçe yapma, ilişki becerileri gibi çeşitli alanlarda beceri eğitimi almaya gereksinim duyarlar. Kişisel gelişim kitapları yaralıdır. Örneğin; McKay, Davis ve Fanning (2009)'in "*İletişim Becerileri*" kitabı, danışanlara kendi kendilerine iletişim becerilerini geliştirme konusunda yol göstermektedir. Bazı hastaların problem çözme ve diğer becerileri gelişmiştir. Onlar, mevcut becerilerini kullanmalarını ve problem çözmelerini engelleyen işlevsel olmayan inançları test etme konusunda yardıma gereksinim duyabilirler. "Problem çözme analiz formu"olası çözümleri tartışmadan önce, hastaların özgül problemlerini çözmelerine, tanımlamalarına ve yanıtlamalarına (J. S. Beck, 2011) ve bilişlerini yorumlamalarına yardımcı olur.

Örneğin Sally, ders çalışırken çok zor konsantre oluyordu. O ve ben çözüm için beyin fırtınası yaptık. O ilk olarak en kolay ödevle başlayacaktı, kitabı okumadan önce, sınıftaki notlarını gözden geçirecekti, anladığından emin olmadığı zaman konu ile ilgili soruları yazacak ve her 5 dakikada bir duracak ve o sürede okuduklarını zihninden tekrarlayacaktı. Bu stratejileri denemenin, odaklanmasına ve anlamasına bir yararı olup olmadığına bakma konusunda anlaştık.

Birkaç seans sonra Sally, gündeme gönüllü olarak ders çalışma konusunu koydu. O yakınlardaki bir ilkokulda, bir çocuğa özel ders vermeye başladı. Çocuk iş birliği yapmasına karşın Sally, ne yaptığından emin olamadı. Düşünsel olarak problemi nasıl çözeceğini biliyordu; Sally, bu gönüllü çalışmayı organize eden ajansla ve/veya çocuğun öğretmeni ile bağlantı kurması gerektiğini fark etti. Onun inancına göre o, engellense bile kimseden yardım istememeli idi. Sally, bu özel konu hakkındaki otomatik düşünce ve inançlarını değerlendirdikten sonra başlangıçta kendi kendine düşündüğü çözümü uyguladı.

Sally, yazmak zorunda olduğu bir araştırmayı yapmaktan kaçındı. Erteleme problemini getirdiği zaman, ona yardım etmek için kendimi açma tekniğini kullandım. Sally'e bir göreve başlamadan önce genellikle, bir süre ya da birkaç dakika çok nahoş bir kaçınma yaşadığımı ancak gerçekten çalışmaya başladığımda ise sürekli olarak daha iyi hissettiğimi söyledim. Sally'e bu tepki tanıdık geldi o da

sıklıkla benzer deneyimler yaşamıştı. Biz, o öğleden sonra online olarak araştırmasına başlamak için gittiğinde ne olacağını görmek için davranışsal bir deney düzenledik.

Bazı problemlerin çözümü yaşamda önemli değişiklikleri gerektirebilir. Bir durumun dikkatli bir değerlendirmesinden sonra, şiddete maruz kalmış eşler, sığınma evlerine gitmeleri ya da yasal işleme başvurmaları için teşvik edilebilir. Eğer bir hastanız kronik bir şekilde işinden memnun değilse; var olan işine karşı yeni başvuracağı işin avantaj ve dezavantajlarını analiz etmeleri için onlara rehberlik etmelisiniz. Kuşkusuz bütün problemler düzeltilemez. Bu gibi durumlarda ise hastaların bilişleri değiştiğinde, sorunlara karşı tepkilerini değiştirmeleri mümkün olabilir. Onlar mevcut durumu kabul ederler ve yaşamlarının diğer yönlerini daha tatmin edici hâle getirmek için çalışmaları gerekebilir.

Bazı hastalar problemleri hakkında kronik olarak endişelenirler. Yüksek kaygılarının gerekçesinin doğru olması olası değildir. Bu hastalara yardım etmek için problemlerin düşük ve yüksek olasılıkları arasındaki; makul olan ve olmayan önlemlerin alınması arasındaki farklılıklara gereksinim duyabilirsiniz. Hastaların "belirsizliği kabul etmelerine, tanımlarına, kişisel ve dışsal kaynakları oluşturmalarına, öz yeterliliklerini yükseltmelerine, böylece herhangi bir problem ortaya çıktığında kendilerine daha çok güvenmelerine ve o problemle kendi başlarına ya da diğerlerinin yardımları ile baş edebilmelerine" yardım etme gereksinimi duyacaksınız.

KARARLAR ALMA

Pek çok hastanın, özellikle depresyonları varsa karar almaları çok güçtür. Hastalar sizden bu alanda yardım istediklerinde "her seçeneğin avantaj ve dezavantajlarının bir listesini yapmaları, her maddenin ağırlığını değerlendirmeleri ve kendileri için en iyi seçeneği belirlemeleri konusunda bir sistem geliştirebilmek için" yardımınıza gereksinim duyabilirler (bk. Şekil 15.1).

TERAPİST: Yaz okuluna gitmek ya da bir işe girme konusunda karar vermek için yardım istediğini mi söylüyorsun?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Tamam (*Bir kâğıt çıkarır.*). Avantaj ve dezavantajlarını nasıl ölçeceğini sana göstereyim. Bunu daha önce yaptın mı?

HASTA: Hayır. En azından yazarak değil. Sadece lehte ve aleyhte olan bazı şeyleri aklımdan geçiriyordum.

TERAPİST: İyi, o bize bu çalışmaya başladığımızda yardımcı olacak. Zannederim, onları yazdığında kararını daha net vereceksin. Hangisinden başlamak istersin, okuldan mı ya da işten mi?

HASTA: Sanırım, iş bulmaktan.

İşin avantajları

1. Para kazanmak.
2. Bazı beceriler kazanmak.
3. Ne yapabilirim korkusunu kırmak.
4. Farklı insanlarla tanışmak.
5. Daha üretken hissetmek.
6. CV'im için iyi olacak.

İşin dezavantajları

1. Bir iş bulma zorunluluğu.
2. Boş zamanın azalması.
3. İşten hoşlanmamak.

Yaz okulunun avantajları

1. İki arkadaşım gidiyor.
2. Güz döneminde bir ders daha az alabilmek.
3. Daha çok boş zaman.
4. Onun niceliğini bilmek.
5. Yeni insanlarla tanışmak.
6. Yaz okuluna kayıt olmanın iş bulmaktan daha kolay olması.

Yaz okulunun dezavantajları

1. Para kazanamamak ve ders için para ödemek.
2. Becerilerimin artmaması.
3. Benzer işleri yapmak.
4. Verimsiz hissetmek.
5. CV'me bir katkısı olmaması.

ŞEKİL 15.1. Sally'nin avantaj–dezavantajlarının analizi.

TERAPİST: Tamam."İşin avantajlarını" kâğıdın sol üst tarafına; "İşin dezavantajlarını" sağ üst tarafa ve aynı şekilde "Yaz okulunun avantajlarını" ve "Yaz okulunun dezavantajlarını" alta yaz.

HASTA: (*Yazar.*)Tamam.

TERAPİST: Ne düşünüyorsun? İşin avantaj ve dezavantajlarını yazar mısın (Sally o ana kadar sahip olduğu düşünceleri yazar. Ona yol göstermek için bazı sorular sordum.)? Okulda yaptığın işlerden bir süre uzaklaşma fikri nasıl, o bir avantaj mı?

HASTA: Evet (*Yazar.*).

TERAPİST: İş senin tatilinle çakışabilir mi?

HASTA: Hayır, ağustosun son iki haftasını ailemin yanında geçirmeme izin veren bir iş bulacağım.

"Sally her iki taraftaki bilgileri yeterince ve tamamını yazdığını hissedene kadar" Sally ve ben, bu işleme devam ederiz. İkinci bölümde de aynı işlemi tekrar ederiz. "Yaz okulunun" avantaj ve dezavantajlarını incelerken eklenen ögeler "iş" listesi ile ilgili yeni ögelerin eklenmesini hatırlatabilir. Aynı şekilde "işle" ilgili ögeleri gözden geçirirken "yaz okulunun" benzer listelerindeki ilişkili ögeler geliştirilir.

Bu ögeleri değerlendirirken Sally'e yardım edeceğim.

TERAPİST:Tamam, bu listeler tamamlanmış görülüyor. Şimdi bir şekilde senin bu ögelerin ağırlıklarını değerlendirmene ihtiyaç var. Çok önemli ögeleri daire içine almak ya da her birinin 1'den 10'a kadar önem derecelerini belirlemek ister misin?

HASTA: Sanırım, ögeleri daire için almak daha iyi olacak.

TERAPİST: Tamam, "iş" listesine bakalım. Bu ögelerden hangisi senin için çok önemli (*Sally, Şekil 15.1'de bulunan her kolondaki önemli ögeleri daire içine alır.*)? Sadece daire içine aldıklarına baktığında ne düşünüyorsun?

HASTA: Ben bir iş bulacağım, eğer ben bir iş bulursam, para kazanacağım, daha üretken hissedeceğim ve okula biraz ara vermek iyi olacak. Ama bir iş bulmak oldukça zor olacak gibi görünüyor.

TERAPİST: Nasıl iş arayacağınla ilgili olarak birkaç dakika konuşalım mı? Sonra listeye tekrar döneriz ve sen hâlâ bu karardan yana mısın, ona bakarız.

Bu tartışmanın sonunda ben olasılıkları artıracağım ve Sally bu tekniği tekrar kullanacak:

TERAPİST: Bu tekniğin [avantaj ve dezavantajlarını listeleme ve ağırlıklarını değerlendirme işleminin] yararlı olduğunu gördün mü? Başka bir karar verirken aynı şekilde yapmanın yararlı olacağını düşünebilecek misin? Bu yöntemi kullanmayı nasıl hatırlayacaksın?

YENİDEN ODAKLANMA

11. Bölüm'de belirtildiği gibi, hastanın otomatik düşüncelerini belirli noktalar üzerinde değerlendirmek, ilişkili terapi notlarını okumak ve değerlendirmek iyi olacaktır. Bazı durumlarda bu strateji yaralı değildir ya da istenmez ve başlangıca yeniden odaklanmak gerekebilir. Bir ödevin tamamlanması, bir konu hakkında konuşmayı sürdürmek ya da arabayı kullanmak gibi durumlarda var olan görevlerle ilgili konsantre olunduğunda yeniden odaklanma, özellikle yararlıdır. Hastanın obsesif düşüncelere sahip olması yüzünden, gerçekçi düşüncelerin etkisiz olduğu durumlarda yeniden odaklanma çok yaralıdır. Siz hastalara, deneyimlerini adlandırmayı ve kabul etmeyi öğretmelisiniz. "Benim otomatik düşüncelerim var ve sahip olduğum otomatik düşünceler yüzünden kötü hissettiğimi kabul ediyorum, ne yaptığıma yeniden odaklanacağım." Sonra hasta, raporda yazdıklarına, yol boyunca güzel konuşan arkadaşlarına ne diyeceğine, bu süreçte ne olacağına bilinçli olarak dikkat etmeli. Hastanın, geçmişte olanlara yeniden dikkatini nasıl odakladığını ortaya çıkarmak için gayret etmeleri ya da gelecekte onların olabileceğine inanmaları için hastalarla, stratejileri prova etmelisiniz.

TERAPİST: Tamam, sınıfta kaygılandığın zaman düşündüklerine cevap vermek bir seçenek olabilir. Bazen sadece sınıfta neler olup bittiğine odaklanman

düşüncelerinden sıyrılmak için en iyisi olabilir. Bunu daha önce yaptın mı, sınıfta konsantre olmak için çaba harcadın mı?

HASTA: Ah... evet. Sanırım yaptım.

TERAPİST: Onu nasıl yaptın?

HASTA: Tamam. Daha çok not tutmaya başlarsam, not tutmam konsantre olmama yardımcı oluyor.

TERAPİST: İyi. Olumsuz düşüncelerin, kaygıların ve üzüntün yüzünden bu hafta kendini karmakarışık hissettiğinde, kötü olmak yerine düşüncelerine cevap vermeye ya da yeniden odaklanmaya, daha çok not almaya ya da her ikisini birden yapmaya ne dersin?

HASTA: Tamam, yaparım.

TERAPİST: Bunu yapmayı nasıl hatırlayacaksın?

Hasta için çok acı verici durumlarda yaptığı işe yeniden odaklanmak ya da özgül olmayan bir göreve katılmak ve dikkatini dağıtacak etkinlikler yapmak yararlı olabilir. Ancak dikkatini dağıtmak son çözüm değildir, kısa dönem yararlı olabilir. Gereksinim duyuyorsa hasta için "geçmişte işe yarayan şeyler yeniden ortaya çıkarılmalı" ve sonra diğer varsayımlar öğrenirler.

TERAPİST: Gerçekten yazmak zorunda olduğun rapor hakkında çalıştın mı?

HASTA: Evet ama konsantre olamadım. Sadece daha çok, endişelendim.

TERAPİST: Ne yaptın?

HASTA: Sadece odamın etrafında turladım.

TERAPİST: O yardımcı oldu mu?

HASTA: Hayır, gerçekten bir işe yaramadı.

TERAPİST: Düşüncelerini yanıtlamaya çalıştın mı?

HASTA: Terapi notlarımı okudum ama onlar yardımcı olmadı. Sanırım, onlara inanmadım.

TERAPİST: (*Hızla bir not alır.*) Onların neden yardımcı olmadığını anlamak için birkaç dakika onlara bakalım ama önce bana bilgi ver, kaygın ne kadar sürdü?

HASTA: Uzun bir süre. Bilmiyorum belki iki saat. Masama geri döndüm, okumaya devam etmek istedim; ancak yapamadım.

TERAPİST: Dikkatini dağıtamaya çalıştın mı?

HASTA: Hayır. Sonunda uğraşmaktan vazgeçtim ve akşam yemeğine gittim.

TERAPİST: Daha önce hiç dikkatini dağıtmaya çalıştın mı? Bunun için ne yapmıştın?

HASTA: Genellikle, televizyonu açardım.

TERAPİST: O işe yarar mıydı?

HASTA: Bazen, benliğimden sıyrılırım ve daha iyi hissederim, bazen işe yaramaz.

TERAPİST: O iyi çalışmazsa başka ne yaparsın?

HASTA: Bazen, bir gazete alırım ya da bulmaca çözerim. Ama onlar her zaman işe yaramaz.

TERAPİST: Başka bir fikrin var mı?

HASTA: . . . Hayır, gerçekten yok.

TERAPİST: Başka insanlarda işe yarayan bazı şeylerden bahsetmek istiyorum. Bu hafta bunlardan bazıların deneyimlemelisin: Yürüyüş yapmak ya da koşmak, telefon etmek ya da bir arkadaşa veya aileden birine mail atmak, dolabını ya da çalışma masanı düzenlemek, kendi kontrol listeni düzenlemek, manava alışverişe gitmek, bir komşunun kapısını çalmak, video oyunu oynamak, sevdiğin web sitesini ziyaret etmek... Ne düşünüyorsun? Bu hafta bunlardan bazılarını yapmayı dener misin?

HASTA: Evet, yapabilirim.

TERAPİST: Bazı insanlar uzun süreli banyo yapmak, tempolu müzik dinlemek, dua okumak gibi aktiviteleri daha iyi bulurlar. Bu konuda ne düşünüyorsun? Bunlarla ilgili birkaç olasılık yazmak ister misin?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Bir kez daha az acı hissettiğinde düşüncelerini daha iyi cevaplayabilirsin ya da ne yaptığına hemen dönüp bakabilirsin. Ama belki o, o zaman yardımcı olabilir.

Diğer taraftan, hastaların çok fazla dikkatlerini dağıttıklarını görebilirsiniz. Eğer onların çok fazla olumsuz duygusu yoksa izleyen tartışma yararlı olabilir.

TERAPİST: Çok üzgün hissettiğinde düşüncelerini zihninden atma eğilimin var mı?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Ve bu düşünceleri hissederken örneğin, zihninden tamamen silerken hiçbir şey yapmayacaksın.

HASTA: Onlar devamlı geri geliyor.

TERAPİST: Böylece sen onları gerçekten zihninden tamamı ile atamayacaksın, tam olarak zihninin gerisinde, orada dışarı çıkmak ve seni karıştırmak için bekleyecekler.

HASTA: Sanırım öyle.

TERAPİST: Bu hafta, dikkatini dağıtan düşüncelerini durdurup en azından zaman bulup onun yerine gerçekten bu düşüncelerin üstünde çalışabilecek, onları değerlendirebilecek ve bu seansta öğrendiklerini uygulama konusunda istekli olabilecek misin, merak ediyorum?

HASTA:Tamam, deneyeceğim.

TERAPİST: Yapmaya olanak bulursan bir Düşünceni Kaydet, belki en kısa zamanda boş bir zaman bulabilirsin.

Hastalar belki, olumsuz duygusal deneyimlerden kaçınmak için dikkatlerini dağıtmayı kullanabilirler. Eğer acı verici durum kaçınılmaz ise ortaya çıkan duygu tamamen olağandır. Bu durumda hastaların dikkatlerini dağıtmaya gerek yoktur, üzücü bir durum hissettiklerinde insanlar acı çekerler, bu tamamen doğal bir durumdur. Bireyler sürekli dikkatlerini dağıtıyorlarsa bu önemli dersi öğrenemezler ve siz deneyimin etkisi hakkında onların korkularını test etmek için davranışsal deneyimler düzenlemeye gereksinim duyarsınız. 197. sayfadaki FARKINDALIK tekniğini onlara öğretmek çok yaralı olabilir (Beck & Emery, 1985), ki orada onlar kaygılarını kabul etmeyi, izlemeyi, kaygı ile eylemde bulunmayı, bu basamakları tekrarlamayı, en iyisini beklemeyi öğrenirler.

ETKİNLİK ÇİZELGESİNİ KULLANARAK DUYGUDURUM VE DAVRANIŞLARIN ÖLÇÜLMESİ

Etkinlik kartlarının kullanılması, yalnız bazı hastalar için planmış aktivitelerde değil, aynı zamanda onların duygu durumlarının çeşitli etkinliklerde izlenmesi ve örüntülerin izlenmesine de yardımcı olur. Örneğin anksiyete (kaygı) bozukluğu olan bir hasta çizelgedeki etkinlik listelerini ve anksiyetenin düzeylerini derecelendirme "0-10" (hafif, orta, şiddetli) ile doldurmalıdır. Bir hasta kronik bir şekilde tedirgin ya da öfkelidir onun için bir öfke ölçeği yapılmalıdır. Özellikle küçük ve orta etki değişimleri arasında fark görülmeyen ya duyguları kronik olarak aşırı olan ya da duygu düzeylerini göz ardı eden hastalar için böyle bir ölçek kullanmak, yararlıdır.

Hastaların problemli davranışları örneğin; tıkınırcasına yemek yeme, sigara içme, aşırı zaman harcama, kumar oynama, madde kullanma ve öfke patlamaları onların bütün etkinliklerinin ortaya çıkış örüntüsünü araştırmak için kaydedilmeli ya da sadece uyumsuz davranışları kaydedilmelidir.

GEVŞEME VE FARKINDALIK

Pek çok hasta gevşeme tekniğini öğrenmekten yararlanmıştır, detayları başka kaynaklarda belirtilmiştir (Benson, 1975; Davis, Eshelman & McKay, 2008; Jacobson, 1974). Gevşeme tekniğinin artan bir şeklide kasları gevşetme, imgeleme ve

kontrollü nefes almanın da dâhil olduğu birkaç türü vardır. Hastalar ticari olarak üretilen gevşeme kasetleri elde edebilir veya seanslar sırasında izleyen komutlardan onlar için bir kayıt yapabilirsiniz. Problemlerle ve onların etkisi ile uğraşırken seanslarda gevşeme tekniğini de öğretmelisiniz. Çok gergin ve kaygılı olan hastaların gevşeme egzersizlerinden mantığa aykırı görünen bir uyarılma etkisi deneyimleyebileceğini unutmayın (Barlow, 2002; Clark, 1989). Tüm tekniklerde olduğu gibi, hastaların gevşemeyi deneyimlemesi için gayret etmesini amaçlayın, o hem anksiyetenin azalmasına hem de endişeli düşüncelerin değerlendirilebilir olmasına yardımcı olur.

Bilinçli farkındalık tekniği, hastaların yargılamadan gözlem yapmalarına yardımcı olur; onların iç gözlemlerini kabul eder ya da onları değiştirmeye çabalar. Tekniklerin kısa bir özeti, özellikle teknikler hakkında daha geniş bilgi edinmek isteyenler bu bilgileri, Leahy'in (2010) kitabında bulabilir. Son zamanlarda psikiyatrik bozukluklar, tıbbi koşullar ve stresin de dâhil olduğu pek çok problem, bilişsel davranışçı terapi ile bütünleştiriliyor (Chiesa & Serretti, 2010a, 2010b). Farkındalığı daha geniş olarak incelemek için Hayes ve meslektaşlarının (2004), McCown, Reibel ve Micozzi (2010); Williams, Teasdale, Segal, Kabat-Zinn (2007) ve Kabat-Zinn'in (1990) kaynaklarına bakınız.

DERECELENDİRİLMİŞ ÇALIŞMA ÖDEVLERİ

Bir amaca ulaşmak için genellikle yol boyunca pek çok adımın başarılması gereklidir. Hastalar o anki küçük basamaklara bakmak yerine bir amaçtan ne kadar uzak olduklarına bakma eğilimindedirler. Adımların bir grafik olarak tasviri genellikle güven vericidir(bk. Şekil15.2).

TERAPİST: Sally, sen bir şey yapmak istediğinde, sadece sınıfta gönüllü konuşmayı düşünmek bile, seni gerginleştiriyor gibi görünüyor.

HASTA: Evet.

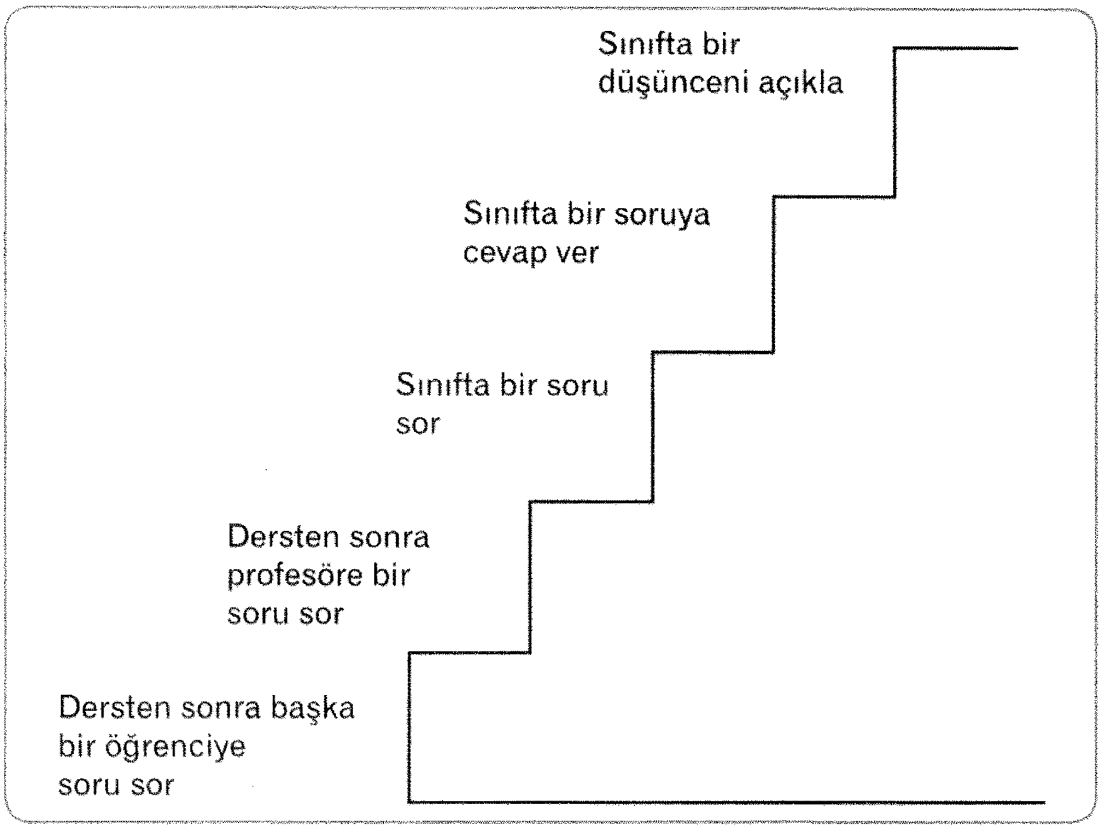
TERAPİST: Merak ediyorum, biz onu nasıl basamaklara bölebiliriz; örneğin, dersten sonra ya bir arkadaşına ya da profesöre sadece bir soru sorarak başlayabilir misin?

HASTA: Evet. Sanırım bunu yapabilirim.

TERAPİST: Bir sonraki adım ne olabilir (*Sally'e rahberlik ederek Şekil 15.2' deki mevcut basamakları tanımlamak*)?

TERAPİST: Sınıfta konuşmayı düşündüğünde, hâlâ o korkutucu görünüyor mu?

HASTA: Evet,biraz.



ŞEKİL 15.2. Hedefleri basamaklara ayır.

TERAPİST: (*Bir merdiven çizer.*)Tamam, burada neyi hatırlamalısın? Buradan aşağıya doğru inmeye başladın, biraz zor olan bir şey yapıyorsun, iki basamak sonrası ya da daha çok basamağı geçmeden önce, hemen sonraki basamağı gerçekten çok rahat geçiyorsun ve bu şekilde devam ediyorsun. Final basamağını denemeden önce, gerçekten çok kolay bir şekilde, sadece bir alttaki basmağa ulaştığını hatırla, tamam mı?

HASTA: Hı hım.

TERAPİST: Ama sen her zaman son (final) hedefi düşünüyorsun, özellikle şu an basamağın üzerinde olduğunu, bu merdivenden, o an sadece bir basamak gidebileceğini düşünmelsin. Bu merdiveni kendine nasıl hatırlatacaksın? Bu şekilde düşünmenin anksiyeteni azaltmaya yardımcı olacağını düşünüyor musun?

MARUZ BIRAKMA

Depresif ve endişeli hastalar sıklıkla bir baş etme stratejisinden kaçınma eğilimindedirler. Onlar belirli etkinliklerde umutsuz hissederler "İyi bir arkadaş aramanın bir yararı olmayacaktır." "Onlar beni görmek istemeyecektir." ya da "Korkarlar." "Bu etkinliği yaparsam bazı şeyler kötü olacak." Kaçınma oldukça açık bir şekilde

görülür (Örneğin; yatakta çok zaman harcar, öz bakım etkinliklerinden, ev işlerinden, sosyalleşmeden, getir götür işlerinden kaçınır.) ya da kaçınma çok göze çarpmayan bir şekilde olabilir (Örneğin; kişi göz teması kurmaktan, diğerlerine gülümsemekten, küçük bir konuşma yapmaktan ve görüşlerini gönüllü olarak açıklamaktan kaçınır.). Bu son kaçınmalar hasta için *güvenli davranışlardır* (Salkovskis, 1996); bu davranışın ardında hastanın "anksiyeteden kaçabileceği" inancı vardır. Kaçınma eğilimi, acil rahatlama getirse de o sorunun (daha çok güçlenmesine) kalıcı olmasına neden olur. Hastalar hatalı veri alırlar ve otomatik düşüncelerini kontrol etmek için seçenek oluşturamazlar.

Hastalar endişeli ve önemli ölçüde çekingen olduğunda, korktukları durumların üstüne gitmelerini sağlamak için güçlü bir nedeniniz olacaktır. Onlara, bir etkinliği tanımlamalarında yardımcı olun, bu etkinlik düşükten orta düzeye doğru rahatsızlık verici olsun ve her gün (uygunsa günde birkaç defa) onların anksiyeteleri belirgin düzeyde azalana kadar, onlardan en kolay basamaktaki etkinliği yapmalarını isteyin. Sonra bir sonraki basmaktaki etkinliği yapmalarını isteyin. Sonunda etkinliğin tamamını rahat bir şekilde yapana kadar yeni etkinliği sık sık tekrarlamaları konusunda cesaretlendirin.

Çeşitli baş etme tekniklerini kullanmadan önce onlarla tartışın. Uygularken ve her görevin sonunda da Düşünce Kayıtları, baş etme kartları ya da gevşeme egzersizleri gibi teknikleri tartışın. Özellikle çekingen hastalar için örtülü provalarla, (sayfa 303-305) hem sıkıntı verici otomatik düşünceleri hem de etkili bir şekilde yapılmayan ödevlerle ilgili bahaneleri betimleyin. Ek olarak hastalardan günlük işlerini yaparken hiyararşik etkilenme derecelerini gösteren "günlük bir gözlem formu" doldurmalarını isteyebilirsiniz, bu gözlem formunda tarih, etkinlik ve anksiyete düzeyi gösterilir ya da daha ayrıntılı olabilir (bk. Şekil 15.3).

Daha ayrıntılı gözlemde siz hastalardan öngörülerini kaydetmelerini isteyebilirsiniz sonra hastaların tahminleri doğru olmadığında, onu listeden çıkarırsınız (Bir görev, onlara doğru olmayan pek çok düşünceden daha fazlasını hatırlatır.). Agorafobik hiyerarşileri geliştirmek için kullanılan sürecin ayrıntılı açıklamaları çeşitli kaynaklardan bulunabilir (Örneğin; Goldstein & Stainback, 1987).

Tarih	Etkinlik	Öngörülen anksiyete düzeyi 0–100	Gerçekleşen anksiyete düzeyi 1–100	Öngörüler
4/4	Sınıfta soru sormak	80	50	Onu yapamayacağım. Ağzımdan hiçbir şey çıkmayacak. Kendimi aptal durumuna düşüreceğim.

ŞEKİL 15.3. İstek üzerine yapılmış gözlem.

Dobson ve Dobson (2009), etkili maruz kalma oturumları için olası hedefleri planlarını, maruz kalmanın etkisini azaltabilecek faktörleri açıklar.

ROL OYNAMA

Rol oynama, çeşitli amaçlar için kullanılan bir tekniktir. Bu bölüm boyunca rol oynamanın betimlemesi yapılacaktır. Rol oynama, otomatik düşünceleri ortaya çıkarır, uyumlu cevapları geliştirir, ara inançları ve temel inançları değiştirir. Rol oynama, öğrenmede ve sosyal becerilerin geliştirilmesinde yararlı olur.

Genel olarak bazı hastaların sosyal becerileri zayıftır ya da bir iletişim stili çok gelişmiştir ancak onların stili gereksinimlere göre uyarlanmamıştır. Örneğin; Sally, olağan sosyal konuşmalarda ve durumlarda, ilgi göstermede, empatik durumlarda makul bir şekilde iyi idi. Ancak onun, uygun girişimlerde bulunma konusunda becerisi çok azdı. O ve ben girişimde bulunma konusunda çok sayıda rol oynama pratiği yaptık.

HASTA: Ben profesörümle konuşmayı nasıl başlatacağımı bile bilmiyorum.

TERAPİST: Tamam, sen bu konuyu daha iyi anlamak için ondan yardım istiyorsun, doğru mu? Ona ne söylemek istersin?

HASTA: . . . Bilmiyorum.

TERAPİST: Tamam, bu konuda bizim rol oynamamıza ne dersin. Ben sen olacağım; sense profesörü oyna. Eğer istersen sen onu, mantıklı ya da mantıksız yani istediğin şekilde oynayabilirsin.

HASTA: Tamam.

TERAPİST- *ÖĞRENCİ*: Ben başlıyorum: Profesör X, bu konuyu bana açıklayabilir misiniz?

HASTA- *HOCA:* (*Tersleyerek*) Onu geçen hafta sınıfta açıkladım. Sen orada değil miydin?

TERAPİST-*ÖĞRENCİ*: Aslında, sınıftaydım. Ama o konuyu yeterince iyi anlayamadım.

HASTA- *HOCA*: O zaman, o bölümü kitaptan okumalısın.

TERAPİST-*ÖĞRENCİ*: O bölümü okudum. O da bana yeterince yardımcı olmadı. Şu an bu nedenle buradayım.

HASTA- *HOCA*: Pekâlâ,o konuda neyi anlamadın?

TERAPİST- *ÖĞRENCİ*: Bu bölüme gelmeden önce belirli bir soru hazırlamaya çalıştım; ancak onu nasıl ifade edeceğimi düşünemedim. Onu tanımlamak için bir iki dakika bana bilgi verir misiniz? Sonra ben, onu kendi kelimelerimle ifade edebilirim.

HASTA-*HOCA*: Biliyorsun, şu an çok zamanım yok. Neden sınıftan bir arkadaşına sormuyorsun?

TERAPİST-*ÖĞRENCİ*: Doğrudan size gelmeyi tercih ettim. Şu an sizin ofis saatiniz olduğu için geldim. Ama siz isterseniz Perşembe günü ofis saatinizde tekrar gelirim.

HASTA-*HOCA:* Bu çok basit bir konu, sınıftan başka bir arkadaşına sormalısın.

TERAPİST-*ÖĞRENCİ*: Önce sınıftan birine soracağım. Daha çok yardıma gereksinim duyarsam Perşembe günü geleceğim...Tamam, rol dışına çıkalım. Ne yaptığıma bakalım ve sonra rolleri değiştirelim.

Hastalara, sosyal becerileri öğretmeden önce onların sahip olduğu becerilerin düzeylerini değerlendirmelisiniz. Çünkü pek çok hasta tam olarak ne yapacağını bilir ancak bu bilgiyi kullanmada zorluk yaşar; çünkü onların işlevsel olmayan varsayımları vardır (örneğin; "Ben düşüncemi açıklarsam kendimi vurmuş olurum." "Ben kendimi ortaya koyarsam diğer insanlar beni incitebilir/çıldırtabilir/beni soyutlarlar."). Becerileri değerlendirmenin bir yolu, hastalarda olumlu bir sonucun olacağının varsayılmasıdır: "Araştırma görevlisinin sizinle konuşabileceğinden emin olsaydınız ne söylerdiniz?", "Profesörünüzün sizi aşağılayacağını ve bu konuda makul davranmayacağını bilseydiniz ne söylerdiniz?"

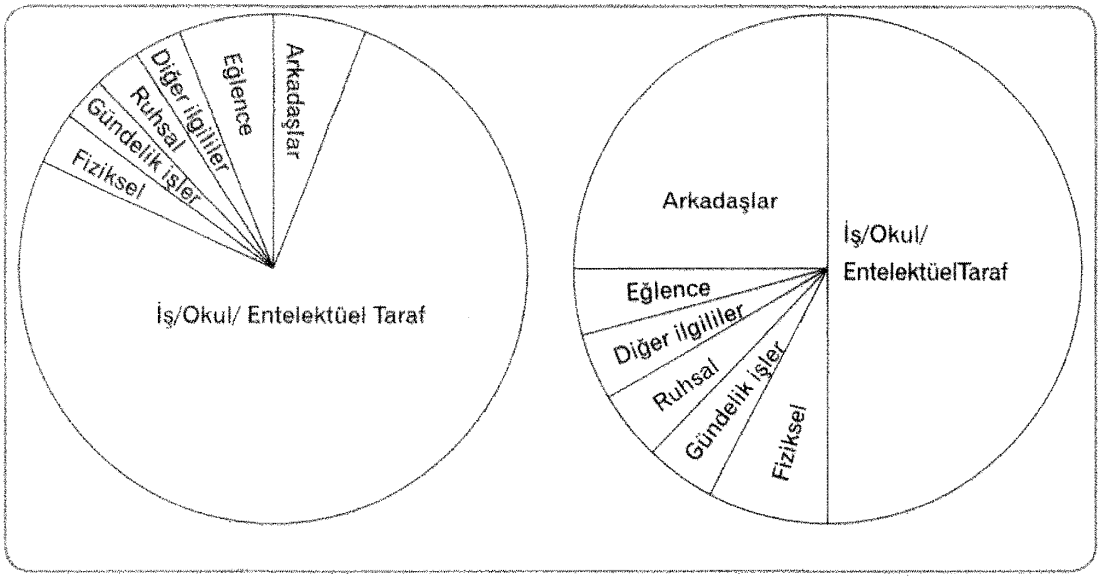
Başka bir gösterge de problemin işlevsel olmayan düşüncelerden çok beceri eksikliğinden ya da hastanın bu becerisini başka bir bağlamda kullanmasına karşın diğer bağlamlarda kullanamamasından kaynaklanabilir. Örneğin; hasta işte kendini oldukça uygun bir şekilde ortaya koyarken bunu arkadaşları ile yapamaz. Bu durumda kişinin kendini ortaya koyma becerisini rol oynayarak öğretmenize gereksinim yoktur (buna karşın siz yine de rol oynama tekniğini; hastanın kendini cesaretle ortaya koyarken otomatik düşüncelerini tanıması için ya da rol değişimi yaparak diğer insanların duygu ve düşüncesini öngörmesi için kullanabilirsiniz).

"PAY" TEKNİĞİNİ KULLANMAK

Düşüncelerini bir grafik formunda görmek hastalara çok yardımcı olur. Bir pay grafik pek çok şekilde kullanılabilir, örneğin; hastaların amaçlarını düzenlemelerine ya da belirli bir sonuç için göreli sorumluluk belirlenmelerine yardımcı olur, her ikisi de aşağıda gösterilmiştir (bk. 15. 4).

Amaçları Düzenlemek

Hastaların belirli problemleri ile ilgili güçlükleri olduğunda, onlar yaşamlarını değiştirmek isterler ya da yaşamlarının ne kadar dengesiz olduğuna ilişkin yeterli



ŞEKİL 15.4. Amaçları düzenlemede kullanılan pay grafiği.

iç görüleri yoksa zamanı gerçekten nasıl geçirdiğini ve ideal olarak nasıl geçirmek istediğini betimleyen bir grafikten yararlanabilirler.

TERAPİST: Yaşamının dengesinin çok bozuk olduğunu biliyorsun ama neyi değiştireceğini bilmiyorsun gibi görünüyor, değil mi?

HASTA: Evet, sanırım öyle.

TERAPİST: Onu anlamana yardımcı olacak pay diyagramını çizemeye ne dersin?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Birinci olarak, şu anki hayatın için bir diyagram çizeceğiz. Daha sonra ideal olanı çizeceğiz. Bu alanlarda gerçekten ne kadar zaman harcadığını düşün.

İş	Fiziksel olarak kendinize bakmak
Arkadaşlar	Ev işlerini yapmak
Eğlence	Ruhsal/ kültürel/ entelektüel olarak kendinize bakmak
Aile	
Diğer İlgiler	

TERAPİST: Şu anda bana kabaca bir fikir vermesi için her bölümde ne kadar zaman harcadığını gösteren bir pay grafiği çizer misin?

HASTA: (*Böyle mi?*)

TERAPİST: Tamam, sonra ideal dünyada onunla ilgili neyi değiştirirsin?

HASTA: İyi... Sanırım daha az çalışırım, muhtemelen daha çok eğlenmeye çalışırım. ... arkadaşlarımla daha çok vakit geçiririm, daha çok fiziksel egzersiz yaparım, böyle şeyler.

TERAPİST: Güzel. İdeal pay grafiği nasıl görünecek?

HASTA: (*"İdeal" pay grafiğini çizer.*) [Bir otomatik düşünceyi ifade eder.] Ama işle ilgili daha az zaman harcarsam şu an olduğumdan daha başarısız olacağımdan korkarım.

TERAPİST: Tamam, bu öngörünü yaz. Haklı olabilirsin. Şu an yaptığın iş miktarına her zaman geri gidebilirsin. Ya da yanılmış olabilirisin. Daha az iş yaparsan ve daha fazla eğeleneceğin şeyleri yaparsan, senin duygusal durumun daha iyi olabilir; duygusal durumun gelişirse daha iyi konsantre olman ve işte daha verimli olman mümkün olabilir mi? Bu konuda ne düşünüyorsun?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: Her durumda, biz senin öngörünü test edeceğiz ve ne olduğunu göreceğiz.

HASTA: Ben şu anda çok verimli çalışmıyorum ve bu gerçeği biliyorum.

TERAPİST: Bir kez daha az çalışmaya başlarsan daha iyi iş yapman mümkün olacak ve olumlu iletiler alacaksın böylece hayatına denge gelecek ve sonra her şey daha iyi olabilecek.

Bu tarz bir tartışma sonrasında, siz hasta ile daha özgül amaçlar oluşturmak için çalışacaksınız, onların harcadığı zaman ideale doğru değişecek.

Sorumlulukları Belirlemek

Başka bir teknikte hastaların sonuçların olası nedenlerini, hastanın grafik olarak görmesini sağlamaktır (bk. Şekil15.5).

TERAPİST: Sally, sınavdan C aldığın için yetersiz olduğuna ne kadar inanıyorsun?

HASTA: %100'e yakın.

TERAPİST: Merak ediyorum düşük not almanın başka nedeni olabilir mi?

HASTA:... Evet, sınıfta bazı şeyleri biz hiç kavrayamadık.

TERAPİST: Tamam, başka bir şey var mı?

HASTA: İki dersi kaçırdım, bu yüzden Lisa'nın notlarını almak zorunda kaldım, onlar da pek güzel değildi.

TERAPİST: Başka bir şey?

HASTA: Bilmiyorum. Bazı konulara çok çalıştım ancak onlar sınavda çıkmadı.

TERAPİST: Bu açıdan bakınca sınavda şansız olduğun görünüyor.

HASTA: Sınav için bazı şeylere çok çalıştım, sanırım yanlış tahmin yaptım.

TERAPİST: Daha iyi not almadığını açıklayan başka bir neden var mı?

HASTA: Hımmm. Herhangi bir şey düşünemiyorum.

TERAPİST: Herkesin sınavı iyi mi geçti?

HASTA: Bilmiyorum.

TERAPİST: Sınavın zor olduğunu söyleyebilir misin?

HASTA: Evet, oldukça zordu.

TERAPİST: Profesörün bu konuları iyi açıkladığını ve görevini iyi yaptığını söyleyebilir misin?

HASTA: Hayır, onun görevini iyi yaptığını düşünmüyorum. Daha çok okuduklarıma güvendim. Birkaç defa arkadaşlarımın da konuyu anlayamadıklarını, takip edemediklerini işittim.

