

## Uyku Terörü

Uyku terörü, genellikle çocukların yavaş dalga uykusundan çıktığı gecenin ilk üçte birinde (NREM uykusunun 3. ve 4. evreleri) kafa karışıklığı ve kısmi uyarılma durumu ile karakterize, yaygın, yavaş dalga uyku bozukluklarından biridir. Çoğu uyku terörü, taşikardi, takipne, titreme, midriyazis, terleme, kafa karışıklığı ve seslenme şeklinde otonomik deşarj ile ilişkilidir. Uyku terörü en çok 4-12 yaş arasındaki çocuklarda görülür (Bhari et al., 2013).

## Kabuslar (Kabus Bozukluğu)

Kabuslar tipik olarak uzun, ayrıntılı, gerçek gibi görünen, endişe, korku veya diğer disforik duyguları kışkırtan rüya görüntülerinin hikaye gibi dizileridir. NREM uyku uyarılma bozukluğu olan bireylerin aksine, kabus bozukluğu olan bireyler tipik olarak kolayca ve tamamen uyanırlar, epizodlara eşlik eden canlı hikayeli rüyalar bildirirler ve gecenin ilerleyen saatlerinde epizodlar yaşama eğilimindedirler. Kabuslar genellikle REM uykusu sırasında ortaya çıkar. NREM uyku uyarılma bozukluğu olan çocukların ebeveynleri, çocukların parçalı görüntülerle ilgili anlattıklarını kabus olarak yanlış yorumlayabilirler. Kabusların yaygınlığı çocukluktan ergenliğe doğru artar. Ebeveynlerin %1,3-%3,9'u okul öncesi çocuklarının "sık sık" veya "her zaman" kabus gördüğünü bildirmiştir (APA, 2013).

## Gece Korkuları

Gece korkuları, uykuya geçişte gecikmelerin ve yatma vaktine karşı direncin nedenidir (Bharti ve diğerleri, 2013). Okul çocukları arasında gece korkularının yaklaşık %70 civarında, oldukça yaygın olduğu gösterilmiştir. Canavarlar, hayaletler, karanlık, gürültü, yalnız olma, hayali yaratıklar, davetsiz misafirler gibi durumlar çocuklarda korkuya neden olabilmektedir (Orgiles et al., 2021).

## Gecikmiş Uyku Fazı

İstenen veya geleneksel olarak kabul edilebilir bir erken saatte uykuya dalma ve uyanamama ile birlikte, gecikmiş uyku başlangıcı ve uyanma zamanları örüntüsüdür. Gecikmiş uyku fazı tipinin genel popülasyondaki prevalansı yaklaşık %0.17'dir, ancak adölesanlarda %7'den fazla görülmektedir (APA, 2013).

## Uyurgezerlik

Genellikle uyku döneminin ilk üçte birinde meydana gelen, uyku sırasında yataktan kalkma ve etrafta dolaşma gibi tekrarlayan epizodlar şeklinde görülmektedir. Uyurgezerlik sırasında kişi, boş bakan bir yüze sahiptir, başkalarının onunla iletişim kurma çabalarına nispeten tepkisizdir ve ancak güçlükle uyandırılabilir.

Çocukların %10-%30'unun en az bir uyurgezerlik epizodu geçirdiği ve %2-3'ünün sıklıkla uyurgezerlik yaşadığı belirtilmektedir (APA, 2013).

### **Uykuda konuşma (sayıklama)**

Uykuda konuşma, hem REM hem de NREM uyku sırasında genellikle anlamsız ses çıkarmalardan oluşur (Bharti et al., 2013). Uykuda konuşma genel popülasyonda, özellikle çocuklar, ergenler ve genç yetişkinler arasında yaygın bir fenomen gibi görünmektedir. Çocukluktaki prevalansın %5-20 arasında olduğu düşünülmektedir (Alfonsi et al., 2019).

### **Diş gıcırdatma**

Uyku ile ilişkili brüksizm, çiğneme kaslarının aktivasyonunu içerir, bu da uyku sırasında diş sıkma, dişlerin gıcırdaması ve öğütme ile sonuçlanır. NREM uykusunun üç aşamasından herhangi birinde oluşabilir. Çocukluk döneminde sık görülür ve prevalansı ilerleyen yaşla birlikte giderek azalır. Çocukların %50'sinden fazlasında brüksizm bildirilmiştir. Uyku ile ilişkili diş gıcırdatmanın ana risk faktörleri, OUA, alkol, kafein, uykuda konuşma, uyurgezerlik gibi parasomnialar, anksiyete ve diğer psikiyatrik ve nörolojik bozukluklar ve bazı ilaçlardır (Erden, 2014).

### **Öneriler**

Banyo, her yaş grubunda uykunun düzenlenmesinde önerilmektedir. Bebeklik döneminde ayrıca kanguru bakımı, masaj; oyun çağı çocuğu ile yatmadan önce oyun oynanması, kucaklanması, okşanması, sevilmesi, kitap okunması yararlı olabilir. Okul öncesi dönemde, yatmadan önce çocuk ile oynanması, öykü okunması, sohbet edilmesi, müzik dinletilmesi çocuğun uyumasına yardımcı olur (Yiğit & Üğücü, 2020).

Adölesan grupta; uyku düzeninin (kalkma ve yatma saatlerinin aynı saatte olması) oluşturulması, gündüz şekerleme yaptırılmaması, gece yatmadan 2-3 saat önce yorucu fiziksel aktivilerden kaçınılması, çevresel ortamın (sessiz olması, ısı ve ışık kontrolü vb.) düzenlenmesi, yatak odasının yalnızca uyuma amacıyla kullanılması, yatış saatinden altı saat öncesine kadar kahve, alkol, asitli içecekler ve tütün kullanımından kaçınılması, uyuyamadığında yatakta uyumak için zorlanılmaması, yatağın aşırı sert ya da yumuşak olmaması, uyku geldiğinde yatağa geçilmesi önerilmektedir (Pıçak vd., 2010; Yetkin vd., 2011; Zengin & Cinar, 2015).

Çocuklarda uyku bozuklukları sadece çocuğu ve ailenin düzenini bozmakla kalmaz, aynı zamanda ebeveyn ve çocuk refahını, gündüz işleyişini ve davranış-

larını da etkilemektedir. Pediatri hemşireleri, bireysel olarak çocuğun yanı sıra aile üyeleriyle de ilgilenmektedir. Sağlıklı uyku alışkanlıklarının önemini ve yetersiz uykunun çocuk davranışları ve aile-akran etkileşimleri üzerindeki etkilerini anlamak, hemşirelere ailenin stresini azaltma ve olumlu başa çıkma, uyum ve aile işlevini artırma fırsatı vermektedir. Hemşireler, çocuklarda uyku sorunlarını daha iyi değerlendirme ve uygun yönlendirmeler yapmasına yardımcı olmak için tarama araçları kullanabilirler (Ward et al., 2007).

Halk sağlığı ile ilgili çalışmalarda ve sağlıklı çocuk izlemlerinde, ailelere çocuklarda sağlıklı uyku alışkanlıklarının geliştirilmesine yönelik danışmanlık yapılmaktadır. Hem okul çocuklarına-adölesanlara hem de aile ve öğretmenlere uykunun önemi ve uyku alışkanlıklarının geliştirilmesine yönelik eğitimler düzenlenebilir. Klinik hemşireleri ise bakım verdikleri çocukların uyku alışkanlıklarını ve uyku sorunlarını mutlaka belirlemelidir. Klinikte uyku saatlerinde yapılan izlemler ve tedaviler çocukların uykularının bölünmesine ve yetersiz uykuya yol açabileceğinden, bakımlar ve girişimler çocukların uyku saatlerine göre düzenlenmelidir.

## KAYNAKLAR

- Akgün Kostak, M., Kocaaslan, E. N., Bilsel, A., Mutlu, A. (2016). 3-6 Yaş Grubu Çocukların Uyku Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *HSP*, 3(1):123-132.
- Alfonsi, V., D'Atri, A., Scarpelli, S., Mangiaruga, A., & De Gennaro, L. (2019). Sleep talking: a viable access to mental processes during sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 44, 12-22.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Publishing 2013. 03.06.2021 tarihinde <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf> adresinden alındı.
- Bharti, B., Mehta, A., & Malhi, P. (2013). Sleep problems in children: A guide for primary care physicians. *The Indian Journal of Pediatrics*, 80(6), 492-498.
- Bülbül, S., Kurt, G., Ünlü, E., & Kırılı, E. (2010). Adolesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 53(3), 204-10.
- Carotenuto, M., Esposito, M., Cortese, S., Laino, D., & Verrotti, A. (2016). Children with developmental dyslexia showed greater sleep disturbances than controls, including problems initiating and maintaining sleep. *Acta Paediatrica*, 105(9), 1079-1082.
- Carskadon, M. A. (2002). Adolescent Sleep Patterns: Biological, Social, and Psychological Influences. Cambridge University Press, 1-20.
- Cinar, N., & Dede, C. (2011). Sleep and environment. treatment strategies-respiratory. The Cambridge Research Centre.
- Diden, R., Korzilius, H., Van Aperlo, B. & et al. (2002). Sleep problems and daytime problem behaviours in children with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, 46 (7); 537-547.
- Dorris, L., Scott, N., Zuberi, S. & et al. (2008). Sleep problems in children with neurological disorders. *Dev Neurorehabil*, 11(2): 95–114.
- Erden, S. (2014). Sleep-related bruxism response to melatonin treatment: three school age children. *Pediatric Practice and Research*, 7(4), 1-4.
- Ertan, P., Yılmaz, Ö., Çağlayan, M. ve ark. (2008) Monesemptomatik enüresis nokturnalı

