

---

## DEPRESYON MONOGRAFLARI SERİSİ

---

### Depresyonda Kognitif Terapiler

MEHMET Z. SUNGUR

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara*

---

Beck'in kognitif terapisi, öncelikle terapistin rolünü olmak üzere terapötik ilişkinin doğasını, terapinin yürütülüş biçimini ve amaçlarını uzun süre etkileyecek değişiklikler oluşturmuştur. Beck'e göre tüm psikoterapilerin ortak özelliklerinden biri de hepsinin bilişsel değişiklik oluşturmasıdır. Beck, yaklaşımında terapistin bilirkişi olma özelliğini başlangıçta bir yana bırakarak hasta-hekim ilişkisinden öteye, insan insana bir ilişki içinde, tüm ilgi ve dikkatini hastanın düşünce, inanç ve yorumlarına odaklar. Terapist, bir anlamda televizyon dedektifi Kolombo'nun özelliklerini taşımaktadır. Yani hastanın düşünce ve inançlarını herhangi bir yorum katmaksızın anlamaya yönelik bir tutku içinde, durumsal olarak oldukça saf ve bilgisiz bir görünüm altında tüm verileri ustaca biraraya getiren parlak bir zeka taşır. Ancak böylesine bir tutum içinde hastayla ilgili veriler olabildiğince yansız ve yorumsuz olarak toplanır. Verilerin toplanması ve ipuçlarının bir araya getirilmesi yüzeysel olandan derine yani otomatik düşüncelerden şemalara doğru inerek yapılır. Bilişsel değişikliklerin oluşturulmasında ise hastanın bireysel özellik ve gereksinimlerine yanıt verebilecek nitelikte çeşitli kognitif-davranışçı tekniklerin kullanılması söz konusudur.

#### **Giriş**

Kognitif modele göre A noktasındaki olaylara C noktasında verilen affektif yanıt, B noktasındaki olayla ilgili olarak yapılan yoruma bağlıdır. Kognitif modelin bu basitleştirilmiş ABC düzeyindeki tanımı son derece basit ve mekanik görünmekle birlikte, B noktasındaki bilişsel işlevler oldukça karmaşık ve çoğu kez bireyin bilinçli olarak farkına varmadığı süreçlerdir. Kognitif teorinin bu ABC düzeyindeki tanımından yola çıkarak, kognitif terapilerin yalnızca sorunlara akılcı bakabilmeyi ve mantıklı yorumlar

getirmeyi sağlamaya yönelik akıllı terapiler olduğu düşünülmemelidir. Çünkü "akıllı insanlar depresyona girmez" gibi bir varsayım ne kadar geçersizse, tedavide yalnızca akılcı ve rasyonel düşünmeyi öğretmekle depresyonun düzelebileceğini beklemek de aynı oranda geçersizdir.

Depresyonun kognitif teorisi Depresyon Monografı Serisi'nin 3'üncü sayısında (1) ayrıntılarıyla tartışılmıştır. Özetle belirtilecek olursa bilişin duygulanıma öncülük ettiğini belirtmek, olumsuz düşüncelerin depresyona neden olduğunu söylemek değildir. Olumsuz düşünce biçimi depresyonun nedeni değil, önemli bir özelliğidir. Çünkü olumsuz düşüncenin depresyona neden olduğunu belirtmekle hezeyanların şizofreniye neden olduğunu belirtmek arasında bir fark yoktur. Beck, bilişin depresyonun oluşumunda etyolojik bir rol oynadığını belirtmemiştir. Ancak biliş önceliği {primacy of cognition} kavramından söz etmiştir. Biliş önceliği kavramında bilişle depresyon arasında bir neden-sonuç bağlantısına yer verilmemiştir. Kavram, depresyonun bir duygudurum bozukluğundan çok bilişsel bir bozukluk olduğunu vurgulamaktadır. Yani depresyonun etyolojisinde biyo-psiko-sosyal nedenler olabilir. Ancak etyolojisi ne olursa olsun, depresyon tablosu oluştuğunda bireylerin çeşitli verileri ve bilgileri işleyiş biçimleri bazı ortak özellikler gösterir. Bilgi işleme, normalden farklılaşarak olumsuz yöne kayma özelliği gösterir. Yani çeşitli yaşam olaylarıyla ilgili olumlu veriler gözardı edilir, buna karşın tüm ilgi ve dikkat olumsuz verilerin toplanıp işlenmesine yönelir. Bilişsel süreçlerdeki bu olumsuz yöne kayma eğilimi, güçlü bir affektle bağlantılı daha derinde saklı depresif şemaların harekete geçmesine neden olur. Bu depresif şemaların içeriğinde ise, özetle, değersizlik, çaresizlik ve sevilme gibi temalar vardır. Şemaların aktive olması bu şemalarla bağlantılı depresif duyguların uyarılmasına ve çökkün duygudurumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tedavide göreceli olarak daha kolaylıkla ulaşılabilen otomatik düşüncelerin belirlenmesinden sonra altta yatan şemalara kadar inmek ve onları da değiştirebilmek gerekir. Terapisti temeldeki şemalara götüren otomatik düşünceler içinde en önemli olanları ise duygu yüklü olarak ifade edilenleridir (1).

