

ÇOCUK VE ERGENLERDE BİLİŞSEL TERAPİLER

M. Hakan Türkçapar*, Mehmet Z. Sungur**
Asena Akdemir*

ÖZET

Bilişsel terapiler, psikolojik tedavi yaklaşımları arasında görece olarak yeni olmalarına karşın yetişkinlerin ruhsal sorunlarının tedavisinde klinisyenler tarafından oldukça tutulan ve sık kullanılan yöntemler haline gelmişlerdir. Yetişkin sorunlarının bilişsel-davranışçı yöntemlerle tedavisine ilişkin çok sayıda yayın vardır. Buna karşın bu kaynakların çok azı çocukların sorunlarıyla doğrudan ilgilidir. Bilişsel - davranışçı terapilerin ilkelerinin ve kullanılan tekniklerin çocuk ve ergenlerde de kullanılabilmesi için uygulamada bazı değişiklikler yapılması gereklidir. Bu değişikliklerin en önemlilerinden birisi uygun bilişsel-davranışçı yaklaşım ve uygulamayı seçerken terapiye alınacak çocuğun bilişsel gelişim dönemini göz önünde bulundurmadır.

Anahtar sözcükler : Bilişsel terapi, çocuk, ergenlik

SUMMARY : COGNITIVE THERAPIES WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

Although cognitive therapy is rather a recent development in psychological treatment approaches, it has already aroused a considerable interest among clinicians. Much has been written about the cognitive-behavioural treatment of adult patients. However only a small part of this literature is concerned with children's problems as some modifications of techniques and principles are necessary for the application these techniques in children and adolescents. One of the main issue is to keep in mind the children's cognitive developmental stage in selecting the appropriate cognitive - behavioural assessment and intervention procedure.

This paper discusses the basic principles and issues that should be considered during the treatment of children and adolescents by cognitive - behavioural means.

Key words : Cognitive therapy, child, adolescence.

BİLİŞSEL PSİKOTERAPİNİN TANIMI

Bilişsel psikoterapiler bilgi işleme modeline dayanır. Bu terapilerin kişilik, psikopatoloji ve tedavi kuramlarında da öncelik, bilişsel süreçlerdedir (Beck ve Rush 1989). Bilişsel terapiler başlığı altında, genellikle Beck'in adıyla birlikte anılan bilişsel terapi (BT), Ellis'in geliştirdiği rasyonel emotif terapi (RET) ve bilişsel - davranışçı terapi (BDT) yer alır. Bilişsel terapinin bu üç şekli kuram ve uygulama yönünden bilişsel süreçlere odaklandığından birbirlerine çok benzerler. Bu nedenle çoğu kere bilişsel terapiler başlığı altında bir arada incelenirler ve bu farklı adlandırmalar bazen birbirlerinin yerine kullanılabilirler (Petti 1991). Biz bu yazıda bu üç ana yaklaşımdan BT ve BDT'yi ele alacağız.

BECK'İN BİLİŞSEL TERAPİSİ

Bilişsel kurama göre insanın duyguları ve davranışları büyük ölçüde bilişsel süreçler tarafından belirlenir. Bilişsel süreçler ise insanın dış dünyayı, çevresinde olup biten olayları, kendi yaşamını ve ilişkilerini yorumlamasını sağlar. Bilişsel yapı bu yapıyla kişinin dış dünyayı gözlemlemekte ve değerlendirmekte kullandığı öznel bir süzgeç benzetilebilir. İnsanın dünyaya bakış tarzını ve yorumlarını belirleyen bilişsel

yapıda yer alan temel sayılı ve inançlar, çarpık ya da işlevsel olarak bozuk olduğunda kişi sorunlar, yaşamaya başlar (Levenson ve Pope 1992). Buna göre insanların yaşadıkları sorunlar geniş ölçüde yanlış sayılılara dayanılması sonucunda gerçek ve gerçekliğin çarpıtılmasına bağlıdır. Yani kişileri rahatsız eden sorunlar aslında olayların ve yaşananların kendisinden değil, bunların algılanma ve değerlendirilme biçiminden kaynaklanır (Beck 1976). Bilişsel terapi işte bu sorun doğuran anlamlandırma ve yorumlama biçimlerinin yerine daha uyumlu ve duruma uygun olanları göstermeye çalışır.

Bilişsel terapiler bireyin kendisi ve dış dünyayla ilgili algı ve değerlendirmelerini biçimleyen otomatik düşünceler, şemalar, sayılılar ve inançlar üzerine odaklanır.

Otomatik düşünceler kişinin kendisiyle ilgili ifadeleri ve iç diyaloglarıdır. Bunlar kişi belirli bir durum içine girdiğinde hızla ortaya çıkan düşüncelerdir. Bu düşünceler genellikle akılcı ve sistematik bir çözümlemeden geçmezler (Wright 1988). Normal koşullarda oluşabilirlerse de, özellikle duygusal bozukluklarda görülürler ve duruma ilişkin bilgi ve verilerin işlenmesi sırasında oluşan çeşitli bilişsel yanlış ve çarpıtmalar sonucunda ortaya çıkarlar (Sungur 1993). İşler uygun gitmediğinde "herşey benim hatam", biri tarafından terk edilme durumunda "sonsuz kadar yalnız kalacağım" diye düşünülmesini bu tip otomatik düşüncelere örnek olarak verebiliriz.

