

Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması

Meral DEMİRALP,¹ Fahriye OFLAZ²

ÖZET

Bilişsel-davranışçı terapiler, yaşam problemleri için öğrenme kuramlarını uygulayarak, bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları güçlüklerin üstesinden gelmelerine yardım etmeyi amaçlar. Bu güçlükler çoğu zaman tıbbi ya da psikiyatrik bozuklukla birlikte oluşur ve bireyin baş etme becerilerini etkiler. Hastalık yaşantısına uyum da bireyin bilişsel şemalarından ve baş etme becerilerinden etkilenir. Bilişsel terapinin hedefi gerçek dışı inanç, düşünce ve olumsuz kendilik durumunun değiştirilmesidir. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri bireyin baş etme becerilerini genişleterek kişisel gelişimine ve hastalıkla ilgili yaşantılara uyum göstermesine yardım edebilir. Bu tekniklerden bazıları okulda, evde, iş ortamında uygulanabildiği gibi, boş zaman etkinliği olarak da uygulanabilmektedir. Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri, bireyin uyumsuz olmayan davranışlarını değiştirmek ve sağlıklı baş etme yanıtlarını artırmak amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından sağlık bakımının verildiği her ortamda kullanılabilir. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:132-139)

Anahtar sözcükler: *Bilişsel-davranışçı terapi, psikiyatri hemşiresi*

Cognitive behavioral therapy techniques and psychiatric nursing practice

ABSTRACT

Cognitive behavioral therapies apply learning theories to problems of living, with the aim of being to help people overcome difficulties in everyday life. These difficulties often occur along with a medical or psychiatric disorder experience and influence person's coping skills. The adjustment to the illness experience has also been affected by individual's cognitive schemes and coping skills. The goal of cognitive therapy is to change irrational beliefs, thoughts, and negative self-statements. The techniques of cognitive behavioral therapy can help people to achieve personal growth by expanding their coping skills and can also be applied to at the school, home, work, etc. and as leisure activities. They can be used by psychiatric nurses in any health-care setting to promote healthy coping responses and to change maladaptive behavior. (Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:132-139)

Key words: *cognitive behavioral therapy, psychiatric nurse*

Bilişsel-davranışçı terapiler, bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemedikleri güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan, problem odaklı, 'burada ve şimdi' ile

ilgilenen, davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş bir tedavi şeklidir.^{1,2}

Davranışçı psikoloji, normal ve normal dışı

¹ Dr., ² Yrd.Doç.Dr., GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı, ANKARA

Yazışma adresi: Dr. Fahriye OFLAZ, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Etik/ANKARA

E-posta: meral_demiralp@yahoo.com

bütün davranışların öğrenme ürünü olduğunu ileri sürmektedir. Davranış gözlenebilen, kaydedilebilen ve ölçülebilen eylem, hareket ya da yanıtlardır. Davranışçı kuramlar öğrenmenin uyarıcı ile davranış arasında bir bağ kurularak geliştiğini ve pekiştirme yoluyla davranış değiş-tirmenin gerçekleştiğini kabul eder. Pavlov'un klasik koşullama çalışmaları, davranışçı akımın en çok bilinen öğrenme kuramıdır. Edimsel koşullama ilkeleri ise Thorndike, Tolman ve Guthrie tarafından tanımlanmıştır. Daha sonra Wolpe'nin, anksiyete oluşturan uyanların güçlü anksiyete antagonistleri ile eşzamanlı olarak verilmesinin korku tepkisini azalttığı gözlemi üzerine kurulu sistematik duyarsızlaştırma tekniğini geliştirdiği, anksiyete antagonisti olarak da Jacobsen'in kas gevşetme teknikleri kullandığı görülmektedir. Farelerden korkar duruma getirilen çocuğun farelerden korkmayan akranları ile birlikte olduğunda korkusunun azaldığının saptanması ise Bandura'nın 'sosyal öğrenme' ve 'model oluşturma' kuramlarına temel oluşturmuştur. Davranışçı terapi, öğrenme ilkelerinin davranış bozukluklarının analiz ve tedavisine sistematik bir biçimde uygulanması olarak tanımlanabilir.^{1,3}