- çocuklarda uyku kalitesi, depresyon ve yaşam kalitesinin ilişkisi. 4. Uludağ Pediatri Kış Kongresi Poster Özetleri. Güncel Pediatri, 6 (EK 1): 244.
- Ferber, R. (2011). Çocuklarda Uyku Sorunları ve Çözümleri. (Çev: Tuncay O). Gün Yayıncılık, İstanbul. p. 29.
- Fiş, N. P., Arman, A., Ay, P., Topuzoğlu, A., Güler, A. S., Gökçe İmren, S., ... & Berkem, M. (2010). Çocuk uyku alışkanlıkları anketinin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 11(2), 151-60.
- Goodlin-Jones, B., Schwichtenberg, A. J., Iosif, A. M. & et al. (2009). Six-month persistence of sleep problems in young children with autism, developmental delay, and typical development. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 48(8):847-54.
- Gözükırmızı E. (1996). Uyku ve Nörofizyolojisi. İçinde: Uyku Bozuklukları. Çelikkol A. Editör. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi. p. 13-22.
- Gruber R. (2013). Making Room for Sleep: The Relevance of Sleep to Psychology and the Rationale for Development of Preventative Sleep Education Programs for Children and Adolescents in the Community. Canadian Psychology, 54(1), 62-71.
- Guyton, A. C., & Hall, J.E. (2001). Tıbbi Fizyoloji. (Çavuşoğlu, H.). 10. Edisyon. Türkçe 1. Baskı. Yüce Yayınları & Nobel Tıp Yayınları.
- Hoedlmoser, K., Kloesch, G., Wiater, A., & Schabus, M. (2010). Self-reported sleep patterns, sleep problems, and behavioral problems among school children aged 8–11 years. Somnologie-Schlafforschung und Schlafmedizin, 14(1), 23-31.
- Kahraman, B. (2018). 3-12 Aylık Bebeklerin Uyku Alışkanlığı ve Uyku Sorunları ile ilişkili Faktörler (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın.
- Keskin, N., & Tamam, L. (2018). Uyku Bozuklukları: Sınıflama ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 27(2), 241-260.
- Koçak, Ü., Albayrak, M., Reyhan, E. R. O. L., & Şanlı, C. (2012). Çocuklarda uyku özellikleri ve uyku bozukluklarının değerlendirilmesi: Kırıkkale’den bir ön çalışma. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 6(2), 81-87.
- Köktürk, O. (2013). Uyku kayıtlarının skorlanması. Türk Solunum Araştırma Derneği, Solunum, 15, 14-29.
- Kurt, F. Y., Aytekin, A., & Çelebi, A. (2018). 0–3 Yaş Çocuklarda Uyku Sorunlarının Belirlenmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 49(3), 259-263.
- Liu, X., Liu, L., Owens, J. A. & et al. (2005). Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. J Pediatr, 115(1), 241-249.
- Ophoff, D., Slaats, M. A., Boudewyns, A., Glazemakers, I., Van Hoorenbeeck, K., & Verhulst, S. L. (2018). Sleep disorders during childhood: a practical review. European Journal of Pediatrics, 177(5), 641-648.
- Orgilés, M., Fernández-Martínez, I., Espada, J. P., & Morales, A. (2021). The Nighttime Fears Scale: Development and psychometric evidence of a standardized self-report scale to assess nighttime fears in children. Journal of Anxiety Disorders, 79, 102369.
- Owens, J. A., & Witmans, M. (2004). Sleep problems. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 34,154-179.
- Öztürk, A., Sezer, T. A., & Tezel, A. (2018). İlkokul öğrencilerinin uyku ve televizyon izleme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Journal of Turkish Sleep Medicine, 5, 73-80.
- Özvurmaz, S., & Çalışır, H. (2018). Okul Öncesi Dönemdeki Çocukların Uyku Alışkanlıkları ve Beslenme Durumları. Life Sciences, 13(4), 44-55.
- Peng, X., Yuan, G., & Ma, N. (2019). Cosleeping and sleep problems in children: a systematic review and meta-analysis. Sleep and Biological Rhythms, 17(4), 367-378.
- Pıçak, R., İsmailoğulları, S., Mazıcıoğlu, M.M., Üstünbaş, H.B., & Aksu, M. (2010). Birinci Basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. TJFMPC, 3, 12-22.
- Qidwai, W., Baqir, M., Baqir, S.M., & Seerat-uz, Z. (2010). Knowledge, Attitude and Prac-

- tices Regarding Sleep and Sleep Hygiene Among Patients Presenting to Go Out-Patient and Emergency Room Services at a Teaching Hospital in Karachi. *PPak J Med Sci*, 26(3), 629-633.
- Richdale, A. (2003). A descriptive analysis of sleep behaviour in children with Fragile X'. *J Intellect Dev Disabil.*, 28 (2), 135-144.
- Sarı, H. Y. (2012). Çocuklarda uyku. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1), 81-90
- Sateia, M. J. (2014). International Classification of Sleep Disorders. *Chest*, 146(5), 1387-1394.
- Stores, G. (2009). Aspects of sleep disorders in children and adolescents. *Dialogues in Cli Neurosci*, 11(1), 81-90.
- Şahin, L, & Aşçıoğlu, M . (2013). Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22 (1) , 93-98 .
- Şenol, V., Soyuer, F., Pekşen Akça, R., & Argün, M. (2012). Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, (14), 93-102.
- Taşdemir, F., & Temel, A. B. (2015). Yaşamın ilk üç yılında uyku sorunları ve etkili uyku ekolojisi etmenleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(3), 1-19.
- van Litsenburg, R. R. L., Waumans, R. C., van den Berg, G., & Gemke, R. J. (2010). Sleep habits and sleep disturbances in Dutch children: a population-based study. *European Journal of Pediatrics*, 169(8), 1009-1015.
- Ward, T. M., Rankin, S., Lee, K. A. (2007). Caring for children with sleep problems. *J Pediatr Nurs*, 22(4), 283- 296.
- Wells, M. A., & Vaughn, B. V. (2012). Poor Sleep Challenging the Health of a Nation. *Neurodiagn J*, 52, 233-249.
- Yiğit R., & Üğücü, G. (2020). Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme. 2. Baskı. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Antalya, p. 43-242.
- Zengin, H., & Cinar, N. (2015). Sleep in childhood and affecting factors. *International Journal of Medical Investigation*, 4(2), 208-213.
- Zuckerman, B., Stevenson, J., Bailey, V. (1987). Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *J Pediatr*, 80(5), 664-671.





## Bölüm 9

# Çocuklarda Psikososyal Sorunların Tedavisi ve Ailenin Rolü

Nesibe GÜNAY MOLU<sup>1</sup>  
Burcu CEYLAN<sup>2</sup>

Çocuk ve ergenlerde görülen psikiyatrik belirtiler genellikle buzdağının görünen kısmıdır. Çocuklarda psikososyal sorunların tedavisinde birçok farmakolojik ve psiko-sosyal tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Tedavi yöntemleri; hastanede yatarak, ayaktan, gününbirlik tedavi, okullarda sosyal yardım hizmetleri ve ev ziyaretleri şeklinde yapılabilir. Tedavi programların büyük bir bölümü; günlük yaşam aktivitelerini, öğrenme aktivitelerini, oyun ve eğlence aktivitelerini ve yetişkinler ya da akranlar ile etkileşimleri kapsamaktadır (Erwin ve Colson, 2010).

## PSİKOFARMAKOTERAPİLER

### Antipsikotik İlaçlar

Çocuk ve ergenlerde görülen psikozlar, bipolar bozukluk, yıkıcı davranış bozuklukları, otistik bozukluklar, anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları gibi birçok bozukluğun tedavisinde geçmiş yıllara göre antipsikotik ilaçların kullanımı artış göstermiştir (Kieling ve ark., 2011; Cevher-Binici ve ark., 2017). Antipsikotik ilaçlar (AP) genel olarak 1. Kuşak=tipik=klasik ve 2. Kuşak=atipik=yeni antipsikotik ilaçlar olarak iki grupta sınıflandırılabilir. Tipik antipsikotik ilaçların kullanımları sırasında ekstrapramidal semptomlar (EPS), sedasyon ve prolaktin artışı gibi ciddi yan etkiler ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle atipik antipsikotik ilaçların çıkmasıyla kullanımı kısıtlanmıştır. Atipik antipsikotik ilaçların kullanımı sırasında ise EPS ve prolaktin artışı daha nadir

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., ngmolu@erbakan.edu.tr

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., bceylan@erbakan.edu.tr

görülmekte ancak daha fazla kilo alımı, kan lipid düzeylerinde yükselme ve tip 2 diyabetes mellitus ortaya çıkabilmektedir (Erdoğan, 2016).

### Tipik Antipsikotik İlaçlar

Şizofrenide özellikle pozitif belirtilen tedavisinde etkin olan dopamin reseptör antagonistidir. Antipsikotik ilaçlar, tedavi başında dopaminerjik aktiviteyi azaltmak için dopamin reseptörlerini (D2) bloke eder; bir süre sonra da ventral tegmental alan (VTA) ve nigrostriatumdaki dopamin nöronlarının ateşlenmesini bloke ederek etki gösterirler. VTA'daki nöronların inaktivastüyonu antipsikotik etkiyi oluşturur, striatumdaki etkinin ise EPS ve geç diskinezi gibi yan etkilerden sorumlu olabileceği bildirilmektedir. Tipik antipsikotiklerin antimuskarinik, antihistaminik ve antialfaadrenerjik etkileri vardır (Erdoğan, 2016; Karamustafaloğlu, 2018).

**Tablo 1: Tipik antipsikotik ilaçların ticari isimleri ve piyasada bulunan formları (Erdoğan, 2016)**

| Jenerik adı    | Ticari adı  | Preperat şekli                               |
|----------------|-------------|----------------------------------------------|
| Klorpromazin   | LARGACTİL   | 100 mg tab ve 25 mg amp                      |
| Tioridazin     | MELLERETTES | 10 mg dr ve damla                            |
| Mezoridazin    | MELLERİL    | 25 ve 100 mg dr                              |
| Trifluoperazin | LİDANİL     | 10 mg dr                                     |
| Flufenazin     | STİLİZAN    | 1,2 ve 5 mg dr, 5 mg amp                     |
| Haloperidol    | PROLIXIN    | 25 mg amp                                    |
| Pimozid        | NORODOL     | 5,10 ve 20 tab, 5 mg amp ve damla            |
| Zuklopentiksol | NÖROFREN    | 2 mg tab                                     |
| Flupentiksol   | CLOPIXOL    | 2,10 ve 25 mg tab, 50 ve 200 mg amp ve damla |
|                | FLUANXOL    | 3 mg tab ve 20 mg amp                        |

### Atipik Antipsikotik İlaçlar

Şizofrenide görülen psikotik semptomlara, tipik antipsikotik ilaçlara yanıt vermeyen negatif ve/veya bilişsel semptomlara etkilidir. Parkinsonizm, akut distonik reaksiyonlar, akatizi gibi EPS veya tardif diskinize (TD) semptomlara daha az yol açarlar ve oligomenore ya da galaktore semptomlarına yol açan prolaktin seviyesinde yükselmeye daha az neden olurlar. Atipik antipsikotikler mezolimbik D2 reseptörlerini bloke ederek antipsikotik etki gösterirler. Çocuk ve ergenlerde atipik antipsikotikler şizofreni ve bipolar bozukluklar dışında otizm spektrum bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları, Tourette sendromu, obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, anoreksiya nevroza ve davranış bozuklukları (agresyon, ajitasyon, anksiyete, irritabilite, duy-

gudurum labilitesi, kendine zarar verme ve uyku) tedavisinde kullanılır (Ayık ve Erdoğan, 2015; Erdoğan, 2016; Cevher-Binici ve ark., 2017).

**Tablo 2: Atipik antipsikotik ilaçların ticari isimleri ve piyasada bulunan formları (Ayık ve Erdoğan, 2015; Erdoğan, 2016).**

| Jenerik adı | Ticari adı | Preperat şekli        |
|-------------|------------|-----------------------|
| Klozapin    | LEPONEX    | 25 ve 100 mg tab      |
| Risperidon  | RİSPERDAL  | 1,2,3 ve 4 mg tab     |
| Olanzapin   | ZYPREXA    | 1=1 mg sol            |
| Ketiapin    | SEROQUEL   | 5 ve 10 mg tab        |
| Sülpirid    | SÜLPİR     | 25,100 ve 200 mg tab  |
| Amisülpirid | DOGMATİL   | 50 mg tab             |
| Ziprasidon  | SOLIAN     | 200 mg tab            |
| Sertindol   | ZELDOX     | 200 ve 400 mg tab     |
| Asenapin    | SERDOLECT  | 20,40,60 ve 80 mg kap |
|             | SYCREST    | 4,12,16,20 mg tab     |
|             |            | 2.5,5 ve 10 mg dr     |

### Antipsikotik İlaçların Genel Yan Etkileri

1. Şizofreninin negatif belirtilerinde ve komorbid depresyon belirtilerinde kötüleşme,
2. EPS yan etkileri: Akut hareket bozuklukları (örn. Distoni, akatizi, diskinezi, akatizi) ve geç başlangıçlı hareket bozuklukları (geç diskinezi, geç distoni),
3. Prolaktin salınımını artırma etkileri nedeniyle amenore, galaktore, jinekoma ve cinsel işlev bozuklukları,
4. Cilt: Allerjik döküntüler, fotosensitivite,
5. Bilişsel bozukluklar: Konfüzyon, sedasyon, deliryum, bellek bozuklukları ve apati.
6. Epilepsi eşiğinin düşmesi,
7. Nöroleptik malign sendrom (NMS),
8. Kardiyolojik yan etkiler: Ortostatik hipotansiyon, taşikardi, kardiyak ritm bozuklukları (QTc uzaması, T-dalgası çökmesi, PR uzaması, ST segment çökmesi, dal bloğu, ventriküler taşikardi),
9. Gastrointestinal sistem bozuklukları: Ağız kuruluğu, bulantı/kusma, kabızlık, parolitik ileus, kolestatik hepatit,
10. Kilo alımı, hiperglisemi, diyabet, hiperlipidemi,
11. Üriner sistem bozuklukları: Üriner retansiyon, üriner enfeksiyon,
12. Hematolojik sistem bozuklukları: Lökopeni, agranulositoz, trombositopenik purpura, hemolitik anemi, pansitopeni,

- 13.Oküler: Görme bulanıklıkları, kuru göz, dar açılı glokom, benign pigmentasyon, lentiküler opasiteler,
14. Metabolik belirtiler (kilo alımı ve/veya hiperglisemi)
15. Diğer: Hematolojik yan etkiler, sedayon, oküler, antikolinerjik ve hepatik (Ayık ve Erdoğan; Karamustafalıoğlu, 2018).