* Asis. Dr., SSK Ankara Hastanesi Psikiyatri Kl. Ankara

** Doçent Dr., Ankara Üniv. Tıp. Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

Temel inançlar, tutumlar ve sayılılar birbiriyle bağlantılı şekilde bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilgili kurallarının oluşumunu sağlar. İnançlar, tutumlar ve sayılılar davranışın soyut düzenleyicileridir. Bunların neler olduğu otomatik düşüncelerden bulunabilir. İnançlar, tutumlar ve sayılılar duruma göre kişinin uyumunu bozucu ya da işlevsel açıdan bozuk olabilirler (Shaw ve Segal, 1988). Çocukluk döneminde sık görülen kimi sayılılara örnek verirsek; "eğer insanlar benden hoşlanmazsa bu çok kötü bir durumdur"; "eğer hata yaparsam kötüyümdür"; "herşey benim istediğim şekilde olmalı ve ben her istediğimi almalıyım"; "herşey bana kolay gelmeli"; "dünya iyi bir yer olmalı ve kötü insanlar cezalandırılmalı"; "duygularımı göstermemeliyim"; "yetişkinler mükemmel olmalıdır"; "sadece bir doğru yanıt vardır"; "kazanmak zorundayım"; "hiçbir şey için beklemek zorunda değilim" (DiGiuseppe 1989).

İşlevselliği bozuk bu sayılılar, inançlar ve tutumlar bilgi yapılarını yani şemaları yansıtır. Şemalar bireyin kişisel ve çevresel bilgiyi nasıl düzenleyeceğini belirleyen, onun dış dünya ve kendisiyle ilgili temel varsayımlarını içeren, geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşmuş bilişsel yapılarıdır (Shaw ve Segal 1988). Yaşamın erken dönemlerindeki kişisel deneyimler ve çevredeki önemli insanlarla yapılan özdeşimlerle oluşan şemalar, yaşamın daha ileri yıllarındaki benzer deneyimler ve öğrenmelerle pekişir. Kalıcı bilişsel yapılar olan bu şemalar bazen sorunla başa çıkma düzeneği olarak olumlu olabilecekleri gibi, bazen de işlevsellikten uzak ve dolayısıyla olumsuz olabilirler. Kişilik denilen duygusal ve davranışsal örüntüler yaşamla ve kendilikle ilgili bu tür şemalardan oluşur (Beck ve Weishaar 1989).

Bilişsel terapilerde bireylerin şemalarına kadar inebilmek ancak otomatik düşüncelerin terapist tarafından yakalanması ve hastaya gösterilebilmesiyle sağlanır (Sungur 1993). Şemalar bilişsel çarpıtmalar aracılığıyla kalıcılıklarını ve etkinliklerini sağlarlar (Beck ve Weishaar 1989, Shaw ve Segal 1988). Bu bilişsel çarpıtmalardan en sık görülenleri şunlardır :

1. Keyfi çıkarsama : Herhangi bir kanıt olmaksızın ya da aksine kanıt olmasına karşın kişinin belli bir sonuç çıkarması. Örneğin böyle bir çarpıtmayla karşıdaki kişinin olumlu ve destekleyici sözlerini ilgilenme yerine acıma belirtisi olarak görme.

2. Seçici odaklama : Belli bir ortamın ya da bağlamın yalnızca olumsuz yönlerine odaklanma; ilgili bilgileri ve bağlamı dikkate almaksızın bir durumu kavramlaştırma. Örneğin depresyonda kişi içinde bulunduğu durum ya da yaşadığı deneyimlerin yalnızca olumsuz ve kötü yanlarına odaklanır (Sungur 1993).

3. Aşırı genelleme : Kişinin bir ya da birkaç olaya bağlı olarak tüm durumları kapsayan sonuçlar çıkarması. Örneğin eşi tarafından terkedilen birisinin "benimle hiç kimse ilgilenmeyecek ve sevmeyecek" sonucuna varması gibi.

4. Küçümseme ya da büyütme : Birşeyi olduğundan çok büyük ya da çok küçük görme. Örneğin depresyonda, kişi başardığı işleri küçümser ve değersizleştirirken, yanlışlarını ya da yanlış olarak değerlendirdiği davranışlarını abartır (Sungur 1993).

5. Hep ya da hiç biçimde düşünme : Her türlü deneyim ve yaşantının iki uç bağlamında değerlendirilmesi söz konusudur. Bir şey ya tam olmuştur ya da yoktur; bu iki uç arasında yer alan noktalar görülmez.

6. Kişiselleştirme : Kişinin kendisiyle ilgili olmayan ya da çok az ilgili olan bir olayı kendisiyle bağlantılı görmesi ve olayın olumsuz sonuçlarından kendisini sorumlu tutmasıdır (Sungur 1993).

Beck'in bilişsel kuramı özetle, kişinin farkında olmadığı sessiz biçimde duran şemaların yaşanan olaylarla etkinleştiğini ve böylelikle yaşanan olayla ilgili algılama ve anlam çıkarma yetilerinde şemalarla bağlantılı bir bozukluğun ortaya çıktığını varsayar. Buna bağlı olarak da kişi durumla ilgili verileri çarpıtılmış bir biçimde yanlış olarak işler ve ruhsal rahatsızlık ortaya çıkar. Bir başka deyişle çeşitli psikopatolojik durumlarda aynen genetik bir yatkınlık gibi bilişsel bir yatkınlıktan da söz edilebilir.

Bu tür yatkınlığı olan kişiler temel varsayımlarını çağrıştıran ya da destekleyen yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında diğerlerine oranla daha kolay rahatsızlanabilmektedirler (Sungur 1993).

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ (BDT)

Davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar her geçen gün daha çok yakınlaşmakta ve günümüzde çoğu kez bu iki yaklaşım birleştirilerek bilişsel-davranışçı terapiler (BDT) olarak anılmaktadır (Sungur 1994a). BDT 1960'ların sonlarındaki davranışçı terapi hareketi ve psikolojideki biliş-

sel modelin giderek ağırlık kazanmasından sonra çocukların terapisinde de önemli bir yaklaşım haline gelmiştir.

