

Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları: Bir Gözden Geçirme

MELEK SÜLER*

Özet

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) günümüzde psikoterapi alanında kullanılan tedavi yaklaşımları arasında öne çıkmasına rağmen, Çocuk ve ergenlerde Bilişsel davranışçı terapi uygulamalarının etkinliği son zamanlarda yapılan araştırmalarla literatürde yerini almaktadır. Bu gözden geçirme çalışmasında Çocuk ve Ergenlerde BDT'nin temel yapısı ve işleyişini, terapide kullanılan yöntemleri, çocuklar ve ergenlerle BDT çalışırken karşılaşılan güçlükleri ele almak amaçlanmıştır. Bu çalışmanın bir diğer amacı ise Çocuk ve Ergenlerde BDT'nin etkinliğini incelemektir. Çocuk ve ergenlerle BDT uygulamalarının yapılan çalışmalarla olumlu etkinliği ortaya koyulmakla birlikte özellikle ülkemizde bu alanda yapılacak ampirik çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel Davranışçı Terapi, çocuk, ergenlik

Abstract

Although cognitive behavioral therapy (CBT) is currently one of the treatment approaches used in the field of psychotherapy, the effectiveness of cognitive behavioral therapy applications in children and adolescents has recently been found in the literature. In this surveillance study, it was aimed to examine the basic structure and functioning of CBT in children and adolescents, the methods used in therapy, the difficulties in working CBT with children and adolescents. Another aim of this study is to examine the effectiveness of CBT in children and adolescents. Although the positive effectiveness of the CBT in the children and adolescents were proved by the scientific studies, there is a need this kind of empirical researches in the Turkey.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, child, adolescence

Giriş

Gelişen ve değişen dünyada psikolojik hizmetlerle bireylerin ve çocukların yaşadığı problemlerin sadece çözümü değil aynı zamanda başa çıkma becerilerinin de geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Çocuk ve ergenlerle bilişsel davranışçı terapi çalışırken öncelikle düşüncelerini, inançlarını araştırıp fark etmeleri, bunların problem yaşamalarına neden olan düşüncelerin düzenlenmesi, işlevsel hale getirilmesi amaçlanmaktadır. Sonrasında birey terapi süreci bittiğinde de kendi kendinin terapisti olması ve yaşamı boyunca başa çıkma becerilerini kullanmasına teşvik edilmektedir. 1960'lı yıllardan bu yana Beck'in depresyon tedavisiyle başlayan bilişsel davranışçı terapi psikopatolojik durumlara ilişkin yeni tedavi modeli olarak psikoterapi alanında öncülük etmektedir. Bugün görülüyor ki bilişsel davranışçı terapi yalnızca depresyon değil anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik olan tüm bozuklukların tedavisinde etkili olmaktadır. Bilişsel davranışçı modele göre düşünceler duyguları, duygular da davranışları belirlemektedir. Uyumsuz davranışların ortaya çıkmasında ve ruhsal bozuklukların oluşmasında dış dünyada yaşanan olayların nasıl algılandığı ve yorumlandığı büyük önem taşımaktadır. Çocukluk çağındaki erken dönem deneyimler ile birlikte bireylerde bazı düşünce, varsayım ve inanç sistemlerinin oluşmasına neden olan şemalar olmaktadır. Bu şemalar kendilerine ve dünyalarına yönelik değerlendirmeler oluşturmakta, bu da davranışlarını ve algılarını biçimlendirmektedir (Sungur, 1993). Bu noktadan hareketle çocukluk döneminde oluşan şemalar katı, sabit ve sosyal uyumdan uzak olduklarında kişilerin işlevselliğini de bozmaktadır. Bu yüzden çocuklarla bilişsel davranışçı terapi çalışmak, şemalarının önemli bir değişime uğrayarak kalıcılık ve süreklilik göstermesini önlemekte, ileriki yaşamlarında uyuma ve işlevselliğe dönük verimli bir hayat geçirmelerini sağlamaktadır.