Biliş ise, bilme süreci ya da eylemidir. Bilişsel terapiler anksiyete ya da uyuma dönük olmayan davranışların nedeninin, olayların kendisinin değil, bireyin bu olaylara ilişkin beklentileri ve yorumları olduğunu ileri sürer; bu davranışların kişinin düşünce ve inançları ile doğrudan ilgilendirilerek değiştirilebileceğini savunur.^{1,2} 1960'lı yıllarda Beck duygudurumu bozukluklarının tedavisinde kullanabileceğini ileri sürdüğü ve adını 'bilişsel terapiler' koyduğu yaklaşımı geliştirmiştir. Beck'in bilişsel kuramına göre, çocukluk çağındaki deneyimler öğrenme yolu ile bazı temel düşünce ve inanç sistemlerinin oluşmasına neden olur ve yapısal düzeyde bunlar 'şema' olarak adlandırılır. Yaşam olayları sessiz durmakta olan şemaların aktive olmasına ve 'olumsuz otomatik düşüncelerin' ortaya çıkmasına ve sonuç olarak öfke, kaygı, suçluluk, üzüntü gibi hoş olmayan duyguların oluşmasına yol açar. Davranışçı terapilerle bilişsel terapilerin entegrasyonu, terapistlerin başvuranların korkuları, istek, açıklama ve algılama biçimleri ile daha ilgili olmalarını sağlamıştır. 'Belirli bir psikiyatrik bozukluk tanısı konan hastalarda saptanan benzer düşünce, inanç, algılama biçimleri psikiyatrik bozuklukların daha iyi anlaşılmasını ve daha etkili tedavi edilmelerini sağlamış, bilişsel terapiler davranış terapilerine üzerinde çalışılacak bir içerik sunmuştur.'³ Bilişsel terapinin hedefi gerçek dışı inanç, düşünce,

duygu ve olumsuz kendilik algısının değiştirilmesidir. Bu amaçlarla, bilişsel-davranışçı terapi teknikleri okulda, evde, iş ortamında uygulanabileceği gibi, boş zaman etkinliği olarak da uygulanabilmekte ve bireyin baş etme becerilerini genişleterek kişisel gelişimine yardım edebilmektedir.¹

Hemşire kuramcılardan Peplau da, kuramını geliştirirken davranış bilimlerinden yararlanmış-tır. Kuramında olayların, duyguların ve davranışların psikolojik anlamlarını hemşirelik girişimleri içinde açıklamış, ilişkilendirmiş ve böylece hastanın, hastalık yaşantısı ile baş etmesine yardım etmede hemşireye sorumluluk vermiştir.^{4,5} Psikiyatri hemşiresinin yer alabileceği psikoterapötik alanlardan biri de bilişsel-davranışçı terapilerdir. Bilişsel-davranışçı terapiler hastayı bilgilendirmeyi, tedaviye uyumu artırmayı, gerginliklerle baş etmeyi öğretmeyi amaçlar. Psikiyatri hemşiresi, hastanın yineleyen olumsuz düşüncelerinin ve istenmeyen davranışlarının ortaya çıkmasını önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde, bilişsel-davranışçı terapi tekniklerini kullanabilir.⁶

Sağlık alanında bireyin yaşadığı güçlükler, çoğu zaman tıbbi ya da psikiyatrik bozukluk yaşantısı ile birlikte oluşur ve bireyin baş etme becerilerini etkiler. Bu nedenle, özellikle depresyon, anksiyete, yeme, kişilik bozuklukları, şizofreni ve öfkenin kontrol edilmesinde olduğu gibi, onkoloji hastalarında da belirti kontrolü sağlamak için bilişsel-davranışçı terapilerin etkili yaklaşımlar olduğu ileri sürülmektedir.⁷⁻¹¹

Bilişsel-davranışçı terapiler hemşirelik süreci ile benzer bazı özelliklere sahiptir. Her iki yaklaşım da hasta merkezlidir, hemşire ve hasta arasında güçlü bir işbirliğini gerektirir. Bilişsel-davranışçı terapiler de hemşirelik sürecinde olduğu gibi araştırma kanıtlarına dayalı tedavi stratejilerini ve standardize edilmiş ölçme araçlarını kullanır. Bu özellikleriyle, hemşirelik bakımının terapötik etkinliğine önemli katkı yapabilir ve bireyin sağlıklı baş etme yanıtlarını artırmak amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından sağlık bakımının verildiği her ortamda kullanılabilir.¹

Bireyin Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımına Değerlendirilmesi

Bilişsel-davranışçı terapinin amacı öncelikle gerçekçi olmayan ya da birey için sorun olan düşüncelerin tanımlanmasıdır. Sorun olan düşünce tanımlandığında, o düşüncenin birey üzerindeki etkisi de tanımlanabilir. Psikiyatri hemşiresi işlevsel olmayan bu düşüncelerin,

nasıl sorun yaratabileceğini görmesinde hastaya yardım eder. Öncelikle bu düşünceler ve güçlük yaşanan durum arasında bağlantı kurulur.¹²

Bilişsel-davranışçı terapiyi uygulayan psikiyatri hemşiresi, bireyin hareketlerini, duygu ve düşüncelerini değerlendirirken, bireyin yaşadığı güçlüğü ya da problemi aşağıda verilen soruları kullanarak tanımlar. Bu sorular:

- Bireyin problemi *nedir?*
- Problem *nerede* oluşmaktadır?
- Problem *ne zaman* oluşmaktadır?
- Problemi *'kim'* ya da *'ne'* oluşturmaktadır?
- Problemlerle ilgili *korkulan sonuç* nedir?