Beck'in bilişsel modeli her ne kadar depresyonla ilgili olarak ortaya atılmış olsa da, günümüzde yalnızca patolojik kabul edilen emosyonel durumları açıklamak bağlamında kullanılan bir model değildir. Dış dünyadan ve yaşam deneyimlerinden elde edilen verilerin, daha önceleri oluşmuş yapılar (şemalar) çerçevesi içinde işlenmesi patolojik olarak kabul edilemez. Yani depresyondaki hastalarla onları tedavi etmenin yollarını arayan terapistlerin bilgi işleme süreçleri arasında nitelik yönünden önemli bir fark yoktur. Depresyon, bilginin işlenmesi sonrasında herkeste işlev görmekte olan mekanizmaların olumsuz yönde ivme kazanmasından kaynaklanan nicel bir farklılığı

temsil eder. Bu gerçeğin bilinmesi terapistle hasta arasındaki ilişkinin daha insancıl ve işbirliğine yönelik yürütülmesini sağlayacaktır. Beck, bu işbirliğini hastanın kendi düşünce ve inançlarını incelemesi konusuna yönlendirmiş ve her bir inancın, doğruluğu kanıtlanması ya da çürütülmesi gereken hipotezler biçiminde ele alınması gerektiğini düşünmüştür. Böylesine bir tutum ve yaklaşım içinde geleneksel tanımıyla "hasta" gerçekleri araştırma yoluyla inceleyen bir meslektaş durumuna getirilmiştir (1).

### Tedavide ilk Adım: İlk Görüşme

Depresyon tanısı konduktan sonra yapılacak ilk iş hastanın kognitif terapi yönünden uygun olup olmadığının değerlendirilmesidir. Bu ilk görüşme sırasında ayrıca hastayı hekime getiren temel sorunların analizi yapılır, tedaviyle ulaşılmak istenen hedefler saptanır, tedavi rasyoneli anlatılır ve bir sonraki terapi oturumuna kadar hastanın yürütmesi istenilen aktiviteler belirlenir.

Hasta seçimi: Hastanın kognitif terapi yönünden uygun olup olmadığı ya da bir başka deyişle kognitif terapi için uygun hasta seçimi konusunda mutlak ölçütler bulunmamaktadır. Beck ve ark. intihar düşünceleri ile giden ağır depresif durumlarda ve iki uçlu depresif bozuklukta hospitalizasyon ve ilaç tedavisinin daha uygun bir başlangıç tedavisi olabileceğini belirtmişlerdir (2). Rush ve Shaw ise kognitif terapilerin endojen depresyonda yararlı olamayacağını ileri sürmüşlerdir (3). Ancak kognitif-davranışçı tedavilerin, gerektiğinde ilaç tedavileri ile birlikte kullanılmaları için herhangi bir neden yoktur. Ayrıca etyolojiye yönelik tedavi yapma saplantısından kaynaklanan “endojen depresyonda kognitif terapilerin yeri yoktur” biçimindeki görüş giderek inandırıcılığını kaybetmektedir. Etiyoloji ve tedavi her zaman elele gitmediği gibi (her zaman etyolojiye yönelik tedavi yapmıyoruz), etiyojisi ne olursa olsun bir kez depresyon tablosu ortaya çıktığında hastaların düşünce biçimleri bazı ortak özellikler taşır ve depresyonun sürmesine neden olan ve tedavide ele alınan işte bu ortak olumsuz düşünce biçimleridir (1). İlaç tedavileri (belirli bir dozun üzerindeki minör trankilizanlar dışında) ile kognitif-davranışçı yaklaşımların birlikte kullanılmasındaki en önemli sakınca hastaların iyileşme nedenini ilaçlara atfetmeleri dolayısıyla olabilir. Böyle bir durumda hasta ilacı kesmekte zorlanacak ve bireysel yetkinlik (self-efficacy) olarak bilinen, bireyin çeşitli sorun alanlarında ilaç kullanmadan da olumlu sonuç alabileceğine olan inancı ve beklentileri olumsuz yönde etkilenecektir (1). İlaç tedavilerinin gerekli olup olmadığını belirlemede depresyonun türünden ve etiyojisinden çok şiddeti daha önemli bir ölçüt olabilir. Oldukça ağır seyreden ve intihar düşüncelerinin yoğun olduğu bir depresyonda biyolojik tedaviler başlangıç için daha uygun bir seçim olabilir. Depresyonun şiddetini

belirlemede BDI (Beck Depresyon Envanteri) gibi ölçekler kullanılabileceği gibi, günlük yaşam içinde çeşitli aktivitelerin hangi düzeyde etkilendiği, psikomotor aktivitelerin düzeyi ve intihar düşüncelerinin varlığı gibi çeşitli klinik bilgilerden de yararlanılabilir. Ancak ölçek kullanılması, tedavi süreci içinde oluşan olumlu değişikliklerin hem hasta, hem de terapist tarafından nesnel olarak değerlendirilebilmesi yönünde kolaylıklar sağladığından her zaman tercih edilmelidir.

