MKT’de Mesafeli Farkındalık Uygulamaları

Dr. Sedat BATMAZ

Düşünceyi değiştirmekten düşünmeyle ilişkiyi değiştirmeye

MKT’nin hareket noktası

Tetikleyici düşünce → **BDS**

→ **Sıkıntının sürmesi**

**Sorun çoğu zaman düşüncenin varlığı değil,
düşünceye verilen tepkidir.**

- Endişelenme ve ruminasyon
- Tehdit izleme / dikkat yanlılığı
- Bastırma / kontrol çabası
- Güvence arama / kaçınma

BDS: klinik hedefi netleştirmek

Tetikleyici	Endişelenme/ruminasyon	Tehdit izleme	Başa çıkma	Sürdürme

- Hasta genellikle “düşünceyi” problem sanır; klinisyen “düşünceyle yapılan işlemi” görünür kılar.
- MF, BDS’ye katılımı azaltarak yeni metakognitif bilgi üretmeyi hedefler.
- Hedef “rahatlamak” değil; düşünceye cevap verme zorunluluğunu askıya almaktır.

“Bu düşünce geldiğinde zihnin onunla ne yapıyor?”

Mesafeli Farkındalık nedir?

Fark et → **Cevap verme** → **Dikkatini esnek kullan**

- Düşünce, imge, anı ya da dürtüyü zihinsel olay olarak fark etmek
- Onu analiz etmemek, yanıtlamamak, bastırmamak, nötralize etmemek
- Kendini düşünceden ayrı bir gözlemci olarak konumlandırmak
- Dikkati seçilen göreve geri döndürmek; düşünce kalırsa kalmasına izin vermek

MF ne değildir?

Bastırma	Dikkat dağıtma	Yeniden yapılandırma	Maruz bırakma	Genel kabul
“Aklıma gelmesin”	“Gitsin diye başka şeye bakayım”	“Doğru mu, yanlış mı?”	“Kaygı düşene kadar kal”	“Olduğu gibi kabul et”

MF’nin klinik işlevi:
Düşünceyi içerik olarak çözmek değil, düşünmeye katılımı durdurmak.

Hasta neden kontrolü keşfetmez?

- Yanlış strateji: daha az düşünmek için daha çok düşünmek
- Zihin yerine dış güvenceye yaslanmak: arama, kontrol, sorma
- “Düşünce tehlikeli / kontrol edilemez” üstbilişsel inanışlar
- Olumlu inanışlar: “Düşünürsem hazır olurum / hata yapmam”

Hasta her gün binlerce düşünceyi zaten işlemden geçirmeden bırakır.

MF bu doğal beceriyi sorunlu tetikleyicilere taşır.

MF’nin yapı taşları

Meta-farkındalık	“Şu anda bir düşünce geldi.”	**Mesafe koyma**	Düşünce = zihindeki bir olay; gerçekliğin kendisi değil
Dikkati esnetme	Dikkat tek noktaya kilitlenmez	**Kavramsal işlemeyi azaltma**	Analiz / iç diyalog minimum
Hedefe dönük başa çıkma yolunu kullanmama	Giderme / önleme / nötralize etme yok	**Gözleyen benlik**	Ben düşünce değilim

Farkındalık + katılmama + esnek dikkat

BDS ile MF karşıt durumlar gibidir

BDS		MF
Düşünceye yapışma		Düşünceyi olay olarak görme
Uzun süreli analiz	↔	Analizi bırakma
Tehdit izleme		Esnek dikkat
Bastırma / güvence		Tepki vermeme
Düşünce = gerçek / ben		Düşünce ≠ gerçek / ben

MF formülasyona bağlanmadan öğretilmemeli

1	2	3	4	5
Tetikleyici	BDS başlar	İşlevsiz tepki	Sonuç	Yeni yanıt

“Bu düşünce geldiğinde genelde ne yapıyorsunuz?”

“Bugün düşüncenin doğru olup olmadığını değil, onunla ne yaptığınızı çalışacağız.”

- Formülasyon hastaya “Neden MF?” sorusunun yanıtını verir.
- Hedef düşüncenin frekansı değil; tepkinin biçimi ve süresidir.

5N1K: MF’yi hastaya anlatmak --- Tanımlayıcı çerçeve

Ne? Zihinsel olayı fark edip katılmamak

Neden? BDS’yi besleyen işlemeyi durdurmak

Kim? Endişelenme/ruminasyon/tehdit izleme yaşayan hasta

Ne zaman? İlk çekim başladığında

Nerede? Seans, ev, iş, tetikleyici an

Nasıl? Fark et → cevap verme → göreve dön

5N1K açıklamayı kısaltır; uygulamanın yerini almaz.