Hemşire burada hastaya sorulan soruların yanıtlarını kendisinin bulmasını sağlamalıdır. 'Sokrat tarzı'nda sorulan sorular, bireyin kendi düşünce içeriğini daha iyi anlamasını, düşüncelerini çeşitli bilişsel çarpıtmalar yönünden ele almasını, düşüncesini destekleyen ve çürüten kanıtları araştırmasını, düşünce içeriği ve biçimlerinin daha uyumlu olanlarla yer değiştirmesini, düşünce ve davranışları ile ilgili olarak geleceğe yönelik planlar yapmasını sağlar.^{1,3,12,13} Hemşire elde ettiği verilerle birlikte problemin süresi, yoğunluğu ve sıklığını da değerlendirmeli ve daha sonra problem yaşayan hasta ile ilgili daha fazla bilgi toplamak için davranış çözümlemesi yapmalıdır. Davranış çözümlemesi üç bölümden oluşur:

1. Önceki olay: Davranışın öncesinde olan ya da davranışın ortaya çıkmasına neden olan, tahrik eden uyarının, ipucunun belirlenmesi.
2. Davranış: Bireyin söylediği ya da söylemediği, yaptığı eylemlerin neler olduğunun, zamanının, sıklığı ve süresinin belirlenmesi.
3. Sonuç: Davranış sonucunda bireyin düşündüğü etkinin yönünün (olumlu, olumsuz, yansız) tanımlanması.

Psikiyatri hemşiresi davranış çözümlemesinden sonra, elde ettiği veriler doğrultusunda bireyin baş etme gereksinmelerini destekleyen, uygun bilişsel-davranışçı terapi stratejisine karar verir.^{1,12}

Bilişsel-Davranışçı Terapi Stratejileri

Bilişsel-davranışçı terapiler çocuk, genç, yetişkin, yaşlı ve aile ile çalışmak için son derece uygundur; bireysel olarak ya da gruplarla da çalışılabilir. Genel olarak bu terapilerin amaçladığı hedefler bireyin hoşnutluk durumunun artması, sosyal becerilerinin geliştirilmesi ve istenmeyen davranışının azaltılmasıdır.

Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri tek başına

ya da diğer tedavilerle birlikte kullanılabilen ve kullanılan teknikler hem hemşire, hem de hasta için uygulama becerisini gerektirmektedir. Terapi sırasında yapılan etkinlikler, klinik ortam dışında da gerçekleştirilebilir (asansöre binerken, alışverişe giderken).¹

Psikiyatri hemşireliği literatüründe, bilişsel-davranışçı terapi stratejileri üç grup altında incelenmektedir.¹

1. *Anksiyeteyi azaltan terapi stratejileri:* Gevşeme eğitimi, biofeedback, sistematik duyarsızlaştırma, alıştırma, vestibular duyarsızlaştırma, tepki önleme, göz hareketleri duyarsızlaştırma ve yeniden işleme.

2. *Bilişsel yeniden yapılandırma stratejileri:* Duygu ve düşünceleri izleme, kanıt sorgulama, alternatifleri sınıma, felaketsizleştirme, yeniden düzenleme-çerçeveleme, düşünceleri durdurma.

3. *Yeni davranışlar öğrenme stratejileri:* Modelleme, biçimlendirme, markayla ödüllendirme, rol oynama, sosyal beceri eğitimi, itici uyarıcılara koşullama terapisi (aversif terapi), olasılıklı anlaşma.'

1. Anksiyeteyi azaltan terapi stratejileri

Gevşeme eğitimi: Gevşeme eğitimi terapötik bir araç olarak gerilimi ve anksiyeteyi etkili bir şekilde azaltır. Tek başına kullanılabildiği gibi, diğer bilişsel-davranışsal tekniklerle birlikte ya da destekleyici veya içgörü tedavisine ek olarak da kullanılabilir. Bireysel ya da grup olarak çalışılabilir. Temel dayanak noktası anksiyete ile ilgili kas gerginliğidir. Eğer kaslar gevşetilebilirse, anksiyete azalacaktır. Gevşeme egzersizleri ile parasempatik sinir sisteminin etkinliğinin arttığı bir durumun yaratılacağı ve anksiyete anında uyarılmış olan sempatik sinir sisteminin etkinliklerinde de bir gerileme sağlanabileceği düşünülmektedir.

Tüm gevşeme işlemleri ritmik solunum, kas gerginliğinde azalma ve bilinçlilik durumunda değişimi içerir. Klinik deneyimler, gevşeme deneyimi ile ilgili bireysel farklılıkların olduğunu ileri sürmektedir.^{1,14}

Gevşemenin fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtileri: Fizyolojik belirtiler nabızın yavaşlaması, kan basıncının düşmesi, solunumun ve oksijen tüketiminin azalması, metabolik hızın yavaşlaması, pupil daralması, periferik dilatasyon, periferik sıcaklıkta artıştır. *Bilişsel belirtiler* bilinçlilik durumunun değişmesi, salt bir zihinsel görüntü üzerine yoğunlaşmanın artması, pozisi-

itif öneriler için alıcılığın artmasıdır. *Davranışsal belirtiler* çevresel uyaranlara ilgi ve dikkatin azalması, sözel etkileşimin olmaması, istemli pozisyon değişikliğinin olmayışı, edilgen hareketlerin olmasıdır.