TERAPİST: Merak ediyorum senin depresyonun ve anksiyeten konsantrasyonunda güçlük yaratmış olabilir mi?

HASTA: Kesinlikle.

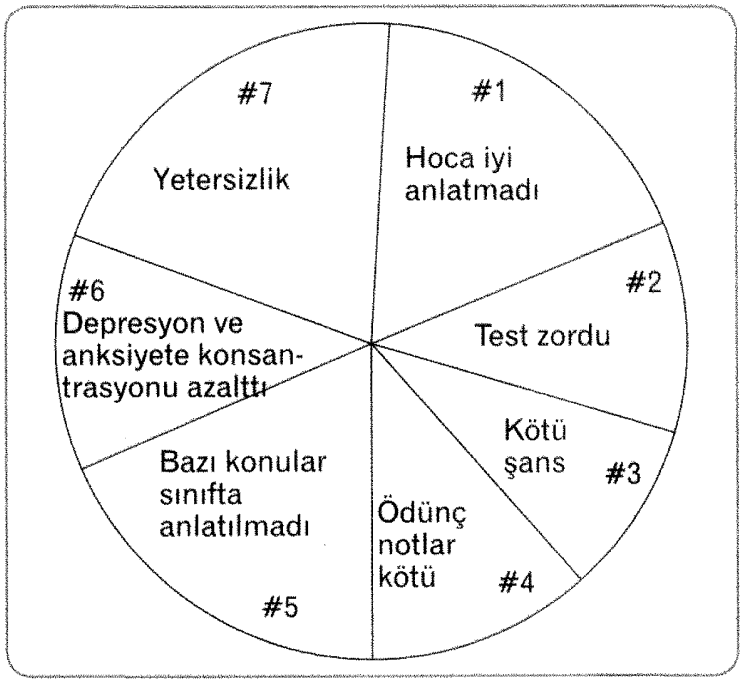
TERAPİST: Tamam, bütün bunlara grafik üzerinde bakalım. Senin sınavda niçin C aldığını açıklayan bölümleri, paylarına göre diyagram üzerinde göster. (1) profesör iyi öğretmedi, (2) test gerçekten zordu, (3) çalışacağın konuları iyi tahmin edemedin, (4)Lisa'dan aldığın notlar iyi değildi, (5) sınavdaki bazı konular sınıfta işlenmedi, (6) senin depresyonun ve anksiyeten konsantrasyonunu engelledi ve (7) aslında sen yetersiz birisin.

HASTA: (*Pay grafiğini doldurur* [Şekil 15.5].)

TERAPİST: Her bölümün payını birbirine yakın ayırdığın görünüyor. Şimdi sınavdan C aldığın için yetersiz olduğuna ne oranda inanıyorsun?

HASTA: Belki, %50'den az.

TERAPİST: İyi.Oran oldukça düştü.



ŞEKİL 15.5. Nedenlerin pay grafiğindeki etki oranları.

Alternatif açıklamalarına katkısını araştırdığınızda işlevsel olmayan, yaklaşık sonuçları hastalara sorun (bu vakada "Ben yetersizim."). En sona kaldığında onlar için bütün açıklamalar çok daha anlaşılır olacaktır.

BENLİK KARŞILAŞTIRMALARI VE KREDİ (ÖVGÜ) LİSTESİ

Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların, bilgi işleme süreci ile ilgili özellikle kendilerini değerlendirirken olumsuz önyargıları vardır. Onlar verilere dikkat ederken olumsuz olanları anlamlandırma, olumlu olanları yadsıma, indirim yapma ve hatta unutma eğilimindedirler. Ek olarak sıklıkla olumsuz karşılaştırmalar yaparlar: Onlar hâlihazırdaki benliklerinin nasıl olduğu ile hastalıktan önceki hâllerini ya da olmak istedikleri benlikleri ile ya da kendilerini hasta olmayan başkaları ile karşılaştırırlar. Olumsuza yönelik bu dikkat, onların çökkün durumlarını korumalarına ya da çöküntünün artmasına (sıkıntı ve tedirginliğe) neden olur.

Benlik Karşılaştırmalarını Değiştirmek

İzleyen konuşmalarda, Sally'nin olumsuz dikkatinin ve karşılaştırmalarının işlevsiz olduğunu görmesine yardım edeceğim. Sonra ona daha işlevsel karşılaştırmalar yapmasını (onun kendi benliği ile yanlış değerlendirme noktalarını görmesini) ve bir kredi listesi oluşturmasını öğreteceğim.

TERAPİST: Sally, kendi kendini oldukça aşağılıyor gibi görünüyorsun! Bu hafta övgüye (krediye) değer herhangi bir şey yaptın mı?

HASTA: Evet, Edebiyat ödevimi bitirdim.

TERAPİST: Başka bir şey var mı?

HASTA: Hımmm... Aklıma herhangi bir şey gelmiyor.

TERAPİST: Dikkatinden kaçan şeyler olup olmadığını merak ediyorum.

HASTA: Bilmiyorum.

TERAPİST: Örneğin, kaç derse girdin?

HASTA: Hepsine girdim.

TERAPİST: Kaç derste not tutun?

HASTA: Hepsinde.

TERAPİST: Onları izlemek kolay mıydı? Yoksa kendi kendini zorlayarak mı gittin, konsantre olabildin mi?

HASTA: O oldukça zordu. Ama bunu kolaylıkla yapmış olmalıydım. Muhtemelen başka kimse zorlanmadı.

TERAPİST: Yine kendi kendini başka insanlarla karşılaştırıyor gibi görünüyorsun. Bunu sık sık yapıyor musun?

HASTA: Evet, sanırım.

TERAPİST: Kendinle ilgili yaptığın bu karşılaştırma adil mi? Kendine karşı çok acımasız (sert) olmuyor musun? Örneğin; sen zatürre olsaydın, okula gitmek ve konsantre olmak için kendini zorlayabilecek miydin?

HASTA: Hayır o zaman yorgun olmak için geçerli bir nedenim olurdu.

TERAPİST: Kesinlikle. Şu anda geçerli bir nedenin olup olmadığını merak ediyorum. Belki kendini bir şey yapmak için zorladığında övgüyü hak ediyorsun. İlk seansta depresyonun semptomları hakkında konuştuğumuz zamanı hatırlıyor musun? Depresyonun, yorgunluğa, düşük enerjiye, odaklanma güçlüğüne, uyku ve iştah bozukluğuna vb. neden olacağını açıklamıştık.

HASTA: Hı hım.

TERAPİST: Bu yüzden kendini, depresyona rağmen bir şey yapmak için zorladığında, krediye değer bir şey yapmıyor musun?

HASTA: Onu hiç bu şekilde düşünmemiştim.

TERAPİST: Tamam, şimdi iki şeyin üstünden geçelim: Kendini, kendinle ya da başkaları ile karşılaştırdığında ne yapıyorsun; bu yolu izlediğinde nasıl bir kredi almaya layık olabilirsin? Tamam, kendini kendinle ya da başkaları ile karşılaştırdığında örneğin; "başka hiç kimsenin sınıfa gitmek ve not almak için zorlanmadığını" düşündüğünde senin duygu durumun nasıl olur?

HASTA: Oldukça kötü hissederim.

TERAPİST: Kendi kendine, odanda olduğunda "Şu an bir dakika bekle, bu karşılaştırma makul değil. Kendimi karşılaştırmamla ilgili ve derste konsantre olamamamla ilgili ve birçok yanlış noktamı görmek için bana izin ver." diye söylediğinde ne olur?

HASTA: Evet, o an yaptıklarımı daha iyi fark ederim.

TERAPİST: Ve duygu durumun daha mı kötü olur?

HASTA: Hayır, muhtemelen daha iyi olur.

TERAPİST: Bu karşılaştırmanı ödevinle de ilgili olarak yapmak ister misin?

HASTA: Hı hım.

TERAPİST: Tamam, çalışma sayfana şöyle yaz: "Kendimi depresif olmayan başka insanlarla karşılaştırdığımda yakala. Sonra; kendime, bu karşılaştırmanın makul olmadığını ve kendimi en kötü olduğum benlik durumumla karşılaştırmam gerektiğini hatırlat."

Hastaların, kendilerini, benlikleri ile karşılaştırdıklarında o an orada "istedikleri gibi olma" ile ilgili otomatik düşünceleri olabilir (örneğin; "bu bölümü kolayca okuyabilmeliyim" gibi) ya da o an, orada depresyondan önceki hâlleri gibi olmak isterler (örneğin; bunu kullanmak benim için oldukça kolaydı). Bu vakada onun en iyi olduğu noktaya göre değil ya da ne kadar yol kat etmesi gerektiğine değil; o an en kötü durumuna göre ne kadar gelişme gösterdiğine odaklanmasına yardım edeceğiz.

Hastaların en düşük noktalarından itibaren değişim başlatmalısınız:

TERAPİST: Kendini "benlik durumunla ya da başkaları ile ya da olmak istediğin yerdeki benlik durumunla karşılaştırarak" oldukça aşağıladığın görülüyor. Acaba, bu tür durumlarda var olan hedef listeni ve senin değişimine yardımcı olmak üzere birlikte geliştirdiğimiz bir planı kendine hatırlatman yaralı olabilir mi? Kendine ikimizin bir ekip olarak gitmek istediğin yere gitmen için birlikte çalıştığımızı, hatırlatırsan duygu durumun nasıl olur?

Kredi Listeleri

Kredi listeleri, olumlu şeylerin bulunduğu, hastanın yapıyor olduğu (zihinsel ya da yazlı) ya da krediyi hak eden ögelerin bulunduğu basit bir günlük listedir (bk. Şekil 15.6). İlk olarak bütün ödevlerin nedenlerini açıklarım:

TERAPİST: Sally, sana yardımcı olabileceğini düşündüğüm bir ödevini betimlemek isterim. Üzerinde konuştuğumuz ve kendini tekrar tekrar nasıl eleştirdiğine ilişkin düşüncelerinin olduğunu biliyorsun. "Daha iyi yapmış olmalıydım." ya da "Bu görevi iğrenç bir şekilde yaptım." şeklinde düşüncelerin olduğunda senin duygusal durumunda neler oluyor?

(Olumlu ya da biraz zorlanarak yaptığım şeyler ama bir şekilde onları yaptım.)

1. Belirttiğim gibi istatistik dersini takip ettim.
2. Ödevimi bitirdim ve profesöre mail attım.
3. Julie ile öğle yemeğinde görüştük.
4. Kimya ödevini teyit etmek için Jeremy ile konuştum.
5. Kısa bir uyku çekmek yerine, koşuya gittim.
6. Ekonomi kitabından 5 bölüm okudum.

ŞEKİL 15.6. Sally'nin kredi listeleri.

HASTA: Kötü hissediyorum.

TERAPİST: Doğru ve daha iyi şeyler yapmaya başladığına dikkat ettiğini düşündüğünde neler olur?

HASTA: Muhtemelen daha iyi hissederim.

TERAPİST: Tamam, ben zatürre ya da depresyondan dolayı yorgun olsam ama bir şekilde ilerlesem ve yataktan çıksam, işe gelsem, hastalarımı görsem, onlara mail göndersem vb. bu davranışlarımın krediye değer olduğunu söylesem, bunun benim için makul olduğunu söyleyebilir misin?

HASTA: Elebette.

TERAPİST: Hatta bunları her zamanki gibi iyi yapamasam bile?

HASTA: Evet, kesinlikle.

TERAPİST: Çünkü sanırım, ben onun yerine yatakta kalabilirdim ve kafama örtüleri çekebilirdim.

HASTA: Doğru.

TERAPİST: Şimdi, aynı şeyleri sana uygulayalım mı? Sen ilerlemelerin için krediyi hak ediyor musun?

HASTA: Sanırım öyle.

TERAPİST: Biliyor musun, seansın dışında kendi kendine krediyi hak ettiğini düşünmeni hatırlamak muhtemelen zordur. Bunun için krediyi hak ettiğinde, kredi listesine hemen yazmanı öneriyorum. Bunun için ne düşünüyorsun?

HASTA: Onu deneyeceğim.

TERAPİST: (*Seansta ödevlerin başında*) Bunlar, senin için tamamsa şimdi kredi listesi ile başlayalım, onu nasıl adlandırmak istiyorsun— "kredi listesi" ya da başka bir şey?

HASTA: Kredi listesi olarak adlandırmak iyidir.

TERAPİST: İyi. Tam olarak ya yaptığın olumlu şeyleri ya da "Bugün ne yaptın?", biraz zorlansan bile "Bir şekilde yaptım." dediğin şeyleri kendi kendine düşün ve listene ekle.

HASTA: Tamam (*Talimatları yazar.*).

TERAPİST: Bugün başlayalım. Hâlihazırda bugün ne yaptın?

HASTA: (*O konuşurken yazar.*) Bakalım, bugün istatistik dersine gittim... Onu izlemek benim için zordu ancak bir şekilde başardım... Ödevimi bitirdim ve profesöre mail attım... Oda arkadaşımla öğle yemeğinde bizim hakkımızda konuştum...

TERAPİST: Güzel bir başlangıç. Her gün bunu yapma konusunda ne hissediyorsun?

HASTA: Olumlu.

TERAPİST: Zannederim, hatırladığın şeyleri hemen yazmak on defa hatırlamaktan daha iyidir. Eğer yapamazsan, en azından öğle yemeğinde, akşam yemeğinde ve yatmadan önce onları yazmayı dene. Düşün, bunları yapabilir misin?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Niçin bu ödevi yapmaya gereksinim duyduğunu yazmayı düşünür müsün?

HASTA: Hayır, hatırlayacağım. Güzel şeyler yapmak benim odaklanmamı sağlar ve bana iyi hissettirir.

Kredi listesinin tedavinin erken zamanlarında tamamlanması ve Temel İnanç Çalışma Sayfası için olumlu verilerin ortaya çıkarılması hastanın sonraki görevler için hazır olmasına yardımcı olur (Bölüm 11).

Özet olarak, çok fazla bilişsel ve davranışsal teknik vardır; bu bölümde onların en yaygın olanlarından bazıları betimlendi. Okuyucuların teknikleri başka kaynaklardan da okuması önerilmektedir.

Bölüm 16



İMGELEME*

Pek çok hasta, otomatik düşüncelerini zihninde yalnız söylenmemiş kelimler olarak değil, aynı zamanda zihinsel resimler (imgeler) olarak da deneyimler (Beck & Emery, 1985). Sally: "Sınıf arkadaşlarımdan derste tuttukları notları fotokopi çektirmek için istersem kendilerini sömürdüğümü düşünecekler" diye düşündü. Ben sorgulayarak Sally'nin bu düşünce deneyimini belirledim. O aynı anda sınıf arkadaşının yüzünde bir irrite olma hâli olacağını zihninde canlandırdı. Bu görüntü, bir otomatik düşüncenin imgesiydi.

Bu bölümde, hastalara eş zamanlı imgelerin nasıl tanınacağı öğretilecek ve tedavi müdahalelerinin eş zamanlı ve imgesel uyarımlarla nasıl yapılacağı gösterilecektir. Bazı hastaların pek çok görsel imgeleri olmasına karşın onların pek azı bunu açıklar. Onlara imgelerini sorsanız, hatta tekrarlasanız bile bazen onları ortaya çıkarmada bile yetersiz kalacaklardır. İmgeler genellikle oldukça kısa ve sıklıkla üzücüdür. Bu üzücü imgeler hastada sıkıntı ve acının sürmesine neden olabilir, hastalar bu imgeleri hızla zihinlerinden atarlar.

İMGELERİN BETİMLENMESİ

Siz hastaların olası imgesel düşünce formaları ortaya çıktığında dikkatli olmaya gereksinim duyarsınız, hastaların az bir bölümü imgelerini kendiliğinden açıklar ve bazıları hatırlatıldığında bile onları tanımlamakta güçlük çeker. İzleyen terapi konuşmalarında, Sally'nin kendiliğinden gelen imgelerinin otomatik düşünce kelimeleri ile eş zamanlı olarak var olup olmadığını belirlemeye çalışacağım.

---

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

TERAPİST: Bu yüzden "bu yarı zamanlı işin üstesinden gelemem" diye düşündün" ve üzgün hissettin?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Merak ediyorum, o düşüncede olduğun zaman, zihnine bir resim geldi mi?

HASTA: Ne söylediğinizden emin değilim.

TERAPİST: Bir görevi "başaramayacak" gibi bir resim, görüntü.

HASTA: Sanırım kendimle ilgili gözümde canlanan resimde; gecenin geç saatlerinde odama doğru kendi başıma, karma karışık ve iyice ezilmiş bir biçimde yürüyorum.

TERAPİST: Başka bir şey?

HASTA: Sırtımda çok ağır bir yükle oldukça yavaş yürüyorum, tamamı ile tükenmiş hissediyorum.

TERAPİST: Tamam. İşte o resim ya da hayal, biz onu bir imge olarak adlandırıyoruz.

Hastalar bağlamı yakalamakta zorlandıklarında terapist, yalnız o zaman "imgeyi" kullanır. Zihinsel resim, gündüz rüyası, fantezi, hayal ve bellek onun benzerleri olarak kullanılır. Sally, bir imgesini açıklamakta başarısız olduğunda ben bu farklı kelimeleri kullanmayı denemeliydim ya da ona yardım ederek onun yarattığı bir imgeyi seçmesine yardım etmeliydim (eğer terapi oturumundaki hedef onun imgeleri tanımasına yardım etmek ise). Bir nötr ya da olumlu imgenin ortaya çıkmasını sağlamalıyım "Benim için evinizin dışının nasıl olduğunu betimleyin" ya da "Binanın içine doğru yürüdüğünüzü imgeleyin. Ne görüyorsunuz?"). Ya da aşağıda olduğu gibi acıya neden olan bir durumdaki imge üstünde çalışmalıyım:

TERAPİST: Hayal et, profesörden yardım istediğinde onun görüntüsünü hayal et, o mutlu muydu?

HASTA: O resmin nasıl göründüğünü gözümde canlandıramıyorum.

TERAPİST: [Sally'nin çok özgül düşünmesine yardım etmek için] O resmi şimdi gözünde canlandırır mısın? Onun görüntüsüne doğru gider misin? Ona bir şekilde yaklaştığın zamana?

HASTA: Muhtemelen salı günü. Salı günü onun görüşme saati var.

TERAPİST: Bu yüzden o ofiste mi olacak?

HASTA: Evet.

TERAPİST: O binanın neresinde?

HASTA: Bennett Hall.

TERAPİST: Tamam, şimdi o resmi gözünde canlandırır mısın? Salı günü, Bennett Hall'e geliyorsun . . . Onun ofisine giriyorsun. . . . Onu zihninde görüyor musun? Kapı açık mı ya da kapalı mı?

HASTA: Kapalı.

TERAPİST: Tamam, şimdi kapıyı vurduğunu görüyor musun? Senin kapıyı vurduğunu işitince o ne diyor.

HASTA: O, "Girin, diyor." (*Profesörün sert sesini taklit ediyor.*)

TERAPİST: Tamam, içeri girdiğini görüyor musun? Profesörün yüzü nasıl görünüyor?

HASTA: Onun kaşları çatık.

TERAPİST: Sonra ne oluyor? (*Sally ve ben en çok acı veren imgeye gittik.*) Tamam, şu anda görüntülediğin bu sahneye biz "imge" diyoruz. Bu hafta onu görmeye gittiğinde böyle bir görüntü olacağını düşünüyor musun?

HASTA: Belki . . . Emin değilim.

TERAPİST: Üzüldüğünü fark ettiğinde, otomatik düşüncelerine bakarken, böyle bir görüntü aramaya ne dersin?

HASTA: Tamam.

HASTALARA İMGELERİ HAKKINDA EĞİTİM VERMEK

Bazı hastalar imgeleri tanımlayabilir ancak bunları açıklayamaz çünkü onların imgeleri acı vericidir. Onlar yeniden acı verici veya korku deneyimini yaşama konusunda isteksizdirler. Onların rahatsız olduğunu gözleyebilirsiniz. Böyle bir senaryodan kuşkulanırsanız, imge deneyimlerini normalleştirin.

TERAPİST: Sally, senin imgelerinin olup olmadığını bilmiyorum. İnsanların çoğunun, imgeleri vardır ancak onlar genellikle duygularının, daha çok farkındadır; sonra imgeleri duygularına eşlik eder. Bazen imgeleri oldukça gariptir ancak imgelerin bütün türleri oldukça geneldir—üzüntü, korku, hatta bazıları şiddet içerir. Tek sorun imgeler için garip olduğunu düşünmendir. Son zamanlarda var olan imgelerden herhangi birini anımsayabilir misin?

HASTA: Hayır, sanmıyorum.

TERAPİST: Tamam, bu hafta duygusal durumunda bir değişiklik fark ettiğinde imgelere dikkat etmen konusunda anlaştık. İmgeler acı verici olursa onlarla ne yapacağını, sana öğreteceğim.

Hastaların imgeler hakkında gerilimini azaltmak, eğitim vermek onların anksiyetelerini azaltır ve imgelerini tanımasını kolaylaştırır. İzleyen terapi konuşmala-

rında Sally'e imgelere tepki vermesini, onları ifade etmesini ve acı verici durumlar üzerinde kontrol kazanmasını göstereceğim.

Siz hastalara, onlar imgelerini belirleyene "yakalayana" değin gayretli olmalarını öğretmelisiniz. Pek çok hasta başlangıçta imgelerin farkında değildir ve pek çok terapist birkaç denemeden sonra bu teşebbüsünden vazgeçer. Hasta bir durumu tanımlarken kendinizde görsel bir imge yakalarsanız; imge için hastanızda var olan deneyimi daha derin düzeyde araştırmak amacı ile yakaladığınız imgeyi ipucu olarak kullanabilirsiniz.

TERAPİST: Sally, oda arkadaşının tepkisinden nasıl korktuğunu tanımlayabilir misin, onu tanımıyorum ama zihnimde bir resim var. Onun gürültüsü ile ilgili problemi getirdiğin zaman, onun nasıl baktığı ile ilgili bir imgen var mı?

KENDİLİĞİNDEN GELEN İMGELERE TEPKİ VERME

Hastaların acı veren imgeleri olduğunda onlara öğretebileceğiniz birkaç strateji var. İlk yedi teknik hastaların acılarını ve sıkıntılarını azaltmalarına, duruma farklı şekilde bakmalarına yardım edecektir; son teknik ise onların başka bir şeye odaklanarak, sıkıntılarını geçici bir süre ertelemelerine yardımcı olacaktır.

İmgelerin Tamamlamasını İzleme

Genellikle bu teknik en yararlı tekniktir. O size ve hastalara, onların sorunlarını daha iyi kavramsallaştırmada yardımcı olur, imgelerinin bilişsel olarak yeniden yapılandırılmasına yol açar ve onları rahatlatır. Siz hastalarınızı, görsel bir imgede kendiliğinden iki şey ortaya çıkana kadar; ya hastanızın imgesi kriz süresince ve iyi hissedene kadar ya da onun imgesi, ölüm gibi en kötü sona ulaşana kadar imgelerini sürdürmeleri için onları cesaretlendirmelisiniz (İkinci durumda, en kötü felaketin korkulan sonuçlarını öğrendikten ve anlamını keşfettikten sonra, daha uygun bir şekilde müdahale edebilirsiniz.). Hastanın imgeleri özel bir zorluğa doğru gitmiyorsa birinci terapi konuşması birinci senaryoyu gösterir.

TERAPİST: Tamam, Sally imgeyi yeniden zihnine getirebilir misin? İmgen olabildiğince canlı olduğunda bana yüksek sesle söyle.

HASTA: Ben hâlâ sınıfta oturuyorum. Profesör sınav kâğıtlarını dağıtıyor. Ben sorulara bakıyorum. Benim zihnim bulanıklaşıyor. İlk soruyu okuyorum. Bana hiçbir şey ifade etmiyor. Benim dışımda herkes, birşey yazmakla meşgul. Ben "Felç olduğumu, başarısız olacağımı" düşünüyorum.

TERAPİST: Ve hissediyorsun . . . ?

HASTA: Gerçekten, gerçekten endişe.

TERAPİST: Başka bir şey oluyor mu?

HASTA: Hayır.

TERAPİST: Tamam [psikoeğitim veriyoruz]. Bu çok tipik. Zihnin bulanıklaşmıştı ve felç olmuş gibi hissettiğinde, imgeni çok kötü bir noktada, durdurdun. Şimdi senden, daha sonra ne olduğunu imgelemeni istiyorum.

HASTA: Hmmm. Emin değilim.

TERAPİST: Tamam, bir saat boyunca böyle kalacak mısın?

HASTA: Hayır, sanmıyorum.

TERAPİST: Sonra ne olacağını zihninde canlandırır mısın?.. Etrafına baktığında diğer öğrenciler senin gerçekten felç olduğunu görüyorlar mı?

HASTA: Hayır, sanmıyorum.

TERAPİST: Sonra ne olduğunu görüyorsun?

HASTA: Yeniden sınav kâğıdıma bakıyorum ama odaklanamıyorum.

TERAPİST: Sonra ne oluyor?

HASTA: Kör olmuş gibiyim. İlk soru bana hiçbir şey ifade etmiyor.

TERAPİST: Tamam, sonra ne oluyor?

HASTA: İkinci soruya geçiyorum. Onun cevabından emin değilim.

TERAPİST: Sonra ne oluyor?

HASTA: Bir şeyler bildiğim soruyu bulana kadar gitmeye devam ediyorum.

TERAPİST: Sonra ne oluyor?

HASTA: Sanırım cevabını yazıyorum.

TERAPİST: Cevabını yazarken kendini görüyor musun?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Güzel. Sonra ne oluyor?

HASTA: Bir şeyler bildiğim başka bir soruyu bulana kadar gitmeye devam ediyorum.

TERAPİST: Sonra ne oluyor?

HASTA: İlk sorulara tekrar dönüyorum, bir şeyler yazamaya çalışıyorum.

TERAPİST: Güzel. Sonra ne oluyor?

HASTA: Tamam, sonunda olabildiği kadar cevaplıyor ve sınavımı bitiriyorum.

TERAPİST: Sonra ne oluyor?

HASTA: Kâğıdı uzatıyorum.

TERAPİST: Sonra ne oluyor?

HASTA: Sanırım sonra diğer dersime gidiyorum.

TERAPİST: Sonra ne oluyor?

HASTA: Sıraya oturuyorum, defterimi çıkarıyorum.

TERAPİST: Ve şimdi imgeyi nasıl hissediyorsun?

HASTA: Hâlâ çok net değil. Sınavımın nasıl geçtiğini bilmiyorum.

TERAPİST: Başlangıçta hissettiğin her şey bulanık ve felç olmuş gibi hissettiğinden, daha iyi hissediyor musun?

HASTA: Evet. Çok daha iyi.

TERAPİST: İyi. Ne yaptığına bakalım. İlk olarak, sana acı veren imgeyi tanıdın, en kötü noktada kendini durdurdun. Sonra gerçekçi ve daha iyi hissettiğin bir noktaya gelene kadar imgeyi sürdürdün. Bunu, "imgenin tamamlanmasını izlemek" diye adlandırıyoruz (*Bekler*). Bu tekniği uygulamanın yardımcı olacağını düşünüyor musun?

Bir önceki örnekte, hasta çok kolay bir şekilde makul bir sonucun tanımını yapabildi. Bazı vakalarda terapist, sahneyi değiştirmek için öneriler yapma gereğini duyar:

TERAPİST: Sonra ne olduğunu gözünde canlandırabiliyor musun?.. Etrafına baktığında diğer öğrenciler gerçekten senin felç olduğunu fark ettiler mi?

HASTA: Bilmiyorum. Ben felç olmuş gibi *hissettim.*

TERAPİST: Sonra ne olduğunu görüyorsun?

HASTA: Bilmiyorum. Sadece orada oturduğumu ve felç olduğumu hissediyorum.

TERAPİST: Kendi hareketlerine ve etrafına bakmak ister misin? Küçük bir sandalyedesin, nefes alıyorsun ve pencereden etrafa bakıyorsun.

HASTA: Hı hım.

TERAPİST: Gerginliğini gidermek için boynunun arkasını ovmak ve gerinmek ister misin?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Tamam, şimdi bildiğin soruları bulana kadar sınav sorularını okumaya hazır mısın?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Gelecek imgenin nasıl olmasını istersin? Bunu gözünde canlandırabilir misin?

HASTA: Kolay bir soru bulmak istiyorum.

TERAPİST: Gelecek imgenin nasıl olmasını istersin?

Burada Sally'e yardım etmek için imgesindeki yeni ögeleri tanıtıyorum. Onun "acı verici durumdan çıkması için" imgesinde ne olmasını istediğini tekrar tekrar soruyorum. O kendi kendine imgeyi sürdürene kadar sormaya devam ediyorum.

Yukarda bahsedildiği gibi bazen hastalar en kötü sahneyi, sıklıkla bir felaketi imgelerler. Sonra terapist sorular sorarak felaketin anlamını belirler ve uygun şekilde müdahale eder. Bu durum farklı bir hastada (Marie'de) açıklandı:

TERAPİST: Tamam, Marie, kendinin arabanın içinde demiryolu köprüsünün korkuluklarına doğru sürüklendiğini görüyorsun. Şimdi zihninde, yapabildiğin kadar resmi netleştirelim. Sonra ne oluyor?

HASTA: Gittikçe yaklaşıyor. O tamamen parçalanıyor (*Yumuşak bir şekilde ağlar.*).

TERAPİST: (*Şefkatle*) Sonra ne oluyor?

HASTA: (*Ağlar*) Araba tamamı ile eziliyor.

TERAPİST: (*Yumuşak bir şekilde*) Ya sen?

HASTA: (*Ağlıyor*) Ben ölüyorum.

TERAPİST: Sonra ne oluyor?

HASTA: Bilmiyorum. Geçmişi göremiyorum (*Hâlâ ağlıyor*).

TERAPİST: Marie, biraz daha gidersek sana yararlı olacağını düşünüyorum. Bir araba kazasında ölmenin en kötü yanı ne?

HASTA: Benim çocuklarım. Annesiz kalacaklar. Onlar tam bir yıkıma uğrayacaklar (*hıçkırarak ağlıyor*).

TERAPİST: (*Bir dakika bekler.*) Onlarla ilgili bir imgen var mı?

Bu örnekteki "imge tamamlamasını izleme" bir felaket düşüncesine yol açtı. Felaketin özgül anlamını belirlemek için çok nazik bir şekilde sorguluyorum. Bu bölümde bir sonraki örnekte bu tür problemlerle uğraşırken uyarlanmış imgelerle ilerlemeyi sağlayacak bir yol gösterilecektir. Bu vakada hasta, çocuklarının cenazede tamamen yıkım içinde olduğunu hissettiği yeni imgesini açıklar. Bir kez daha hasta en kötü noktada görüntüyü keser (Terapistin hastanın yıllar sonraki çocukları ile imgesini nasıl iyi bir hâle dönüştürdüğünü görmek için sayfa 292–293'teki örneğe bk.).

Özet olarak, olası iki sonuçta bir imgenin tamamlanması izlendi. İlk vakada problem en sonunda çözüldü ve hasta rahatladığını hissetti. İkinci vakada, sorun bir felakete doğru gitti, bu noktada hastaya imgenin anlamı için ya da imgenin en kötü parçası hakkında soru sormalısınız ki bu, yeni problemi ortaya çıkarmanıza yardımcı olur. Bu bölümde daha sonra hastanın uyarlanmış başa çıkma imgesini görebilirsiniz.

Zamanın İlerisine Atlamak

Bu zamanlarda, bir imgenin tamamlamasını izleme etkisiz olur çünkü hasta imgesinde pek çok engel bulunur ya da içinde acı veren olayların etkisi henüz bitmemiştir. Bu durumda hastalara, bazı noktaları yakın zamanda imgelemeyi önermelisiniz.

TERAPİST: [Özetleyerek] Tamam, Sally bu ödeve başlamayı imgelediğinde, onun ne kadar zor olduğunu, ne kadar çok efor harcadığını ve onunla ne kadar büyük problemin olduğunu görüyorum. Gerçekçi olursak bu ödevi sonunda bitirebileceğini düşünüyor musun?

HASTA: Evet, muhtemelen. Yine de uzun süre, gece gündüz üstünde çalışmak zorunda kalacağım.

TERAPİST: Zamanın ilerisine geçmeye ne dersin? O ödevi bitirdiğini hayal et. Bu resmi gözünde canlandırabilir misin? O neye benziyor?

HASTA: Tamam, sanırım onu kendi kendime okuduğumu görüyorum. Ve son düzeltmeyi yapıyorum. Sonra onu profesöre e-mailler gönderiyorum.

TERAPİST: Bir dakika bekle. Bu imgenin detayları için biraz yavaşlayabilir misin?

HASTA: Tamam. Yurttaki odamda masamda oturuyorum. Sabahın ikisi gibi. Gözlerimi zorlukla açık tutuyorum ama 1. sayfadan ön sözden başlıyorum. Birkaç yanlış buluyor, onları düzeltiyorum sonra o dosyayı kaydediyorum (save ediyorum). Mailimi açıyorum ve onu profesörüme gönderiyorum.

TERAPİST: Şimdi bu imge ile ne hissediyorsun?

HASTA: Rahatlama. . . Sanki omuzumdan bir yük kalkmış gibi. Hafiflemiş.

TERAPİST: Tamam, biz ne yaptığımızı gözden geçirelim. Bu ödev üzerinde çalışmakla ilgili kendi kendine bir imge başlattın ve çok imgen var, çok fazla problem gördün, çok fazla endişelendin. Sonra zamanın ilerisine geçtin ve kendini ödevini bitirmiş gibi gördün. Ödevini bitirmiş gibi görmen sana çok iyi hissettirdi. Bu teknikle — zamanın ilerisine geçmekle ilgili birşeyler yazmaya ne dersin—böylece evde de pratik yapabilirsin.

İmgede Baş Etme

Başka bir teknik de hastaya rehberlik yapmaktır böylece hasta zor bir durumla baş ettiğini imgeleyebilir ve onlar bu durumu kendiliğinden öngörebilir.

TERAPİST: [Özetleyerek] Yani senin, gönüllü öğretmen olarak öğrencinle [ilkokul] kütüphanesine doğru yürüyen bir imgen vardı ve sen tamamı ile kaybolmuş gibi hissediyordun? Sonra çocuk hareket etmeye, gürültü yapmaya başladı ve sen onun tamamen kontrolden çıktığını hissettin?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Böylece bir kez daha kendini bir imgende, en yanlış noktada çıkardın.

HASTA: Sanırım öyle yaptım.

TERAPİST: Problem ortaya çıkarken onunla nasıl baş edileceğinin imgesini görmek için bu imgeye tekrar gidebilir miyiz?

HASTA: Tamam, ilk olarak çocuk kütüphanenin kapısını çarptığında ona "hişt, içerde başka bir sınıf var, yavaş ol" diyorum.

TERAPİST: Daha sonra ne oluyor?

HASTA: O kitaplar döndürmeye başlayor.

TERAPİST: Peki sen ?..

HASTA: Sanırım, ben onun ellerini alıp masada nasıl duracağı konusunda ona rehberlik yapıyorum.

Diyalog hasta imgesinde, olayla baş edene kadar bu şekilde devam ediyor. Gerekli olursa onlara çözüm araçlarında yardımcı olmak için soru sorarak yol gösterebilirsiniz ("Onu bu şekilde imgelemek ister misin?.."). Ayrıca onlara terapide öğrendikleri araçları, kendi başlarına kullanmalarını imgelemeleri için rehberlik edebilirisiniz; örneğin, baş etme kartlarını okumak, nefes almalarını kontrol etmek ve kendi kendilerine sesli olarak komut vermek gibi.

İmge Değiştirme

Başka bir teknik, kendiliğinden gelen imgeyi, yeni bir imge ile değiştirmeyi hastalara öğretmektir. İmgeyi değiştimek onların sıkıntılarını hafifletir. İlk örnek gerçekçi bir değişimdir, ikincisi ise "sihirli" değişimdir.

HASTA: Bu sabah ilkbahar tatilim hakkında düşünüyordum. Eve gidemeyeceğimi ve orada kalmak zorunda olacağımı düşündüm. Bu yüzden gerçekten kötü hissettim.

TERAPİST: Böyle olacağına ilişkin bir imgen var mıydı?

HASTA: Ben odamda yalnızım ve kendi başıma masamda oturuyorum, birden her şey üzerime yığılıyor, gerçekten çok kötü hissediyorum.

TERAPİST: Başka bir şey?

HASTA: Hayır, tam bir sessizlik var. Yurt terk edilmiş.

TERAPİST: Bu imge sana ... hissettiriyor.

HASTA: Üzüntü. Gerçek bir üzüntü.

TERAPİST: Sally, bu imgede hiçbir insafın yok. İstersen onu değiştirebilirsin. Bir sinema direktörü gibi: Onun yerine ne olmasını istiyorsun, karar ver. Onu sihirli bir şekilde değiştir... O şey gerçekten olmamış gibi. Ya da daha gerçekçi bir imge ile değiştirebilirsin.

HASTA: Bunu nasıl yapacağımı anladığımdan emin değilim.

TERAPİST: Tamam, masada oturuyorsun, sonra ne olmasını *dilersin*?

HASTA: Benim en iyi arkadaşımın beni telefonla aramasını ya da yurtta dolaşan daha çok insan olmasını ve bazılarının gelip kapımı çalmasını ve birlikte yemeğe gitmek isterdim.

TERAPİST: Başka bir senaryo?

HASTA: Belki, kampüsteki softball gibi bazı etkinlikleri izlemeye ya da oynamaya giderim.

TERAPİST: Bunların hepsi güzel sonlar. İmgenin bu şekilde sonladığını düşündüğünde nasıl hissediyorsun?

HASTA: Çok iyi. Bunların gerçekleşeceğini nasıl bileceğim?

TERAPİST: Tamam, birinci olarak sen sonunda masanda oturup ağladığında da biz *imgenin* gerçekten böyle olacağını bilmiyoruz, o sadece sana şimdi gerçekten üzgün hissettiriyor. İkinci imgen, arkadaşının telefonla araması ya da yurtta kapının çalması ya da kampüse gidip etkinliklere katılmak gibi daha iyi bir sonun orada nasıl olacağı hakkında konuşabiliriz.

Vakadaki imgeyi değiştirerek problemin çözümünde daha üretken tartışmalar yapabiliriz. Doğadan daha çok "sihirli" bazı imgeler, değişim için ödünç alınır. Bu şekilde değişen imgeler genellikle sıkıntının azalmasını sağlar ve hastanın daha üretken davranmasına izin verir. İzleyen örnekte olduğu gibi:

TERAPİST: [Sally'nin kelimelerini kullanarak özetler] Senin bir imgen vardı, çok uzun boylu profesör ayakta duruyor ve sana tepeden bakıyordu, kaşları çatılmıştı, çok örseleyici konuşuyor, ayaklarını yere vuruyor, otoriter davranıyordu ve bu imge seni endişelendiriyordu.

HASTA: Evet.

TERAPİST: Bu imgeyi değiştirmek ister misin? Onu farklı bir şekilde imgelemek ister misin?

HASTA: Nasıl?

TERAPİST: Bilmiyorum . . . O bana bir çeşit öfke nöbeti geçiren 3 yaşındaki çocuğun hâlini hatırlatıyor; o iyice küçülüyor ama hâlâ kaşları çatık ve hâlâ ayaklarının yerde olduğunu, ayakların yere vurduğunu imgeleyebilir misin?

HASTA: (*Gülümser.*) Evet.

TERAPİST: Onunla ilgili ayrıntıları tanımlayabilir misin (*Hasta yapar.*)? Şimdi nasıl hissediyorsun? Endişeli mi?

HASTA: Hayır, çok daha az.

TERAPİST: Sen ondan randevu almak için yeterince zorladın, onunla randevuna gidecek misin?

HASTA: Evet, sanırım.

TERAPİST: Tamam, ne yaptığımızı bir gözden geçirelim. Biz senin profesörle ilgili sahip olduğun imgenle başladık. O imge çok endişe verici görünüyordu ve sen onu durdurdun, neye ihtiyacın olduğunu belirledin ve ondan bir randevu ayarladın. Sonra imgeni değiştirerek onu kontrol altına aldın ve anksiyeten azaldı, onunla görüşmeye gitmek için kaygın uygun bir düzeye indi. Biz buna "imgenin değiştirilmesi" tekniği diyoruz.

İmgenin Gerçekliğinin Test Edilmesi

Hastalara, sözel otomatik düşüncelerde olduğu gibi standart Sokratik sorgulama tekniğini kullanarak imgelerle tedaviyi öğretebilirsiniz.

TERAPİST: Ödevlerin bir kısmını yapmadığında söylediklerimi onaylamayan ve bana kızan bir imgen var mı?

HASTA: (*Hasta evet anlamında başını sallar.*)

TERAPİST: Bana kızgınlığınla ve beni onaylamamanla ilgili kanıtın nedir? Karşı görüşle ilgili herhangi bir kanıtın var mı?

Diğer bir durumda, Sally'e kendiliğinden gelen bir imge ile gerçekte neler olduğunu karşılaştırmayı öğrettim.

HASTA: Geçen gece, geç vakitlere kadar kütüphanede idim ve binada kimsenin olmadığı ile ilgili gerçek bir imgem oldu, birden kendimi gerçekten hasta hissettim ve kendimden geçtiğimi imgeledim ancak bana orada yardımcı olacak hiç kimse yoktu.

TERAPİST: Gerçekten kütüphanede hiç kimse yok muydu?

HASTA: Evet, yoktu. Oldukça geçti, neredeyse kapanma saati idi ancak hâlâ birkaç kişi vardı.

TERAPİST: Tamam. Bu bir çeşit imge, senin kendiliğinden bazı şeyleri doğru gibi kabul ettiğin imgen, şu anda gerçekliğini kontrol etmelisin. Kendi kendine sormalısın "Kütüphanede gerçekten tamamı ile hiç kimse yok muydu?" "Şu anda ben gerçekten ciddi şekilde hasta mıyım?" Sen geçen gece ne yaptığını biliyor olsaydın, duygu durumunun nasıl olacağını düşünürdün?

HASTA: Daha az gergin hissederdim.