### **Antidepresan İlaçlar**

Depresyon patogeneğinde rol oynayan nörobiyolojik sistemler monoaminerjik nörotransmitter sistemleridir. Depresyon patogeneğinde seratonin (5-hidroksi triptamin [5-HT]), nöroepinefrin (NE) ve daha az olarak da dopamin (DA) nörotransmitter sistemine ait spesifik bir sorun olup olmadığı değerlendirilmiştir. Son çalışmalar depresyon durumunda bu nörotransmitterlerin düzeyinde değişiklikler olduğu, antidepresan ilaçların da bu değişikliği düzelttiği yönündedir. Antidepresan ilaçlar reseptörler ya da transportörleri bloke ederek nörotransmitter seviyelerini değiştirerek etki ederler. Bu durumda monoaminlerin düzeyinde akut bir artış olur, bu da antidepresan ilaçların hem terapötik hem de yan etkilerinin nedeni olarak gösterilmektedir.

Ergenlerde depresyon tedavisinde antidepresan ilaçlar, psikoterapi veya semptomların ciddiyetine göre ikisinin kombinasyonları yer alır. Uluslararası yönergelerde ergenlerde görülen depresyonun tedavisinde depresyon ciddiyetine göre basamaklı tedavi seçenekleri uygulanır. Hafif depresyon durumunda psikoeğitim, aile görüşmesi ve izleme şeklinde hastanın takip edilmesi önerilir. Düzelmeye olmazsa veya orta şiddette depresyon varsa ilk seçenek bilişsel davranışçı terapi (BDT), aile terapisi veya kişiler arası psikoterapi gibi tedavi seçenekleri önerilir. Eğer bu spesifik terapilere 4-6 seans sonrası yanıt yoksa veya depresyon şiddeti ağır ise Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü (SSRI) tedavisi ve psikoterapi kombinasyonu önerilir (Erdoğan, 2016; Karamustafalıoğlu ve Özten, 2018).

Depresyon tedavinin akut, sürdürüm ve idame olmak üzere üç fazı olduğu unutmamalıdır. Akut fazda amaç, semptomların kaybolup işlevselliğin düzelmesini gösteren remisyon sağlamaktır. Sürdürüm tedavisinde amaç, remisyonu devam ettirmektir. Tam remisyon sağlanamazsa relaps, direnç, işlevsellikte bozulma, intihar riskinde artma, diğer psikiyatrik ve tıbbi durumlarda kötüleşme için risk oluşur. Uluslararası yönergelerde antidepresan tedavinin semptomlar düzeldikten/remisyonundan sonra 6-12 ay sürdürülmesi önerilmektedir. Daha sonra 1-3 ay azaltılarak tedavi kesilebilir (Erdoğan, 2016).

**Tablo 3: Antidepresan ilaçların ticari isimleri ve piyasada bulunan formları (Erdoğan, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2018).**

| Jenerik adı                                                                                          | Ticari adı | Preperat şekli      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|
| <b>1- Monoamin Oksidaz inhibitörleri (MAOI) Seçici ve geri dönüşlü monoaminoksidaz inhibitörleri</b> |            |                     |
| Moklobemid                                                                                           | AURORİX    | 150, 300 mg tb      |
| <b>2- Trisiklik antidepresanlar</b>                                                                  |            |                     |
| Opipramol<br>İmipramin<br>Klomipramin<br>Amitriptilin                                                | İNSİDON    | 50 mg dr            |
|                                                                                                      | İNSOMİN    | 50 mg dr            |
|                                                                                                      | DEPRENİL   | 50 mg dr            |
|                                                                                                      | İNZETON    | 50 mg dr            |
|                                                                                                      | OPRİDON    | 50 mg dr            |
|                                                                                                      | TOFRANİL   | 10,25 mg dr         |
|                                                                                                      | ANAFRANİL  | 10,25 mg dr         |
|                                                                                                      | LAROXYL    | 10,25 mg dr         |
|                                                                                                      | TRİPTİLİN  | 25 mg dr            |
|                                                                                                      |            | 10,25 mg dr         |
| <b>3- Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörler</b>                                                     |            |                     |
| Sertralin<br>Fluoksetin<br>Paroksetin<br>Fluvoksamin<br>Sitalopram<br>Essitalopram                   | LUSTRAL    | 50mg tb             |
|                                                                                                      | SERDEP     | 50 mg kap           |
|                                                                                                      | SERALİN    | 50,100 mg tb        |
|                                                                                                      | SELECTRA   | 25,50,100 mg kap    |
|                                                                                                      | PROZAC     | 20 mg kap           |
|                                                                                                      | DEPREKS    | 20mg/5ml likit      |
|                                                                                                      | ZEDPREX    | 20mg/5ml likit      |
|                                                                                                      | FULSAC     | 20 mg kap           |
|                                                                                                      | FLORAK     | 20 mg kap           |
|                                                                                                      | SEROXAT    | 20 mg kap           |
|                                                                                                      | PAXİL      | 20 mg kap           |
|                                                                                                      | FAVERİN    | 50,100 mg kap       |
|                                                                                                      | CİPRAM     | 20 mg tb            |
|                                                                                                      | CİTOLAP    | 20 mg tb            |
|                                                                                                      | ESLOPRAM   | 20 mg tb            |
|                                                                                                      | CİTOL      | 20, 40 mg tb        |
|                                                                                                      | CİTARA     | 20, 40 mg tb        |
|                                                                                                      | RELAXOL    | 10,20, 40 mg tb     |
|                                                                                                      | CİTREX     | 10,20, 40 mg tb     |
|                                                                                                      | LAİRA      | 10,20, 40 mg tb     |
|                                                                                                      | VODELAX    | 20, 40 mg tb        |
|                                                                                                      | CİPRALEX   | 10,20 mg tb         |
|                                                                                                      | CİTOLES    | Oral damla 10 mg    |
|                                                                                                      | ESLOREX    | 5,10,20 mg tb       |
|                                                                                                      |            | Oral damla 10 mg/ml |
|                                                                                                      |            | 10 mg tb            |

(Tablo 3 Devamı)

| 4- Alfa 2 adreno reseptör antagonistleri (Noradrenerjik ve seçici serotonerjik geri alım inhibitörler) |                                     |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Mianserin<br>Mirtazapin                                                                                | TOLVON<br>REMERON<br>REMERON SOLTAB | 10, 30 mg tb<br>30 mg tb<br>15,30,45 mg ağızda eriyen tb |
| 5- Seçici Noradrenerjik Geri Alım İnhibitörler                                                         |                                     |                                                          |
| Reboksetin                                                                                             | EDRONAX                             | 4 mg tb                                                  |
| 6- Noradrenalin ve Dopamin Geri Alım İnhibitörleri                                                     |                                     |                                                          |
| Bupropion                                                                                              | ZYBAN                               | 150 mg yavaş salınımlı tb                                |
| 7- Serotonerjik ve Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri                                                |                                     |                                                          |
| Venlafaksin<br>Milnasipran                                                                             | EFEXOR<br>EFEXOR XR<br>IXEL         | 37.5 mg tb<br>75,150 mg tb<br>25,50 mg kap               |
| 8- Serotonerjik ilaçlar                                                                                |                                     |                                                          |
| Trazodon<br>Tiyanepotin                                                                                | DESYREL<br>STABLON                  | 50,100 mg tb<br>12,5 mg tb                               |

### İlaçların Genel Yan Etkileri

1. Antikolinerjik: Ağız kuruluğu, kabızlık, terleme, idrar tutulması,
2. Santral sinir sistemi: Sedasyon, uykusuzluk, baş ağrısı, asteni,
3. Gastrointestinal sistem: Bulantı, kilo değişiklikleri, iştah değişiklikleri, hepatik disfonksiyon,
4. Kardiyovasküler sistem: Ortostatik hipotansiyon, taşikardi, EKG değişiklikleri,
5. Cinsel disfonksiyon: İmpotans, anormal ejakulasyon, libido azalması, anorgazmi
6. Çekilme sendromu: Fiziksel semptomlar (Gİ, uyku bozuklukları) Psikolojik semptomlar (somatik, affekt) duyuşsal semptomlar (parestezi, uyuşma) (Erdoğan, 2016; Karamustafalıoğlu ve Özten, 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2018).

### Anksiyolitik ilaç

Stresin insan üzerindeki zararlı etkilerini, gerilim, anksiyete ve disfoni gibi duyguları azaltmak veya ortadan kaldırmak için ilk kullanılan madde etil alkoldür. Daha sonra brom tuzları, paraldehit, kloral hidrat ve 1900'lerden itibaren de barbitüratlar kullanılmıştır. Tolerans ve fiziksel bağımlılık oluşturma özelliklerinin yüksek olması, ilaç kesilmesini takiben tehlikeli ve öldürücü yoksunluk sendromlarına yol açmaları, güvenlik sınırlarının darlığı ve suistimal edilme potansiyelleri ne-

deniyle barbitüratların kullanımları sınırlanmıştır. 1960 yılında klordiazepoksid ve daha sonraları diğer benzodiazepinlerin bulunması ile anksiyolitik veya tranklizan etkili ilaçlar olarak genellikle benzodiazepinler kullanılmaya başlanmıştır. Hızlı bir anksiyolitik sedatif etkiye sahip oldukları için sıklıkla uykusuzluk, akut ajitasyon ya da anksiyetenin acil tedavisi için kullanılırlar (Alşen-Güney ve Şahbudak, 2017; Gönenli Toker, 2018). Ayrıca anestetik, antikonvulsan ve kas gevşetici olarak da kullanılırlar. Bu ilaçların daha az yan etkiye sahip oldukları, aşırı dozlarda nispeten güvenli oldukları ve barbitürlara göre daha az bağımlılık oluşturdıkları gösterilmiştir. 1990'lı yıllardan sonra Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü (SSRI) ve Selektif Noradrenalin Geri Alım İnhibitörü (SNRI) anti-depresanlar anksiyolitik etkileri, yan etki tolerabilitesi ve bağımlılık yapmamaları nedeniyle anksiyete bozukluklarının uzun dönem tedavisinde tercih edilmeye başlamıştır (Erdoğan, 2016).