Progresif gevşeme, bedenün tümünde gevşeme oluncaya kadar, kasların istemli, düzenli ve birbirini izleyen bir şekilde gerilme ve gevşemesini içerir. Bu teknik için hastanın rahat bir koltukta oturması gereklidir. Hafif bir müzik ya da hoşnutluk verici görsel işaretlerin olması önemlidir. Egzersizlere başlamadan önce, gevşeme işlemleri açıklanmalıdır. Hasta derin bir nefes alarak ve yavaşça vererek eğitime başlar. Bunu germe egzersizleri izler. Hasta her kas grubunu yaklaşık 10 sn. gergin tutar, bu arada hemşire gerginlik ve gevşeme arasındaki farkı hissetmesine yardımcı olur:

“Şimdi ellerinizdeki sıcaklığı fark edin.”

“Şimdi gerginliğin omuzlarınızdan aşağı süzülüp kaybolduğunu hissedin.”

Hasta ellerden başlayarak sırasıyla kollarını, omuz, göğüs ve ayağına kadar olan kas gruplarını çalıştırır.¹

Bilişsel gevşeme, sözcükler yardımıyla zihinsel görüntüler oluşturularak yapılan bir gevşeme biçimidir. Huzur ve sakinlik veren manzaralardan oluşan zihinsel görüntülerle, kişinin gevşeme tepkileri artırılır.¹⁵

Progresif gevşeme, bilişsel gevşeme, otojenik eğitim ve biofeedback gibi teknikler sağlık profesyonellerinin (hemşire, psikolog gibi) uygulamalarında son 30 yıldır popüler olmuştur.¹⁵ Gevşeme egzersizleri hemşirelik araştırmalarına, 1971 yılında Aiken ve Henrichs'in açık kalp ameliyatı olacak hastalara, bir hemşirelik yaklaşımı olarak sistematik gevşeme eğitimini kullanmaları ile girmiştir. Bu araştırmayı izleyen yıllardan günümüze kadar, hemşire araştırmacıların gevşeme egzersizlerini ameliyat olacak hastalarda anksiyetenin ve ağrının azaltılması için kullandıkları görülmektedir.¹⁶⁻¹⁹ Gevşeme egzersizleri kanser hastalarında bulantı, kusma ve yorgunluk gibi belirtilerin kontrolü için, zihinsel süreçleri ve davranışı değiştirmede kullanılan yaygın, etkili ve pahalı olmayan bir yöntem olup diyaliz hastalarında da kaygı düzeyini azalttığı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği hemşirelik araştırmalarında da belirtilmektedir.^{8,9,20-22} Hastaların her yerde ve her zaman bu egzersizleri kendilerinin yapabilmesi, onların kendi kapasitelerini kullanabilme becerisini geliştirmelerini sağlamaktadır.^{15,23}

Biofeedback: Bu teknikte anksiyeteyi azaltmak

ve davranışsal yanıtları değiştirmek için, bireyin bilinçli olarak anlamadığı, fark etmediği normal ve normal dışı fizyolojik tepkileri bir araç yardımı ile bilinçli duruma getirilir. Biofeedback aracına bağlı küçük elektrotlar hastanın alınına yapıştırılır. Beyin dalgaları, kas gerilmesi, deri sıcaklığı, kalp hızı ve kalp basıncındaki fizyolojik değişiklikler monitörde izlenebilir. Bu değişiklikler görsel ya da işitsel anlamlarla ilişkilendirilir. Hasta ne kadar çok gevşerse, o kadar çok hoşnutluk veren ses ya da görüntü olur. Bu hoşnutluk verici ses ya da görüntü, hasta gevşemeyi durdurduğunda durur ve hasta gevşeme durumunu başardığında yeniden canlanır. Gevşeme becerisi geliştikten sonra, tekniği stres verici durumlarda uygulaması için birey desteklenir.^{1,24}

Sistematik duyarsızlaştırma: İlk olarak Wolpe tarafından tanımlanmıştır. Sistematik duyarsızlaştırma, özgül bir uyarana (örn., uçak yolculuğu, yükseklik) ilişkili olarak kaçınma davranışını azaltmak için uygulanan bir teknik olup bireyi tehdit eden uyarana karşı oluşturulan yanıtı değiştirmek için kullanılır. Anksiyeteye neden olan durumun görüntüsünü canlandırma ile derin kas gevşemesinin kombinasyonundan oluşur. Bu teknikte hastaya önce gevşeme ve rahatlama öğretilir. Daha sonra bireyin anksiyete yaşadığı, korktuğu nesne ve durumları zihninde yaşatması istenir ve imgeleme sırasında ortaya çıkan anksiyete gevşeme ile söndürülür. Korku ve anksiyete uyaranları hafiften şiddetliye doğru sıralanır, sürekli yinelemelerle anksiyete azalır ve söner.^{1,2,25}

