

Beck'in Depresyon Modeli Ve Bilişsel Terapisi

Haluk ARKAR*

ÖZET

Beck'in depresyon modeli; kişilerin nasıl hissettiğini ve davrandığını, yaşadıkları deneyimleri nasıl algıladıklarının ve yapılandırdıklarının belirlediğini öne süren bir psikopatoloji modelidir. Bu modele dayanan bilişsel terapi keşfetme, gerçekliği test etme ve sorun çözme süreçlerini içeren etkin, yapılandırılmış, süre sınırlı ve bugünü merkez alan bir yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Beck modeli, Bilişsel terapi.

SUMMARY

Beck model of depression is a model of psychopathology which postulates that how an individual perceives and structures his experiences determines how he feels and behaves. Cognitive therapy, as formulated by Beck, is active, structured, time-limited, and present-centered approach including a process of investigation, reality testing and problem-solving.

Key words: Depression, Beck model, Cognitive therapy.

GİRİŞ:

Beck'in depresyon modeli 1960'lı yılların erken dönemlerinde başlayan sistematik klinik gözlemlerden ve deneysel çalışmalardan türemiştir. Klinik ve deneysel yaklaşımların karşılıklı etkileşimi modelin ve modelden türeyen psikoterapinin hızlı gelişmesine olanak tanımıştır (1, 2).

Beck, depresyonun psikolojik yapısını açıklamak için üç özgül kavram ileri sürmektedir: 1) bilişsel üçlü (cognitive triad), 2) şemalar ve 3) bilişsel hatalar (hatalı bilgi işleme) (2).

Bilişsel Üçlü Kavramı

Bilişsel üçlü hastanın kendisi, geleceği ve idiosenkretik anlamda deneyimlerini yansıtan üç temel bilişsel örüntüden oluşur. Üçlünün ilk parçası hastanın kendi hakkındaki olumsuz bakış açısıdır. Kişi kendini kusurlu, yetersiz, hastalıklı veya yoksun bir kişi olarak görür. Hoşa gitmeyen bütün deneyimlerini kendisinde varolan psikolojik, ahlaki veya fiziksel kusura atfetme eğilimindedir. Hasta bu kusurlarından dolayı istenmeyen ve değersiz bir kişi olduğuna inanır. Bu yüzden kendisini fazlaca eleştirme eğilimindedir. Mutluluğa ve kişisel değerliliğe ulaşmak için gerekli niteliklerin kendisinde eksik olduğuna inanır.

Bilişsel üçlünün ikinci parçası depresif kişinin yaşamakta olduğu deneyimleri olumsuz bir şekilde

yorumlama eğiliminden oluşur. Kişi dünyayı kendi üstüne aşırı derecede istekler olan ve/veya yaşam amaçlarına ulaşmasında önünde üstesinden gelemeyeceği engeller olan bir yer olarak görür. Canlı veya cansız çevresiyle ilişkilerini, yanlış olarak bu ilişkiler yenilgiyi veya yoksunluğu temsil ediyorlarmış gibi yorumlar. Hastanın çevreyi nasıl olumsuz bir şekilde yapılandığı gözlenirse, bu olumsuz yanlış yorumlamaları görmek mümkün olur. Bu olumsuz yorumların alternatif yorumları da vardır. Eğer depresif kişi daha az olumsuz alternatif açıklamalar konusunda ikna edilebilirse, daha önce yapmış olduğu olumsuz yorumlamaların yanlış olduğunun farkına varabilir. Bu yolla, olumsuz sonuçlara ulaşmak için gerçekleri nasıl değiştirdiğinin farkına varabilir.

Bilişsel üçlünün üçüncü parçası gelecekle ilgili olumsuz bakıştan oluşur. Depresif kişi şu anda yaşadığı güçlüklerin veya sıkıntıların sonsuza dek devam edeceğini düşünür. Güçlüklerin, engellemelerin ve yoksunlukların ara vermeden süreceğini veya yakın gelecekte özel bir görev üstlendiğini varsaydığı zaman, bu görevi başaramayacağını zanneder.

