

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİDE TEMEL KAVRAMLAR: BİR TEKNİSYEN OLARAK TERAPİSTİN MALZEME ÇANTASINA GENEL BAKIŞ

Vahdet GÖRMEZ*

Bir müzik enstrümanına her müzisyenin aynı estetiği vermesi beklenemez. Fakat bu estetik farkı sadece enstrümanın nitelikleri veya müzisyenin aldığı eğitimin kalitesi ile açıklamak mümkün değildir. Terapistin doğuştan gelen sanata yatkınlığını da eldeki malzemeyi kullanmadaki ustalığı açıklamak için hesaba katmak gerekir. Özellikle de bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi 'beceri kazandırma deneyimi' olarak tanımlanan bir yaklaşımda, terapist solo sunum yapan bir sanatçı olarak değil, daha çok bir orkestra şefi gibi düşünülebilir. Farklı seslerden (terapi teknikleri) bir harmoni oluşturmak terapistin sanatçı kimliği ile ilişkilidir.

Freeman ve Dattilio (1992) bir terapist için en önemli klinik becerinin vaka formülasyonu (treatment conceptualization) oluşturabilmek olduğunu söyler ve devamında beş farklı terapist tiplerinden bahseder. Bir teorisyen (theoretician) olarak terapist; temel terapi mantığı kavrandıktan sonra gerisinin sadece teknik manevralardan ibaret olduğunu düşünür ve dolayısıyla zamanını daha çok terapi eğitimleri vererek veya konu ile ilgili akademik çalışmalar yaparak geçirir, fakat kendisi terapi yapmaz. Bir teknisyen (*technician*) olarak terapist; terapiyi hastalığın bilişsel modelinden bağımsız olarak 'biraz ondan biraz bundan' şeklinde uygular. Bir dizi atölye çalışmalarına ve konferanslara katılır çünkü temel motivasyonu malzeme çantasına yeni 'pratik teknikler' eklemektir. Terapi uygulaması biraz Geştalt, biraz analitik, biraz davranışçı... kokar. BDT diye uyguladığı aslında kendince işe yaradığına inandığı bir teknikler dizisidir. Konu ile ilgili teorik ve felsefik tartışmaları sıkıcı ve dikkat dağıtıcı olarak bulunduğu için bunlardan uzak durur. Sihirbaz (*magician*) terapistin ise beceri veya tekniklere ihtiyacı yoktur. Karizmatiktir ve hasta ile haftada bir görüşmede oluşturu-

racığı aura'nın şifa vereceğine inanır. Teorisyen terapist gibi sihirbaz da sıradan bulduğu (avamın işi) teknikleri uygulamakla kendini meşgul etmez. Değerli vaktini uzun ve gereksiz terapi eğitimi almakla tüketmediği için kendisi ile gurur duyar ve entelektüel birikimini sıra dışı dergilerde ezoterik konular üzerine yazmakta değerlendirir. Terapideki başarının temelde hasta ile yapıcı bir terapötik ilişki kurmaktan geçtiğine inanır. Unutulmaması gereken ise bu yücelttiği alanlarda kişisel becerilerinin çok iyi olduğudur. Bir de politikacı (politician) olarak terapist vardır. Politikacı pragmatiktir, hâlihazırda popüler olan ne o ise onu uygular ve gözü ufukta bilecek yeniliklerdedir. Oysa Freeman' a (1990) göre, bir terapist yukarıda sayılan dört niteliği de barındıran bir klinisyen (clinician) olmalıdır. Yani; klinisyen gelişim ve davranış ile ilgili teorik çerçeveye hâkim, terapötik tekniklerden bu çerçeveye uygun olanlarını beceri ile kullanabilen ve hasta ile güçlü bir iletişim kurabilen terapisttir.

Bu yazı dizisinde her ne kadar temel olarak terapistin teknisyen kimliğine vurgu yaparak daha çok malzeme çantasına göz atmayı hedefliyorsak da bu malzemelerin nerede ve nasıl kullanılacağını açıklarken yukarıda terapistin saydığımız diğer niteliklerine de yeri geldikçe değinilecektir. Bu sayıda temel olarak vaka formülasyonu ele alınacak olup, gelecek sayılarda da diğer temel kavramlardan, davranış deneyleri, davranış aktivasyonu ve tipik bir terapi görüşmesinin bileşenleri gibi konuların işlenmesi hedeflenecektir.

