

Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi

Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents

Celale Tangül ÖZCAN,^a
Çiğdem YÜKSEL^a

^aPsikiyatri Hemşireliği BD,
GATA Hemşirelik Yüksek Okulu,
Ankara

Yazışma Adresi/Correspondence:
Celale Tangül ÖZCAN
GATA Hemşirelik Yüksek Okulu,
Psikiyatri Hemşireliği BD,
Ankara, TÜRKİYE
celaleozcan@gmail.com

ÖZET Bilişsel Davranışçı Terapi, bireyin kendisine, diğer kişilere ve geleceğe ilişkin bilişlerinin duygu ve davranışlarını etkilediğini varsayan; hem yetişkinler hem de çocuk ve ergenlerde de etkinliği kanıtlanmış, aktif, kısa süreli, problem odaklı, güvenli ve etkili bir psikoterapi yöntemidir. Bilişsel Davranışçı Terapi, çocuklara duygusal zorlanmalarını fark etme, düşünceler ile duygu ve davranışlar arasındaki ilişkiyi anlama, uyuma yönelik bilişsel yeniden yapılanma sürecini öğrenme ve kendi kendine yardım etme konusunda çocuğa rehberlik eder. Bilişsel Davranışçı Terapide amaç, yeni yaşantılar ve beceriler kazandırma yoluyla uygun olmayan öğrenme, inanç ve düşünme örüntülerini değiştirmektir. Çocuk/ergen Bilişsel Davranışçı Terapi'nin temel prensipleri yetişkinler ile aynı olmasına rağmen iletişim, yaklaşım ve uygulanma şekli farklıdır ve çocukların psikososyal, moral, bilişsel ve davranışsal gelişimin düzeylerine ve gereksinimlerine uygun şekilde yapılandırılmalıdır. Çocuk/ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamasında kendini izleme, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme eğitimi, aktivite planlama, maruz bırakma, sistematik duyarsızlaştırma, sosyal beceri eğitimi, problem çözme eğitimi, durum yönetimi gibi teknikler kullanılmaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapiden etkili şekilde faydalanılması için terapiye okul ve ailenin katılımı sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri hemşireliği; bilişsel terapi; çocuk; adölesan

ABSTRACT Cognitive Behavioral Therapy is an active, short-term, problem focused, safe and effective psychotherapy, which offers that the cognitions of an individual about self, others and future effects behaviours and feelings, has proven effective in both for adults, children and adolescents. Cognitive Behavioral Therapy guides children about realizing emotional stress, learning the relationship between feelings, behavior and thoughts, learning the process of cognitive restructuring for adaptation and self help. Cognitive Behavioral Therapy aims to change unsuitable learning styles, beliefs and thinking patterns by gaining new experiences and training skills. Even basic principles of Cognitive Behavioral Therapy for adults and children/adolescent are the same, styles of communication, approach, and implementation are different and the therapy should be structured according to children's psycho-social, moral, cognitive and behavioral development levels and needs. In children/adolescents Cognitive Behavioral Therapy practice, some techniques are used like self-monitoring, cognitive restructuring, relaxation training, activity planning, exposure, systematic desensitization, social skills training, contingency management and problem-solving. The school and family participation of therapy should be provided for effective utilization.

Key Words: Psychiatric nursing; cognitive therapy; child; adolescent

Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics 2015;1(2):67-74

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bilişsel psikoloji ilkelerine ve öğrenme teorisine dayalı terapötik yöntemlerle, bireylerin sorun olan duygu ve uyumsuz davranışlarının değiştirilmesini hedefleyen, hem yetişkin hem de çocuklarda kullanılabilen en etkili tedavi yöntemlerinden biridir.¹⁻⁴ BDT'nin temel kavramlarından biri olan "bilişsel" terimi düşünce, bilgi ve algı süreçlerini içerir. Bilişsel geli-

şim ise, yaşla birlikte şekillenen, bireyin kendini, diğerlerini, çevresini anlamasını ve öğrenmesini sağlayan zihinsel faaliyetlerdeki gelişimdir. En temel zihinsel yapılardan olan 'şema'; Piaget'ye göre bireyin çevresi ile etkileşimi sonucunda gelişen, çevreyi ve olayları algılama ve uyum sağlamaya yarayan bilişsel yapılardır. Uyum Sağlama; yeni bir bilgiyi varolan şemalarını kullanarak algılaması veya yeni öğrenilen bir şeyin şemaya yerleştirilmesi; yeni bilgiyi var olan şemaları ile açıklayamadığı durumlarda yeni bilgilere dayanarak yeni şema oluşturması veya mevcut şemanın yeni durumlara göre yeniden değiştirilmesi, düzenlenmesi şeklinde ortaya çıkar. Bu düzenlemelere bağlı olarak beceriler gelişir, düşünme yapısı yeniden organize edilir ve dış dünyaya uyum sağlanır.⁵⁻⁷

Bebeklikte ilk refleksif etkinliklerden oluşan şemalar, yaşam boyunca sürekli olarak değişime uğrayıp yeniden organize edilirler. Örneğin, bir yaş çocuğunun şemaları ile dört yaş çocuğunun şemaları farklılık gösterir.^{5,6} Zihinsel şemaların büyük çoğunluğu, çocukluk ve ergenlik yıllarında oluşur. Şemaların da bir parçasını oluşturduğu bilişsel yapılar; bireylerin kendileri, diğerleri ve gelecek hakkında inançlarının gelişimi ile oluşur. Bireylerin olaylara, nesnelere veya insanlara ilişkin algılarını etkileyen ve deneyimleri, davranışları organize eden bu yapılar; temelde yaşam deneyimlerini anlamaya ve bilgileri işlemeye rehberlik ederler.^{1,2,8} Bilişsel yapılar bir anlamda, kişinin içsel süreçlerini ve dış dünyayı gözlemleme ve değerlendirmede kullandığı süzgeç görevi olan öznel bir merceğe benzerler. Bireyin çevresindeki kişileri, olayları, durumları bu yapılar ile (bilişsel yapının şematik süzgecinden geçerek) algılaması, ardından anlamlandırması ve yorumlaması sonucunda, kişinin belli duygusal ya da davranışsal tepkileri ortaya çıkar. Bilişsel yapının; olay (iç/dış uyaran) ile insan tepkisi (duygu ve davranış) arasında önemli bir rolü vardır (Şekil 1).¹