Terapistin ilk görüşmede değerlendirmesi gereken önemli konulardan biri de hastanın depresif düşünce biçimi özelliklerini ne oranda gösterdiğini araştırmaktır. Bu amaçla terapist önce hastada kognitif üçlü olarak bilinen, kişinin kendisine, dış dünyaya ve geleceğe olumsuz bakma özelliklerinin olup olmadığını araştırır. Belki de depresyon tanısı koymanın en kolay yolu bu üçlünün varlığını göstermektir. Çünkü kognitif üçlü, depresyonda aktive olan bir program özelliğini taşır. Bu üçlünün etkisinde kişi kendisini değersiz ve başarısız, dış dünyayı engellerle dolu ve geleceği de umutsuz ve karanlık olarak değerlendirir. Hasta da bu umutsuzluk düşüncelerini yanında tedavinin anlamsız ve yararsız olacağına ilişkin düşüncelerin olup olmadığı da mutlaka araştırılmalıdır. Çünkü tedavide öncelikle ele alınması gerekli önemli konular bunlardır. Tedaviye başlayabilmek için öncelikle hastanın, terapinin yararlı olamayacağı biçimindeki düşüncelerini kısmen de olsa giderebilmek ve ona umut aşılayabilmek gerekir. Kognitif-davranışçı tedaviler hastanın işbirliğinin çok önemli olduğu yaklaşımlar olduğundan işbirliği için gerekli motivasyonun öncelikle oluşturulması tedavinin gidişinde son derece önemli olmaktadır. Bu motivasyonun oluşturulması ise tedavi rasyonelinin hastanın anlayacağı biçimde anlatılması ile sağlanır. Yani motivasyonun oluşturulması da terapinin bir parçasıdır. Motivasyonu yok diye hastayı terapiye uygun bulmamak 21'inci yüzyılın yaklaşımı olmaktan uzaktır. Her şeyden önce, motivasyon eksikliği depresyonun en temel belirtilerinden biridir. Direktif olmayan bir terapistin empatik özelliklerinin yanı sıra gerektiğinde aktif ve direktif bir terapistin yön verici özelliklerini taşıyan varoluşçu bir anlayış içinde hastasını tüm özellikleriyle olduğu gibi kabul edebilen, ilgili, samimi, dürüst, esnek ve söyledikleri kolay anlaşılabilir bir terapistin bu işbirliğini ve motivasyonu sağlamada daha başarılı olacağı açıktır. Gerek depresyonun oluşumu, gerekse tedavisinin nasıl yapılacağı, uygun ve anlaşılır bir rasyonel içinde örneklerle hastaya aktarıldığında bu rasyoneli kendine yakın bulan ve "sanki beni tanımlıyorsunuz" ya da "bu anlatılanlar benim durumuma oldukça uyuyor" diye belirten hastalar bu yaklaşımdan daha kısa sürede ve daha çok yarar sağlamaktadırlar. Kognitif-davranışçı tedavileri uygun biçimde yürüten terapistler hastalarının bu cümleleri sıklıkla kullandığını bilirler. İşbirliğinin temel amacı hastayı terapistinin yanında bir koterapist gibi çalışmaya hazırlamaktır. Kognitif terapiler

gibi kısa süreli, sorun yönelimli ve sorun çözüme ilkelerine dayalı bir terapide hastanın mümkün olabildiğince aktif ve işbirliği içinde olması gerekir. Düşünce ve duygularını kendine saklayan, tedaviye motivasyonu olsa da işbirliğine yönelmeyen ve tüm terapötik işlemin terapist tarafından yürütülmesini bekleyen bir hastada kognitif terapiler kontrendike olmamakla birlikte sonuca ulaşmak doğal olarak son derece güç olacaktır. Böyle bir durumda terapist en azından bir veya birkaç oturumu terapötik ilişki ve işbirliğinin artırılması üzerine odaklamalıdır. Tedavi ve işbirliğine yönelik bir motivasyon oluşturulmadan teknik kaygılara kapılmaması gerekir. Bazen hastada işbirliğine yönelmeyi önleyen varsayımlar olabilir. Örneğin hasta "şimdi terapistime ne hissettiğimi ya da ne düşündüğümü söylersem artık beni görmek istemeyecek" ya da "ben hiçbir çaba göstermesem de, hekim olarak beni iyileştirmek onun görevi" gibi düşünceler içinde olabilir. Bu tür düşünceler işbirliğine yönelmeyi engellediğinden varlığı araştırılmalı ve eğer varsa mutlaka ele alınıp çözümlenmelidir. Yani tedavi için motivasyonun oluşturulması gibi, işbirliğinin sağlanması da terapinin bir parçası olmaktadır.

Sorun analizi: Mevcut sorunun iyi anlaşılması amacıyla analizi yapılırken geleneksel olarak ilk görüşmede rutin olarak alınan bazı bilgiler (aile öyküsünün ayrıntıları okul öyküsü vb.) daha sonraya bırakılabilir. Daha önemli olan, hastanın bugünkü durumunu kendisinin nasıl gördüğünü ve değerlendirdiğini anlamaktır. Ana sorunların neler olduğu, başlangıç biçimleri, ne şekilde geliştikleri ve çevresel faktörlerin sorunların gelişimindeki rolünün hasta tarafından aktarılması, terapistin ilk formülasyonu yapmasında gerekli olan önemli bilgilerdir. Hasta ile işbirliği içinde yapılan ve yapılırken doğruluğu konusunda hastanın onayının alındığı bu ilk formülasyon doğruluğu kanıtlanması veya çürütülmesi gereken bir hipotez niteliği taşır. Çoğu olguda ilk formülasyonu aşan daha kapsamlı ve daha ileri (bireyin temel varsayımlarını ve bu varsayımların oluşumunda etken olan yaşam deneyimlerini içeren) bir formülasyon yapabilmek ancak tedavinin ilerleyen aşamalarında olanaklı olabilir.

Mevcut sorunların bir sorunlar listesi içinde özetlenmesi çeşitli yararlar sağlar. Depresif hastaların sorunlarını somutlaştıran böylesine bir liste herşeyden önce sorunların sınırlandırılması yönünden önem taşır. Yaşamın değişik alanlarında ortaya çıkan bir dizi rahatsız edici yakınmanın birkaç ana başlık altında toparlanabilmesi hastada umut oluşturur. Çünkü birbirinden oldukça farklı ve içinden çıkılmaz sayı ve sıklıkta görünen sorunların temelde aynı sorunun farklı yaşam alanlarındaki görünüşleri olduğunun anlaşılması sorunun çözümü ile ilgili umudu artırır. Sorun listesinin yapılmasının bir yararı da hastanın terapist tarafından yeterince anlaşılmış olduğunu farketmesini sağlamasıdır. Terapistinin yanından ayrılırken "Acaba sorunlarımın tamamını aktarabildim mi?" "Acaba