Vaka Formülasyonu

Klinik tabloya göre değişkenlik gösterebilen malzemelerden üç tanesinin, terapinin başından

* Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., İstanbul.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi : 23 (2) 2016

sonuna kadar görüşmelerde hazır bulunması ve aktif olarak kullanılıyor olması beklenir. Bunlar; vaka formülasyonu, bu formülasyon ışığında işlevsellik kazanacak olan terapi hedefleri ve psiko-eğitimidir. Vaka formülasyonu malzeme çantasındaki en kullanışlı malzemedir ve Bieling ve Kuyken (2003)'a göre kanıta dayalı sağaltım çalışmalarının kalbidir. BDT bir dizi tekniklerle dolu bir malzeme çantasından daha fazlasıdır ve hastanın semptomlarına, o kişiye özgün bir gelişim ve kültürel perspektiften bakma çabası olarak görülmelidir. Kendall ve arkadaşları (1999) vaka formülasyonunu bu teknikler yığınına boğulmaktan kurtaracak olan oksijen olarak tanımlar. Bilişsel davranışçı kuram ve terapiyi jargondan uzak bir dil ile açıklayabilmek için metaforlardan faydalandığımız dikkatinizden kaçmamıştır. Kuyken ve arkadaşları (2008) da vaka formülasyonunun açıklamak için klinik pusula metaforunu kullanır. Formülasyonun size sağladığı bu pusula psikoterapötik vertigoyu engeller (Friedberg ve ark. 2012).

BDT'nin bu üç temel kavramını harita-pusula metaforu üzerinden biraz daha detaylandırmak faydalı olacaktır. Bilişsel davranışçı terapinin bir kılavuzlu keşif, dolayısıyla terapistin de bir kılavuz olduğu metaforu birçok kişi tarafından kabul görmüş bir yaklaşımdır. Burada terapi süreci bir yolculuğa benzetilmiştir. Yolu yürümesi gereken kişi hastanın kendisidir (çocuk ve ailesi). Terapist yürünecek yolu tarif eder, çocuk ve aileyi destekler ve bu yolculukta yanlarında olacağı mesajı verir; fakat onları sırtında taşıyamaz. Çoğu zaman zahmetli olan bu yolculuk bir yol haritası ile şüphesiz daha kolay olacaktır. Terapi hedefleri bu noktada bir yol haritası görevi görür. Fakat yol haritamızın olması yetmez ayrıca bir de yönümüz kaybetmemek, gereksiz yere kendi etrafımızda dönüp durmamak ve hatta başladığımız noktaya geri dönmek için bir de pusulaya ihtiyacımız olacaktır. Vaka formülasyonu ise bu noktada pusula görevi görecek. Hiyerarşik olarak belirlenmiş hedefler bu harita üzerindeki önemli kavşaklar veya yol işaretleridir. Bu yol işaretlerine varmamız bize doğru yol-

da olduğumuzu gösterecektir. Terapi hedeflerinin bu terapötik yolculukta ortaya çıkacak yeni bilgiler ışığında yeniden şekillenebileceği unutulmamalıdır. Sadece sınav dönemleri ile sınırlı kaygı tarif eden bir ergen kız ile yaptığımız bilişsel terapinin üçüncü seansına kadar daha çok davranışsal olarak kaygının bedensel tepkilerini yönetmeye dönük çalışmalarımız, sorunun altında sosyal anksiyete bozukluğu olduğunun ortaya çıkması ile daha farklı bir seyir alır. Bu durum hem yol haritanızın ve bu harita üzerindeki belirleyici yol işaretlerinin (terapi hedefleri) hem de pusulanızın (formülasyon) yeni bir ayardan geçmesini gerektirecektir. Bu yolculuk esnasında çocuk ve aile daha önce aşına olmadığı birçok kavram ve görev ile karşılaşacaktır. Bu durum kaygılarını arttıracak ve hatta dönemsel olarak motivasyonlarını olumsuz etkileyebilecektir. Bazen geçilmesi zor patikalar ile karşılaştığımızda da yeni yollar keşfetmek gerekebilir. Psiko-eğitim bu anlamda terapi rasyonelinin anlatılması, hastalığın idame döngüsünün bilişsel model üzerinden açıklanması, hasta için yeni olan kavram ve görevler ile aşinalık oluşturulması gibi terapötik sürecin en başında olduğu gibi, nüks önleme çalışmaları gibi en son aşamaya kadar aktif olarak kullanılır. Ayrıca iyi bir psiko-eğitim verebilme terapistin yeterli, yetkinlik ve klinik donanımının çok iyi bir yordayıcısı olarak ta değerlendirilebilir.