Alıştırma: Hastanın bedensel olarak taşikardi, görme bulanıklığı, hızlı solunumla belirli katastrofik yorumlarına karşı hastayı duyarsızlaştırmak için kullanılan bir tekniktir. Hastanın anksiyetesini artıran özgül belirtilerin bir listesi yapılır. Hastanın belirtilere karşı duyarsızlaştırılabilmesi için, dereceli olarak artırılan ve yineleyen olaylarda, bu belirtilere neden olan şeyleri yapmaları istenir. Hastadan bir yere zıplaması, merdivenleri koşarak çıkması, sokağa yalnız çıkamayan hastadan giderek artan sürelerle sokağa yalnız başına çıkması, dairesel olarak dönme hareketini yapması istenebilir. Bu teknik özellikle agorafobisi olmayan fakat panik atağı yaşayan hastalar için uygundur.^{1,25}

Vestibular duyarsızlaştırma: Çevresel nedenlerle ortaya çıkması kolaylaşan ve denge bozukluğu (vertigo, bulantı, çınlama, görme bozukluğu) belirtilerine benzer belirtiler yaratan, panik atağı olanlar için uygulanabilen bir alıştırma terapisi. Bu çevresel nedenler arasında

ani pozisyon değişiklikleri, düz bir alanda hızlı yürüme, yokuşta araba kullanma gibi eylemler sayılabilir. Bu teknikte, bir duyarsızlaştırma hiyerarşisi içinde, denge bozukluğu belirtilerine neden olan etkinlikler yaratılır (Örneğin, yüzü koyun pozisyonda yatarken aniden ayağa kalkma, ani baş hareketleri yapma veya aniden durma ya da ileri gitmeler tarzında hareketler). Hastalara etrafta zarar verici nesne olmadan, geniş boş bir alanda tam daire şeklinde dönme-leri öğretilir. Bunu yaparken hastalar uyum sağlamak için seçilmiş bir nesneye gözleriyle odaklanırlar.¹

Tepki önleme: Anksiyete yaratan uyaranlar, yineleyici tarzda hastaya verilir, ortamdaki anksiyeteyi azaltan durumlar ise engellenir. Bu teknikte hastalar korkuları ile yüzleşmek için cesaretlendirilir. Örneğin, genel tuvalet kullanma korkusu olan ve bunu azaltmak için ellerini bir günde 20'ye yakın kez yıkayan bir hastaya bu terapi tekniğinde, genel tuvaleti günlük kullanma planı yapılır ve açık olan bir muslukta ellerini 30 saniye yıkama izni verilir. Bu şekilde hasta kendisinde herhangi bir hastalık oluşmadığını göreceği için uyumsuz davranışları da azalabilecektir.¹

Göz hareketleri duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (GHDYI): GHDYI uyku anındaki doğal hızlı göz hareketlerine benzer, yineleyici ve özgül göz hareketlerini temel alan bir tekniktir. Bu tedavi tekniği, bireyin önceki travmatik yaşantıları sırasında, beyinde bir takım biyolojik bellek alanlarının oluştuğundan yola çıkar. Daha sonra ilgisiz gibi görülen olayların bile bu alanları uyararak anksiyete ve belki de depresyona yol açabildiği düşünülmektedir. Bu teknikte hemşire, ellerini hastanın önünde ileri ve geri hareket ettirir, hasta hemşirenin ellerini izlerken geçmişteki travmatik yaşantılarını düşünmesi konusunda yönlendirilir. Bu yolla, nöral alanların yeniden programlandığı anksiyeteyi artıran yaşantılara karşı duyarlılığın azaldığı varsayılır. GHDYI anksiyete, stres, fobi, yineleyen kabuslar, madde bağımlılığı ve travma sonrası stres bozukluğunda kullanılabilir. Bu teknikte güvenli ve başarılı uygulayabilmek için özel eğitim ve kontrollü yapılan uygulamalar gereklidir.¹

2. Bilişsel yeniden yapılandırma stratejileri

Duygu ve Düşünceleri İzleme: Bilişsel değişiklikler, hastaların işlevsel olmayan düşünce ve uyumsuz davranışlarını sürdürmesine neden olan durumların tanımlanmasıyla başlar. Hastalar için önemli olan ilk basamak, kendi düşünce ve duygularını izleme konusunda dikkatli olma-

larıdır. Hastalar bunu yaparken işlevsel olmayan düşünceler için günlük kayıt formu kullanabilirler. Bu formda hastaların bilgilerini yazabilecekleri 5 sütun bulunur. İlk sütunda, hasta *durumun ya da olayın ne olduğunu* tanımlar ve kaydeder. İkinci sütuna bu *durumla ilgili özgül duygular ve duygunun derecesi* kaydedilir. Üçüncü sütunda *duruma verilen yanıtlardaki otomatik düşünceler ve her birinin etki oranları* kaydedilir. Sonraki basamakta hasta daha *gerçekçi yanıtlar* vermek için cesaretlendirilir ve bu yanıtlar da hasta tarafından dördüncü sütuna kaydedilir. Son sütunda ise, hasta *otomatik düşünceleri ve sonraki düşüncelerine ilişkin inanç oranlarını* yeniden değerlendirir ve kaydeder. Böylece hastalar bu formu kullanarak duygu ve düşünceleri arasındaki farklılıkları öğrenirler ve problemlere karşı daha uyuma dönük yanıtlar oluştururlar.¹