Beck, depresif sendromun diğer belirti ve bulgularını olumsuz bilişsel örüntünün sonuçları olarak kabul eder. Örneğin, eğer hasta yanlış bir şekilde reddedileceğini düşünürse, buna aynı olumsuz duygulanım ile tepki gösterecek ve böylece gerçekten reddedile-

(*) Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı

cek. Eğer bir kişi hatalı bir şekilde sosyal olarak yalnız kalmış bir insan olduğuna inanırsa, kendini yalnız hissedecektir.

Güdülenme ile ilgili belirtiler (örneğin, 'istenç felci', kaçma ve kaçınma istekleri, vb.) olumsuz bilişlerin (cognition) sonuçları olarak açıklanabilir. 'İstenç felci' hastanın kötümserliğinden ve ümitsizliğinden kaynaklanır. Eğer kişi olumsuz bir sonuç bekliyorsa, hedefe ulaşmak için hiç bir şey yapmaz. İntihar istekleri çözülemeyen bir sorun veya üstesinden gelinemeyen bir ortamdan kaçma isteğinin aşırı anlamı olarak değerlendirilebilir. Depresif kişi kendini değersiz bir yük gibi görebilir ve sonuç olarak ölmesinin, kendisinde dahil, herkes için en iyisi olduğuna inanır.

Bağımlılığın artışı bilişsel terimlerle açıklanabilir. Kişi kendini boş ve yardım alamayacak bir kişi olarak görür ve normal işlerin zorluğunu abartır. Girişeceği işin sonuçta kötüye gideceğini bekler. Hasta daha yeterli ve yetenekli kabul ettiği kişilerden yardım ve destek arama eğilimindedir.

Beck modeli, depresyonun fiziksel bulgularını da açıklayabilmektedir. Apati ve düşük enerji hastanın bütün çabalarında başarısızlığa mahkum olduğu inancından kaynaklanır. Gelecek hakkındaki olumsuz bakış açısı "psikomotor inhibisyon"a yol açabilir.

Bilişsel Şemalar

Beck'in modelinin ikinci önemli kısmı şemalar kavramından oluşuyor. Şema kavramı, depresif kişinin yaşamında birçok nesnel olumlu etkenin varlığına karşın niçin acı ve kendine zarar verici tutumları sürdürdüğünü açıklamakta kullanılmaktadır.

Herhangi bir ortam birçok uyarımdan oluşmaktadır. Birey özgül uyarımlara seçici olarak dikkat eder, bunları bir örüntü halinde birleştirir ve o ortamı kavramsallaştırır. Her ne kadar farklı kişiler aynı ortamı farklı yollarla kavramsallaştırabilirlerse de, belirli bir kişi benzer tipteki olaylara karşı olan tepkilerinde tutarlı olma eğilimindedir. Göreceli olarak durağan bilişsel örüntüler belirli ortamların yorumlamalarında düzenliliğin temelini oluşturur. Şema terimi bu durağan bilişsel örüntüleri kapsar.

Bir kişi belirli bir durumla karşılaştığı zaman, o durumla ilgili şema aktive olur. Şema, verileri bilişlere çevirmede temeldir (biliş; sözel veya resimsel içerikli herhangi bir fikir). Yani, bir şema, kişinin karşı karşıya kaldığı uyarımları süzmekte, ayırtmakta ve kodlamada temeli anlatmaktadır. Kişi şemalar matrisine göre yaşadığı deneyimleri sınıflandırır ve değerlendirir.