Tedavideki temel amaç değişimi sağlamak ise temel araçlar hedefe ve sorun çözmeye yönelik davranışları arttırmak olmalıdır. Bilişi değiştirmenin en etkili yollarından birisi de performansı değiştirmektir (Sungur 1994b). Terapistle görüşme sırasında elde edilen bilgilerin beceri biçimine dönüştürülmesi amacıyla, hastaların tedavi oturumları arasında gerçekleştirdikleri hedefe yönelik etkinliklere ev ödevi adı verilir. Ev ödevleri etkili davranış terapilerinin hiç değişmeyen temel terapötik öğelerinden biridir (Sungur 1994a). Bilişsel – davranışçı terapilerde bir yandan bilişsel yanlışlar düzeltilirken bir yandan da oluşturulan değişikliğin kalıcı olmasını ve bireyin günlük yaşamına girmesini sağlayan davranışçı teknikler kullanılır. Tedavide hastanın bireysel özelliklerine ve gereksinmelerine uygun olarak zaman zaman bilişsel, zaman zaman davranışçı çoğu kez ise bilişsel–davranışçı yöntemler kullanılır. Hangi tür yaklaşımın daha öne çıkacağını belirlemede, hastanın tedaviye başvurduğu noktada hangi eksikliklerinin yaklaşım yönünden uygun hedefler olacağını değerlendirilmesi önem taşır (Sungur 1994b). Bir başka deyişle rahatsızlığın özelliklerine göre tedavide bazen davranışçı bazen de bilişsel bileşen ağırlık kazanabilir (Hawton ve ark. 1989).

Bu kuramın dayandığı ilkeleri özetle şöyle sıralayabiliriz :

- 1) Kişi çevrenin kendisinden çok onun kendi zihnindeki bilişsel tasarımı yanıtlar.
- 2) Öğrenme çoğunlukla bilişsel işlevler aracılığıyla gerçekleşir.
- 3) Düşünceler, duygular ve davranışlar neden-sonuç ilişkisi içinde ilişki içindedir. Bunlardan biri diğerinden daha başat değildir.
- 4) Danışanın tutumları, beklentileri ve diğer bilişsel etkinlikleri terapötik girişimlerin planlanmasında ve uygulanmasında temel alınır.
- 5) Bilişsel yaklaşımlar davranışçı kuramlarla bütünleştirilebilir ve bilişsel tedavi yöntemlerini davranışçı tekniklerle birleştirerek daha iyi sonuçlar almak olasıdır.
- 6) Bilişsel davranışçı terapist uyumu bozan bilişsel süreçleri belirleyen bir değerlendirici, işlevselliği bozuk düşünceleri ve onlara eşlik eden duygusal ve davranışsal örüntüleri değiştirmek için çeşitli yeni öğrenme deneyleri düzenleyen bir eğitici ve danışman olarak çalışır (Kendall 1992).

BDT öncelikle başvuruya neden olan sorunu çözmeyi hedefler. Esas olan "hedef uyumsuz davranışın" değiştirilmesidir. Ancak "hedef uyumsuz davranış" klasik tıpta "belirti (semptom)" olarak adlandırıldan farklı bir anlam taşır (Sungur 1994b). Kişilik bozuklukları gibi daha ayrıntılı yaklaşım gerektiren durumlarda ise kişiliği oluşturan şemaları ortaya çıkararak daha köklü değişimler gerçekleştirmeye çalışır.

ÇOCUKLARDA VE ERGENLERDE BİLİŞSEL TERAPİ

Son yıllarda bilişsel psikoterapinin yetişkinlerde kullanımı oldukça yaygınlaşmış olmasına karşın bu yaklaşımın çocuk ve ergenlerin tedavisinde kullanımı oldukça yenidir. Çocuklarla çalışan terapistlerin çoğu tedavide psikodinamik, davranışçı ve aile terapisi gibi yaklaşımları kullanmaktadır. Bu kuramların bakış açısına göre çocuk dışsal etkilerin edilgin bir alıcısıdır. Ancak bilişsel kurama göre bu edilgenlik çoğu kez çocuğun kendi dışındaki insanlara bağımlı olduğu beslenme, temizlik, barınma gibi fiziksel gereksinimler için geçerlidir. Bilişsel kuram, çocuğun kendi duygusal tepkileri üzerine önemli bir kontrolü olmadığı ve ruhsal bozuklukların yalnızca çevresel–sistemik değişkenlerin ya da çeşitli yanlış öğrenmelerin bir sonucu olduğu varsayımına karşı çıkar. Bu gibi etkenler çocuğun ruhsal gelişimini biçimlendirmede önemlidirler. Ancak bilişsel sistem de bu süreçte önemli bir işleve sahiptir. Bunu tedaviye uyarlısak çocuğun davranışı, sistemi (örneğin aileyi) ya da davranışın sonuçlarını değiştirerek düzeltebileceği gibi, doğrudan ve belki de daha etkili bir şekilde çocuğun bilişlerini (kognisyonlarını) değiştirerek de düzeltebilir. Son zamanlarda çocuk ve ergenlerde başta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu depresyon, madde kullanımı, anksiyete bozuklukları, saldırganlık, dürtü kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları olmak üzere birçok durumda bilişsel davranışçı terapiler kullanılmaktadır (Duffy ve Spence 1993, Kendall 1993, Singer ve ark. 1992, Nathan 1992, Durlak ve ark. 1991, Botvin ve ark. 1990).

Yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da bilişsel kuram çocuğun rahatsızlık doğuran duygularının geniş ölçüde inançları tarafından belirlendiğini varsayar. Akıcı olmayan çeşitli düşünceler ve gerçeğin çarpıtılması aynen yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da kızgınlık, depresyon ve anksiyete oluşturabilir. Aslında çocukların "çocuk" olduğu için –yani olgunlaşmamış, daha somut, ayrıntısız düşünen ve daha az eğitilmiş oldukları için – yetişkinlere göre çok daha fazla

bilişsel hata yapmaları ve kolay rahatsız olmaları beklenebilir. Kuramsal düzeyde birçok terapist, çocuğun düşünce özelliklerini değiştirerek düzelmenin sağlanabileceği konusunda kuşku duysa bile, düşüncelerin duygulara yol açabileceği çikarsamasını kabul etmektedir.