**Tablo 4: Anksiyolitik ilaçların ticari isimleri ve piyasada bulunan formları (Erdoğan, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2018).**

| Jenerik adı                                 | Ticari adı     | Preperat şekli    |
|---------------------------------------------|----------------|-------------------|
| Benzodiyazepinler                           |                |                   |
| Daha çok anksiyete giderici olanlar         |                |                   |
| Alprazolam                                  | XANAX          | 0.5, 1 mg tb      |
| Diazepam                                    | DİAZEM         | 2,5,10 mg kap     |
| Klordiazepoksit                             | DİAPAM         | 10 mg amp iv      |
| Klorazepat                                  | LİZAN          | 2,5 mg drj        |
| Lorazepam                                   | NERVİUM        | 10 mg amp         |
| Medazepam                                   | LİBRİUM        | 2,5 mg kap        |
| Oksazepam                                   | TRANXİLENE     | 5 mg drj          |
|                                             | ANKSEN         | 5,10 mg dr        |
|                                             | ATİVAN-EXPİDET | 100 mg amp iv,im  |
|                                             | NOBRİUM        | 5,10 mg kap       |
|                                             | SERAPAX        | 1,2.5 mg tb       |
|                                             |                | 2,4 mg amp im, iv |
|                                             |                | 5,10 mg kap       |
|                                             |                | 10,15 mg tb       |
| Daha çok hipnotik olanlar                   |                |                   |
| Nitrazepam                                  | MOGADON        | 5 mg tb           |
| Flunitrazepam                               | ROHYPNOL       | 2 mg tb           |
| Daha çok antiepileptik olarak kullanılanlar |                |                   |
| Klonazepam                                  | RİVOTRİL       | 2 mg tb, 1 mg amp |
|                                             |                | 2.5 mg/ml damla   |
| Buspiron                                    | BUSPON         | 5 mg kap          |

## Anksiyolitik İlaçların Genel Yan Etkileri

Benzodiazepinlerle tedavinin başlangıcında en sık karşılaşılan yan etki sedasyon, uyuşukluk ve uykuya eğilim gibi belirtilerdir ve bu yan etkilere zaman içinde hızlı tolerans gelişir. Gerek akut gerekse kronik kullanımda doza ve kişinin duyarlılığına bağlı olarak, özellikle nispeten yüksek dozlarda anterograd amnezi, motor koordinasyonda bozulma, nistagnus ve ataksi gibi yan etkiler oluşturabilirler. Benzodiazepinler sürekli kullanıldıklarında doza ve kullanım süresine bağlı kişiye göre değişen süre ve şiddette fiziksel bağımlılık oluşturmaları, kesilme sonrası rebound anksiyete nöbetlerinin (ilaçların yavaş kesilmesiyle önlenebilen) ortaya çıkması ve kesilmeleri halinde yoksunluk sendromuna (anksiyete, özellikle ellerde ve göz kapaklarında tremor, uykunun REM döneminde uzamaya bağlı belirgin uykusuzluk, görsel ve işitsel halüsinasyonlar, epileptik nöbetler, taşikardi, terleme, kusma, karın krampları ve deliryum gibi semptomlar) neden oldukları için tedavide yaygın kullanılmamaktadır (Erdoğan, 2016; Karamustafalıoğlu ve Özten, 2018; Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Buspiron kilo almaya, cinsel fonksiyon bozukluklarına, kesilme semptomlarına veya önemli uyku bozukluklarına sebep olmaz. Sedasyon veya kognitif ve psikomotor bozulma oluşturmaz. En yaygın yan etkileri baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi ve nadiren uykusuzluktur. Kötüye kullanımı yoktur (Erdoğan, 2016; Öztürk ve Uluşahin, 2018).

## PSİKOTERAPİLER

Psikoterapi, bireylerin uyumunu bozan davranışları gidermeyi ya da azaltmayı, duygusal problemlerin çözümünü, ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesini, değişim oluşturmaya amaçlayan, hasta ile karşılıklı iletişim ve ilişkiyi kullanan birtakım tekniklerin genel adı ve psikiyatrik tedavi yöntemidir. Psikoterapi, sorunları çözmenin ve çocukluktaki duygusal zorluklarla başa çıkmanın yollarını bulmak için eğitilmiş bir terapistle çalışmayı içeren bir ruhsal sağlık danışmanlığı biçimidir. Psikoterapi, beyinde pozitif biyokimyasal değişiklikler meydana getiren ve gelişim kuramlarını temel alan güçlü bir müdahale türüdür. Bir ya da birden fazla kuram ya da yaklaşım kullanılarak uygulanan psikoterapi türleri bulunmaktadır. Psikoterapi, bir kişinin daha iyi işlev görebilmesi, esenliği ve iyileşmesinin engelleyen rahatsız edici semptomların ortadan kaldırılmasına veya kontrol altına alınmasına yardımcı olabilir (Alpaslan ve Erol, 2016; American Psychiatric Association:APA 2019). Bunlardan bazıları; Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Oyun Terapisi, Aile Terapisi, Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT), Psikodinamik Terapi, Grup Terapileri ve Psikoeğitim'dir. Psikoterapi yöntemleri

çocukların ve ergenlerin kronolojik yaşına, bilişsel, duygusal ve zihinsel gelişimine göre belirlenmelidir.

## **BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ (BDT)**

BDT düşüncelerimizin, ne hissettiğimiz ve nasıl davrandığımızı belirlediğini vurgulayan, bilişsel, davranışsal yöntemler ve sorun çözme becerilerine yönelik yaklaşımları içeren terapi şeklidir. BDT, çocuk ve ergenlerin düşüncelerini fark etmelerini ve bazı tekniklerle (gevşeme teknikleri, sorun çözme becerileri, düşünceyi yeniden yapılandırma vb) yeni düşünme yolları geliştirmelerini ve uygulamalarını sağlamaktadır (Alpaslan ve Erol, 2016). Çocuk ve ergenlerde, depresyon, anksiyete bozuklukları, öfke kontrolü, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dürtü kontrol bozuklukları ve madde kullanımı gibi birçok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır (Öngider ve Baykara, 2015; Özcan ve Gül Çelik, 2017)

Bilişsel kurama göre, bilişler otomatik düşünceler ve şemalar olarak iki ana başlıkta incelenir. Şemalarda, ara inançlar ve temel inançlar olarak iki gruba ayrılır. Biliş; iç içe geçmiş üç daire şeklinde düşünülürse en üstte otomatik düşünceler, sonra ara inançlar ve en içte de temel inançlar bulunur (Türkçapar, 2011). Otomatik düşünceler herhangi bir anda aklımızdan geçen, çok hızlı gelişen, örtük anlamlar içeren düşüncelerdir. Ara inançlar (altta yatan sayıltı ve kurallar) temel inançlardan yola çıkarak oluşturulan hayata dair tutum, kural ve varsayımlardır. Çevredeki koşullar ile etkileşim halindedir ve olayları temel inanca göre değerlendirip uygun bir tepki geliştirmeye çalışmaktadır. Ara inançlar duruma göre hangi temel inancın kullanılacağını seçer. Temel inançlar ise; en altta yer alan kendimize, diğer bireylere ve hayata dair temel bakışımızı ifade eden zihinsel yapılarıdır. Temel inançlar, katı, toptancı ve aşırı genelleyicidir (Süler, 2017). "Yetersizim", "yeteneksizim", "sevilmiyorum", "güçsüzüm", "kontROLSÜZÜM", "zayıfım", "muhtacım" temel inançlara örnek olarak verilebilir. Yetişkinlerde genellikle rahatsız edici duyguların kaynağının temel inançlar olduğu, çocuklarda ise akılcı olmayan düşüncelerin anksiyete ve depresyona neden olabileceği görülmektedir (Türkçapar, 2011).

Çocuklardaki BDT'nin amacı, çocuğa akılcı olmayan düşünce olarak tanımlanan bilişsel çarpıtmaların fark ettirilmesi ardından yeni, rasyonel akılcı düşüncelerin öğretilmesidir. Ancak bu bilişsel beceri kazanımı Piaget'in belirttiği gibi işlem öncesi dönem olan 8 yaş öncesinde oldukça zor olmaktadır. Bu nedenle davranışsal yöntemler ile birlikte yürütülmektedir (Varlık Özsoy, 2017).

Bilişsel çarpıtmalar: bilişsel yapıda yer alan işlevsiz inançlar bireylerin düşüncesine biçim vererek psikopatolojiye özgü bilişsel hatalara neden olurlar. Bilişsel

hatalar, hatalı işlenen bilgiler sonucunda duruma uygun olmayan ve duygusal sıkıntıya yol açan otomatik düşüncelere neden olurlar (Türkçapar, 2011). Çocuk ve ergenlerde en sık görülen düşünce hataları aşağıda belirtildiği şekildedir;

*Felaketleştirme*; olasılıkları görmeden geleceği olumsuz öngörme ("ödevi bitiremedim kesin sınıfta kalacağım")

*Keyfi Çıkarsamalar*: kanıt olmadan yaşanan olaylardan olumsuz sonuçlar çıkarma ("Bu sınavdan iyi not almam tamamen şans eseri").

*Kişiselleştirme*: kendisi ile ilgili olmayan olay ya da durumları, kendisi ile ilgili olarak algılama ("annem ve babamın boşanması benim suçum").

*Aşırı genelleme*: tek olaydan genel sonuçlar çıkarma ("bana yalan söyledi, bütün insanlar yalancıdır").

*Ya hep ya hiç biçiminde düşünme*: yaşantıları iki aşırı uçta değerlendirme (sınavdan 100 alamamam başarısız olduğumun kanıtıdır)

*Küçültme veya büyültme*: başarılarını küçümseme, hatalarını büyültme ("Yarışmada birinci olmam sıradan bir şey herkes yapabilir") (Özel Özcan ve Bozkurt, 2016).

### **Çocuk ve Ergenlerde BDT Temel esaslar**

*Terapi ile ilgili beklentilerin netleştirilmesi*: çocuklar genellikle aileleri tarafından getirildiği için durumun farkında olmayabilirler, bu nedenle çocuklar ile neden orada olduğu konuşulmalı ve bu durumu çözmenin yolları ve uzmanın rolünün net olarak açıklanması gerekir (Özel Özcan ve Bozkurt, 2016; Süler, 2017; Varlık Özsoy, 2017).

*Çocuk ve Ergenle Terapötik ilişkinin kurulması*: İyi bir ilişki için terapiden önce çocukla oyun oynamak, sohbet etmek ve çocuğun ihtiyaçlarına duyarlı olmak önemlidir (Varlık Özsoy, 2017).

*Gelişim dönemine, sorun alanına ve çocuğun ihtiyacına göre uygun tekniklerin belirlenmesi*: gelişim düzeyine göre somut veya soyut materyalin kullanılması, davranış veya biliş odaklanılması önemlidir. (Süler, 2017; Varlık Özsoy, 2017;)

*Dil ve ifade becerisi*: kavramların anlamları ile çalışmak için resim, hikaye kitabı, oyuncak, kukla vb kullanılması önemlidir (Özel Özcan ve Bozkurt, 2016; Varlık Özsoy, 2017).

### **Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapide Kullanılan Yöntemler**

*Psikoeğitim*: Özellikle ilk seanslarda farkındalığın sağlanması amaçlanır. Psikoeğitim; sürece anne babanın katılımının önemi, gelişim dönemleri, durumun olası nedenleri ve birçok konuyu kapsayan aile eğitim süreçleridir (Süler, 2017).

