

# Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel-Davranışçı Psikoterapilerin Etkinlik Düzeyleri ve Kısıtlılıkları

Nahit MOTAVALLI MUKADDES\*

## ÖZET

*Bu yazıda çocuk ve ergenlerde görülen ruhsal bozukluklarda bilişsel-davranışçı tedavilerin kullanım alanları, etkinlik düzeyi ve kısıtlılıkları tartışılmıştır.*

*Anahtar kelimeler: Bilişsel-davranışçı psikoterapiler, çocuk, ergen*

*Düşünen Adam; 1996, 9 (4): 36-39*

## SUMMARY

*In this review the effectiveness and limitations of cognitive-behavioral psychotherapy in child and adolescents psychiatric disorders are discussed.*

*Key words: Cognitive-behavioral psychotherapy, child, adolescent*

## GİRİŞ

Çocuk ve ergenlerin ruhsal bozukluklarının tedavisinde psikoterapinin etkinliğini sınanan araştırmalar oldukça kısıtlı sayıdadır. Çocuk terapisine ait ilk önemli izlere Rousseu ve Lock'un filosofane yazılarında raslanılmaktadır. Modern çocuk psikoterapisi ile ilgili ilk yayınlanmış olgu ise Freud'un küçük Hans olgusu sayılmaktadır (1).

Çocuklarda görülen ruhsal problemlerin erişkinlerle benzerlik gösterdiği inancının yaygın olduğu dönemlerde çocuk psikoterapisi erişkinlerin psikoterapisinin minyatürü gibi ele alınmaya çalışılarak, erişkinlerde kullanılan tekniklere benzer tekniklerin çocuklar için de geçerli olabileceği düşünülmüştür.

Ancak bu zorlukların tanı ve tedavisinde gelişimsel faktörlerin inkar edilemez rolü benimsendikten sonra, çocuk psikoterapilerinin kendine özgü pren-

sipleri benimsenmeye başlanmıştır. Yine de halen çocuklara uygulanan psikoterapilerin çocuğun gelişimini nasıl etkilediği bilinmemektedir.

Çeşitli psikoterapi yaklaşımlarına gelişimsel psikopatoloji açısından bakıldığında, dinamik psikoterapinin gelişimsel temele dayalı intrapsişik çatışmalarla uğraştığından bu alandaki eksiklikleri kısmen kapatıdığı görülmektedir, ancak hastaların kısa süreli tedavi yaklaşımlarını talep etmeleri bir taraftan, aynı tanıyı almış bireylerden oluşmuş gruplara belirli bir metodoloji ile dinamik yönelimli psikoterapinin etkinliğini ölçen çalışmaların yokluğu diğer taraftan ve bunlara ek olarak, çocuk nüfusunun % 12-20'sinin ruhsal şikayetlerinin olması, kısa süreli, belli semptomu hedef alan psikoterapilerin daha yaygın biçimde kullanılmasına yolaçmıştır (2).

Günümüzde yaygın olarak pekçok meslek grubu tarafından uygulanan psikoterapilerin başında bilişsel-

\* İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Öğretim Üyesi

davranışçı tedaviler gelmektedir. Bu yöntem çocuğun düşünce, duygu ve davranışını değiştirmeyi amaçlamaktadır. Bu model öğrenme sürecinin üzerinde durmakta ve kişinin gelişim sürecinde bilişsel tarzının önemini vurgularken, çevresel faktörlerin rolünden söz etmektedir (3).

Çocuklara bilişsel-davranışçı tedavi uygulayan terapistlerin 3 önemli rolü yerine getirme zorunluluğu söz konusudur.

*Bu rollerden aşağıda söz edilmektedir;*

**1. Danışman rolü:** Terapist herşeyin yanıtını bilmezse bile denemeye değer düşünceleri olan kişi rolündedir. Bu konumu ile hastaya kendisi ile ilgili düşünmeyi öğreten, onu olgun ve bağımsız biçimde problem çözmeye yönelten kişidir.

**2. Tanı koyan kişi:** Terapist hastadan elde ettiği bilgileri bütünleştirebilecek, psikopatoloji hakkında fikir yürütebilecek yetkinlikte olmalıdır. Ayrıca fiziksel ve psikolojik gelişim konusunda görüş sahibi olmak durumundadır.