Formülasyon kişinin hastalığına değil kendisine odaklanır. Öyle olmasa idi her hastalık için hâlihazırda mevcut bulunan bir bilişsel şablondan faydalanmak yeterli olurdu. Klinik tanı kişinin öyküsünden bağımsız olarak sınırları belirlenmiş bir kriterler dizini iken, vaka formülasyonu bunu kişi özelinde anlamlandırma çabasını gösteren kuramsal bir zemin olarak görülebilir. Freeman ve Dattilio (1992)'nin yukarıda açıkladığımız terapist tiplerlerinden sadece klinisyen terapist bir vaka formülasyonuna ihtiyaç duyacaktır. İlginçtir ki BDT'nin klinik uygulamasında en fazla ihmal edilen de, üzerine incelikle çalışılmış, hasta ile işbirliği içinde geliştirilmiş ve en azından sorunun neden devam

ettiği konusunda hastayı (çocuk ve tabii ki sorunun bir parçası haline gelmiş ebeveynleri) ikna edebilecek donanımda olması beklenen bir vaka formülasyonu geliştirmektir. Vurgulanması gereken önemli bir nokta da hastanın geliş sorunlarının dünü ve bugünün iyi bir şekilde haritalandırabilen güçlü bir vaka formülasyonunun hasta ve ailesi kadar terapist içinde önemli ve gerekli olduğudur. Çünkü hastanızı ne kadar iyi tanıyorsanız, formülasyonunuz o kadar işlevsel ve kapsayıcı olacaktır. Çocuğun gelişimine ve günlük hayatına doğrudan etki eden aile, akran ilişkileri ve okul gibi üç temel sistem, formülasyon üzerinde kendine bir yer bulmuyorsa bir şeylerin eksik olduğunu söyleyebiliriz.

Formülasyonun temel prensipleri

Çocuğun değişim için motivasyonu var ise ve BDT için koşullar uygun ise yapılacak ilk iş bir problem formülasyonu geliştirmektir. Formülasyon; mümkün oldukça çözümün saç ayakları olarak görülen terapist, çocuk ve ebeveynler ile ortaklaşa geliştirilmelidir. Formülasyon da; çocuğun olaylara ilişkin duygu ve düşüncelerini tarif ederken kendi kullandığı ifadelerle yer verilmelidir. Yeterli bilgi edinildikten sonra klinisyen bilişsel taslağı kullanarak düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki ilişki ve etkileşimi vurgular. Klinisyen; çocuk ve ebeveyne ihtiyaç duydukları seviyede bilgi verdiğinden emin olmalıdır. İyi bir formülasyon için gerekli ve önemli bilginin dikkatlice ayıklanması gerekir. Formülasyon, kolayca anlaşılabilir şekilde basit olmalı ve çocuğun bilişsel kapasitesini aşmamalıdır. Problemi özetleyecek ve eylem planı için bir rasyonel sağlamaya yetecek minimum miktarda bilgi kullanılmalıdır.

Terapötik müdahalenin içeriği ve odağı vaka formülasyonu tarafından belirlenir. Her bilişsel terapi planlaması öncelikle semptomların BDT modeline göre açıklanmasını içeren ve terapi rasyonelini açıklayan psikoeğitim ile başlar. Psikoeğitimden sonra terapi duygu ve bedensel tepkilerin çalışıldığı alana yönelir. Anksiyete ve

ilişkili bedensel semptomların eğitiminden sonra bunları gözleme, şiddetini derecelendirme gibi çalışmalar yapılır. Son olarak çocuk, kaygılı duygu ve bedensel tepkilerini yönetebileceği rahatlama, gevşeme gibi becerileri öğrenir ve müdahale duygusal alandan sonra bilişsel alana yönelir. Kaygı üreten düşünce hataları (bilişsel çarpıtmalar) psikoeğitim, Sokratik sorgulama, davranış deneyleri, olumlu iç ses oluşturma gibi teknikler ile yeniden yapılandırılır. Bu bilişsel işlem ve yapıların doğruluk ve geçerliklerini aktif bir şekilde test etmeye yönelik davranış deneyleri tasarlanır. Hasta anksiyete artıran bilişleriyle mücadele etmeyi ve yerlerine alternatif, dengeli ve daha faydalı düşünme yolları geliştirmeyi öğrenir. Davranışsal alanda çocuk yeni öğrendiği duygusal ve bilişsel becerileri uygulama fırsatı bulur. Bu aşamada çocuğun korktuğu/kaçtığı durumlarla ilgili anksiyete hiyerarşisi oluşturur ve sırayla bu durumlarla yüzleştirme ve tepki önleme çalışmaları yapılır. Problem çözme becerileri çocuğun gelecekte karşılaşacağı sorunlarla baş etmesine yardım edebilir. Ayrıca yeni edindiği becerileri uyguladığı için kendisini ödüllendirmeyi de çocuk bu aşamada öğrenir.