*Otomatik düşüncelerin belirlenmesi:* Çocuk ve ergenlerde otomatik düşüncelerin belirlenmesi yetişkinlere göre daha zordur. Çocuklarda özellikle hayal etme, rol yapma, gençlerde ise düşünce kaydı tutma gibi teknikler kullanılır. Anne ve babaların desteği önemlidir (Özel Özcan ve Bozkurt, 2016).

*Duyguları yeniden tanımak:* Çocuğa duygularının tanıtılması ve normalize edilmesi gerekir. Bu süreçte, çocuklarda; yüz ifadelerinin yer aldığı yüz kartları, duygu eşleştirme oyunları, film veya hikayelerdeki kahramanların duygularını fark etme aktiviteleri, ergenlerde; duygu termometreleri, trafik ışıkları veya balon üfleme gibi görsel destekler kullanılmaktadır (Süler, 2017).

*Bilişsel yeniden yapılandırma:* Hikaye ve çizgi film karakterleri, düşünce balonları gibi çocuğun yaşı ve bilişsel düzeyine uygun teknikler kullanılarak otomatik düşüncelerin geçerliliğinin sorgulanması ve yerine işlevsel düşüncelerin konması sürecini içerir (Süler, 2017).

*Gevşeme eğitimi:* Çocuk ve ergenler ile çalışırken gevşeme teknikleri çoğu danışanda kullanılmaktadır. Çocukların kasların gerginliğine odaklanarak uyarılan kasların gevşemesi, fizyolojik tepkilerini fark etmelerini, nefeslerine odaklanabilmelerini, sakinliklerini koruyabilmelerini ve sağlıklı tercihler yapabilmelerini desteklemektedir (Süler, 2017).

*Maruz bırakma:* Tehdit edici olarak algılanan otomatik düşünceleri ve tepkileri kırmaya yönelik bir tekniktir. Çocuk veya ergende ilk önce korku hiyerarşisi oluşturulmalı, hafif kaygı yaratan durum ile başlanarak zor durumla devam edilmeli, küçük adımdan büyük adıma geçilmelidir (Süler, 2017).

*Davranış deneyleri:* Çocuklarda bilgiye ulaşmak için eğlenceli bir tekniktir. Çocukların fark edemedikleri ancak ihtiyaçları olan bilgiye ulaşmada kullanılır. Bilgileri soru sormak yerine çocuğun bir dedektif ya da bilim insanı gibi gözleme ya da deneyime dayalı faaliyetler planlaması istenir. En sık kullanılan çocuğun başrol üstlendiği deneylerdir. Hatalı düşünce ve davranış belirlendikten sonra çocuk farklı düşünüp farklı davranmaya yönlendirilir (Özel Özcan ve Bozkurt, 2016)

## OYUN TERAPİSİ

Oyun çocuklar için bir iletişim şeklidir ve oyun terapisi çocuğun tüm yaşam dönemlerine ait sorunların tedavisinde kullanılabilecek en iyi uygulamalar arasındadır (Association for Play Therapy). Oyun, çocukların duygusal ve gelişimsel durumunun değerlendirilmesi, tanının belirlenmesi ve terapötik girişimlerin uygulanması amacı ile kullanılan bir iletişim aracıdır (Association for Play Therapy, 2020; Erwin ve Colson, 2010; LaBauve ve ark., 2001). Spontan oynanan oyunlar gelişim sürecinin doğal bir parçası iken, oyun terapisi sistematik ve terapötik

bir yaklaşımdır. Oyun terapisini Merkezi Amerika'da olan Oyun Terapisi Derneği tarafından "eğitimli oyun terapistlerinin danışanların psikososyal sorunlarını engellemelerine ya da çözmelerine, ideal büyüme ve gelişimi gerçekleştirmelerine yardımcı olmak amacıyla, oyunun terapötik gücünden yararlandıkları kişiler arası bir süreç tesis etmek için kuramsal bir modelin sistemli bir biçimde kullanılması" olarak tanımlanmıştır (Association for Play Therapy). Oyun terapisi hemşireliğin sanatsal yönünü güçlendirmekte ve hemşirelik uygulamaları içerisinde noninvaziv bir rahatlama tekniği olarak kullanılmaktadır (Yayan ve Zengin, 2018).

### **Oyun Terapisinin Tedavideki Yeri**

Oyun terapisi 1900'lü yıllarda çocuklara uygulanan psikoterapilerinin ortaya çıkmasıyla birlikte ilk olarak Sigmund Freud tarafından alana kazandırılmıştır (Landreth, 2011). Oyun terapisindeki oyuncaklar ve aktiviteler çocuğun iç dünyasını yansıtmaya yarayan dili ve kelimeleridir. Kabul edici, anlayışlı ve sıcak ilişkilerin olduğu oyun terapisi ortamında çocuk duygularını daha kolay ifade eder böylece çocuk anlatmaya zorlanmadan, geçmiş yaşantılarını ve onlara ait duygularını aktarmış olur. Oyun terapisi ile sağaltımın boşaltım, yeni bir bakış açısı edinme ve düzeltme olmak üzere üç aşaması vardır. Terapinin iyileştirici boyutları; çocuğa olan inanç, seçimlerine ve sınırlarına duyulan saygı, kabul edilmesi, iç dünyasının algılanabilmesi, çocuğun istek ve gereksinimlerine odaklanması, çocuğa yön belirlemede tanınan özgürlük ve sürece karşı sabırlı olmadır (Gökler, 2016; Alpaslan ve Erol, 2016; Genç ve Çakmak Tolan, 2021). Terapi süreci ilerledikçe, çocuklar duygularını daha doğrudan gerçekçi bir biçimde, odaklanarak ve ayırıştırarak aktarır. Önceleri çocuklar, araştırmaya ve yaratıcı oyunlara yönelirken, ikinci evrede kendilerinden ve ailelerinden daha fazla bahsederek, daha sonra dramatik oyunlar ve terapistle ilişki öne çıkar, anksiyete, öfke, engellenme, güvensizlik, korku ve saldırganlık gibi duyguların dışavurumları gerçekleşir. Zihinlerine yerleşmiş travmatik olayların neden olduğu etki değişir ve stresle baş etmeleri sağlanır. Çocuk yeteneklerini keşfetmeye başlar, kişiliği gelişir, düşünmeyi, karar vermeyi, problem çözmeyi öğrenir, duygularını kontrol etmeyi, sorumluluk almayı öğrenir ve kendini gerçekleştirir (Cohen ve Gadassi, 2018; Gökler, 2016; Özdoğan, 1987). Oyun terapisinde oyuncaklar ve oyun araç gereçleri çocuklar için uygun olarak seçilmiş olmalı, hiçbir oyuncak çocuğun terapistten yardım alarak kullanacağı biçimde olmamalı ve terapötik işlevleri olan oyuncaklar tercih edilmelidir (Gökler, 2016). Oyun terapisinde, sanat malzemeleri, kil veya oyun hamuru, el kuklaları, oyuncaklar, legolar, bebekler, oyuncak bebek evleri, kamyonlar ve arabalar dahil birçok oyuncak kullanılmaktadır (Erwin ve Colson, 2010).

Oyun terapilerinde; terapistin sürece müdahil olma durumuna göre, yönlendirici olan yapılandırılmış yaklaşımlar, yönlendirici olmayan çocuk merkezli yaklaşımlar ve aile oyun terapileri olmak üzere farklı yaklaşımlar kullanılmaktadır (Kiye ve Yalçın, 2021). Terapiye başlamadan önce aile ile işbirliği yapılmalı ve tüm tedavi süresince aile bilgilendirmeleri devam etmelidir (Association for Play Therapy, 2020).

### **Çocuk Merkezli Oyun Terapisi**

Temellerini Carl Rogers'in Danışan Merkezli Terapisi'nin prensiplerinden alan Çocuk Merkezli Oyun Terapisi (ÇMOT), 1940'lı yılların sonunda Virginia Axline tarafından geliştirilmiştir (Landreth, 2011). Axline, yetişkinlerin güvenli hissettiklerinde (empati, saygı, koşulsuz kabul, güven, özerklik) sorunları ile yüzleşip onları çözebildiklerini görmüş, oyun odaları ile bu şartlar sağlanırsa çocukların da sorunlarını dile getirip çözebileceklerini düşünmüş ve uygulamaya geçirmiştir (Kiye ve Yalçın, 2021). Tortamış Özkaya'nın Landreth ve Bratton, (2006)'dan aktardığına göre ÇMOT, çocuğun "büyüme, olgunlaşma, gelişme, kendini yönlendirme ve kendini gerçekleştirme doğrultusunda doğuştan gelen bir kapasite ve yeteneğe sahip olduğu" şeklinde temel ilkeye sahiptir (Tortamış Özkaya, 2015). Bu terapide amaç çocuğun davranışları ile ilgili farkındalığının sağlanması ve kendisini yönetmesinin geliştirilmesidir. Bu terapi türünde çocuğu değiştirilmesi ya da kontrol edilmesi gibi bir amaç yoktur. Terapist çocuğa ve çocuğun kaynaklarına güvenir.

### **Rahatlatıcı Oyun Terapisi**

David Levy (1938) tarafından zorlu yaşam olayları yaşayan çocuklarda yapılandırılmış bir terapi türüdür. Oyunun rahatlatıcı etkisine dayanır. Çocukta kaygı tepkisine neden olan deneyim, oyuncaklar yolu ile yeniden canlandırılır, olayın yarattığı acı ve gerginliği boşaltması hedeflenir (Gökler, 2016)

### **Deneyimsel Oyun Terapisi**

Deneyimsel Oyun Terapisinde (DOT) terapist tarafından herhangi bir yönlendirme yapılmamaktadır. Çocuk Merkezli Oyun Terapisi ve İlişkisel Oyun Terapisi prensipleri temel alınarak Carol Crowel Norton ve Byron E. Norton tarafından geliştirilmiştir. Bu terapi türü çocukların algılamalarının bilişsel olmadığını, deneyimsel olduğunu ileri sürmektedir (Ayna ve Ayna, 2017).

### **Gelişimsel Oyun Terapisi**

Gelişimsel Oyun Terapisi (GOT) terapist tarafından yönlendirilen, çocuğun dokunma yoluyla iyileştirilmesini temel alan, Viola Brody tarafından geliştirilmiş

bir oyun terapisidir. Sıklıkla bağlanma ve ilişki sorunu olan çocuklarda kendilik duygusunu geliştirmek için dokunma merkezli çeşitli oyunlar oynanarak uygulanmaktadır (Brody, 1992; Countrey ve Gray, 2014).

### **Theraplay**

Anne babanın da katılımı ile gerçekleştirilen, bebeklikten itibaren yetişkinler dahil uygulanabilen Theraplay'de amaç aile ile çocuk arasındaki bağları güçlendirmek, benlik saygısını ve güven duygusunu artırmaktır (Akar Gençer ve Aksoy, 2016; Booth ve Jernberg, 2014).

### **Psikanalitik Oyun Terapisi**

Sigmund Freud'un "küçük Hans" olgusu ile şekillenen, serbest çağrışım yöntemi temel alan bir terapi türüdür. Çocuk oyun oynarken, terapistte ortaya çıkan sözel ve sözel olmayan duyguları yansıtır, diğer zamanlarda çocuk kendi serbest oyununa bırakılır (Gökler, 2016; Kiye ve Yalçın, 2021).