**3. Eğitici olarak:** Bilişsel becerileri öğretme rolündedir. İyi eğitici öğrenciyi düşünmeye sevken eğitimidir. Sonuçta çocuklara bilişsel-davranışçı terapi uygulayan hem klinisyen, hem danışman, hem de eğitici konumunda olması gerektiği vurgulanmaktadır (4).

Bilişsel-davranışçı yaklaşımın dinamik oryantasyonlu terapiye oranla daha pratik daha kolay ve daha somut uygulanır olması kısmen "pop psikoterapi" olarak algılanmasına ve pekçok meslek grubu tarafından uygulanabilir gibi görülmesine yol açmıştır. Bu da psikopatolojiyi bütün boyutları ve derinlikleri ile algılamayan uygulayıcıların yaşadığı ve hastalara yaşattığı pekçok güçlüğe yol açmaktadır.

Çocuk ve ergenlerde bu tedavi yöntemi özellikle davranım bozukluğu, dikkat eksikliği-hiperaktifite bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresyon, yaygın gelişimsel bozukluklar, somatoform bozukluklar, enüresis ve encoprezis tedavisinde kullanılmaktadır.

Aşağıda bilişsel-davranışçı tedavilerin çeşitli çocuk psikiyatrisi bozukluklarında kullanımı ve etkinlik düzeyi anlatılacaktır;

**A- Anksiyete bozuklukları:** Bilişsel tedavi uygulayan akım anksiyete bozukluğunun bilişsel fonksiyon bozukluğuna bağlarken, öğrenme teorisyenleri bunu klasik ve instrumental koşullanma ile açıklamışlardır (5).

Ancak bu akımın anksiyöz çocukların bilişsel bozukluklarına dair sunduğu bu bulgular klinik başvurusu olmayan çocukların incelenmesine dayanarak sunulmuştur. Klinik başvurusu olan anksiyöz çocukların bilişleri ile ilgili çalışmalar henüz yapılmamıştır.

Anksiyete bozukluğu gösteren çocuklara bilişsel-davranışçı tedavi ile bu çocuklara problem çözme yöntemleri, relaksasyon, imajinasyon ve anksiyetenin fizyolojik belirtileri tanınmaları öğretilir. Relaksasyonun çocuklarda ne kadar işe yaradığı bilinmemekte, ayrıca hangi yaşta hangi relaksasyon türünün işe yaradığı konusunda da bilgiler yetersizdir.

**B- Çocukluk çağı depresyonu:** Carter ve Rehm (1990) depresif çocuklarda kendilerini değerlendirme, geçmiş ve geleceği algılamada bozuklukları olduğunu tespit etmişler (6), ancak bu bulguların özgün olmadığı ve pekçok çocukluk çağı psikopatolojisinde rastlanıldığı bilinmektedir. Bu tedavi yönteminde çocuğun kendine eleştirel tutumu ve öz saygısı üzerinde durulmaktadır.

Bu alanda yapılan çalışmalarda olumlu sonuçlar elde edilmekle birlikte, tedavi sonrası terapilerde iyileşmenin kalıcı olmadığı görülmektedir. İyi planlanmış çalışmalara bir örnek Stark (1991) çalışmasıdır. Bu çalışmada 24 depresif çocuğu 24-26 seanslık tedavi ile bilişsel yapıda değişiklikler saptamıştır, ancak tedavi bitiminden 7 ay sonra bu iyileşmenin devam etmediği belirtilmiştir (4).

Depresyonda sosyal kayıplar, çatışmalar, geçmişte yaşanan kayıplar önem taşıdığından sadece bilişsel yapıda değişimin depresyon tedavisinde yetersiz kalabileceği kanısındayım.

**C- Davranım bozukluğu:** Bu bozukluğu gösteren çocuklarda sosyal-bilişsel alanda pekçok zorlukların varlığı espit edilmiştir. Örneğin bu çocuklarda information edinme modelinde bozukluk olduğu belirtilmiştir. Bu çocuklar başkalarının davranışlarını daha negatif yorumlarken kendilerinin gösterdikleri öfke düzeylerini daha az algılar. Ayrıca bu çocukların sözel becerileri yetersizdir (7).