Piaget'in bilişsel gelişim aşamalarına göre çocuk 7-8 yaş civarında somut işlemler aşamasına girer. Ergenlik döneminde ise bir sonraki ve zihinsel gelişimin son aşaması olan soyut (formel) işlemler dönemine girilir. Ancak bazı kişiler soyut işlemler düzeyine geçemez ve yetişkin dönemlerinde somut işlemler aşamasında kalabilir. Bilişsel terapi somut düşünce döneminde kalmış bu grup yetişkinlere de uygulanabilmektedir. Buradan çocukların çoğunun somut düşünce aşamasına gelmişlerse bilişsel tartışmadan faydalanabilmek ve katılabilmek için gerekli mantıksal süreçlere sahip olduğu sonucuna ulaşabiliriz. Ancak henüz somut işlemler dönemine ulaşmamış çocukların bilişsel terapinin mantık ve tartışma biçimiyle ilgili güçlükleri olacaktır. Bununla birlikte bu çocuklarda bile kendi kendine yönerge verme veya sosyal beceri eğitimi gibi mantıksal düşünme gerektirmeyen diğer tip bilişsel girişimler kullanılabilir (aktaran Di Giuseppe 1989).

TEDAVİ TEKNİKLERİ VE YÖNTEMLERİ

Bu bölümde öncelikle bilişsel - davranışçı terapi de dahil olmak üzere tüm diğer psikoterapi yöntemlerinde çocuk ve ergenlerle çalışırken dikkat edilmesi gereken özellikleri sıralayacak; ardından da bilişsel terapilerin özgün yöntem ve tekniklerini ele alacağız. Burada anlatılacak yöntem ve teknikler daha çok BT ve BDT ye aittir. Ancak bazı noktalarda ayrışmalar bile bilişsel süreçlere odaklanmaları nedeniyle birbirlerine benzediklerinden RET de kullanılan tekniklerinin bir kısmına da dolaylı olarak değinilecektir.

A) Çocuk ve ergenlerde Bilişsel Terapide dikkat edilmesi gereken ana ilkeler

1. Terapiyle ilgili beklentilerin açığa kavuşturulması :

Çok az çocuk psikoterapinin neyle ilgili olduğunu bilebilir, anlayabilir. Üstelik çoğu psikiyatrye ilgili olumsuz düşünceler ve önyargılara sahip olabilirler. Çocuklar ve ergenler hemen her zaman terapiye bir başkası tarafından getirilirler. Terapiye getirildiklerine göre de ya onları getirenler tarafından rahatsız olarak görülüyorlardır ya da başkalarını rahatsız ediyorlardır.

Çocuk ve ergen için doktora getirilmek düşmanca ya da en azından hoş olmayan bir tutum olarak görülebilir. Eğer bu etkenler göz önüne alınmazsa terapistle olan işbirliği başından itibaren olumsuz etkilenecektir. Bu nedenle çocukla terapi ilişkisinde yapılacak ilk şey çocuğa ne yaptığımızı, kime, nasıl yardım ettiğimizi açıklamak olmalıdır. Başlangıç için çocuğa sorulacak en iyi soru "Buraya getirilme nedenini biliyor ve anlıyor musun?" olabilir. Birçok çocuk buna bilmeyen şekilde yanıt verecektir. Bazıları kontrol için, bazıları diğer insanlar onları deli ya da kötü olarak gördüğü için getirildiğini düşünebilir. Bu nedenle yanlış kavramları ve anlamları yok ederek bu konuda doğru bilgiler vermek gereklidir. Öncelikle yapılan işin sorun çözmeye ve yardım etmeye yönelik olduğu ve bu işi yapan doktorların rolü açıklanmalıdır (Di Giuseppe 1989).

2. Çocuk ve ergenle terapi ilişkisinin kurulması :

Kendini açma ve anlatma psikoterapötik yaklaşım için bir ön gerekliliktir. Danışanın düşünce ve duygularını açabilmesi için onunla çok iyi bir ilişki kurulmuş olması gerekir. Çocuk ve ergenlerle böylesi bir ilişkiyi sağlamak için yalnızca soruna yönelik olmamak; seansa önce oyun ya da konu dışı konuşmalarla başlamak; çocuğa ve ergene karşı daima dürüst olmak; kolay anlaşılır, yerinde ve dikkatli sorular sormak gereklidir. Yetişkinlere göre çocuklar ve ergenler kendilerini daha zor açarlar. Çocuk ve ergenler genellikle kendilerine açık- dürüst olan ve güvenen kişilerle daha iyi sözel ilişki kurarlar. İlişkiyi güçlendirmek için yapılacak ilk şey terapinin öğretmen veya ana babaların isteklerini değil, çocuğun veya ergenin ulaşmayı amaçladığı hedeflere öncelik verdiğini açıklamaktır. Çocuk ve ergenlerin terapistten bekledikleri çoğu kere ana babalarının kızgınlıklarının ve bağırıp çağırma- larının azalması; aile içi kurallarının belirginleşerek yaşamlarındaki rastlantısallığın azalması; yaşantılarıyla ilgili birtakım ödülleri (eve geç gelme, daha fazla izin, video oyunları vb.) gibi pratik ve somut faydalardır (Di Giuseppe 1989). Ergenlerle çalışırken terapist onun davranışlarını kontrol etmeye çalışıyor izlenimini vermeme- lidir. Terapinin amaçlarının ve gidişinin ergenin de katkısıyla belirleneceği vurgulanmalıdır (Petti 1991).