Bilişsel Davranışçı Terapi Nedir?

Bilişsel davranışçı terapi bilişlerin duygu ve davranışları etkilediği varsayımına dayanır. Bir kişinin bir duruma duygusal ve davranışsal anlamda nasıl tepki verdiği o durumu kişinin nasıl algıladığı nasıl yorumladığı ile ilişkilidir. Uyumsuz ya da olumsuz düşünme kalıpları birçok psikolojik problemlerin gelişmesine ve devam etmesine sebep olmaktadır. Bilişsel terapi ilk olarak depresyonun tedavisi için geliştirilmiştir. Beck depresyon oluşumunda kişinin yaşantısını olumsuz ve katı bir şekilde yorumladığını belirtir. Bunun sonucunda kişinin kendisi, dünyası ve geleceği hakkında olumsuz görüşlerini içeren bir bilişsel üçlü ortaya çıkmaktadır (Beck ve diğerleri, 1983). Birey kendisini kusurlu, yetersiz ve hastalıklı olarak

görür. Bu bakış açısından dolayı kendisini fazlaca eleştirme eğiliminde olup, istenmeyen ve değersiz bir kişi olarak algılar. İkinci olarak kişi yaşadığı zorlanmaların ve güçlüklerin sonsuza dek süreceğine inanır, bireyin geleceğine yönelik olumsuz bakış açısı hakimdir. Üçüncü olarak kişinin yaşamı aşılması imkansız engellerle dolu olarak görmesi sonucu çevresini karşı olumsuz bir bakış açısıyla algılamasıdır (Türkçapar, 2008). Bireyin farkında olmadığı, sessiz ve derinlerde olan bir şemanın bir yaşantı deneyimiyle ortaya çıkması algılama ve yorumlama yetilerinde uyum bozukluğuna neden olmakta ve bilginin de hatalı işlenmesine yol açmaktadır (Sungur, 1994).

Kognitif modele göre bilişsel yapılara baktığımızda; bireyler 3 aşamalı bir düşünce şekline sahiptir. Aslında düşünceler fark edilmeleri ve birbirini etkilemeleri açısından üçlü bir yapıda bulunurlar. Bu yapının en üstünde “otomatik düşünceler”, onun altında “ara inançlar” ve en altta ise “temel inançlar” yer almaktadır (Beck, 2011). “Otomatik düşünceler” herhangi bir anda aklımızdan geçen, çok hızlı seyreden, kontrol dahilinde olmayan, örtük anlamlar içerebilen düşüncelerdir. Otomatik düşünceler sözel bir yapılanma sergileyebileceği gibi imajinatif/hayali/resimsel bir yapı da olabilirler. “Ara inançlar”, temel inançlardan hareketle oluşturduğumuz hayatımıza dair tutum, kural ve varsayımlardan oluşur. Ara inançlar çevredeki koşullarla ilişki içindedirler. Olayları temel inanç açısından değerlendirip, uygun bir tepki oluşturmaya çalışan kurallar, varsayımlar ve tutumlardan oluşur. Ara inançlar temel inançlar açısından durumu değerlendirdikleri gibi, duruma ilişkin hangi temel inancın kullanılacağını da belirlerler (Sungur, 1994). “Temel inançlar” ise bilişsel yapımızın en altında yer alan, kendimize, diğer insanlara, hayata dair temel bakışımızı ifade eden zihinsel yapı taşlarıdır. Temel inançlar katı, toptancı ve aşırı genelleysicidirler. Zihinsel yapımızın en altında temel inançlar, onun üstünde temel inançlardan hareketle oluşan ara inançlarımız ve en üstte de ara inançlara göre belirlenen otomatik düşüncelerimiz yer alır. Sahip olduğumuz bu otomatik düşünceler de duygu, davranış ve fizyolojimize etki eder (Froggatt, 2006).

Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi öncelikle yetişkinlerde uygulanıyordu, çocuklar ve ergenlerde BDT yaklaşımı ile çalışılması 1990’lı yıllardan sonra başlamıştır. Bu bağlamda bilişsel davranışçı terapinin çocuk ve ergenlerde uygulanması ortaya çıktıktan yıllar sonra psikoterapi alanında yerini almıştır (Karakaya ve Öztop, 2013). Çocuk ve ergenlerle bu kadar gecikmeli uygulanmaya başlamasında etkili olan düşünce, bilişsel davranışçı terapinin

düşüncenin farkına varılmasını sağlayan, akılcı analiz teknikleri içeren yapısının olması ve bunun çocuklar için anlaşılır olmadığı fikri olmuştur (Grave ve Blissett 2004). Yapılan çalışmalarla birlikte çocukların bilişsel davranışçı terapide olan pek çok soyut kavram somutlaştırıldığında, günlük örneklerle açıklandığında terapi sürecine dahil olabildikleri ve bilişsel ödevleri yapabildikleri görülmüştür. Quakley ve arkadaşları (2003), sekiz yaşından büyük çocukların düşünce duygu ve davranışları ayırt edebildiğini, düşüncelerini kavrama ve değiştirebilme adına çalışabildiklerini ve kendini izleme gibi becerileri gerçekleştirebildiğini belirtmiştir.

Yetişkinlerde olan inançların rahatsız edici duygulara neden olduğu, akılcı olmayan düşüncelerin çocuklarda da anksiyete, depresyon oluşturabileceği görülmektedir (Türkçapar ve ark., 1995). Çocuk ve ergenlerin de yetişkinlerdeki gibi olayların sunduğu bilişlere tepki verdiği varsayılır. Çocuklar da genellikle “insanlar benden hoşlanmazsa bu çok kötü bir durumdur”, “her şey benim istediğim gibi olmalı”, “hata yaptığım zaman kötüyümdür”, “yetişkinler mükemmel olmalı” “kazanmak zorundayım” gibi bazı sayılıtlara sahiptir (Di giuseppe, 1989). Bunlara ek olarak “her zaman sevilmeliyim”, “geleceğin belirsiz olması benim için berbatır”, “insanlar içinde mahcup olmaya tahammül edemem” gibi mantık dışı inançlara sahiptir (Bernard, 1984). Bu sayılıtların bilişsel davranışçı terapide sorunların vaka formülasyonunda da başlatıcı olduğu görülmektedir. Bu tarz mantık dışı inançlar çocuklarda anksiyeteye yol açmaktadır. Çocuk veya ergenlerdeki yaşanan bir durumun olumsuz olarak algılanması veya felakletleştirilmesi kişilerde kaygıya neden olmaktadır (Wilde, 1992). Kaygıya neden olan bu düşünceler sosyal ilişkilerini olumsuz etkilemekte ve akademik başarısını düşürmektedir. Buna ek olarak çocuklarda da yetişkinlerdekine benzer şekilde panik bozukluğun görüldüğü ve atakların da olduğu bildirilmiştir (Nelles ve Barlow, 1988). Araştırmalarda panik bozukluğa sahip çocuklarda fiziksel bulgulara bilişsel bulguların da eşlik ettiği görülmüştür (Black ve Robbins, 1990; Ollendick ve ark., 1994). Ayrıca çocukluk dönemi sonrasında ergenliğin başlamasıyla beraber, gelişim dönemine özgü bazı değişimler olur. Bunlar ergenlik dönemindeki bedensel ve hormonal değişikliğe bağlılıkla birlikte utangaçlık, suçluluk, öfke ve kaygı gibi duyguların sıklıkla yaşanmasıdır (Vernon, 1999). Ergenlik döneminde en sık karşılaşılan sorunlardan biri de sosyal anksiyete olmaktadır. Bilişsel davranışçı terapinin ergenler için anksiyete bozuklukları tedavisinde oldukça etkili olduğu saptanmıştır (Silverman ve ark. 2008). Özellikle sosyal anksiyete çalışırken danışanın grupla terapiye alınması olumlu akran modeli, sosyal destek ve sosyal yaşantılara doğrudan maruz kalma gibi konularda imkan sağlamaktadır (Manassis ve ark. 2002).

Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapinin Temel Yapısı ve İşleyişi

Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımıyla çocuklarla çalışırken ilk aşama; güven ortamını ve iş birliğini sağlamaktır. Terapistin kendini tanıtmaması, kime nasıl yardım ettiğini anlatması son derece önemlidir. Genellikle çocuklar terapiye gelirken kendi isteklerinden çok öğretmen ya da aile gibi bir başkasının yönlendirmesiyle gelmektedir. Bu durumda çocuğun terapistte düşmanca tutum sergilemesini önlemek amacıyla terapistin rolünü anlatması, açık ve anlaşılır bir dil kullanması iş birliği sürecinde olumlu bir tutum olacaktır (Türkçapar, Sungur ve Akdemir, 1995).

İkinci aşamada; çocukla çalışırken bilişsel davranışçı terapinin işlevselliği açısından tedaviden önce problemi doğru değerlendirmek en önemli müdahale yöntemidir. Davranış problemleriyle gelen çocuğun sorunlarının altında yatan nedenleri değerlendirirken detaylı bilgi toplamak kritik önem taşımaktadır.

Üçüncü aşamada; danışanın kendi duygularını belirlemesi, otomatik düşüncelerini fark etmesi olumsuz bir düşüncüyü belirlerken, tedavinin etkisini değerlendirirken ve düşüncenin güvenirliliğini sorgularken son derece önemli olmaktadır.

Dördüncü aşamada; danışana tedavi modelini sunmak, durum duygu düşünce ilişkisini kavratmak, bilişsel yeniden yapılandırma teknikleriyle otomatik düşünceleri değiştirme amaçlanmaktadır. Bu aşamada çizgi romanlar, öyküler, benzetmelerle somutlaştırılarak terapinin modeli anlatılmaktadır.

Beşinci aşama ise; çocuk veya ergenin baş etme becerilerini güçlendirmek, terapi süreci bittiğinde de kendi kendinin terapisti olmasını sağlayabilmesi içermektedir.

Çocuklarla bilişsel davranışçı terapi çalışırken karşılaşılan güçlüklerden biri, soyut kavramları basit, anlaşılabilir örneklerle açıklamak zorunda kalmak ve çocukların günlük yaşamından metaforlarla anlatmak gerekmesidir. Bilişsel davranışçı terapi çocuğun ilgisini çekebilecek şekilde ilginç ve eğlenceli hale getirilmeli, kavramlar materyallerle yaşına uygun şekilde anlatılmalıdır (Young and Brown, 1996). Örneğin; otomatik düşünceleri anlatırken düşünmeden yapmak; ara inançları, beynin vücuda bir emir göndermesi, bunun uyarlaması da komutanın (beyin) askerlerine emir göndermesi olarak açıklanabilmektedir. Yine başka bir örnekte öfkeli bir çocuğa onun öfkesini bir patlayan volkan olarak düşünmesi anlatılabilmektedir (Ronen, 1992). Yine somutlaştırmak adına çocukların son yaşadığı olayları resim

olarak çizdirmek ve üzerinde konuşmak ya da not almasını sağlamak etkili olabilmektedir. Okul öncesi çocuklarla çalışırken rol oynama tekniği, düşünce balonları, kukla ya da bir oyuncak sembol kullanılması işlevsel olmaktadır.