Genel olarak imgelerle uğraşıldığında bu bölümde belirtilen sözel tekniklerden çok imge tekniği formunun kullanılması tercih edilir. Her ne kadar hastanın çok canlı ve acı verici imgeleri olduğunda imge tekniğinin çeşitli formları kullanılmasına karşın bazen sözel teknikler gerçeğin kontrol edilmesinde çok yardımcı olur.

İmgelerin Tekrar Edilmesi

İmgleri tekrarlama teknikleri, hastalar açık imge sonuçlarını çok abarttıklarında yararlı olur. Onlara orijinal imgelerinin üstünden tekrar tekrar geçmeyi önerebilirsiniz. Böyle tekrarlar sonucunda imgenin acı ve sıkıntı verme düzeyinde bir değişme olup olmadığına dikkat edin. Bazı hastalar gerçeği otomatik bir şekilde çek ederler ve onların her bir imgesi çok gerçekçidir ve çöküntüleri azdır.

TERAPIST: Tamam, Sally profesöre ödevinle ilgili süre uzatmayı sormakla ilgili bir imgen var, oldukça üzgünsün, o sana kızgın, senin üzerine eğiliyor ve ellerini tehditle sallayarak sana birşeyler söylüyor: "Bunu sormaya nasıl cesaret edersin! Sen onun teslim edileceği zamanını biliyorsun. Çık dışarı!"

HASTA: Evet.

TERAPIST: Merak ediyorum bunu tekrar imgeler misin? Aynı şekilde başlat. Ne olduğuna bak.

HASTA: (*Gözlerini kapatır.*)

Teerapist: Bitti mi? Ne oldu?

HASTA: O beni oldukça üzdü. O beni tersledi ve bana dışarı çıkmamı söyledi.

TERAPIST: Bu kez, ellerini salladı mı, senin üzerine doğru geldi mi?

HASTA: Hayır. O sadece ayakta durdu ve kollarını masanın üstünde bağladı.

TERAPIST: Tamam. Aynı şeyi yeniden yap.

Sally'den aynı sahneyi üç ya da dört kez tekrarlamasını istedim. Son tekrarda imgesi oldukça değişti: Profesör koltuğunda arkaya yaslandı, Sally'e kızgın bir bakış fırlattı onu tehdit etmedi ve ona bir şey söylemedi. Sally'nin anksiyetesi önemli ölçüde azaldı.

Yerine Konan İmgeler

Yerine konan ve çok mutlu eden imgeler başka kaynaklarda ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır (örneğin, Beck & Emery, 1985). Hastanın kendiliğinden gelen, acı ve sıkıntı veren imgelerinden kurtulması ve rahatlaması için yerine konan imgeleri de düzenli bir şekilde uygulamak zorunludur.

TERAPİST: Sally, üzücü imgelerle uğraşmanın bir yolu da yerine farklı bir imge koymaktır. Bazı insanlar üzücü imgelerin, bir televizyon görüntüsü olduğunu imgelerler. Bir plajda otururcasına ya da ormanlık alanda yürürcesine ya da olumlu anıları hatırlar gibi; kanal değiştirir gibi imgelerini değiştirerek başka bir sahneye geçerler. Bu tekniği denemek ister misin? Birinci olarak sen mümkün olabilecek bütün duyularını kullanarak mümkün olduğunca detaylı ve mutlu bir sahne oluştur. Sonra, stres verici imgelerinden mutlu imgelerine geçişle ilgili pratikler yaptıracağım. Şimdi imgelemek istediğin mutluluk veren sahne nedir?

İMGELEMEYİ TERAPÖTİK BİR ARAÇ OLARAK KULLANMAK

Böyle zamanlarda, siz hastaların kendiliğinden *gelen* imgeye karşı yardımcı olacak karşıt bir imge tepkisini başlatabilirsiniz. Ödev ile ilgili engelleri ortaya çıkarmak için ön provalara, sayfa 303-305'te örnekler verilmiştir. Diğer üç imge tekniği daha sonra açıklanacaktır.

Başa Çıkmanın Prova Edildiği Teknikler

Baş etme stratejilerinde imgenin kullanılması için hastaların uygulamalarına yardım etmek amacı ile başa çıkmanın prova edildiği teknikler kullanılır. Bu teknik, "imgede başa çıkma"dan farklıdır. Çünkü burada kendiliğinden ortaya çıkan imge ile nasıl baş edileceği gibi bir durum yok; bunun yerine hastada imgeyi siz uyarıyorsunuz.

TERAPİST: Tamam, sınıfta sözlü olarak bir sunum yapacağın öngörülüyor.

HASTA: Evet.

TERAPİST: Anksiyetenin yükselmeye başladığını ilk olarak ne zaman fark ettin?

HASTA: Uyandığımda.

TERAPİST: O zaman aklından neler geçiyordu?

HASTA: Ben karıştıracağım ve elime yüzüme bulaştıracağım. Kendi kendimi kekelerken, tutulup kalırken ve konuşmazken hayal ediyorum.

TERAPİST: Sınıfta böyle olacağını mı kastediyorsun?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Tamam, ne yapabilirsin?

HASTA: Kendi kendime rahatlamamı söyleyebilirim. Kendime bunu defalarca prova yaptığımı hatırlatabilirim.

TERAPİST: Tamam, daha sonra ne yapabilirsin?

HASTA: Biraz nefesimi kontrol ederim. Böylece biraz rahatlarım.

TERAPİST: Tamam, kendini bunları yaparken görüyor musun?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Daha sonra ne oluyor?

HASTA: Biraz daha iyi hissediyorum ama hâlâ kahvaltıda biraz gerginim, duş aldım ve giyindim, gitmeye hazırım.

TERAPİST: Aklından neler geçiyor?

HASTA: Gerginliğim daha çok artarsa ne olur?

TERAPİST: Okul yolunda baş etme kartlarını okurken kendini imgeler misin [biz onu birkaç dakika önce yapmıştık]? Baş etme kartını çıkardığını ve okuduğunu imgeler misin?

HASTA: Evet . . . Sanırım o biraz yardımcı olur.

TERAPİST: Sınıfa yaklaşıyorsun, zamanın ilerisine geçmeye ne dersin? Sınıfta konuşmayı bitirdin ve şimdi orada oturuyorsun, başka birini dinliyorsun ... Şimdi nasıl hissediyorsun?

HASTA: Biraz rahatlamış. Hâlâ endişeli ancak çok kötü değil.

TERAPİST: Tamam, şu an sınıfta yürüyorsun. Sonra ne oluyor ve sen ne yapıyorsun?

Hasta kendini gerçekçi bir şekilde baş etme durumunun ayrıntıları ile imgelemeye devam eder. O sonra özgül öngörme tekniklerinin yararlı olacağını yazar.

Uzaklaşma

Stresi azaltmak ve hastalara yardım etmek ve hastaların, sorunlarını daha geniş bir açıdan görmesini sağlamak için başka bir imge tekniği de uzaklaşmaktır. İzleyen örnekte, ben Sally'e onun güçlüklerinin zamanla sınırlı olduğunu göstereceğim.

TERAPİST: Sally, şu an umutsuz hissettiğini biliyorum ve bu sorunların devam edeceğini öngörüyorsun. Bu sorunların zamanla sınırlı olduğunu görebilmenin sana yararlı olacağını düşünebilir misin?

HASTA: Sanırım. Ama onu imgelemek oldukça zor.

TERAPİST: Tamam, bakalım. Bulunduğun şu andan itibaren, bir yıl sonrasını gözünde canlandırır mısın?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Hayatın neye benzediği konusunda bir fikrin var mı?

HASTA: Bilmiyorum. O kadar uzağı düşünmek benim için çok zor.

TERAPİST: Tamam, durumu somutlaştıralım. Ne zaman uyanıyorsun? Neredesin?

HASTA: Muhtemelen 8.00 ya da 8.30 civarında uyanıyorum. Sanırım kampüs evlerinin dışında bir yerdeyim.

TERAPİST: Yalnız yaşıyorsun?

HASTA: Belki bir evde başka bir öğrenci ile kalıyorum. Bizim yurt katında bazı öğrencilerle birlikte eve çıkma hakkında konuşuyoruz.

TERAPİST: Tamam, uyandın. Sonra ne oldu?

HASTA: Muhtemelen sınıfa yetişmek için koşuşturacağım. Yurtta olmadığım için kampüse gitmek daha uzun zaman alacak.

TERAPİST: Senden önce giden bir ev arkadaşını görüyor musun? Sınıfa yalnız ya da onlardan biri ile mi gidiyorsun?

HASTA: Bilmiyorum.

TERAPİST: Tamam, onu hayal et. Bir karar ver.

HASTA: Tamam. Sanırım onlardan biri ile yürürüm.

TERAPİST: Yolda ne hakkında konuşursunuz ya da sesiz mi kalırsınız?

HASTA: Hayır, biz okul hakkında ya da tanıdığımız arkadaşlar hakkında konuşuruz. Bunun gibi bir şey.

TERAPİST: Sonra ne olur?

HASTA: Derse girerim.

TERAPİST: Büyük konferans salonuna mı, bu yılki sınıfınızın büyük çoğunluğu orada mı?

HASTA: Hayır, muhtemelen değil, sınıf gelecek yıl daha da küçülmüş olacak.

TERAPİST: Sınıfta nasıl olmayı hayal etmek istersin? Etkileşim içinde mi ya da sessiz mi olmak istersin?

HASTA: Ümit ederim bu yıldan daha fazla insanı tanıyor olacağım. Daha rahat hissedeceğim. Muhtemelen hâlâ sesiz olacağım ama daha katılımcı olacağım.

TERAPİST: Bir yıl sonraki bu sahne sana ne hissettiriyor?

HASTA: İyi.

TERAPİST: Bu sahneye ödev olarak devam etmeye ne dersin? Sonra her zaman "Bunu asla yapamayacağım" diye düşündüğünde, sahneyi değiştirmeyi deneyebilirsin, yeni sahneyi görmek senin duygu durumunu değiştirir.

HASTA: Deneyeceğim.

TERAPİST: Şimdi, bu sahnedeki imge tekniği tam da pozitif düşüncenin gücü mü ya da onun gerçek olması için bazı şeyler yapabilir misin? Aslında, hâlihazırda bunu gerçekleştirmek için bir şeyler yapmıyor musun?

HASTA: Evet o doğru.

Başka bir uzaklaşma tekniği de bir felaketten sonra üstesinden gelmesi için hastaya imgeleme tekniğini kullanarak yardımcı olmaktır. Marie öncelikle, o ölürse çocuklarının sonsuza kadar yıkım içinde kalacağı ile ilgili korkusunu açıklar. Onun terapisti ona çocuklarının acılarının düzeyini hemen kaza sonrasından çok, değişik zaman boyutlarında imgelettirir (Bu teknik zamanın ilerisine geçme tekniğine benzemektedir. Zaman geçişleri dakikalar, saatler ya da günler yerine *yılların* geçişini kapsar.).

TERAPİST: Marie, senin ölüm haberini çocuklara kimin verdiğini imgeliyorsun?

HASTA: Kocamın.

TERAPİST: O bunu nasıl yapar?

HASTA: (*Hıçkıra hıçkıra ağlar*) O kolları ile onlara sarılır. O "Annenizi bir araba kazasında kaybettik."

TERAPİST: Ve sonra?

HASTA: Onlar önce gerçek olduğuna inanmayacaklar. Onlar ağlamaya başlayacaklar: "Hayır o gerçek olamaz. Biz annemizi istiyoruz."

TERAPİST: Onlar oldukça kötü mü hissedecekler?

HASTA: Evet. Gerçekten kötü hissedecekler.

TERAPİST: (*Bir dakika bekler.*) Biraz zamanın ilerisine gidebilir misin? Şu an 6 ay sonrasındayız. Onlar şimdi ne yapıyorlar? Onları görebiliyor musun?

HASTA: Onlar okuldalar. Gerçekten çok üzgün bakıyorlar. Afallamışlar. Bir çeşit boş bakıyorlar.

TERAPİST: Onlar ne kadar kötü hissediyorlar?

HASTA: Hâlâ oldukça kötü hissediyorlar.

TERAPİST: İki yıl sonrasına geçebilir misin? Onlar kaç yaşında olacaklar?

HASTA: Melissa 8; Linda 7 yaşında olacak.

TERAPİST: Onları ne yaparken görüyorsun?

HASTA: Dışarda oynuyorlar. Bizim evin dışında. Kocamın taşındığını sanmıyorum.

TERAPİST: Ne oynuyorlar?

HASTA: Onlar komşumuzun çocukları ile ip atlıyorlar.

TERAPİST: Onlar şimdi nasıl hissediyorlar?

HASTA: Tamam, şimdi beni düşündüklerini sanmıyorum.

TERAPİST: Ne zaman seni düşünüyorlar?

HASTA: (*Gözlerinden yaşlar boşanır*) Onlar zaman zaman ağlıyorlar. O karmakarışık.

TERAPİST: Onlar ilk öğrendikleri kadar kötüler mi?

HASTA: Hayır, o kadar kötü değiller.

Terapist Marie'nin kendi ölümünden sonraki imgesinde 5, 10 ve 20 yıl sonra neler olabileceğini yavaş yavaş hayal ettirir. Bu egzersiz sayesinde Maire, başlangıçtaki yıkımdan sonra kızlarının üzüntülerinin ve yaslarının gittikçe azaldığını ve onların bu durumla baş edebildiklerini görür. Bu imgedeki detaylar, kızlarının büyümesi ve yeni bir aile kurmaları Marie'nın bir otomobil kazasında ölebileceğine ilişkin korkularını belirgin biçimde azaltır.

Algılanan Tehdidin Azaltılması

Üçüncü tür uyarılanmış imge, hastaların gerçek tehlikenin değerlendirmesini çok gerçekçi bir şekilde yapmalarını sağlamalarına izin vermek üzere tasarlanmıştır. Örneğin Sally'i terapi odasında, sınıftaki arkadaşlarının yüzlerini imgeleyerek sunum yapma konusunda cesaretlendirerek, sunumdan korkan imgesini değiştirmesine yardımcı oldum. Başka bir olguda Pam, sezaryen olmaktan çok korkuyordu, onun doğumhanede hayat kurtaran ekipmanları, operasyonu maske ile yapan doktorları ve hemşireleri gözünde canlandırmasını sağladım ve sezaryen korkusu azaldı.

Özetle, hastaların hepsinde olmasa bile çoğunda otomatik düşünceler kendiliğinden gelen imge formunda deneyimlenir. Sıklıkla ısrarlı sorgulama hastaların zorlayıcı olmayan imgelerini tanımalarına yardımcı olur. Sıklıkla acı ve sıkıntı veren birkaç imge tekniğinin düzenli olarak yapılmasından hastalar yarar sağlar. Ek olarak imge çeşitli terapötik amaçlar için uyarlanabilir.

Bölüm 17



ÖDEVLER*

Ödevler, yalnız isteğe bağlı değil, aynı zamanda bilişsel davranışçı terapinin ayrılmaz bir parçasıdır (Beck ve arkadaşları, 1979). Pek çok araştırmada, bilişsel davranışçı terapi hastalarından ödevleri yapanların, yapmayanlara göre terapide daha iyi ilerleme gösterdikleri bulunmuştur (Örneğin; Kazantzis, Whittington, & Datillio, 2010; Neimeyer & Feixas, 1990; Persons, Burns & Perloff, 1988). Hastanın bilişsel ve davranışsal değişim fırsatlarının *bütün haftaya uzadığını* görürsünüz. İlk seanstan itibaren hastanızı ödev yapmak için hazırlamalısınız.

TERAPİST: Sally, depresyon hakkındaki bu açıklamayı her gün tembellik yapmadan okumanın önemli olduğunu düşünüyorum. Bunu yapabileceğini düşünüyor musun?

HASTA: Evet, yapabilirim.

TERAPİST: Aslında bu sana, seansta üzerinde konuştuğumuz depresyonun üstesinden gelmeyle ilgili önemli şeyleri kendine hatırlatmanın bir yoludur. Yaptığın bazı şeyleri değiştirmenin başka bir yoludur. Sadece insanların buraya gelip konuşmalarının yeterli olmadığını; onların düşünce ve davranışlarında her gün küçük değişikler yapmaya gereksinim olduğunu gördük.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Sürekli olarak senin bu değişiklikleri yapmanın iyi bir fikir olduğunu ve onları yapabileceğinden emin olmanı isterim. Şimdi bu değişikliklerin neler olacağı konusunda konuşalım mı? Ödevler? Eylem planların? Bunun gibi başka şeyler?

---

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

HASTA: Ödev, sanırım.

TERAPİST: Tamam ama bunu okul ödevi gibi düşünmeni istemem. Bu ödev *senin* düşünmene yardımcı olacak, bu ödevleri seninle birlikte sadece senin için tasarlayacağız.

İyi bir ödev, hastanın kendisini daha ileri düzeyde eğitmesine olanak verir (örneğin; hastalara kitap okutarak yapılan sağaltım gibi), veriler toplanır (örneğin; onların düşünceleri, duyguları, davranışları gözlenir), onların düşünce ve inançları test edilir, onların düşünceleri değiştirilir, bilişsel ve davranışsal araçlar sınanır ve yeni davranışlar deneyimlenir. Ödevler, terapi oturumlarında öğrenilenlerin üst düzeye çıkmasını ve hastanın yeterlik hissinin artmasını sağlar.

Pek çok hasta ödevini oldukça istekli ve kolayca yapar; bazıları da yapamaz. En deneyimli terapistler bile, çok dikkatli bir ödev hazırlığı yapmalarına karşın ender olarak hastaların *yazılı* ödev yapmaları ile ilgili güçlüklerle karşılaşırlar. Başlangıçta herhangi bir hastanın (fonksiyonları çok yetersiz olmadıkça) ödevler uygun bir şekilde hazırlanmışsa yapabileceğini varsaymalısınız. Hastanın ödevleri tamamlama olasılığını artırmak için aşağıdaki hususlara dikkat emelsiniz:

- Bireylere özel ödevlerin hazırlanması,
- Sağlam bir mantıksal temel oluşturulması,
- Olası potansiyel engellerin ortaya çıkarılması,
- İlgili inançların değiştirilmesi,

Bu bölüm dört kısma ayrılmıştır:

1. Ödevlerin hazırlanması,
2. Ödevlerin başarı ile tamamlanma olasılığının artırılması,
3. Sorunların kavramsallaştırması,
4. Tamamlanan ödevlerin gözden geçirilmesi.

ÖDEVLERİN HAZIRLANMASI

Ödevleri hazırlamak için bir formül yoktur. Bunun yerine hastaya özel ödev hazırlanmalıdır. Ne önereceğinize, nasıl karar vereceksiniz? O seansta ne üzerinde konuştuğunuza, genel tedavi planı ve hastanın hedeflerinin nasıl etkileneceğine bağlıdır. Siz hastanın bireysel özelliklerini ayrıntılı bir şekilde dikkate almalısınız.

Bunlardan bazıları aşağıda belirtilmiştir: Onların okuma ve yazma becerilerini, ödevi tamamlama ile ilgili motivasyonlarını ve isteklerini, onların son zamanlardaki sıkıntı düzeylerini ve bilişsel, duygusal davranışsal işlevlerini, uygulama sınırlılıklarını (zaman vb.) dikkate almalısınız.

Terapinin başlarında gereksinim duyulan ödevlerin önerilmesinde, rehberlik edebilirsiniz ancak mümkün olan en kısa zamanda kendi ödevlerini hastanın belirlemesini istemelisiniz (Örneğin; "Oda arkadaşınla ilgili sorun hakkında konuşmayı şimdi bitirdik. Bu hafta yapacaklarını hatırlamanda sana neyin yardımcı olacağını düşünüyorsun?"). Her terapi seansının sonunda kendi ödevlerini düzenli olarak belirleyen hastaların, terapi bittiğinde de kendi ödevlerini belirlemeye ve bunları yapmaya devam ettikleri görülmektedir.

Birinci kısımda tipik ödevler sunulmaktadır; daha sonra ise Sally'nin ödevlerinden örnekler üzerinde durulmaktadır. Bu bölümün son kısmında ise ödeve bağlılığın artırılması ile ilgili ana esaslar (yönergeler) sunulmaktadır.

Devam Eden Ödevler

Aşağıda tipik olarak devam eden ödevler tartışılmaktadır:

1. *Davranışsal etkinlikler*: Pasif olan depresif hastaları yataklarından çıkarmak, koltuklarından kaldırmak ve onların daha önceki normal etkinlik düzeyine dönmelerine yardımcı olmak (yeni etkinliklere başlatmak) için davranışsal etkinlikler yapmaları önemlidir. Etkinlik planlama diğer hastalar için de yararlıdır.

2. *Otomatik düşüncelerin gözlenmesi*: İlk seanstan başlayarak, hastalarınızı, kendi kendilerine soru sormaları konusunda yönlendirmelisiniz "Şu anda zihnimden neler geçiyor?" onlar duygu durum değişikliklerini ve kendi düşüncelerinin doğru olup olmadığını kendilerine hatırlatırlar. Başlangıçta düşüncelerini tablet telefonlarına, bilgisayarlarına, bir kâğıda, dizüstü bilgisayarlarına) not alabilirler. Eğer hastalar otomatik düşüncelerini eleştirmeden kabul ederlerse "bu otomatik düşünceleri gözlemlemenin" hastaların kötü hissetmesine yol açabileceğini söylemelisiniz. Onların düşüncelerinin geçerli olduğu ortaya çıkarsa, onlarla birlikte problemi çözmelisiniz.

3. *Otomatik düşüncelerin değerlendirilmesi ve yanıtlanması:* Hemen hemen her seansta, hastaların doğru ve işlevsel olmayan düşüncelerini değiştirmelerine ve düşüncelerini yeni bir yolla yazmalarına yardımcı olmalısınız. Önemli bir ödev terapi notlarının düzenli olarak okunmasıdır. Böylece seansın sonunda hastalar kendi düşüncelerini değerlendirmeyi öğrenirler ve uygularlar.

4. *Problem çözme:* Hemen hemen her seansta, hastaların problemlerini çözme tasarımlarını oluşturmalarına ve iki seans arasında uygulamalarına yardımcı olmalısınız.

5. *Davranışsal beceriler:* Sorunlarının etkili çözümleri için hastalar yeni beceriler öğrenmeye ve pratik etmeye gereksinim duyarlar. Örneğin; hastaların yara-

lanabileceği becerileri; endişeli olduklarında gevşeme becerilerini, sosyal kaygısı olanlara atılganlık becerilerini ya da organizasyon ve zaman yönetimi becerilerini öğretmelisiniz.

6. *Davranışsal deneyimler*: Hastalar otomatik düşüncelerin geçerliliğini doğrudan test etmeye gereksinim duyarlar, örneğin; "Yatakta kalırsam daha iyi hissedeceğim." "Ben oda arkadaşımın çok gürültü yaptığını söylersem, o beni çıldırtacak." "Toplantıda kimse benimle konuşmayacak."

7. *Kitapla sağaltım*: Seansta üzerinde konuştuğunuz bir bağlamı, hasta bir kitaptan okuduğunda, o büyük ölçüde pekişmiş olur. Hastanın okurken katıldığı ve katılmadığı konularda tepkilerini not etmesi ve sorgulaması genellikle çok değerlidir.

8. *Sonraki terapi seansları için hazırlanma*: Eğer ofisinize gelmeden önce hastalar önemli düşüncelerinin ne olduğunu size söylerlerse her terapi seansının başlangıç kısmı çok hızlı geçilebilir. Terapi Çalışma Sayfaları Hazırlamak için Sayfa 102'deki 5 soru onların hazırlanmalarına yardımcı olabilir.

Sally'nin Ödevi için Bir Örnek

Aşağıdaki ödevlerden bazıları hemen hemen her depresif hastaya yardımcı olabilir. Diğerleri ise her hasta için farklı bir şekilde hazırlanmalıdır.

Seans 1

Bu listeyi günde iki kez oku; hatırlamak için saatinin alarmını kur.

1. Eğer ben tembelim ve iyi değilim diye düşünmeye başlarsan, kendi kendine depresyon olarak adlandırılan gerçek bir hastalığım var. O beni bu şeyleri düşünmem için zorluyor. Tedavi işe yaramaya başlarsa benim depresyonum geçecek ve bu şeyler kolaylaşacak.
2. Hedefler listesini oku, eğer düşündüğün herhangi bir şey varsa ekle.
3. Duygu durumunun kötüleşmeye başladığını fark ettiğinde "Şu an aklımdan neler geçiyor?" diye kendi kendine sor ve düşüncelerini not al. Düşündüğün bu şeylerin mutlak doğrular olmadığını kendi kendine hatırlat.
4. Allison ve Joe ile etkinlik planları yap. Eğer onlar sana hayır derlerse, "Onlar da benimle takılmak isterler ancak onların şu anda çok işleri var." düşüncesini kendine hatırlat.
5. Depresyonla başa çıkma kitapçığını oku (istersen).

Seans 2

1. Günlük: Duygu durumumun değişmeye başladığını fark ettiğimde "Şu an aklımdan neler geçiyor?" diye kendi kendime sormalıyım ve otomatik düşüncelerimi (onlar doğru olabilir ya da tamamen doğru olmayabilir.) not almalıyım.
2. "Eğer otomatik düşüncelerimi anlayamazsam sadece durumu olduğu gibi not almalıyım." Düşüncelerimi tanımlamayı öğrenmek bir beceridir ve "bunu

yazarak daha iyi geliştireceğim" diye hatırla.
3. Ekonomi kitabının 5. Bölüm'ü ile ilgili Sean'dan yardım iste.
4. Günlük: Terapi notların oku.
5. Koşmaya/yüzmeye devam et.
6. İki ya da üç sosyal etkinlik planla.
7. Günlük: (Biraz güç olmasına karşın bir şekilde yaptığın şeyleri,) Kredi listene ekle.
8. (Salı günü sabahı): 2 dakika; Terapi için Hazırladığın Çalışma Sayfasını Gözden Geçir.

Seans 3

1. Günlük: Terapi notlarını oku.
2. Günlük: Duygu durumun değiştiği zaman Soru Listeni kullan ve soruları zihinsel olarak ya da yazarak cevapla.
3. Günlük: Kredi listene ekle.
4. Günlük: Etkinlik şemasını izle.
5. Lisa'ya, kimya sınavına birlikte çalışmayı teklif et.
6. (Salı günü sabahı): Terapi için Hazırladığın Çalışma Sayfasını Gözden Geçir.

Seans 4

1. Günlük: Terapi notlarını oku.
2. Günlük: Duygu durumum değiştiğinde Düşünce Kayıt Formunun ilk dört kolonunu yazılı olarak doldur. Düşünce kolonunun altındaki soruları zihinsel olarak yanıtla.
3. Günlük: Kredi listene ekle.
4. Hafta içinde en az üç kez yürüyüşe git ya da koş.
5. Arkadaşlarınla planlar yap.
6. Birlikte planladığımız etkinlik şemasında bulunan etkinlikleri yap.
7. Jane ile gece yaptığı gürültü hakkında konuş.
8. (Salı günü sabahı): Terapi için Hazırladığın Çalışma Sayfasını Gözden Geçir.

Seans 5

1. Günlük: Terapi notlarını oku.
2. Günlük: Düşünce Kayıt Formunun zihinsel olarak ya da yazılı olarak yanıtla.
3. Günlük: Kredi listene ekle.
4. Günlük: Etkinlik şemasını izle.
5. Kimya profesöründen yardım iste.

Seans 6

1. Günlük: Terapi notlarını oku.
2. İhtiyaç olduğunda: Düşünce Kayıt Formunun zihinsel olarak ya da yazılı olarak yanıtla.
3. Günlük: Kredi listene ekle.

4. Etkinlik planını yap.
5. "Annemle" yaz tatili planı hakkında telefonla konuş.

Seans 7

1. Günlük: Terapi notlarını oku.
2. İhtiyaç olduğunda: Düşünce Kayıt Formunu zihinsel olarak ya da yazılı olarak yanıtla.
3. Günlük: Kredi listene ekle.
4. Etkinlik planını yap.
5. Sınıfta bir yorum yap ya da bir soru sor.

Seans 9

1. Günlük: Terapi notlarını oku.
2. İhtiyaç olduğunda: Düşünce Kayıt Formunu zihinsel olarak ya da yazılı olarak yanıtla.
3. Günlük: Kredi listene ekle.
4. Etkinlik planını yap.
5. Temel İnanç Çalışma Sayfasını (TİÇS) doldur.
6. Jane ile dağınıklık problemini konuş.
7. Dr. Smith'in ofis saatinde görüşmeye git.

Seans 12 (Sondan bir önceki seans)

1. Terapinin bitimine ilişkin olarak Düşünce Kayıt Formunu doldur.
2. Başlangıçtan sona doğru terapi notlarını düzenle.
3. Notlarını gözden geçirerek kendi kendine bir terapi seansı yap.

ÖDEVE BAĞLILIĞIN ARTTIRILMASI

Bazıları önerilen ödevleri kolaylıkla yaparken, bazıları için ödev yapmak çok problemli olur. Aşağıda belirtilen uygulamayla ilgili ana esaslar izlendiğinde; hastaların ödevle ilgili başarı olasılığı ve duygu durumunun düzelmesinin deneyimlenmesi olasılığı artar:

1. Bireye özgü ödevler hazırlayın (Hastanın %90–100 oranında ödevi yapabileceğinden emin olun). Ödevlerin hazırlanması ile ilgili bir hata da ödevlerin çok kolay olması; ödevlerin çok zor olmasındansa kolay olmasını tercih edin.
2. Ödevlerin nasıl yararlı olabileceği ile ilgili bir gerekçe sağlayın.
3. Ödevleri iş birliği ile oluşturun; hastanın ödevle ilgili görüşlerini alın ve bir anlaşma sağlayın.
4. Ödev yaptırma önermenizi kaybetmeyin.
5. Mümkünse ödev yaptırmaya, ilk seanstan itibaren başlayın.
6. Ödev yapmayı hatırlatacak bir sistem oluşturun.

7. Olası sorunları önceden tahmin edin, sorunlar ortaya çıktığında onu kapsayacak provalar yapın.
8. Uygulama ile ilgili olası olumsuz sonuçlar için hazırlıklı olun.

Bireye Özgü Ödevlerin Hazırlanması

Bir ödevin başarı ile tamamlanması terapinin hızını arttırır ve hastanın hisleri konusunda uzmanlaşmasını ve duygu durumunun düzelmesini sağlar. Ödevler, belirlenmiş bir formülden çok hastanın özellikleri ve istekleri dikkate alınarak (giriş bölümünün başında belirtildiği gibi) önerilmelidir.

Örneğin; Matt, ilk seansta bilişsel modeli kavrayamayan bir hasta idi ve gerçekten deneyimsiz terapisti, otomatik düşüncelerini belirlemesi için onu zorlayınca biraz tedirgin oldu. O terapistine "Beni anlamadınız; ben o anlarda zihnimden neler geçtiğini *bilmiyorum*, bütün bildiğim çok üzgün olduğum!" diye söyledi. Bu seans için otomatik düşüncelerini not etme ödevi ona uygun olmamıştı. Diğer yandan ikinci hasta, Caitlin, bilişsel terapi hakkında popüler bir kitap okumuştu ve otomatik düşünceleri alışılmadık bir biçimde iyi kavramıştı. O üzgün olduğunda başlangıç ödevlerini, Düşünce Kayıt Formunun dört kolonuna doldurdu.

Ödevin tipi ve ödevin *miktarı* önemlidir. Sally, hâlâ bir öğrenci olmasına karşın ödevi "uyum içinde yapma" ile ilgili motivasyonu yüksek bir hasta idi. Okuldan sonra yıllardır ağır depresyon yaşayan Matt'te göre Sally iki seans arasındaki ödevlerini, daha kolay bir şekilde başarı ile tamamladı.

Üçüncü aşama ise bireye özgü ödevlerin, bireyin yapabileceği basamaklara ayrılmasıdır. Örneğin deneyimsiz olanların bilişsel davranışçı terapi kitabının ya da ders kitabının ilk bölümünü okuması, Düşünce Kayıt Formunun ilk dört kolonunu doldurması, 10-15 dakika zaman ayırarak aylık ödemlerini yapması; çamaşırlarını yıkaması, bir süpermarkette 5 dakika kalması vb gibi.

Ödevi vermeden önce olası zorlukları öngörmek önemlidir. Bu konuda hastaların kişilik stilleri ve tanıları yol gösterebilir. Örneğin:

- Ağır depresyonlu bir hasta için bilişsel görevlerden çok davranışsal görevler yararlı olabilir.
- Kaçıngan hastalar davranışsal görevlerin çok zor olacağını algılayacaklar ya da onların sıkıntılarını daha da artırması olası olduğu için davranışsal ödev yapmaktan kaçınacaklardır.
- Eğer siz çok fazla ödev verirseniz aşırı kaygılı ve konfizyon içindeki hastalar ödevlerle baş edemeyeceğini hissedebilirler.
- Ödevin zor olması konusunda hata yapmaktansa kolay ödev verme hatası yapmak daha zararsızdır.
- Bir ödevi yapma ya da istenildiği gibi yapmakta başarısız olan bir hasta sıklıkla kendi kendini eleştirecek ya da umutsuz hissedecektir.

Ödevlerin Neden Verildiğini Açıklamak

Hastalar ödevleri yapma nedenlerini anlarlarsa ödevlerin tamamlama olasılığı artacaktır. Sally'e bir ödevini aşağıdaki gibi açıklamıştım:

TERAPİST: Sally, araştırmalar genellikle bu egzersizlerin hastaların depresyonunu azalttığını göstermektedir. Bu hafta birkaç kez yürüyüş yapmaya ya da koşmaya ne dersin?

Başlangıçta onlara kısa bir gerekçe verin; daha sonra tedavide, ödevin hedeflerini düşünme konusunda onları cesaretlendirin. Örneğin, "Sally, oda arkadaşının hafta sonu planının ne olduğunu sormanın yararı ne olabilir?" ya da "Bir kredi listesi tutma fikri neden iyi olabilir?" Ödevlerin terapinin ayrılmaz bir parçası olduğunu vurgulamak önemlidir:

TERAPİST: En iyi yol, insanların düşünce ve davranışlarında her gün küçük değişiklikler yapmalarıdır.

Ödevleri İş Birliği ile Belirleme

İdeal olanı; hastaların yapacakları ödevleri kendilerinin belirlemeleridir. Ancak tedavinin başlangıcında onlar ödevlerin neden yararlı olacağını bilemezler. Bu yüzden başlangıçta onlara öneriler yapılabilir. Onların da bu önerileri kabul ettiklerinden emin olmak gereklidir: "Patronundan izin isteme konusunda ne düşünüyorsun?" "Evden ayrılmadan önce, bu baş etme kartını okumanın yararlı olabileceği ile ilgili ne düşünüyorsun?" "Bu hafta bu tekniği denemek ister misin (duruma uygun bir teknik)?" "Kalkar kalkmaz duşa gitmen, senin kendi davranışlarını kontrol ettiğini gösterir mi?" "Bu şeyi yapmayı denemek ister misin?" Hastaların tereddüdü ve şüphesi varsa onları daha fazla hazırlanmanız gerekir. Ya onların otomatik düşüncelerine verecekleri yanıtlar için onlara yardımcı olmak ve otomatik düşünceleri ortaya çıkarmak ya da ödevleri çok daha kolaylaştırmak gereklidir.

Tedavi sürecinde, hastaların kendi ödevlerini oluşturmaları konusunda onları cesaretlendirmelisiniz. "Bu hafta bu problemi çözmek için ne yapmak istersin?" "Eğer bu hafta, rahatsız edici bir kaygı yaşamaya başlarsan bunun için ne yapabilirsin?" "Eğer bu problem ortaya çıkarsa onunla nasıl baş edeceksin?"

Ödevi Yaparken Hedefi Kaybetmemek

Ödevi yaparken hasta başarısız olursa bu bile başlangıçta ödevlerin belirlenmesi konusunda yararlı bir veri sağlar. Hastalar ödevleri yapamadıklarında kendilerini başarısız olarak etiketlerler ve böylece sıkıntıları daha da artar:

TERAPİST: Sally, bu ödevi yaparsan, çok iyi olur. Ama onu yaparken zorluk yaşayabilirsin, bu da sorun değil— yapamadığında sadece kendini izle, böylece düşüncelerinin ne olduğunu anlayabilirsin ve seansta bu düşünceler hakkında konuşabiliriz, tamam mı?

Bazen hastalar ödevin önemli bir bölümünü iki hafta yapamayabilirler ya da her gün yapmak yerine terapiden hemen önce yaparlar. Bu durumda siz terapist olarak ödevin yapılmasındaki psikolojik engelleri ya da uygulamadaki engelleri ortaya çıkarmalısınız. Bu tür durumlarda ödevin yapılmasında motivasyonu kaybetmeden yapmaya devam etmenin ne kadar önemli olduğunu vurgulamalısınız.

Seanslarda Ödevlerin Başlatılması

Terapi seanslarında ödevleri hemen başlatırsanız hastalar ödevleri evde çok daha kolay yapabilirler. Bir ödeve devam etmek, başlatmaktan çok daha kolaydır. Bu özellikle kritiktir çünkü bu zaman diliminde hasta ödevi yaparken zorlandığı kısımları ödeve başlamadan önce daha kolay tanımlar. Bu da onları kendi başlarına ödeve başlamak için motive eder. Bu zorluğu siz kendinizde de bulabilirsiniz; ara sıra bir göreve başlamada güçlükleriniz olabilir, örneğin; kendi kendinize bir proje üzerinde çalışırken, vergilerinizi öderken ya da bir uygulamaya başlarken zorluk yaşayabilirsiniz, ancak birkaç dakika sonra onu yapmayı çok kolay bulabilirsiniz. Bu tür zorluklar yaşayan hastaların deneyimlerini normalleştirmek ve onlar ödev yapmayı ertelemeyi düşündüklerinde rol modeli olmak için kendinizi açabilirsiniz.

Ödev Yapmanın Hatırlanması

Ödevlerin not edilmesi ya da hasta tarafından her hafta ilk seanstan başlayarak yazılması yaşamsal öneme sahiptir. Hastalardan, ödevlerinin listesini yapmasını ya da bir not defterine yazmasını isteyin böylece bir gün ya da daha fazla ödevlerini unuttuklarında, notlarına bakabilirler. Hastalara, birkaç strateji oluşturmalarını önerebilirsiniz:

- Başka bir günlük etkinlikle ödevi eşleştirin, örneğin; hastaya "Şu etkinlik çizelgesine yemek saatlerinde ve yatmadan önce bakabilirsin.
- "Ödevi yapışkan kâğıtlara yazarak, buzdolabına, banyonun aynasına ya da arabanın gösterge paneline yapıştırabilirsin."
- "Bir randevu defteri, akıllı telefon ya da bilgisayardaki ipuçlarını kullanabilirsin."
- Başka insanlardan ödevi hatırlatmalarını isteyebilirsin."

Siz onlara ilaç almak gibi, düzenli yaptıkları etkinlikleri nasıl hatırladıklarını sorabilirsiniz.

Olası Problemler

Hastanın ödev yapma olasılığını artırmak için kabul edilebilir düzeyde onun yapabileceği oranda ödev önerin, bunun için aşağıdaki hususları dikkate alın:

- Hasta için ödevin güçlük oranı kabul edilebilir düzeyde midir? Ya da onu bunaltacak kadar yoğun mudur?
- Hastanın amaçları ile ilişkili midir?
- Hastanın bunu yapma olasılığı ne kadardır?
- Uygulamada engeller neler olabilir (zaman, enerji, fırsat)?
- Ödevi yaparken hangi düşünceler araya girebilir ve onu engelleyebilir?

Ödevin yapılma olasılığını değerlendirmek için hastaya sorulacak en önemli soru şudur:

Bu ödevi yapabilme olasılığınız nedir? %0–100?

Hastalar %90–100'den daha az yapılma olasılığı bildirmişlerse aşağıdaki stratejilerden birini ya da birkaçını kullanın:

1. Ön prova,
2. Ödevi değiştirme,
3. Duygusal ve zihinsel rol oynama.

Bu stratejiler aşağıda tanımlanmıştır:

Ön Prova

Ön prova, aşağıda örneklendirilmiştir, ödevle ilişkili potansiyel problemleri ortaya çıkarmak ve çözmek için uyarlanmış imge tekniği kullanılır.

TERAPİST: Sally, araştırma görevlisinden yardım istemek için gitmeni engelleyecek herhangi bir şey olduğunu düşünüyor musun?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: [Onun gidebileceği zamanı belirleme,] Gitmek için en uygun zaman ne olabilir?

HASTA: Sanırım cuma sabahı uygun olur. Cuma sabahı onun öfis (*görüşme*) saati.

TERAPİST: Şu an cuma sabahında olduğunu imgeleyebilir misin? O anın görüntülerini gözünde canlandırabilir misin? İmgeni kendine söyleyebilir misin? "Gerçekten araştırma görevlisinin ofisine gitmeliyim?"

HASTA: Evet.

TERAPİST: [Detayları Sally'e sorarak, sahneyi daha kolay görselleştirmesini, duygu ve düşüncelerini doğru bir şekilde tanımlamasını sağlayabilirsiniz.] Şu an neredesin?

HASTA: Odamdayım.

TERAPİST: Ne yapıyorsun?

HASTA: Elbiselerimi yeni giyindim.

TERAPİST: Nasıl hissediyorsun?

HASTA: Sanırım biraz gerginim.

TERAPİST: Zihninden neler geçiyor?

HASTA: Gitmek istemiyorum. Belki bu bölümü kendi kendime yeniden okuyabilirim.

TERAPİST: Bu düşüncene nasıl cevap vereceksin?

HASTA: Bilmiyorum.

TERAPİST: Kendi kendine bunun sadece bir deney olduğunu hatırlatmak ister misin? Sen oraya gidene kadar ne olacağını bilemeyiz. Eğer o yardımcı olmazsa birlikte B planını uygulamaya koyarız.

HASTA: Evet, öyle yaparız.

TERAPİST: Şu anla cuma günü arasında, birkaç kez başa çıkma kartını okumanın bir yardımı olabilir mi?

HASTA: Muhtemelen.

TERAPİST: Tamam. Şu an giyindiğini ve düşündüğünü imgele, "Asistana gitmek yerine bu bölümü tekrar okumalıyım." Şimdi ne oluyor?