3. Tekniklerin uygulanmasındaki farklılıklar :

BT danışanın işlevsel olmayan düşünceleri ve yanlış değerlendirmeleri yerine daha akılcı (rasyonel) ve işlevsel düşünme yollarının konulmasına çalışıldığı bir süreçtir. Bunun gerçekleştiril-

mesi için öncelikle danışanın düşünce ve davranışlarının olumsuz ve işlevsellikten uzak olduğunu kabul etmesi gerekir. Bu tür düşünce ve davranışların değişiminin yararlı olacağına inanmak ve bunları değiştirmek istemek terapinin ön koşuludur. Oysa çocuklar genellikle davranışları ve düşüncelerinin yaşamları üzerine olumsuz etkileri olduğunun farkında değildirler. Hatta çoğu kez daha farklı bir şekilde davranmanın ve düşünmenin mümkün olabileceğini bilmezler. Örneğin birçok çocuk yoğun korku veya depresyonun belli olaylar karşısında istenir ya da gerekli bir tepki olduğuna inanır. Bu nedenle terapinin ilk aşaması tümüyle çocuğun duygu ve davranışlarını incelemeye ve ona bunların yarattığı olumsuz sonuçları göstermeye yöneliktir. Mantık dışı inanç ve düşünceleri saptayıp, onlarla mücadeleye girişmeden önce çocuğun duygusal durumundaki ya da davranışlarındaki değişikliğin olumlu ve istenebilecek bir şey olduğuna ikna edilmesi gerekir. Özellikle ergenlerle çalışırken bu yapılmadan işlevselliği bozuk düşüncelerin gösterilmeye çalışılması ilişkiyi zedeleyebilir (Petti 1991). Genellikle çocuk ve ergenlerin olaylar karşısındaki duygusal tepkileri ailelerden model alınarak öğrenilir. Birçok ailede ana babalar olaylar karşısında çocuğun sorun yaratan abartılı tepkilerine benzer tepkiler verirler. Böylece çocuk alternatif yanıtları hiç görmemiş ve dolayısıyla öğrenmemiş olur. Terapide amaçlardan biri de uyumu kolaylaştıracak ve daha az sorun yaşanmasını sağlayacak bu alternatiflerin gösterilmesidir.

4. Dil Sorunu :

Bu sorun ergenlerden çok çocuklarla ilişkide kendini gösterir. Çocuğun duygularını ifade edecek zenginlikte bir dil birikimi olmayabilir. Çocukların genel olarak duygusal tepkiler için sınırlı temaları vardır. Duyguları iki kutup halinde kavramlaştırırlar (mutlu-mutsuz; hüzünlü-neşeli gibi). Bu nedenle duygusal sözcükleri ve kavramları kazandırmak için çocukla öncelikle kavramların anlamı üzerinde çalışılması gerekebilir. Bu amaçla çizgi romanlar, resimler, TV kahramanları, öyküler ve benzetmeler kullanılır.

5. Gelişimsel özellikler :

Uygun bilişsel değerlendirme ve yaklaşımın seçimi için çocuk ya da ergenin içinde bulunduğu bilişsel düzeyin iyi saptanması gerekir.

Bilişsel düzeyin en gelişmiş olduğu aşama soyut (formel) işlemler dönemidir (yaklaşık 12 yaş ve yukarı). Piaget yalnızca bu dönemdeki çocukların hipotez kurma ve tümdengelim (genelden özele ulaşabilme) yetisine sahip olduklarını belirtmiştir (aktaran Kaplan ve ark. 1994).

Bu tarz düşünce özelliği işlevsel ve akılcı olmayan (irrasyonel) inançların tartışılabilmesi için gereklidir.

6-11 yaş arasındaki somut işlemler döneminde çocuklar dünyayı ampirik ve tümevarımsal (özelden genel sonuçlar çıkararak) şekilde değerlendirirler. Somut düşünce dönemindeki çocuklara temel kavramlar bazı somut durumların yoğun bir şekilde analizi ile öğretilebilir ve soyut, bütüncül kavramlar çocuğun günlük yaşamıyla bağlantılı somut örnekler verilerek anlaşılır hale getirilebilir (Ronen 1992). Somut örnekler, öğretici benzetmeler ve tanımlamalar bu dönemdeki çocukla iyi bir iletişim kurmak için şarttır.

6 yaşın altında yani mantık öncesi dönem çocuklarıyla görüşürken onların kendileri dışındaki insanların bakış açısını anlamakta ve çok boyutlu düşünmedeki zorluklarının bilincinde olmak gerekir. Bu dönem çocuğu ile kavramsal değerlendirmelerden çok algısal analiz aracılığıyla iletişim kurulabilir. Öyküler, şekiller, resimlerle çocuk daha fazla ve kolay öğrenir.

Gelişim dönemlerine göre bilişsel-davranışçı terapilerin etkinliğini inceleyen bir çalışmada sözü edilen kuramsal çıkarımları dikkate alan şekilde bilişsel gelişim düzeyi ile paralel yürütülen tedavilerin, tedavi etkinliğini arttırdığı ve en iyi sonucun soyut işlemler düzeyine ulaşmış çocuklarda alındığı saptanmıştır (Durlak ve ark. 1991). Bu bulgu ergenlerle bilişsel-davranışçı terapinin çocuklara göre daha başarılı olacağını göstermektedir.

Gelişimsel değişiklikler ruhsal rahatsızlıkların davranışsal, bilişsel ve duygusal ifadelerini de etkilerler. Çok küçük çocuklar acı ve engellenmeye çaresizlik duygusu yerine kızgınlık yanıtı veririrken daha büyük çocuklar (6-9 yaş arası) utanç, suçluluk, düşük kendilik değeri, aşırı özeleştiri ve mazokistik davranışlar gösterebilirler. Daha ileri çocuklukta depresif belirtiler kendisini sosyal izolasyon, okulda davranış bozuklukları ve ayrılık anksiyetesi biçiminde gösterebilir. Ergenlik döneminde ise depresyon, yetişkinde görülen tipik bedensel, bilişsel ve ruhsal belirtilerin yanısıra ilaç ve alkol kullanımı, antisosyal davranışlar biçiminde ortaya çıkabilir. Belirtilerdeki ve duygulardaki bu kayma çocuğun ve ergenin dış dünya ile ilgili verileri işlerken kullandığı bilişsel sistemdeki değişikliklere bağlıdır (Trautman ve Rotheram - Borus 1988).