Çocukluğunda gösterilen sevgi, övgü ve destek, çocuğun kendisi hakkında "başarılıyım" şeklinde bir temel

inanç geliştirmesine yol açabilirken; tam tersine olumsuz erken çocukluk travmaları, yaşantıları, etkileşimleri sonucu "ben başarısızım" gibi geliştirmiş olduğu temel inanç, çocuğun yetersizliğine ilişkin bilgilere odaklanmasına; başarılı olduğu durumları göz ardı etmesine neden olabilir. Ya da güven ilişkisi zedelenmiş bir çocuk/ergenin, çevresindeki kişiler hakkında geliştirdiği temel inanç, "insanlara güvenilmeyeceği, dünyanın tehlikelerle dolu bir yer olduğu" yönünde olabilir.^{2,4,8}

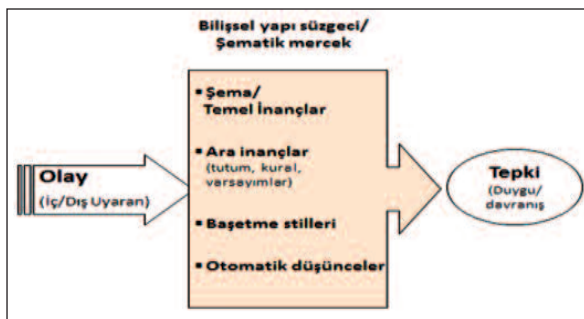
Her bireyin uyaranlara karşı **kendine özgü** tepkileri vardır; şemalar bir bireyden diğerine farklılık gösterebilir. Olayın ne olduğundan ziyade, çocuğun olayı nasıl algıladığı önemlidir. Belli durumlarda gizli veya sönük olan şemalar, şemanın gelişimini biçimleyen daha erken yaşantıların benzeri durumlarda etkin hale geçerler.^{1,2,8}

Çocuğun sahip olduğu temel inançların etkisi ile oluşan ara inançlar; çocuk/ergenin bebeklikten itibaren aile ve çevreleri ile etkileşim sırasında geliştirdikleri belirli kural, tutum, beklenti ve varsayımlardan oluşurlar. Bu kural, tutum ve beklentiler, olaylara bakış açısını etkileyerek bireyin nasıl düşünmesi, hissetmesi ve davranması gerektiğini belirlerler.⁸ Bu kurallar:

- Başkaları ile nasıl iletişim kurulacağı (örn. "söyleyecek güzel bir şeyin yoksa, o zaman hiç bir şey söyleme");
- Duyguların nasıl dışavurulduğunda kabul edilebileceği (örn. "zayıf anını kimseye gösterme");
- Kendi yeterliliği (örn. "eğer mükemmel yapamıyorsan, o zaman hiçbir değeri yok" veya "yaptığım her şey kusursuz olmalı") konuları ile ilgili olabilir.

"Yetersiz olmak berbat bir şey" cümlesi tutumlara örnek; "mümkün olduğunca çaba gösterme zorundayım" cümlesi kural-beklentiye işaret ederken; "eğer elimden geldiği kadar çaba gösterirsem, o zaman, diğer insanların kolaylıkla yapabildiği bazı şeyleri beceririm" cümlesi de varsayıma bir örnek olarak verilebilir.^{2,4,8}

Kişilerin sahip olduğu temel inanç/şemaların etkisi ile oluşan kural, tutum, beklentilerin etkisinde olay ile tepkiden hemen önce akıldan geçen otomatik düşünceler herkeste mevcuttur. Kişinin yaşadığı duygu ile otomatik düşüncenin içeriği arasında mantıksal bağlantı vardır. Fakat psikiyatrik sorunları olan hastaların düşüncelerinde tutarlı bazı hatalar vardır. Bu hatalar genellikle bilişsel süreçlerinde, olumsuzluklar yönünde sistematik yanlıktan kaynaklanır. Çocuğun sahip olduğu temel inançların ve ara inançların (bozuk bilişsel yapı süzgeci) etkisinde oluşan bilişsel hataları içeren otomatik düşünceler, olay ile hızla akıllarından geçerek, tepkilerini



ŞEKİL 1: Bilişsel yapı.

(duygu yada davranışları) etkilerler. Bireyler stres altında oldukları zaman, düşünceleri bir biçimde çarpıklaşmaya başlar, net ve açık düşünemezler.^{2,4,8} Oluşan bilişsel (hataların) çarpıtmalarının etkisi ile düşünceleri önyargılara, yorumlara, çıkarımlara ve bozulmuş bilişsel yapılarla sonuçlanan kodlama mekanizmalarına dönüşebilir.² Örneğin: **Kendini** olumsuz görme (örn. “bu ödevi asla beceremeyeceğim”, “sorunlarımın üstesinden gelemeyeceğim”, “sevilmedikçe hiçim”); **çevresindekileri** olumsuz görme (örn. “haksızlık”, “kimse beni sevmiyor”); **geleceği** olumsuz görme (örn. “daima başarısız olacağım”, “ümitsizim ve hiçbir şey değişmez”, “her şey bitti”).^{2,4,8}

Özetle, bilişsel yapı süzgeci/merceği sorunlu ise ortaya çıkan sonuç/tepki de olumsuz duygu ve uygunsuz davranış biçiminde açığa çıkabilecektir.