Formülasyon çeşitleri

Formülasyonlar kullanılma yerine, hastanın yaşına, problemin ne olduğuna göre basitten komplekse değişkenlik gösterebilir. Aşağıda formülasyon örnekleri Stallard'ın "Think Good Feel Good" (2003) ve "Anxiety" (2014) kitapları kaynak alınarak hazırlanmış ve örnek bir vaka üzerinden formülasyon görselleştirilmiştir.

Mini Formülasyonlar: BDT döngüsündeki bir ya da iki bileşen (duygu ile düşünce veya düşünce ile davranış gibi) arasındaki etkileşimi vurgulamak için kullanılan en basit formülasyon şeklidir. Bunlar terapinin erken evrelerinde ve çocuk/aile bilişsel modele yeniyken daha kullanışlıdır ve klinisyen ile çocuk arasında işbirliğinin gelişmesini kolaylaştırır. Benzer şekilde, BDT döngüsündeki birçok bileşen arasındaki ilişkiyi kolayca bulamayacak ve kısıtlı bilişsel

kapasiteye sahip küçük çocuklar ile çalışırken tercih edilmelidir. Her ne kadar klasik bilişsel kuramda duyguların, o anda çoğu zaman fark etmediğimiz düşüncelerimiz tarafından belirlendiği öne sürülse de bu ilişki biraz tavuk mu yumurtadan, yumurta mı tavuktan meseline benzer. Hele duygu ile düşüncelerini ayırt etmekte bile zorlanan küçük çocuklarda bu farkındalığı oluşturmak zaman alabilir. Mini formülasyon çocuk ve terapist için üzerinde bir çok benzer örneği çalışacakları bir taslak sunacaktır.

Genel bilişsel formülasyonlar: Genel bilişsel formülasyonlar, aile ve çocuğun problemlerinin neden geliştiğini (başlangıç formülasyonu) ve neden bu kadar süredir devam ettiğini (idame formülasyonu) anlamaları için kullanılabilir. İdame formülasyonları, tetikleyici olay/durum ile düşünce, duygu ve davranışı birbirine bağlar. Bazı vakalarda duygular ile somatik semptomların ayırt edilmesine yardımcı olabilir. Özellikle çocuk (ve ebeveynler) anksiyete belirtilerini fiziksel bir hastalığın işareti olarak yorumluyorsa bu tür formülasyonlar faydalı olabilir.

Başlangıç formülasyonları: Başlangıç (sorunun ortaya çıkışı) formülasyonu; çocuğun hayatındaki önemli olay ve deneyimlerin, mevcut çekirdek inançların ve varsayımlarının oluşumu ile ilişkisini gösterir. "Burada ve şimdi" odaklı idame (sürdürme) formülasyonlarının aksine; düşünce, duygu, bedensel semptomlar ve davranışların, tetikleyici olay(lar) ile bağlantısı gösterilir. Başlangıç formülasyonları şu bileşenleri içerir:

A) Erken yaşam deneyimleri:

Uyumu bozan temel inanç ve şemaların gelişiminin merkezinde olduğu varsayılır. Önemli olumsuz olaylar şunları içerebilir: Aile faktörleri-ölüm, hastalık, aile içi şiddet, ana baba ayrılığı, ana babada fiziksel ya da ruhsal hastalık. İlişkiler-ebeveynlerden ayrılma, güvensiz bağlanma, reddedilme, başarısız ilişkiler, birçok bakım vericinin olması. Hastalıklar-süreğen sağlık problemleri, engellilik, kronik hastalık, tekrarlar-

nan ya da uzamış hastane yatışları. Eğitim/okul- okul başarısızlığı, öğrenme problemleri, zorbalık (yapma/mağdur kalma), sık okul/öğretmen değişimi. Sosyal faktörler- arkadaş/akranları tarafından reddedilme, izolasyon, şiddet/suç davranışı. Travma- ihmal, taciz, tek ya da birçok travmatik olay, dışlanma.