HASTA: "Bir dakika bekle, sanırım, bu sadece bir deney. O an, başa çıkma kartım nerede"?

TERAPİST: O nerede?

HASTA: Kendimi tanıyorum, şimdi onu arayacağım.

TERAPİST: Bugün gider gitmez odanda kartı koyabileceğin bir yer var mı?

HASTA: Onu kesinlikle oda arkadaşımın görmesini istemiyorum. . . Onu masamın en alt çekmecesine koyacağım.

TERAPİST: Tamam. Onu Çarşamba ve Perşembe günleri okudun. Muhtemelen onun nerede olduğunu hatırlayacaksın. Kartı çıkardığını ve okuduğunu imgeleyebilir misin?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Şimdi, ne oluyor?

HASTA: Muhtemelen, niçin gitmek istediğimi hatırlıyorum; ama gitmek istemiyorum. Bu yüzden önce odamı temizlemek istiyorum.

TERAPİST: O anda kendine neyi hatırlatabilirsin?

HASTA: Belki gidersem bu durumla baş edebilirim. Belki gerçekten yardımı olabilir. Eğer odamı şimdi silmeyi durdurmazsam, temizliği bitirdiğimde hiç gitmeyebilirim.

TERAPİST: İyi. Sonra ne oluyor?

HASTA: Gidiyorum.

TERAPİST: Sonra ne oluyor?

HASTA: Oradayım. Ona sorumu soruyorum. Onu hiç anlamadığımı söylüyorum. Araştırma görevlisine kafamın karıştığını söylüyorum. O muhtemelen bazı konularda bana yardımcı oluyor.

TERAPİST: Ve o anda nasıl hissediyorsun?

HASTA: İyi.

Bu ön prova ödevin tamamlanmasındaki uygulama engellerini, işlevsel olmayan gizli bilişleri keşfetmenize yardımcı olabilir.

Ödevi Değiştirmek

Ödevin uygun olmadığını düşünüyorsanız ya da ön provanın yeterince etkili olmadığını düşünüyorsanız bu ödevi değiştirmenizin bir göstergesi olabilir. Hastanın seansta yapmaktan hoşlandığı ikincil kolay bir ödev, alışılmadık bir ödevden daha iyidir:

TERAPİST: Sally, bunu yapmaya hazır olduğundan emin değilim [Ya da "Bu ödevin uygun olduğundan emin değilim."]. Ne düşünüyorsun? Bunu denemek ve devam etmek ister misin? Ya da başka bir zamana kadar beklemek ister misin?

Seçenekler sunarak, iş birliği yaparak ödevlere birlikte karar verebilirsiniz ya da ödevin sıklığını ve ödev süresini azaltabilirsiniz. Hastanın hiç ödev yapmamasındansa az ödev yapması çok daha iyidir.

Düşünsel ve Duygusal Rol Oynama

Terapist hastaya oldukça önemli bir ödev verdiği zaman düşünsel ve duygusal rol oynama, isteksiz hastanın motive olmasına yardımcı olur. Bu teknik biraz zor algılanabilir bu yüzden terapide erken kullanılmaz.

TERAPİST: Senin yola çıkarken baş etme kartına başvuracağından hâlâ emin değilim.

HASTA: Muhtemelen başvurmayacağım.

TERAPİST: Tamam, bu konuda düşünsel ve duygusal bir rol oynamaya ne dersin? Biz bunu daha önce de yapmıştık. Ben düşünsel bölümün olacağım, sen de duygusal bölüm ol. Bana olabildiğince sert karşı çık, böylece senin bütün bu tartışmalar süresince baş etme kartını okumadığını ve çalışmaya başlamadığını görebilirim. Sen başla.

HASTA: Tamam. Bunu yapıyor gibi hissetmiyorum.

TERAPİST: O bir gerçek, bunu yapıyor gibi hissetmiyorum ama o rahatsız edici. Öyle hissetsem de hissetmesem de bir şey fark etmeyecek. Yapmam *gereken* şey bu.

HASTA: Ama onu sonra yapabilirim.

TERAPİST: Doğru, ama benim daha sonra yapmak gibi bir alışkanlığım yok. Onu erteleyerek bu kötü alışkanlığımı pekiştirmek istemiyorum. Burada yeni olan daha iyi bir alışkanlığı güçlendirme seçeneğim var.

HASTA: Ama o bu seferlik önemli değil.

TERAPİST: Doğru. Onu yapmak, herhangi bir bireysel zamanda hiç önemli değildir. Diğer taraftan, ben bu güzel alışkanlığı olabildiğince güçlendirirsem, iyi olur.

HASTA: Bilmiyorum, sadece istemiyorum.

TERAPİST: Şu anda ne yapmak istediğime ya da yapmak istemediğime dikkat etmek *istemiyorum*. Uzun erimde ihtiyaç duyduğum şeyleri yapmaya ihtiyaç duyuyorum, bu yüzden mezun olmalıyım, iş bulmalıyım ve kendi kendimi iyi hissetmek *istiyorum* ve sürekli bu şeylerden kaçınmak istemiyorum.

HASTA: . . . Söyleyeceklerim bitti.

TERAPİST: Tamam. Rolleri değişelim, sonra onların bazılarını yazıya dökeriz.

Rol değişiminden sonra, sizin yeni bir seçeneğiniz olur. Siz karşılıklı görüş alışverişi yaparak ortak bir kararla ilk ödevi tekrar verebilirsiniz. [örneğin, "Bu ödevi yapmayı tekrar denemeye ne dersin?"]. Eğer hastalar ödevi yapma kararına katılırsa, hastanızla birlikte rol oynama sırasında ortaya çıkan önemli noktaları baş etme kartına yazabilirsiniz. Eğer hastanızın ödevi yapmaktan hoşlanmayacağına inanırsanız ödevi değiştirmeyi ya da ödevle ilgi seçenek sunmayı önerin.

Olası Olumsuz Sonuç için Hazırlamak

Bir davranışsal deneyimi tasarlarken veya bir varsayımı test ederken, başarılı olmak için muhtemel bir senaryo oluşturmak önemlidir. Örneğin Sally ve ben profesörlerin dersten sonra sorulan sorulara daha açık olduğu; oda arkadaşı ile gece gürültü konusunu görüşürken hangi kelimeleri kullanması gerektiği; arkadaşlarından ne kadar yardım istemesinin makul olduğu hakkında konuştuk. Deneyim iyi gitmezse hastaların var olan olası otomatik düşüncelerini ve inançlarını tahmin etmek iyi bir fikirdir.

TERAPİST: Ross, şimdi varsayalım ki o, sana yardımcı *olamayacağını* söyledi. Böyle olursa aklından ne geçecek?

HASTA: Ben ona sormamalıydım. Muhtemelen ona sorduğum için o benim aptal olduğumu düşünüyor.

TERAPİST: [Alternatif bir açıklamaya bakalım.] Hayır demesinin başka bir nedeni ne olabilir?

HASTA: O gerçekten çok meşgul olabilir.

TERAPİST: Ya da o da bu bilgiyi yeterince iyi açıklayacak kadar bilmiyor olabilir mi? Ya da öğretmeyi sevmiyor olabilir mi? Ya da başka bir şeyle meşgul olabilir mi?

HASTA: Muhtemelen öyle olabilir.

TERAPİST: Bunun ötesinde, senin aptal olduğunu düşündüğüne ilişkin herhangi bir kanıtın var mı?

HASTA: Hayır ama biz politik olarak aynı görüşte değiliz.

TERAPİST: O, senin düşüncenin kesinlikle aptalca olduğunu mu yoksa farklı bir görüş olduğunu mu düşünür?

HASTA: Biz o konuda sadece farklı düşünüyoruz.

TERAPİST: O hâlde bildiğin kadarı ile o seni aptal bulmuyor?

HASTA: Hayır, benim aptal olduğuma ilişkin bir düşüncesinin olduğunu sanmıyorum.

TERAPİST: O senin isteğini geri çevirmiş bile olsa, yardım isteğinden dolayı, seninle ilgili görüşünün değişmiş olmasından kaynaklanmayabilir?

HASTA: Benimle ilgili görüşü değişmemiştir.

TERAPİST: Tamam, bugün, daha sonra ona gidip yardım istemen konusunda anlaşmıştık. O yardım ederse iyi olur ya da o hayır derse, kendi kendine neyi hatırlatacaksın?

HASTA: Yardım isteğime hayır derse; bu onun benim aptal olduğumu düşündüğü anlamına gelmez. O belki çok meşgul ya da o da belki bu konudan emin değil ya da öğretmeyi sevmiyor olabilir.

TERAPİST: Güzel, her ihtimale karşı bunu yazalım.

Bir deneyim iyi çalışmadığında ilerde olacak potansiyel sorunların tartışılması, sıkıntıya karşı korunmayı sağlar.

ZORLUKLARIN KAVRAMSALLAŞTIRILMASI

Hasta ödevleri yaparken zorluklar yaşıyorsa, ortaya çıkan sorunların nedenleri belirlenmelidir. Aşağıdaki hususlarla ilişkili problemler var mı?

- Bir uygulama problemi?
- Bir psikolojik problem?
- Uygulama problemi tarafından maskelenmiş bir psikolojik problem?
- Terapistin bilişleri ile ilgili bir problem?

Uygulama Problemleri

Hastanın yapması için ödevler, özenli bir şekilde hazırlanmışsa uygulama problemlerinin çoğunu engellemek mümkün olabilir. Ön provalarla olası güçlükler önceden ortaya çıkarılır. Dört uygulama problemi ve onların çözüm yolları aşağıda tanımlanmıştır:

Terapi Ödevlerini Son Anda Yapmak

İdeal olarak hasta, terapi ödevleri üzerinde *hafta boyunca* çalışmalıdır. Örneğin; hasta, otomatik düşüncelerini, duygu durum değişikliklerini ve tepkilerini, düşüncelerini zihinsel olarak ve yazılı olarak yakalamalı ve kaydetmelidir. Bazı hastalar terapi seansları arasında düşünmekten kaçınırlar. Genellikle bu kaçınma problemin önemli bir parçasıdır ve ilk olarak hastaya, kaçınmasını belirlemesinde yardımcı olmalısınız ve belirli düşüncelerini değiştirmesi için müdahale etmelisiniz ("Bu probleme yalnız başıma odaklanırsam yanlış yaparım ve dağılırım." ya da "Ben denesem bile bu durumu değiştiremem.") Diğer hastalara nazik bir şekilde günlük ödev listelerine bakmaları hatırlatılmalıdır.

Ödevin Gerekçesini Unutmak

Arada bir, hastalar bir ödevi ihmal ederler çünkü onlar ödevin *niçin* yapılması gerektiğini hatırlamazlar. Bu zorluğu yaşayan hastaların, bir sonraki ödevlerinin yanına gerekçesi de kaydedilerek onlardaki unutma engellenebilir.

HASTA: Gevşeme egzersizlerini yapmadım [ya da baş etme katlarını okumadım ya da kontrollü nefes alma uygulamasını yapmadım ya da etkinliklerimi kaydetmedim] çünkü bu hafta iyi hissettim.

TERAPİST: Nasıl hissettiğine bakılmaksızın uygulamaların her gün yapılmasının yararlı olacağını birkaç hafta önce konuştuğumuzu hatırlıyor musun?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: Tamam, birkaç hafta gevşeme egzersizleri yapmadığını varsayalım. Sonra çok stresli bir hafta geçirdiğini düşün, yeteneklerini etkili bi şekilde kullanabilecek misin?

HASTA: Pek değil.

TERAPİST: Gerçekten iyi hissetmek istiyorsan ihtiyaç duymadan önce gevşeme egzersizlerini yapmak için bu hafta hatırlatıcıları yazalım mı (*Bekler.*)? Uygulama ile ilgili başka bir problem var mı?

Düzensizlik ve Sorumluluk Eksikliği

Pek çok hastanın ödevleri yapıp yapmadıklarını gösteren kontrol listesini günlük olarak işaretlemeleri olasıdır. Siz ya da hastalar seansta Şekil 17.1'deki gibi yalın bir çizelge çizebilirsiniz. Her gün hastalar, her bir ödevi tamamlamalı ve çek etmeyi öğrenmeli. Bu teknik hem hastaların hatırlamasına yardımcı olur hem de ödevleri yapıp yapmadıklarını görmelerini sağlar.

Diğer seçenek hastaların ödevleri günlük bir takvime ya da randevu defterlerine yazmalarıdır (İlk gün birlikte sizin ofisinizde yapın ve hastalardan geriye kalanını seanstan sonra bekleme odasında yazmalarını isteyin.). Ödevi tamamladıktan sonra, hastalar çek ya da çarpı işareti koyabilirler.

Üçüncü teknik, bu tekniğin ödeve bağlılıkları az olan hastalarda kullanılması önerilir. Onlar ödevlerini tamamladıktan sonra ofisinize bir mesaj bırakırlar. Sizin mesaj beklediğiniz bilmek hastaları ödev yapma konusunda motive edebilir.

	Ç	Per	C	Ct	Pz	Pt	S
1. Terapi notlarını oku							
2. Bir kredi listesi yap							
3. Bir Düşünce Formunu Kaydet							
4. Sınıfta bir soru sor							

ŞEKİL 17.1. Ödevleri için günlük çeklist örneği.

Herhangi bir müdahaleyi yaparken, olasılıkların gerekçesini hastalara belirtmelisiniz ve onların da aynı fikirde olduğundan emin olmalısınız.

Ödevle İlgili Güçlükler

İzleyen seansta ödevin çok güç olduğunu ve kötü tanımlanmış olduğunu fark ederseniz (bu sorun, deneyimsiz terapistlerde görülen genel sorunlardandır) sorumluluğu almalısınız, "hatanın kendinizde olduğunu" belirtmelisiniz. Aksi takdirde hastalar haksız yere ödevi başarı ile tamamlayamadıkları için kendilerini eleştirebilirler:

TERAPİST: Sally, şu anda senin ödevin hakkında konuştuk, görüyorum ki ben ödevi yeterince iyi açıklayamamışım. [Ya da "görüyorum ki, ödev gerçekten çok zormuş."] Bunun için özür dilerim. Ödevi yapamadığında aklından neler geçti?

Burada (1) model olarak, sizin hata yaptığınızı kabul etmeniz (2) İlişkiyi güçlendirmek, (3) hastaya terapi ile ilgilendiğinizi— verilen ödevlerin hasta için olduğunu ve (4) başarısız olduklarında alternatif bir açıklama yapabilmeleri hususunda onlara yardımcı olur.

Psikolojik Problemler

Hasta uygun bir şekilde hazırlanmış ödevi yapamazsa ve yapma fırsatı da varsa, hastanın güçlüğü gelecek kısımda tanımlanacak psikolojik faktörlerden kaynaklanabilir.

Olumsuz Öngörüler

Hastalar, psikolojik sıkıntı içinde olduklarında ve özellikle depresyonda olduklarında olumsuz sonuçlar bekleme eğiliminde olurlar. Hastalardan işlevsel olmayan bilişlerini tanımlamak için o ödevi yaparken, o anda akıllarından geçen düşünceleri hatırlamaları, o zamanki bilişlerini ve duygularını ortaya çıkarmaları istenir:

TERAPİST: Depresyon hakkındaki kitabı okumayı düşündüğün bir zaman oldu mu?

HASTA: Evet, ara sıra düşündüm.

TERAPİST: Düşündüğün zamanlardan birini bana söyler misin? Örneğin geçen gece okumayı düşündün mü?

HASTA: Evet. Akşam yemeğinden sonra okuyacaktım.

TERAPİST: Ne oldu?

HASTA: Bilmiyorum. Sadece içimden yapmak gelmedi.

TERAPİST: Nasıl hissediyordun?

HASTA: Çökmüş, üzgün, bir çeşit yorgunluk.

TERAPİST: Kitabı okumayı düşündüğünde aklından neler geçiyordu?

HASTA: Bu çok zor. Muhtemelen ona odaklanamayacağım. Onu anlamayacağım.

TERAPİST: Anlaşılan oldukça çökkün hissediyormuşsun. Kuşkusuz okumaya başlamak için zorlukların varmış. Aslında geçen hafta seans sırasında okumayı başlatmamız doğru olurdu. (*Bekler.*) Odaklanıp odaklanamayacağın ve onu anlayıp anlayamayacağın fikrini nasıl test edebiliriz?

HASTA: Sanırım, ben onu deneyebilirim.

Sonra seans sırasında hastanın denemesini istemelisiniz. İzleyen başarılı bir sonucu (sonuçları) onlar yazmalı: Örneğin; "Bazen düşüncelerim doğru değildir ve ben düşündüğümden daha fazlasını yapabilirim. Gelecek sefer ümitsiz hissedebilirim, o zaman bu kitapçıktaki gibi bir deneme yapabilirim" (Not: Deneme başarısız olursa ödevi daha basit bir ödevle değiştirmek gerekir.).

Hastalar, davranışsal deneyimlerle diğer olumsuz öngörüleri test edebilir (örneğin "Benim oda arkadaşım benimle toplantıya gitmek istemeyecek." ya da "Yardım istesem bile bu konuyu anlayamayacağım." ya da "Bu ödevi yapmak bana kötü hissettirecek."). Yeniden hastaları, tepkilerinin olası olumsuz sonuçları için hazırlamak önemlidir. Diğer düşüncelerini değerlendirmelerine standart Sokratik sorgulama ile yardım edebilirisiniz, örneğin; şu an hiçbir şey yapamayacağım." ya da "bu kursta başarısız olacağım."

Hastalar bir ödevin işe yarayıp yaramayacağı konusunda ikileme (çatışmaya) düştüklerini ifade ederlerse, sonucun ne olacağını bilmediğiniz hakkında onları bilgilendirmelisiniz: "Bu ödevin yararlı olup olmayacağından emin değilim, Bu ödev işe yaramazsa ne kaybedersin? Uzun erimde, işe yararsa ne kazanırsın?" Alternatif olarak hasta ve siz ödevi yapmanın avantaj ve dezavantajlarının bir listesini yapmalısınız.

Sonunda, bir hasta bu çalışmalardan inanç düzeyinde yararlanabilir. Ödev; izleyen düşünceleri aktive edebilir: Örneğin;

"Ben yetersizim."
"Ben yetersiz olduğum için terapi ödevi yapmak zorundayım."
"Daha iyi hissetmek için bu kadar çok efor harcamamalıyım."
"Terapistim beni kontrol etmeye çalışıyor."

"Problemim hakkında düşündüğümde daha kötü hissedeceğim."

"Ödevimi iyi yaparsam hayatım daha kötüleşecek."

Bu tür inançlar Bölüm 13 ve 14'te tanımlandı ve müdahale teknikleri açıklandı.

Ödevle İlgili Yapılacakların Abartılması

Bazı hastalar ödevi yapmanın uygun olmadığını ya da zorluğunu abartırlar ya da ödevi yapmak için "az zaman harcanacağının" farkına varamazlar.

TERAPİST: Hafta içinde Düşünce Kayıt formunu birkaç kez ne şekilde doldurabilirsin?

HASTA: Zaman bulabileceğimden emin değilim.

TERAPİST: Onu doldurmanın her seferinde ne kadar zaman alacağını düşünüyorsun?

HASTA: Çok değil. Belki 10 dakika. Ama biliyorsunuz bugünlerde çok koşturuyorum. Yapacak bir milyon şeyim var.

Siz bu problemi çözmek için uygun bir zaman aralığı bulabilirsiniz. Alternatif olarak ödevi yapmak için zamanın sınırlı olduğunu düşünmelerinin yanlış olduğunu anlamaları için bir analoji (benzetme) yapmalısınız:

TERAPİST: Bugünlerde çok meşgul olduğun doğru olabilir. Örneğin acil bir durumda hayatını (ya da sevdiğin birinin hayatını) kurtarmak için her gün bir şey yapmak için zaman bulup bulamayacağını merak ediyorum? Örneğin her gün kan nakline ihtiyaç duysaydın, ne olacaktı?

HASTA: Kuşkusuz, onun için zaman bulacaktım.

TERAPİST: Şu an, bu ödevi yapmadığında hayatını tehdit edecek bir şey olmadığı çok açık ancak burada da aynı ilke geçerli. Birkaç dakika, hayatının başka bir alanından bu süreyi nasıl keseceğin hakkında konuşabiliriz ama ilk olarak bu kesintinin hayatının geri kalanında devam etmeyeceğini hatırlaman önemli. Sen iyi hissedene kadar bazı şeylerle ilgili küçük bir düzenleme yapmaya ihtiyacın var.

Bir hasta, benzer sorulardan yararlanarak bir ödev için harcanacak *enerjiyi* abartabilir. Bir sonraki örnekte hastanın bir ödevle ilgili yapacaklarına ilişkin işlevsel olmayan (ve bozulmuş) imgesi görülmektedir:

TERAPİST: Bu hafta her gün alış verişe ne şekilde gideceksin?

HASTA: (*İç çeker.*) Nasıl enerji bulacağımı bilmiyorum.

TERAPİST: Gözünde nasıl canlandırıyorsun?

HASTA: Bir mağzadan diğerine sürüklendiğimi görüyorum.

TERAPİST: Biliyorsun, her gün sadece 10 dakika mağazaya gitmenle ilgili konuşuyoruz. 10 dakika içinde kaç mağazaya gidebilirsin? Bir mağazadan bir mağzaya sürüklenebilir misin? Senin bu ödevle ilgili imgen bizim plandığımız ödevden daha zor değil mi?

Başka bir durumda hasta ödevi doğru olarak hatırlar ancak ödevi yapmak için gereken enerjiyi abartabilir. İlk olarak kısa bir ön prova ile *problemin belirgin* hâle gelmesine yardım etmek için müdahale ederim.

HASTA: Max'i 15 dakika parka götürmek için nasıl enerji bulacağımdan emin değilim.

TERAPİST: Sorun, daha çok evden dışarı çıkmakla mı ya da parka gitmekle mi ya da parkta ne yapacağınla mı ilgili?

HASTA: Evden dışarı çıkmakla ilgili. Çok fazla şey almam gerekir —onun temizlik bezlerini, bebek arabasını, şişesini, ceketini ve ayakkabılarını... [Terapist ve hasta daha sonra problemi birlikte çözerler; bir çözüm, hasta gün içinde erkenden daha enerjik olduğu ve daha az karmaşa hissettiği zaman gereken her şeyi hazırlar.]

Üçüncü bir durum, ödevle ilgili deneyimi basit bir şekilde hazırlarım.

HASTA: Telefon konuşması için gerekeli enerjiyi bulabileceğimden emin değilim.

TERAPİST: Bu ödevle ilgili deneyi düzenlemek için bugünden itibaren kısa bir zaman ayıralım: Öngörünü yaz—"telefon konuşmaları için yeterince enerjim olmayacak." — ve gelecek seansta bunun ne kadar doğru olduğunu söylersin? Tamam mı?

Mükemmeliyetçilik

Pek çok hasta, o ödevi yaparken mükemmellik için uğraşmama konusunda basit bir hatırlatmadan yararlanır:

TERAPİST: Otomatik düşünceni tanımlamayı öğrenmek bilgisayarı kullanmayı öğrenmek gibi bir beceridir. Her uygulama ile daha iyi olacaktır. Bu yüzden bu hafta herhangi bir güçlük yaşarsan endişelenme. Biz bir sonraki seansta ne kadar iyi yaptığını anlayacağız.

Diğer hastalar, ödevleri mükemmel olursa yararlı olabileceğini güçlü bir şekilde vurgularlar, bu vurguda hatalar *vardır*:

TERAPİST: Mükemmeliyetçilik inancın terapi ödevlerinin yapılmasında zorluklara neden oluyor gibi.

HASTA: Evet, öyle.

TERAPİST: Bu hafta, Düşünce Kayıt Formunu *kasıtlı* olarak mükemmel doldurmamaya ne dersin? Dağınık bir el yazısı ile yazabilirsin ya da tüm formda gramer hataları yapabilirsin. Biz onu yapman için 10 dakikalık zaman limiti de koyalım.

Uygulama Problemleri Gibi Maskelenmiş Psikolojik Engeller

Bazı hastalar, ödevleri yapmak için yetersiz zaman, enerji ya da seçenek engelleri gibi uygulama problemleri olduğunu belirtirler. Siz bu düşünceye inanıyorsanız ya da inancın ödeve müdahalesinin olduğunu düşünüyorsanız, uygulama problemlerini tartışmadan *önce* bu olasılıkları araştırmalısınız:

TERAPİST: Tamam, sen [uygulama problemleri yüzünden] bu ödevi yapabileceğinden emin değilsin. Bir an bu problemin sihirli bir biçimde ortadan kalktığını varsayalım. Şimdi bu ödevi nasıl yapacaksın? Başka müdahale eden bir şey var mı? Herhangi bir şeklide engelleyen bir düşünce var mı?

Terapistin Bilişleri ile İlgili Problemler

Son olarak, bir hastayı ödev yapma konusunda atılganlık ve uygun bir şekilde cesaretlendirmelerinizin arkasında sizin düşünceleriniz ya da inançlarınızın olup olmadığını değerlendirmelisiniz. Terapistlerin tipik işlevsiz varsayımları şunlardır:

> "Eğer onun neden ödev yapmadığını anlarsam onun duygularını incitebilirim."
>
> "Ben ona nazikçe sorular sorarsam o sinirlenecek."
>
> "Onun ödev yapma denemelerini gözlemlemesini önerirsem o bunu hakaret gibi algılayabilir."
>
> "Gerçekten daha iyi ödev yapmaya ihtiyaç yok."
>
> "O, şimdi diğer şeylerle çok bunalmış."
>
> "O, ödev yapma konusunda çok pasif–agresif."
>
> "O, kaygılı bir durumun etkisinde bırakılmak için çok kırılgan."

Ödevi değerlendirirken ya da hastanın neden ödevi yapmadığını araştırırken aklınızdan neler geçtiğini kendi kendinize sorun. İşlevsiz düşünceleriniz varsa Düşünce Kayıt Formuna kaydetmelisiniz ya da davranışsal deneyimleriz varsa bir süpervizöre ya da meslektaşınıza danışmalısınız. Ödevi yapmamak için hastanıza

izin veriyorsanız ona iyilik yapmadığınızı kendinize hatırlatın (Araştırmalar ödevi yapmanın çok önemli olduğunu göstermiştir). Ve hastaların ödeve bağlanması için aşırı çaba göstermeyin.

ÖDEVLERİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Her seanstan önce, seans öncesi notları, hastanın ödev notlarını gözden geçirerek hazırlanmalısınız. Hastanın son zamanlarda olan bir kaybı ve yası gibi durumlar olmadıkça gündemin ilk maddesi tipik olarak ödev üzerinde konuşmaktır. Hatta hasta bir kriz içinde bile olsa "o seansta daha sonra" ödevle ilgili konular hakkında ya da farklı bir vakada, birlikte uzlaşarak şu anda değil de sonraki seansın başında konuşmak için birkaç dakikalık zaman ayrılması gereklidir.

Ödevi yapmak için ne kadar zaman harcanacağına ve tartışılacağına karar verilmelidir, hastaların terapi sanatının bir parçası olan ödev yapmaya devam edip, etmemeyi istemeleri tartışılmalıdır. Ne zaman, ödevler üzerinde daha çok zaman harcanmalıdır:

- Devam eden problemlerle ilgili daha ileri tartışmaların yapılması gerektiğinde,
- Hastalar bir görevi tamamlamadıklarında,
- Hastaların ne öğrendiklerini tartışmanın önemli olduğuna ilişkin yargınız olduğunda.

Örneğin, hasta şiddetli bir depresyonda ise ve etkinlik çizelgesini izleyemiyorsa siz seansta, etkinliklerin ne olduğunu anlayabilmesi ve onları planlayabilmesi ve gelecek hafta nasıl başarılı olabileceğini belirlemek için zaman ayırmalısınız. Depresif hastaların ödevlerini gözden geçirmek için kısa bir zaman ayrılır, öğrendiklerini ve becerilerini pekiştirmek önemlidir. Depresif hastalarla ortaya çıkan yeni problemeler üzerinde konuşmak için daha çok zaman ayrılır.

Ödevlerin gözden geçirilmesi için farklı zamanlar ayırmalısınız. Tedavinin başında terapi notlarının ne olduğunu pekiştirmelisiniz (örneğin; geçen seansta ve evde yazdığı uyumlu cevaplara ne kadar inandığını hastaya sorun.). Hastalardan yapılması istenen kolaylıkla öğrenemedikleri, uygulama becerilerini gözden geçirmeniz gereklidir. Hastanın gelecek hafta hangi ödevleri yapacağına ya da değiştireceğine, iş birliği yaparak birlikte karar verilmelidir.

Özetle, ikiniz de ödevlere tedavinin ayrılmaz bir parçası olarak bakmalısınız. Uygun şekilde verilen ve tamamlanan ödevler, gelişme hızları, hastadan yapması istenen terapi tekniklerinin uygulanmasının terapiden sonrada devam etmesi beklenir. Ödevler konusunda Kazantzis, Deane, Ronan ve Lampropoulos (2005) ve Tompkins'in (2004) kaynakları yararlıdır.

Bölüm 18

SONLANDIRMA VE GERİ DÖNÜŞLERİ ÖNLEME*

Bilişsel davranışçı terapinin amacı hastaların rahatsızlıklarını (bozukluklarını) iyileştirmek ve onlara hayatları boyunca kullanabilecekleri beceriler öğretmektir. Amacınız onların bütün problemlerini çözmek değildir. Aslında, hastaların her problemine yardım etmek için sorumlu olduğunuza ilişkin görüşünüz varsa, hastanın size bağlanma ve bu bağlılığın pekişme riski vardır. Ayrıca hastanın becerilerini güçlendirmesini ve test etmesini engellemiş olursunuz.

Uygulamada sınırlılıklar olmadıkça seanslar haftada bir kez yapılır. Şiddetli belirtiler varsa, seanslar daha sık yapılır. Hastaların semptomları azalmışsa ve bazı becerileri öğrenmişlerse hasta ile iş birliği içinde seans aralıklarını uzatarak terapi süresini yavaş yavaş azaltabilirsiniz: önce 2 haftada bir, daha sonra 3 haftada bir ve 4 haftada bir olmak üzere. Ek olarak, tedaviden sonra, hastalar, 3, 6 ve 12 ay sonra yapılan "destekleyici" seanslarla cesaretlendirilir. Bu bölümde, olası tekrarların önlenmesi ilk seanstan, son destekleyici seansa kadar adım adım terapinin sonlandırması ile ilgili hazırlık süreci açıklanmaktadır.

ERKEN ETKİNLİKLER

Başlangıçtan itibaren terapist olarak hastalara yardım etmeyi amaçlayarak, terapinin sonlandırılması ve tekrarlar (nüksler) için hastaları hazırlamalısınız, onlara terapi zamanının olası sınırını söylemelisiniz. İyileşmenin süresi hakkında konuşmak önemlidir, hastalar en kısa zamanda iyi hissetmeye başlayacaktır. Hastalar

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

görsel betimlemeden [Şekil 18.1] ve şüphesiz gelişmelerden yararlanır, geçici olarak platolarla, dalgalanmalarla, gerilemelerle, gelişmelerin dönemleri tipik olarak kesintiye uğrar. Terapiden sonraki hayatında zaman zaman aksilikler ya da zorluklar olabilir ancak hasta iyi bir donanımla kendi kendine bu zorluklarla baş edebilir.

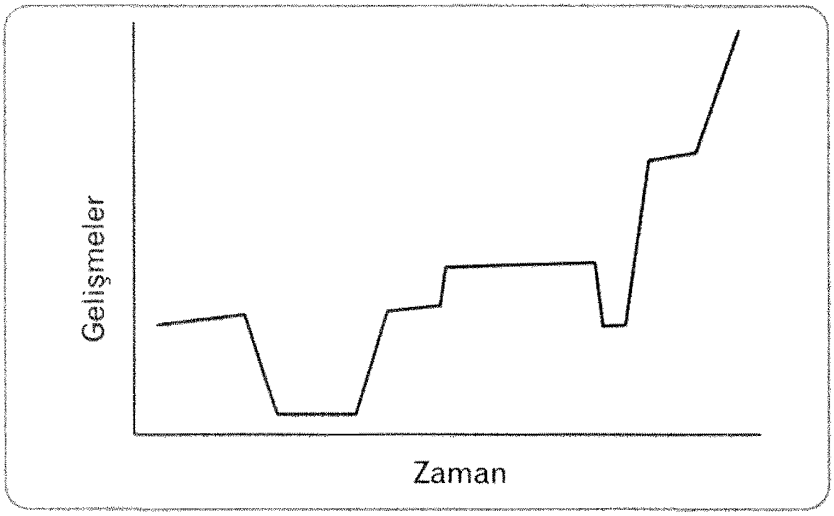
TERAPİST: Sizin biraz iyi hissetmenizden memnunum. Ama zaman zaman inişler ve çıkışlarınızın olacağını söylemeliyim. Hastaların çoğu, biraz iyi gider ve biraz daha iyi gider, sonra bir noktada onlar platoya ulaşırlar ya da gerilemeler olur. Sonra yeniden biraz iyi, biraz daha iyi hissederler ve başka bir plato ya da gerileme olur. Bu inişler ve çıkışlar normaldir... Gelecekte bunu hatırlamanın neden önemli olduğunu görebilecek misin?

HASTA: Sanırım aşağıya inişler olduğunda çok endişelenmeyeceğim.

TERAPİST: Doğru. Bazı aşağıya düşüşlerde öngörümüzü ve bu konuşmayı hatırlayabilirsin. Aslında [Şekil 18.1'deki] gibi bir grafiği referans almak isteyebilirsin. Bu ne olduğu hakkında sana kaba bir fikir verir. Gerilemelerin genellikle az, kısa ve az şiddetle gittiğini görüyor musun?

HASTA: Hı hım.

TERAPİST: Bu grafiği hatırlamak senin için önemlidir, aksi takdirde bir gerileme olduğunda, terapinin işe yaramadığını, asla daha iyi olmayacağını düşüneceksin.



ŞEKİL 18.1 Terapideki gelişmeler. Bu grafik, eğer ustalıkla çizilmişse, ABD'nin güneyinde "Texas" ve "Florida" arasında ileri geri giderek çizilmiş sınıra benzer. Terapistlerle bazı hastalar arasında mizahi olarak gösteren ileri geri gidişlerin normal olduğunu hastaların hatırlamalarına yardımcı olur.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Terapiden sonra bile muhtemelen orta düzeyde ileri ve geri geliş gidişlerin olacaktır çünkü herkeste böyle olur. Sonrasında kuşkusuz kendine yardım edecek araçların da olacaktır. Ya da bir iki seans tekrar gelmek isteyebilirsin, bunu tedavinin sonlarına doğru yeniden konuşuruz.

TERAPİ BOYUNCA ETKİNLİKLER

Bazı teknikler tekrarları önlemek için tedavi boyunca kullanılmalıdır.

Gelişmeleri Hastaya Atfetmek

Her seansta hastadaki gelişme fırsatlarını pekiştirmek için tetikte olmalısınız. Onların deneyimlerinde ve duygu durumlarında bir gelişme olduğunda, onlar iyi düşünmelerinin nedenini anlarlar ve iyi hissederler. Mümkün olduğunca iyi hissettiren düşüncelerin pekiştirilmesi gereklidir. İyi hissettiren düşüncelerin pekiştirilmesi, onların duygusal durumunda değişikliklere neden olur. Duygusal durumunda meydana gelen değişiklikler onların düşüncelerinde ve davranışlarında değişiklik yapmalarına yardımcı olur.

TERAPİST: Depresyon düzeyin bu hafta düşmüş görünüyor. Ne olduğunu düşünüyorsun?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: Bu hafta farklı bir şey yaptın mı? Planladığımız aktiviteleri yaptın mı? Ya da olumsuz düşüncelerine tepki verdin mi?

HASTA: Evet. Gerçekten bu hafta her gün egzersizlerimi yaptım ve arkadaşlarımla iki kez dışarı çıktım. Birkaç kez kendimi gerçekten çok eleştirdim ancak baş etme kartlarımı okudum.

TERAPİST: Bu hafta iyi hissettin çünkü pek çok şey yaptın, bunların sana yardımcı olmuş olması olası mıdır?

HASTA: Evet, sanırım öyle.

TERAPİST: Bu gelişmelerin nasıl olduğu hakkında ne söyleyebilirsin?

HASTA: Sanırım, kendime yardımcı olacak şeyler yaptığım için daha iyi hissediyorum.

Bazı hastalar başlangıçta iyi hissetmelerinin nedeninin bütün payını terapiste gitmekle ilgili olduğuna inanırlar. Diğer atıf alternatifi— bu olumlu değişimlerden *hasta* sorumludur— hastanın öz yeterlilik algısı güçlendirilir.

TERAPİST: Bu hafta daha iyi hissetmenin nedeni hakkında ne düşünüyorsun?

HASTA: Siz gerçekten geçen oturumda bana yardımcı oldunuz.

TERAPİST: Tamam, senin için bazı şeyler düşünmüş olabilirim ama senin düşünceni ve davranışını gerçekten kim değiştirdi?

HASTA: Sanırım ben yaptım.

TERAPİST: Buna ne kadar inanıyorsun, sonra bu konuda gerçekten krediyi hak ettiğini düşünüyor musun?

Alternatif olarak, hasta durumdaki bütün gelişmeleri bir değişikliğe (Örneğin; iyi hissediyorum çünkü beni erkek arkadaşım aradı.) ya da tedaviye atfedebilir. Bildiğiniz dış faktörler kadar, onlara düşüncelerinde ya da davranışlarında değişikliklerin ya da onların gelişmelerini sürdürmelerinin katkısını sormalısınız. Hastalar, krediye layık olmadıklarına inandıkları zaman, onların inançlarının altında yatan şeyleri ortaya çıkarmayı düşünmelisiniz ("Size kredi vermeye çalışmam, senin için ne ifade ediyor?).

Terapide Öğrenilecek Tekniklerin/Kullanılacak Araçların Öğretilmesi

Hastalara teknikler ve araçlar öğretildiğinde, hayat boyu pek çok durumda şimdi ve gelecekte kullanılabileceği— bu tekniklerin yalnız depresyonla ilgili bozukluklarda değil, aynı zamanda aşırı duygusal tepkiler ve işlevsel olmayan durumlarda da kullanabileceğini vurgulamalısınız. Genel teknikler ve araçlar terapi esnasında ve sonrasında aşağıda belirtilen durumlarda kullanılabilir:

1. Büyük problemleri yönetilebilir parçalara ayırın.
2. Problemlerin çözümleri konusunda beyin fırtınası yapın.
3. Otomatik düşüncelerinize ve inançlarınıza, verdiğiniz yanıtlarınızı tanımlayın ve test edin.
4. Düşünce Kayıt Formunu kullanın.
5. Planlanmış aktivitelerinizi gözlemleyin.
6. Gevşeme egzersizleri yapın.
7. Dikkatinizi, başka yöne çevirme ve yeniden odaklama tekniklerini kullanın.
8. Kaçınılacak görevler ya da durumların hiyerarşik listesini oluşturun.
9. Kredi listelerini yazın.
10. Özgül düşüncelerin, inançların, davranışların ya da karar verirken yaptığınız seçimlerin avantaj ve dezavantajlarını yazın.

Hastaların bu araçları terapiden sonra nasıl kullanacağını anlamalarına yardımcı olabilirsiniz:

TERAPİST: Depresif düşüncelerini tanımlayarak, sorgulayarak ve tepki vererek, gerçekten üzüntünü nasıl azalttığını hissettin mi?

HASTA: Evet, onu yaptım. Bana sürpriz oldu.

TERAPİST: Aşırı tepki verdiğinde, çok kızgın olduğunda, kaygı, üzüntü, utanma ve benzeri şeyler hissettiğin durumlarda, benzer teknikleri hatırlayarak tekrar kullanabileceğini biliyor musun?

HASTA: Bunu gerçekten daha önce düşünmemiştim.

TERAPİST: Yalnız bütün olumsuz düşünceleri kovmak için çabalaman gerektiğini söylemiyorum—aşırı tepki gösterdiğin zamanları da düşünmeni istiyorum. Geçen haftalar içinde ortaya çıkan diğer durumları da, Düşünce Kayıt Formunu kaydetmenin yardımcı olabileceğini düşünüyor musun?

HASTA: (*Bekler.*) Gerçekten aklıma hiçbir şey gelmiyor.

TERAPİST: Gelecek haftalarda ortaya çıkacak yeni durumlar için Düşünce Kayıt Formunu kaydetmek sana yardımcı olabilir mi?

HASTA: (*Bekler.*) Evet, kardeşim yazın eve gelmek yerine okulda kalmaya karar verirse ona çok kızgın olacağımı biliyorum.

TERAPİST: Bu durumu Düşünce Kayıt Formuna kaydetmeye ve sonra tepki olarak düşündüklerini yazmaya ne dersin?

HASTA: Tamam, yaparım.

Terapi Esnasında Aksaklıklar için Hazırlanmak

Hastalar terapiye başlar başlamaz iyi hissetmeye başlarlar. Siz onlardan, aksaklıkların olmasını ve kötüye gitme olasılığını zihinsel olarak hissetmelerini ve imgelemelerini isteyebilirsiniz. Genel tepkiler şunlardır: "Bu şekilde hissetmemeliyim."; "Bununla benim hiç iyi olmayacağımı kastediyorsunuz."; "Ben çaresizim."; "Asla iyileşmeyeceğim."; "Terapistim hayal kırıklığına uğrayacak." ya da "Terapistim işini iyi yapamıyor."; "Bilişsel davranışçı terapi bende işe yaramayacak."; "Ben sonsuza kadar depresif olmaya mahkumum."; "Başlangıçta iyi hissetmem sadece bir şanstı." Ya da hastalar gelecek ilgili imgelerinde örneğin; korktuklarını, yalnız, üzgün, yataklarının köşesine kıvrılmış olduklarını rapor ederler. Baş etme kartları ve Terapinin Gelişme grafiği (Şekil 18.1) onların bu olumsuz bilişlerden kaçınmasını sağlar.

TERAPİST: İyi, gerçekten iyi gelişmeler var. Senin depresyonunda bir parça azalma, duygu durumunda ise yükselme var.

HASTA: iyi hissediyorum.