Olay (iç/dış uyaran)—**Sorunlu bilişsel süzgeç/mercek (Bilişsel Hata)**—Tepki (olumsuz duygu ve uygunsuz davranış)

Olumsuz bilişsel yapıya sahip olma, yaşam olaylarının nesnel olarak değerlendirilmeyi ve akıl yürütmeyi bozar ve durumla orantısız duygusal ve davranışsal tepkilerin oluşmasına ve sıklıkla belirgin sıkıntılı bir durumun ortaya çıkmasına neden olur. Ortaya çıkan durumun sıklığı, süresi ve şiddeti, sosyal ve akademik işlevselliği etkilediği takdirde bu sıkıntı, bozukluk ile sonuçlanabilir. Örneğin; birey bir durumu **tehdit edici** olarak görürse yüksek düzeyde **anksiyete** yaşayabilir ve durumdan kaçma veya kaçınma arayışında olabilir. Çocuk/ergen yaşadığı sorunu **ezici ve umutsuz** görüyorsa **çökkün** hissedebilir ya da bir diğer kişinin hatasını bile rek ve isteyerek kendisini **aşağılama girişimi** olarak yorumlarsa **öfkelenebilir**.^{1,2,8,9}

Aaron Beck, kişilerin olay ile tepkisi (duygu ya da davranış) arasında olanların farkında olmadıklarını; sadece bunların devamında gelen hoşnut olmadıkları bir takım duyguları farkettilerini görmüş ve bilişsel davranışçı terapiye ilişkin kuramını, olay-düşünce-duygu ve davranış ilişkisi üzerine inşa etmiştir. BDT yaklaşımı bireye, duygusal zorlanmalarını fark etmeyi; sıkıntı verici düşüncelerin yer aldığı kendi düşünce sistemini değerlendirmeyi; bu düşüncelerin gerçekçilik düzeyini incelemeyi; gerçekdışı ve işlevsel olmayan düşüncelerin yerine, daha işlevsel ve yapıcı olanları yerleştirmeyi öğreten bir süreçtir.^{2,10} Bu anlamda BDT, kişilerin sıkıntı verici düşünceler ile duygu ve davranışlar arasındaki ilişkiyi öğrenmelerine yardımcı olma üzerinde durduğu için diğer pek çok tedavi yaklaşımlarından farklıdır.^{2,3}

İdeal bir model: Uyaran—**Farkındalık-Tanıma-Karar verme-Problem çözme**—Tepki/yanıt

Bu nedenle BDT de, bireye bilince yakın otomatik düşüncelerini fark etmesi, tanınması, ele alması ve değiştirmesi öğretilir.^{2,10} Bilişsel yaklaşım, duygusal zorlukların oluşmasında, sürmesinde, işlevsel olmayan, gerçekdışı düşünce çarpıtmaları, tutum ve inançları içeren bilişsel yapının rolüne özel önem verir.³ Bunlar yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da kaygı, öfke, iç çekilme gibi olumsuz duygulara ve sosyal, okul yaşantılarında problemlili davranışlara yol açar.^{2,10} Bu noktada BDT çocuklar ve ergenlerin olumsuz düşünceler ile duygu ve davranışlar arasındaki ilişkiyi öğrenmelerine yardımcı olan bir tekniktir. BDT'nin kullanılma amacı, yeni yaşantılar ve beceriler kazanmak yoluyla uygun olmayan öğrenme, inanç ve düşünme örüntülerini değiştirmektir. Bu değişimin; çocuğun yaşam olayları karşısında uygun duygusal ve davranışsal tepkiler vermesine; baş etme ve sorun çözme becerisini geliştirme yoluyla okul ve evdeki günlük sıkıntılarının giderilmesine yardım edeceği düşünülmektedir.^{2,4,11,12}

ÇOCUK/ERGEN BDT İLE

YETİŞKİN BDT ARASINDAKİ FARKLILIKLAR

Çocuklarda BDT'nin kullanımı, yetişkinlerde kullanılan modelin çocuklara uyarlanması ile geliştirilmiştir.¹³ Fakat ilk uygulandığı yıllarda çocukların kendine özgü tedavi ihtiyaçlarını dikkate almadan yetişkin gibi ele alınması ve düşünceyi sorgulayan rasyonel analiz tekniklerinin çocuklar için uygun olmaması bir takım zorlukları beraberinde getirmiştir.¹⁴ Çünkü çocuklar yetişkinler ile aynı bozuklukluğa sahip olsalar bile, bu bozuklukların etiyojisinde ve sürdürülmesinde farklı bilişsel, davranışsal, ailesel faktörler rol oynamaktadır.¹⁵ BDT prensipleri, temelde yetişkinlerdeki ile aynı olmasına rağmen çocuk/ergenlerde iletişim, yaklaşım ve uygulanma şekli, bilişsel olgunluk seviyesi, motivasyonel faktörler, aile ve diğer çevresel faktörler ve terapötik yaşantılar dikkate alınarak yapılandırılmalıdır.^{4,11} Bununla birlikte yıllar içinde bilişsel yeniden yapılanma için gerekli olan pek çok soyut kavramın; somut bir dil, metaforlar ve günlük yaşamdan somut ve pratik örnekler ile açıklandığı durumlarda çocukların, bunu anlayabildikleri ve terapide kendilerinden beklenen “bilişsel” görevleri başarabildikleri görülmüştür. Sekiz yaşından büyük çocukların kendilerini izleyebildikleri; duygu, düşünce ve davranışları birbirinden ayırt edebildikleri; düşünceler hakkında konuşabildikleri; iç konuşmayı değiştirmeye gibi basit görevleri anlayıp yapabildikleri araştırmalarda gösterilmiştir.^{16,17}

ÇOCUK/ERGEN BDT İLE YETİŞKİN BDT ARASINDAKİ BENZERLİKLER

Çocuklarla BDT, yetişkinlerde olduğu gibi aktif, problem odaklı, içsel motivasyon geliştirmeye ve hedefe yöneliktir. Yetişkin ile çalışırken kullanılan bir takım ilkeler çocuklar için de geçerlidir.¹⁶ Örneğin, gündem belirleme ve geribildirim verme, işbirliği ile kazanılan deneyim ve rehberli keşif, çocuklar için de yararlıdır. Bir diğer ortak yöntem olan ödev verme de gerçek yaşamda, becerileri denemeyi mümkün kılan çekirdek bir yapı olması nedeni ile oldukça önemlidir.^{16,18}

ÇOCUKLAR İLE YAPILAN BDT'DE DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