B) Temel inançlar/bilişsel şemalar:

Esnek olmayan, duruma göre fazla değişmeyen, sabit ve katı düşünme kalıplarıdır. Çocuklardaki temel inanç ve şemalarla ilgili az şey bilinmektedir. Temel inançların ne zaman geliştiği, yerleştiği ve kalıcı ya da aktive olduğu belirsizdir. Temel inançlar/şemalar "kötü biriyim", "değersizim" "kimse beni sevmez" gibi abartılı ifadeler olarak ortaya çıkma eğilimindedir. Görüşme sırasında doğrudan ifade edilmezler, bu yüzden terapist aktif olarak gözetmelidir. Şemalara ulaşmada aşağı doğru ok tekniği faydalı olabilir. Bu yöntemde ilk olarak çocuğun sorgulanacak olan olumsuz otomatik düşüncesi belirlenir. Sonra; "öyle olursa ne olur?" veya "eğer bu doğru olsaydı senin için ne anlama gelirdi?" gibi sorular, altta yatan temel inanç ortaya çıkana kadar tekrarlanarak sorulur.

C) (Davranışların olası sonuçları üzerine) Varsayımlar:

Varsayımlar otomatik düşünce-duygu-davranış kısır döngüsünü işler duruma getirir ve davranışlarının olası sonuçları üzerine hastanın beklentilerini gösterir. Bunlar tipik olarak öyle ise/o zaman gibi sebep-sonuç belirten veya -meli, -malı gibi kesinlik ifade eden düşünce kalıplarıdır. Varsayımlar bireyin hayata bakan penceresidir. Varsayımları ortaya çıkarmak için aşağıdaki üç yaklaşımdan faydalanılabilir:

- i. "... olursa ne olur" sorusu: çocuğun temel inancının onu nasıl davranmaya yönlendireceğini anlamak için sorulur.
- ii. İse/demek ki (o zaman) testi: Terapistin "...ise, demek ki" ile başlayan cümlesini,

çocuk ne olmasını beklediğini söyleyerek tamamlar.

Sınavda başarılı olduysam, demek ki şanslıymışım. Arkadaşım telefonuma cevap vermedi, demek ki artık benimle konuşmak istemiyor

- iii. Davranış deneyleri:** Çocuk ile varsayımlarının geçerliliğini test etmek için bir deney belirlenir; çocuk tahminlerini (nasıl sonuçlanacağı ile ilgili beklentisi) kaydeder; deney gerçekleştirilir (invivo veya seans dışı); sonuçları kaydeder; bu sonuçları varsayımlarıyla karşılaştırır ve başlangıçtaki varsayımları ve inançları tekrar değerlendirilir. Tahminleri/sonuç hakkındaki beklentileri çocuğun dünyayı nasıl değerlendirdiğine dair içgörü sağlar ve çocuğun inançlarını işler hale getirmek için kullandığı varsayımların bir kısmını keşfetmesine yardım eder.

D) Olumsuz Otomatik Düşünceler (OOD):

En kolay ulaşılabilir, en fazla farkında olduğumuz bilişlerdir. Genelde çocuğun kendisi, etrafında olup bitenler (dünya) ve geleceği ile ilgili tanımlayıcı ifadelerdir. Olumsuzdurlar çünkü olumsuz bir duygusal tepki oluştururlar ve otomatiktirler çünkü istemsiz olarak ortaya çıkarlar. Otomatik düşünceleri çocuklar "içindeki ses" ya da "kendi kendine söyledikleri" olarak adlandırabilir. Otomatik düşünceler olumlu (faydalı ve işlevsel) veya olumsuz (faydasız ve işlevsel olmayan) olabilir. OOD' leri ortaya çıkarmak için birçok yaklaşım mevcuttur:

- i. Günlükler:** Sorunlu davranışsal ve duygusal tepkilere eşlik eden olumsuz otomatik düşüncelere günlük tutarak ve ya düşünce kayıtları ile ulaşılabilir.
- ii. Düşünce yakalayıcı olarak terapist:** Seanslarda çocuklar düşünceleriyle ilgili satır arasında da olsa oldukça fazla bilgi verirler. Görüşmenin akışını bozmamak, bazı şeylere çok erkenden odaklanmamak için, görüşme esnasında not alıp uygun

zamanda çocuk ile paylaşılabilir. OOD'ler değiştirilmeden çocuğun ifade ettiği şekli ile kaydedilmelidir. Çocuğun kendi kelimelerini kullanmanın birçok faydası vardır: çocuğun seçtiği kelimeler terapist kabul gördüğü için daha rahat konuşur; empatiyi gösterir; güven ve terapötik ilişkiyi güçlendirir.

- iii. Doğrudan sorgulamak:** O andaki duygu ve davranışlar üzerinden giderek yükümlü düşüncelere ulaşılabilir....olduğunda veya ... hissettiğinde aklından ne geçti? (ne düşünüyordun?). İçindeki ses ne söyledi? O anda ne olacağını düşündün, ne olacağından korktun?