unuttuğum önemli bir şey kaldı mı?" ya da "Acaba beni yeterince anladı mı?" diye düşünen hastaların sayısı az değildir. Hastanın sorunlarıyla ilgili düşüncelerinin terapist tarafından anlaşılması hastanın işbirliğini artıran en önemli etkenlerden biridir. Bu amaçla terapist hastanın anlattıklarını dinlerken o ana kadar anlatılanlardan ne anladığını özetleyerek, kendi anladığının doğruluğu konusunda hastadan geribildirim almalıdır. Örneğin terapist hastasına "Şimdi buraya kadar anlattığınızı doğru anlayıp anlamadığımı kontrol etmek istiyorum. Yanlış anladığımı düşündüğünüz yerde lütfen beni düzeltin." diyerek sorunu özetler. Sorun listesini de bu özetlediği sorunların içinden seçer. Böyle bir listenin oluşturulmasının bir başka yararı ise tedavideki hedeflerin belirlenmesinde listenin anahtar rol oynamasıdır.

Depresif hastada ilk görüşme sırasında olası umutsuzluk ve intihar düşüncelerinin varlığını araştırmak çok önemlidir. İntihar düşünceleri umutsuzluk kadar açık bir biçimde dile getirilmese bile umutsuzluk düşüncelerinin olduğu her olguda intihar düşüncelerinin varlığı araştırılmalıdır. Ciddi bir umutsuzluk veya intihar düşüncesi olduğunda tedaviye yönelik ilk girişim bu düşünceler üzerine odaklanmalıdır. Bazı terapistler intihar konusunu hastanın aklına getirmemek amacıyla bu konuda konuşmamayı tercih ederler. İntihar genellikle tolere edilemeyeceği düşünülen durumlar ve bireyin bu tür durumları değiştirebilmek konusunda kendisini çaresiz hissettiğinde ortaya koyduğu bir tür sorun çözme girişimini sembolize eder. Konunun tartışılması ise sorunun çözümünde farklı seçeneklerin varlığını ortaya koyabilir ve hastanın en azından terapiye bir şans vermesini sağlayabilir. Konunun açıkça konuşulabilmesi bir yandan da konuyu çok özel ve gizli olmaktan çıkarıp, herhangi bir düşünce gibi incelenebileceğini göstermek yönünden önem taşır.

Hedef belirleme: Kognitif-davranışçı tedavilerde hedefler, terapist yardımıyla hasta tarafından belirlenir. Terapistin görevi hedeflerin belirlenip somut biçim almasında hastaya yardımcı olmaktır. Bu amaçla hastaya sorulan "Bugünkü sorunların nedeniyle iş, toplumsal ve özel yaşamın nasıl etkileniyor? Yaşamının bu alanlarında yapmak isteyip de mevcut sorunun nedeniyle yapamadıkların nelerdir?" ya da "Eğer yaşamında böyle bir sorun olmasaydı bugün neleri yapıyor olacaktın? Tedavinin sonunda başarılı olduğun takdirde neler yapmayı planlıyorsun?" gibi sorular, sorunların somutlaştırılması ve tedavideki hedeflerin saptanmasında büyük önem taşır (4). Çünkü bireyi yardım almak amacıyla terapistte getiren temel neden depresyon değil, depresyonun bireyin yaşamında oluşturduğu kısıtlamalar, olumsuzluklar ve engellenmelerdir. Hedef belirleme, terapide gerçekçi olmayan beklentilerin ortadan kalkmasını sağlar, belirsizlikleri ortadan kaldırır ve geçmişteki olumsuzluklar yerine geleceğe odaklanmayı sağlar. Hedefler doğrultusunda

alınan yol ise tedavideki başarıyı belirler.

Tedavi rasyonelinin anlatılması: Her tedavinin hedefleri olduğu gibi bu hedeflere ulaşmayı sağlayacak bir aklı, yani rasyoneli de vardır/olmalıdır. Bu rasyonelin hastaya en kolay, kısa ve anlaşılır biçimde aktarılması hastanın işbirliğini ve motivasyonunu sağladığı gibi terapistiyle birlikte yürüttüğü tedaviye yönelik işlevlere anlam vermesini de sağlar.

Öncelikle olumsuz düşünce biçimiyle depresif duygudurum arasındaki bağ ve kısır döngünün hasta tarafından anlaşılması sağlanır. Daha sonra hastanın depresif düşünce biçimi ve bilişsel hatalarını yakalaması ve bunların yerine daha uygun düşünceleri koyarak, kısır döngüyü kırabilmesinin olanaklı olabileceği aktarılmalıdır. Bu noktada hasta, kognitif modelin tüm ayrıntılarını anlamak durumunda değildir. Esas olan hastanın bilgi işleme biçimindeki hatalarını görmesi ve bu hataları bilgi işleme biçimine dayalı inanç ve varsayımlarını gözden geçirme konusunda bir işbirliğine yönelmesidir. Hastanın tedavide aktif bir rol üstlenebilmesi ancak tedavi rasyonelini anlaması ve bu rasyoneli benimsemesi ile mümkün olabilir. Tedaviyle kazandığı becerileri, yaşamının daha sonraki dönemlerinde karşılaştacağı sorun alanlarında kullanacak kişi, hastanın kendisidir. Bu yüzden tedavi rasyonelinin anlaşılması bireyin yaşamının daha sonraki dönemlerinde terapistine duyacağı gereksinmeyi en aza indirmekte büyük önem taşır.