Çocuklar yetişkinlerden farklı kapasitelere, sınırlılıklara, önceliklere ve ilgi alanlarına sahiptir; her biri farklı psikosozyal, moral, bilişsel ve davranışsal gelişim aşamalarında bulunurlar. Çocuk ve ergenler ile çalışacak kişiler açısından, çocukların, basitçe yetişkinin küçük bir şekli olmadığını bilmesi; kişisel ve davranışsal gelişiminin dikkate alınması önemlidir. Örneğin, bilişsel gelişimi işlem öncesi dönemde (2-6 yaş) olan yani somut işlemler dönemine ulaşmamış çocukların bilişsel terapinin mantık ve tartışma biçimiyle ilgili güçlükleri olacağı ve soyut ve sözel yorumların ve bilişsel tekniklerin kullanımının etkisiz olabileceği değerlendirilmektedir. Ancak, mantıksal düşünme gerektirmeyen kendi kendine yönerge verme, sosyal beceri eğitimi gibi basit bilişsel girişimler ve davranışsal tekniklerin de etkili olacağı bilinmelidir.^{2,11,16} Bunun nedeni bu dönemdeki çocukların çok boyutlu düşünmede, sosyal perspektif almada ve kendileri dışındaki kişilerin bakış açısını anlamakta zorlanmalarıdır; fakat öyküler, şekiller, resimler ile daha fazla ve kolay öğrenebilmeleri mümkündür. Somut işlemler aşamasında (7-11 yaş) olan çocuklar ise, mantıksal süreçlere sahip olduklarından bilişsel tartışmalara katılmaları ve faydalanmaları olasıdır. Bu dönemdeki çocuklara soyut kavramların öğretilmesi ise ancak günlük yaşamla bağlantılı somut, basit örnekler üzerinde öğretici benzetmeler ve tanımlamalar yapıldığında mümkün olabilir. On iki yaş ve üstü ergenler ise bilişsel düzeyin gelişmiş olduğu soyut işlemler döneminde bulunur. Bu dönemde ergenler işlevsel olmayan gerçek dışı düşüncelerin konuşulabilmesi için gerekli olan hipotez kurma ve genelden özele ulaşabilme kabiliyetine ulaşmışlardır.^{2,11,16}

Bilişsel terapi, çocukların yaşlarının yanı sıra sözel ve bilişsel kapasitelerine de dayanmaktadır ve bu nedenle çocuğun sosyal bilişsel becerilerini de mutlaka

dikkatle alınmalıdır. Duyguları ifade edecek zenginlikte bir dil birikimi olmayan, sözel yetisi az olan küçük çocuklarda resim, kukla oynatma, oyun oynama, beceri çalışmaları, düşünce balonları şeklinde çizilmiş düşünce günlükleri kullanılabilir. Duygusal tepki temaları sınırlı olan çocuklara duygusal sözcükleri ve kavramları kazandırmak için somut, hikaye tabanlı oyunlar, çizgi romanlar, resimler ve benzetmeler kullanılarak kavramların anlamı üzerinde çalışılabilir.^{2,4,16,19}

Tedavinin etkinliğini en az yaş ve sözel ve bilişsel kapasite kadar etkileyen bir diğer konu, çocuğun terapiye kendi isteği ile gelip gelmediğidir ki; çoğunlukla sorunlarının farkında olmayan çocuklar aileleri ve okulları ile yaşadıkları sorunlar nedeniyle bakım vericileri tarafından tedaviye katılmak zorunda bırakılmışlardır. Kendi isteği dışında tedaviye getirilmek, çocuk ve ergen için hoş olmayan bir durum olarak görülebilir, neden orada bulunduğunu anlamakta zorlanabilir ve terapiyi reddedebilir. Başlangıçta terapistin, terapide neler yapılacağı, kime ve nasıl yardım edeceğini açıklaması önemlidir. Çocuk ve ergenlerin güvenebilecekleri dürüst, kendilerine açık olan, onların seviyelerine uygun iyi iletişim becerisine sahip kişilerle ilişki kurmaya ihtiyaçları vardır.^{2,11}

Çocuklarla yapılan BDT'de diğer ihtiyaç ise terapi hedeflerinin önceliğinin belirlenmesidir. Çocuk ve ergenler, terapide ebeveynlerinin veya ailesinin taleplerinin baskın olacağından endişe ederler. Bu gibi durumlarda terapist, terapinin çocuk veya ergenin öncelik ve hedeflerine göre yapılandırılacağını açıklamalıdır; bu açıklama terapötik ilişkiyi güçlendirir. Sonraki adım çocuğun duygu ve davranışlarını incelemek; işlevsiz ve uyuma yönelik olmayan inanç ve tutumlarının ve bunların yarattığı olumsuz sonuçların farkına varmasını sağlamaktır. Çoğunlukla sağlıklı olmayan varsayımlarının etkisi ile ortaya çıkan algılayış farklılıkları çocuğun olaylara verdiği tepkileri etkiler yani, tıpkı yetişkinlerde olduğu gibi çocukların duygu ve davranış tepkilerindeki uygunsuzluğun nedeni, olayın ne olduğu değil nasıl algılandığıdır.^{2,4,11,20}

Uyuma yönelik olmayan inanç ve tutumların terapide ele alınmasından önce çocuk veya ergenin duygu ve davranışlarında meydana gelmesi planlanan değişiklik hakkında fikrinin ne olduğunu öğrenmek önemlidir. Çünkü bazen bu değişikliklerin olumlu, kendilerine iyi gelecek, talep edecekleri bir değişiklik olduğunu düşünmeyebilirler. Dahası özellikle de ergenler düşüncelerinin işlevselliğinin bozuk olduğunun gösterilmesinden hoşlanmayabilir; terapistin davranışlarını kontrol et-

meye çalıştığını düşünebilirler ve kendini güvende hissetmeyerek, kendini açmak istemeyebilirler. Bu nedenle terapist, çocuk ve ergen ile daima açık, samimi ve güvene dayalı bir ilişki kurmalıdır. Bu ilişkiyi inşa etmek için sadece soruna odaklanmamak; çocuk/ergeni önemsediyi göstererek şekilde seans gündem dışı konu veya oyunlar ile başlamak; soru ve konu seçiminde dikkatli olmak gerekir.^{2,11}

Terapi seanslarının uzunluğu ve sıklığı uygun şekilde planlanmalıdır. Çocuğun ve ergenin otonomisini korumak ve önceliklerini belirlemek için mümkün olduğu ölçüde terapistin gündemi çocuk ile birlikte belirlenmelidir. Terapi seanslarına gerekirse aile de dahil edilebilir.^{2,11} Sorunların çözümüne ilişkin çocuk ve aileye kazandırılmak istenen beceriler öncelikle terapi esnasında ve terapist gözetiminde uygulanmalıdır. Seans sonunda verilen ödevler yolu ile de bu becerinin günlük yaşama aktarılması desteklenmeli ve ödevlerin ya da becerilerin pekiştirilmesinde aile ve öğretmenin de katkıları sağlanmalıdır.^{2,4,11}