### **Kum Terapisi**

Bu teknikte kum, kum tepsisi, su ve minyatür oyuncaklar kullanılır. Çocuk, ergen ve yetişkinlerde kullanılan kum terapisi sözel olmayan davranışlar içeren bir terapi türüdür. Kumun tedavi edici özelliği de kullanılarak yapılan bu terapide, kum ve minyatür oyuncaklar bilinç ve bilinç dışı arasında köprü kurulmasını sağlamaktadır (Teber, 2015).

### **Filial Oyun Terapisi**

Filial Oyun Terapisi çocuk merkezli oyun terapisinin tüm uygulamalarını alır ve ek olarak anne babayı da terapi sürecine dahil eder. Anne babalar temel oyun becerilerini öğrenir ve tedavide temel öğeler olarak yer alırlar. Evde uygulanan haftalık oyun oturumlarının, çocuk odaklı oyun terapisi konusunda beceri kazandırılmış anne babalar tarafından yürütülür (Gökler, 2016; Kiye ve Yalçın, 2021; Tortamış Özkaya, 2015)

### **Grupla Oyun Terapisi**

Oyun terapileri bireysel ve aile ile birlikte uygulanabildiği gibi çocuk gruplarında da uygulanmaktadır. Oyun odasının terapötik ve doğal ortamında çocukların, akranları ile etkileşime girmesi, kendi becerilerini değerlendirebilmesi, oyun ortamında yeni davranış modelleri öğrenmesi ve bunları dış ortama da taşıması sürecidir. Diğer grup terapilerinden farklı olarak, grubun bütünlüğü aranmaz ve ortak bir amacı bulunmamaktadır. Çocukların özdenetim kurması, sorumluluk alması, duygularını ifade etmesi, kendini ve diğerlerini kabul etmeyi öğrenmesi,

benlik saygısının ve özgüvenin artması ve ayrıca sosyal beceriler kazanması ve bu şekilde depresyon ve kaygı düzeylerinin azaltılması hedeflenir (Gökler, 2016; Kiye ve Yalçın, 2021).

### **KİŞİLERARASI İLİŞKİLER TERAPİSİ (KİT)**

1970'li yıllarda Gerald Klerman tarafından özellikle majör depresyon geçiren hastaların tedavisinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bir terapi türüdür. Kişilerarası ilişkileri ve becerileri geliştirmeyi temel alır. Bu terapi türü özellikle anksiyete ve depresyon gibi duygudurum bozukluklarında kullanılır. Özellikle ebeveyn-ergen ve ergen-akran ilişkilerinde yaşanan çatışmalarda bu terapi türü etkili olmaktadır (Mychailyszyn ve Elson, 2018). KİT ortalama 12 hafta süren ve 12-16 seans içeren bir tedavi yöntemidir. Genellikle iki amaç üzerine odaklanır.

Birincisi, çocuğu ve aileyi hastalıklarının doğası hakkında eğitmektir. İkincisi, sorunları tanımlamaktır (anormal yas , kişilerarası çatışmalar veya yeni insanlarla tanışırken önemli kaygılar yaşama gibi). Sorunlar tanımlandıktan sonra, sorunların çözümü için gerçekçi hedefler belirlenir ve hedeflere ulaşmak için çocuk ve ailesi ile birlikte çalışılır (Stuart ve Robertson, 2014)

### **PSIKODİNAMİK PSİKOTERAPİ**

Psikodinamik psikoterapi; içselleştirme sorunları, hafif ile orta şiddetli dışsallaştırma sorunları, gelişimsel karakter zorlukları ve yaşam olaylarına yönelik uyum problemleri için etkin biçimde kullanılan bir terapi yöntemidir (Weisz ve ark. 2004). Altta yatan ruhsal işlevleri gözettiği için karmaşık vakalarda yardımcı olmaktadır. Psikodinamik psikoterapinin gelişimi psikanalitik kuramın deneyim ve klinik gözlemlerinden çıkarılan temel kavramlara ve yöntemlere dayanır. Psikodinamik psikoterapinin köken aldığı önermeler (Gabbard, 2004; Kernberg ve ark., 2012);

- Zihinsel yaşamın büyük bölümü bilinçdışıdır (bilinçaltı), genel anlamıyla bilinçdışı, bilinçli algılamanın dışında kalan tüm zihinsel olaylardır. Dinamik anlamda ise bilinçdışı, sansür mekanizmaları ile bilinç düzeyine ulaşamayan zihinsel süreçlerdir.
- Çocukluk yaşantıları genetik etkenlerle uyum içinde erişkin hayatı şekillendirir.
- Anne-baba ve önemli kişilerle yaşanan deneyimler ve onların iç dünyadaki temsilleri, bireyin dünya hakkındaki temel varsayımlarını ve beklentilerini şekillendirir.
- Ruhsal çatışma, normal gelişimin daimi bir parçasıdır.

## Psikodinamik Psikoterapide Temel Kavramlar

*Transferans (aktarım):* Bireyin çocukluk döneminde kendisi için önemli kişilerle (anne, baba, kardeş, vb) yaşamış olduğu duygu ve tutumları şimdi ilişki kurduğu önemli kişi ya da kişiler (hekim, hemşire, öğretmen, vb) ile ilişkisinde yeniden yaşaması; bu kişilere kendi çocukluğundaki algı ve duygulara göre tepkiler göstermesidir (Öztürk, 1998; Erten, 2011; Murdock, 2012).

*Kontr-transferans (karşı-aktarım):* Terapistin çocukluk çağındaki önemli kişilerle olan ilişkilerinden kaynaklanan ve hastaya yöneltilecek tepkidir (Öztürk, 1998; Erten, 2011; Murdock, 2012).

*Direnç:* Psikodinamik psikoterapide önemli kavramlardan biri de hastanın değişime yönelik çift değerlikli (ambivalan) tutumudur. Terapiye başlamak belli savunma düzenekleri ile oluşmuş dengeyi bozar ve alıştığı bu dengenin bozulacağını hisseden hasta farkında olmadan içgörü geliştirmeye başlar ve değişime karşı çıkar. Psikolojik değişime karşı ortaya çıkan direnç, bir yandan terapi sürecini yavaşlatsa da, diğer taraftan ruhsal kararlılığın (stabilitenin) korunmasını sağlar (Erten, 2011).

*Nötralizasyon:* Terapistin tarafsızlığıdır. Terapistin hastaya karşı saygılı, empatik, hastayı yargılamayan ve destekleyici bir yaklaşımı benimsemesi, terapi için güvenli bir ilişkisel ortam yaratır. Böylece hasta kendini özgürce ifade edebilir (Kernberg ve ark., 2012).

*Savunmalar:* Bilinçdışıdaki uyarım ve dürtülerden ortaya çıkan kaygı ve çatışmaları yatıştırmak ve dengeyi (homeostasis) sağlamak amacıyla çalışan, insanın bilinçli olarak algılayamadığı benlik (ego) işlevlerine denir.

**Tablo 5. Savunma Mekanizmalarının Hiyerarşisi (Burger, 2016; Öztürk ve Uluşahin 2018)**

| Savunma Mekanizmaları   |                                                                                                                    |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Olgun Savunmalar        |                                                                                                                    |
| Mizah (humor)           | Hoş olmayan duygulanımları ve kişisel rahatsızlığı azaltmak için zor durumlarda komik veya ironik öğeler bulmadır. |
| Baskılama (Supression)  | Bilinçli olarak belli bir duyguya, duruma ya da itkiye dikkat etmemeye karar vermedir.                             |
| Yüceltme (Sublimation)  | Kabul edilmeyen bir arzunun toplum tarafından kabul görülen bir eyleme dönüşmesidir.                               |
| Yüksek Düzey Savunmalar |                                                                                                                    |
| Bastırma (Repression)   | Psikanalitik kuramda kişinin kabul etmediği düşünceleri sınırlandırması ya da bilinç dışına göndermesidir.         |

|                                                            |                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Yapma Bozma (Undoing)                                      | Önceki bir yorumun ya da davranışın cinsel saldırgan ya da utandırıcı sonuçlarını karşısını irdelleyerek açıklayarak ya da tersini yaparak etkisiz kılmaya çalışmaktır.                                             |
| Yansıtma (Somatization)                                    | Kişinin iç dünyasındaki kabul edilemeyen itkilerin, sanki kendisine ait değil de karşısındakine aitmiş gibi tepki göstermesidir.                                                                                    |
| İçe atma (Introjection)                                    | Bir nesnenin (objenin) varlığının sürekli ve yakın olmasını sağlamak amacıyla, bu nesnenin özelliklerinin bireyin kendi iç dünyasına alınmasıdır.                                                                   |
| Yalıtım (Isolation)                                        | Duygunun içeriğinden yoksun kılınarak düşünceymiş gibi ifade edilmesidir.                                                                                                                                           |
| Bedenselleştirme (Somatization)                            | Psikolojik nitelikteki çatışmaların beden diline çevrilmesi, bedenin herhamgi bir bölümünde ağrı, acı gibi hoşnutsuz uyarımlar hissedilmesi durumudur.                                                              |
| Gerileme (Regression)                                      | İnsanın psikolojik gelişimin sonraki evrelerinde ortaya çıkan sıkıntılı bir durumdan veya düşmanlık duygularından kaçınmak için daha önceki gelişim ve işlev evrelerine uyan tepki ve tutum göstermesidir.          |
| Tersine dönme/ Karşıt tepki oluşturma (Reaction formation) | Arzu edilen durum ya da düşünce kabul edilmeyeceği için zıttını şiddetli bir şekilde dışa vurmaktadır.                                                                                                              |
| Yer değiştirme (Displacement):                             | Yer değiştirme; arzu edilmeyen bir dürtü ya da duygunun asıl hedef dışında daha az tehlike oluşturacak kişi ya da nesneye yönlendirilmesidir.                                                                       |
| Düşünselleştirme (Intellectualization)                     | Zor duygulardan ve itkilerden kaçınmak için aşırı ve soyut düşünce biçimi kullanmak, sıkıntı verici duygular hakkında konuşmak yerine onları teorik bir düşünce malzemesi haline getirerek kontrol etmeye çalışmak. |
| Ussallaştırma (Rationalization)                            | Kabul edilemez inançlar, tutumlar ya da davranışları kendisi için katlanılabilir hale getirmek için akla yatkın hale getirmek ve haklılaştırmaktır.                                                                 |
| <b>İlkel Savunmalar</b>                                    |                                                                                                                                                                                                                     |
| Bölme (Splitting)                                          | Benlik ve öteki ile ilgili yaşantıları, bütünleştirmenin mümkün olmayacağı bir şekilde ayırmadır.                                                                                                                   |
| Yadsıma/ İnkâr (Denial)                                    | Duysal verileri görmezden gelerek, dışsal gerçekliğin yüzleşmesi zor yönlerini farkına varmaktan kaçınmadır.                                                                                                        |
| İdealize etme (Idealization)                               | Anksiyeteden ya da aşağılama, haset ve öfke gibi olumsuz duygulardan kaçınmanın bir yolu olarak başkalarına mükemmel ya da mükemmele yakın özellikler yüklemidir.                                                   |
| Pasif saldırganlık (Passive aggression)                    | Psikanalitik kurama göre pasif saldırganlık savunma mekanizması, anal dönemde yaşanmış çatışmalarla birlikte gelişmektedir.                                                                                         |
| Yansıtılmalı özdeşim (Projective identification)           | Hemen göze çarpmayan kişilerarası baskılar bir başkasının üzerine yüklenerek benliğin ya da içsel nesnenin bu kişiye yansıtılan nitelikleri yeniden üstlenilir.                                                     |