Layer	Focus and clinical function	Components with brief explanation	Example clinician wording / application	Possible supervision or training indicator
5W1H	**Conceptual scaffold** - Clarifies rationale, indication, timing, context, and procedure.	**What is DM?** Defines DM as non-engagement with internal events.	*"DM means noticing the thought without entering into it."*	Patient can define DM as non-engagement with thoughts rather than thought suppression, distraction, or reappraisal.
		Why is DM used? Links DM to interruption of the CAS.	*"We use this because the problem is not the thought appearing, but the review, checking, and analysing that follow."*	Patient can explain that the target is the CAS process following the thought, not the occurrence or truth of the thought itself.
		Who is DM most relevant for? Identifies patients whose distress is maintained by worry, rumination, monitoring, or maladaptive coping.	*"This is especially useful when your mind pulls you into worry, rumination, monitoring, or reassurance-seeking."*	Therapist identifies worry, rumination, threat monitoring, checking, reassurance seeking, or suppression attempts as maintaining processes.
		When should DM be applied? Specifies use at the onset of engagement.	*"Use it at the first moment you notice the pull to analyse, replay, check, or solve."*	Patient applies DM at the early onset of engagement, before extended worry/rumination fully develops.
		Where can DM be practised? Applies in session and daily trigger contexts.	*"Practice it here in session first, then in ordinary moments, e.g., on the commute, at your desk, before sleep, or when a trigger appears."*	Patient identifies at least one in-session and one between-session context for DM practice.
		How is DM implemented? Guides noticing, not engaging, and reallocating attention.	*"Notice the thought, do not answer it, allow it to remain in the background, and return attention to what you are doing."*	Patient can describe and rehearse the sequence, i.e., notice, do not engage, allow presence, reallocate attention, continue activity.

CORE: MF’nin asgari klinik bileşenleri

C	**Coping disengagement**	Kontrol, güvence, kaçınma, bastırmadan geri adım
O	**Observational stance**	Düşünceyi olay olarak gözlemleme
R	**Rumination/worry interruption**	Analiz zincirine girmeme
E	**Executive control**	Dikkati gönüllü ve esnek yeniden yöneltme

Layer	Focus and clinical function	Components with brief explanation	Example clinician wording / application	Possible supervision or training indicator
CORE	**Essential clinical ingredients** - Defines the minimum ingredients of genuine DM and links them to coping, perseverative thinking, and attentional control.	**Coping Disengagement:** Withdrawing from reassurance seeking, checking, suppression, avoidance, or other coping responses that keep the CAS active.	*"Notice the urge to check, and practice not responding to it."*	Reduced checking, reassurance seeking, suppression attempts, avoidance, or other CAS-maintaining coping responses.
		Observational Stance: Seeing thoughts, images, and urges as mental events rather than problems requiring action.	*"See if you can let the thought sit there as a mental event, without answering it."*	Patient describes thoughts as mental events rather than problems requiring immediate solution.
		Rumination/Worry Interruption: Disrupting extended analysis, replaying, prediction, and "what if" chains.	*"Notice the point where your mind begins to replay or predict. We are not going to continue that chain. Let the question remain unanswered for now, and do not follow the next 'what if.'"*	Reduced replaying, "what if" chains, analytical statements, or predictive simulations.
		Executive Control: Restoring flexible, voluntary allocation of attention while allowing the thought to remain present.	*"Now place your attention back on the task, not to make the thought disappear, but because you choose where attention goes."*	Shorter latency to return attention to a chosen task while allowing the thought to remain present.

PROCESS: ilk saniyeleri yavaşlatmak --- Uygulamanın sıralaması

1	2	3	4	5	6	7
Algı	BDS'yi tanı	Gözlemci konuma geç	Katılımı bırak	Dikkati yönelt	Stabilize et	Genelle

- Hastalar MF'yi teoride değil, tetikleyici geldikten sonraki ilk saniyelerde uygulamakta zorlanır.
- Terapist görevi: BDS'ye tekrar girilen noktayı yakalamak ve nazikçe düzeltmek.
- Başarı ölçütü: düşüncenin kaybolması değil, işlemeye katılmamanın gerçekleşmesidir.

(i) Perception of a trigger,
(ii) Recognition of CAS activation,
(iii) Observational repositioning,
(iv) Cognitive disengagement,
(v) Executive reallocation of attention,
(vi) Stabilization,
(vii) Strengthening and generalization.