Tedaviye yönelik ilk somut adım: Tedaviye başlamak, müdahale edilebilecek en kolay hedefe yönelmek ve bu hedef doğrultusunda, hastanın bir sonraki tedavi oturumuna kadar yürüteceği ev ödevlerini saptamaktır. Kognitif-davranışçı tedaviler hastaya uygulanan bir işlem değil, hasta ile birlikte yürütülen bir işlemdir (1). Çoğu olguda terapistin rolü bir denetçi ve düzenleyici olmakla sınırlı kalabilir. Oturumlar içinde hastanın terapist yardımıyla kazandığı becerilerin pekiştirilmesi amacıyla hastanın oturumlar arasında yürüttüğü etkinliklere ev ödevleri adı verilir (4). Verilen ilk ödev tedaviye yönelik ilk somut adımdır ve hastanın mevcut durumu ile yürütebileceği sınırları aşmamalıdır.

Tedavinin ilerleyen aşamaları: Olguların özelliklerine ve gereksinimlerine bağlı olarak değişiklikler göstermekle birlikte genel bir çerçeve içinde tüm oturumların içeriğinde benzer özellikler vardır.

Her oturuma bir önceki oturumdan bu yana oluşan gelişmelerin gözden geçirilmesiyle başlanır. Oturumlar arasında ev ödevleri verildiğinden bu ödevlerin yürütülmesi sırasında karşılaşılan güçlüklerin ele alınması ve aşılması konusu da terapinin bir parçası durumuna getirilir. "Ödevlerinizi yapabildiniz mi? Ne şekilde yaptınız? Bu ödevleri yaparken ne tür güçlüklerle karşılaştınız?" gibi sorular ev ödevlerinin yeterince anlaşılıp anlaşılmadığı konusunda bilgi sağladığı gibi, ödevlerin yürütülmesi sırasında

karşılaşılan güçlüklerle ilişkin bir geribildirim de sağlar. Hedefe yönelik olarak hastanın yaptığı her türlü girişim desteklenmeli, ödevler istendik düzeyde yapılamamış bile olsa, yapılanlar konusunda terapist olumlu ve destekleyici bir tutum içinde olmalıdır. Hastayı cesaretlendirici ve teşvik edici böylesi bir yaklaşım, bir sonraki girişim yönünde motivasyon sağlar. Güçlüklerin aşılması konusunda verilen bilginin beceriye dönüşmesi seans içi rol provaları ve oturumlar arasındaki ev ödevleri aracılığıyla sağlanır. Dış dünyada karşılaşılabilecek durumların benzerlerinin oturum içinde yapay olarak oluşturulması ve bu ortamda kazanılan beceri ve güven, gerçek yaşam koşullarındaki performansı arttıracaktır.

Yine her oturumda, bir önceki oturum sırasında ele alınan konular gözden geçirilir. "Daha önceki oturumda konuştuğumuz konuya ilişkin düşünecek zamanınız oldu mu? Eğer düşündüyseniz, söylemeyi unuttuğunuzu farkettiğiniz bir şey var mı? Son oturumla ilgili duygu ve düşünceleriniz nelerdir?" gibi sorular hastaya, her terapi oturumunda ele alınanların oturumla sınırlı kalmaması ve oturumlar arasında değerlendirilmesi ve uygulamaya geçirilmesi konusunda bir anımsatma niteliği taşır.

Daha sonra o günkü oturumda gündemi oluşturacak konunun seçimine gelinir. Hasta ve terapist ele alınacak konuyu hedeflere yönelik olarak birlikte seçerler. Bu konular özgül kognitif-davranışçı yöntem ve teknikler (örneğin olumsuz otomatik düşünceleri saptama ve sorgulamaya yönelik öğretiler), iki oturum arasında ortaya çıkan sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözümler ya da kronikleşmiş bir sorun (evlilik içi uyumsuzluk gibi) üzerinde odaklanmak olabilir. Üzerinde durulabilecek birden fazla konu varsa hasta ve terapist bunların "önemlilik ve aciliyet hiyerarşisi"ndeki yerine birlikte karar verirler. Terapinin başında belirlenmemiş ya da gözden kaçmış, ancak terapinin ilerleyen aşamalarında ortaya çıkmış bir sorun da gerekli görüldüğünde terapi oturumlarının gündemine girebilir. Ancak, genelde bireyin yerleşik kognitif şemalarına inmeyi kolaylaştıran temel sorunlardan bir veya ikisinin üzerinde ayrıntılarıyla çalışmak, birbirleriyle bağlantılı bir dizi sorun üzerinde yüzeysel olarak durmaktan çok daha yararlı olur. Herşeyden önce, sorun alanlarından birindeki güçlüklerle başa çıkmayı öğrenen birey, bu beceriyi diğer alanlarda da kullanabilecektir.

Oturumların sonunda bir sonraki oturuma kadar yürütülecek ev ödevleri yine hastayla birlikte saptanır. Tedavi sürecinin ilerleyen aşamalarında ev ödevlerinin saptanmasında hasta daha belirleyici olmalıdır. Ev ödevleri hastanın depresif durumu göz önünde bulundurularak, mevcut durumuyla yürütebilecekleri ile sınırlı tutulmalıdır. Verilen ödevler, oturum içinde kazanılan bilgiyi beceriye dönüştürebilecek ve öğrenilenleri pekiştirecek nitelikte ise, açık ve somut olarak belirlenmişse (örneğin şu