(Tablo 5 Devamı)

|                                   |                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tümgüçlülük (Omnipotence)         | Kişinin, güçsüzlüğü ile başa çıkabilmek için her şeye sahip olduğu düşüncesi durumudur.                                                                                                                                 |
| Eyleme dökme (Action out)         | Bilinçdışı duygunun varlığından kaçınmak için bilinçdışı arzu ve isteğin doğrudan doğruya eylem içinde ifade edilmesidir.                                                                                               |
| <b>Psikotik savunmalar</b>        |                                                                                                                                                                                                                         |
| Hipokondriyazis (Hypochondriasis) | Mahrumiyet, yalnızlık veya kabul edilemez saldırganlık itkilerinden kaynaklanan başkalarına yönelik serzenişin kişinin kendisinden serzenişe ve ağrı, bedensel hastalık ve zihin yorgunluğu yakınmalarına dönüşmesidir. |
| Çözülme (Dissociation)            | Duygusal bir zorlama veya denetim kaybı karşısında psikolojik denetim yanılmasını elde tutmanın bir yolu olarak kimlik, bellek, bilinç ve algılama alanlarında süreklilik duygusunun kopmasıdır.                        |

### Psikodinamik Psikoterapinin Uygulanması

Psikodinamik psikoterapide tedavinin amacı; çocuğun iç dünyasındaki kendilik düzenlenmesi, kendinin ve başkalarının içsel temsilleri, savunma mekanizmaları ve derinlikli düşünme işlevi gibi alanlarda çocukta değişime yol açmaktır. Çocuklara yönelik psikodinamik psikoterapi; kısa süreli (6-20 seans), orta süreli (21-60 seans) veya uzun süreli (100 veya daha fazla) olabilir. Tedavi süresi ve sıklığı, çocuğun tedavi hedeflerine erişme hızına ve devam eden stres unsurlarına karşın gelişim becerisine bağlıdır. Uyum bozukluklarında, öğrenme bozukluklarında ve değerlendirme sonucunda gerekli görüldüğünde görüşme sıklığı haftada bir seanstan ikiye, hatta dörde kadar sıklaştırılabilir (Can, 2016).

Kısa dönem, kısıtlı bir süresi olana destekleyici psikoterapi; yas, ayrılık kaygısı ve uyku sorunları ya da akut stres bozukluğu gibi akut, durumsal sıkıntılar yaşayan çocuklara uygundur. Tedavinin amaçları, uyum davranışlarını artırmak, semptomatik gelişim sağlamak ve okul, aile ve arkadaşlara uyumu güçlendirmektir (Winston ve ark., 2004) Uzun dönem, açık uçlu psikoterapi; uyumu bozan kişilik özelliklerini yeniden biçimlendirmeyi, kısıtlayıcı savunma veya ilişki örüntülerini hafifletmek için çatışmaları yeniden çalışmayı, gereksiz ketlenmeleri ortadan kaldırmayı, esnek düşünme becerisini ve düşlem dünyasına erişimi gerçekleştirmeyi hedefler. Çocuğun savunmalarını esnek kullanma ve yaşam gerçeklerini yaşına uygun olarak değerlendirme becerilerini geliştirir. Sosyal anlamda olumlu etkinliklere katılma, okulda yaşına uygun bağımsız işlevsellik gösterme ve cinsellik ile olumlu öz saygı geliştirme de dahil olmak üzere çocuğun yaşına uygun bir kimlik duygumuna ilişkin kapasitesini artırır (Can 2016).

## GRUP PSİKOTERAPİSİ

Çocuklarda grup psikoterapisi uygulamaları ile ilgili ilk yayımlanan makalenin, 1936 yılında Benden ve Woltman'ın çocuk hastanesinde kuklaları kullanarak yaptıkları çalışma olduğu bildirilmektedir. Grup psikoterapisi uygulamaları ile ilgili bilgi birikimi arttıkça bireysel psikoterapilerde karşılanması zor olan gereksinimlerin grup psikoterapisi ile karşılanabileceği anlaşılmıştır. Kişinin terapist dışında diğerleri ile yaşadığı ilişkilerin grup aracılığıyla gözlenebilir olması ve ekonomik oluşu bu alana ilgiyi artırmıştır. Grup terapileri danışma/rehberlik, tedavi ve eğitim amaçlı gruplar olmak üzere üç grupta değerlendirilebilir. Danışma/rehberlik amaçlı gruplar; daha çok kişilerarası genel sorunların ele alındığı gelişim ve sorun çözme amaçlı gruplardır. Tedavi amaçlı gruplar; ruh sağlığı sorunu yaşayanları hedef alır ve işlevselliği olmayan ya da işlevselliği bozan örüntüleri ele alır. Eğitim grupları ise; terapist adaylarının grup yaşantısı ile ilgili süreçleri, teorik bilgiler yanında yaşantılayarak öğrenmesini sağlar (Üneri, 2016).

### Çocuk ve Ergenlerde Grup Psikoterapisi Uygulamalarının Özellikleri

Okul öncesi dönem adı verilen 6 yaş öncesi, küçük yaş grubu çocuklarda yapılacak uygulamalarda, grup üye sayısının 3-5, terapist sayısının 2 olarak planlanmasının ve oturum süresinin başlangıçta 15 dakika zamanla en çok 45 ya da 60 dakika olmasının uygun olacağı belirtilmektedir (Cramer Azima, 2002). İlkokul dönemindeki çocuklar için grup üyesi sayısı 5-7 ve oturum süresinin yaklaşık 60 dakika, ergenlik öncesi ve ergenlik döneminde ise grup üyesi sayısının 8-12 ve oturum süresinin en çok 90 dakika olacak şekilde planlanması uygundur (Gökler ve Gökler 2007).

Çocuk yaş grubunda, grup üyeleri ve terapistin cinsiyetinin grup terapisine etkisi hala tartışılmaktadır. Genellikle cinsiyet açısından karma grupların olumlu etkisinden bahsedilse de tanı grupları dikkate alınarak gerekirse cinsiyet açısından benzerlik sağlanabilir. Özellikle cinsel istismar gruplarında grup üyelerinin, mümkünse terapistin aynı cinsten olmasının yararlı olacağı bildirilmektedir.

Çocuk ve ergenlerde grup psikoterapisi uygulamalarının keskin sınırları ve kuralları yoktur. Bu uygulamalarda benzer yaş, gelişim seviyesinde ve benzer sorunları paylaşan çocukların en çok yarar sağladığı belirtilmektedir. Küçük yaş gruplarında sosyal açıdan yoksunluğu olan ve dışlanan çocukların yarar sağladığı düşünülmektedir.

## DİĞER YÖNTEMLER

### Karşılıklı Hikâye Anlatma Tekniği

Richard Gardner tarafından 1971 yılında psikodinamik yaklaşım temel alınarak geliştirilmiştir. Hikayenin başından, ortasından ve sonundan anlatmasını ister. Daha sonra terapist hikayeyi daha uygun ve uyarlamalı bir sonla tekrar anlatır (Erwin ve Colson, 2010).

### Biblioterapi

Bibliyoterapi çocuk ve ergenlerde kitap okuma tekniği kullanılarak yapılan, duygularını fark etmesi ve ifade etmesi için destekleyici çevrenin oluşturulduğu, duygu ve davranışları ile ilgili iç görü geliştirmeyi ve zor durumlarla baş etmede yeni yollar öğretmeyi amaçlayan bir yöntemdir. Çocuk ya da ergenin sorununa benzer durumlar yaşayan karakterlerin olduğu hikayeyi okuyarak ya da dinleyerek yapılan bir yöntemdir (Erwin ve Colson, 2010).

### Terapötik Çizim

Çocuk ve ergenlerde sık kullanılan tekniklerdendir. Özellikle farkında olmadıkları, inkar ettikleri, ifade edemedikleri duygu ve düşüncelerini çizim ve boyama yolu ile aktardıkları yöntemdir (Erwin ve Colson, 2010).

## ÇOCUKLARDAKİ PSİKOSOSYAL SORUNLARIN TEDAVİSİNDE AİLENİN ROLÜ

Aile çocuğun fiziksel, duygusal ve gelişimsel ihtiyaçlarının doyurulduğu bir sosyal ortam olarak çok önemli bir yere sahiptir. Aile çocuğun yaşamındaki en önemli çevresel etkidir. Ailelerin, bakım, beslenme, barınma, korunma ve eğitim gibi *temel görevleri*, duygusal ve psikolojik gelişimlerini destekleyen *gelişimsel görevleri* ve ailenin zor durumlarla baş edebilmesi, üyelerini koruyabilmesi ve desteklemesine ilişkin *kriz yönetimi görevleri* bulunmaktadır. Ailelerde normal gelişimsel dönem krizleri ve aileye özgü krizler olmak üzere iki tür kriz gelişebilir. Ailelerin bu görevlerini yerine getirmedeki aksaklıkları çocuklarda psikososyal sorunların gelişmesine neden olabilir (Kılıç, 2016). Aile içindeki uyumsuz aile çocuk etkileşimleri davranış sorunlarının ortaya çıkmasında ve devam etmesinde etkilidir. Çocuklarda gelişen sorunları çözmek isteyen aileler bazen sorunun bir parçası haline gelmektedir. Bu durum aile ile çocuğun ilişkilerinin bozulmasına ve ebeveynlerin güvenli üs olma özelliklerini kaybetmesine neden olmaktadır (Kılıç, 2016). Aileler, çocuk ve ergenlerin psikososyal sorunlarında, sorunun alt yapısını oluşturan, tetikleyen ya da sürdüren etken veya çocuğun sorunundan etkilenen topluluk olabilir (Alan Kazdin, 2018).

Ailelerin dahil edildiği farklı destek programları bulunmaktadır. Ailelere yapılan destek programlarının içerikleri genellikle; *savunuculuğu* (yasalar, yönetmelikler, yetkiler ve yönlendirme), *bilgilendirici* ve *eğitici destek türlerini* (nörobilyoloji, çocuk ve ergenlerde görülen ruhsal sorunlar, ruh sağlığı değerlendirme süreçleri, çocuklarda görülen bozuklukların aile üzerindeki etkisi, ailenin ruhsal gelişim, iyileşme üzerindeki etkileri, toplumsal kaynaklar, tedavi seçenekleri) ve *öğretim desteklerini* (başa çıkma sistemleri, öz bakım, kriz yönetimi, problem çözme ve iletişim becerileri) içermektedir. Bunlara ilaveten; bireysel veya çok aileli psikoeğitim programları, aileye uygulanan bilişsel davranışçı terapi uygulamaları, aile temelli eğitim ve destek programları, ebeveyn terapi ve eğitimleri, çoklu prosedürlerin olduğu davranışların geliştirilmesi ve sürdürülmesinin birçok yolunu içeren, çocuk ve ailelere uygulanan “ödül” programları bulunmaktadır (Carr, 2019; Hoagwood ve ark., 2010; Alan Kazdin, 2018).

Ailelerin hangi eğitim seviyesinde ve sosyo-ekonomik düzeyde olduğu fark etmeksizin, farklı konularda aile eğitimine ihtiyaçları vardır. Uygulanan eğitim programları ile ebeveynlerin anne-babalık davranışları olumlu yönde değişir, anne-babalıkla ilgili stres düzeyleri düşer, özyeterlilik duyguları yükselir ve çocukla iletişim ve çocuk bakımı konularında pozitif değişimler yaşanır (Carr, 2019; Hoagwood ve ark., 2010; Alan Kazdin, 2018).