- iv. Duygusal cevaplar:** Çocuklar yaşadıkları farklı duyguları kolayca ayırt edemeyebilirler. Bu yüzden terapist çocuğun farklı duyguları anlayıp ifade etmesine yardım etmelidir.

a. Duygu sözlüğü: Gazete ve dergi kupürleri faydalı görsel bir kaynak sunabilir. Farklı duyguları gösteren insan resimlerinin kesilmesi çocuğun duygularını isimlendirmesine yardım edebilir. Kendi fotoğraflarından da kendi duygusal sözlüklerini oluşturulabilirler.

b. Duygu ifadesi oyunu: Çocuğa her birinde farklı bir duygu yazılı olan bir seri kart verilir. Çocuk duyguları yüz ifadeleri, mimikleri veya taklit ile gösterir, gözlemci de hangi duygu olduğunu bilmeye çalışır. Önce terapist nasıl yapılacağını gösterir

Problem-özü formülasyonlar: Hastalıkların teorik modelleri, formülasyonları yapılandırma ve önemli değişkenleri ve bilişsel süreçleri belirlemek ve vurgulamak için faydalı bir taslak oluşturabilir. Örneğin yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan çocuklarda kaygı çoğunlukla gelecekte olması muhtemel durumlar ile ilgili olsa da yaşanmış olaylar ile ilişkili kuruntular da kaygı için araç olabilir. Hastalar kendileri ve kendi performansları hakkında olumsuz değerlendirmeler yaparlar. Varsayımları, normal günde-

lik olayların felaket senaryoları ile sonlanacağı şeklindedir ve sürekli olarak bir tehdit unsuru aradıkları için bu felaket beklentilerine uygun ipuçlarına daha çok odaklanma eğilimindedirler. Ayrıca, kaygılı çocukların bu düşünce ve davranış kalıplarının anne-babaları tarafından pekiştirildiği vurgulanmıştır (Rapee 1997). Bu ebeveynler daha fazla kaygılı davranışlar sergiler, belirsiz durumlardan daha fazla tehdit unsuru çıkarır ve yeni ve zorlayıcı durumlardan çocuklarını kaçınarak başa çıkmaları yönünde cesaretlendirirler. Çocuklarına dünyanın tehdit edici bir yer olduğu ve hem kedilerinin hem de çocuklarının kendi başlarına baş edemeyecekleri mesajını iletirler. Aşırı koruyucudurlar, dolayısıyla çocukları uygun başa-etme yöntemleri geliştirmek ve uygulamak için daha az imkân bulabilmektedir. Problem-özümlenmiş formülasyonlar genellikle yetişkinler için tasarlanmış bilişsel taslaklardır ve çocuklar için modifiye edilmesi gerekir. Çocuğun gündelik hayatında belirleyici olan aile, okul ve akran sistemlerinin sorunun idamesindeki rolleri belirtilmelidir. Çünkü terapi süreci bu formülasyon üzerinden rasyonelleştirilecek ve yürütülecektir. Okulda devam eden akran zorbalığı mağduriyetinin formülasyonda belirtilmesi, hasta ile birlikte okul merkezli bir girişim planladığınızı düşündürtecektir.

Aşağıda; temizlik obsesyonları ve işlevselliğini önemli derecede bozan yüksüzleştirici davranışları (kompulsiyonlar) ve tekrarlayıcı depresif atakları olan 15 yaşındaki bir ergenin vaka formülasyonu, önemli yaşam olayları ve ebeveyn tutumlarının ergenin mevcut inanç ve davranışları üzerine etkisini belirtecek şekilde görselleştirilmiştir (Şekil 1). Burada ne kadar detayın hasta aile paylaşılacağı, hastanın bilişsel gelişim ve olgunluğu ile orantılıdır. Küçük çocuklarla çalışırken basit bir 4D döngüsü (durum, düşünce, duygu/beden, davranış) çoğu zaman yeterli olurken, neden ben?, neden şimdi? gibi soruları sorabilecek merak ve olgunlukta olan ergenler için çoğu zaman daha fazlası gerekli olacaktır.