kadar süre ile şu işi yürütmek gibi), rasyoneli hasta tarafından anlaşılmış ve kabul edilmişse iyi düzenlenmiş demektir. Hasta, ne yaparsa yapsın önemli bir kayba uğramayacağını, ancak amaca tam ulaşmasa bile yarar sağlayacağına inandığı bir işlemi yürüttüğü sürece ev ödevlerinin başarıyla yapılma şansı artar. Ev ödevlerinin kayıt formlarına işlenmesi çok önemlidir. Hasta yaptığı her ödevi ve bu ödevleri yürütürken kullandığı yöntemi bu formlara işleyerek terapistte getirir. Ev ödevlerinin yazılması ve ödevleri yürütmeye ilgili güçlüklerin hastanın kolay anlayacağı bir değerlendirme ölçeği içinde belirlenmesi terapi aracılığıyla hastada oluşan değişikliklerin gerek hasta, gerekse terapist tarafından somut olarak görülmesini sağlar. Ev ödevlerini yürütmeye ilgili motivasyon azlığı genellikle terapinin başarısız olacağına yönelik umutsuzluk düşünceleriyle ilgilidir. Terapist ödevleri verdikten sonra hastanın bunları yürütmekle ilgili olarak ne tür güçlüklerle karşılaşabileceğini düşündüğünü sormalı ve bu güçlükleri nasıl aşacağı konusunda ona bilgi ve beceri kazandırmalıdır. Ev ödevlerini yürütmeyi engelleyen en önemli etken "Bu terapi bana yararlı olamayacak" ya da "Yetersizlik ve beceriksizliğim ödevleri yürütürken de ortaya çıkacak. Beceremeyeceğim. Ödev yapmayı denemenin bir anlamı yok" biçimindeki olumsuz otomatik düşüncelerdir. Tedaviye uyum her türlü terapide sonucu yordayan önemli etkenlerden biridir (1). Mevcut depresyon hastanın işbirliğini ve tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkilediğinden, uyum ve işbirliğinin sağlanmasına yönelik girişimler tedavinin başından itibaren yapılmalıdır.

Terapi oturumunun sonunda hastanın oturumun tümüne ya da herhangi bir parçasına yönelik duygu ve düşünceleri hakkında geribildirim alınmalıdır. Terapi oturumları sırasında hastaya temel sorununun hiçbir şey yapamamak değil, hiçbir şey yapamayacağına ilişkin düşünce ve inançlarının olduğu gösterilebilmeli, sorunlarla başa çıkma konusunda atılan küçük adımların hastanın kendisine olan güvenini artırarak daha büyük adımlara yol açacağı aktarılabilir.

### **Tedavide Kullanılabilecek Yöntemler**

Davranışçı yaklaşımlar kognitif yaklaşımlarla her geçen gün daha çok yakınlaşmakta ve günümüzde çoğu kez bu iki yaklaşım birleştirilerek kognitif-davranış tedavileri olarak anılmaktadır (4). Bu yüzden tedavide hastanın bireysel özelliklerine ve gereksinimlerine uygun olarak zaman zaman kognitif, zaman zaman da kognitif-davranışçı yöntemler kullanılır. Depresif epizodlar arasında ise aynı yöntemler nüksleri önlemeye yönelik olarak kullanılır. Ancak uygulamada en sık olarak hastadaki olumsuz otomatik düşüncelerin belirlenmesi, sorgulanması ve geçerliliğinin sınanmasına yönelik kognitif-davranışçı yaklaşımlar kullanılır. Hangi tür yaklaşımın kullanılacağını

belirlemede hastanın tedavi için başvurduğu noktada hangi defisitlerin müdahale yönünden en uygun hedefler olduğunun değerlendirilmesi önem taşır. Bu değerlendirme sırasında yanıtlanması gereken bazı sorular şunlardır(5):

1. Depresyonun şiddeti nedir? Depresyonun şiddeti arttıkça hastanın günlük etkinliklerini yürütmesi güçleşir. Bu noktada en önemli defisit hastanın yaşamındaki etkinlik eksikliğidir ve bu yüzden etkinliğin artırılmasına yönelik davranışçı teknikler ön plana çıkar. Çünkü etkinlik eksikliğinde depresif ruminasyonların süre ve sıklığı artacaktır.

2. Hasta terapinin hangi aşamasındadır? Tedavinin başlangıcında hastanın sorun çözmeye yönelik bilgi ve becerilerinin artırılması gerekir. Örneğin tedavide olumsuz otomatik düşünceleri sorgulamak ve bu düşüncelerin geçerliliğini sınamak, gerektiğinde hastaya öncelikle bu tür düşünceleri yakalama yönünde beceri kazandırılmalıdır. Bu noktada kognitif yaklaşımlar ön plana çıkar.

3. Hangi sorun daha çok rahatsız edici özellik taşıyor ve terapiye hangi sorunun çözümünden başlamak daha uygun olur? Burada öncelikle hastanın görüşünün alınması gerekir. Ancak sorunun seçimi konusunda hasta ile terapist arasında bir görüş birliği yoksa, her bir seçeneğin avantaj ve dezavantajları tartışılmalı ve ortak bir karar verilmelidir. Örneğin depresif bir hasta terapiye başlar başlamaz kendisine sıkıntı veren aile içi ilişkilerinin ele alınmasını istemiş, terapisti ise öncelikle depresif belirtiler üzerinde kontrol kurmaya yönelik teknikleri öğrenmesinin daha yararlı olabileceğini düşünmüştü. Her iki seçeneğin avantaj ve dezavantajları tartışıldığında mevcut depresif duygudurumu ile hastanın, ilişkilerinde aksayan yanları nesnel olarak değerlendirebilmesinin olanaksızlığı ortaya konmuş ancak buna karşın her iki seçeneği birleştiren bir yaklaşım seçilmiştir. Buna göre oturumlar sırasında daha çok hastanın olumsuz aile içi ilişkileri ve buna neden olan otomatik düşünceler ve bilişsel hataları üzerinde durulmuş, oturumlar arasında ise hasta tüm ilgi ve enerjisini depresyonla başa çıkmaya yönelik kognitif-davranışçı yöntemleri yaşantısına geçirmeye yönlendirilmiştir. Böylesine bir ortak yaklaşım hem işbirliğini sağlamış, hem de terapi sürecini hızlandırmıştır.