TERAPİST: Birkaç hafta önce terapide duraklama ve geri gidişlerle ilgili konuştuğumuzu hatırlıyor musun?

HASTA: Biraz.

TERAPİST: Olası kötüleşmelerin olabilir. Bunu konuşmanın yararı ve nasıl baş edeceğin hakkında konuşmak istiyorum.

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Bir an için kötü bir hafta geçirdiğini imgelemeni istiyorum. Hiçbir şey iyi gitmiyor gibi görünüyor. Yeniden her şey karanlık görünüyor. Sen gerçekten tam bir çöküntü içindesin. Her şey umutsuz görünüyor. Zihnine böyle bir resim getirebilir misin?

HASTA: Evet. O terapiden önceki durum gibi.

TERAPİST: Tamam. Şu an zihninden neler geçtiğini bana söyler misin?

HASTA: (*Bekler.*) Bu adil değil. Ben çok iyi yapıyordum. Terapi çalışmıyor.

TERAPİST: Güzel. Şimdi bu düşüncelere nasıl cevap vereceksin?

HASTA: Emin değilim.

TERAPİST: Tamam, bir seçimin var. Sen depresif düşünceleri düşünmeye devam edebilirsin, böyle yaparsan duygudurumunun nasıl olacağını öngörüyorsun?

HASTA: Muhtemelen daha kötü hissedeceğim.

TERAPİST: Ya da kendine bunun bir kötüleşme olduğunu, bunun normal ve geçici bir durum olduğunu hatırlatabilirsin. Bu hatırlatmadan sonra nasıl hissedersin?

HASTA: Muhtemelen daha iyi ya da en azından kötü değil.

TERAPİST: Tamam. Kendine kötüleşmenin normal olduğunu hatırlatmalısın. Son birkaç hafta içinde öğrendiğin ne tür şeyler sana böyle bir kötüleşme durumunda yardımcı olacak?

HASTA: Ben terapi notlarımı okuyabilirim ya da onları zihnimden atar ne yapacağıma odaklanırım.

TERAPİST: Ya da her ikisini yapabilirsin.

HASTA: Doğru ya da her ikisini yapabilirim.

TERAPİST: Daha önce sana yardımcı olan bu araçların tekrar yardımcı olmayacağına ilişkin bir beklentin var mı?

HASTA: Hayır.

TERAPİST: Böylece olumsuz düşüncelerine cevap verip başka bir şeye odaklanmaya başlarsın. Bu konuştuklarımızı yazmanın önemli olduğunu düşünüyor musun—bir kötüleşme durumunda senin bir vaka planın olur?

SONLANDIRMAYA YAKIN ETKİNLİKLER

Seansların Azalması ile İlgili Kaygı Tepkileri

Terapiyi sonlandırmadan birkaç seans önce siz seansları azaltmayı (1 haftada bir görüşme yerine, 2 haftada bir görüşme yapılacağını) konuşmalısınız. Bazı hastalar bu düzenleme konusunda uzlaşmaya hazırken bazıları kaygılı olurlar. İkinci grup hastalar için sözel bir liste yararlı olur ve seansların sıklığını azaltma denemelerinin muhtemel avantajları yazılı olarak kaydedilmelidir. Hastalar bu avantajları görmede başarısız olduklarında siz ilk dezavantajı ortaya çıkarmalısınız, keşfetme kılavuzu kullanarak hastanın avantajları tanımlamasına yardımcı olmalısınız ve sonra hastanın dezavantajlar çerçevesi oluşturmasına yardımcı olmasınız (bk. Şekil 18.2).

Terapinin azaltılmasının avantajları

1. Araçlarımı kullanmak ve netleştirmek için daha çok fırsatım olacak.
2. Terapistime daha az bağımlı olacağım.
3. Terapi ücretini başka şeyler için kullanabileceğim.
4. Diğer şeyleri yapmak için daha çok zamanım olacak.

Dezavantajları	**Çerçeve**
1. Nüksler olabilir.	Nükslerim olursa ben hâlâ terapideyken nasıl baş edeceğimi öğrenmek yararlı olacaktır.
2. Kendi başıma problemi çözemeyebilirim.	Terapinin azalması, terapiste ihtiyacım olduğu fikrini test etme şansı verecektir. Uzun erimde problemlerimi kendi başıma çözebilmeyi öğrenmek benim için iyi olacak; çünkü terapi sonsuza kadar sürmeyecek.
3. Terapistimi özleyeceğim.	Bu muhtemelen doğru ama onu tolere edebilirim ve kendi kişisel destek sistemimi inşa edebilmem de beni cesaretlendirebilir.

ŞEKİL 18.2. Sally'nin terapisini azaltmanın avantajlar ve dezavantajları.

Aşağıdaki terapi konuşmaları bu sürecinin nasıl olacağını göstermektedir:

TERAPİST: Son seansımızda deneme niteliğinde terapi seanslarının aralığı hakkında kısaca konuştuk. Terapi seanslarının deneme niteliğinde 2 haftada bir yapılması üzerinde düşündün mü?

HASTA: Düşündüm. O beni biraz endişelendirdi.

TERAPİST: Aklından neler geçti?

HASTA: Bir şey olursa onunla baş edemeyebilirim. Ya depresyonum artmaya başlarsa— ona dayanmam.

TERAPİST: Bu düşünceleri değerlendirebildin mi?

HASTA: Evet. Ben bunun tedavinin sonu olmadığını fark ettim. İhtiyaç duyarsam sizi arayabileceğimi söylemiştiniz.

TERAPİST: Evet, doğru. Herhangi özgül bir durumda güçlüğün ortaya çıkabileceğini hayal ettin mi?

HASTA: Hayır.

TERAPİST: Belki şimdi özgül bir durumu imgelemenin yararı olabilir.

HASTA: Tamam. [Sally bir testten düşük bir not aldığını imgeledi, otomatik düşüncelerini tanımladı, bu düşüncelere cevap verdi ve gelecekte ne yapabileceği konusunda özgül bir plan yapabildi.]

TERAPİST: Şimdi, sende seans arası ile ilgili var olan ikinci otomatik düşünce hakkında konuşalım—eğer seans arası uzarsa ve senin depresyonun artarsa buna dayanamayacağını söyledin.

HASTA: Sanırım o tam doğru değil. Tekrar kötü hissetmeye dayanamayacağımı fark etmemi sağladınız. Ama kötü hissetmekten hoşlanmıyorum.

TERAPİST: Tamam. Şimdi seanstan bir buçuk hafta önce depresyonun arttığını varsayalım. Ne yapacaksın?

HASTA: Tamam, bir ay önce yaptığımı yapabilirim. Terapi notlarımı okurum. Aktif kalırım. Daha çok düşünce Kayıt formunu doldururum. Bir yerde depresif hissettiğimde yapılacak şeylerle ilgili listem var.

TERAPİST: Şimdi listeyi bulman yararlı olacak mı?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Tamam. Ödevin, yapılacak şeyler listesini bulmak ve Düşünce Kayıt Formuna bu iki düşünceyi yazmak olsun: "Bir şey olursa ben onunla baş edemem" ve "Eğer depresyonum artarsa buna dayanamayabilirim."

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Seansların süresi ile ilgili başka bir düşüncen var mı?

HASTA: Sadece sizinle her hafta konuşmayı özleyeceğim.

TERAPİST: Ben de özleyeceğim. Küçük bir konuşma bile olsa zaman zaman konuşabileceğin herhangi birileri var mı?

HASTA: Tamam, Rebecca'yı telefonla arayabilirim. Sanırım, erkek kardeşimi de telefonla arayabilirim.

TERAPİST: Güzel bir fikri gibi görünüyor. Bu yapacaklarını yazmak ister misin?

HASTA: Tamam.

TERAPİST: Ve sonunda, diğer seansla ilgili deneme yaptığımızı söylediğimi hatırlıyor musun? Eğer listedeki önlemler çalışmazsa beni aramanı en kısa zamanda görüşmeye gelmeni istiyorum.

Terapiyi Sonlandırma Hakkındaki Endişelere Yanıt Verme

Hastalar iki haftada bir yapılan seansları sorunsuz götürdüklerinde, gelecekte seansların 3 ya da 4 haftada bir yapılmasını teklif etmelisiniz. Bu terapinin sonlandırılmasına doğru yapılan bir hazırlıktır. Tekrar seansları azaltma deneyimini hasta ile birlikte gözden geçirmek gerekiyor. Her başarılı seanstan sonra siz hasta ile uzlaşarak daha uzun aralıklı seanslara ya da ihtiyaç olursa daha sık seanslara dönebilirsiniz.

Sonlandırmaya yaklaşırken, sonlandırma hakkındaki otomatik düşünceleri ortaya çıkarmak önemlidir. Bazı hastalar heyecanlı ve umutludur. Diğerleri farklı bir uçtadır, bazıları korkar ya da kızgın olur. Çoğunluğu karışık duygular içindedir. Onlar gelişmelerden memnundur ancak nükslerle ilgili endişe yaşarlar. Sıklıkla sizinle terapi ilişkisini bitirecekleri için üzgün olurlar.

Hastaların iki durumunu, duygularının ne olduğunu ve çarpıtmalara verdikleri yanıtların ne olduğunu bilmek önemlidir. Sıklıkla sizin de gerçek duygularınızı; dürüstçe ilişkinin sonuna geldiğiniz için üzgün olduğunuzu ancak onların terapideki başarısından dolayı gurur duyduğunuzu, onların kendi başlarına yapmaya hazır olduklarına inandığınızı açıklamanız arzu edilir. Daha önceki seanslarda seans sıklığını azaltmada tanımlandığı gibi aynı şekilde sonlandırmanın avantaj ve dezavantajlarını incelemek ve otomatik düşüncelere cevap vermekte başarı ile gerçekleştirilebilir. Ek stratejiler hastalara yardımcı olur, hastaların terapiyi sonlandırmakla ilgili endişeleri hakkında Ludgate (2009) kaynağında ek stratejilerle ilgili daha ayrıntılı bilgiye ulaşılabilir.

Terapide Öğrenilenlerin Gözden Geçirilmesi

Hastaları, notlarını düzenlemeye ve okumaya cesaretlendirmelisiniz. Böylece on-

lar gelecekte bu notlarına kolayca başvurabilirler. Örneğin; iyi bir ödev, tedavide öğrenilen önemli noktaların ve becerilerin bir özetini yazmaktır.

Kendi Kendine-Terapi Seansları

Her ne kadar pek çok hasta düzenli olarak kendi kendine terapi seanslarını sürdüremezse de kendi kendine terapi planını tartışmak ve kullanmayı cesaretlendirmek yararsız değildir (bk. Şekil,18.3). Hastalarla düzenli terapi seansları azalırken; kendi kendilerine terapi seanslarını yaparlarsa terapinin sonlanmasından sonra da devam etmeleri sıklıkla olasıdır. Yeterince zamanlarının olmaması, ne yapacaklarını yanlış anlamaları ve düşüncelerine müdahale edilmesi gibi durumlarda (örneğin; "Bu iş çok fazla.", "Gerçekten onu yapmaya ihtiyacım yok.", "Onu kendi başıma yapamam.") onlar potansiyel problemlerini keşfedebilirler. Hastaların bu tür problemlerini yanıtlamalarına yardımcı olmaya ek olarak; kendi kendine terapi seanslarının avantajlarını hatırlatmalısınız: Onlar terapiye devam ederler ama kendi kendine terapi kendilerine uygundur ve ücretsizdir; onlar yeni öğrendikleri araçları canlı ve kullanıma hazır tutarlar; onlar büyük problemlere dönüşmeden önce zorluklarını çözerler; nüks etme olasılığını azaltırlar ve onlar kendi becerilerini hayatlarını çeşitli bağlamlarda zenginleştirmek için kullanırlar.

Kendi kendine terapi planın genel özellikleri Şekil 18.3'te sunulmuştur. Siz, hastanızla kendi kendine terapi sürecini gözden geçirip onların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde ayarlayabilirsiniz. Pek çok hasta bir hatırlatma sisteminin üzerinde kısa bir konuşmadan yararlanır: "Başlangıçta, siz onlardan haftada bir, sonra daha uzun aralarla ayda iki ya da bir kez, sonra her mevsimde bir, sonunda yılda bir kez kendilerine terapi yapmalarını istemelisiniz. Kendi kendine terapi planını belirli aralıklarla yapmayı kendinize nasıl hatırlatacaksınız?"

Tedavinin Sonlandırılmasından Sonra Aksaklıklara Hazırlanma

Öncelikle dikkat edilmesi gereken, siz, hastayı terapinin erken dönemlerinde olası kötüleşmelere hazırlamaya başlarsınız. Sonlandırma yaklaşırken onları, terapinin bitiminden sonra kötüleşmeler görüldüğünde ne yapacaklarına ilişkin özgül baş etme kartları yazmaları konusunda cesaretlendirmelisiniz (Tipik bir kart için bk. Şekil 18.4).

Hastaların, sizi aramadan önce kendi güçlüklerini çözme girişiminde bulunmaları arzu edilir. Onlar yeni bir randevuya ihtiyaç duyarlarsa kötüleşmeleri ya da bağımsız problemleri ile kendi kendilerine baş etmenin yolların keşfetmelerine yardımcı olunur. Ve gelecekte hastanın daha farklı davranması konusunda birlikte plan yapılır.

1. *Geçen haftanın (haftaların) gözden geçirilmesi*
   - Olumlu neler oldu? Krediye değer ne yaptım?
   - Hangi problemler ortaya çıktı? Ben ne yaptım? Bu problemler tekrarlarsa farklı olarak neler yapmalıyım?
2. *Ödevleri gözden geçirmek*
   - Ne yapmayı planlamıştım? Eğer işler yolunda gitmezse (uygulama problemleri; otomatik düşünceler), onun için gelecek sefer ne yapabilirim?
   - Bu hafta ne yapmaya devam etmeliyim?
3. *Son zamanlardaki problemli konular/durumlar*
   - Bu probleme gerçekçi bir şekilde bakabiliyor muyum ya da aşırı tepki mi gösteriyorum? Ona başka bir şekilde bakılabilir mi?
   - Ne yapmalıyım?
4. *Gelecekteki problemleri öngörmek*
   - Gelecek birkaç günde ya da haftalarda hangi problemler ortaya çıkabilir? Ve onlar hakkında ben ne yapmalıyım?
5. *Yeni ödevleri düzenlemek*
   - Ne tür ödevler bana yardımcı olur? Etraflıca düşünmeliyim:
     - Düşünce Kayıt Formunu Doldurmak?
     - Eğlenceli ya da uzmanlık etkinlikleri planlamak?
     - Terapi notlarını okumak?
     - Gevşeme egzersizleri gibi beceriler edinmek.
     - Bir kredi listesi yapmak?
6. *Bir sonraki kendi kendine terapi zamanını belirlemek*

ŞEKİL 18.3. Kendi Kendine Terapi Rehberi Seansları. Bilişsel davranışçı terapi Çalışma Paketinden. Yayın hakları 2011 Judith S. Beck. Bala Cynw yd, PA: Beck Institute for Bilişsel davranış terapisi.

İzin alınarak tekrar basılmıştır: Bilişsel Davranış Terapisi:Temelleri ve Ötesi, İkinci Basım, Judith S. Beck (Guilford Press, 2011). Bu materyalin fotokopisinin çekilme izni, sadece kişisel kullanım için bu kitabı satın alan kişilere verilmiştir (ayrıntılar için telif hakkı sayfasına bk.). Satın alanlar bu materyalin daha geniş versiyonunu www.guilford.com/p/beck4 adresinden indirebilirler.

Başetme Kartı
Kötüleşmenin olduğu vakalarda ne yapabilirim:
1. Bir seçeneğim var. Kötüleşmelerde karmakarışık olurum, tamamen üzgün olurum, her şey umutsuz olacak ve muhtemelen kötü hissedeceğim. Ya da ben terapi notlarıma tekrar bakabilirim, kötüleşmelerin iyileşmenin normal bir parçası olduğunu hatırlarım, kötüleşmelerden ne öğrenebileceğini hatırlarım. Bu tür şeyleri yapmak muhtemelen bana daha iyi hissettirecek ve kötüleşmenin şiddetini azaltacaktır.
2. Sonra, kendi kendime bir terapi seansı yapabilirim ve problemlerimi çözmek için ne yapacağımı planlayabilirim.
3. Daha çok yardıma ihtiyacım olursa [bir arkadaşımı ya da ailemden birini arayabilirim].
4. Kısaca ne yapacağımı sormak için terapistimi arayabilirim ya da başka bir terapi seansı planlayabiliriz.

ŞEKİL 18.4. Sally'nin kötüleşmelere karşı baş etme kartı.

DESTEKLEME SEANSLARI

Siz hastaları terapi sona erdikten sonra destekleme seanslarını planlamak için birkaç nedenle cesaretlendirmelisiniz. Herhangi bir güçlük ortaya çıktığında hastaların onunla nasıl baş edeceğini konuşmalısınız ve onunla en iyi şekilde baş etme durumunu değerlendirmelisiniz. Birlikte gelecek haftalarda ve aylarda ortaya çıkacak zorlukları tahmin etmek için ileriye bakabilirsiniz. Sonra birlikte bu durumlarla başa çıkmak için bir plan formüle edebilirsiniz. Eğer istemeyi bilerseniz onların ilerlemeleri hakkında kendi kendilerini tedavi etme konusunda motive ederseniz, onlar bilişsel terapi ödevlerini ve becerilerini uygularlar. Ek olarak önceki modifiye edilmiş işlevsiz düşünceleri yeniden aktive olduğunda, hastalara bunları belirlemede yardım edebilirisiniz. Onlar seanslarda bilişlerini yeniden yapılandırırlarsa evde inançlar konusunda çalışmaya devam ederler.

Destekleme seanslarında tekrar ortaya çıkan ve fonksiyonel olmayan stratejileri (kaçınma vb.) test eme şansı bulabilirsiniz. Hastalar yeni ya da önceden başarılı olmayan amaçlarını açıklar ve çalışacak şekilde ileriye doğru bir plan geliştirir. Siz hasta ile birlikte kendi kendine terapi programlarını değerlendirebilir ve ihtiyaçları doğrultusunda değiştirebilirsiniz. Son olarak sonlandırmadan sonra destekleme seanslarının planlanacağını bildiklerinde onların anksiyeteleri azalır.

Destekleme seansı için, hastaların soru listesini hazırlamalarını sağlayın (bk. Şekil 18.5).

Aşağıda izleyen terapi konuşmalarında destekleme seansının amacı, hastanın iyi olmasını ve iyi olma durumunu korumasını ya da geliştirmesini kontrol etmektir.

TERAPİST: Bugün gelebilmene memnun oldum. Beck Depresyon Envanterinde geçen karşılaşmamıza göre depresyonun bir parça daha yüksek olduğu görülüyor. Doğru mu?

HASTA: Evet, bir süre önce kız arkadaşım benden ayrıldı.

TERAPİST: Bunu duyduğum için üzüldüm. Bu karşılaştığın durumunun senin puanını yükselttiğini düşünüyor musun?

HASTA: Öyle olduğunu zannediyorum. Geçen haftaya kadar oldukça iyi idim.

TERAPİST: Bugünkü gündeme bu ayrılma konusunu koymak istiyor musun?

HASTA: Evet onu ve benim ilerlemelerimi ya da ilerlememin oldukça yetersiz olduğunu, yeni bir iş arayışımı gündeme koymak istiyorum.

TERAPİST: Tamam. Ayrılmanın dışında genel olarak işlerin senin için nasıl gittiğini anlamak istiyorum: Acaba başka pürüzlü durumlarla karşılaştın mı? Onlarla nasıl baş ettin, ne kadar bilişsel davranışçı terapi ödevi yapabildin, 2-3 ay içinde herhangi bir güçlük çıkabilir mi? Bunlar tamam mı?

HASTA: Evet.

TERAPİST: Ayrılmayla başlamak ister misin? Onun nasıl olduğunu bana söyler misin (*Biz kısaca ayrılma sürecini konuştuk. Ben hastanın ayrılmaya nasıl tepki verdiğine baktım. Acaba daha önce ortaya çıkan ve işlevsel olmayan düşünceler aktif oldu mu?*)? [özetlendi] Bazı şeyler kötüleşmeye başladı, bu yüzden kız arkadaşın başkaları ile görüşmek istediğini söyledi. O böyle söylediğinde zihninden neler geçti?

HASTA: O gerçekten beni sevmedi.

TERAPİST: O beni sevmedi, diyerek neyi kastediyorsun?

HASTA: Bende yanlış bir şeyler olmalı.

TERAPİST: Senin yanlışlarınla ilgili neler düşünüyorsun?

HASTA: Ben sevilecek biri değilim.

TERAPİST: O sana başka erkeklerle görüşmek istediğini söylediğinde sen sevilmeyecek biri olduğuna ne kadar inandın?

HASTA: Ah! %90 civarında.

TERAPİST: Peki, şu anda ona ne kadar inanıyorsun?

1. Zaman çizelgesinde—randevu zamanını belirlemek, eğer mümkünse arayıp teyit edin.

2. İlerlemeniz devam ediyor bile olsa önleyici bir tedbir olarak ele alın.

3. Gelmeden önce hazırlık yapın. Aşağıdaki konular gibi, hangi konu üzerinde konuşmanın yardımcı olacağına karar verin:

   a. Senin için neler iyi gitti?

   b. Hangi problemeler ortaya çıktı? Bunlarla nasıl baş ettin? Onlarla baş etmenin daha iyi bir yolu var mıydı?

   c. Bu destek seansı ile gelecek seans arasında ne gibi problem(ler) ortaya çıkabilir? Problemlerin detaylarını imgeleyin. Otomatik düşüncelerin ne olabilir? Hangi inançların ortaya çıkabilir? Bu otomatik düşünce/inançlarla nasıl baş edebilirsin? Problemleri nasıl çözebilirsin?

   d. Bilişsel davranışçı terapi ne iş yaradı? Bilişsel davranışçı terapinin destekleyici seansla gelecek seans arasında sana nasıl yardımcı olmasını istiyorsun? Otomatik düşünceleri bilişsel davranışçı terapinin işleyişi ile tespit edebilirsin. Bu düşüncelere nasıl cevap vereceksin?

   e. Kendin için daha ileri amaçların var mı? Onlara nasıl ulaşacaksın? Bilişsel davranışçı terapinin bu tür şeylerde nasıl yardımcı olacağını öğrendin mi?

ŞEKİL 18.5. Destekleyici seans kılavuzu. Bilişsel davranışçı terapi Çalışma Paketinden. Yayın hakları 2011 Judith S. Beck. Bala Cynw yd, PA: Beck Institute for Bilişsel davranış terapisi.

İzin alınarak tekrar basılmıştır: Bilişsel Davranış Terapisi:Temelleri ve Ötesi, İkinci Basım, Judith S. Beck (Guilford Press, 2011). Bu materyalin fotokopisinin çekilme izni, sadece kişisel kullanım için bu kitabı satın alan kişilere verilmiştir (ayrıntılar için telif hakkı sayfasına bk.). Satın alanlar bu materyalin daha geniş versiyonunu www.guilford.com/p/beck4 adresinden indirebilirler.

HASTA: Az, belki %50 ya da %60.

TERAPİST: Bilişsel davranışçı terapi farklı ne yaptı?

HASTA: Tamam, muhtemelen bizim birbirimiz için uygun olmadığımızı, benim bir parçam biliyordu.

TERAPİST: Böylece, sevilmeyecek biri olduğuna ilişkin eski düşüncen değişti mi?

HASTA: Biraz.

TERAPİST: Tamam. Şimdi, terapiden senin sevilmeyecek biri olduğun fikrini aşağıya çekecek, daha da ilerisi, senin sevilecek biri olduğun fikrini güçlendirecek ne öğrendin?

HASTA: Düşünce Kayıt Formu yardımcı olabilir. Ve biliyorum benim terapi notlarımda onunla ilgili pek çok şey var. Onlara tekrar dönmeliyim ve yeniden onları okumalıyım.

TERAPİST: Onlar yardımcı olabilir. Yapacak bir şey düşündün mü?

HASTA: Ya, sanırım, onlar gerçekten yardımcı olmayacak diye düşündüm.

TERAPİST: Şu an ne düşünüyorsun?

HASTA: Tamam, onlar bana daha önce yardımcı oldu. Onlar tekrar yardımcı olabilir.

TERAPİST: Eve gittiğinde birkaç gün içinde ne üzerinde çalışacaksın?

HASTA: Birkaç gün hiçbir şey yapmayacağım, sonra daha önce kullandığım araçları yeniden kullanacağım. Zannederim, onlar muhtemelen bana yardımcı olacak.

TERAPİST: Gelecek sefer yine pürüzlü durumlar yaşadığında "O yardımcı olmayacak." düşüncesi tekrar ortaya çıkacak.

HASTA: Olabilir.

TERAPİST: Şimdi daha çok, nasıl olabilir düşüncesini sınamak için neler yapabilirisin?

HASTA: Şu an ne yapabilirim?

TERAPİST: Evet. Böyle bir düşünce ortaya çıktığında kendi kendine hatırlatmak için ve sonra onun bu kez doğru olmadığını anlamak için ne yapabilirsin?

HASTA: Onu not alacağım ve o kâğıdı masamda saklayacağım.

TERAPİST: Tamam, bizim şimdi konuştuğumuz bazı şeyler hakkında not alacaksın —Düşünce Kayıt Formuna sevilemeyecek biri olduğuna ilişkin inancını, yaz. Terapi notlarını okuyarak "o yardımcı olmayacak" düşünceni yanıtla.

Destekleyici seansın bu kısmında, hastanın depresyon düzeyini değerlendiririm. Gündeme alırım, konu üzerinde onunla konuşurum ve ona yardımcı olurum. Onda orta düzeyde depresyon semptomu olduğunu belirledim. Bu da ilişki-

nin bitmesi ile birincil düzeyde ilişkili idi (Depresyonu çok daha şiddetli olsaydı, tetikleyicilerin değerlendirilmesi, tanımlanması ve işlevsel olmayan inançların, düşünce ve davranışların değiştirilmesi için daha çok zaman ayırırdım. Ayrıca ek seansların olması gerektiği üzerinde de konuşurduk.).

Bu hasta otomatik düşüncelerini kolaylıkla açıklayabildi ve inançlarının altını çizebildi. O ve ben onun daha önce terapi sürecinde kullanmaya hazır olduğu araçlarla düşüncelerini değiştirmek ve planını geliştirmek için biraz zaman ayırdık. O bu destekleyici seansta araçlarını kullanmak, kendi kendine hatırlatmak için motive olmaya ihtiyaç duydu.

Özetle, nükslerin önlenmesi terapi boyunca gerçekleştirilir. Seansların azaltılması ve sonlandırılması sırasında ortaya çıkacak problemler ve diğer problemlerin çözümü için problem çözme kombinasyonları ve fonksiyonel olmayan düşünce ve inançlara nasıl yanıt verileceği açıklandı.

Bölüm 19

TEDAVİYİ PLANLAMA*

Terapide herhangi bir anda ne söyleneceğine ve sonra ne yapılacağına nasıl karar verilir? Bu kitap boyunca bu soruya, kısmi cevap verilmiştir. Ama bu bölümde karar vermek ve tedaviyi planlamak için daha kapsamlı bir çerçeve sunulacaktır. Terapiye odaklanmayı sürdürmek ve doğru yönde hareket etmek için siz kendi kendinize sormalısınız: "Buradaki özgül problem ne ve ben neyin üstesinden gelmeye çalışıyorum?" Seansın bütünlüğünde, terapinin son aşamasında ve terapinin bütününde objektif olduğunuzun farkında olmalısınız. Bu bölümde, etkili tedavi planının temel alanlarının anahatları sunulmaktadır:

- Kapsamlı terapötik amaçlara ulaşmak,
- Oturumlar arasında terapiyi planlanmak,
- Tedavi planları tasarlamak,
- Bireysel seansları planlamak,
- Bir probelem üzerinde odaklanıp odaklanmamaya karar vermek,
- Özgül bozukluklar için standart tedaviler geliştirmek.

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

KAPSAMLI TEDAVİ HEDEFLERİNE ULAŞMAK

En kapsamlı düzeyde, hedefleriniz, hastanın yalnız bozuklukların remisyonunu kolaylaştırmak değil, aynı zamanda nüksünü de önlemek olmalıdır. İkinci olarak tedavinin erken aşamalarında onların terapisti olarak hedeflerinizden birinin; bilişsel davranışçı terapi modelini, teknikleri ve bunların nasıl kullanılacağını onlara öğretmek olduğunu söyleyin. Hedeflerinize ulaşmak için yapacaklarınız:

1. Hasta ile sağlam bir tedavi iş birliğinin kurulması,
2. Yapının oluşturulması ve tedavi sürecini açık hâle getirilmesi,
3. Hastalara bilişsel modelin öğretilmesi ve onlarla kavramsallaştırmanın paylaşılması,
4. Problem çözme ve çeşitli teknikler aracılığı ile hastaların sıkıntılarının azaltılmasına yardım edilmesi,
5. Tekniklerin kendi kendilerine nasıl kullanılacağının hastalara öğretilmesi, tekniklerin kullanımının yaygınlaştırılması ve tekniklerin gelecekte de kullanılması için hastaların motive edilmesi.

OTURUMLAR ARASINDA TERAPİYİ PLANLANMAK

Genel bir tedavi planı geliştirmelisiniz ve her bireysel seans için özgül bir planınız olmalıdır. Terapi üç aşamada yapılır. Terapinin başlangıç aşamasında güçlü bir terapötik bağ kurmalısınız; terapi için hastanın hedeflerini, çözülecek problemleri belirlemeli ve tanımlamalısınız. Hastalara bilişsel model öğretmelisiniz. Hasta depresyonda ve geri çekilmişse davranışsal olarak etkinleştirmelisiniz. Hastaları onların bozuklukları hakkında eğitmelisiniz; onlara otomatik düşüncelerini tanımlamayı, değerlendirmeyi ve yanıtlamayı öğretmelisiniz. Onları, ödevlerini yaparak, terapi gündemini oluşturmalarını sağlayarak ve geri bildirim vererek sosyalleştirmelisiniz. Onlara baş etme stratejilerini öğretmelsiniz. Terapinin ilk aşamasında onlara, sıklıkla ödev verirken ve önerirken yol göstermelsiniz.

Terapinin orta aşamasında, bu amaçlar doğrultusunda çalışmaya devam etmelisiniz ancak hastanın inançlarını tanımlamalı, değerlendirmeli ve değiştirmelisiniz. Kavramsallaştırmalarınızı paylaşarak "duygusal" ve "zihinsel" tekniklerin ikisini de kullanarak bilişsel değişimi kolaylaştırmalısınız. Onlara, ihtiyaç duydukları hedeflere ulaşabilmelerini sağlamak için beceriler öğretmelisiniz.

Terapinin son aşamasında, tedavinin sonlandırılmasına hazırlamak ve nüksлerin önlenmesi için değişiklikleri vurgulamalısınız. Bu aşmada hastalar, terapide

gündemi oluşturarak, problemlere çözümler önererek, terapide notlar alarak ve ödevler oluşturarak sorumluluğu almalı ve daha etkin olmalıdır.

TEDAVİ PLANINI OLUŞTURMAK

Hastalarınızın semptomlarını ve bozukluklarını Eksen I ve Eksen II'ye göre değerlendirerek, onların sundukları özgül problemleri ve hedefleri inceleyerek tedavi planına bir zemin oluşturmalısınız. Örneğin Sally ilk terapi seansında beş amacını belirledi: okul çalışmalarını geliştirmek, sınav kaygısını azaltmak, arkadaşları ile daha çok zaman geçirmek, okul etkinliklerine katılmak ve daha çok eğlenmek. İçselleştirdiği hedeflerle ve değerlendirmelerle ilgili zemin üzerine, genel terapi planı oluşturdum (bk. Şekil 19.1). Her seansta, önceki seans(lar)da bu plan zemininde belirlenmiş olan birkaç özgül alanda çalıştık. Sally o günlerde ödevlerini yaptı. Problemleri ya da konuşmak istediği konuları gündeme koydu. Siz de terapsit olarak hem zihinsel hem de kâğıt üstünde; hastanın bireysel problemlerini not etmelsiniz ya da hedefi üzerinde eleştirel bir analiz yapmalısınız (Şekil 19.2).

Genel bir tedavi planını formüle edin. Az ya da çok o plana bağlı olun, onun gerekliklerini yeniden gözden geçirin. Özgül problemlerin analiz edilmesi, hastanın güçlüklerinin detaylarının kavranmasını ve tedavi planının onlar için uygun bir biçimde ayarlanmasını zorunlu kılar. Bu genel plan, terapinin bir seanstan sonrakine akışını yakalamanıza, gelişmelerin farkında olmanıza ve her seansa odaklanmanıza yardımcı olacaktır.

1. Problem çözümünde onun konsantrasyonunu artırmak, derslerinde yardım istemek, arkadaşları ile etkinliklerde bulunmak için zaman çizelgesi yapmak ve bu etkinliklere katılmak,
2. Ona, kendi kimliği, okulu, diğer insanlar, özellikle terapi ve özel sıkıntılarının altında yatan ve /veya problem çözümünü engelleyen otomatik düşüncelerin tanımlaması, değerlendirmesi ve yanıtlamasında yardımcı olmak,
3. Diğerlerinden yardım istemek ve mükemmelliyetçiliği ile ilgili işlevsel olmayan düşüncelerini araştırmak,
4. Kendini eleştirmesi ile ilgili konuşmak ve kendine daha fazla kredi vermesini sağlamak,
5. Verimliliği artırmak.

ŞEKİL 19.1. Sally'nin terapi planı.

Problem Analizi

A. Tipik Problem Durumları

Durum 1	Durum 2
Kütüphanede oturmak	Gece odada çalışmak
Otomatik Düşünce Bunu asla yapamayacağım. Anlamam. Bunu asla yapamam. Ben çok aptalım. Muhtemelen okulu bırakacağım.	**Otomatik Düşünce** Bu durum umutsuz.
Duygu Üzüntü	**Duygu** Üzüntü
Davranış Çalışmaları durdurmak	**Davranış** Yatağa uzanmak
Fizyolojik Tepki Hiçbir şey yapmamak	**Fizyolojik Tepki** Ağlamak

B. İşlevi Olmayan Davranışlar

Anlayamadığında aynı konunun üstünden tekrar tekrar geçer ya da çalışmasını tamamen durdurur.

Otomatik düşüncelere cevap vermede başarısız olur.

Diğerlerinden yardım istemez.

C. Bilişsel Çarpıtmalar

Problemlerini depresyon yerine kendi benliğinin zayıf olmasına atfeder. Geleceğin umutsuz olduğunu varsayar.

Problemleri ile ilgili hiçbir şey yapmayacağını ve çaresiz olduğunu düşünür.

Kendi değerinin, olası başarsının değerine eşit olduğunu düşünür.

D. Terapötik Stratejiler

1. Problem-çözümünü yap. İki kez okumadan sonra, çok az anlamışsa başka bir konuya geçmeli. Okuldaki bir profesörden, araştırma görevlisinden ya da sınıf arkadaşından yardım alması ya da özel ders alması için bir plan tasarla. Ders çalışmadan önce okuması için seansta bir baş etme kartı oluştur.
2. Duygu durumunu ve davranışlarını gözle. Duygu durumu kötüye gittiğinde ya da kaçındığında otomatik düşüncelerini not al.

(devam ediyor.)

ŞEKİL 19.2. Problemin Analizi 1: Ders çalışma güçlükleri.

3. Otomatik düşünceleri değerlendirmek için Sokratik sorgulamayı kullan. Düşünce Kayıt Formunu kullanmayı öğret.
4. Otomatik düşüncelerin anlamını ortaya çıkarmak için keşfetme rehberini kullan; koşulu formata koy (Eğer...o zaman...) ve test et.
5. Eğer uyugulanabilirse, mükemmellik ya da başarısızlıktan çok bilişsel sürekliliği örnek olarak kullan.

ŞEKİL 19.2. *(devamı).*

BİREYSEL SEANSLARI PLANLAMA

Bir seans öncesinde ve seans sırasında kendinize seanslar için pek çok sorudan oluşan kapsamlı bir plan hazırlayın ve siz seansı sürdürürken bu plan sizin için kılavuz olsun. Kendinize çok genel düzeyde sorun "Ben neyi başarmaya çalışıyorum ve bunu çok etkili bir biçimde nasıl yapabilirim?" Deneyimli terapistler pek çok özel konuda otomatik olarak tepki gösterebilirler. İzleyen soru listesi yeni başlayanlar için göz korkutucu olurken, deneyimli terapistler için kullanışlı bir kılavuzdur. Onlar becerilerini ve terapi seansını nasıl geliştirebilecekleri hakkında daha iyi kararlar vermek isterler. Seans sırasındaki soruların bilinçli olarak düşünülmesi kuşkusuz terapötik sürece müdahale eder; seanstan önce ve sonra soruları okumak ve soruların üstünde etraflıca düşünmek için bir liste tasarlanmıştır.

1. *Seanstan önce,* bir önceki senasın notlarını gözden geçirin ve kendinize şu soruları sorun:
   a. "Hastadaki bozukluk(lar) nedir? Hiç değilse bu hastanın, bu bozukluğunun standart bilişsel davranışçı terapi ile tedavisine ihtiyaç var mıdır?"
   b. "Güçlüklerini hastaya nasıl kavratabilirim?"
   c. "Biz terapinin hangi aşamasındayız (başında, ortasında, sonunda)? Eğer bir sınır varsa o aşama için kaç seans kaldı?"
   d. "Biz hastanın duygusal durumunda, davranışlarında ve belirtilerinde nasıl bir gelişme içindeyiz? Bu gelişme hastanın amaçlarına ve asıl probleme dönük mü?"
   e. "Terapötik bağımız ne kadar güçlü? Bunu güçlendirmeye ihtiyaç varsa bugün yapmam gerekenler nedir?"
   f. "Ağırlıklı olarak *bilişsel* düzeyde çalışırız: otomatik düşünceler, ara inançlar, temel inançlar ya da hepsi! Biz her düzeyde ne kadar gelişme gösterdik?"

g. "Yaptığımız çalışmaya yönelik davranışsal değişiklikler nedir? Ne kadar ilerleme oldu?"

h. "Son birkaç terapi seansında neler oldu? Terapide engellenen, işlevsiz olan düşünceler ya da problemler var mıdır? Biz hangi becerilerin üstünde çalıştık? Bunlardan hangilerini pekiştirmek istiyorum. Yeni hangi becerileri öğretmek istiyorum?"

i. "Geçen seans ne oldu? Hastanın yapması için uzlaştığımız ödev nedir? Eğer olursa yapılması için uzlaşacağımız şey nedir (Hastanın bir sağlık kuruluşunu araması ya da ilgili bir terapi kitabı (biblioterapi) bulması gibi.

2. Terapinin başında hastanın *duygu* durumunu kontrol et, kendi kendine şu soruları sor:
   a. "Karşılaştırdığımızda terapinin başından itibaren son seansa kadar hastanın duyguları nasıl olmuştur? Öncesinde hangi duygu durumu baskındı? (Örneğin; üzüntü, ümitsizlik, anksiyete, öfke, utanma)?"
   b. "Hastanın öznel tanımı ile objektif ölçümler eşleşiyor mu? Eğer uyuşmuyorsa neden uyuşmuyor?"
   c. Hastanın duygusal durumu hakkında gündeme koyup üstünde daha çok duracağımız herhangi bir konu var mı?
3. Hastadan *haftanın kısa bir bilgisini* temin edin. Kendinize şu soruları sorun:
   a. "Karşılaştırıldığında, geçen haftaya göre bu hafta nasıl geçmiş?"
   b. "Hastada gelişme işaretleri nelerdir? Hastanın olumlu deneyimleri var mı?"
   c. "Bu hafta hangi problemler ortaya çıkabilir?"
   d. "Bu hafta pozitif ve negatif herhangi bir şey oldu mu? Biz olan bu durumu gündeme alıp üstünde konuşmalı mıyız?"
4. Eğer uygunsa, hastanın *alkol ya da madde kullanıp kullanmadığını* kontrol edebilirsiniz. Kendinize şu soruları sorun:
   a. "Psikoaktif madde kullanımı ile ilgili herhangi bir problem var mı? Varsa biz bu durumu gündeme alıp üstünde konuşmalı mıyız?"
5. Siz ve hasta *gündemi oluştururken* şu soruları sorun:
   a. "Hangi problem hasta için çok önemlidir? Hangisi en iyi çözümdür? Hangisinin, bugün seansta ve hafta içinde semptomlara rahatlama getirmesi olasıdır?"
6. Sizin ve hastanın *gündem maddeleri içindeki önceliğiniz* nedir? Kendinize şu soruları sorun:
   a. "Gündemdeki her madde için ne kadar süre gerekir? Kaç madde üzerinde durmalıyız?"
   b. "Hasta herhangi bir problemi kendi başına çözebilir mi ya da başka biri

ile çözebilir mi ya da başka bir seansta mı konuşulmalı? Seçilen her bir gündem maddesi/problem için ne kadar süre ayrılmalı?"

7. Siz ve hasta *ödevleri incelerken,* kendinize aşağıdaki soruları sorun:
   a. "Gündem maddesi ile hastanın ilişkisi nasıl? Özgül bir gündem maddesi gelene kadar ödevle ilgili bir çalışmayı ertelemek gerekli mi?"
   b. "Hasta ödevin ne kadarını yaptı? Ödevi yapmasını engelleyen ne?"
   c. "Geçen hafta alınan terapi notlarındaki her bir durumla hastanın şu anki durumu ne kadar uyumlu? Önceki haftalarda alınan terapi notları hâlâ geçerli mi? Bugünkü gündemde bulunan problemlerle tedavi notlarının ilgisi var mı?"
   d. "Ödev ne kadar yararlı idi? Yararlı değilse neden değildi? Hasta öğrendiyse ne öğrendi?"
   e. "Gelecek hafta içinde hastanın, ödevle ilgili hangi çalışmalara devam etmesi yararlı olabilir?"
   f. "Ödev değiştirilecekse, bu seansta ödevin daha etkili olması için nasıl değiştirmek daha yararlı olacak?"
   8. Siz ve hasta gündemin ilk kısımını tartışırken kendinize 4 alanla ilgili aşağıdaki soruları sorun:

Problemi Tanımlama

   a. "Özgül problem nedir?"
   b. "Hangi alanda özgül problemler ortaya çıktı? Eğer problem ortaya çıktı ise öncekinden daha fazla mı? Hasta hangi durumlarda daha fazla üzüntü hissetti ya da davranışı daha çok işlevsiz oldu?"
   c. "Hasta bu problemin varlığına niçin inanıyor? Ben neden hastanın bu probleminin olduğunu düşünüyorum?
   d. "Hastanın bütünsel bilişsel kavrayışı ile bu problemin etkileşimi nasıl?" Hastanın genel hedefleri ile bilişsel kavrayışının ilişkisi nasıl?