Vaka formülasyonu oluşturmada sıkça rastlanılabilecek sorunlar:

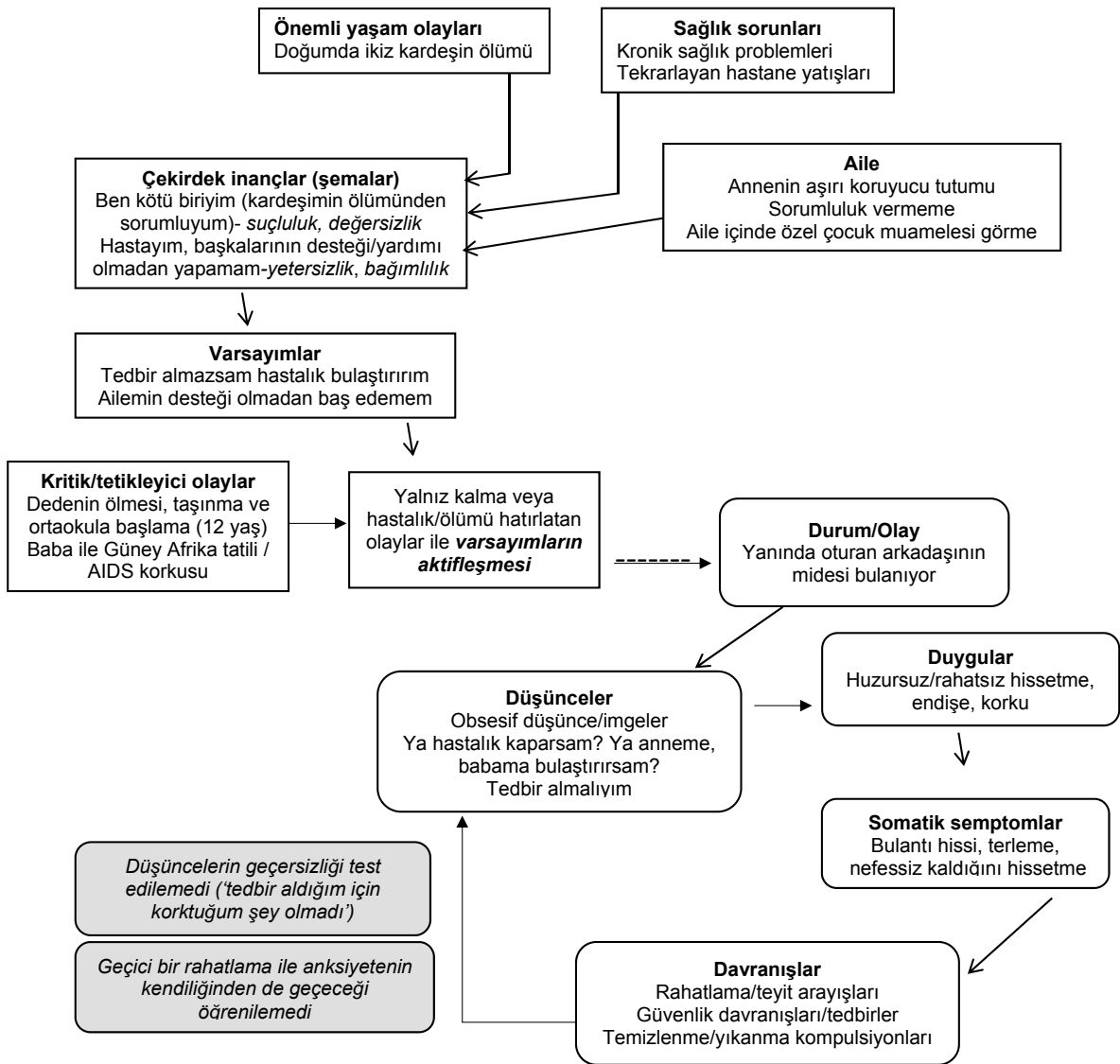
Özellikle yeni başlayan terapistler için vaka formülasyonu oluşturmak ayrı bir stres kaynağı olabilmektedir. Gerekli bilgileri toplamak veya mevcut bilgi yığını derlemek ilk başta görüldüğü kadar kolay olmayabilir. Bu durum bazen formülasyonun hasta ile paylaşılmasını geciktirmekte ve terapinin doğal seyrini sekteye uğratabilmektedir. Sıkça rastlanılabilen sorunlar için Stallard (2003; 2014) çözüm yolları önermektedir.

Çocuk duygularını tanımlamakta zorluk çekiyorsa: Genelleştirici ifadeler yerine duruma özgü sorular sorulabilir. Örneğin; *"yeni birisi ile tanışırken aklından neler geçer/ne düşünüyorsunuz?"* yerine *"Ayşe'nin sana doğru yürüdüğünü gördüğünde aklından neler geçti?"* şeklinde sormak. *'Bu durumda arkadaşım olsaydı ne düşünürdü?'* Düşünce balonlarının veya benzer bir durumu canlandırmak için kuklaların kullanılması, zorlayıcı durumu ifade eden resim çizilmesi veya hikâye anlatmak gibi dolaylı ya da sözsüz yöntemlerin kullanılması da denenebilir.