Çocuklarla yapılan BDT’de aile ve okul katılımı, tedavinin başarılı başlaması, sürdürülmesi ve genellenmesi konusunda kritik öneme sahiptir.¹⁶ Bununla beraber terapilerde bazen ailelere ilişkin güçlükler de yaşanabilir. Seanslara katılmayan, ebeveyn psikopatolojisi bulunan veya ebeveynlik becerisinde yetersizlikleri olan, boşanmış olan aileler bu güçlüklerin kaynağı olabilirler. Terapist, ebeveynler ile çalışırken ebeveynlerin sorunlarını belirlemede (çocuğa ilişkin gerçek dışı beklentilere sahip olma, ebeveynlik rollerini yerine getirmede güçlük, etkisiz iletişim kurma vs.), bu sorunlara yönelik çözüm yollarını bulmada (durum yönetimi, terapötik iletişim tekniklerinin kullanılması, öfke kontrolü, etkili direktif/komut verme vs.) ebeveynleri destekleyebilir. Terapist, seanslar sırasında, çocuğun yetiştiği aile yanında okulu, akranları, arkadaşları gibi diğer tüm sosyalleşme faktörlerini de mutlaka gözönüne almalıdır.^{2,4,21}

BDT’DE KULLANILAN TEMEL YÖNTEMLER

BDT de kullanılan iki temel tedavi yöntemi vardır. Bunlardan biri gerçekdışı ve işlevsel olmayan düşünce, tutum ya da inançların değiştirilmesi için uygulanan bilişsel terapi; diğeri ise işlevsiz veya uyuma yönelik olmayan davranışların devre dışı bırakılması için uygulanan davranış terapisidir. Çoğunlukla davranış terapisti ile bilişsel terapi birlikte kullanılmaktadır.^{2,4,21} Beck, davranışçı tekniklerin yararlı olduğu ve bireyin davranışlarında yapılan değişikliklerin, daha sonra bilişsel sürecinde de birtakım değişimlere yol açacağını öne

sürmü; bilişsel terapi ile davranış terapisini birlikte kullanmayı önermiştir.²² BDT esnasında kullanılan çok sayıda uygulama olmasına rağmen aşağıda sıklıkla kullanılan birkaç yöntem detaylıca ele alınmıştır.

1) Kendini İzleme, otomatik düşüncelerin ve bilişsel çarpıtmaların fark edilmesine yönelik yapılandırılmış bir uygulamadır. Ergen ve çocuğa terapistin erken aşamalarında öğretilir. Çocuk ve ergenden kaygı, korku veya öfke hissettiği durumda aklından geçen düşünceleri bulması istenir. Bu düşünceler otomatik düşüncelerdir. Otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar öncelikle seans içinde ele alınmalıdır; sonrasında seans dışında ev ödevi olarak da verilebilir.^{4,12} Çocuğun sıklıkla karşılaşılan sorunlarından bir tanesi korkudur. Bu nedenle aşağıda her iki grup için kullanılan kendini izleme uygulamaları, korku teması üzerinden ele alınmıştır.

Çocuklarda kendini izleme uygulamasının ilk basamağı çocuğa anlayabileceği basitlikte düşünce-duygudavranış modelini öğretmektir. Bu aşamada çocuğun konuyu anlamasını kolaylaştıracak eğlenceli tekniklerin kullanımı yararlı olabilir. İkinci basamakta korkuyla ilişkili bir kendini izleme uygulaması olan korku treni tekniğinin detayları çocuğa anlatılır. Çocuktan bir tren çizmesi, bu treni “kim istasyonuna”, “nerede istasyonuna”, “düşünce istasyonuna”, “davranış istasyonuna”, “duygusu istasyonuna” ve “vücut istasyonuna” götürmesi istenir. Tren her bir istasyonda durduğunda çocuk, o istasyona ait soruyu cevaplamalıdır. Soruyu yanıtlamak konusunda terapistin destek olması süreci kolaylaştırır. Böylelikle çocuğun düşünce- duygudavranış arasındaki ilişkiler silsilesini öğrenmesi hedeflenir.^{4,12,16}

Ergenlerde korku ile ilgili kendini izleme uygulaması için kullanılan teknik, korku cetvelidir. Bu cetvel, üzerinde ergenin belirleyeceği derecelere sahiptir; ergen dilerse bu derecelendirmeyi 1-5 arası, dilerse 1-100 arasında yapılandırabilir. Ergenden bu cetveli kullanarak duygusunun derecesini belirlemesi ve o anda aklından geçen düşünceyi aktarması istenir. Otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmalar ele alındıktan sonra korku düzeyinde değişim olup olmadığı yeniden değerlendirilir. Bu yolla ergenin bilişsel çarpıtmalarının değiştirilmesi için yapılan müdahalenin etkinliğini somut olarak görmesi sağlanır.^{4,12,20,23}

2) Bilişsel Yeniden Yapılandırma: Duygu, düşünce ve davranış arasındaki ilişkiyi tanıma ve sıkıntıya yol açan hatalı bilişleri fark edilerek yerine daha gerçekçi ve işlevsel düşünme yollarının konulduğu süreçleri içerir. Bu uygulamada terapist, çocuğun sorun olan duygu ve davranışları tanımasını ve belirtileriyle arasında bağlantı

kurabilmesini sağlar. Bu bağlantı, işlevsiz, olumsuz düşüncelerin ve inançların tanınması ve belirlenmesini sağlayan kendini izleme yöntemi ile kurulabilir. Terapist, seans sırasında çocuğun bu düşüncelerinin gerçekliğini ve işlevselliğini incelemesine, çeşitli yöntemler kullanarak rehberlik eder. Bu yöntemler arasında yönlendirilmiş keşif, rol oynama, hayal kurma, davranış deneyi eşliğinde düşüncelerin kaydedilmesi, otomatik düşünce kaydı tutulması, soru sorma yer alabilir. Terapi esnasında bilişsel yeniden yapılandırma için sıklıkla sorular arasında şunlar yer alır: “Bu belirtiler ortaya çıkmadan önce aklından hangi düşünce geçiyordu?” bu düşünceyi destekleyen ve karşı olan kanıtlar neler?”, “alternatifler neler? (acaba bunun farklı bir açıklaması var mı)”, “gerçekten düşündüğün şekilde ise durum, en kötü ne olabilir”, “başkası aynı durumda olsa ona ne derdin?” ve “düşünceni değiştiren ne olur?”^{1,2,8,12}