Bir Strateji Oluşturma

   a. "Hâlihazırda problemin çözümü için hasta neler yapmış?"
   b. "Ben hastanın yerinde olsaydım bu problemin çözümü için neler yapardım?
   c. "Biz doğrudan problemi çözebilir miyiz? Ya da problemin çözümüne müdahale eden ya da problemin devam etmesine neden olan düşünceler ve inançlar nelerdir?"

Teknikleri Seçme

   a. "Bu gündem maddesi üzerinde dururken neyi gerçekleştirmek istiyorum?"

b. "Bu hasta (ve benzer hastalar) için geçmişte hangi teknikler daha iyi çalışmıştı? Hangileri iyi çalışmamıştı?"

c. "Hangi tekniği öncelikle denemeliyim?"

d. "Onların etkisini nasıl değerlendireceğim?"

e. "Bu tekniği kullanacak mıyım *ya da* hastaya tekniği kullanmayı öğretecek miyim?"

Süreci İzleme

a. "Biz bir ekip olarak mı çalışıyoruz?"

b. "Hastanın kendisiyle, bu teknikle, terapimizle, benimle ve gelecekle ilgili müdahale eden otomatik düşünceleri var mı?"

c. "Hastanın duygudurumu yükseliyor mu? Bu teknik iyi çalışıyor mu? Başka bir şey denemeli miyim?"

d. "Gündemin bu maddesini zamanında bitirebilecek miyiz? Bu maddeyi konuşmaya devam etmek istiyorsak birlikte başka bir maddeyi elemeliyiz ya da kısaltmalıyız."

e. "Neye (ödeve vb.) devam etmek yararlı olabilir?"

f. "Hastanın gözden geçirmesi için neyi kaydetmeliyiz?"

9. *Gündemin ilk maddesinde konuştuklarınızı izlerken* kendinize sorun:

a. "Şu anda hasta nasıl hissediyor?"

b. "Uyumunu yeniden düzenlemek için bir şey yapmam gerekiyor mu?"

c. "Seansta ne kadar süre kaldı? Başka bir gündem maddesi üzerinde durmak için zaman var mı? Daha sonra ne yapacağız?"

10. *Seansı bitirmeden önce* kendinize sorun:

a. "Bir gelişme oldu mu? Hasta daha iyi hissediyor mu?"

b. "Hasta üzerinde uzlaştığımız ödevi yapmayı kabul etti mi?"

c. "Olumsuz geri bildirimi sorgulamama ihtiyaç var mı? Eğer orada olumsuz geri bildirim varsa onu nasıl açıklamalıyım?"

11. *Seanstan sonra,* kendinize sorun:

a. "Anladıklarımı nasıl düzenlemeliyim?"

b. "Sonraki seansta ve gelecek seanslarda üzerinde durmak için neyi hatırlamak istiyorum?"

c. "Tedavideki ilişkimize bakmama ihtiyaç var mı?"

d. "Bilişsel Terapi Değerlendirme Ölçeğinde her gündem maddesi ile ilgili benim değerlendirme puanım nasıl [Ek C]? Aynı seansı tekrar yapsaydım neyi farklı yapardım?"

BİR PROBLEM ÜZERİNDE ODAKLANIP ODAKLANMAMAYA KARAR VERMEK

Her terapi seansında, hangi problem(ler)in üzerinde durulacağı hususu kritik bir karardır. Her ne kadar hasta ile iş birliği yaparak bir karar verilse bile, yine de problemlerin tartışılmasına yönelik tedavi kılavuzluğu sıkıntılıdır ve devam eden (ya da son zamanlarda) yargınıza yönelik seans sırasında bazı gelişmeler elde etmelisiniz. Problemleri tartışma limitleri ile ilgili eğilimleriniz:

- Hastalar kendileri çözebilirler.
- Beklenmedik olayların tekrarı izole edildi ve/ veya?
- Özellikle sıkıntılı değil.

Problem belirlendi ve tanımlandı mı? Bir şeyler yaparak yardım etmek için problem üzerinde duracağınız zamana ve ne kadar efor harcayacağınıza karar verdiniz mi?

1. Problem hakkında daha çok veri toplayın.
2. Seçeneklerinizi gözden geçirin.
3. Pratik hususları yansıtın.
4. Bir kılavuz gibi terapinin aşamalarını kullanın.
5. Gerektiğinde odağı değiştirin.

Bu beş basamak aşağıda tanımlandı.

Bir Problem Hakkında Daha Çok Veri Toplamak

Hastalar bir problemi ilk kez gündeme getirdiklerinde ya da problemin varlığı seansın ortasında ortaya çıktığında, müdahale edilip edilmeyeceğine ilişkin olarak problemin doğasını değerlendirmelisiniz. Örneğin, Sally gündeme yeni bir problem koydu: Onun babası işinde başarısız oldu ve Sally bu duruma üzülüyor. Ona, bu problem için seansın önemli bir bölümünü ayırmanın ne kadar gerekli olup olmadığını sorarım.

TERAPİST: Tamam, sen gündeme baban ve işi hakkında bazı şeyler koymak istediğini söyledin?

HASTA: Evet. Bir süre için onun işi, kaya gibi oldukça sağlam görünüyordu ancak şu anda iflas edecek gibi görünüyor.

TERAPİST: [Biraz daha bilgi toplayarak] O iflas ederse bu durum seni nasıl etkileyecek?

HASTA: Doğrudan bir etkisi olmayacak. Onun için çok üzüleceğim. Onun yeterince parası olacak ama... o bunun için gerçekten çok çalıştı.

TERAPİST: [Sally'nin düşüncelerinde bir bozulma olup olmadığını anlamaya çabaladı.] Baban iflas ederse ne olacağını düşünüyorsun?

HASTA: O hâlihazırda yeni bir iş aramaya başladı. O uzanıp yatacak ya da zaman öldürecek bir tip değil.

TERAPİST: [Sally'nin hâlâ fonksiyonel olmayan bir düşünceye sahip olup olmadığını değerlendirmek için] Sence bunun en kötü yanı ne?

HASTA: Sadece muhtemelen o çok kötü hissedecek.

TERAPİST: Onun kötü hissedeceğini düşündüğünde sen ne hissediyorsun?

HASTA: Kötü . . . üzgün.

TERAPİST: Ne kadar üzgün?

HASTA: Sanırım, orta düzeyde.

TERAPİST: [Sally, uzun süre dalgın dalgın bakarken terapist onu kontrol etti.] Başlangıçta onun gerçekten kötü hissedeceğine ilişkin bir sezgin var mı? O sonsuza kadar böyle kalmayacak? Belki başka bir işle uğraşmak ona iyi hissettirecek?

HASTA: Evet, sanırım muhtemelen öyle olacak.

TERAPİST: Bu konu üstünde senin üzüntünün normal olduğunu düşünüyor musun? Ya da bu üzüntünün çok fazla mı olduğunu düşünüyorsun?

HASTA: Sanırım benim tepkim normal.

TERAPİST: [Bu problem üzerinde daha fazla çalışmanın gerekli olup olmadığını değerlendirmek için] Bu konu ile ilgili başka bir şey var mı?

HASTA: Hayır, zannetmiyorum.

TERAPİST: Tamam. Babana olanlar için üzgünüm. Daha sonra ne olduğunu bana bildir.

HASTA: Bildireceğim.

TERAPİST: Bir sonraki gündem maddemize geçebilir miyiz?

Başka bir durum, müdahaleyi gerektiren başka bir problemi de siz belirlediniz.

TERAPİST: Gelecek yılın yaşam planı hakkında konuşmak istemiştin?

HASTA: Evet. Oldukça üzgünüm. Ben ve oda arkadaşım tekrar birlikte yaşamaya karar vermiştik. O kampüsten ayrılmak istiyor. Bu yüzden biz West Philly ya da Şehir Merkezinde bir apartman dairesi aramaya karar verdik. Ama ilkbahar döneminde "o eve gidiyor" bu yüzden bir yer bulma işi bana kalacak.

TERAPİST: Bunun hakkında en çok ne zaman üzgün hissettin?

HASTA: Dün, o gittiğinde benim ev aramamla ilgili olarak uzlaştığımızda başladı... Gerçekten geçen gece ben ne yapacağımı bilmediğimi anladığımda oldu.

TERAPİST: Nasıl hissediyordun?

HASTA: Karmakarışık . . . endişeli.

TERAPİST: Geçen gece hakkında düşünürken aklından neler geçiyor?

HASTA: Ne yapacağımı? Nereden başlayacağımı bile bilmiyorum.

TERAPİST: [Bütün resme bakarak; orada başka önemli otomatik düşüncelerin var olup olmadığını belirlemeye çalıştı.] Aklından geçen başka ne var?

HASTA: Karmakarışık hissediyorum. İlk olarak emlakçıya mı gitmeliyim, internetten mi bakmalıyım bilmiyorum.

TERAPİST: [Başka düşüncelerinin olup olmadığını araştırdı.] Oda arkadaşın hakkında herhangi bir düşüncen var mı?

HASTA: Hayır, gerçekten yok. O döndüğünde yardım edeceğini söyledi. O gittiğinden beri ev aramaya başlayamadım.

TERAPİST: Herhangi bir tahminin var mı?

HASTA: Bilmiyorum.

TERAPİST: [Bir karşıt örnek vererek] Tamam, kolayca büyük ve ucuz bir kiralık yer bulacağını mı düşünüyorsun?

HASTA: Hayır... hayır: "Bulduğum yer hamam böcekleri ile dolu ya da güvenli olmayan ya da çok gürültülü ya da gerçekten kötü bir yer olursa ne olur diye düşünüyorum?"

TERAPİST: Zihninde bir imge var mı?

HASTA: Evet. Karanlık, kötü kokan, kirli (*Ürperdi.*).

Seçenekleri Gözden Geçirme

Şimdi durumla ilgili bütün resmi görebiliyorum. Zihinsel olarak seçeneklerimi gözden geçirdim. Aşağıdakilerden birini ya da daha fazlasını yapabilirim.

1. Sally'i doğrudan problemin çözümü ile meşgul etmek, en makul ve uygulanabilir basamaklar konusunda karar vermesine yardımcı olmak,
2. Bu problemi örnek olarak kullanarak Sally'e problem çözme becerilerini öğretmek,
3. Bu durumu, bilişsel modeli pekiştirmek için bir fırsat olarak kullanmak,
4. Sally'nin yeni bir durum içinde yetersiz ve karma karışık hissettiği bu inancı test etmek yerine bu büyük zorluğu kavraması için bir fırsat olarak kullanmasına yardımcı olmak,

5. Sally'nin çok stresli olarak tanımladığı düşüncesini değerlendirmesine yardımcı olmak,
6. Sally'ye, bu durumda Düşünce Kayıt Formunu nasıl dolduracağını öğretmek,
7. İmgeleme tekniğini öğretmek için onun tanımladığı bu durumu bir imge olarak kullanmak,
8. Sally ile iş birliği içinde karar vererek bir sonraki gündem maddesine geçmek (belki bir problem onun üstünde daha fazla baskı yapıyor olabilir) ve bu probleme o seansta ya da bir sonraki seansta tekrar dönülebilir.

Pratik Hususları Yansıtma

Hangi yolun izleneceğine nasıl karar vereceksiniz? Ben aşağıdakilerde dâhil olmak üzere bir sürü faktörü dikkate aldım:

1. Sally'i, önemli ölçüde rahatlatacak şey nedir?
2. Neyi yapacak zamanımız var? Bu seansta yapmamız gereken başka ne var?
3. Hangi beceriyi öğretmek yararlı olur ya da Sally ile neyi gözden geçirmek bu problem için bir fırsat sağlar?
4. Bir şey yapılacaksa Sally, sıkıntısını azaltmak için kendi başına ne yapabilir (ödev gibi). Örneğin Sally, Düşünce Kayıt Formunu evde doldurabilirse biz diğer şeyleri yapmak için daha çok zaman ayırabiliriz ve böylece onun gelişimi hızlanır.

Terapinin Aşamalarını Bir Kılavuz Gibi Kullanma

Siz hastanın terapisinin aşamalarını sıklıkla bir kılavuz olarak kullanabilirsiniz. Örneğin; çözüme doğru çok yol kat etmeniz beklenmiyorsa siz, ilk birkaç seansta, depresif bir hastanın karmaşık bir problemi ile (acil olmayan) mücadeleden kaçınabilirsiniz. Kolay bir problem üzerine odaklanmakla, o problem çözülebilir ya da kısmen çözülebilir, hastaların umudu artar ve terapide çalışmak için motivasyonları yükselir.

Bir Seansta Odağı Değiştirme

Bazen bir problemin ne kadar güç olduğunu kolaylıkla değerlendiremezsiniz ya da özel bir konu üzerinde konuşurken acı verici bir temel inancın nasıl etkin hâle geleceğini bilemezsiniz. Hastaya müdahalenin başarısız olacağını fark ettiyseniz ve/veya

hastanın sıkıntılı deneyimlerinin beklenmedik biçimde çok arttığını hissederseniz farklı bir konuya geçin. İzleyen erken terapi konuşmalarından bir örnek:

TERAPİST: Tamam, gündemde olan bir sonraki maddeye geçelim. Sen daha çok insanla tanışmak istediğini söylemiştin (*Biz bu hedefin üzerinde daha belirgin bir şekilde duralım*). Sen bu hafta yeni insanlarla nasıl tanışabilirsin?

HASTA: (*Ezik bir sesle*) İşte insanlarla konuşabilirim.

TERAPİST: (*Hastanın aniden mahzun göründüğünü fark ettiniz*) Şu anda aklından ne geçiyor?

HASTA: O umutsuz bir durum. Daha önce de denedim onu asla başaramayacağım (*Kızgın görünüyordu.*). Benim bütün terapistlerim de bunu denedi. Ancak size söylüyorum, ben asla bunu yapmam. O işe yaramayacak!

Benim hipotezime göre bir temel inancın etkin olmasından dolayı hastada ani olumsuz etkilenmeye doğru bir değişim oldu. O zaman aynı şekilde devam etmenin ters etki yaratacağını fark ettim. Onun yerine probleme yeniden odaklandım. Hastanın kızgınlıkla ilgili otomatik düşüncelerini ifade etmesini sağlayarak terapötik bağı onarmaya ve sonra bu düşünceleri değerlendirmesine yardım etmeye karar verdim (Bu hafta daha fazla insanla tanışmanın nasıl olacağını sorduğumda aklından neler geçti?). Sonra hastaya bu gündem maddesine dönüp dönememe seçeneğini verdim:

TERAPİST: Senin yapmaya hazır olmadığın şeyleri yaptırmak gibi bir niyetimin olmadığını görmenden memnun oldum. İstersen şimdi ya da başka bir seansta yeni insanlarla tanışma konusuna dönebiliriz [başka bir oturumda]. İstemezsen şimdi başka bir probleme, senin bu hafta arkadaşın Elise'le yaşadığın probleme geçelim mi?

Özetle, tedavinin ilk evrelerinde problemin çözümü kısmen ya da tamamen başarılı olmayacak gibi görünüyorsa (hastanız da konuşmayı ertelemeyi uygun buluyorsa) bu konuları konuşmaktan uzak durma eğiliminde olun. Herhangi bir konu, hasta tarafından çözülebilecekse, hasta o konu üzerinde çalışmak istemiyorsa ya da konu hastaya özellikle sıkıntı vermiyorsa o problemden uzak durun.

ÖZGÜL BOZUKLUKLAR İÇİN STANDART TEDAVİLERDE DEĞİŞİKLİK YAPMAK

Hastanın son zamanlardaki semptomları, fonksiyonları, var olan problemleri, tetikleyici olaylar, tarihsel süreç ve tedaviye başlamadan önceki teşhisi konusunda sağlam bir anlayışa sahip olmanız gereklidir. Sizin hastanın özel konuları ile ilgili

basit olmayan birincil bozukluklar, tek uçlu depresyonun anahtar bilişleri ve farklı psikiyatrik bozuklukların davranış stratejileri konusunda kendinizi eğitmenize uzmanlık metinlerine başvurmaya ihtiyacınız olacak.

Özetle, etkili bir tedavi için bir teşhisin, vakanın bilişsel terimlerle sağlam bir formülasyonun ve hastanın özelliklerinin ve problemlerinin dikkate alınmasının gerekli olduğu görülmektedir. Tedavi bireye uygun olmalı; her seans için özel bir planın yanında genel bir strateji geliştirmelisiniz. Bunun için aşağıdaki hususları dikkate alın:

1. Hasta(nın/ların) tanısını/tanılarını,
2. Hastaların güçlüklerinin belirlenmesini (doğruluğunu hastalarla çek edin.),
3. Onların terapideki hedeflerini,
4. Onlara en çok baskı yapan endişelerini,
5. Sizin terapideki hedeflerinizi,
6. Tedavinin aşamalarını,
7. Hastanın öğrenme özelliklerini, onların yaşamlarındaki aşamaları; gelişimsel ve entelektüel düzeylerini, cinsiyetlerini ve kültürel geçmişlerini,
8. Hastaların motivasyon düzeylerini,
9. Hastanın terapötik bağının doğasını ve gücünü.

Siz tedavi planını seanslar arasında, daha özel tedavi planlarını ise seanstan önce yapın ayrıca tedavi planını, her seans içinde geliştirin ve duruma göre sürekli değiştirin.

Bölüm 20

TERAPİDEKİ PROBLEMLER*

Bilişsel davranışçı terapide her hastada problemlerin bir türü ya da başka bir türü ortaya çıkar. Hatta terapötik bağı kurarken ve hastanın zorluklarını doğru bir şekilde kavraması ya da problemlerin kaynağına doğru giderken en deneyimli terapistler bile zaman zaman güçlüklerle karşılaşırlar. Makul bir hedef belirlemek, birlikte problemlerden kaçmak değildir. Daha çok özgül problemleri ortaya çıkarmak, nasıl ortaya çıktığını kavramak ve onlara nasıl çare olunacağını öğrenmektir.

Terapide görünen problemler ya da sıkışılan noktalar, hastanın durumunu net bir şekilde kavramak için size fırsat sunar. Ek olarak terapideki problemler, hastanın terapi odası dışında sık sık yaşadığı içsel problemlerle ilgili veri sağlar. Son olarak, bir hastanın yaşadığı güçlükler sizin becerilerinizi geliştirmeniz, esneklik ve yaratıcılık geliştirmeniz, yeni bir anlayış kazanmanız ve diğer hastalara yardım için deneyim kazanmanızı sağlar. Problemlerin ortaya çıkaması yalnız hastanın özelliklerinden değil aynı zamanda terapistin ilişkisindeki zayıflıktan da kaynaklanır. Bu bölümde var olan problemlerin nasıl ortaya çıktığı, problemlere terapide sıkışılan noktaların nasıl anlaşılacağı ve nasıl çare bulunulacağı açıklanacaktır.

MEVCUT PROBLEMLERİ ORTAYA ÇIKARMA

Bir problemi çeşitli yollarla ortaya çıkarabilirsiniz:

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

1. Hastaların istenmeyen geri bildirimlerini dinleyerek,
2. Doğrudan istenen geri bildirimler aracılığı ile problemlerin hem sözel hem de sözsüz işaretlerine bakarak,
3. Tek başına, meslektaşlarınızla ya da süpervizorla terapinin kayıtlarını gözden geçirerek ve Bilişsel Terapi Derecelendirme Ölçeği ile kaydı derecelendirerek (Ek-C),
4. Gelişmeler için objektif testlere ve hastanın semptomlarının rahatladığını belirten öznel raporlarına bakarak.

Hasta size negatif geri bildirim verdiğinde açık bir problem ortaya çıkar (örneğin: "Benim söylediğimi anladığınızı zannetmiyorum" ya da "Söylediklerinizi *entelektüel* olarak anlıyorum ancak içime sinmiyor."). Pek çok hasta *dolaylı olarak* problemi anlar (Örneğin, "Ne söylediğinizi anlıyorum ama başka bir şekilde yapabilir miyim bilmiyorum." ya da "Deneyeceğim." [onlar o görevi yaparken başarısız olacaklarına inandıklarını kastederler]). Bu vakalarda problemin gerçekten mevcut olup olmadığını ve boyutlarını belirlemek ve kesinleştirmek için hastaya daha açımlayıcı sorular sormalısınız.

Çoğu kez hastalar tedavi ile bir problemin doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkisini kurmakta başarısız olurlar. Hastaların seans sırasında anlayışlarının derinliğini aralıklı olarak çek edin (seansın bitiminde hastaya geri bildiriminin ne olduğunu sorun) ve seans sırasında hastanın otomatik düşüncelerinin ortaya çıktığını, etkilenmede bir değişiklik yarattığını fark ettiyseniz, seansın standart yapısı içinde problemleri keşfederek bağlantısını kurabilirsiniz.

Örneğin, bir durumda ben Sally'de sözel olmayan bir ipucu hissettim. (O koltuğunda kıpır kıpırdı ve tedirgindi, gözleri uzaklara bakıyordu.). Söylediklerimi tam olarak anlayamamıştı ya da benimle aynı fikirde değildi. Ona aklından nelerin geçtiğini sordum. Seans sırasında Sally ile aynı anlayışı paylaştığımdan emin olmak için diğer adımları attım: Seans sırasında sık sık özet yaptım ya da Sally'den özetlemesini istedim. Bu özete hangi oranda inandığını sordum (Örneğin; Sally, sen evden taşınmış olsan bile annenin mutsuzluğundan tamamen sorumlu olmadığın hakkında konuştuk... Şimdi buna ne kadar inanıyorsun?).

Seans sırasında Sally'nin değişik konulardaki anlayışını daha ileri düzeyde çek ettim (örneğin; "neden senin oda arkadaşının başka tepkisi bu şekilde olmalı, bu senin için açık mı?... Kendi kelimelerinle açıklayabilir misin?). Seansın sonunda geri bildirim aldığımdan emin olmalıyım (örneğin; "Bugün söylediğim bir şey seni rahatsız etti mi?.. Herhangi bir şeyi anlamadığımı düşündün mü?"). Sally'nin bana olumsuz ileti verme konusunda tereddüt ettiğini tahmin ettim.Terapinin, onun olumsuz iletisinin olmasından şüphelendiğim *bir kısmı*

hakkında özellikle geri bildirim istedim: "Annene karşı daha cesaretli olmanı önerdiğimde rahatsız oldun mu? ... Eğer bu geri bildirim seni rahatsız ettiyse bana söyler misin?"

Özetle, siz hastayı yatıştırmalısınız ya da terapi seansı sırasında ortaya çıkan problemler için seans sırasında problemelerin doğrudan arttığından şüpheleniyorsanız, geri bildirim isteyerek hastanın anlayışını kontrol etmelisiniz. Ayrıca hastadan, seansın tam bir değerlendirmesini yazmasını isteyebilirsiniz, bir sonraki seansta (sayfa 77) bu değerlendirmeyi gözden geçirebilirsiniz.

Eğer siz yeni başlayan bir terapist iseniz, mevcut bir problemin farkına varmayabilirsiniz ya da özel bir sorunun daha az olduğunu düşünürsünüz. Kendi başınıza ya da (tercihen) deneyimli bir terapistle birlikte, terapi seanslarını yeniden gözden geçirebilmek için seansları kaydetme izni istemelisiniz. Bu izni olumlu bir şekilde isterseniz hastanın rızasını almak genellikle sorun olmaz: "Ben bunu çok az hastaya teklif ediyorum, bunu yapmak bu sorunları daha iyi anlamak için sıra dışı bir fırsat sunacak." Evet ya da hayır demek sizin hakkınız, evet ya da hayır cevabınız benim için aynı değerde. Ben "nadiren kaydettiğim" seansları daha sonra dinleyebilirim ve hastaya nasıl daha çok yardım edebileceğimi anlayabilirim. [Gerek duyarsam geri bildirim almak için "bir meslektaşımla [süpervizörle]yeniden dinlerim. Ben her zaman, iki aklın bir akıldan daha iyi olduğuna inanırım."] Bu dinlemelerden sonra yaptığım bu kaydı hemen silerim (*Beklerim.*). Bu seansı kaydetmeye başlayalım mı, sizin için uygun mu? Birkaç dakika içinde kayıttan rahatsız olduğunuzu hissederseniz kaydı kapatabiliriz ya da kaydetmeyi bitirebiliriz."

Problemin diğer bir açık göstergesi ise gelişmenin yetersiz olması ya da hastanın işlevlerinde ve/veya duygu durumunda [benlik raporunda tanımlanan ya da Beck Depresyon Ölçeği (bk. Ek-B) gibi objektif testlerle belirlenen] bozulmalardır. Bu yetersiz gelişmeyi bir gündem maddesi olarak koymayı önermelisiniz ve doğrudan çok daha etkili bir tedavi planlaması için hasta ile iş birliği yapmalısınız.

Son olarak, siz sürekli olarak hastanın ayakkabısını giyerek, onun dünyasının nasıl göründüğüne bakın ve daha işlevsel bir perspektiften onların engelleri ve sınırlılıklarına bakın (Örneğin; "Ben Sally'nin yerinde olsaydım terapi sırasında nasıl hissederdim? Terapistim ... söylediğinde ben ne düşünürdüm? Ya da _____?").

PROBLEMLERİN KAVRAMSALLAŞTIRILMASI

Bir problemin varlığı tanımlandığında, hastanın otomatik düşünceler tarafından suçlamasına karşı tetikte olun (örneğin; direnç gösterebilir/ manipülatif olabilir/ motivasyonsuz olabilir."). Bu etiketler bir terapistin güçlüklerin çözümündeki sorumluluk anlayışını azaltma eğilimindedir. Bunun yerine kendi kendinize sorun:

"Hasta seansta (seans aralarında) ne söyledi (ya da söylemedi) ya da ne yaptı (ne yapmadı) işte problem budur?"

Sonra, ideal olarak bu hastanın seanstaki terapi kaydını süpervizörle gözden geçirin. Problemin hastanın patolojisinden mi yoksa sizin terapide yaptığınız yanlış faktörlerden mi kaynaklandığına bakın. Kuşkusuz bunun belirlenmesi için yardıma ihtiyacınız olacak (gösterdiğiniz özenin düzeyi; terapinin formatı, seansların sıklığı gibi) ve/veya tedavi dışı faktörler (örneğin bir organik rahatsızlık, evdeki kötü psikolojik ortam ya da kötü iş çevresi, etkisiz ilaçları ya da ilaçların yan etkiler ya da birleşik bir tedavinin olmaması, bk. J. S. Beck, 2005.).

Bir problemi tanımlarken değişiklik için ne yaptığınızı hatırlayın, ortaya çıkan problemin düzeyini kavramsallaştırın:

1. O yalnız teknik bir problem midir? Örneğin, siz uygun olmayan bir teknik mi kullandınız ya da tekniği yanlış mı kulandınız?
2. Seansta bir bütün olarak çok karmaşık bir problem mi vardı? Örneğin, siz işlevsiz düşünceyi doğru olarak belirlediniz ancak sonra müdahale de mi başarısız oldunuz?
3. Birkaç seanstır devam eden bir problem var mı? Örneğin, iş birliğinde bir bozulma oldu mu?

Tipik olarak, problemler aşağıdaki katogorilerin birinde ya da daha fazlasında görülür:

1. Teşhisler, kavramsallaştırma ve tedaviyi planlama,
2. Terapötik iş birliği,
3. Seansın yapısı ve veya/ akışı,
4. Hastanın sosyalleşmesi,
5. Otomatik düşüncelerle uğraşma,
6. Seans aralarında terapinin hedeflerine ulaşma,
7. Seansın içeriğinin hasta tarafından işlenmesi.

İzleyen sorular size ve süpervizöre problemin doğasını belirlemede yardımcı olabilir. Sonra siz önceliklerinizi formüle eder ve üzerine odaklanacağınız birini ya da daha objektif olanını seçersiniz.

Tanı Koyma, Kavramsallaştırma ve Tedavi Planı

TANI KOYMA

1. "En son DSM'nin beş eksenine göre doğru bir tanı yaptım mı?"
2. "Bu hasta için ilaç tedavisine başvurmak gerekli mi?"

KAVRAMSALLAŞTIRMA

1. "Hastanın en merkezi fonkisyonel olmayan bilişleri ve davranışlarını tanımlamak için Bilişsel Kavramsallaştırma Şeması (sayfa 200) kullanıyor muyum?"
2. "Kavramsallaştırmalarımı elde ettiğim yeni verilerle sürekli olarak geliştiriyor muyum ve kavramsallaştırmalarımı stratejik açıdan uygun zamanlarda hastamla paylaşıyor muyum? Bu kavramsallaştırma hastaya mantıklı ve inandırıcı geliyor mu?"

TEDAVİYİ PLANLAMA

1. "Tedavi planım, benim bireysel kavramsallaştırmam, hastanın bozukluğunun/bozuklarının bilişsel formulasyonu üzerine mi temellendirilmiş? İhtiyaç olduğunda ben kavramsallaştırmama dayanan tedavimi sürekli olarak değiştiriyor muyum?"
2. "Hastanın Eksen I (ve/veya Eksen II) bozuklukları için gerektiğinde çeşitli standart bilişsel davranışçı tedavilerim var mı?"
3. "Eğer olacaksa yalnız terapi aracılığı ile büyük bir yaşam değişikliği olacağını açıklamaya ihtiyaç duyacak mıyım?"
4. "Gerektiğinde birleşik beceri eğitimi yapabilecek miyim?
5. "Uygun olursa aile üyelerini tedaviye dâhil edebilir miyim?"

Terapötik İttifak

İŞ BİRLİĞİ

1. "Hastayla aramda gerçek bir *iş birliği* var mı? Biz fonksiyonel bir ekip gibi miyiz? İkimiz birlikte sıkı çalışıyor muyuz? Gelişmelerden ikimiz de sorumlu olduğumuzu hissediyor muyuz?"
2. "Bu problemler hastanın endişelerinin çoğunu kapsıyor mu?"
3. "Hastanın terapi seanslarındaki uyum ve kontrolü için hastaya uygun düzeyde yol gösteriyor muyum?"
4. "Tedavi hedefleri üzerinde uzlaşmamız var mı?"
5. "Müdahalelerim ve ödevler için hastaya gerekçe sunuyor muyum?"

HASTANIN GERİ BİLDİRİMİ

1. "Hastayı düzenli olarak dürüstçe geri bildirim verme konusunda cesaretlendiriyor muyum?"
2. "Seans sırasında ben bir değişiklik yaptığımda, hastanın etkilendiğini ve otomatik düşüncelerinin ortaya çıktığını gözlüyor muyum?"

TERAPİNİN VE TERAPİSTİN HASTAYA GÖRÜNÜMÜ

1. "Hastanın bana ve terapiye bakışı olumlu mu?"
2. "Hasta biraz da olsa kendisine terapinin yardımcı olacağına inanıyor mu?"
3. "Hasta beni işinin ehli, iş birlikçi ve özenli biri olarak görüyor mu?"

TERAPİSTİN TEPKİLERİ

1. "Bu hastayı önemsiyor muyum? Özenim iyi geldi mi?"
2. "Bu hastaya yardımcı olacak niteliğe sahip olduğumu hissediyor muyum?
3. Benim yeterli hissetmem ona iyi gelecek mi?"
4. "Bu hasta ile ilgili olumsuz düşüncelerim var mı ya da bu hasta için kendime güvenim var mı? Bu düşünceler için değerlendirmelerim ve tepkilerim var mı?"
5. "Terapötik iş birliğinde problemeler görüyor muyum, gelişmeyi enegelleyen karşı suçlama var mı?"
6. "İyimser ve olumlu bakış açımı yansıtmam, terapiye nasıl yardımcı olabilir?"

Terapi Oturumlarının Yapılandırılması ve Sürenin Ayarlanması

GÜNDEM

1. "Seansın başında çabucak gündemi oluşturuyor muyuz?"
2. "Gündem maddelerini öncelik sırasına koyup kabaca her gündem maddesi için ne kadar zaman ayıracağımıza karar veriyor muyuz?"
3. "İş birliği ile ilk olarak hangi konu üzerinde konuşacağımıza karar veriyor muyuz?"

SÜRE AYARLAMA

1. "Standart seansın elementleri için duygu durumunun çek edilmesi, haftanın kısaca gözden geçirilmesi, gündemin oluşturulması, ödevlerin gözden geçirilmesi, gündemdeki konular üzerinde konuşulması, yeni ödevlerin belirlenmesi, aralıklı özetler ve geri bildirim için yeterince zaman ayırıyor ve harcıyor muyuz?"
2. "Bir problem için bizim ayırdığımız zamandan daha fazla süreye ihtiyaç duyuluyorsa ya da belirlediğimiz gündemde olmayan önemli bir konu ortaya çıkmışsa birlikte ne yapacağımıza karar veriyor muyuz?"

3. "Gerektiğinde hastanın nazikçe ve uygun bir şekilde sözünü kesiyor muyum ya da verimsiz konularda çok zaman harcıyor muyuz?"
4. "Seansın sonunda hastanın çok önemli noktaları hatırlaması ve anlamasını sağlamak, yeni ödevler üzerinde uzlaşmak için yeterince zaman ayırıyor muyuz? Hastanın temel inançlarını etkisiz hâle getirmek için çalışıyor muyuz ve böylece senasın geri kalan kısmında hastanın duygularını kararlı olarak hissetmesini sağlıyor muyuz?"

Bilişsel Davranışçı Terapi için Hastanın Sosyalleşmesi

HEDEFLERİN BELİRLENMESİ

1. "Hasta makul ve somut hedefler oluşturdu mu? Hasta hafta boyunca aklında bu hedefleri tutacak mı? Hasta bu hedefler için çalışmaya devam edeceğine söz veriyor mu? Bu hedefler hastanın kontrolü altında mı? Hastanın değiştirmeye çalıştığı başka hedefler var mı?"
2. "Ben, hastanın bu hedeflere doğru olan gelişmelerini düzenli olarak kontrol ediyor muyum? "
3. "Ben, hastanın zihninde bu çalışmanın terapide neden değerli olduğunu sağlamlaştırmasına yardım edebilir miyim (Örneğin; hedefe ulaşmak)?"

BEKLENTİLER

1. "Hastanın kendinden ve benden beklentileri neler?"
2. "Hasta bu problemlerin hızlı bir şekilde ve kolayca çözülebilir olduğuna inanıyor mu? Ya da onun problemini ben yalnız başıma çözmeli miyim? "Hasta aktif rol almanın ve iş birliği yapmanın önemini anladı mı?"
3. "Hasta seanslar arasında düzenli olarak belirli teknikleri ve becerileri öğrenmenin gerekli olduğunu anladı mı?"

PROBLEM ÇÖZME YÖNELİMİ

1. "Hasta üzerinde çalışacağı problemleri belirledi mi?"
2. "Hasta sadece sorunları ortaya dökmek yerine, çözmek için benimle iş birliği yapıyor mu?"
3. "Hasta başka bir problemle uğraşması gerektiği için son zamanlarda problemlerini çözmekten korkuyor mu (işi ya da ilişkileri için bir karar vermek gibi)?"

BİLİŞSEL MODEL

1. "Hasta otomatik düşüncelerinin, duygu ve davranışları (bazen de fizyolojisi) üzerindeki etkisini, bu düşüncelerden bazılarının bozulduğunu ve o yanıtlarını ve düşüncelerini değerlendirebilirse çok daha uyumlu davranabileceğini ve iyi hissedebileceğini anlıyor mu?"

ÖDEVLER

1. "Hastanın temel konuları hakkında ödev tasarladık mı?"
2. "Hasta terapi seanslarındaki çalışmaları ve genel amaçları ile ödevin ilişkisinin nasıl olduğunu anladı mı?"
3. "Hasta hafta boyunca terapi çalışmalarımız üzerinde düşünüyor ve ödevlerini yapıyor mu?"

Otomatik Düşüncelerle Uğraşma

OTOMATİK DÜŞÜNCE ANAHTARLARININ SEÇİLMESİ VE TANIMLANMASI

1. "Hastanın stresli olduğu zamanlarda, zihninden geçen gerçek kelimeleri veya imgeleri tanımladık mı?"
2. "Otomatik düşüncelerin aralığını (genişliğini) belirledik mi?"
3. "Temel düşünceleri değerlendirmek için seçtik mi (örneğin; en çok sıkıntı ya da işlev bozukluğu ile bağlantılı düşünceler)?"

OTOMATİK DÜŞÜNCELER VE İNANÇLAR İÇİN TEPKİLER

1. "Biz yalnız hastanın temel bilişlerini değil aynı zamanda onların değerlendirilmesi ve tepkileri de belirledik mi?"
2. "Ben, hastanın bilişsel bozulmalarının önceki olaylardan kaynaklandığını varsayarak kaçındım mı? Güdümlü rehberliği kullanırken ikna etmekten ve rekabet etmekten kaçınabildim mi?"
3. "Sorgulama sistemim etkisiz ise başka bir yol denemeli miyim?"
4. "Alternatif bir tepki için ortak bir formülasyonumuz var mı? Buna hastanın ne kadar inandığını çek ettim mi? Onun duygusal sıkıntıları azaldı mı?"
5. "Gerekirse hastanın sıkıntılarını azaltmak için başka teknikler denemeli miyiz? Gerekirse gelecek çalışmalar için ilgili bilişleri belirledik mi?"

BİLİŞSEL DEĞİŞİMİ EN ÜST DÜZEYE ÇIKARMAK

1. "Hastanın yeni ve daha işlevsel bir anlayışa ulaştığını belitebilir miyiz?

Seansların Arasında Terapötik Hedefleri Yerine Getirmek

OTURUMUN HEDEFLERİ İLE GENEL AMAÇLARIN BELİRLENMESİ

1. "Hastaya tedavinin hedeflerinin yalnızca iyileşmesini sağlamak olmadığını; aynı zamanda ona hayatı boyunca sürecek beceriler öğreterek daha iyi bir yaşam sürdürelebileceğini uygun bir şekilde açıkladım mı?"

2. "Her seans hastanın üzerinde konuşmak için bir ya da daha çok problemi belirlemesine yardımcı oldum mu?"
3. "Biz her ikisi içinde; problem çözmek ve bilişleri yeniden yapılandırmak için zaman ayırdık mı?"
4. "Biz ödev vererek davranışları ve bilişleri her ikisini de değiştirmek için çalıştık mı?"

TUTARLI BİR ODAKLANMAYI SÜRDÜRMEK

1. "Güdümlü keşfi kullanmam hastanın ilgili inançlarını belirlemeye yardımcı olacak mı?"
2. "Hastanın hangi inançlarının en merkezi olduğunu, hangilerinin daha dar olduğunu ya da çevresel olduğunu ifade edebilecek miyim?"
3. "Hastanın yeni problemleri ile merkezi inançlarının ilişkisini tutarlı olarak keşfedebilecek miyim? Yalnız krize müdahale etmek yerine hastanın merkezi inançları üzerinde sürekli ve tutarlı olarak çalışıyor muyuz?"
4. "Biz çocukluk olaylarının üzerinde konuştuğumuzda bunu yapmaya neden ihtiyaç duyduğumuzun gerekçesi net miydi? Hastanın erken dönem inançlarının şu andaki problemlerle ilişkinin nasıl olduğunu görmesine yardım edebilecek miyim ve gelecek hafta onun içgörü oluşturmasına nasıl yardımcı olabilirim?

MÜDAHALELER

1. "Hastanın gündemi ve benim seanstaki amaçlarımı, her ikisini de temel alan bir müdahale seçebilecek miyim?"
2. "Hastaya rehberlik edebilmek için onun işlevsiz inançlarına ve daha işlevsel inançlarına yönelik olan ifadelerimi kendime ve ona net olarak açıklayabilecek miyim?"
3. "Hastanın nasıl sıkıntı hissettiğini ve/veya otomatik düşünce ya da inançlarının bir müdahaleden önce ve sonra nasıl güçlü olduğunu çek edebilir miyim, böylece müdahalenin nasıl başarılı olacağı ile ilgili yargıda bulunabilir miyim?"
4. "Eğer bir müdahale göreceli olarak başarısızsa, süreci geri alıp başka bir yaklaşım deneyebilir miyim?"

Hastanın Seanstaki Memnuniyetinin Gelişmesi

HASTANIN ANLAYIŞINI GÖZLEMEK

1. "Seans sırasında sık sık özet yaptım mı (hastadan özet yapmasını istedim mi)?"
2. "Onun ulaştığı sonuçları onun kelimeleri ile ifade etmesini istedim mi?"
3. "Sözel olmayan konfizyonun işaretleri için ya da uyuşmazlıklar için tetikte miyim?

ANLAMADA KAVRAMSALLAŞTIRMA PROBLEMLERİ

1. "Hasta ile benim hipotezlerimi çek ettik mi?"
2. "Açıklamaya çalıştığım şey hastada anlama güçlüğü yarattı mı, bir hata mı yaptım? Açıklamam yeterince somut değil mi? Kullandığım kelimeler yanlış anlamaya sebep olmuş olabilir mi? Bir defada ya da bir seansta açıklamalarımın miktarı fazla mıydı?"
3. "Terapi seansı boyunca hastanın duygusal sıkıntı düzeyi, anlama güçlüğüne ve dikkatin dağılmasına neden olabilir mi? O anda hastanın otomatik düşünceleri var mı?

ÖĞRENMENİN EN ÜST DÜZEYDE SAĞLAMLAŞTIRILMASI

1. "Hastanın terapi seansının önemli anlarını, hafta boyunca, hatta terapi bittikten sonra bile hatırlamasından emin olmak için ne yaptım?"
2. "Hastayı, terapi notlarını 'günlük okuması' için motive ettim mi?"