Otomatik düşünceleri, varsayımları ve kök inançları birbirinden ayırmak önemli midir?: Bu üç farklı bilişsel seviyenin, değerlendirilme ve müdahale için farklı yöntemler gerektirdiği için ayırt edilmesi önemlidir. Olumsuz otomatik düşünceler (OOD) günlük düşünce kayıtlarının veya zorlayıcı durumların değerlendirilmesi ile kolayca erişilebilen en yüzeysel bilişsel formdur. OOD'ler pozitif iç-konuşma ile değiştirilir, çocuk zorlayıcı durumlarda alternatif olumlu düşünceleri pratiğe teşvik edilir. Varsayımlar; nadiren doğrudan ifade edilir fakat davranış deneyleri (DD) ile test edilerek ("böyle yaparsan ne olur?") geçerlilikleri sorgulanır ve bilişsel yeniden yapılandırma sağlanabilir. Yani bir düşüncenin davranış deneyi için malzeme olabilmesi ancak onun varsayım haline getirilmesi ile olur. Çünkü deneyler ile test edilecek olan

hipotezlerdir (varsayımlar). Çekirdek inançların doğruluğu DD'ler ile kısmen sorgulanabilir fakat bu yeterli olmaz. Tanım itibarıyla bunlar kökleşmiş ve süregendir ve yeni, çeliştirici bilgilere dirençlidir. Terapide amaç mevcut kök inançları çürütmeye çalışmaktan ziyade bir alternatif oluşturabilmektir. Terapötik süreçte bu düşüncelerin doğruluğuna ne kadar inandıklarını puanlayarak kök inançlardaki değişim veya esneme gözlemlenir.

Mevcut bilgileri formülasyonda bir araya getiremiyorum: Yeni başlayan terapistler formülasyon için gerekli bilgileri belirlemek ve çocuğun anlayabileceği şekilde bilişsel taslakta organize etmekte güçlük çekebilirler. Bunun nedeni, formülasyon geliştirmek için gerekli olan bilginin belirlenmemiş olması ve bu bilgiyi organize etmek için net bir formülasyon taslağının mevcut olmaması olabilir. Bu durumda sorulan soruların içeriği ve çeşidine dikkat etmek ve zorluk



Şekil 1: Örnek Formülasyon

devam ediyorsa süpervizör ile paylaşmak önerilebilir.

Formülasyonun doğruluğundan emin değilim: Terapinin içeriği ve yöntemini belirlediği için bilişsel modele uygun bir formülasyon oluşturmak önemlidir. Fakat bazen bu “doğru” formülasyon çabaları formülasyonun terapinin başlarında çocuk/ebeveyn ile paylaşılmasına engel olabilmekte ve dolayısıyla onları bilişsel modele uygun eğitime fırsatı kaçırmış veya geciktirilmiş olur. Böylece terapi açık ve işbirliğine dayanan bir süreç olmaktan çıkıp kapalı ve gizli bir şekle girmiş olur. Formülasyonun çocuk ve bakım vericisi ile uygun olan en erken zamanda paylaşılması en doğrusudur. Ayrıca formülasyon statik olmadığı ve yeni edinilen bilgiler ışığında gelişip hatta değişebildiği için hiçbir zaman “tam olarak doğru” değildir.

KAYNAKLAR

Bieling PJ, Kuyken W (2003) Is cognitive case formulation science or science fiction? Clinical Psychology: Science and Practice 10(1):52-69.
Freeman A (1990) Technicians, magicians, and clinicians.

The Behavior Therapist 13:69-170.

Freeman AM, Dattilio FM (1992) Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy. Springer Science & Business Media.
Friedberg RD, Gorman AA, Wilt LH, Biuckians A, Murray M (2012) Cognitive Behavioral Therapy for the Busy Child Psychiatrist and Other Mental Health Professionals: Rubrics and Rudiments. Routledge.

Kendall PC, Chu B, Gifford A, Hayes C, Nauta M (1999) Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. Cognitive and Behavioral Practice 5(2):177-198.

Kuyken W, Padesky CA, Dudley R (2008) Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy. Guilford Press.

Rapee RM (1997) Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. Clinical Psychology Review 17(1):47-67.

Stallard P (2003) Think Good-Feel Good: A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People. John Wiley & Sons.

Stallard P (2014). Anxiety: Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People. Routledge.