B) Bilişsel terapi yöntem ve teknikleri :

BT'lerin amacı sorun alanlarında daha etkin ve uyumlu cevaplar vermenin yollarının geliştirilmesi, uyumsuz ve uygunsuz davranışların azaltılması ya da yok edilmesidir. Bu süreçte bilişsel terapistin önemli bir rolü vardır.

Bilişsel terapist ve terapinin genel özellikleri :

Bilişsel terapist, etkin, atılgan, yönerge veren, açıklayıcı, karşılık veren ve özerkliği destekleyen bir terapisttir. Terapist başlangıçta bilirkişi olma özelliğini bir yana bırakarak hasta hekim ilişkisinden öteye, insan insana bir ilişki içinde, tüm ilgi ve dikkatini danışanın düşünce, inanç ve yorumlarına odaklar. Terapist bir anlamda bir gözlemci gibidir. Yani hastanın düşünce ve inançlarını herhangi bir yorum katmaksızın anlamaya yönelik bir tutum içinde, durumsal olarak oldukça saf ve bilgisiz bir görüntü vererek tüm verileri ustaca bir araya getirebilmelidir. Ancak böylesi bir tutum içinde hastayla ilgili veriler olabildiğince yansız ve yorumsuz olarak toplanır. Verilerin toplanması ve bir araya getirilmesi yüzeysel olandan derine yani otomatik düşüncelerden şemalara doğru inerek yapılır (Sungur 1994a).

Özellikle çocuk ve ergenlerle çalışırken terapistin etkin tutumu önem kazanır. Terapi seanslarında sessizliğe fazla izin verilmez. Bilişsel terapist olumlu düşünceler, algılar, duygular ve eylemleri arttırmayı amaçlar. Oluşturulacak olumlu ortam hem aile hem de çocuk için değişimin olası olduğuna inanmasına yardım eder.

KT'ye göre biliş, davranış ve duygulanım karşılıklı etkileşim içindedir. Yapılan sorun alanlarında duygular, düşünceler ve davranışların birbiriyle etkileşimini göstermek ve bütüncül değerlendirme yönünde beceri kazandırmaktır (Trautman ve Rotheram - Borus 1988).

Çocuk ve ergenlerle tedavi aile ve çocuğun bağlantılı olduğu diğer kişileri de kapsamak zorundadır. Bilişsel terapi genellikle bireysel terapi biçiminde uygulanır. Ancak çocuğun düşünceleri ve davranışları sosyal bir bağlamda geliştiği ve bundan etkilendiği için çevrenin göz ardı edilmemesi gerekir. Anneler ve çocukların benzer depresif duyguları ve olumsuz anlamlandırma biçimlerini paylaştığı bilinmektedir.

TEDAVİ AŞAMALARI

1. Değerlendirme ve olumlu ortam oluşturulması :

Bireyin biyolojik, ruhsal ve sosyal kaynaklarını; eksikliklerini ve ailenin iletişim biçimini saptama aşamasıdır. Değerlendirme, sorunun saptan-

ması ve tanımlanması; çocuğa mı yoksa çevreye mi daha çok bağlı olduğunun anlaşılması ile başlar. Bazen çocuğun aslında hiçbir sorunu yoktur, sorun olan ailenin çocuğa bakışı ve değerlendirişleridir.

Değerlendirme sırasında terapist çocuğun kendisi ve diğer insanlarla ilgili olayları ve dış dünyayı yanlış değerlendirmesine yol açan işlevselliği bozulmuş algulamaları konularında dikkatli olmalı ve bunları saptayabilmelidir.

Çocuğun kişisel yaşantılarını ele alış biçimi incelenmeksizin yapılacak bir değerlendirme eksik kalmıştır. Çocuk için bu davranışın anlamı nedir? Davranışın yol açtığı sonuçların değeri nedir? Çocuk olaylara ve insanlara ne kadar önem atfetmektedir? Bu değerlendirmeler mantıklı ve işlevsel midir, yoksa abartılı mıdır? (Di Giuseppe 1989).

Bu aşamada çocuk veya ergenin anlattıklarıyla ailenin anlattıkları arasında bir farklılık ortaya çıkabilir. Bu farklılık doğaldır ve tekrarlanan görüşmelerle açıklığa kavuşturulabilir. Ortaya çıkan çelişkileri yok etmek için açık bir yol izlenmelidir. Böyle bir görüşmede ilişkinin niteliği de görülmüş olur. Kim kimin yanında oturuyor, kimin sözü kesiliyor, kim kime bakıyor gibi gözlemler de buna yardımcı olur. Yine ilişki biçimini gözlemek için aileye hayali bir durum önerilerek o durumda kimin ne yapacağı sorulabilir ya da doğrudan görüşme sırasında ailenin karar alması gereken bir ortam oluşturularak bilgi toplanabilir. İlk görüşmenin aileyi ve çocuğu tanıma dışındaki ikinci amacı olumlu bir ortamın ve beklentinin doğrulmasıdır. Bunu sağlamak için "kendiniz ve ailenizle ilgili sorunları anlattınız. Şimdi size başka birşey sormak istiyorum. Kendiniz ve ailenizle ilgili olarak sırayla üç olumlu şey söyleyebilir misiniz?" gibi sorular sorulabilir. Yine her seansta aileye "tam zamanında geldiniz", "sorunuza çok iyi sahip çıkıyorsunuz", "birbirinizle çok ilgilisiniz", "bu söylediğiniz şey bana çok yardımcı oldu" gibi olumlu geri bildirimler verilmelidir (Trautman ve Rotheram - Borus 1988).