SAPLANTI NOKTALARI

Bazen bireysel seanslarda hastalar iyi hissedebilir ancak ilerleme göstermede birkaç seansta başarısızlıklar olabilir. Deneyimli terapistler öncelikli soruların yerine beş problem alanını dâhil ederler ya da ekarte etmek isterler. Doğru teşhisinizi, kavramsallaştırmalarınızı belirledikten, hastanın bozukluğuna göre (başvuracağınız doğru teknikler) tedavi planınızı yaptıktan sonra aşağıdaki hususları tek başınıza ya da gözetmeninizle (süpervizörle) değerlendirebilirsiniz:

1. Hasta ile sağlam bir *terapötik ittifakım* var mı?
2. *Hastanın terapideki amaçları* için ikimizin de net bir fikri var mı? O bu amaçlara ulaşmak için çalışmayı taahhüt ediyor mu?
3. Hasta *bilişsel modelin* doğruluğuna—onun düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını etkileyeceğine; düşüncelerinin bazen işlevsiz olduğuna inanıyor mu? İşleviz düşünceye, değerlendirmelerinin ve tepkilerinin olumlu etkisi olduğunda, duygusal olarak nasıl hissediyor ve nasıl davranıyor?
4. Hasta bilişsel terapi ödevini yapabilecek düzeyde sosyal mi— O gündemin oluşturulmasına katkıda bulunuyor mu? Problemlerin çözümünde iş birliği yapıyor mu? Ödevlerini yapıyor mu? Geri bildirim veriyor mu?
5. Hastanın *biyolojisi* ya da onun sosyal çevresi sizinle birlikte çalışmaya (hastalıkları, ilaçların yan etkileri ya da yetersiz düzeyde ilaç kullanımı)

engel oluyor mu (örneğin, istismar eden bir eş, aşırı talepkar bir iş, yaşadığı çevrede katlanılamayacak derecede yoksulluk ya da suç)?

TERAPİDE İYİLEŞME PROBLEMLERİ

Belirlenen soruna bağlı olarak aşağıdakilerden birine ya da daha fazlasına başvurabilirsiniz:

1. Tanısal değerlendirmeyi daha derin yapın.
2. Hastanın fiziksel ya da nöropsikolojik muayenesine bakın.
3. Hasta ile ilgili yaptığınız kavramsallaştırmalara onunla birlikte kontrol edin.
4. Hastanın Eksen I ve Eksen II bozukluklarının terapisi hakkında daha çok okuma yapın.
5. Hastadan terapi deneyimleri hakkında ve kendinizle ilgili geri bildirimler alın.
6. Hastanın terapi için amaçlarını yeniden oluşturun (ve onlarla başarmak için çalışmanın olası avantaj ve dezavantajlarını inceleyin).
7. Hastanın ya da bir terapist olarak sizin becerileriniz hakkında sahip olduğunuz otomatik düşüncelerinizi belirleyin ve cevaplandırın.
8. Bilişsel modeli hasta ile birlikte gözden geçirin ve onun sahip olduğu yanlış anlaşılmaları ve şüpheleri ortaya çıkarın.
9. Tedavi planını hasta ile yeniden gözden geçirin (onun şüpheleri ve kaygılarını ortaya çıkarın).
10. Hastanın sorumluluklarını gözden geçirin (ve onun tepkilerini ortaya çıkarın).
11. Kurguyu vurgulayın ve seanstaki ödevler ile hafta boyunca yapılan ödevleri gözden geçirin.
12. Seans aralarında anahtar otomatik düşünceler, inançlar ve davranışlar üzerinde tutarlı olarak çalışın.
13. Hastanın içerikle ilgili anlayışını ve terapinin en önemli noktalarını kaydettiğini kontrol edin.
14. Hastanın ihtiyaç ve başvurularının temellerini değiştirin (bir yönden diğer yöne), öğreticiliğinizin ya da ikna ediciliğinizin derecesine ve/veya

göreceli olarak problem çözümüne odaklanarak, seansın yapısını, hızını, süresini ya da üzerinde durulan konunun zorluklarını ve sizdeki empatinin derecesini açıklayın.

Terapideki iyileşme problemleri ve kavramsallaştırmalara baktığınızda, düşüncelerinizi ve duygu durumunuzu gözlemelisiniz çünkü sizin bilişleriniz zaman zaman problemlerin çözümüne müdahale eder. Bunun tüm terapistlerde; en azından ara sıra hasta, terapi ve/veya terapist olarak kendileri hakkında negatif düşüncelerin görülmesi olasıdır. Tipik terapist varsayımları, terapi formatının içeriğine değişikliklerle müdahale eder:

"Hasta konuşurken araya girersem, o onu kontrol ettiğimi düşünecek."

"Seansı gündemle yapılandırırsam, bazı önemli şeyleri kaçıracağım."

"Bir seansı kaydedersem, daha çok kendimi düşünmüş olacağım."

"Hastamı rahatsız edersem, o terapiyi bırakabilir."

Sonunda, siz tedavi problemleri ile karşılaştığınızda, bir seçim yapacaksınız. Problemle ilgili kötü bir sonuç olduğunda kendinizi veya hastayı suçlayabilirsiniz. Ya da farklı bir yaklaşımla bunu bir fırsata dönüştürüp kavramsallaştırma becerilerinizi ve tedavi planınızı yeniden düzenleyebilir ve teknik deneyimlerinizi, uzmanlığınızı geliştirebilir ve her hastanın özel gereksinmesine göre terapi yeteneklerinizi çeşitlendirebilirsiniz.

Bölüm 21

BİR BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİST OLARAK İLERLEMEK*

Bu bölümde bilişsel davranışçı terapinin standart uygulamalarının başlangıç basamaklarının ana hatları kısaca açıklanacak. Bilişsel davranışçı terapinin temel tekniklerini hastalarınıza uygulamadan önce kendinize uygulayarak deneyimler kazanmalısınız (Hastalardan elde edilen çalışma ödevlerine, testlere ve kitapçıklara bk.). Uygulamadaki zorlukları düzeltmek için bu teknikleri kendi kendinize deneyerek, kendinizi hastanın yerine koyarak, ödevleri yapmaya müdahale eden uygulama engellerini (uygulama ve psikolojik engelleri) tanımanız gerekmektedir. En azından, yetkin bir bilişsel davranışçı terapist olmak istiyorsanız ve hâlâ yapmadıysanız aşağıdakileri yapmanız gerekmektedir:

1. Sıkıntınız ya da anksiyetiniz olduğunda, uyumsuz davranışlarınız olduğunda ve/veya uyumlu davranışlardan kaçındığınızda kendi duygu durumunuzu ve otomatik düşüncelerinizi gözleyin.

2. Otomatik düşüncelirinizi not alın. Bu adımı atlarsanız kendinizi, hastaların *kendi* düşüncelerini yazarken karşılaştıkları seçenek, motivasyon, zaman, enerji ve umut yetersizliği gibi potansiyel engelleri keşfetmekten yoksun bırakmış olacaksınız. Örneğin seansta ödev için bu tekniği kullandığınızda, siz kendinizle hastayı hızlı bir şekilde karşılaştırabilirsiniz. Böylece siz "Bu ödevi yaparken ben güçlük yaşamış mıydım? Motive olmak için neye ihtiyacım olmuştu? Bunun için ne yapmıştım? Bunu adım adım hastaya sunarak hastaya yol göstermeme gerek var mı?" Başka bir deyişle, siz kendi deneyimlerinizi ve genel insan doğasını terapi

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

ortamına getirir ve bu bilgi ve deneyimleri kullanırsanız, bilişsel davranışçı terapist olarak gelişmeniz daha kolay olur.

3. Otomatik düşüncelerinizi tanımlayın ki onun müdahalelerinin bir adım önünde olun. "Ben otomatik düşüncelerimi kaydetmek zorunda değilim" ya da "Ben bu şeyleri biliyorum, Ben bunları aklımdan yaparım." gibi düşünceler, sizin bilişsel davranışçı terapist olarak ilerlemenize engel olur. Uyumlu iyi bir tepki bu düşüncelerin bir parça gerçek olduğu bilgisi ile yapılır ama farklı davranışların avantajları vurgulanmalıdır: "Kabul edilmesi gereken bir gerçek; ben bilişsel davranışçı terapinin araçlarını üzerimden kullanmadan otomatik düşüncelerimle baş edemem. Ayrıca başka bir gerçekte, muhtemelen ben bu şeyleri yazmasam etraflıca öğrenemem. Ben de aynı yollardan geçersem hastalarımın zorluklarını, onların ne hissettiklerini ve olası güçlük noktalarını görürüm. Bu yoldaki en büyük uğraş nedir? O sadece birkaç dakika alacak."

4. Siz otomatik düşünceleri ve duyguları belirlemede yetkin olduğunuz zaman, duygu durumunuzun değişmeye başladığını fark ettiğinizde bir günlük, bir Düşünce Kayıt Formunu doldurmaya başlayın. Sizin düşünceleriniz bozuk değilse buna rağmen ya da sizin aklınızdaki düşünceleriniz otomatik olarak uyumlu olma eğiliminde ise Düşünce Kayıt Formunu doldurmak sizde bir değişiklik yaratmayacaktır (Bilişsel davranışçı terapist olarak olumsuz duyguları *elemeye çalışmamalı; işlevsiz duyguların* derecesi azaltılmaya çalışmalıdır.). Düşünce Kayıt Formunu doldurmak size kişisel yarar sağlayabilir de sağlamayabilir de ancak o çalışmaları yaptığınızda, sizin bu bilgileri, hastalarınıza öğretme beceriniz gelişecektir.

5. Bilişsel Kavramsallaştırma Şemasın yarısını, sıkıntı hissetme ya da uyumsuz bir şekilde davranma gibi üç farklı durumu kullanarak doldurun. Özel bir durumu belirlemede zorluğunuz olursa, siz düşüncelerinizin ya da duygularınızın ya da düşüncelerinizin anlamını ortaya çıkarın, bu kitaptaki ilgili bölümü yeniden okuyun.

6. Bilişsel Kavramsallaştırma Şemasının üstteki diğer yarısını doldurmaya devam edin. Sıkıntı hissederseniz; altında çaresizlik, sevimsizlik ya da değersizlik kategorisinde bir tema olup olmadığına bakın. Temel inancı tanımladıktan sonra diğer kutuları doldurun.

7. Sonra, önceki çalışmadaki temel inancın tanımını kullanarak, 243. sayfadaki Temel İnanç Çalışma Sayfasını doldurun. Bu temel inancın aksine bir kanıt yoksa ya da onu inkâr ediyorsanız, kanıtları bozan ve destekleyen olumsuz bir temel inancınız olup olmadığını belirlemek için durumları nasıl yorumladığınızı inceleyin. Not: Bu egzersiz sizin için olumlu ise karşıtını dengeleyen inançlarınız varsa ve bunlar devamlı aktifse sizin inanç sisteminizi etkilemeyecek ancak çalışma sayfasını tamamlamanız en azından o duruma aşina olmanızı ve onu hastalarınızda etkili bir şekilde kullanmanızı sağlayacaktır.

8. Diğer temel teknikleri denemek: Etkinlik şeması, kredi listeleri, spontan imgeleri yanıtlamak, "mış" gibi yapmak, baş etme kartlarını yazmak ve okumak,

kendinizle ile ilgili işlevsel karşılaştırmalar yapmak, bir karar verirken avantaj ve dezavantajları yazmak gibi diğer temel teknikleri deneyin.

9. Bilişsel davranışçı terapi ile ilk denemenizi yaparken, kendinizde kullandığınız bazı temel kavramları ve terapi araçlarını kullanmak için anlaşılabilir ve karmaşık olmayan bir hasta seçin. Zor bir hasta seçerseniz, bu kitapta tanımlanan standart tedaviler uygun olmayabilir. İlk bilişsel davranışçı terapi deneyimi için Eksen II tanısı almamış, yalın tek uçlu depresyon bozukluğu ya da uyum bozukluğu olan bir hasta olabilir. Daha önce başka terapi yaklaşımları ile tedavi edilmiş bir hastanın yerine tedaviye yeni başlayan bir hasta ile başlanması tercih edilir. Mümkün olduğunca saf bir şekilde bu kitapta sunulan kılavuzlara göre hastanın tedavi edilmesi arzu edilir. Önemli bir not: Farklı yaklaşımlarda deneyimi olan terapistler, sıklıkla önceki becerilerine başvurma eğilimindedirler; önceki deneyimleri bilişsel davranışçı terapiye ket vurur. Bilişsel davranışçı terapi tekniklerini hâlihazırdaki bir hastayı tedavi etmek için ilk kez kullanmaya başlamanız daha pratik olacaktır. Ne yapmak istediğinizi açıklayın, gerekçe oluşturun ve hastanın onayını aldığınızdan emin olun.

10. Seansın kaydı için yazılı olarak izin alın. Bir meslektaşınız ya da süpervizörle terapi kaydını gözden geçirmeniz ve ilerlemek için bu çalışmayı yapmanız çok gereklidir. Kasetlerinizi değerlendirmek için Bilişsel Terapi Ölçeği ve Kılavuzu vazgeçilmez bir araçtır (bk. Ek C). Bilişsel terapi, stajyerlerin çalışmalarını ve ilerlemelerine yardım etmek için süpervizörler tarafından ve terapist yetkinliklerini ölçen araştırmacılar tarafından yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.

11. Bu süreç boyunca bilişsel davranışçı terapi hakkında daha çok okuma yapın. Ayrıca kitapçıklar, makaleler ya da hastalar için tasarlanmış kitapları okuyun böylece hastalara uygun bibliyoterapi önermeniz mümkün olacaktır.

12. Yetkin bir bilişsel davranışçı terapist olmak için ek kılavuzlara Wright, Basco ve Thase (2006) bakın.

13. Uzman klinisyenler tarafından yapılan gerçek bilişsel davranış terapisi seanslarını izleyin (bk. Ek B).

14. Hem yerel hem de Beck Enstitüsünden, Bilişsel Davranışçı Terapi (bk. Ek B) Eğitimi ve süpervizyon alma seçeneklerini arayın.

15. Son olarak, bilişsel davranışçı terapistler, klinisyenler ve öğrencilerin eğitimi için yapılan Bilişsel Terapi Akademisinin resmi "başlangıç" konferansına katılmayı ve devam etmeyi ayrıntılı olarak düşünün, klinisyenler ve öğrenciler asıl üye olarak katılmak veya onaylı bilişsel terapistler olmak için başvurabilir. Buna ek olarak bilişsel davranış terapistleri için diğer dernekler tarafından yapılan, yerel, ulusal ve uluslararası konferanslara (bk. Ek B) katılın.

Ek A

BİLİŞSEL OLGU RAPORU*

Aşağıdaki olgu rapor formatını kullanmak için Kognitif Terapi Akademisinden izin alınmıştır. Olgu rapor ve puanlaması talimatları için bilgilere *www.academyofct.org.*'dan ulaşılabilir.

I. VAKA TARİHÇESİ

A. Kimlik Bilgileri: Sally 18 yaşında yurtta bir oda arkadaşı ile kalan üniversite 1. sınıfta okuyan beyaz bir öğrencidir.

B. Temel Yakınması: Sally depresyonu ve kaygısı için tedavi aramaktadır.

C. Mevcut Hastalığının Tarihçesi: Birkaç ay önce Sally üniversitede 1. sınıfa başladıktan sonra onun kaygı ve depresyon semptomları ortaya çıktı. Onda bulunan semptomlar aşağıda belirtilmiştir

- *Duygusal semptomlar.* Üzüntü, kaygı, suçluluk, zevk ve ilgi yitimi, umutsuzluk, yalnızlık.
- *Bilişsel semptomlar.* Kötümserlik, odaklanma ve karar verme zorluğu, orta düzeyde felaketleştirme, kendi benliğini eleştirme.
- *Davranışsal semptomlar.* Sosyal olarak geri çekilme, zorlayıcı durumlardan kaçınma (profesörle ve oda arkadaşı ile konuşmaktan kaçınma, okul çalışmalarındaki direnç).
- *Fizyolojik semptomlar.* Enerji kaybı, isteksizlik, cinsel ilgide azalma, ağlama, dinlenememe, gevşeyememe, azalan iştah, uyku bozuklukları.

Sally'nin üniversitenin 1. sınıfında yüz yüze kaldığı stresler: Özellikle ilk kez evden uzaklaşması ve karşılaştığı akademik zorluklar. Onun sosyal ilişkileri iyi idi ancak semptomları ortaya çıkmaya başlayınca kendi kendini biraz izole etti.

---

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

D. Psikiyatrik Tarihçe: Sally'nin daha önce psikiyatrik bir sorunu yoktu.

E. Kişisel ve Sosyal Tarihçe: Sally iki çocuklu bir çekirdek ailenin en küçük çocuğudur. Kendisinden 5 yaş büyük ağabeyi vardır ve akademik açıdan çok başarılıdır. Annesi Sally'i sürekli olarak eleştirmektedir. Babası daha destekleyicidir ama çok yoğun olan işi yüzünden sürekli olarak evde bulunamamaktadır. Ebeveynleri birbirleri ile çok tartışmaktadır ancak Sally, bu tartışmaların kendisini aşırı etkilemediğine inanmaktadır. Sally, büyürken sert öğretmenlerden korkmuş ve notları konusunda çok endişelenmiştir. Ağabeyi ile ilişkisi çok iyi olmasına karşın, Sally uzunca bir süre ağabeyi gibi olamadığı için kendi kendini eleştirmiştir. Sally'nin lise yıllarında her zaman birkaç tane yakın arkadaşı olmuştur. Sally'nin üniversiteye kadar olan eğitim yaşamında iyi bir akademik başarısı olmuştur.

F. Tıbbi Tarihçe: Sally'nin psikolojik işlevlerini ve tedavi sürecini etkileyecek bir tıbbi problemi yoktur.

G. Ruhsal (Zihinsel) Durumun Kontrolü: Sally, tamamen depresif duygudurumuna odaklanmıştır.

H. DSM-V'e Göre Tanılar:

- Eksen I: Major Depresif Epizod, Tek Epizod, Orta düzeyde 296.22
- Eksen II: Hiçbiri
- Eksen III: Hiçbiri
- Eksen IV: Psikososyal streslerin şiddeti: orta düzeyde (ilk kez evden ayrılma).
- Eksen V: GNO (Genel Not Ortalaması) Son zamanlarda— 60. Geçen yılın en iyi puanı—85.

II. VAKA FORMÜLASYONU

A. Çöküntüler: Sally'nin depresif bozukluğu üniversite için evden ayrılması ile hızlanmış ve başlangıçta derslerinde bazı zorluklar yaşamıştır. Muhtemelen Anksiyete verimli ders çalışmasına müdahale etmiştir, sonra Sally, kendine karşı oldukça eleştirel olmuş ve sıkıntı yaşamaya başlamıştır. Arkadaşlarından ve etkinliklerden kaçındığı için sorunlarını çözmede başarısız olmuş ve düşen duygudurumunu yükseltecek yeterince olumlu ileti alamamıştır.

B. Son Zamanlarda Bilişlerin ve Davranışların Kesitsel Görünüşü: Son zamanlarda Sally'nin ders çalışma ile ilgili güçlükleri bulunmaktadır. O çalışmak istediğinde Sally'nin "Ben bunu yapmam; ben çok başarısızım; burada asla yapamayacağım." gibi otomatik düşünceleri vardı. O bunları sırtında kendisini aşağıya çeken bir yükle, zorlukla ve amaçsızca yürüyen, ezilmiş biri gibi imgeliyordu. Bu düşünceler ve imgeler onun üzgün hissetmesine yol açıyordu. Başka bir durumda, o bir dersin sınavı için çalışırken: "Bu çok zor; araştırma görevlisi bana yardım etmez; ben bu dersten kalırım." gibi otomatik düşünceleri vardı. Sally bu yüzden endişe hissediyor ve odaklanmakta zorluk çekiyordu. Onun başka otomatik düşünceleri vardı: "Daha çok çalışmalıyım." O suçlu hissediyordu. Bütün benzer durumlarda o çalışmasını durduruyordu. Yatağa uzanıyor ve bazen ağlıyordu.

C. **Bilişlerin ve Davranışların Uzun Süreli Görünümü:** Sally, her zaman orta düzeyde kendisini yetersiz hissederdi. Onun performansı ortanın üstündeydi, hiçbir zaman sınıfın en parlak öğrencisi olmadı. Akademik başarı onun için ve onun varsayımları için oldukça önemli idi: "Çok sıkı çalışırsam belki Okey olacağım ancak sıkı çalışmazsam Okey olmayacağım; bir süre için zayıf olduğumu saklarsam Okey olacağım ancak birinden yardım istersem ben yetersizliğimle yüz yüze kalacağım." Onun telafi davranışları ile ilgili stratejileri, aşırı çalışarak potansiyelindeki üst standartlara ulaşmak ve böylece yardım istemekten kaçınarak zayıflığını göstermemek şeklinde idi. O depresif olduğunda sıklıkla bütün kaçınmaları kullanıyordu (Okul çalışmlarından, zorluklarla karşılaşmaktan, sosyal fırsatlardan kaçınıyordu.). Çoğunlukla Sally'nin diğer insanlar hakkında inançları olumlu ve işlevseldi. Otorite figürlerinden korkmasına karşın diğerlerini iyi niyetli görme eğiliminde idi. O dünyanın nispeten güvenli, istikrarlı ve öngörülebilir olduğuna inanıyordu.

D. **Güçlü Yanları:** Sally psikolojik olarak düşünceli, objektif ve uyumlu idi. O depresyon semptomlarından önce zeki ve çok çalışkandı. Tedavi için motive olmuştu. Onun başkaları ile iyi istikrarlı ilişkiler kurma yeteneği vardı.

E. **Hipotezlerin Çalışması (Kavramsallaştırmanın Özeti):** O devamlı kolay incinebilir bir durumda idi; hayatının çoğunda kendisini önemli ölçüde yetersiz, değersiz ve sevimsiz gördü. Sally kendisini en azından üç nedenle yetersiz görüyordu: (1) o büyürken annesi onu çok eleştirmişti; (2) onun babası kendisini desteklese de o sıklıkla evde değildi ve (3) kendisini diğerleri ile adil olmayan bir şekilde mukayese ediyordu. Örneğin Sally kendisini ağabeyi ile kötü bir şekilde karşılaştırıyordu hâlbuki ağabeyi kendisinden 5 yaş daha büyüktü bu yüzden pek çok şeyi ondan daha iyi yapıyordu. O aynı yaşa ulaştığında onunla aynı başarıya ulaşacağını, onun da aynı yaşlarda benzer başarısızlıklarının olduğunu fark etmek yerine, ikisinin başarısı arasında büyük bir fark olduğunu düşünüyordu. O ayrıca sınıftaki en başarılı öğrencilerle kendini karşılaştırıyor ve kendisini yetersiz buluyordu.

Sally, kendisi ile ilgili yetersizlik işaretlerini arıyordu ve zaman zaman kendi yeterlilikleri ile ilgili işaretleri tanımada başarısız oluyor ve yeterlikleri ile ilgili indirim yapıyordu. O yetersizliğe maruz kalmamak için kesin kurallar geliştirmişti: (örneğin; "Çok sıkı çalışmak zorundayım.", "Ben potansiyelimin standartlarına ulaşmalıyım.", "Devamlı en iyimi yapmalıyım."). Sonuç olarak Sally, aşağıdaki telafi stratejilerini geliştirdi: Kendisinden yüksek beklentileri vardı, sıkı çalışmalıydı, eksiklerine karşı uyanık olmalıydı. Ve yardım istemekten kaçınmalıydı. Üniversiteye gelene kadar bu varsayımları onun hayatında rehberlik etti "Yüksek başarı elde edersem bu Okey olduğum anlamına gelir.", "Ben zayıflıklarımı saklarsam diğerleri beni yeterli görür."

Lise eğitimi boyunca, Sally (kendi kanısına göre) yeterli başarıyı elde etti. Ancak üniversitenin ilk yılında onun çalışma ile ilgili sorunları baş-

ladı. O oldukça endişeli oldu. Onun 'ben yetersizim' temel inancı ortaya çıktı. Başarısız olacağı korkusuna ilişkin otomatik düşünceleri vardı. Anksiyetesi onun verimli çalışmasını ve problem çözümünü olumsuz etkiledi. Böylece diğerlerinden, okul çalışmalarından ve diğer zorluklardan kaçınmaya başladı. Sonra bu yüzden o varsayımlarını pekiştirdi: "Çok yüksek başarı elde edemiyorum, bunun anlamı ben yetersizim; Yardım istersem benim yetersizliğim görülmüş olacak." O böylece daha az performans sergiledi ve yetersiz olduğuna ikna oldu. Üretken olmakta ve diğerlerinden sosyal destek istemekte başarısız oldu. Muhtemelen bu da onun depresyonun başlamasına yol açtı.

III. TEDAVİ PL ANI

A. Problem Listesi

1. Çalışmama ve ödev hazırlayamama,
2. Sınıfta sınavlara katılma konusunda isteksizlik,
3. Sosyal olarak geri çekilme,
4. Oda arkadaşı ve profesörlerle konuşmada cesaretsizlik,
5. Yatakta çok zaman harcama.

B. Tedavinin Hedefleri

1. Kendini eleştirmeyi azaltmak,
2. Bilişsel araçları öğretmek, Düşünce Kayıt Formaları doldurmak vb.,
3. Yatakta kalma zamanını azaltmak,
4. Eğlence için sağlıklı yollar bulmak,
5. Ders çalışma, ödev hazırlama, teste girme ve sınavlara katılma konusunda problemleri çözmek,
6. Girişkenlikle ilgili becerileri geliştirmek.

C. Tedavinin Planlanması: (1) Sally'nin otomatik düşüncelere verdiği yanıtlar (özellikle onlar onun eksiklik ve yetersizlikleri ile bağlantılıdır) aracılığı ile depresyonunu ve anksiyetesini azaltmasına yardımcı olmak. (2) Etkinlik planlaması ile onun faaliyetlerin artırmak, ders çalışma ve ödev yapma ile ilgili güçlüklerine ilişkin problemleri çözümlemek, rol yapma aracılığı ile girişkenlik becerilerini geliştirmek ve müdahale eden inançlarını değiştirmek.

IV. TEDAVİ SÜRECİ

A. Terapötik İlişki: Sally tedavi faaliyetlerine kolaylıkla katıldı. O terapistini yetkin ve tedavi edici olarak gördü.

B. Müdahaleler/İşlemler

1. Hastaya standart bilişsel araçları incelemeyi ve otomatik tepkilere cevap vermeyi öğretmek (hastanın işlevsel olmayan bozulmuş mantığı

görmesine izin vermek ve böylece depresyonunu ve ankisyete semptomlarını azaltmak),
2. Sally'nin davranışsal deneyimlerini yöneterek varsayımlarını test etmesini sağlamak,
3. Sally'nin etkinlik planı yapmasına yardım ederek zevk alacağı etkinlikleri artırmak,
4. Doğrudan problem çözmek,
5. Rol yaparak girişkenliği öğretmek.

C. **Engeller:** Hiçbiri.

D. **Sonuç:** Sally terapiye başladıktan sonra depresyonu 3 ay içinde yavaş yavaş azaldı ve tüm semptomları yok olana kadar terapiye devam etti.

Ek B

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ KAYNAKLARI*

EĞİTİM PROGRAMLARI

Bilişsel Davranışçı Terapi için Beck Enstitüsü (*www.beckinstitute.org*) Philadelphia'nın banliyölerinde çeştli alanda ve alan dışı, uzaktan eğitim ve online eğitim programları.

TERAPİST, HASTA MATERYALLERİ VE BAŞVURU KAYNAKLARI

Aşağıdaki bilgiler *www.beckinstitute.org* sitesinde bulunabilir:

Hasta kitapçıkları

Çalışma Sayfaları Paketi

Bilişsel Terapi Derecelendirme Ölçeği ve El Kitabı

Kitaplar, DVD'ler ve Aaron T. Beck, MD ve Judith S. Beck, PhD.

Eğitim katoluğu olarak hazırlanmış kasetler.

Bilişsel Terapi Akademisi tarafından onaylı ruh sağlığı profesyonelleri için başvuru kaynakları.

DEĞERLENDİRME MATERYALLERİ

Aşağıdaki ölçekler ve el kitapları Pearson'dan sipariş edilebilir *(www. beckscales.com)*:

Beck Depresyon Envateri–II

Beck Depresyon Envanteri—Medikal Hastalar için Hızlı İnceleme.

---

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

Beck Anksiyete Envanteri

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği

Clark–Beck Obsesif–Kompulsif Bozukluk Envanteri

Beck Gençlik Envanterleri—İkinci Basım

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ MESLEK ÖRGÜTLERİ

Bilişsel Terapi Akademisi (*www.academyofct.org*)

Davranışsal ve Bilişsel Terapiler Derneği (*www.abct.org*)

İngiliz Davranışsal ve Bilişsel Psikoterapi Derneği (*www.babcp. com*)

Avrupa Davranışsal ve Bilişsel Terapi Derneği (*www.eabct. com*)

Uluslararası Bilişsel Psikoterapi Derneği (*www.the-iacp.com*)

Ek C



BİLİŞSEL TERAPİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ*

Aşağıdaki değerlendirme ölçeği büyük araştırmalarda Bilşsel Terapi Akademisinin izni ile yeterlilik ölçüsü olarak kullanılır. Ölçek ve beraberindeki el kitabı, *www.academyofct.org* adresinde bulunabilir.

TERAPİST:_____ HASTA:_____ Seansın Tarihi:_____

Kayıt BK#:_____ Değerlendiren:_____ Değerlendirme Tarihi:_____

Seans# _____ ( ) Kamera Kaydı ( ) Ses Bandı ( ) Canlı Gözlem

Yönerge: Her madde için terapist 0-6 puan üzerinden değerlendirilir ve değerlendirme puanı satırın başındaki soru numarasının yanına kaydedilir. Açıklamalar bile dereceli puanlarla değerlendirilir. *Terapistin iki belirleyici puan arasına düştüğüne inanıyorsanız (1, 3, 5) aradaki değerlendirme puanlarını seçiniz.* Örneğin terapist, çok iyi gündem maddesi oluşturdu ancak öncelikleri belirlemedi, ona 4 ya da 6 puan yerine 5 puan verin.

Bir itemi tanımlarken açıklamalar uygulamak için yeterli görünmüyorsa, gözardı etme konusunda özgür hissedin ve çok daha genel olan aşağıdaki derecelendirmeyi kullanın:

0	1	2	3	4	5	6
Zayıf	Çok az yeterli	Vasat	Yeterli	İyi	Çok İyi	Mükemmel

Lütfen hiçbir itemi boş bırakmayın. Hastanın nasıl bir güçlük içinde olduğunu dikkate alarak her item için terapistin becerisi üzerinde odaklanın.

Bilişsel Davranışçı Terapinin Temelleri ve Ötesi'nin ikinci basımı Judith S. Beck tarafından, Guilford Press'in, (2011) izni ile yayımlanmaktadır. Bu kaynağın fotokopisini almanın izni, sadece kişisel kullanım için bu kitabın alıcılarına verilir (ayrıntılar için telif hakkı sayfasına bk.). Satın almak isteyenler bu kaynağın daha büyük bir versiyonunu *www.guilford.com/p/beck4*'ten satın alıp indirebilir.

* Çeviren: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Şahin

BÖLÜM I. GENEL TERAPÖTİK BECERİLER

_____1. GÜNDEM

0 Terapist gündemi oluşturmadı.

2 Terapistin oluşturduğu gündem belirsiz ya da yetersiz.

4 Terapist karşılıklı fikir alışverişi içinde özgül hedef problemlerinin de dâhil olduğu tatmin edici bir gündem belirlemek için hasta ile birlikte çalıştı (örneğin, işte kaygı, evlilikte doyumsuzluk).

6 Terapist hedef problemleri, uygun zamanda görüşülebilecek uygun bir gündem oluşturmak için hasta ile birlikte çalıştı. Gündem belirledikten sonra öncelikleri açıkladı.

_____2. GERİ BİLDİRİM

0 Terapist seansta hastanın anlayıp anlamadığını ya da tepkilerini belirlemek için geri bildirim istemedi.

2 Terapist hastadan bazı geri bildirimler aldı ancak hastanın seans sırasında terapistin yönteminin gerekçesini anladığından emin olmak için ya da hastanın seanstan tatmin olup olmadığını anlamak için yeterince soru sormadı.

4 Terapist, yönteminin gerekçesini, hastanın anlayıp anlamadığından emin olmak için seans boyunca yeterince soru sordu ve hastanın tepkisini belirledi. Terapist, hastasının geri bildirimine uygun olarak davranışını ayarladı.

6 Terapist seans boyunca özellikle hastasının ortaya çıkan sözel ve sözel olmayan davranışlarına göre kendini adapte etti (örneğin, seansta hastanın tepkilerini ortaya çıkarmak ve düzenli olarak hastanın anlayışını kontrol etmek için seansın sonunda önemli konuları özetlemesine yardımcı oldu).

_____3. ANLAYIŞ

0 Terapist hastanın tekrar tekrar açık bir şekilde söylediği şeyleri anlamadı ve böylece sürekli olarak önemli noktaları kaçırdı ve empati becerisinden yoksundu.

2 Terapist genellikle hastanın açıkça söylediğini yansıtabildi ve başka bir şekilde ifade etti ancak tekrarlayan daha ince iletişime yanıt veremedi. Dinleme ve empati yeteneği sınırlı idi.

4 Terapist genellikle hastanın "içsel gerçeğini" yakaladı hastanın açıkça ve ince bir şekilde ilettiği mesajları yansıttı. Dinleme ve empati yeteneği iyi idi.

6 Terapist hastanın "içsel gerçeğini" anlamış görünüyordu. İletişim-

deki uzmanlığı sayesinde hastanın sözel olan ve olmayan tepkilerini uygun bir şekilde anlamış görünüyordu (terapistin ses tonu hastanın "mesajlarını" anladığını sempatik bir şekilde gösteriyordu.). Dinleme ve empatik becerileri mükkemmeldi.

_____4. KİŞİLER ARASI ETKİLİLİK

0 Terapistin kişiler arası becerisi çok zayıf. Düşmanca, aşağılayıcı ya da hasta için bazı açılardan zararlı görünüyor.

2 Terapist zararlı görünmüyor ancak kişiler arası ilişkide belirgin problemi var. Zaman zaman terapistte gereksiz sabırsızlık, soğukluk ve samimiyetsizlik görünüyor; güveni ve yeterliliğini aktarmakta zorluklar var.

4 Terapist yeterince sıcak bir ilgi, güven, içtenlik ve profesyonellik göstermektedir. Kişiler arası ilişkide belirgin bir problem bulunmamaktadır.

6 Terapist bu seansta, bu hasta için uygun ve gerektiği kadar sıcaklık, ilgi güven, içtenlik ve profesyonellik göstermektedir.

_____5. İŞ BİRLİĞİ

0 Terapist hasta ile iş birliği için girişimde bulunmadı.

2 Terapist hasta ile iş birliği için girişimde bulundu ancak hastanın önemli problemlerini etraflıca tanımlamakta ya da ahenkli bir ilişki oluşturmakta zorlukları vardı.

4 Terapist hasta ile bir problem üzerine odaklanmak için iş birliği oluşturabildi ve bu problemin önemi üzerinde ikisi de etraflıca düşündü ve ahenkli bir ilişki kuruldu.

6 İş birliği mükemmel göründü; terapist seans sırasında hastanın aktif rol alabilmesi için olabildiğince cesaretlendirdi (örneğin seçenekler sundu) böylece onlar fonksiyonel bir "takım" oldular.

_____6. ZAMANIN TEMPOSUNU AYARLAMA VE ETKİLİ KULLANMA

0 Terapist, terapi zamanını ayarlamak ve etkili kullanmak için herhangi bir girişimde bulunmadı. Seans amaçsız göründü.

2 Seansta bazı yönlendirmeler vardı ancak terapist önemli problemleri ve zamanın akışını yapılandırmadı (örneğin, esnekliği olmayan bir yapı, çok az bir yapılandırma vardı, hız çok yavaştı ya da çok hızlı idi.).

4 Terapist makul bir ölçüde zamanı etkili kullandı. Terapist tempoyu ve konuşmaların akışını uygun bir şekilde kontrol etti.

6 Terapist çevre sınırlılıklarının farkında olarak ve verimsiz konuşmala-

rı sınırlandırarak hasta için zamanı en uygun ve etkili bir şekilde kullandı.

BÖLÜM II. KAVRAMSALLAŞTIRMA, STRATEJİ VE TEKNİK

_____7. GÜDÜMLÜ KEŞİF

0 Terapist, tartışma, ikna etme ya da "öğretmeye" inanıyor. Terapist hastanın defansını, çapraz sorgulama yaparak ya da görüşü üzerinde zorlama yaparak değiştireceğine inanıyor.

2 Terapist güdümlü keşiften daha çok ağırlıklı olarak tartışma ve ikna etmeye inanıyor. Ancak terapist stili yeterince destekleyici olduğu için hasta saldırı ya da savunma hissetmiyor.

4 Terapist, tartışma yerine büyük çoğunlukla hastanın yeni bir bakış kazanmasına güdümlü keşif aracılığı ile yardım etti (Örneğin; kanıtları inceledi, seçenekler üzerinde durdu, avantaj ve dezavantajların ağırlıklarını tarttı.). Sorgulamayı uygun bir şekilde kullandı.

6 Terapist seans sırasında problemleri keşfetmek ve hastanın kendi sonucuna ulaşmasına yardım etmek için güdümlü keşfi ustalıkla kullandı. Diğer müdahaleler ve sorgulama arasında mükemmel bir denge kurdu.

_____8. ÖNEMLİ BİLİŞLER VE DAVRANIŞLAR ÜZERİNE ODAKLANMAK

0 Terapist özgül düşünceleri, varsayımları, imgeleri, anlamları ya da davranışları ortaya çıkarmak için girişimde bulunmadı.

2 Terapist bilişleri ve davranışları ortaya çıkarmak için uygun teknikler kullandı ancak terapist bir odak noktası bulamakta zorlandı ya da hastanın ilgili olmayan problemlerinin çözümüne, bilişlerine ve davranışlarına odaklandı.

4 Terapist ilgili problemleri hedef alarak özgül bilişler ya da davranışlar üzerinde odaklandı. Ancak terapist daha büyük gelişmeler vadeden daha çok merkezi bilişler ya da davranışlara odaklanabilirdi.

6 Terapist çok ustaca önemli düşünceler, varsayımlar, davranışlar vb. üzerine odaklandı, bunların çoğunluğu problem alanları ile ilgili idi ve önemli gelişmeler vadediyordu.

_____9. DEĞİŞİM İÇİN STRATEJİ (*Not*: Bu item için terapistin strateji değiştirme kalitesine odaklanın. Yalnız onun nasıl etkili strateji

uyguladığına değil, aynı zamanda doğru bir şekilde değiştirip değiştiremediğine de odaklanın.).

0 Terapist, bilişsel davranışçı teknikleri seçmedi.

2 Terapist bilişsel davranışçı teknikleri seçti ancak hem genel strateji geliştirme konusunda isteksizdi hem de hastaya yardım etme konusunda gelecek vadetmiyordu.

4 Terapistin genel olarak değişim için tutarlı bir stratejisi vardı o makul bir gelişme vadetti ve bilişsel davranışçı teknikleri uyguladı.

6 Terapist gelecek vadeden değişim için tutarlı bir strateji izledi ve bilişsel davranışçı tekniklerin çoğunu uygun bir şekilde kullandı.

_____10. BİLİŞSEL DAVRANIŞCI TEKNİKLERİN UYGULANMASI (*Not*: Bu item için teknikleri kullanma maharetinin nasıl olduğuna odaklanın. Yalnız bu tekniklerin hedef problemlerin ne kadar uygun olduğuna değil aynı zamanda gerçekten değişimin olup olmadığına da odaklanın.)

0 Terapist herhangi bir bilişsel davranışsal teknik kullanmadı.

2 Terapist bilişsel davranışsal teknikler kullandı ama uygulamalarında önemli hatalar vardı.

4 Terapist orta düzey bir beceri ile bilişsel davranışçı teknikleri uyguladı.

6 Terapist çok ustaca ve çokça bilişsel davranışçı teknikler kullandı.

_____11. ÖDEVLER

0 Terapist bilişsel terapi ile ilgili ödevi verme girişiminde bulunmadı.

2 Terapistin, ödevle ilgili uygulamalarda önemli güçlükleri vardı (örneğin, önceki ödevlere bakmadı, ödevin detaylarını yeterince iyi açıklayamadı, uygun ödevler veremedi.).

4 Terapist önceki ödevi gözden geçirdi ve genellikle seansta çalıştıkları konularla ilgili "standart" bir ödev verdi. Ödevi detaylı bir şekilde açıkladı.

6 Terapist önceki ödevi gözden geçirdi ve gelecek haftanın ödevini dikkatli bir şekilde bilişsel terapiden alarak verdi. Ödev yeni bir bakış açısı kazandırma, hipotezleri test edebilme, seansta tartışılan yeni davranışları deneyimlemesi için "hastaya özel" hazırlandı.

BÖLÜM III. EK HUSUSLAR

12.____a. Seans sırasında herhangi bir özgül problem ortaya çıktı mı (örneğin, tekrarlı bir biçimde ödevde, kişiler arası ilişkide; terapistle hasta arasında uyumsuzluk devam eden terapi hakkında umutsuzluk var mı?)?

EVET HAYIR

____b. Evet ise:

0 Terapist ortaya çıkan özel problemlerle ilgilenmedi.

2 Terapist ortaya çıkan özel problemlerle ilgilendi ancak stratejileri ya da kavramsallaştırmaları bilişsel terapi ile uyumlu değildi.

4 Terapist ortaya çıkan özel problemlerle bilişsel çerçeveyi kullanarak ilgilendi ve teknikleri *orta düzey* bir beceri ile uyguladı.

6 Terapist bilişsel çerçeveyi kullanarak ortaya çıkan özel problemleri çok ustaca ele aldı.

13. Bu seansta alışılmamış önemli faktörler; terapistin standartların dışına çıkıtığını hissettiğiniz bu ölçekle ölçülemeyen yaklaşımlar var mıydı?