Kanıt sorgulama: Kanıt sorgulama, belli bir inancı desteklemede kullanılan kanıtı sınamaktır. Kanıtı sorgulama, verilerin kaynağını sorgulamayı da içerir. Bilişsel çarpıtması olan hastalar çoğu zaman tüm veri kaynaklarına eşit ağırlık verir ya da çarpık düşüncelerini destekleyenlerin dışındakileri önemsemez, ihmal eder. Hastalara onların iş yerleri, aile ve sosyal yaşamlarındaki diğer kişilerle ilgili sorular sorulması, yanlış bilgilenmeyi açıklamaya yardımcı olabilir. Sonuç olarak hasta kanıtlar hakkında daha gerçekçi ve uygun yorumlar yapabilir.¹

Seçenekleri sorgulama: Birey herhangi bir sorunla karşılaştığı zaman, tüm seçeneklerini kaybettiğine ve hiç gücünün kalmadığına inandığı düşünce şekli, özkıyımaya yatkın hastalar için özel bir kanıt olabilir. Seçenekleri sorgulama, hastaların baş etme kaynakları ve güçlerine dayalı olarak ek seçenekleri üretmeyi, bireyin baş etme becerilerini genişleterek kişisel gelişimine yardım etmeyi içerir.¹

Felaketsizleştirme: Bu teknik ayrıca "olsa-ne olur?" tekniği olarak da adlandırılır. Hastaların onları tehlikeye sokacak yada felakete sürükleyecek olduğunu düşündükleri katastrofik durumla baş etme becerilerini geliştirmeyi ve onlara yardımcı olmayı içerir. Hemşire hastaya şu soruları sorabilir:

'Olabilecek en kötü şey nedir?'

'Bu olay gerçekten olursa, bu çok mu korkunç olur?'

'Diğer insanlar böyle bir olayla nasıl baş ederler?'

Bu tekniğin hedefi, hastaların yaşamdaki eylemlerinin sonuçlarının genelde 'hep veya hiç'

olmadığını görmelerine yardımcı olmayı sağlayarak daha az yıkım yaratılmasıdır.¹

Yeniden düzenleme/çerçeveleme: Yeniden düzenleme, hastaların olayları ya da davranışları algılamalarını değiştiren bir stratejidir. Bu yöntemde problemin diğer yönlerine odaklanılır ya da hasta olayları farklı açılardan algılama konusunda cesaretlendirilir. Belli bir davranış veya inancın sürdürülmesinde avantaj ve dezavantajları değerlendirebilmek, olumlu ve olumsuz sonuçları kavrayabilmek, hastaların düşünce ve inanışları ile ilgili denge kazanabilmeleri ve yeni bakış açıları geliştirmeleri konusunda onlara yardımcı olabilir. Örneğin, işini kaybetme stres unsuru olarak algılanabilir, fakat aynı zamanda yeni bir iş ve kariyer kazanmak açısından şans olarak da algılanabilir. Bu teknik problem veya davranışların anlamıyla mücadele şansı da yaratmaktadır. Davranışın anlamı değiştiğinde kişinin yanıtı da değişecektir. Bu teknik, hastanın zorluklara olumlu bakabilme becerisini kazanmasında yardımcı olabilir.¹

Düşünceyi durdurma: İşlevsel olmayan düşünceler, çoğu kez hasta üzerinde kartopu etkisi yapar. Küçük veya önemsiz gibi başlayan şey, zaman içinde önem kazanıp büyüyerek bireyi rahatsız edebilir. Bu teknik en iyi şekilde, işlevsel olmayan düşüncelerin başladığı ilk anda kullanılır. Hasta 'DUR' işaretini resmederek, susan bir zil hayal ederek veya tuğladan duvar planlayarak işlevsel olmayan düşüncelerin akışını durdurabilir. Hasta önce problem yaratan düşünceyi belirler ve problemi gördüğü şekilde tanımlar. Hemşire yüksek sesle 'DUR' diyerek hastanın düşüncelerini durdurur. Böylece, hasta bu şekildeki düşüncelerini benzer yolla engellemeyi öğrenir. Bu teknikte hasta 'DUR'u duyulmayan bir ibareye veya görüntüye dönüştürmekte ve günlük yaşamında bu tekniği rahatlıkla kullanmayı öğrenmektedir.^{1,12}