2. Sorunların ve sorunla başa çıkma konusundaki güçlerin listesini yapma :

Elde edilen tüm bilgilerin yardımıyla sorunların ve sahip olunan güçlerin listesi yapılmalıdır. Yapılacak sorun listesiyle sanki belirsiz ve karmaşık gibi görünen sorunlar yumağı somutlaştırılarak sanıldığı kadar fazla ve karmaşık olmadığı gösterilmiş olur. Terapist genel ve belirsiz gibi görünen yakınmaları sıklık, yoğunluk, orta-

ya çıkaran koşullar açısından tanımlayarak, bu yakınmaya karşı takınılan tutumları öğrenerek sorunu herkes için açık hale getirir. Genel yakınlıkların özgül, somut ve değiştirilebilir durumlara dönüştürülmesi BDT'nin en güçlü yönüdür. Yine ilk görüşmede sorunların yanı sıra sahip olunan güçlerin üzerinde durulmasıyla çocuğun-gencin sorunları dışında bir yaşamı olduğu da vurgulanmış olur (Trautman ve Rotheram-Borus 1988).

3. Duyguları tanımlamak (Duygu derecelendirmesi) :

Ergenler, özellikle de çocuklar duygularını ve düşüncelerini saptamakta ve tanımlamakta zorlandıklarından yardımcı yöntemlere gereksinim duyarlar. Bir çok ergene davranışlarının nedeni sorulduğunda "bilmiyorum" yanıtı alınır. Bu işbirliğini reddetmeyi gösteren bir tutum olabileceği gibi, bir yandan da gerçekten duygu ve davranışla ilgili karmaşaya işaret eden bir durum olabilir (Trautman ve Rotheram-Borus 1988). Bu konuda Wolpe tarafından geliştirilen "duygu derecesi ve sıkıntının öznel birimleri ölçeği" kullanılabilir. Bu ölçekle duygulara artan şiddetine göre 0 dan 100'e kadar bir değer verilir. 100 hatırlanan en rahatsız edici durum, '0' da en rahat, mutlu ve sorunsuz olunan durumdur. Danışanın buna göre kendi içinde bulunduğu durumu tanımlaması istenir (aktaran Petti 1991).

4. Otomatik düşünceler, amaçlar, alternatif düşünceler ve davranışları saptama :

Bu amaçla Beck'in "İşlevselliği bozulmuş düşünce kaydından" (Dysfunctional thought record) faydalanılır (Shaw ve Segal 1988). Sorunu çözmeye, sorunu sistematik bir şekilde bileşenlerine ayırmakla sağlanır. Sorunun ve eşlik eden duyguların, otomatik düşüncelerin tanımlanması, amaçların belirlenmesi alternatif düşünceler ve davranışların oluşturulması ve sınanması bu aşamada gerçekleşir. Hedef uyumsuz davranışı yaparken çocuğun kafasındaki düşünceler nelerdir? Kendisiyle ilgili bir takım yargıları olmaktadır mı? İmgeleri var mıdır? Sözel olarak davranışı yönlendirmekte midir? Örneğin dürtü kontrolü bozukluğu olan çocukların kendini inhibe edici yönde yönerge vermekte eksiklikleri vardır. Anksiyete ve depresyonda ise sorunlarla baş etmeyle ilgili yeterlilik yönergeleri eksik olabilir (Di Giuseppe 1989). Bu aşamada ortaya çıkan otomatik düşüncelerin geçerliliği sorgulanır ve yerlerine daha uyumlu alternatif düşünceler geliştirilmesi sağlanır. Alternatif düşünce ve davranışları oluşturabilmek sorun çözmek için şarttır.

5. Davranışları ve bilişi değiştirme :

BT'lerde de etkin duygulara göre daha kolay gözlenir ve kaydedilir olduğu için davranışlar ele alınır. Eğer davranışsal alanda bir işbirliği ve ilerleme sağlanırsa ardından sorun oluşturan durumla ilgili düşünce ve inançların incelenmesi hem daha kolay hem de daha başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilir. Küçük çocuklarda eşlik eden düşünceleri ortaya çıkarmaya çalışmadan önce duyguların yoğunluğunu tanıma ve açıklama öğretilmelidir.

Kişiler arası sorun çözme becerileri hem bireysel hem de aile seanslarında geliştirilir. Çocuğun kişilerarası sorun çözme becerileri onun duygusal uyumunu gösterdiği için iyi değerlendirilmelidir. Uyumu sağlayabilmek için çocuğun iki sosyal sorun çözme becerisi olmalıdır : 1) Alternatif çözüm düşünme, ya da bir sosyal soruna çeşitli çözümler yaratabilme becerisi 2) Ortaya çıkacak sonuçları düşünebilme ya da öngörebilme yeteneği (Petti 1991). Çocuk ya da ergen kişilerarası bir sorun getirirse önce bunun ayrıntılı bir şekilde tanımlanması yapılır. Daha sonra çocuğun o durumdaki amacı, elde etmek istediği sonuçlar tartışılır. Terapist çocuk ya da ergenle birlikte amaçları ve amaçlara ulaşılacak yolları bulur. Ardından bu amaca yönelik davranışlar seans içinde denenir ve rol provaları yapılır. Çocuğa ya da ergene nasıl daha atılgan olacağı, yaşanabilecek olumsuzluklarla nasıl başa çıkacağı öğretilir. Son olarak durum tekrar değerlendirilerek amaçlara ulaşıp ulaşılamadığına bakılır. Eğer istenen amaçlar gerçekleşmemişse yeni çözüm yöntemleri aranır (Trautman ve Rotheram-Borus 1988).