EVET ise (Lütfen aşağıdaki boşlukta nasıl olduğunu açıklayınız) HAYIR

BÖLÜM IV. GENEL DEĞERLENDİRME VE YORUMLAR

14. Bir bilişsel terapist olarak bu seansta, bu klinisyeni nasıl değerlendirirsiniz?

0	1	2	3	4	5	6
Zayıf	Çok az yeterli	Vasat	Yeterli	İyi	Çok İyi	Mükemmel

15. Siz bir bilişsel terapi sonuç çalışması yürütüyor olsaydınız, bu terapisti katkı vermesi için seçmeyi düşünür müydünüz (bu oturumu dikkate alarak))?

0	1	2	3	4
Kesinlikle Hayır	Muhtemelen Hayır	Belirsiz Sınırda	Muhtemelen Evet	Kesinlikle Hayır

16. Bu hasta ile çalışmanın ne kadar güç olduğunu hissettiniz?

0	1	2	3	4	5	6
Zor Değil Çok Duyarlı			Orta Düzeyde Zor			Fevkalade Zor

17. TERAPİSTİN GELİŞMESİ İÇİN YORUMLAR VE ÖNERİLER:

18. GENEL DEĞERLENDİRME:

Değerlendirme Ölçütleri:	0	1	2	3	4	5
	Yetersiz	Vasat	Yeterli	İyi	Çok İyi	Mükemmel

Lütfen, yukardaki ölçeği kullanarak bu kayıtta gösterilen terapistlik becerisinin genel bir değerlendirmesini yapın ve uygun değerlendirme numarasını yuvarlak içine alın.

KAYNAKLAR

Alford, B. A. & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy.* NewYork: Guilford Press.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC : Author.

Antony, M. M. & Barlow, D. H. (Eds.). (2010). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (1992). Bilişsel terapi and psychotherapy integration. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 657– 694). Washington, DC : American Psychological Association.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry,* 10, 561–571.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). *Bilişsel terapi and the emotional disorders.* New York: Interna- tional Universities Press.

Beck, A. T. (1987). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 91–109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Beck, A. T. (1999). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. In C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology* (pp. 411–429). Washington, DC : Ameri- can Psychiatric Press.

Beck, A. T. (2005). The current state of Bilişsel terapi: A 40 -year retrospective. *Archives of General Psychiatry,* 62, 953 –959.

Beck, A. T., & Beck, J. S. (1991). *The personality belief questionnaire.* Bala Cynw yd, PA: Beck Institute for Bilişsel davranış terapisi.

Beck, A. T., & Emery, G. (with Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic Books.

Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Bilişsel terapi of depres- sion.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Bilişsel terapi of substance abuse.* New York: Guilford Press.

Beck, J. S. (2001). A cognitive therapy approach to medication compliance. In J. Kay (Ed.), *Integrated treatment of psychiatric disorders* (pp. 113 –141). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

Beck, J. S. (2005). *Bilişsel terapi for challenging problems: What to do when the basics don't work.* New York: Guilford Press.

Beck, J. S. (2011). *Bilişsel davranış terapisi worksheet packet* (3rd ed.). Bala Cynw yd, PA: Beck Institute for Bilişsel davranış terapisi.

Bennett-Lev y, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (Eds.). (2004). *Oxford guide to behavioral experiments in Bilişsel terapi.* Oxford, UK: Oxford University.

Benson, H. (1975). *The relaxation response.* New York: Avon.

Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy.* New York: Signet.

Butler, A. C., Chapman, J. E. Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psy- chology Review,* 26, 17–31.

Chambless, D., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions. *Annual Review of Psychology,* 52, 685 –716.

Chiesa A., & Serretti, A. (2010a). Mindfulness based Bilişsel terapi for psychiat- ric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research.*

Chiesa A., & Serretti, A. (2010b). A systematic review of neurobiological and clini- cal features of mindfulness mediation. *Psychological Medicine,* 40, 1239–1252.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Bilişsel terapi of anxiety disorders: Science and practice.* New York: Guilford Press.

Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression.* Hoboken, NJ: Wiley.

Clark, D. M. (1989). Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. K irk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52–96). New York: Oxford University Press.

D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2006). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York: Springer.

Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2008). *The relaxation and stress reduction workbook* (6th ed.). Oakland, CA: New Harbinger.

DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in Bilişsel terapi for depression. *Bilişsel terapi and Research,* 14, 469–482.

Dobson, D., & Dobson, K. S. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy.* New York: Guilford Press.

Dobson, K. S., & Dozois D. J. A. (2009). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed., pp. 3 –37). New York: Guilford Press.

Edwards, D. J. A. (1989). Cognitive restructuring through guided imagery: Lessons from Gestalt therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of Bilişsel terapi* (pp. 283 –297). New York: Plenum Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.

Evans, J. M. G., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J., et al. (1992). Differential relapse following Bilişsel terapi and pharmacology for depression. *Archives of General Psychiatry,* 49, 802–808.

Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 67, 578 –582.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD.* New York: Guilford Press.

Frisch, M. B. (2005). *Quality of life therapy.* New York: Wiley.

Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1985). Bilişsel terapi for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 107–146). New York: Guilford Press.

Goldapple, K., Segal, Z., Garson, C., Lau, M., Bieling, P., Kennedy, S., et al. (2004). Modulation of cortical–limbic pathways in major depression. *Archives of General Psychiatry,* 61, 34 –41.

Goldstein, A., & Stainback, B. (1987). *Overcoming agoraphobia: Conquering fear of the outside world.* New York: Viking Penguin.

Greenberg L. S. (2002). *Emotion focused therapy: Coaching clients to work through their feelings.* Washington, DC : American Psychological Association.

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition.* New York: Guilford Press.

Holland, S. (2003). Avoidance of emotion as an obstacle to progress. In R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change* (pp. 116 –131). New York: Guilford Press.

Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1993). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (4th ed., pp. 428 –466). New York: Wiley.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Seligman, M. E. P. (1992). Bilişsel terapi and the prevention of depression. *Applied and Preventive Psychiatry,* 1, 89–95.

Jacobson, E. (1974). *Progressive relaxation.* Chicago: University of Chicago Press, Midway Reprint.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living.* New York: Delta.

Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R., & Lampropoulos, G. K. (2005). Empirical foundations. In N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan, & L. L'Abate (Eds.), *Using homework assignments in cognitive behavior therapy* (pp. 35 – 60). New York: Routledge.

Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clin- ical Psychology: Science and Practice,* 17, 144 –156.

Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2010). Computer-assisted cognitive-behavioral therapy for child anxiety: Result of a randomized clinical trial. *Journal of Con- sulting and Clinical Psychology,* 78, 737–745.

Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization:*

Working effectively with clients in cognitive behavioral therapy. New York: GuilfordPress.

Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Bilişsel terapi of borderline personality disorder.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Lazarus, A. A., & Lazarus, C. N. (1991). *Multimodal life history inventory.* Champaign, IL: Research Press.

Leahy, R. L. (2003). Emotional schemas and resistance. In R. L. Leahy (Ed.), *Road- blocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change* (pp.91–115). New York: Guilford Press.

Leahy, R. L. (2010). *Beat the blues before they beat you: How to overcome depression.* Carlsbad, CA: Hay House.

Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work: Clinical process for new practitioners.* New York: Guilford Press. Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforc-

ing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training,* 17(3), 322–334.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Ludgate, J. W. (2009). *Cognitive-behavioral therapy and relapse prevention for depression and anxiety.* Sarasota, FL: Professional Resource.

MacPhillamy, D. J., & Lewinsohn, P. M. (1982). The pleasant events schedule: Stud- ies on reliability, validity, and scale intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 50, 363 –380.

Martell, C., Addis, M., & Jacobson, N. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action.* New York: Norton.

McCown, D., Reibel, D., & Micozzi, M. S. (2010). *Teaching mindfulness: A practical guide for clinicians and educators.* New York: Springer.

McCullough, J. P., Jr. (1999). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral anal- ysis system of psychotherapy.* New York: Guilford Press.

McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (2009). *Messages: The communication skills book* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger.

McKay, M., & Fanning, P. (1991). *Prisoners of belief.* Oakland, CA: New Harbinger.

McMullin, R. E. (1986). *Handbook of Bilişsel terapi techniques.* New York: Norton.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum Press.

Needleman, L. D. (1999). *Cognitive case conceptualization: A guidebook for practitioners.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Niemeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy,* 21(3), 281–292.

Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy.* New York: Guilford Press.

Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research,* 12, 557–575.

Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 131–152). New York: Wiley.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual.* Newbury Park, CA: Sage.

Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, J. E. (2007). Cognitive schemas and temel inançlar in psychological problems. Washington, DC : American Psychological Association.

Rosen, H. (1988). The constructivist–development paradigm. In R. A. Dorfman (Ed.), *Paradigms of clinical social work* (pp. 317–355). New York: Brunner/ Mazel.

Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). Comparative efficacy of Bilişsel terapi and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpa- tients. *Bilişsel terapi and Research,* 1(1), 17–37.

Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research, 10,* 509–526.

Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety obsessions. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Bilişsel terapi: The state of the art and beyond* (pp. 48 –74). New York: Guilford Press.

Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin,* 126, 512–529.

Simons, A. D., Padesky, C. A., Montemarano, J., Lewis, C. C., Murakami, J., Lamb, K., et al. (2010). Training and dissemination of cognitive behavior therapy for depression in adults: A preliminary examination of therapist competence and client outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 78, 751–756.

Smucker, M. R., & Dancu, C. V. (1999). *Cognitive behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing.* Northvale, NJ: Aronson.

Stirman, S. W., Buchhofer, R., McLaulin, B., Evans, A. C., & Beck, A. T. (2009).

Public–academic partnerships: The Beck initiative: A partnership to imple- ment cognitive therapy in a community behavioral health system. *Psychiatric Services,* 60, 1302–1304.

Tarrier, N. (Ed.). (2006). *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases.* New York: Routledge.

Tompkins, M. A. (2004). *Using homework in psychotherapy: Strategies, guidelines, and forms.* New York: Guilford Press.

Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation.* Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canada.

Wenzel, A. Brown, G. K., & Beck, A. T. (2008). *Bilişsel terapi for suicidal patients: Scientific and clinical uygulamaları.* Washington, DC : American Psychological Association.

Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness.* New York: Guilford Press.

Wright, J. H., Basco, M. R., Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrative guide.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Wright, J. H., Wright, A. S., Salmon, P., Beck, A. T., Kuykendall, J., & Goldsmith, J. (2002). Development and initial testing on a multimedia program for computer-assisted Bilişsel terapi. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 76 –86.

Young, J. E. (1999). *Bilişsel terapi for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource.

Young, J. E., & K losko, J. (1994). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns.* New York: Dutton Press.

Young, J. E., K losko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide.* New York: Guilford Press.

DİZİN

Sayfa numaralarını izleyen f şekilleri gösterir ve t tabloları gösterir

Bilişsel Terapi Akademisi, 11, 360, 367
Kabul etme, 184
Terapiyi kabul etme ve üstlenme, 2
Başarı Ölçeği, 96
Etkinlik kartları, 87–88*f*, 97–99, 263
  öngörünün doğruluğunu değerlendirmek, 97–98
  Vaka örnekleri, 86, 90 –93, 97–99
  duygu durumunu ve davranışları ölçmek, 267
Uyum bozukluğu, 360
Duygu. *Bakınız* Duygusal işlevler ya hep-ya hiç düşünme, 181*f*
Anoreksia, 11
Kaygı bozuklukları, 5, 6, 10, 53, 263, 265 –267
Girişkenlik, 267–268
Değerlendirme
  Vaka raporu, 361–364
  temel inancaları ve ara inançları tanımlama, 205 –209, 233 –234
  hastanın kavramsallaştırılması ve hastanın problemleri, 7, 11, 38 –39
  Duyguların yoğunluğu, 164 –166
  İlaç tedavisine bağlılık ve etkileri, 105
  Duygu durum kontrolü, 62– 63
  devam eden mizaç, 46 –47
  hastanın tedaviye bağlılığı, 52
  hastanın direnç biçimleri, 127–128
  bilişsel davranışçı terapinin ilkeleri, 7
  semptomların çek listesi, 62, 63
  terapist kaynakları için 366 –367
  terapist becerileri için 13
  temel inançların türleri, 231–232
  Bakınız ayrıca Bilişsel kavramsallaştırma; Değerlendirme seansı
Bilişsel ve Davranışçı Terapilerin Derneği, 367
Varsayımlar, 35
  Kuralları ve yapının içindeki tutumları değiştirmek, 211
  Bilişleri kavramsallaştırma şeması, 201–203
  Bakınız ayrıca Ara inançlar
Önyargıya dikkat, 272
Tutumlar, 35. *Bakınız ayrıca* Ara inançlar
Terapinin ses kaydı notları, 191

Terapi seansının ses kaydı, 348, 360
Otomatik düşünceler
Uyarıcıya tepki olarak ek düşünceler, 147–148, 154*f*, 155
açıklamanın alternatifleri, 173
değerlendirme stratejilerinin alternatifleri, 178 –180
yanıt için alternatif stratejiler, 197
değerlendirme sürecinin değerlendirilmesinin sonuçları, 176
bağlantılı duygular, 138 –139
seans arasındaki yanıtlar, 187, 192–197
vaka örnekleri, 43, 138, 140 –153, 155 –157, 160 –166, 168 –169, 171–176, 178 –179, 183, 185 –186, 188, 192–194
yetersiz yanıtların nedenleri, 197
özellikleri, 137–140
klinik önemi, 137
bilişsel kavramsallaştırma şeması, 199, 201
bilişsel model, 3, 5, 30 –31
ortak çarpıklıklar, 179–180, 181–182*f*
temel inançlar ve 34 –35, 177 felaketleştirme, 173 –174
ortaya çıkarma, 83 –84, 142–147, 156*f*
terapötik söylemi yerleştirmek, 151–152
karşıt duygu, 159–162
terapinin etkililiğinin değerlendirilmesi, 353
geçerliliğin kanıtı, 172–173
formsyonu, 31
tam ve kesin ifade,152–153
mesafe katetmek, 175
bilişsel davranışçı terapinin amaçları, 10
Keşif için güdümlü keşif, 23 –25
hiyerarşinin, 201, 203*f*
çalışma ödevleri, 296
ödevleri gözden geçirmek, 109–110
tanımlanması, 36
önemli düşüncelerin tanımlanması, 167–169
olaydan kaynaklanan stersin yüksekliğinin belirlenmesi, 148
sıcak bilişlerin belirlenmesi, 142–143
problem durumlarının belirlenmesi 148 –150
Altta yatan inançları belirleme, 207–209
imge olarak. *Bakınız* İmgesel otomatik düşünceler
ara inançlar ve 35
karşıt yorumlar, 150 –151
depresyona yol açan, 43 –44
davranışla bağlantılı, 36 –40
etkinliğe engel olan, 80 –81
zevk almaya ve başarıya engel olan, 81
hastanın tanıma ve anlayışı, 140 –142, 155 –157, 184 –186
psikolojik stres ve 137–138 değerlendirme için sorular, 168, 170 –176, 172*f*, 184
terapötik odaklanmanın ertelenmesi için nedenler, 169–170
zorlanmama nedenleri, 170
yanıtların kaydedilmesi, 187
dikkatini yeniden odaklama, 260 –263
hastanın işlevsel olmayan bilişleri, 22–23
terapi notlarını gözden geçireme, 188 –191
ortaya çıkarmak için rol oynama, 145 –146
kaynağı, 32–35, 153 –155
terapistin bilişlere müdahale ederek terapiyi yapılandırması, 123 –124
terapistin kendini değerlendirmesi, 14 –15, 358 –359
terapistin kendini açması, 180
terapistin değerlendirilmesi, 32, 139–140
gerçek, 182–184
belirsiz inançlar arkasında, 177–178
yeniden yapılandırma girişimlerinde başarısızlık, 176 –178
yararı 139
geçerliliği, 139
Görüntüleri ortaya çıkarma, 144 –145
Kaçıngan davranış, 265 –266
Farkındalık teknikleri, 197, 263

Eksen I bozuklukları, 201–203, 230, 239, 248, 251
Eksen II bozuklukları, 11, 18, 360

B
Beck Depresyon Envanteri, 62, 63
Bilişsel Davranışçı Terapi için Beck Enstitüsü, 360, 366
Davranış
otomatik düşüncelerin bağlantısı, 36 –40
inançların bağlantısı, 226
Davranışsal etkinlik, 2
etkinliklerin gözden geçirilmesi, 81–83, 85 –86
engel olarak otomatik düşünceler, 80 –81, 83 –84
vaka örneği, 82–97
hastanın yararına eğitim, 89–90
çalışma ödevleri, 296
zevk veren aktivitelerin tanımlanması, 94 –99
uzmanlık ya da zevk eksikliği, 81 hastanın yararlarının tanınması, 104 –105
terapötik önemi, 99
terapötik stratejiler için 81–82
Davranışsal deneyimler, 10
vaka örneği, 84 –85
çalışma ödevleri, 297
Olumsuz sonuçlar için hazırlamak, 307–308
amaç, 26
inançların test edilmesi, 217–218
İnançların değiştirilmesi, 35 –36
"miş gibi " tekniği, 226
vaka örneği, 215 –226
bilişsel süreklilik tekniği,218 –220
diğer insanların düşüncelerini etraflıca incelemek için 222–225
Temel inanç çalışma sayfası için 242–246
temel inançlar kursu, 230 –231
yeni temel inançları geliştirme ve güçlendirme, 239–241
erken müdahale, 230
temel inançların tarihsel testi, 247–248
önemli inançların tanımlanması, 209–210, 227
engeller için 230
sorgulama teknikleri, 215 –217 temel inançlar için direnç, 230 erken bellek için yeniden yapılandırma, 248 –255
rol oynama, 220 –222
stratejiler için 214, 227, 241–242, 242*f*, 255
terapistin kendini açması için 227 aşırı karşıtlıkların kullanımı için 246 –247
Kurgusal ve benzeşim karakterleri kullanmak için 247
İnançlar. *Bakınız* Temel inançlar; Ara inançlar
İyi/kötü listesi, 104 –105, 104f
Biblioterapi, 239, 297
Güçlendirme seansları, 316, 327–331
Kısa terapi, 3

C
Vaka raporu, 361–365
Felaketi düşünme, 173 –174, 181f
Değiştirme
İlerlemeyi hastaya atfetme, 318 –319
bilişsel model, 2, 3
bilişsel davranışçı terapinin hedefleri, 10, 316
İşlevsel olmayan inançların değiştirilmesi gibi, 35 –36
Hasta bağlılığı için 125
Hedeflere doğru ilerlemenin izlenmesi için adım modeli, 164 –165, 165*f*
Bakınız ayrıca İnanç değiştirme
Bilişsel davranışsal analiz, 2
Bilişsel davranışçı terapi
uygulamaları, 3, 4*t*
temel prensipler, 6 –11 kavramsal temel, 2, 3. *Bakınız ayrıca* Bilişsel *modelin hedefleri*, 8, 158 –159, 316

Bilişsel davranışçı terapi (*devam.*)
köken ve kavramlarda gelişmeler, 1, 2–3, 5 – 6
araştırma sonuçları, 4 –5
ilk uygulma için hasta seçimi, 360
terapist için kaynaklar, 366 –367
Bilişsel kavramsallaştırma
vaka örneği, 37*f*, 40 –44, 57–58, 201–204
çocukluk çağı verileri, 201
başetme stratejileri, 203 –204 gelişmeleri, 29–30, 38 –40, 44 –45, 57
şema, 199, 200f, 201–205, 202*f*, 359
formülasyonu geliştirme, 30, 40, 45, 121, 204
hastaya sunma, 204 –205 amaçlar, 29, 39–40, 45, 198, 199 terapideki problemlerin kaynakları, 350
Bilişsel süreklilik, 218 –220
Bilişsel çarpıtmalar, 179–180, 181–182*f*
Bilişsel model
otomatik düşünceler ve davranışlar 36
karmaşık diziler, 38 –40 kavramsal temel, 3, 30 –31
hasta eğitim hakkında, 70 –73, 140 –142
hastanın anlayışının gözlenmesi 352, 355
Bilişsel terapi süreci, 2
Bilişsel terapi. *Bakınız* Bilişsel davranışçı terapi
Bilişsel Terapi Derecelendirme Ölçeği, 368 –374
Bilişsel Terapi Ölçek ve Kılavuzu, 360
İşbirlikçi deneyimcilik, 10
Telafi stratejileri, 363
Bilgisayar-destekli bilişsel davranış terapisi, 4
Süpervizörle görüşme, 349
Çelişen teknik, 245
aşetme kartları, 15 –16, 25
Başetme stratejileri, 204*f*
vaka örneği, 42–43
bilişsel kavramsallaştırma şeması, 203 –204
gelişmeler, 42–43
maruz bırakma, 265 –267
otomatik düşünceler için imgeler, 284 –285, 289–290
aşırı kullanım, 204
Temel inançların
etkinleşmesi, 32
otomatik düşünceler ve 34, 177
vaka örneği, 40 –42, 229, 234, 235 –240, 242–253
Olumsuz düşüncelerin sınıflandırılması, 228, 231–232, 233*f*
bilişsel kavramsallaştırma şeması, 199, 201
tanım, 32, 198
geliştirme ve yeniden güçlendirme, 239–241
oluşumu 35, 40 –41, 201, 228, 229, 247–248
hiyerarşi, 201, 203f
tanımlama, 205 –209, 233 –234
bilgi işleminin onarımı, 32–33, 41
Ara inançlar ve 35
diğerleri hakkında olumsuz düşünceler, 229
hastanın anlayışı,235 –239
direncin değiştirilmesi, 230 terapötik odak, 35 –36, 120 terapötik amaçlar, 35
terapistin kendini değerlendirmesi, 359
Bakınız ayrıca İnançların değiştirilmesi
Temel İnanç Çalışma Sayfası, 223, 242–246, 243f, 359
Kredi listeleri, 274 –276

D

İşlevsiz Düşünceleri Günlük Kaydı, 192–193
Karar verme becerileri, 258 –260

Depresyon, 360
etkinlik planlaması için 80, 99 davranışsal etkinlik teknikleri için 82–97
edilginliğin etkileri, 80 –81 nedenleri, 43 –44
ilk seansta tanının müzakere edilmesi, 65 – 68
çalışma ödevleri, 297–299
hasta için bilgi kaynakları68
araştırmalarda bilişsel terapinin kökeni, 1, 5 – 6
terapide olumlu odaklanma, 26 –27
tedavi faktörü olarak terapi ilişkisi, 18 –19
Gelişimsel sorunların terapide değerlendirilmesi, 7,
temel inançların oluşumu, 32–34, 35, 201, 228
ara inançların oluşumu, 35
terapide şimdiye odaklanma, 8 –9
temel inançların değiştirilerek erken anıların yeniden yapılandırılması, 248 –255
Teşhis, ilk seansın münazarası, 65 – 68
Davranışsal terapi diyalektiği, 2
Düşünceyi ikiye ayırma, 220
Olumsuz algıları menetmek, 181*f*
Uzaklaşma, 290 –293
Otomatik düşüncelerden dikkatini başka yöne çevirme,261–263
Aşağı ok tekniği, 206 –208, 234
Rüyalar, 5
İşlevsel olmayan tutum ölçeği, 209

E

Hastanın eğitimi
otomatik düşünceler hakkında, 140 –142, 155 –157, 184 –186
inançlar hakkında, 210 –212
bilişsel model hakkında, 70 –73
temel inançlar hakkında, 235 –239
değerlendirme seans işlem ve hedefleri hakkında, 47, 48 –49
ilk senasın yapısı ve hedefleri hakkında., 59
çalışma ödevi hakkında, 294 –295, 301
otomatik düşüncelerin imgeleri hakkında, 277–280
seansın yapılandırması hakkında, 101
etkinliklerin yararı üzerine, 89–90
tedavi için beklentiler, 56
ilk seansta tanının görüşülmesi, 65 – 68
bilişsel davranış terapisi yaklaşımının sunulması, 13 –14
hastanın seans içeriğini işlemesinin izlenmesi, 354 –355
bilişsel kavramsallaştırmanın sunumu, 204 –205
bilişsel davranış terapisinin ilkeleri, 9
otomatik düşünceler için yanıt verme, 187–197
Saklı otomatik düşünceler, 151–152
Duygusal fonksiyonlu
bilişsel model, 30 –31
duygulardan düşüncenin ayırt edilmesi, 159–161
fonksiyonel olmayan, 158
otomatik düşüncelerin etkileri, 138 –139
bilişsel davranışçı terapinin hedefleri, 158 –159
otomatik düşünceleri ortaya çıkarmak için yükseltmek, 143 –144,
hararetli düşüncelerin belirlenmesi, 142–143
duygunun yoğunluğu, 164 –166
duyguların etiketlenmesi, 162–163
duyguların ve düşüncelerin yanlış eşleştirilmesi,161–162
Duygusal nedenler, 181*f*
Duygu şeması, 162*f*
Epiktetos: Yunanlı filozof, 2
Etyoloji: neden
vaka örneği, 43 –44
Bilişsel model, 3

Avrupa Davranışsal ve Bilişsel Terapiler Deneği, 367
Değerlendirme senasının
değerlendirme evresi, 49–53
İletişimin başlangıç izlenimlerinden, 53
aile üyelerinin katılımı, 53
amaçları, 46, 47, 48
hastaların anlayışı, 47, 48 –49
hazırlık için 47, 48
sonra tedaviyi planlama, 57–58
Maruz bırakma terapisi, 2, 265 –267

F
Hastanın ailesinin değerlendirme seansı, 53
geri bildirim
vaka örneği, 76 –79
ortaya çıkarma, 20, 22, 76 önemi, 79
olumsuz, 120, 136
potansiyel sorunlar, 135 –136 amaçlar, 20, 22, 76, 79
ikinci ve sonraki seanslar, 119–120
terapist için kendini değerlendirme soruları, 351
Terapi raporu için 76, 77f, 359 terapide problemleri ortaya çıkarmak, 347–348
Birinci seans
sonra bilişsel gelişimin kavramsallaştırılması, 199
tanının görüşülmesi, 65 – 68
sonunda seansın özeti, 74
amaçlar, 60, 79
çalışma ödevleri, 67– 68, 74 –76
o esnada duygu durumunun kontrolü, 62– 63
bir güncelleştirme yapmak, 63 – 65
hastanın geri bildirimi, 76 –79
hazırlık için 59– 60
problemin tanımlanması, 68
gündemin belirlenmesi, 60 – 62
hedeflerin belirlenmesi, 69–70
yapı, 60

G
Gestalt terapi, 11, 251
Hedefler
Bilişsel davranışçı terapi, 158 –159, 316
etkili terapi için 333
seansın değerlendirilmesi, 46, 47, 48
çalışma ödevleri için 27–28, 295
senasın başlangıcı, 60
tedavi başlangıcının planlanması, vaka örneği *f*, 54 –55
daire dilim grafik formülasyonu, 268 –270, 269*f*
bilişsel davranış terapisinin ilkeleri, 8
ikinci ve izleyen seanslar, 101, 112
ilk terapi seansının düzenlemesi, 69–70
gelişmelerin izlenmesi için adım modeli, 164 –165, 165*f*
gelişmelere yönelik olarak terapinin gözden geçirilmesi, 352, 353 –354
terapi, seansları için 21–22, 27
Güdümlü keşif, 10, 23 –25, 371

H
Çaresizlik, 228, 231–232, 233f
Çalışma ödevleri miktarı, 300
beklenti problemleri, 303 –306
davranışsal beceriler eğitimi, 296 –297
vaka örneği, 297–299
değişme, 303 –305
kontrol listesi için 309, 309*f*
klinik önemi, 294
kavramsallaştırma güçlükleri, 308
ön prova, 303 –305
terapinin etkililiğini değerlendirme, 353, 372
İlk seans, 67– 68, 74 –76
ödevde esneklik, 78 –79
hedefler, 27–28, 295
bireyselleştirme, 300
devam eden ödevler, 22, 296 –297

hastanın eğitimi hakkında, 294–295, 301
hastanın rolünün düzenlenmesi, 296, 301
planlama, 28, 295 –296, 300 potansiyel problemler, 133, 134 –135
uygulama problemlerini engelleyen, 308 –310
olumsuz sonuçlar için hazırlamak, 307–308
problem çözme, 296
psikolojik engeller için tamamlama, 310 –312
hatırlama, 27, 75, 302
gözden geçirme, 28, 108 –110, 315, 338
terapi oturumunda başlangıç, 302
uyumu artırmak için stratejiler, 295, 299–306
mükemmellik için çaba, 313 –314
problemin kaynağı olarak terapistin bilişleri, 314 –315
Hararetli bilişler, 142–143

I

İmgeleme, erken belleğin yeniden yapılandırılması, 251–255
Otomatik düşüncelerin yeniden yapılandırılması, 139, 146
değiştirme, 285 –287
stres azaltmak için uzaklaştırma tekniği, 290 –293
tamamlanmasını izleme, 280 –283 tanımlama, 277–279
imge ile başa çıkma, 284 –285
gelecekteki sonuçları imgeleme, 284
tepki olarak imgelerin gösterilmesi, 289–293
hastanın anlayışı, 279–280
gerçeklik testi, 287–288
tehlike algısının azaltılması, 293
tekrarlama tekniği için 288
tepki için stratejiler, 280
skıntılı imgeler için yerine koyma, 288 –289
Imipramin, 5 – 6
Hastanın ve hastanın problemlerinin kavramsallaştırılması, 38 –39
çalışma ödevleri ve 300
bilişsel davranış terapisinin prensipleri 7
tedaviyi ayrıntılı planlama, 345
Temel inançların sürdürülebilmesi için bilgi işleme süreci 32–33
model, 34*f*
olumsuz önyargı, 272
Ara inançlar
Avantajı ve dezavantajları, 211–212
Hastanın anlayışı için varsayım biçimleri, 211
Davranışsal ifadeleri test etmek, 217–218
vaka örneği, 42, 205 –212
bilişsel kavramsallaştırma şeması, 199, 201–203
alternatifleri oluşturmak, 212–213
tanımlama, 98
Hastanın eğitimi hakkında, 210 –212
formasyonu, 35
hiyerarşi, 201, 203*f*
tanımlama, 205 –209, 227
önem, 209–210, 227
etki, 35
terapötik hedefler, 214
terapi notları, 214
Bakınız ayrıca İnançların değiştirilmesi,
Uluslararası Bilişsel Psikoterapi Derneği 367
Müdahale
otomatik düşüncelere karşı, 150 –151
kalıcı örüntü, 7
hastanın sözünü kesme, 22, 124 –125

M

Otomatik düşüncenin imgelenmesin, sihirli bir şekilde değiştirmek, 186
Büyütme/küçültme, 181*f*
Zihinsel filitre, 181*f*
Bilinçli farkındalık, 264
Otomatik düşüncelerin gözlenmesi, 296
Duygu durumu kontrol etme, 62– 63, 102–105, 127–128

N

Bilişsel davranışçı terapi nörofizyolojik değişiklerle bağlantılıdır, 4

Sözel olmayan ipuçları

sıcak bilişler, 142, 143

O

Obsesif düşünceler, 260

Çalışmaların sonuçları, 4 –5

Aşırı genelleme, 182*f*

P

Terapi senasının hızı, 351–352

Panik bozukluk, 11

Kişisel İnanç Ölçeği, 209

Kişilik bozuklukları, temel inançların değişime direnci, 230

Düşünce hatası olarak kişiselleştirme, 182*f*

İlaç terapisini gözden geçirme, 105

Pay (dilim) tekniği, 268 –272, 269f

Hazza engel olan otomatik düşünceler, 81 haz veren aktivitelerin tanımlanması, 94 –99

Memnuniyet ve Uzmanlık Derecelendirme Ölçeği, 95 –96, 95*f*

Nokta–karşıt nokta, 220

Tetikleyici faktörler, 7

Terapi ödevini hazırlamak, 101, 102*f*

Bilişsel davranış terapisinin ilkeleri, 6 –11

Problem tanımama

- vaka örneği, 340 –342, 344
- seansta terapötik odağı değiştirmek 343 –344
- veri toplama için 340 –342
- ilk senasta, 68
- problem durumlarını tanımlama, 148 –150
- Öncelik sorunları, 110 –112, 340
- İkinci seansta, 101, 106
- tedaviyi planlama süreci, 340, 342–343

Terapide problemler

- Kaynak olarak bilişsel terapi kavramsallaştırması, 350
- kavramsallaştırma, 348 –349, 350
- olası kaynakların değerlendirilmesi, 349–351, 355 –356
- olası, 346
- hastanın seans bağlamında ilerlemesinin gözlenmesi, 354 –355
- terapötik gelişme için fırsatlar, 346
- tanımlama için sorular 349–355
- terapinin hedeflerini gözden geçirmek, 352
- iyileştirme için stratejiler, 356 –357
- kaynak olarak terapötik iş birliği, 350
- kaynak olarak terapistin bilişleri, 357
- kaynak olarak tedavi planı, 350
- ortaya çıkaran, 346 –348
- Bakınız ayrıca Tedavi yapısı ile ilgili problemler

Problem-çözme becerileri eğitimi, 256 –258

çalışma ödevleri, 296

Problem-çözme terapisi, 2

Terapi yapısı ile ilgili Problemler

- ödev verme, 134 –135
- otomatik düşüncelerin ortaya çıkarılmasındaki zorluklar, 143 –147
- gündem maddelerinin konuşulması, 133 –134
- Müdahale etmede başarısızlık, 134
- ödevlerin gözden geçirilmesi, 133
- tanımlama, 136, 351–352
- özet yapma, 135
- hızla ilgili hususlar, 134
- hasta ile ilişkili bağlılık,
- 125 duygu durumunu kontrol etmek için hastanın direnci, 127–128
- tutarsız ya da odaklanmamış güncellemeler, 129–130
- gündemi düzenleme, 130 –133
- sosyalleşme-ilişkisi, 125
- kaynak, 123

terapötik ittifak ilişkisi, 126
kaynak olarak terapist bilişleri, 123 –124, 357
Odaksız konuşma, 133 –134
seansın bitiminde çözülmemiş sıkıntılar, 135 –136
Kesmenin kullanılması, 124 –125
Bakınız ayrıca Psikoanaliz terapisinde
Problemler, 1
bilişsel terapinin kökeni, 5
Psikodinamik psikoterapi, 11

R

Akılcı duygusal terapi, 2
Otomatik düşünce imgenin gerçeklik sınaması, 287–288
Yeniden odaklanma, 260 –263
Tekrarın önlenmesi
Destekleme seansları, 327–331
terapiyi başlatma 101
bitiminden sonraki aksaklıklar için hazırlamak, 325
bilişsel davranış terapisinin ilkeleri, 9
kendi kendine terapi seansları için 325, 326*f*
stratejiler için 318 –322
Gevşeme tekinikleri, 263 –264
Rol oynama
klinik uygulamaları, 267
otomatik düşünceleri ortaya çıkarmak, 145 –146
ödeve bağlılığı artırmak,305 –306
sosyal becerileri geliştirmek, 267, 268
duygusal–zeka, 305 –306
inançları değiştirmek, 220 –222, 224 –225
uygulamak için cesaretlendirmek, 267–268
erken deneyimleri yeniden oluşturmak, 248 –251
Kurallar, 35. Bakınız ayrıca ara inançlar

S

Güvenli davranışlar, 266
Şema, 33, 228
Şema, şemalar, 239
İkinci ve izleyen seanslar
gündem, 100 –101
Bitirme özeti ve kapanış geri bildirimi, 118 –120, 135 –136
hedefler, 101, 112, 120 –121
ödevleri gözden geçirmek, 108 –110, 133
giriş bölümü, 101
orta bölüm, 112–117
duygu kontrolü, 102–105, 127–128
hastayı hazırlık için 101, 102*f*
aralıklı özetleme, 117–118
öncelikli problemler, 110 –112
problem tanımı, 106 –107, 130 –133
Bilişlerin netleştirilmesi kavramsallaştırma, 121
terapötik odağı değiştirmek, 120
haftanın güncellenmesi, 107–108, 129–130
benlik karşılaştırması, 272–274
kendine yardım kitapları, 257
Kendine terapi seansları, 325, 326*f*
Seansı yapılandırma
Temel amaçlar 21–22
İlk seans, 60
kılavuz, 336 –339
problemleri tanımlama, 123
uzunluk, 3
hız, 351–352
hastanın geri bildirimi, 22
hastanın anlayışı, 101
planlama, 21
problemlerin kaynağı, 351–352
Bakınız ayıca Değerlendirme seansı; İlk seans; İkinci ve izleyen seanslar
"Meli" ve "malı" ifadeleri, 182f
Hastanın sosyalleşmesi, 125, 352–353, 355
Sosyal beceriler, 267–268
Sokratik sorgulama, 140 –141
vaka örneği, 193 –194, 215 –217
Bilişsel davranışçı terapi, 10 –11
inançları yapılandırmak ve değiştirmek, 213, 215 –217, 227
otomatik düşünceleri değerlendirmek, 170 –171
Otomatik düşüncelerin imgelerinin test edilmesi, 287–288
Bakınız ayrıca Güdümlü keşif

Güçlü yönleri belirleme, 26 –27
kendini karşılaştırmaya değiştirme, 272–274
Kredi listesi oluşturma, 274 –276
Madde bağımlılığı, 11
Özkıyım düşünce ve davranışları, 50, 63, 68, 102, 105
Süpervizyon, 349, 360

T

Geçici odaklanma, 8 –9
Terapinin sonlandırılması
Destekleme seansları sonrası, 327–331
erken hazırlanması için 316 –318
seansların arasının açılması ile ilgili kaygılar, 322–324
Planlama için 333 –334
Sonra ortaya çıkabilecek aksilikler için hazırlamak, 325
terapi senasının önceliklerini gözden geçirmek, 324 –325
sonra kendi terapisini planlama, 325, 326*f*
Düşüncelerinizi Kontrol Etme Ödevi, 187, 196 –197, 196*f*
Terapötik ittifak
klinik önem, 17, 21
ilk seans hedefleri, 79
iyi danışmanlık becerileri, 18 –19
hastanın sözünü kesme, 124 –125
bilişsel davranış terapisinin ilkleri, 7–8
hastanın geri bildirim rölünün güçlendirilmesi, 79
hastanın geri bildirimi için duyarlılık, 20
terapide problemlerin kaynağı, 350
stratejiler oluşturma, 17–21, 126
stratejileri güçlendirme, 126
terapistin otomatik düşünceleri ortaya çıkarması, 180
terapistin inançları ortaya çıkarması, 227
tedavide planlama, 19–20
Terapötik teknikler ve süreçler davranışları etkinleştirilmesi, 81–97
Vaka raporu, 361–365
Kendini kıyaslamanın değiştirilmesi, 272–274
Bilişsel Terapi Derecelendirme Ölçeği için değerlendirme, 368 –374
sıkıntılı sorunlarla uğraşma, 116 –117
karar alma becerisi eğitimi,258 –260
önem, 11
maruz bırakma terapisi, 265 –267
yeni inançların oluşturulması, 212–213
terapötik ilerleme grafiği, 317–318, 317*f*
Otomatik düşüncelerin tanımlanması, 36
temel inançlar ve ara inançların tanımlanması, 205 –209
hastanın sözünü kesme, 22, 124 –125
bilişsel davranışçı terapi yaklaşımının tanıtılması, 13 –14
hasta ile yakın ilişki kurmak, 125
hastanın direnç biçimleri, 127–128
hastanın sosyalleşmesi ve 125
pay (dilim) tekniği, 268 –272
olumlu yönelim, 26 –27, 107–108, 159
olumsuzluklar için hazırlanma, 320 –322
bilişsel davranışçı terapinin ilkeleri, 7–11
problem-çözme becerileri eğitimi, 256 –258
genişliği, 10 –11
Dikkatin yeniden odaklanması, 260 –263
tekrarlamayı önleyici stratejiler, 318 –322
gevşeme teknikleri, 263 –264 otomatik düşünce imgeleri için yanıtlar, 280 –289
kapsamı, 16, 256
terapist bilişlerinin terapi yapısına müdahaleleri, 123 –124
teerapist uzmanlığı, 12–13, 14 –16, 358, 360
terapist notları, 121–122 terapistin seanstan sonra kendini değerlendirmesi, 339
terapistin bilişsel davranışçı terapisin ilk kez uygulaması, 360
üçüncü seans ve sonrası, 120 –122

Bakınız ayrıca İnançların değiştirilmesi;
Çalışma ödevleri; Terapi yapısı; Seansların yapısı; Terapinin sonlandırılması; Terapötik ittifak,
Terapistin kalitesi
Bilişsel terapi Derecelendirme Ölçeğinin değerlendirilmesi, 368–374
Bilişsel davranışçı terapide uzmanlığı geliştirmek, 12–13, 14 –16, 358, 360
Sorunlar için öz değerlendirme, 351
etki ve bilişlerin öz değerlendirmesi, 14 –15, 124, 358 –359
Terapistin bilişlerinin terapi yapısına müdahalesi, 123 –124, 357
Terapi notları, 188 –191
Eski ve yeni inançlar üzerine, 214
Terapi Raporu, 76, 77f, 359
Terapi yapısı
destekleme seansları, 316
süre, 56
sıklık, 56, 316
seansların sayısı, 39
hasta beklentileri, 56
aşamalar, 333 –334
bilişsel davranış terapisinin ilkeleri, 9–10
bitime doğru aralıkları uzatma, 322–324
Bakınız ayrıca Terapi yapısı ile ilgili problemler; Seans yapısı
Düşünce Kaydı, 160, 187, 192–194, 195*f*
Tedavi planlama
değerlendirme seansından sonra, 57–58
ilk seansta gündemi düzenlemek, 60 – 62
temel süreç, 21–22
terapötik ittifak oluşturma, 19–20
vaka örneği, 54 –55, 58
Vaka raporu, 364
temel unsurlar, 332
hedefler, 21
bireyselleştirme, 345
hastanın rolü, 8, 55 –56
aşamalar, 333 –334
problem analizi için 334, 335 –336f
problemin tanımı ve odağı, 340 –344
revize, 334
seans planları, 336 –339
terapide problemlerin kaynağı, 350, 351
özgül bozukluklar için 344 –345
terapötik hedefler, 333
terapist uzmanlığı, 13
Bakınız ayrıca Bilişsel kavramsallaştırma,
Dar bakış açısı, 182f

U

Sevimsizlik, 228, 231–232, 233f

V

Görselleştirme, otomatik düşünceleri ortaya çıkarma, 144 –145

W

Değersizlik, 228, 231–232, 233