Çocuğun davranış sorunlarının oluşması ve sürmesindeki en önemli etkenler çocuğu yeterince iyi gözlemleyememek, çocuğa yönelik etkili ve tutarlı disiplin yöntemleri uygulayamamak ve olumlu davranışlar sergilediğinde gerekli geribildirim verememiş olmaktır. Buna ek olarak kendi problemleri ile baş etmeye çalışan ebeveynin, çocuklarının eğitimine ve disiplinine vakit harcamaması davranış problemlerinin büyümesine yol açmaktadır. Çocukla yapılan bilişsel davranışçı terapide genelde çocuktan, ailesinden, okuldaki yetkililerden bilgi toplanmaktadır. Çocuğun doğrudan davranışlarını gözlemlemekle problemlerinin kaynağını veya devam ettiren faktörleri kapsamlı şekilde değerlendirmek amaçlanır (Bernard, 1984). Ailenin katılımının önemli olmasının nedeni genellikle aşırı koruyuculuk, kontrol etme, eleştiri, çocuğun bağımsız hareket etmesini kısıtlama gibi yanlış anne baba tutumları ve davranışlarına sahip olmalarıdır (Hudson ve Rapee 2001, Siqueland ve ark. 1996). Çocuk odaklı bilişsel davranışçı terapilerde anne babaların aktif bir şekilde iyileşme sürecine dahil olması tedavi sürecini hızlandırmaktadır (Cobham ve ark. 1998, Creswell ve Cartwright-Hatton, 2007). Çocukla bilişsel terapide anne baba ile çalışmak birçok bakımdan anahtar öneme sahiptir. Kaygılı anne babaya sahip, ailenin psikopatolojik seviyesi ve ailesel bağlanma örüntüleri ile kaygılı çocuklar arasında ilişki olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Aslan ve ark. 1998, Erermiş ve ark. 2009, Hughes ve ark. 2009, Sümer ve Şendağ 2009, Türkbay ve Söhmen 2001). Genellikle çocukların olaylar karşısındaki duygusal tepkileri ailelerinde sorun yaratan tepkilerle benzer olmaktadır. Bu yüzden çocuk alternatif duygusal ve davranışsal tepkiyle daha önce karşılaşmamış olabilmektedir (Türkçapar ve diğerleri, 1995).

Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapide Kullanılan Yöntemler

Psikoeğitim: öncelikle çocuklarla çalışırken anne baba katılımı noktasında ailelerin bilgilendirilmesi ve bir eğitim programına alınması amaçlanır. Çocuğun gelişim dönemleri, çocuğun içinde bulunduğu durumun olası nedenleri ve diğer birçok konuda ailenin bilgilendirilmesi sürecidir. Ayrıca bilişsel davranışçı terapide danışana ve çocuğa ABC modelini kavratmak, bilişsel yeniden yapılandırma sürecinde otomatik düşünceleri fark etmek, bilişsel hataları öğrenmek bir eğitim sürecini içermektedir. Yaşanan problem

durumuna göre fiziksel belirtilerin (ellerin terlemesi, gerginlik, titreme, kalp atışının ve solunum hızının artması gibi), bilişsel belirtilerin (yaşamın kişinin istediği gibi olması, eğer hata yaparsam kötüyüm, kazanmak zorundayım, sadece bir doğru yanıt vardır), duygusal ve davranışsal tepkilerin ne anlama geldiği anlatılmaktadır. Psikoeğitim özellikle ilk seanslarda farkındalık amaçlı önemli bir eğitim sürecidir (Tekinsav Sütçü, 2006).

Duyguları Tanımlamak: Terapist ilk olarak çocuğun duygularına odaklanarak bilişsel modeli tanıtabilir. Çocuğun duygularını tanıması deneyimlerini normalize etmesine ve zor negatif düşünce döngüleriyle mücadele etmesine olanak verecektir. Yüz ifadelerinin olduğu yüz kartlarıyla, duygu eşleştirme oyunlarıyla, filmlerdeki veya hikayelerdeki kahramanların duygularını tanıma aktiviteleriyle danışan kendi duygularını tanımlamayı öğrenebilecektir (Kelman ve Wheeler, 2014). Çocukların duygularını ifade etmesinin desteklenmesinde hikaye adımları önemli olmaktadır (Fuggle Dunsmuir ve Curry, 2013). Çocuk ve ergenler duygularının yoğunluğu belirlenirken duygu termometreleri, trafik ışıklarını kullanma veya balon üfleme gibi görsel desteklerden yararlanılmaktadır (Stallard, 2002). Sonuç olarak eğer çocukların duygularını daha fazla dışa vurup ifade etmelerine imkan tanınırsa sonuçları daha etkili olmaktadır (Karrass ve ark., 2006).