Layer	Focus and clinical function	Components with brief explanation	Example clinician wording / application	Possible supervision or training indicator
PROCESS	**Temporal sequence** - Describes how DM unfolds in real time during disengagement from worry, rumination, and threat-focused attention.	**Perception:** The trigger is noticed.	*"What appeared just now?"*	Patient detects an internal trigger before full CAS escalation.
		Recognition: The patient identifies CAS activation.	*"Can you notice the moment where thinking starts turning into reviewing?"*	Patient identifies *"I am starting to worry/review/check/monitor."*
		Observational Repositioning: The patient shifts from immersion to observing.	*"See if you can take half a step back from the thought. Instead of being inside the story, notice: 'A thought is occurring.' You do not need to solve it from the inside."*	Patient shifts from *"I must solve this."* to *"A thought is occurring."* without entering content evaluation.
		Cognitive Disengagement: The patient refrains from evaluating, solving, suppressing, or neutralising.	*"Do not evaluate whether the thought is true, false, dangerous, or acceptable. Do not try to neutralise it. Let it be present without giving it a mental response."*	Patient refrains from evaluating, solving, neutralising, suppressing, or reassuring.
		Executive Reallocation: Attention is redirected flexibly.	*"Let the thought remain in the background and return to what you were doing."*	Patient redirects attention to the current task or chosen focus without using attention shift as avoidance.
		Stabilization: Non-engagement is maintained without checking whether the thought has gone.	*"Do not check whether it has disappeared; just continue."*	Patient maintains non-engagement without checking whether the thought has disappeared.
		Strengthening and Generalization: Repeated practice builds confidence and transfer across contexts.	*"This week, practice the same sequence in small daily moments, not only when distress is high. Each time you notice, disengage, and return attention, you are strengthening the skill."*	Patient reports repeated use of the same sequence across different triggers, settings, and levels of distress.

CARE: güvenli ve doğru uygulama --- Modele bağlılık ve güvenli uygulama

C	**Checking implementation**	Ne yaptığını kontrol et
A	**Avoiding misapplication**	Bastırma / kaçınma / dikkat dağıtma kaymasını yakala
R	**Reducing risk**	Aşırı uyarılma, disosiyasyon, akut riskte hızını ayarla
E	**Enhancing effectiveness**	Modelleme, kısa tekrar, net dil

Layer	Focus and clinical function	Components with brief explanation	Example clinician wording / application	Possible supervision or training indicator
CARE	**Fidelity and safety** - Supports accurate, safe, and effective use while preventing drift into non-MCT techniques.	**Checking Implementation:** Monitoring whether DM is being practised as intended.	*"Are you letting the thought be there, or are you trying to remove it?"*	Therapist identifies whether DM has drifted into suppression, distraction, reappraisal, exposure, or acceptance-based practice.
		Avoiding Misapplication: Preventing drift into suppression, distraction, reappraisal, reassurance, exposure, or acceptance-based practice.	*"This is not about replacing the thought with a better one."*	Therapist gives corrective feedback when the patient tries to remove, replace, debate, neutralise, or test the thought.
		Reducing Risk: Using pacing and clinical judgment in presentations requiring caution.	*"Let's slow this down and practice with a milder trigger first."*	Therapist adjusts pacing, trigger intensity, or practice context when the patient shows overwhelming arousal, dissociation, confusion, or severe cognitive disorganization.
		Enhancing Effectiveness: Improving learning through modelling, repetition, brief practice, and clear therapist language.	*"We will repeat this briefly several times so it becomes easier to use outside the session."*	Therapist uses modelling, repeated brief practice, clear process-focused language, and between-session rehearsal to strengthen skill acquisition.

Terapistin dili: Kısa, süreç odaklı, sakin

KULLAN

- “Düşünceyi fark edin.”
- “Tartışmaya girmeyin.”
- “Cevap vermek zorunda değilsiniz.”
- “Kalıyorsa arka planda kalsın.”

KAÇIN

- “Bunu düşünmeyin.”
- “Başka şey düşünün, geçsin.”
- “Gerçekçi mi, kanıtı ne?”
- “Kaygı düşene kadar kalın.”

Ses tonu aslında bir mesajdır: Düşünce tehlikeli değil, verilen tepki de seçilebilir.

Teknik 1: Metakognitif rehberlik

- Sorular düşünce-içerik tartışması için değil, meta-farkındalık için kullanılır.
- Hasta düşünceyi ve dış dünyayı aynı anda fark etmeyi dener.
- Amaç: “Düşünceye göre mi, gözlerin gösterdiğine göre mi yaşıyorum?” ayrımı.

Örnek klinik soru

“Bu düşünce zihninizde dururken odadaki gerçekliği de görebilir misiniz?”