Kullanılan şemaların çeşitleri bir bireyin farklı deneyimleri nasıl yapılandıracağını belirler. Bir şema uzun bir süre etkin olmayabilir fakat özgül çevresel girdilerle (örneğin, stres verici ortamlar) enerji kazanıp etkin olabilir. Özgül bir ortamda etkin olan

şemalar kişinin nasıl tepki vereceğini doğrudan belirler. Depresyon gibi psikopatolojik durumlarda, hastanın özgül ortamları kavramsallaştırması prepotent disfonksiyonel şemalara uyacak şekilde bozulmuştur. Aşırı etkin idiosenkritik şemalar belirli uyarıma uygun şemanın düzenli bir şekilde binişmesini engeller. Bu idiosenkritik şemalar daha da etkinleştikçe çok geniş alandaki ilgisiz uyarımları kendilerine çekerler. Hasta kendi düşünme süreçleri üzerine gönüllü denetimini kaybeder ve daha uygun diğer şemaları kullanamaz (2, 6).

Hafif depresyonlarda hasta genellikle olumsuz düşüncelerini daha nesnel görebilir. Depresyon ilerledikçe, ortam ve kişinin olumsuz yorumlamaları arasında mantıksal bir bağlantı olmamasına karşın, giderek olumsuz düşünme egemen olur. Prepotent idiosenkritik şemalar gerçeklikte bozukluklara yol açtığı ve bunun sonucu olarak depresif kişinin düşünmesinde sistematik hatalar olduğu için, kişi olumsuz yorumlamalarının hatalı olabileceği fikrini pek kabul edemez. Çok daha ağır depresif durumlarda hastanın düşünmesi tamamen idiosenkritik şema egemenliğine girer: Kişinin zihni ısrarla ve tekrar tekrar olumsuz düşüncelerle uğraşır ve dışsal uyarımlara (örneğin, okumak veya sorulan sorulara cevap vermek) konsantre olmakta veya istemli zihinsel etkinliklerle (hesap yapmak, problem çözmek, hatırlamak) ilgilenmekte büyük güçlüğü olur. Bu gibi durumlarda, idiosenkritik bilişsel organizasyonun otonomi kazanmasından söz edilir. Depresif bilişsel organizasyon dış uyarımlardan bağımsız olur ve birey yakın çevresindeki değişikliklere tepki vermez.

Bilişsel Hatalar (Hatalı Bilgi İşleme)

Depresif kişinin düşünmesindeki sistematik hatalar, karşıt bulguların varlığına karşın, hastanın olumsuz kavramlarının geçerliliğine olan inancını sürdürmesine yol açmaktadır.

1. Mantığa dayanmayan çıkarsama (bir tepki seti): Karşıt bir bulgu olduğu veya destekleyen bir bulgu olmadığı halde belli bir düşünceye, sonuca varmaktır.

2. Seçici soyutlama (bir uyarım seti): Bütünün sadece bir ayrıntısına odaklaşıp, o ortamın diğer özelliklerini gözardı edip, yaşanan bütün deneyimi o ayrıntıya göre kavramsallaştırmaktır.

3. Aşırı genelleştirme (bir tepki seti): Bir veya birkaç tane raslantısal olayı temel alarak genel kural veya sonuç çıkarma örüntüsü ve bunu ilgili ilgisiz her ortama uygulamaktır.

4. Büyütme ve küçültme (bir tepki seti): Bir olayın büyüklüğünü veya anlamını değerlendirmedeki bozukluk derecesine varan hatalardır.

5. Kişiselleştirme (bir tepki seti): Kişinin, herhangi bir bağlantı kurmak için hiç bir temel olmaksızın, olayları kendisine bağlaması eğilimidir.

6. Mutlakçı, iki uçlu düşünme (bir tepki seti): Yaşanılan bütün deneyimleri iki zıt kategoriden birine yerleştirme eğilimidir; örneğin, kusursuz veya kusurlu, melek veya şeytan. Kişi kendini tanımlarken en uçtaki olumsuz kategoriyi seçiyor.