KDT başlığı altında yer alan çeşitli tedavi modelleri vardır. Bunların özellikleri uygulandıkları hasta grubuna göre bazı değişiklikler gösterir. Bilişsel gelişimsel, bilişsel eğitimsel, bilişsel davranış değişimi gibi çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Örneğin davranışlarını kontrol edemeyen, kendine zarar veren impulsif ve destrüktif çocuklarda kullanılan kendi kendine sözel yönerge eğitimi; hiperaktif, öğrenme güçlüğü olan ve deprese adölesanlarda da kullanılabilir. Bir diğer yaklaşım biçimi olan kişilerarası bilişsel sorun çözme, kişilerin çoğu kez belli bir amaca saplanıp kalarak yeni yöntemleri ve davranışlarının sonuçlarını düşünemedikleri savına dayanır. Bu modelde önce "hayır", "hep", "bazen", "eğer olursa", "aynı" ve "farklı" gibi sözcükler, daha sonra kendisinin ve diğer insanların duygularını tanıma öğretilir. Bunu kişilerarası sorunlarda alternatif çözümler bulma eğitimi izler. Mental retarde, somut düşünen çocuklar, öğrenme sorunu olanlar ya da düşük ortalama

zekalı çocuklar için geliştirilmiş olan kendini idare etme becerisi eğitiminde önce kendi davranışlarını ayarlama eğitimi verilir. Bunu iletişimi geliştirme eğitimi ve kendine yönerge verme eğitimleri izler (Petti 1991).

SONUÇ

Bilişsel terapiler son yıllarda yetişkinlerin psikoterapisinde kazandığı yaygınlığı çocuk ve ergenlerin psikoterapilerinde de sağlamaya çalışmaktadır. Çocuk ve ergenlerin kendilerine özgü bilişsel özellikleri nedeniyle bilişsel terapinin bu gruba uygulanması yetişkinlere göre daha zor gibi görünmektedir. Aslında bu zorluk özellikle çocuklar göz önüne alındığında doğrudan çocukla ilişkiye önem veren tüm psikoterapiler için söz konusudur. Bilişsel psikoterapiler bu zorluğu kullanılan tekniklerin çocuğun gelişimsel dönemine uyarlanması ve aile görüşmeleri yoluyla aşmaya çalışmaktadır. Bu çabaların uygulanmasıyla bilişsel terapiler, çocuk ve ergenlerin psikoterapisinde giderek daha da önem kazanacak gibi gözükmektedir.

KAYNAKLAR

Beck AT, Rush AJ (1989) *Cognitive Therapy. Comprehensive Textbook of Psychiatry/5* HI Kaplan, BJ Sadock (Ed.) Baltimore -Maryland. Williams and Wilkins, 1541-1549

Beck AT, Weishaar M (1989) *Cognitive therapy. Comprehensive handbook of cognitive therapy. A. Freeman, KM Simon, LE Beuther, H Arkowitz (Ed.) New York. Plenum Press, 21-35.*

Beck AT (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders. New York. A Meridian Book, 3-5.*

Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Tortu S, Botvin EM (1990) *Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach : results of 3-year study. J Consult Clin Psychol. 58 : 437-446.*

Di Giuseppe R (1989) *Cognitive therapy with children. Comprehensive handbook of cognitive therapy. A Freeman, KM Simon, LE Beuther, H Arkowitz (Ed.) Plenum Press, New York, 515-532.*

Duffy G, Spence SH (1993) *The effectiveness of cognitive self management as an adjunct to a behavioural intervention for childhood obesity : a research note. J Child Psychol Psychiatry 34 : 1043-1050.*

Durlak JA, Fuhrman T, Lampman C (1991) *Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children : a meta-analysis. Psychol Bull. 110 : 204-214.*

Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (1989) *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problem-A practical guide. Oxford University Press, Oxford, s. 10-11*

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (1994) *Jean Piaget. Kaplan and Sadock's : Synöpsis of psychiatry 7th Ed. Williams and Wilkins, Baltimore-Maryland, s. 157-161.*

Kendall PC (1992) *Anxiety disorder in Youth : Cognitive-behavioral interventions. Allyn and Bacon, Massachusetts, s.12-13.*

Kendall PC (1993) *Cognitive-behavioral therapies with youth:guiding theory, current status, and emerging developments. J Consult Clin Psychol. 61 : 235-247.*

Levenson H, Pope KS (1992) *Behavior cognitive therapy. Review of general psychiatry. 3 rd Ed. HH Goldman (Ed.) Connecticut. Appleton - Lange, 412-413.*

Nathan WA(1992) *Integrated multimodal therapy of children with attention deficit hiperactivity disorder. Bull Meninger Clin. 56 : 283-312.*

Petti TA (1991) *Cognitive Therapies. Child and adolescents psychiatry : A Comprehensive Textbook. Baltimore-Maryland. Williams and Wilkins, 831-841.*

Ronen T (1992) *Cognitive therapy with young children. Child Psychiatry Human Development 23 : 19-30*

Shaw BF, Segal ZV (1988) *Introduction to cognitive therapy. Review of psychiatry, Vol. 7 AJ Frances, RE Hales (Ed.) Washington DC. American Psychiatric Press, Inc., 538-553.*

Singer LT, Ambuel B, Wade S, Jaffe AC (1992) *Cognitive-behavioral treatment of health-impairing food phobias in children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 31 : 847-852.*

Sungur M Z (1993) *Depresyonun kognitif teorisi. Depresyon Monografıları Serisi 3. E Köroğlu (Yayın Yönetmeni), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.124-127.*

Sungur M Z (1993) *Depresyonda kognitif terapiler. Depresyon Monografı Serisi 10. E. Köroğlu (Yayın Yönetmeni), Ankara Hekimler Yayın Birliği, s. 447-458.*

Sungur M Z (1994b) *Davranış tedavileri. Psikiyatri Bülteni 2 : 109-115.*

Trautman PD, Rotheram - Borus MJ (1988) *Cognitive behavior therapy with children and adolescents. Review of psychiatry. Vol. 7 AJ Frances, RE Hales (Ed.) Washington DC. American Psychiatric Press, Inc., 584-607.*

Wright JH (1988) *Cognitive therapy of depression. Review of psychiatry. Vol. 7 AJ Frances, RE Hales (Ed.) Washington DC. American Psychiatric Press, Inc., 556.*