## KAYNAKLAR

- Akar Gençler, A. ve Aksoy, A. B. (2016). Aile çocuk etkileşiminde farklı bir yaklaşım: teraplay oyun terapisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 244-254. doi: 10.18863/pgy.238186
- Alan E. Kazdin (2018) Implementation and evaluation of treatments for children and adolescents with conduct problems: Findings, challenges, and future directions. *Psychotherapy Research*, 28(1), 3-17, DOI: 10.1080/10503307.2016.1208374
- Alpaslan, A.H. ve Erol, Y. (2016). Çocuk ve ergenlerde depresif bozukluk non-farmakolojik tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 2(1), 62-7.
- Alşen-Güney, S., Şahbudak, B. (2017). Çocuk ve ergen psikiyatrisinde antidepresanlar ve anksiyolitikler. *Türkiye Klinikleri J Çocuk Psikiyatrisi-Özel Konular*, 3(1):8-15.
- American Psychiatric Association. What is Psychotherapy? 2019. <https://www.psychiatry.org/patients-families/psychotherapy> (Erişim Tarihi:22.09.2021 St:22:40)
- Association for Play Therapy. <https://www.a4pt.org/page/ClarifyingUseofPT> (Erişim Tarihi:29.09.2021 St:11.45)
- Association for Play Therapy. (2020). Play therapy best practices. file:///C:/Users/PC/Desktop/apt\_best\_practices\_-\_june\_20.pdf
- Ayık, B., Erdoğan, A. (2015). Çocuk ve Ergenlerde Görülen Psikotik Bozuklukların Tedavisinde Kullanılan Atipik Antipsikotikler. *Türkiye Klinikleri J Çocuk Psikiyatrisi-Özel Konular*, 1(3):39-53.
- Ayna, Y. E. ve Ayna, H. Ü. (2017). Çocuk merkezli oyun terapisi ile deneyimsel oyun terapisinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *DÜSPED*, 9(19), 212-2020.
- Booth, P. B. ve Jernberg, A. M. (2014). *Theraplay*. (Ş. Çavuşoğlu, Çev.) İstanbul: Gün Yayıncılık.

- Brody, V. A. (1992). The dialogue of touch: Developmental play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 1(1), 21–30. <https://doi.org/10.1037/h0090232>
- Burger, J.M. (2016). Psikanalitik yaklaşım: Freud'cu kuram, uygulama ve değerlendirme. Erguvan Sarioğlu, İ.D. (Ed.) *Kişilik psikoloji biliminin insan doğasına dair söyledikleri* içinde (s.71-107). Kaknüs Yayınları.
- Can, Y. (2016). Psikodinamik psikoterapi. Pekcanlar Akay, A. ve Ercan, E.S. (Ed.), *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* içinde (s.631-640) Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği.
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153–213. doi: 10.1111/1467-6427.12226 9 4
- Cevher Binici, N., Sevinçok, D., Baykara, H.B. (2017). Çocuk ve ergenlerde antipsikotiklerin kullanımları, *Türkiye Klinikleri J Çocuk Psikiyatrisi-Özel Konular*, 3(1):23-39.
- Cohen, E. ve Gadassi, R. (2018). The function of play for coping and therapy with children exposed to disasters and political violence. *Curr Psychiatry Rep*, 20:31
- Courtney, J. A., ve Gray, S. W. (2014). A phenomenological inquiry into practitioner experiences of developmental play therapy: Implications for training in touch. *International Journal of Play Therapy*, 23(2), 114–129. <https://doi.org/10.1037/a0036366>
- Cramer-Azima, F. (2002). Group Psychotherapy for children and adolescents. Lewis's child and adolescent psychiatry, Lewis, m. (Ed). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Diamond, G. (2005). Family therapy enhances treatment for children's mental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 44(9), 872-887. <https://www.apa.org/monitor/dec05/disorders>
- Elwin, E. H. ve Colson, C. W. (2010). Disorders of Childeren and Adolescents.(Chapter 28). (Edited by) Varcarolis, E. M. ve Halter M. J. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. Sixth Edition. Saunders Elsevier. 626-652. ISBN: 978-1-4160-6667-5.
- Erdoğan, A. (2016). Psikofarmakoterapiler. Pekcanlar Akay, A. ve Ercan, E.S. (Ed.), *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* içinde (s.604-628) Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği.
- Erten, E. (2011). Dinamik Psikoterapi. Köşkdere, A.A. (Ed.) *Psikanalitik Psikoterapiler: Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler* içinde (s. 25-32) Tuna Matbaacılık.
- Gabbard, G.O. (2004). *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Genç, M. ve Çakmak Tolan, Ö. (2021). Okul öncesi dönemde sık görülen psikolojik ve gelişimsel bozukluklarda oyun terapisi uygulamaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(2), 207-231. doi: 10.18863/pgy.757366
- Gökler, B. (2016). Oyun ve Oyun Terapisi. Pekcanlar Akay, A. ve Ercan, E.S. (Ed.), *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* içinde (s.585-590) Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği.
- Gökler, B. ve Gökler, İ. (2007). Çocuk ve ergenlerde grup psikoterapisi ve Psikodrama, Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. Aysev, A., Taner, Y. (Ed.) Golden Print.
- Gönenli Tokar, S. (2018). Anksiyolitikler. Karamustafaloğlu, K.O. (Ed.) *Temel ve Klinik Psikiyatri* içinde (s.761-767) Güneş Tıp Kitapevleri.
- Hoagwood, K. E., Cavaleri, M. A., Olin, S. S., Burns, B. J., Slaton, E., Gruttadaro, D. ve Hughes, R. (2010). Family support in children's mental health: a review and synthesis. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 13, 1–45. DOI 10.1007/s10567-009-0060-5
- Karamustafaloğlu, K.O., Özten, E. (2018). Antidepresan ilaçlar. Karamustafaloğlu, K.O. (Ed.) *Temel ve Klinik Psikiyatri* içinde (s.723-760) Güneş Tıp Kitapevleri.
- Karamustafaloğlu, K.O., Özten, E. (2018). Anksiyolitikler. Karamustafaloğlu, K.O. (Ed.) *Temel ve Klinik Psikiyatri* içinde (s.761-767) Güneş Tıp Kitapevleri.

- Karamustafalıoğlu, K.O. (2018). Antipsikotikler. Karamustafalıoğlu, K.O. (Ed.) Temel ve Klinik Psikiyatri içinde (s.771-810) Güneş Tıp Kitapevleri.
- Kernberg ,P., Ritvo, R., Keable, H. (2012) Practice parameter for psychodynamic psychotherapy with children. *J Am Acad Child Psychiatry*, 51:541-557. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.02.015>.
- Kılıç, E. Z. (2016). Aile terapileri. Pekcanlar Akay, A. ve Ercan, E.S. (Ed.), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde (s.663-675) Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L.A., Srinath, S., Ulkuer, N., Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378:1515-1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1).
- Kiye, S. ve Yalçın, İ. (2021). Oyun terapisi ve oyun terapisinin gruplarda kullanımı. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 51, 287-303.
- LaBauve, B. J., Watts, R. E. ve Kottman, T. (2001). Approaches to play therapy: A tabular overview. *TCA Journal*, 29(1), 104-113. DOI: 10.1080/15564223.2001.12034583
- Landreth G (2011) Oyun Terapisi İlişki Sanatı. (Çeviri Ed. H Yazıcı). İstanbul, Tıbyan Yayıncılık.
- Martini R., Hilt, R., Marx, L., Chenven, M., Naylor, M., Sarvet, B., Ptakowski, K. K. (2012). Best Principles for Integration of Child Psychiatry into the Pediatric Health Home. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP). [https://www.aacap.org/App\\_Themes/AACAP/docs/clinical\\_practice\\_center/systems\\_of\\_care/best\\_principles\\_for\\_integration\\_of\\_child\\_psychiatry\\_into\\_the\\_pediatric\\_health\\_home\\_2012.pdf](https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/clinical_practice_center/systems_of_care/best_principles_for_integration_of_child_psychiatry_into_the_pediatric_health_home_2012.pdf)
- Murdock, N.L. (2012). Psikanaliz. Akkoyun F. (Ed.), Psikolojik Danışma ve Psikoterapi Kuramları içinde (s.50-51) Nobel Akademik Yayıncılık.
- Murphy, M. ve Fonagy, P. (2012). Mental health problems in children and young people. In: Lemer, C. (Ed.), Annual Report of the Chief Medical Officer 2012, Our Children Deserve Better: Prevention Pays. Department of Health, pp. 1–13.
- Mychailyszyn, M.P. ve Elson, D. M. (2018). Working through the blues: A meta-analysis on Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). *Children and Youth Services Review*. 87,123–129. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.02.011>
- Öngider, N.ve Baykara, N. (2015). Anksiyete tanısı almış çocuklar üzerinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 26-37.
- Özcan, Ö. ve Gül Çelik, G. (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 3(2), 115-20.
- Özdoğan, B. (1987). Çocukta Oyun Terapisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 69-86. DOI: 10.1501/Egifak\_0000001056
- Özel Özcan, Ö. ve Bozkurt, F. (2016). Bilişsel Davranışçı Terapi.. Pekcanlar Akay, A. ve Ercan, E.S. (Ed.), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde (s.641-655) Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği.
- Öztürk, M.O. (1998).Psikanaliz ve psikoterapi, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 165-81.
- Öztürk, M.O., Uluşahin, N.A. (2018). Benliğin savunma düzenekleri. Ruh sağlığı ve bozuklukları. (s.63-79). Ankara Nobel Tıp Kitapevi.
- Öztürk, M.O., Uluşahin, N.A. (2018). Ruhsal bozuklukların ilaçla sağaltımı. Ruh sağlığı ve bozuklukları. (s.643-733). Ankara Nobel Tıp Kitapevi.
- Stuart, S. Ve Robertson, M (2014). *Kişilerarası Psikoterapisi Klinisyen Kılavuzu*. (Omay ve Aydın, Çev.) Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık. 2. Baskı İstanbul
- Süler, M. (2017). Çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi uygulamaları: bir gözden geçirme. *Çocuk ve Medeniyet*, 1, 29-42.

- Taşkıntuna, N. (2018). Psikanalitik Psikoterapiler. Karamustafalıoğlu, K.O. (Ed.) Temel ve Klinik Psikiyatri içinde (s.849-854) Güneş Tıp Kitapevleri.
- Teber, M. (2015). Gençlik oyun ve oyun terapisi. *Gençlik Araştırmaları Dergisi*, 3(3), 1-222015
- Tortamış Özkaya, B. (2015). Ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerine odaklanan bir oyun terapisi yaklaşımı: filial terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(2), 208-220. doi: 10.5455/cap.20140825122141
- Türkçapar, H. (2011). *Bilişsel Terapi* (5. Baskı). HYB Basım Yayın.(s.81-96).
- Üneri, Ö.Ş. (2016). Grup psikoterapisi. Pekcanlar Akay, A. ve Ercan, E.S. (Ed.), Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde (s.656-661) Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği.
- Weisz J., Hawley, K., Doss, A. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13:729-815 <https://doi.org/10.1016/j.chc.2004.05.006>
- Winston, A., Rosenthal, R., Pinsker, H. (2004). Destekleyici psikoterapiye giriş. Tuna matbaacılık.
- Varlık Özsoy, E. (2017). Çocuklarda bilişsel davranışçı terapi ve uygulamaları. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(5), 1630-1642.