Bilişsel Yeniden Yapılandırma: Düşüncenin gerçekçi olup olmadığını test etme, kanıt var mı tekniği, alternatif açıklama tekniği kullanılarak yerine yeni düşüncelerin konulması sürecidir. Bu aşamada çocuğun yaşı ve bilişsel düzeyi önemli rol oynar. Çocuğun otomatik düşüncelerinin geçerliliği sorgulanır ve yerine alternatif işlevsel düşüncelerin geçmesi sağlanmaktadır (Türkçapar ve ark., 1995). Çocukların düşüncelerine erişmekte kolaylık sağlanması adına hikaye veya çizgi filmlerdeki karakterlerin fikirlerini tamamlamak için düşünce balonlarıyla görsel metotlar kullanılmaktadır (Stallard, 2002). Buna ek olarak somatik bildirimlerini alırken “Kalbim ne söylüyor?” diyerek ifade edilebilir. Düşünce döngülerine erişmek için çocuk bir “Düşünce çiçek bahçesi” çizmesi için teşvik edilir ve olumsuz duygularını zemine çizmesi, düşüncelerini köklerine çizmesi ve duygularını da çiçeklerine çizmesi istenebilir. (Friedberg ve McClure, 2002). Ayrıca terapist, “Aklından ne geçiyordu?” “Endişe hissettiğinde ne düşünüyorsun?”, “Kalbin sana ne söylüyor?”, “Olabilecek en kötü şey ne olabilirdi?”, “Zihninde bir resim var mı?” gibi yardımcı sorularla çocukların düşüncelerine erişmesini kolaylaştırmaktadır (Kelman ve Wheeler, 2014).

Gevşeme Eğitimi: Çocuk ve ergenlerle çalışırken gevşeme eğitimi çoğu vakada kullanılabilir. Çocuğun bedensel semptomlarını fark etmesi, bunları kontrol edebileceğini öğrenmesi amaçlanmaktadır. Gevşeme, çocukların

kaslarının gerginliğine odaklanarak uyarılmış kaslarını gevşetmelerini sağlar. Ayrıca nefesine odaklanmak, sakin kalabilmeleri ve sağlıklı seçimler yapabilmelerinde önemli rol oynamaktadır (Eisen ve Silverman, 1993). Terapistin danışana gevşeme egzersizlerini öğretmesi çocuğun kaygılandığında ya da fizyolojik semptomlarını fark ettiğinde bunlarla baş etmesini kolaylaştırmaktadır (Kendall ve Suveg, 2006). Çocuklara gevşeme eğitimi verilirken aşamalı gidilmesi ve çocukların dikkat süreleri kısa olmasından dolayı gevşeme için kısa zaman ayırmaya önem verilmelidir (Kendall ve ark. 1992).

Maruz Bırakma: Genellikle anksiyete bozukluklarında sıklıkla kullanılan etkili bir tekniktir (Albano ve Kendall, 2002). Maruz bırakma, danışanların tehdit edici olarak algıladıkları otomatik düşüncelerini ve tepkilerini kırmaya yönelik bir tekniktir. Terapist kontrolünde tekrarlayan bir şekilde kaygı verici uyarana karşı oluşan uyarıcı ve tepki ilişkisinin söndürülmesi amaçlanır. Kişiler baş edemeyeceklerini düşündüğü durumlardan kaçınma eğilimindedir. Bu da durum hakkında kişiyi çaresiz bırakmakta ve otomatik düşünmeyi düzeltmeyi deneyimlemeye fırsat vermemektedir. Korku ve kaygı konusunda çocuğa ve aileye bilgi verilmeli, mantığı anlatılmalıdır. Çocuk ve ergenlerle çalışırken öncelikle danışanın bir korku hiyerarşisini oluşturmak gerekir. İlk önce hafif bir kaygı yaratacak durumla başlamalı, daha sonra zor durumla devam edecek şekilde küçük adımdan büyük adıma doğru gidecek şekilde oluşturulmalıdır (Kendall ve diğerleri, 2005). Basamakları oluştururken yeterli şekilde ve sırayla bölmek çok önemlidir (Bouchard ve ark. 2004). Çocuk veya ergen kontrollü ortam oluşturulduktan sonra her bir basamağa hayali de maruz kalabilir gerçekte de maruz kalabilir. Gerçek maruz kalmanın daha etkili olduğu görülmektedir (Hope ve Heimberg 1993).

Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapisinin Etkinliği

Çocuklarla çalışan terapistler genellikle aile terapisi, oyun terapisi, psikodinamik ve davranışçı yaklaşımlarla çalışmaktadır. Fakat bilişsel davranışçı terapinin çocuklarla çalışılması gittikçe yaygınlaşmaktadır. Ayrıca çocuklarla bilişsel davranışçı terapi çalışılması halen tartışmalı bir konu olmasına rağmen, yapılan araştırmalarda etkili sonuçlar verdiği görülmektedir. Çocuklarla BDT ile çalışılan 101 araştırmanın gözden geçirildiği çalışmalarda %79'unun 10 yaşın altında olduğu görülmektedir (Durlak ve diğerleri., 1995). Ayrıca BDT'nin enkoprezis, enürezis, okul reddi, karın ağrısı, okul öncesi davranış problemi yaşayan ve cinsel

istismara uğramış 7 yaş altındaki çocuklarda da başarılı olduğu görülmüştür (Ronen, 1993; Ronen ve diğerleri., 1995; King ve diğerleri., 1998; Sanders ve diğerleri, 1994; Cohen and Mannarino, 1996; Deblinger ve diğerleri, 1990; Douglas, 1998). BDT yaşı daha küçük olan çocuklarda da kullanılmasına rağmen, 9 yaş altında olan çocuklar için daha az etkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bir meta analiz çalışmasında bilişsel davranışçı terapi ile çalışılan çocukların 13 yaş altında olanlarında daha az yararlı olduğu görülmüştür (Durlak ve diğerleri, 1991). Obsesif kompulsif bozukluk vakalarının üç yaşında da başlayabildiğini bildiren vakalar olmakla birlikte çocuklarda başlama yaşının 9-11 yaş arasında olduğu görülmektedir (Rapoport, Elkins, Langer, Sceery, Buchsbaum ve Gillin, 1981). Çocukluk çağında OKB tanısı almış çocuklarla yapılan bilişsel davranışçı terapinin etkinliği konusunda yapılan çalışmalar sınırlıdır fakat Amerika Birleşik Devletleri'nde OKB tanısı alan çocukların terapisinde ilk önerilen tedavinin bilişsel davranışçı terapi olduğu belirtilmektedir (Akt. Karaman, Durukan ve Erdem, 2011).

Çocuklarla çalışırken depresyon, OKB, panik bozukluk, madde kullanımı, anksiyete bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları gibi birçok alanda bilişsel davranışçı terapi kullanılmaktadır (Duffy ve Spence, 1993; Kendall ve Braswell, 1993; Nathan, 1992; Reynolds, Wilson, Austin ve Hooper, 2012). Ayrıca bilişsel davranışçı terapinin kronik ağrılarda ve astım, şeker hastalığı gibi somatik rahatsızlıklarda da etkili olduğu görülmüştür (Eccleston ve diğerleri., 2014; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, ve Fang, 2012). Okul reddi olan çocuklarla yapılan bilişsel davranışçı terapinin etkili olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Beidas, Crawley, Mychailyszyn, Comer ve Kendall, 2010; Kearney, 2002; King, Tonge, Heyne ve Ollendick, 2000; Moffitt, Chorpita ve Fernandez, 2003). Kelman ve Wheeler (2014) yaptığı çalışmada 5-14 yaş arasında olan kekeme çocuklarla yaptığı bilişsel davranışçı terapinin etkinliğini belirtmektedir.