3. Yeni davranış öğrenme stratejileri

Modelleme: Modelleme, yeni davranış kalıplarının düzenlenmesinde kullanılan bir tekniktir. Bandura'ya göre, insanlar birçok davranış başkalarını gözleyerek ve taklit ederek öğrenir. Bu teknikte hasta, kontrollü bir çevrede davranış modelleyen kişiyi gözler. Daha sonra hasta bu modelin davranışını taklit eder. Katılımcı modelde, hasta tek başına uygulamadan önce, davranış modelleyen kişi ve hasta, davranış birlikte uygulatılır. Tedavinin etkili olabilmesi için, bu tedavide seçilen modelin güvenilir olması önemlidir. Örneğin, köpekten korkan çocukların, köpekten korkmayan diğer çocukların

köpeklerle oynayıp seyrederek korkularından kurtulduğu gözlenmiştir.^{1,2,12}

Biçimlendirme: Biçimlendirme tekniği istenilen davranışların gerçekleştirilmesi için, yeni davranışların adım adım pekiştirilerek öğretilmesidir. Arzu edilen davranış elde edilene kadar her başarılı yaklaşım desteklenir. Tekniğin etkili kullanımı, hemşirenin bireyi dikkatli gözlemlemesini, beklemesini ve desteklemesini gerektirir. Agresif bir çocuğun akranıyla uyumlu şekilde oynadığını gören hemşirenin, bu davranışından dolayı çocuğu övmesi biçimlendirme tekniğine örnek olarak verilebilir.^{1,2}

Markayla ödüllendirme: Markayla ödüllendirme, çoğunlukla çocuk gruplarına ya da klinikte psikiyatri hastalarına uygulanabilen bir tekniktir ve motivasyonu artırır. İstenen davranışları yapan çocuklar/hastalar marka, para veya puanlama gibi değişik yollarla ödüllendirilir. Hedeflenen davranışlar, hastanın giysilerini temiz tutması, çocuğun okuluna devam etmesi veya çocuğun başka şeylere zarar vermeden öfkelenmediği konuları sözel olarak belirtebilme becerisini içerir. Bu teknikte, çocuk/hasta uygunsuz davranış yaptığında puan veya marka kaybeder. Puanların kullanılmasıyla çocuklara/hastalara periyodik olarak boş zaman, dışarı çıkmasına izin verme, oyunlar, şekersiz sakız gibi ödüllendirmeler yapılmaktadır.^{1,2}

Rol oynama: Bu teknik, hastaların onlar için problem ya da güçlük yaratan durumları oynayarak prova yapmalarını ve davranışları hakkında bilgi edinmelerini sağlar, sonuçları inceleme ve karar vermede ise deneyim kazandırır. Bu teknikte rol tersine çevrilebilir, hasta başka bir kimlikle rol değiştirebilir ve böylece diğer bakış açısıyla zor durumu yaşar ve kavrar.^{1,13}

Sosyal Beceri Eğitimi: Sosyal problemler birçok psikiyatri hastasında görülür. Sosyal beceri eğitimi, becerilerin öğrenilebildiği ve bu nedenle buna sahip olmayanlara öğretilbileceği inancına dayanmaktadır. Psikiyatri rehabilitasyon programlarında mutlaka yer alan bu eğitimde rehberlik, demonstrasyon, uygulama, geribildirim gibi yöntemler kullanılır. Dört aşamalı olan sosyal beceri eğitiminde önce öğrenilecek yeni davranış tanımlanır, sonra rehberlik ve demonstrasyonla yeni davranış öğretilir, daha sonra geribildirim vererek yeni davranışın uygulaması yaptırılır ve yeni davranış doğal çevreye uyarlanır. Bu eğitimde sıklıkla öğrenilen davranış tipleri soru sorabilmek, iltifat edebilmek, olumlu değişiklikler yapabilmek, göz ilişki-

sini sürdürebilmek, özel davranış değişiklikleri için başkalarıyla konuşabilmek, net bir ses tonunda konuşabilmek, konuşurken aşırı kıpırdanmaktan ve özeleştiriden kaçınmaktır. Bu teknik sosyal beceri eksikliği olan kronik şizofreni hastalarında, davranışını kontrol edemeyen öfkelilerde kullanılmaktadır.^{1,25}

İtici uyarıcılara koşullama terapisi (aversif terapi): İtici uyarıcılara koşullama terapisi, hastanın sık yaptığı ancak yapmak istemediği uygunsuz davranışlarını azaltmasına yardım eder. Bu teknikte hastaya uygunsuz davranış gerçekleştirildiğinde hoş gitmeyen itici bir uyarıcı verilir. Hastaların yaşamak istemedikleri olayların olumsuz, hoş olmayan sonuçlarını düşünmeleri de itici uyarıcılara koşullama terapisi için önemlidir. Örneğin, hasta aşırı yemek yemenin kötü sonuçlarını hayal eder ve aşırı yeme davranışını cezalandıracak bir tutum sağlayarak kontrol kazanır.^{1,2}

Olasılıklı anlaşma: Hasta ve hemşire arasında, değiştirilmesi gereken davranışların ve bu

davranışların olası sonuçlarının neler olduğunu tanımlayan resmi bir anlaşmadır. İstenen davranışlar için olumlu sonuçları, istenmeyenler için olumsuz sonuçları içerir.¹