Depresyonun tedavisindeki amaçlardan biri hedefe ve sorun çözmeye yönelik davranışları artırmaktır (2, 6). Bu nedenle tedavide bilişsel değişiklik oluşturabilecek çeşitli davranışçı teknikler kullanılır. Depresif hastanın günlük etkinliklerini artırmak herşeyden önce onun kendisiyle ilgili durağanlık ve yetersizlik biçimindeki düşünce ve inançlarını sarsar. Bandura'ya göre (7) bilişi değiştirmekte en etkin yol performansı değiştirmekten geçer. Bir davranışsal değişikliğin kalıcı duruma getirilmesi, yani benzeri

ortamlarda tekrar edilmesi veya yeni ortaya çıkan durumlarda kullanılabilmesi bireysel yetkinlik (self-efficacy) düşüncesi ile orantılıdır. Kognitif terapilerde terapist hastanın davranışsal deneyimlerinden ne öğrendiğini her zaman kontrol etmelidir. Çoğu kez değişen yalnızca davranış değil, o davranışla ilgili düşüncelerdir. Bireysel yetkinliğin düzeyi ise hastanın bir ortamda öğrendiklerini benzeri ortamlarda da kullanabileceğine ilişkin düşünce ve inançlarıyla orantılı olarak artar. Değişen düşünce ve inançların terapi oturumlarıyla sınırlı kalmayıp gerçek yaşam koşulları içine yayılıp yayılmadığının görülmesi ancak davranışçı yöntemlere dayalı uygulamalar aracılığıyla sağlanır. Bu yüzden değişim amaçlandığında, kognitif yaklaşımlar temel terapötik araç, davranışçı yaklaşımlar ise bu değişimi sağlamaya yönelik temel mekanizma olarak düşünülebilir. Böyle bir çerçevede içinde kognitif ve davranışçı yaklaşımlar bilişsel değişiklik oluşturmada bir bütünün ayrılmaz iki parçası olmaktadır.

Bilişsel süreçlerin ortaya çıkarılması: Clark ve Beck (8), kognitif terapiler sırasında hastada bilişsel süreçlerin terapist tarafından daha kolaylıkla ortaya çıkarılmasında bazı yöntemler önermişlerdir. Örneğin, hastadan, yakınlarında yaşadığı bir emosyonel deneyimi anımsaması istenir. Ardından o anda oluşmuş duygusal tepkilerle bilişsel süreçler arasındaki bağlantılar araştırılır. Hastaya, "Duygusal tepki vermeden önce aklından neler geçiyordu? Bu olayın senin için taşıdığı anlam nedir? Aklından geçen ve en çok korktuğun sonucun oluştuğunu düşünelim. Bu sana nasıl bir zarar verebilir ve yaşantını nasıl etkiler? gibi sorular sorarak, onun anlam çıkarma, anlam yükleme ve kendilik değerlendirmesiyle ilgili bilgiler alınır. Bu tür sorular otomatik düşüncelerin beklenmesinde yararlı olduğu gibi hastanın duygularına eşlik eden ya da duygularından önce var olan düşüncelerini anlamasına yardımcı olur. Çünkü emosyonel tepki, o anda hastanın aklından geçenleri farketmesi ve bu düşünceleri yakalaması için çok önemli bir belirti ve ipucu olmaktadır. İnsanların en az yaptıkları "ne düşündüklerini düşünmek olduğundan, böylesine bir saptama hastanın düşünceleriyle duygu ve davranışları arasındaki bağlantıları kurmasını da sağlar. Duygulara eşlik eden düşüncelerin sorulması ile ortaya çıkarılan olumsuz otomatik düşüncelerin saptanmasından sonra altta yatan temel düşünce, varsayım ve inançlara (şemalara) inebilmek gerekir.

Bireyin uyumunu bozan şemaların aktive olmasında rol oynayan çocukluk çağı deneyimlerinin imgeleme yoluyla ortaya çıkarılması sırasında yine soru sorma biçimi en etkili araçtır. Özgeçmişe yönelik bu sorgulama sırasında şemaların oluşumunda rol oynayan erken yaşam deneyimlerinin neler olduğu araştırılır. Bu, erken yaşam deneyimlerine atfedilen anlam şemalarının oluşumunda en çok etkili olan etkidir. Örneğin kendisini "farklı, yetersiz ve yaşadığı ortama yabancılaşmış" hisseden bir erişkin

çocukluğunda utangaç bir görünüm sergilemiş olabilir. Kendisine oyunlarda veya grup etkinliklerinde yer verilmemiş olması ise bu özelliğinden kaynaklanmış olabilir. Ancak birey bu tür deneyimlerini "kimse benden hoşlanmıyor, çünkü ben yetersiz ve beceriksizim" biçiminde algılamıştır. Bu düşünce ve inanç ise onu, sosyal becerilerinin gelişmesinde rol oynayan yaşlılarıyla biraraya gelme ve grup içinde öğrenme deneyimlerinden uzak tutmuştur. Bu tür kaçınma davranışları bireyin benzeri ortamlarda kaygı duymasına ve performansının düşmesine yol açmış olabilir. Performans düşüklüğü ise aşırı bir genelleme (bilişsel hata) aracılığıyla beceriksizlik, yetersizlik ve farklılık gibi algılanmış olabilir. Kaçınma davranışları erişkin yaşamda da sürdüğünden çocukluk çağına ilişkin olumsuz düşünce ve varsayımların pekişmesine ve oluşmuş şemaların yaşam deneyimleri ile desteklenmiş gibi görünmesine neden olabilir.