Teknik 2: Serbest çağrışım görevi

1	2	3	4	5
Nötr sözcükler	Zihnin tepkisini izle	Kontrol etme	Analiz etme	Ne olduğunu keşfet

Uygulama sözcükleri
ağaç • deniz • doğum günü • bisiklet • güneş • aile

- Önce nötr koşul: zihnin otomatik akışını gözleme.
- Sonra beklenti ve tetikleyici koşullarına geçilebilir.
- Görev, başa çıkma becerisi değil, keşif deneyimidir.

Teknik 3: Kaplan görevi

1. Gözlerinizi kapatın ve bir kaplan imgesi oluşturun.
2. Hareket ederse siz hareket ettirmeyin; sadece izleyin.
3. Sonra sorun: “Bunu siz mi yaptınız, kendiliğinden mi oldu?”

Zihinsel olaylar kendiliğinden akabilir; her olaya müdahale etmek gerekmez.

Teknik 4: Bastırma – karşı bastırma

Aşama A
“Bunu düşünmeyin.”

→

Aşama B
“Olursa pasifçe izleyin.”

- Bastırma aktif temas yaratır.
- MF düşüncenin varlığıyla kavga etmez.
- Sonuç ölçütü: Düşünce kayboldu mu değil, onunla ne yaptım?

Metaforlar: açıklamak için; tekniğin yerine değil

Bulut	Geçip gider; itmek gerekmez	**Tren istasyonu**	Her trene binmek gerekmez
Kalabalık oda	Her konuşmaya katılmak gerekmez	**Uslu durmayan çocuk**	İlgi arttıkça güçlenebilir

Metafor kullanımında tuzak:
Hasta metaforu yeni bir kontrol stratejisine dönüştürebilir.

İleri Uygulama Becerileri: Üç Farklı Koşulda MF

1	**Nötr koşul**	Nötr sözcüklerle pasif izleme
2	**Beklenti koşulu**	Tetikleyici gelebilir beklentisi
3	**Tetikleyici koşulu**	Gerçek tetikleyici sözcük / imge

Beklenti koşulu özellikle değerlidir:
Hasta daha tetikleyici gelmeden "hazırlanma, gerilme, kontrol etme" süreçlerini keşfeder.

Her koşulun üç aşaması

1 Hazırlık	2 Uygulama	3 Şekillendirme

- Hazırlık: formülasyona bağla, keşif olarak sun, “beyin bozuk değil” mesajını ver.
- Uygulama: kısa yönerge, pasif gözlem, analiz/kontrolü durdurma.
- Şekillendirme: Ne oldu, ne yaptın, BDS’ye nerede girdin? Tekrar deneyelim.

Olgu: “Hata yaptım mı?”

Tetikleyici	Toplantı sonrası kısa bir sessizlik
BDS	İki saat replay, e-posta kontrolü, güvence arama
MF yanıtı	“Bu bir düşünce; toplantıyı yeniden izleme görevine girmiyorum.”
Başarı ölçütü	Kaygı düştü mü değil; replay, kontrol, güvence kesildi mi?

Hastanın “MF işe yarıyor mu?” diye kontrol etmeye başladığı anı yakala.

Bozukluklara göre klinik odak

YAB	Endişe zincirini başlatan “ya olursa?”
OKB	İntrüzyon + nötralizasyon / kontrol
Depresyon	Ruminasyon ve öz-eleştiri döngüsü
TSSB	Tehdit izleme ve travma sonrası işleme
Sağlık anksiyetesi	Bedensel tarama + güvence arama

Ötetanısal ortak hedef:
Tetikleyiciye verilen işlemleyici tepkiyi değiştirmek

ÖZETLE...

1. Düşünce gelebilir; cevap vermek zorunda değilsin.
2. Amaç rahatlamak değil, BDS'ye katılmamaktır.
3. Düşünceyle savaşma; düşünceyle ilişkiyi değiştir.

Yarın bir hastada hangi tek cümleyi kullanacaksınız?

KLASİK MF ÖĞRETİLMESİ (METAFORLAR – DİDAKTİK):

NE KADAR ANLAŞILIRDI? (0-10)

NE KADAR UYGULAMAYA DÖNÜKTÜ? (0-10)

CORE – PROCESS – CARE ÇERÇEVESİYLE MF ÖĞRETİLMESİ

NE KADAR ANLAŞILIRDI? (0-10)

NE KADAR UYGULAMAYA DÖNÜKTÜ? (0-10)



Advances in Metacognitive Therapy: Mechanisms, Applications, and Future Directions

Participating journal: Discover Mental Health

https://link.springer.com/collections/ifjbeeeehh