Bilişsel Terapi'nin Tanımı

Beck tarafından formüle edilen bilişsel terapi, çeşitli ruhsal bozuklukları (örneğin, depresyon, anksiyete, fobiler, ağrı sorunları, vb.) tedavi etmekte kullanılan etkin, yönlendirici, süre-sınırlı, yapılandırılmış bir yaklaşımdır. Dayandığı kuramsal gerçek; bireyin duygulanım ve davranışının o kişinin dünyayı nasıl, ne yollarla yapılandığı ile belirlendiğidir. Bilişsel (bilinç akışı içindeki sözel veya resimsel olaylar) daha önceki deneyimlerle gelişen tutumlara veya varsayımlara (şemalar) dayanıyorlar (5). Örneğin, eğer bir kişi yaşadığı bütün deneyimlerini Kişisel yeterlilik ile yorumluyorsa, onun düşünmesini egemen olan şema şudur; "Eğer herşeyi mükemmel bir şekilde yapamazsam, başarısız bir kişiyim." Bunun sonucu olarak kişi her ortama, kişisel yeterliliği ile ilgili olsun veya olmasın, kişisel yeterliliği temel alarak tepki gösterir.

Kullanılan özel terapötik yöntemlerden bilişsel yaklaşımın psikopatoloji modeli çerçevesinde yararlanır. Kuramsal bilgi olmaksızın terapi yöntemlerinin etkin bir şekilde uygulanabilmesi mümkün olmaz. Terapötik yöntemler bilişlerin altında yatan bozuk düşünceleri, disfonksiyonel inançları belirlemek, gerçeklik açısından test etmek ve düzeltmek için tasarlanmıştır. Hasta düşünüşünü tekrar değerlendirerek ve düzelterek sorunlarına ve daha önce aşılmasa sandığı ortamlara egemen olmayı öğrenir. Bilişsel terapist hastaya psikolojik sorunları ile ilgili daha gerçekçi ve daha uyum sağlayıcı düşünme ve hareket etmesine yardım eder ve böylelikle semptomlar azalır (7).

Bilişsel terapide bir çok bilişsel ve davranışsal stratejiden yararlanılmaktadır. Bilişsel yöntemler hastanın özgül hatalı kavramlaşmalarını ve uyuma yönelik olmayan varsayımlarını tanımlayarak göstermeyi ve test etmeyi amaçlar. Bu yaklaşım hastayı eğitmek için tasarlanmış, oldukça özgül öğrenme deneyimlerinden oluşmaktadır. Eğitim şu işlemleri içermektedir: 1) kişinin olumsuz, otomatik düşüncelerini (bilişlerini) monitor etmesi; 2) biliş, duygulanım ve davranış arasındaki bağlantıların tanınabilir hale gelmesi; 3) kişinin bozuk otomatik düşüncelerinin yanındaki ve karşısındaki bulguları sınaması; 4) yanlış bilişlerin daha gerçeğe dönük yorumlarla yer değiştirmesi; 5) kişinin yaşadığı deneyimleri bozmasına yatkın olan disfonksiyonel inançları tanımayı ve değiştirmeyi öğrenmesidir (2, 5).

Çeşitli sözel yöntemler özgül bilişlerin ve varsayımların altında yatan mantığı ve temeli keşfetmek için kullanılır. Hastaya başlangıçta bilişsel terapinin mantığı ile ilgili açıklama yapılır. Sonra, kişi olum-

suz düşüncelerini tanımayı, monitor etmeyi ve Otomatik Düşüncelerin Günlük Kayıt Formuna kaydetmeyi öğrenir. Bilişler ve altında yatan varsayımlar, mantık, geçerlilik, uyumluluk ve patolojinin sürdürülmesine karşıt olarak olumlu davranışın artırılması çerçevelerinde tartışılır ve sınanır. Örneğin, depresif kişinin bütün olumsuz sonuçlardan kendi başarılarını dikkate almaksızın kendisini sorumlu hissetmesi eğilimi belirlenir ve tartışılır. Terapiti özgül "hedef semptomlara" odaklaşır (örneğin, intihar dürtüleri). Bu semptomları destekleyen bilişler belirlenir (örneğin, "Yaşamım değersiz, anlamsız ve ben bunu değiştiremiyorum.") ve mantıksal empirik keşfe tabi tutulur.