Etkili bir bilişsel yeniden yapılandırma uygulamasından sonra işlevsiz olumsuz düşüncelerin daha gerçekçi ve işlevsel düşüncelere yerini bırakması beklenir. Örneğin, “Gene hata yaptım, ben herşeyi mahvediyorum, tam bir felaketim” yerine “herkes gibi ben de hatalar yapabilirim, yapabileceğim en iyi şey durumu düzeltmek için elimden geleni yapmak ve bu yaşantımdan bir şeyler öğrenmek”. Çok endişeliyim, neden kaygımı kontrol edemiyorum ki ben?” yerine “anksiyeteli olmak normal bir şey, tehlikeli değil, beni durdurması gerekmez, anksiyeteli olabilirim ama yine de partiye gidebilirim.”

Terapist kullandığı bu yöntemlerle çocuğa sadece olumlu düşünmeyi öğretmeye çalışmaz, aksine, deneyimleri ve sorunları farklı bakış açıları ile (pozitif, negatif ve nötr) ele almayı, zorluklar için yaratıcı çözümler üretmeyi ve doğru sonuçlara ulaşmayı öğretmeyi amaçlar.³ Bu öğrenme süreci boyunca çocuk, önce terapist ile beraber, sonra giderek bağımsızlaşarak tek başına hatalı, uyuma dönük olmayan ve sıkıntı oluşturan bilişleri incelemesini öğrenir.^{12,20}

3) Gevşeme Eğitimi: Gevşeme eğitimi çeşitli kas gruplarının sistematik olarak kasılması ve gevşemesi yolu ile kas geriliminin ve bu gerilimin yarattığı anksiyetenin azalmasını hedefleyen bir yöntemdir. Derin nefes egzersizi eşliğinde ve genellikle BDT’de özellikle somatik yakınmaları olan çocuklarda sıklıkla kullanılmaktadır. Bu grup çocuklarda uygulanma amacı çocuğun semptomları üzerindeki kontrolünü arttırmaktır. Ergenlerde ise kronik baş ağrısı ve anksiyetenin yönetiminde etkili olarak kullanılabilir. Bu nedenle, uygulamanın ilk aşamasında yöntemin hedefleri ve mantığı çocuğa açıklanır. Terapist

çocuğun kas gerginliğine ve nefese odaklanmasını sağlar. Küçük yaşlardaki çocukların kas gevşeme eğitimini öğrenmeleri her ne kadar güç olsa da derin nefes almayı öğrenmek oldukça kolaydır. Bu gibi durumlarda gevşeme aşamalı olarak öğretilir. Çocuğun öğrenme hızı da dikkate alınarak öncelikle bir ya da iki kas grubunun gevşetilmesi, öğrenme gerçekleşirse ardından diğer kas gruplarının da eklenmesi yöntemi öğretmeyi kolaylaştırabilir. Bu eğitime ayrılan zamanın çocuğun dikkat özellikleri dikkate alınarak yapılandırılması; örneğin küçük çocukların eğitim süresinin 10-15 dakika ile sınırlandırılması önemlidir. Terapi seansları dışında kullanımını sağlamak için gevşemeye yönelik kullanılan talimatlar teybe kaydedilebilir, yönergenin öğrenilmesinden sonra ihtiyaç duyduğunda çocuk tek başına bu yöntemi uygulayabilir.^{4,12,24,25}

4) Aktivite Planlama: BDT’de çocuk ve ergenlerde kullanılan bir diğer yöntem, aktivite planlamadır. Terapi seansları içerisinde ödev/görev olarak planlanan bu aktivitelerin temel amacı, çocukların ve ergenlerin aktiviteleri ve duygudurumu arasındaki ilişkinin niteliğini anlamaktır. İkincil amacı ise, çocuğun ve ergenin hoşuna giden arkadaşlarla sinemaya gitme, aile ile yemeğe çıkma, bir oyun oynama gibi aktivitelerin planlanması sureti ile keyif alması ve yaptığı şeyi değiştirdiğinde, hissettiği duyguların da değiştiğini fark etmesinin sağlanmasıdır. Özellikle depresif, anksiyeteli, ihmalkar ve mükemmeliyetçi çocuklarda ve ergenlerde aktiviteler ile bilişsel süreçler arasındaki ilişkiyi fark etmek için oldukça etkili bir şekilde kullanılan bir yöntemdir. Bu uygulamada bireyler her günkü faaliyetlerini planlar; kayıt eder ve zevk, ustalık, anksiyete veya yeterlilik açısından (0-10) arasında derecelendirir. Bir sonraki terapi seansında yapılan ödevler terapist ile birlikte ele alınarak aktiviteler ile bilişsel süreçler arasındaki ilişki açığa çıkarılır.^{4,9}

5) Sistematik Duyarsızlaştırma: Bu uygulamada korkulan durumla ilgili az kaygı yaratan durumdan en çok kaygı yaratan duruma doğru hiyerarşi listesi yapılır. Bu listenin her basamağına ilişkin kaygı fiziksel, duygusal, davranışsal, bilişsel ve kişilerarası bileşenleri yönünden detaylandırılmalıdır. Yine her bir basamağına ilişkin duyuşsal uyaranların (koku, ses, görüntü vs.) tanımlanması önem taşımaktadır. Duyarsızlaştırma sürecinde en az kaygı yaratan durumdan, en çok kaygı yaratan duruma doğru bir yol izlenir.^{12,20,26} Duyarsızlaştırma uygulamasının temel mantığı bireyin aynı anda hem anksiyeteli hem de gevşemiş olamayacağıdır. Bu nedenle gevşeme teknikleri duyarsızlaştırma sürecine başlama-

dan önce çocuğa mutlaka öğretilmelidir. Çocuktan kaygı yaratan durumla ilgili her bir basamakta, o anı tamamen hissetmesi, duygu, düşünce ve bedensel duyularının neler olduğunu fark etmesi istenir. Hemen ardından çocuktan kendini mutlu, rahat, güvende hissettiği, sevdiği şeyleri yapabileceği bir yerde hayal etmesi istenir; bu uygulama gevşeme egzersizi ile birleştirilir. Uygulamanın öncesinde her bir basamağın çocuk için yarattığı kaygının derecelendirilmesi istenir ve uygulama sonrasında bu derecelendirmede ne ölçüde düşüş olduğu değerlendirilir.^{4,12,20}