Pekçok çalışmada agresivite düzeyi yüksek çocuklarda agresivite düzeyi düşük çocukların bilişsel yapılarında farklılıklar olduğu saptanmıştır (8,9). Bu çocuklara uygulanan tedavi kendilerini kontrol etmeyi, öğrenme, sözel becerileri geliştirme, problem çözme, ebeveyn eğitimi, davranışsal provalar ve sosyal desteği içermektedir (9). Davranım bozukluğu kronik biyopsikososyal zorluklar içeren bir durum olduğunda kısıtlı süre içinde yapılan tedavilerin uzun süreli etkinliğinde çok fazla beklentimiz olmamalıdır.

**D- Dikkat eksikliği-Hiperaktivite bozukluğu (DEHB):** Vygotsky (1930) ve Luria (1961) içsel konuşmanın motor eylemleri inhibe edebileceği görüşünü ileri sürerek bu çocukların bilişsel tedavisi ile ilgili ilk adımları attılar. Kagan, bu çocuklarda impulsivitenin önemli rolünü belirterek cevap latensi süresinin uzatmamasının önemini belirtmiştir (10). Bu çocukların bilişsel incelemelerinde okumada sık hatalar ve görsel diskriminasyonda defisit saptanmıştır. Bender (1976) bu zorluğu gidermek ve sebep-sonuç bağlantısını kurmaları için spesifik dikkat gelişimi stratejileri ileri sürdü.

Kendall (1981) "dur ve düşün" stratejileri, Camp (1977) "yüksek sesle düşün" stratejilerini geliştirdiler (10). Bu alanda sunulan davranışçı bilişsel stratejilerinin etkinliği konusunda otörlerin karamsar bir yaklaşımı hakimdir (10,11). Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde bir belirtiyi iyileştiren bir teknik diğer belirtileri iyileştirmede görülmemekte, ayrıca Abikaff, Gittelman (1985) ve Brawn (1985)'ın çalışmalarında ilaç dışı yaklaşımların yararlı olmadığı belirtilmektedir. Ancak bu çocukların % 50'sinde emosyonel ve davranışsal problemler söz konusu olduğundan, intihar girişiminde bulunan çocukların bir kısmının geçmişinde DEHB önemli bir risk faktörü olarak saptandığında terapötik girişimlerin rolü anlam taşımaktadır (2,10).

**E- Yaygın gelişimsel bozukluklar:** Bu çocuklarda davranışçı tekniklerin etkinliği önem taşımaktadır. Otitik çocuğa kendine bakım, dil, kişiler arası ilişkiler geliştirmesi öğretilir. Self-stimulasyon, kendini yaralama azaltılır, sosyal beceriler edinmek için yaratıcı imitasyona sevk edilir, olumlu davranışlar ödüllendirilirken, olumsuzlar gözardı edilir.

Bilişsel ve içgörü kazandırmaya yönelik teknikler bu çocukların kendilerinde kullanılmaz, sadece aile fertleri ile ilişkide kullanılabilir. Bu yöntemlerin etkinliği konusunda görüş ayrılıkları olmakla beraber iyi yapılandırılmış programlarla belirtilerin bir kısmında gerileme saptanmıştır. Bu alanda sosyal ilişkiler ve bilişsel fonksiyonlarla yapılan çalışmalarda bu çocukların görsel uyarılara kısa süre baktığı görsel zincirleri hatırlamada güçlüğü olduğu, aynı motor cevabı uzun süre tekrarladığı, genel olarak organizasyon ve dikkatlerinde stimulus seleksiyonunda defisit olduğu ayrıca sosyoemosyonel diskriminasyonu yapamadığı saptanmıştır (2).

Lovaas, ortalama haftada 40'sa iki yıllık bir çalışma ile 4 yaşın altında çocuklarda yüksek düzeyde başarıdan söz etmiştir. 9-19 yıllık takip ile % 47'sinde sınıftaki normal çocuklardan ayırdedilemeyecek düzeye gelmiştir (13).

**F- Somatoform bozukluk ve medikal hastalıklar:** Davranışçı teknikler relaksasyon, self-hipnoz ve bio-feedback'i içermektedir. Tedavi semptomun ortaya çıktığı dönemde ikincil kazancı en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Bu yöntemlerle belirtinin sıklık ve şiddetinde azalma görüldüğü saptanmıştır (2). Ancak bu yaklaşım psikosomatik hastalığın etyolojisinde ailenin önemli rolünü gözardı ettiğinden, tedavi etkinliği kısıtlı düzeyde kalmaktadır.