Mesleğin gelişim süreci içinde, bilişsel-davranışçı terapi ilke ve tekniklerinin bir bölümü hemşirelik bakımı içinde temel ilkeler durumuna gelmiş ve uygulamanın içine entegre olmuştur. Psikiyatri hemşireliğinin uygulama alanları da, bütüncül bakım ve hemşirelik bilgisinin yayılmasından dolayı sürekli genişlemekte; hemşirelik uygulamaları, hemşirenin uygulamadaki düzeyini belirleyen eğitimsel hazırlığına göre farklılaşmaktadır. Psikiyatri hemşireliğinde yüksek lisans veya doktora düzeyinde eğitim almış olan, ileri uygulama becerisine sahip psikiyatri hemşirelerinin klinik ortamlarda ve yapacakları araştırmalarda, bilişsel-davranışçı terapi uygulamalarına daha çok yer vererek, hastaların hastalık yaşantısı ve güçlükleri ile baş etme becerilerine olumlu katkı sağlayacakları düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Stuart GW. *Cognitive behavioral therapy*. GW Stuart, MT Laraia (eds.), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, seventh ed.*, Philadelphia, Mosby, 2001, p. 658-673.
2. Karahan TF, Sardoğan ME. *Psikolojik Danışma Kuramları*. İstanbul, Birsen Yayınevi, 1994.
3. Sungur M. *Bilişsel-davranışçı terapilerin gelişim öyküsü*. A Güngör (ed.), *Psikoterapiler El Kitabı, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, İzmir, EÜ Basımevi, 1997, s. 50-66.
4. Tomey AM, Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*. Fourth ed., St. Louis, Mosby-Year Book, 1998.
5. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul, Alaş Ofset, 1999.
6. Ünal G, Çam O. *Affektif bozukluklarda psikoterapötik girişimler ve psikiyatri hemşireliği*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21:175-187.
7. Vockins H. *Occupational therapy intervention with patients with breast cancer: a survey*. Eur J Cancer Care 2004; 13:45-52.
8. Molassiotis A. *A pilot study of the use of progressive muscle relaxation training in the management of post-chemotherapy nausea and vomiting*. Eur J Cancer Care 2000; 9:230-234.
9. Kim SD, Kim HS. *Effects of a relaxation breathing exercise on fatigue in haemopoietic stem cell transplantation patients*. J Clin Nurs 2005; 14:51-55.
10. Adamsen L, Midtgaard J, Roerth M. *Transforming the nature of fatigue through exercise: qualitative findings from a multidimensional exercise programme in cancer patients undergoing chemotherapy*. Eur J Cancer Care 2004; 13:362-370.
11. Bilge A, Ünal G. *Öfke, öfke kontrolü ve hemşirelik yaklaşımı*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21:189-196.
12. Trigoboff E. *Cognitive and behavioral interventions*. CR Kneisl, HS Wilson, E Trigoboff (ed.), *Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing*, New Jersey, Pearson Education-Prentice Hall, 2004, p.707-723.
13. Beck JS. *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi*. N Hisli Şahin (çev.), F Balkaya, A İlden Koçkar (çev. eds.), Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2001.
14. Moore K, Schmais L. *Practical Issues and Solutions, Living Well with Cancer*. USA, Penguin Putnam, 2001.
15. Yung Paul MB, Fung MY, Chan Tony MF, Lau Bernard WK. *Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study*. Int J Ment Health Nurs 2004; 13:255-261.
16. Seers K, Carroll D. *Relaxation techniques for acute pain management: a systematic review*. J Adv Nurs 1998; 27:466-475.

17. Domar AD, Noe JM, Benson H. The preoperative use of the relaxation response with ambulatory surgery patients. *J Human Stress* 1987; 13:101-107.
18. Good M. A comparison of the effects of jaw relaxation and music on postoperative pain. *Nurs Res* 1995; 44:52-57.
19. Cheung YL, Molassiotis A, Chang AM. A pilot study on the effect of progressive muscle relaxation training of patients after stoma surgery. *Eur J Cancer Care* 2001;10:107-114.
20. Van Fleet S. Relaxation and imagery for symptom management: improving patient assessment and individualizing treatment. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27:501-510.
21. Yıldırım YK, Fadilođlu Ç. Diyaliz hastalarında progresif gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 21:33-45.
22. Demiralp M. Gevşeme Eğitiminin Adjuvan Kemo-terapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri, Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006.
23. Gürkan A. Laporoskopik Cerrahi İşlem Sonrası Bulantı ve Kusmanın Azaltılmasında Otojenik Gevşeme ile Yavaş ve Ritmik Solunumun Etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005.
24. Tarhan N. Mutluluk Psikolojisi, Stresi Mutluluğa Dönüştürmek. Altıncı baskı, İstanbul, Timaş Yayınları, 2002.
25. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Onuncu baskı, Ankara, Feryal Matbaası, 2004, s.685-711.