Psikoterapinin öğrenme modelinin en güçlü yanlarından biri, hastanın, terapistin terapi yöntemlerinin bir çoğuna katılmasıdır. Örneğin, hastalar vardıkları sonuçları veya tahminlerini sorgulamada sıklıkla kendiliğinden kendilerini terapist rolünde bulurlar. Gözlenen kendini sorgulamaya örnekler: Bu sonuca varmak için elimde ne gibi bir delil, bulgu var? Başka ne gibi açıklamalar olabilir? Bu kayıp ne kadar ciddi? Onu yaşamımdan nasıl çıkarabilirim? Eğer bir yabancı benim hakkımda kötü düşündürse bu bana ne kadar zarar verebilir? Eğer ben daha atılgan olmayı denersem ne kaybedebilirim?

Kendini sorgulama bilişsel yöntemlerin terapi odasındaki görüşmeden dış ortamlara genellenmesinde önemli bir rol oynar. Böyle bir sorgulama olmaksızın, depresif kişi kalıplaşmış otomatik örüntüleri ile sınırlanmıştır. Bu durum "düşüncesiz düşünme" olarak isimlendirilebilir (2, 3).

Davranışsal yöntemler çok ağır depresif hastalarda yalnızca davranışı değiştirmek için değil, aynı zamanda özgül davranışlarla ilgili bilişleri çıkarmak için kullanılmaktadır. Davranışsal stratejilere örnek olarak, Haftalık Aktivite Çizelgesi (hasta etkinliklerini saatlik olarak kaybeder), Yapabilme ve Zevk alma Çizelgesi (hasta listelenmiş etkinlikleri 0-5 arası derecelendirilir) ve Artan Miktarla Görevlendirme (hasta çok zor olduğuna inandığı veya mümkün olmadığını düşündüğü bir hedefe ulaşmak için görevler zincirine girer) sayılabilir. Bunlardan başka, davranışsal ödevler, uyuma yönelik olmayan belirli bilişleri ve varsayımları hastanın test etmesine yardımcı olmak için tasarlanır.

Terapistin karşılaşılabileceği en önemli sorun belirli müdahale tiplerinin seçimi ve zamanlaması ile ilgili karar vermektir. Bilişsel terapide davranışsal tekniklerinde kendilerine özgü avantajları ve uygulamaları vardır. Yakın belleği zayıflamış retarde bir kişide bir bilişsel yöntem uygulamak çok zor olur. Davranışsal metodlar göreceli olarak hareketsizliği gidermede ve kişiyi yapıcı etkinliklere yönlendirmede daha güçlüdür. Hatta, davranışsal bir hedefe ulaşmada başarılı bir deneyim yaşama "ben hiç bir şey yapamıyorum" gibi hatalı bir inancı gidermekte bilişsel me-

totlardan daha güçlüdür. Bilişsel yöntemler ise, hastaların özgül olaylarla ilgili doğru olamayan çıkarılmalar yapma eğilimlerini düzeltmekte daha uygun tedavi yöntemleridir.

Terapi genellikle haftalık aralarla 15-25 seans sürer. Orta ve ağır depresif hastalar ilk 4-5 hafta için haftada iki seans, sonraki 10-15 hafta boyunca tek seansı gerektirirler. Tedavi bitiminden sonraki bir yıl içinde 3-4 kontrol görüşmesi öngörülmektedir (4).

Bilişsel Terapide Yeni Olan Nedir?

Bir psikoterapi türü olarak bilişsel terapi bir; görüşmelerin biçimi, iki; odaklaşılan sorun çeşidi açısından geleneksel psikoterapilerden farklılaşmaktadır (2).