Özetle, şemalara inerken hastaya öncelikle bugünkü inanç ve düşüncelerinin oluşumunda rol oynayan veri ve kanıtların neler olduğu sorulur. Daha sonra aynı ortamda, aynı verilerle başka ne tür açıklama ve anlam yüklemelerinin yapılabilmesinin olası olabileceği tartışılır. Nihayet hastanın bu yaşam deneyiminden çıkardığı anlamın doğruluğu varsayılsa bile bunun kendi düşündüğü kadar olumsuz sonuçlara neden olup olmayacağı incelenir (6). Düşünme ve inanç sisteminin nasıl oluştuğunun anlaşılmasından sonra böylesi bir inancın hastanın yaşamını nasıl etkilediği incelenir. İnancın oluşturduğu davranışsal ve emosyonel sekeller ve uyuma yönelik olmayan bu tür şemaların hastaların yaşamında oluşturduğu kısıtlama ve olumsuzluklar ele alınır. Daha sonra ise mevcut şemaları değiştirmeye yönelik somut adımların neler olabileceği hasta ile işbirliği içinde saptanır.

İnançların ortaya konması, bunları destekleyen veri ve kanıtların incelenmesi ve çözüme yönelik somut adımların atılması gibi aşamaların herbirinde hastanın bilişsel hatalarını görmesi ve bunlara karşı koyabilecek yöntemleri öğrenmesi gerekir. Yeni öğrenilen bilgilerin yansız bir biçimde işleme alınması ancak bilişsel hataların düzeltilmesi ile mümkün olabilir (9).

Kognitif terapi uygulaması yapan terapist hiçbir şeyi çok kolay anlamamalı ve anladıklarını da yeterince doğru anlayıp anlamadığını her seferinde kontrol etmelidir (10). Hastanın düşünce ve inanç sistemini (şemalarını) zamanından önce sorgulayan veya yorumlayan bir yaklaşım hasta tarafından bir saldırı, tehdit veya empati eksikliği gibi algılanabilir. Beck, terapisini hastayı tehdit etmeyen bir yönlendirme içinde götürürken, soru sorma biçimini temel terapötik araç, oturum içinde veya oturumlar arasında yürütülen aktiviteleri ise değişimin temel mekanizması olarak görmüştür. Hasta ile terapist arasındaki ilişkinin boyutunu hasta-hekim ilişkisinden ileriye götürerek, insan-insana bir

ilişki içine sokan yaklaşımıyla Beck, terapötik ilişkinin doğasını ve yürütülüş biçimini değiştirebilecek ve çeşitli yaklaşımların özellikleri içeren entegratif bir tedavinin temellerini atmıştır. Beck, yaklaşımının en temel ilkesi olan işbirliğini hastanın kendi düşünce ve inançlarını incelemesi konusuna yönlendirmiş ve her bir inancı doğruluğu kanıtlanması ya da çürütülmesi gereken hipotezler gibi ele almıştır. Beck, bu tutumuyla hastasını, gerçekleri araştırma yoluyla inceleyen bir meslekdaş biçimine de sokabilmiştir (1).

### **Kaynaklar**

1. Sungur MZ: Depresyonun kognitif teorisi. Depresyon Monografı Serisi 3: 123-134, 1993.
2. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al: Cognitive therapy of depression. Guilford, New York, 1979.
3. Rush AJ, Shaw BF: Failures İn treating depression by cognitive-behaviour theapy in: Foa EB, Emmelkamp PMG (ed.), Failures in Behaviour Therapy.

Wiley, NewYork, 1983.

4. Sungur MZ: Davranış tedavileri. Psikiyatri Bülteni 2(3): 109-115, 1994.
5. Fennel MJV: Depression. in: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark OM (eds.), Cognitive Behaviour Therapy For Psychiatric Problems. Oxford, 1989.
6. Hollon S,D, Garber J: Cognitive therapy for depression: a social cognitive perspective. Personality and Social Psychology Bulletin 16 (1): 58-73, 1990.
7. Bandura A: Self efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. Psychological Review 84: 191-215, 1977.
8. Clark DM, Beck AT: Cognitive approaches. Last CG, Hersen M (eds), Handbook of Anxiety Disorders'da. Pergamon, New York, 1988.
9. Beck AT: Cognitive therapy and the emotional disorders. New American Library, New York, 1976.
10. Weishaar ME: Key figures in counselling and psychotherapy: Aaron T Beck. Sage, London, 1993.

# *DEPRESYON*

## *MONOGRAFLARI*

### *SERİSİ*

---

Yayın Hakları © 1993, Hekimler Yayın Birliği Her türlü yayın hakkı saklıdır.  
Bilimsel amaçlarla kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

---

Yayımlayan  
*Hekimler Yayın Birliği*

Yönetim Yeri ve İletişim Adresi  
Hekimler Yayın Birliği  
Ataç-1 Sokak 13/8-9 Yenışehir, 06410 Ankara

Tel: (312) 435 00 43 - 435 29 90 - 435 69 02  
Faks: (312)435 DO 34

MEDİKOMAT Basım Yayın San. ve Tic. Ltd. Şti.  
Ofset baskı tesislerinde basılmıştır.  
Meşrutiyet Caddesi, Bayındır-2 Sokak 62  
Kocatepe, 06640 Ankara  
Tel: (312) 419 31 48-49

MEDİKOMAT, *Hekimler Yayın Birliği'nin bir yan kuruluşudur.*