6) Maruz Bırakma ve Kaçınmayı Azaltma: Maruz bırakma yönteminde temel amaç, korkuları veya fobiyi tetikleyen objelerle ve durumlarla kontrollü, amaçlı ve bilinçli bir şekilde yüzleşmek; kaçınmayı azaltma yaklaşımında amaç ise, ritüelleri uzaklaşmak sureti ile obsesyon tarafından oluşturulan anksiyeteyi azaltmaktır. Yöntemden en etkili şekilde faydalanmak için maruz bırakma ve kaçınmayı azaltma aynı anda uygulanmalıdır. Tedavide ilk yapılması gereken şey çocuk ve aileyi maruz bırakma tedavisi ile ilgili eğitmektir. Çünkü çoğu zaman aileler maruz bırakmanın çocuğun kaygılarını çok arttırabileceğinden, bunu yönetemeyebileceğinden ve kontrolden çıkabileceğinden endişe etmektedir.^{4,12,20} Çocuk ve aileye verilen eğitimin en önemli vurgusu, maruziyet tedavisinin, çocuğun korktuğu durum ile baş etme becerisinin aslında kendinde var olduğunu fark etmesini sağladığı olmalıdır. Tedavinin ikinci adımı tıpkı sistematik duyarısızlaştırmada olduğu gibi korkulan durumla ilgili en az kaygı yaratan durumdan en çok kaygı yaratan duruma doğru sıralanmış bir hiyerarşi listesi yapılmasıdır. Üçüncü basamakta maruz bırakma uygulamasıdır. Bu uygulamanın iki türü vardır. Bunlardan ilki, “gerçek yaşamda maruziyet; ikincisi “imgesel maruziyet”tir. Gerçek yaşamda maruziyet yöntemi Obsesif Kompulsif Bozukluklar ve fobiler için idealdir.^{4,20,27}

Uygulama esnasında çocuklar anksiyete düzeyini azaltma amacıyla, kontrollü bir biçimde sırası ile hiyerarşi listelerinde yer alan korku verici objeler, durumlar, düşünceler ve benzer uyaranlarla karşılaştırılırlar. Bu teknik ile, öncelikle orantısız ölçüde katastrofik olan anksiyete kaynağına ilişkin bilişler, ardından bu anksiyete kaynağına verilen fizyolojik yanıtlar düzenlenir. Tedavi süresince çocuk, hiyerarşi listesindeki her duruma sırası ile maruz kalır; kaygısı yok olduğunda tedaviye son verilir.^{4,12,20}

İmgesel maruziyette ise, anksiyete kaynağının kendisine değil, imgesine çocuk maruz bırakılır. Uygulama basamakları temelde gerçek yaşamda maruziyet ile ay-

nıdır. Daha etkili ve daha kısa sürede çözüm sağlaması nedeni ile terapistler genellikle uyguladıkları seanslarda gerçek maruz bırakmayı tercih etmektedirler. Son basamak genelleme ve sürdürmedir. Anksiyete kaynağına kademeli olarak maruz kalan çocuk, anksiyete kaynağının katastrofik bir etkisi olmadığını pekiştirir ve genel-ler. Sürdürmenin sağlanması için ise, maruz bırakma uygulamaları seans dışında da devam etmelidir; bu nedenle terapist bu uygulamayı çocuğa ev ödevi olarak verebilir.^{4,12,20}

7) Sosyal Beceri Eğitimi: Sosyal beceri eğitiminin temel amacı, çocuğun sosyal yaşamını sürdürmek için ihtiyaç duyduğu konuşmayı başlatma ve sürdürme, dinleme, istek, talep ve duygularını ifade etme, paylaşma, bir grup içinde var olma gibi sosyal becerileri edinmesidir. Bu becerilerin gelişmesi için terapist öncelikle kazanılması beklenen sosyal becerilerin neler olduğunu ve bu becerilerin çocuğa katkısının neler olabileceğini detaylıca anlatmalıdır. Seanslar içinde yapılan uygulamalarda terapist hedef beceri ile ilgili yönergeler verme; bu becerileri göstermek sureti ile model olma; çocuğun yaşına uygun biçimde yapılandırılmış oyunlar içerisinde hedef beceri ile ilgili geri bildirimler verme ve çocuğun başarılı olduğu durumlarda ödüllendirme yolu ile zaman içerisinde becerilerin kazanılmasını hedefler.^{12,25} Bu becerilerin öğretilme hiyerarşisi, çocuğun gereksinimlerini dikkate alarak basit beceriden karmaşık beceriye doğru yapılandırılmalıdır.²⁸ Becerilerin öğretilmesinde kukla, maket gibi oyuncaklar, rol play uygulamaları, davranışların etkisinin değerlendirildiği davranış deneyleri, çizgi film ve video gibi görseller kullanmak çocuğun öğrenmesini kolaylaştırdığı gibi, süreci de eğlenceli hale getirebilir.^{4,12,16,20}

8) Problem Çözme: Bilişsel yaklaşıma dayalı kişilerarası problem çözme eğitiminin maksadı, çocuklara, sağlıklı problem çözme becerisi kazandırmak sureti ile kullandıkları sağlıksız baş etme belirtilerinde azalmayı sağlamaktır. Problem çözme becerisi kazanan çocuklar ortaya çıkan sorunları çözebilmelerine yardım edecek düşünme becerilerini öğrenmektedirler. Problem çözme eğitiminin basamakları 1) problemi net bir biçimde tanımlama; 2) her problem için birden fazla çözüm yolu düşünme; 3) her çözüm yolunun olası sonuçlarını dikkate alma; 4) hangi çözüm yolunun seçileceğine karar verme; 5) uygulama; 6) işe yarayıp yaramadığını değerlendirmedir. Problem çözme becerisi kazanan çocukların zaman içerisinde içgörü kazanacakları, kendilerini ve başkalarını daha iyi anlayacakları, öfkelerini bastırma ve kontrol etmeyi öğrenecekleri varsayılmaktadır.^{4,16,21,29}