Psikoanalitik terapi veya kişiyi merkez alan terapi gibi daha geleneksel psikoterapilerin tersine, bilişsel terapi uygulayan terapist sürekli olarak etkin ve hastayla etkileşim içindedir. Terapist, terapiyi hastanın katılımını ve işbirliğini sağlayacak biçimde yapılandırır. Depresif hastalar genellikle düşünsel bir karmaşa içinde oldukları için terapist onlara günlük yaşamın gereklilikleriyle başdebilmelerine yardımcı olmak için düşüncelerini ve davranışlarını düzenlemede yardım eder. Başlangıçta hastanın semptomları, tedavi planının formülasyonunda işbirliğini engelleyebilir. Ancak terapist, biraz becerisini ve yeteneğini kullanarak hastayı çeşitli terapötik işlemlere etkin bir şekilde katılma konusunda uyarmalıdır. Serbest çağrışım gibi klasik yöntemler ve terapistin etkinliğinin az olması depresif hastalarda olumsuz bir etki yaratmaktadır. Çünkü hastalar olumsuz zihinsel uğraşılara daha fazla dalmaktadırlar.

Psikoanalitik terapinin tersine, bilişsel terapinin içeriği "burada ve şimdi" sorunlarına odaklanmıştır. Temel müdahale, terapi sırasında ve terapi seansları arasında hastanın düşüncü ve duygularını keşfetmeye, araştırmaya yöneliktir. Bilinçaltı etkenlerin yorumlamaları yapılmaz. Bilişsel terapist etkinlik çizelgeleri oluşturarak ve ev ödevleri vererek hastanın psikolojik deneyimlerini keşfetmesi için hastayla etkin işbirliğine girer.

Bilişsel terapi hastaların düşünceler, duygular, işteklere ve tutumlar gibi içsel deneyimlerine daha fazla vurgu yapma açısından davranış terapisinden de farklılaşmaktadır. Bilişsel terapinin genel stratejisi, hastanın otomatik düşüncelerinin, çıkarsamalarının,

vardığı sonuçların ve varsayımlarının empirik olarak çalışılmasına, araştırılmasına vurgu yapma açısından diğer psikoterapi okullarından da ayrılır. Hastanın kendisi, deneyimleri ve geleceği hakkındaki disfonksiyonel düşünce ve inançları varsayımlar şeklinde formüle edilir, sonra bu varsayımların geçerliliği sistematik olarak test edilir. Hemen hemen yaşanan bütün deneyimler hastanın olumsuz bakış açısına ve düşüncelerine ilişkin deney yapma olanağı sağlar. Örneğin, bir hasta kendisiyle karşılaştığında kafasını çeviren herkesin ondan tiksindiğine inanıyordur. Bu kişiye diğer insanların tepkilerini yargılaması için bir sistem kurmasına yardım edilir ve sonra diğer insanların yüz hareketlerini, vücut hareketlerini nesnel olarak değerlendirmesi için yönlendirilir. basit hijyenik işlemleri yapamadığına, yapamayacağına inanan bir hasta için de bu etkinlikleri yaparken başarı derecesini kayıt edebileceği bir grafik veya işaretleme listesi oluşturulabilir.

Sonuç olarak, bilişsel terapist etkin olarak hastaya biliş, duygu ve davranış arasındaki bağlantıları göstermekte ve bilişsel ve davranışsal yöntemler uygulayarak bilişsel organizasyon ve süreçleri değiştirmeyi ve hastaya bilişsel modele dayanan bir eğitim vermeyi amaçlamaktadır. Ev ödevleri verilerek terapi seansında yapılan etkinliklerin desteklenmesi, terapistin terapi odasına sınırlanmaması açısından önemli bir avantajdır.

KAYNAKLAR

- 1- Beck AT: Cognitive therapy and the emotional disorders. International Universities Press, New York, 1976.
- 2- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: Cognitive therapy of depression. The Guilford Press, New York, 1987.
- 3- Clark DM, Teasdale Jd: Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. J Abnormal Psychol, 91, 87-95, 1982.
- 4- Fennell MJV, Teasdale JD: Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. Cognitive Ther Res, 11, 253-71, 1987.
- 5- Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM: Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. Oxford University Press, Oxford, 1989.
- 6- Hollon SD, Kriss Mr: Cognitive factors in clinical research and practice. Clin Psychol Rev, 4, 35-76, 1984.
- 7- Young JE, Beck AT: Cognitive therapy: clinical applications. In Short term Psychoterapies for depression, (Ed. AJ Rush), Guilford Press, New York, 1982.