**H- Dışa atım bozuklukları:** Enüresis tedavisinde alarm ile klasik şartlanma, mesane kapasitesini geliştirme, ödüllendirme gibi davranışçı, tekniklerin % 75-80 oranında etkinliği konusunda görüş birliği vardır (13,14).

**Encopresiste:** Eğitsel problemlere bağlı gelişen encopretik olguların tedavisinde davranışçı gelişimsel yöntemlerin etkinliği savunulmaktadır (15). Ancak ciddi ailevi zorluklar veya çocukta diğer psikopatolojik boyutlarla birlikte ortaya çıkan encopresis

vakalarında stresör ortadan kalkmadıkça veya çocuğa ait psikopatolojiye daha derin yaklaşımlar uygulanmadığı takdirde encopresis tedavisine yönelik basit eğitimsel yaklaşımların yetersiz kalacağı bilinmektedir.

## SONUÇ

Çocuk psikiyatrisi alanında en sık rastlanılan psikiyatrik bozuklukların tedavisinde bilişsel-davranışçı tedavilerin etkinliği ve kısıtlılığını genel çizgileri ile ele alarak, bu yaklaşımın çocuk psitoterapilerine yeni bir boyut kattığını, ancak daha etkin ve derin sonuçların beklenildiği durumlarda yetersiz kaldığı izlenimi edinilmiştir. Yine de yetkili klinisyenler tarafından kullanıldığı takdirde etkinlik ölçüsü artacağı beklenebilir. Ayrıca mevcut tedavi yöntemlerini deneyerek çocukluk çağına özgü tedavi yöntemlerini geliştirmeyi umuyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Shirk SR: A cognitive-developmental perspective on child psychotherapy. Shirk SR (ed). Plenum Press Newyork 1-2, 1988.
2. Haberman HM, Peterson CB: Multidimensional psychotherapy for children and adolescents. Psychiatric Disorders in Children and

- Adolescents. Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB (eds). 503-37, 1990.
3. Vitulano LA, Tebes JK: Child and adolescent behavior therapy. Child and adolescent psychiatry. Lewis M (ed). William-Wilkins 812-30, 1991.
4. Kendall PC, Lochman J: Cognitive-behavioural therapies, child and adolescent psychiatry. Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds). Blackwell Science Ltd 844-57, 1994.
5. Klein RG: Anxiety disorders. Child and adolescent psychiatry. Third Edition. Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds). Blackwell Science Ltd 351-74, 1994.
6. Harrington R: Affective disorder child and adolescent psychiatry. 3rd edn. Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds). Blackwell Science Ltd 330-50, 1994.
7. Earls F: Oppositional-defiant and conduct disorders. Child and adolescent psychiatry. 3rd edn. Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds). Blackwell Science Ltd 308-30 1994.
8. Lewis DO: Conduct disorders. Psychiatric Disorders in children and adolescents. Garfinkel BD, Carlson GA, Weller GB (eds). WB Saunders Company 193-210, 1990.
9. Lewis DO: Conduct disorders. Child and adolescent psychiatry. Lewis M (ed). William-Wilkins 561-72, 1991.
10. Yule W: Behavioral treatments the overactive child. Taylor EA (ed). Spastics International Medical Publications 219-36, 1986.
11. Greenhill LL: Attention-deficit hyperactivity disorder in children. Psychiatric disorders in children and adolescents. Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB (eds). WB Saunders Company 149-83, 1990.
12. Rutter M, Lord C: Autism and pervasive developmental disorders. Child and adolescents psychiatry. 3rd edn. Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds). 569-93, 1994.
13. Petti TA: Cognitive therapies, child and adolescent psychiatry. Lewis M (ed). William-Wilkins 831-41, 1991.
14. Shaffer D: Enuresis, child and adolescent psychiatry. 6nd edn. Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds). William-Wilkins 505-20, 1994.
15. Gabel S: Fecal soiling, chronic constipation and encopresis. Behavioral problems in childhood. Gabel S (ed). Grune Stratton Inc 214:28, 1981.