9) Durum Yönetimi (Contingency Management):

Çocuk ve ergenlerde BDT de kullanılan davranışçı yöntemlerden olan durum yönetimi, temelde operant koşullanma prensiplerine dayanmaktadır. Yani temel mantığı tatmin edici bir sonucu olan davranışların tekrar edilme, olumsuz sonuçları olan davranışların sönme eğiliminde olduğudur. Bu teknikte, pekiştirilmesi ve art-

ması istenen davranışlar karşılığında çocuk ödüllendirilir. Bu tür programlar aileler yönetiminde uygulanabildiği gibi özellikle okulda, sorun yaşayan çocuk ve ergenlerde öğretmenler de uygulayabilir. Ödüller maddi olabileceği gibi çeşitli hakların elde edilmesi, bazı ayrıcalıkların verilmesi, sosyal ve etkinlik ödülleri şeklinde de olabilir.^{4,16,30}

KAYNAKLAR

1. Türkçapar H. Bilişsel Terapi. 5.baskı. Boylam Psikiyatri Enstitüsü. Ankara: HYB Basım Yayın; 2011.
2. Freeman SM, Freeman A. Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice. New York: Springer Publishing Company; 2005.
3. Rector NA. Cognitive behavioural therapy. An information guide- Centre for Addiction and Mental Health. Canada: Library and Archives Canada Cataloguing in Publication; 2010.
4. Manassis K. Cognitive Behavioral Therapy with Children A Guide for the Community Practitioner. New York:Routledge Taylor and Francis Group; 2009.
5. Küçükkaragöz H. Bilişsel Gelişim ve Dil Gelişimi. Binnur Yeşilyaprak, editör. Eğitim Psikolojisi, Gelişim-Öğrenme-Öğretim. Ankara: PegemAYay; 2006. p.82-100.
6. Yazgan-İnanç B, Bilgin M, Kılıç-Atıcı M. Gelişim Psikolojisi Çocuk ve Ergen Gelişimi. Adana: Nobel Kitabevi; 2005.
7. Senemoğlu N. Gelişim Öğrenme ve Öğretim, Kuramdan Uygulamaya. 12. Baskı. Ankara: Gazi Kitabevi; 2005.p.32-55.
8. Beck J. Bilişsel Terapiler: Temel İlkeler ve Ötesi. Çev.: Hıslı Şahin N. Ankara; Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2001.
9. Türkçapar HM. Klinik uygulamada bilişsel davranışçı terapi- Depresyon. 2.baskı. Ankara: HYB Basın Yayın; 2013.
10. Greenberger D, Padesky CA. Evinizdeki terapist. İstanbul: Altın kitaplar Yayınevi; 2015.
11. Türkçapar HM. Çocuk ve ergenlerde depresyonun tedavisi. Psikoloji Gündemi 2. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. 2008.
12. Karakaya E, Öztöp DB. Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi, Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2013; 2:10-24.
13. Kendall P. Guiding theory for therapy with children and adolescents. Child and Adolescent Therapy. New York: Guilford Press; 1993.
14. Grave J, Blissett J. Is cognitive behaviour therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. Clin Psychol Rev 2004;24(4):399-420.
15. Turner CM. Cognitive-behavioral theory and therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Current status and future directions. Clin Psychol Rev 2006;26(7): 912-38.
16. Friedberg RD, McClure JM. Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents. New York: The Guilford Press; 2002.
17. Quakley S, Coker S, Palmer K, Reynolds S. Can children distinguish between thoughts and behaviours? Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2003;31(2):159-67.
18. Spiegler MD, Guevremont DC. Contemporary behavior therapy. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole; 1995.
19. Kimball W, Nelson, WM, Politano PM. The role of developmental variables in cognitive-behavioral interventions with children. In: Finch AJ, Nelson W.M, Ott ES, eds. Cognitive-behavioral procedures with children and adolescents. Boston: Allyn & Bacon; 1993. p. 25-67.
20. Reinecke M, Dattilio FM, Freeman A. Cognitive therapy with children and adolescents. Reinecke M, Dattilio FM, Freeman A, eds. A casebook for clinical practice, 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2003.
21. Kendall PC. Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioural Procedures. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2011.
22. Sauter FM, Heyne D, Westenberg PM. Cognitive Behaviour Therapy for Anxious Adolescents: Developmental Influences on Treatment Design and Delivery. Clin Child Fam Psychol Rev 2009;12(4):310-35.
23. Friedberg RD, Brelsford GM. Core principles in cognitive therapy with youth. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2011;20(2):369-78.
24. Eisen AR, Silverman WK. Should I relax or change my thoughts? A preliminary examination of cognitive therapy, relaxation, and their combination with over anxious children. J Cogn Psychother 1993;7:265-79.
25. Sorias O. Bilişsel davranışçı terapi. Çuhadaroğlu Çetin F, editor. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008. p.667-78.
26. Piacentini J, Bergman RL, Chang S, Langley A, Peris T, Wood JJ, et al. Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011;50(11): 1149-61.
27. Bouchard S, Mendlowitz S, Coles MF, Franklin M. Considerations in use of exposure with children. Cogn Behav Pract 2004;11: 56-65.
28. Lerner J, Safren SA, Henin A, Warman M, Heimberg RG, Kendall PC. Differentiating anxious and depressive self-statements in youth: Factor structure of the negative affect self-statement questionnaire among youth referred to an anxiety disorder clinic. J Clin Child Psychol 1999;28(1):82-93.
29. Özcan CT, Oflaz F, Türkbay T, Freeman Clevenger S.The effectiveness of an interpersonal cognitive problem-solving strategy on behavior and emotional problems in children with attention deficit hyperactivity. Archives of Neuropsychiatry 2013; 50: 244-51.
30. Özcan CT, Yüksel Ç. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda ilaç dışı tedavi yaklaşımları. Özcan CT, Karaman D, Özenç S, editörler. Aile hekimlerine yönelik çocuk ve ergen ruh sağlığı bozuklukları. Ankara: Derman Tıbbi Yayıncılık; 2013. p.1-14.