Çocuklarda ve ergenlerde de Obsesif kompulsif bozukluk tanısı yaygın şekilde görülmeye başlanmıştır (Geller, Biederman, Jones, Park, Schwartz, Shapiro, 1988; Leonard, Lenane, Swedo Rettew, Gershon, Rapoport, 1992). OKB şikayetleriyle kliniklere başvuran yetişkinlerin %80'inde obsesif kompulsif bozukluğun başlangıcının çocukluk ya da ergenlikte görüldüğü ortaya çıkmıştır. Stewart, Geller, Jenike, Pauls, Shaw, Mullin (2004) tarafından yapılan metanaliz çalışmasında çocukluk döneminde OKB tanısı almış kişilerin %41'i yetişkinlik döneminde de OKB tanısı almıştır. Çocukluk çağı OKB'sinin sıklıkla gözden kaçırılması ve yetişkinlerdeki benzer şikayet ve semptomların olması dikkat çekmektedir (Karaman, Durukan ve Erdem, 2011).

Çocuk ve ergen psikiyatrisinin en yaygın karşılaşılan sorunlarından birinin de anksiyete bozuklukları olduğu belirtilmiştir (Emiroğlu ve Baykara 2008, Bernstein ve Borhardt 1991). Anksiyete bozukluğu olan Çocuk ve ergenlerin sınıf önünde sesli okuma yapmak, topluluk önünde konuşmak gibi konulardan kaçındığı görülmüştür (Kendall ve ark. 1992). Ayrıca bir gruba üye olmak, sosyal ortamlara katılmak gibi konularda zorlanılmakta, kişiler arası ilişkilerin de olumsuz yönde etkilendiği belirtilmektedir (Kashani ve Orvaschel, 1990; Beidel ve Turner 1998). Anksiyete tanısı almış çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda Bilişsel davranışçı terapinin işlevselliği ve etkinliği kanıtlanmış olup, ek olarak farklı kültürel gruplarla yapılan çalışmalarda da etkili olduğu görülmüştür (Seligman ve Ollendick, 2011; Ollendick ve ark. 2008; Ollendick ve ark. 2010; Ginsburg ve Drake 2002; Toren ve ark. 1999).

Sonuç

Tüm tartışmalara rağmen bilişsel davranışçı terapinin çocuk ve ergenlerle çalışırken etkili bir yaklaşım olduğu yapılan araştırmalarla kanıtlanmaktadır. Ülkemizde de son yıllarda çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapinin kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Çocuğun yaşına, bilişsel kapasitesine uygun şekilde modeli açıklamak ve değişimi sağlamak mümkün olmaktadır. Öncelikle bilişsel davranışçı terapinin önemli kavramları kullanılarak çocuk ve ergenlerin düşüncelerine ve duygularına erişmesini sağlamak, uygun geribildirimlerle değişimi keşfetmesi noktasında desteklemek gerekmektedir. Literatür incelendiğinde çocuk ve ergenlerle yapılan bilişsel davranışçı çalışmaların azlığı dikkat çekmektedir. Çocuk ve ergen psikiyatrik bozukluklarında ya da psikolojik problemlerinde bilişsel davranışçı terapinin gerek grupla gerekse bireysel uygulamalarda etkinliğine dair çalışmalara ihtiyaç vardır.

* Melek Süler

Doktora Öğrencisi, Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri ABD
meleksuler@gmail.com

Kaynakça

Albano, A. M., ve Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International review of psychiatry*, 14(2), 129-134.

- Aslan, S. H., Aslan, O., Alparslan, Z. N. (1998) Annedeki süregen depresyonun çocuktaki depresyon ve kaygı düzeylerine etkisi: karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 9:32-37.
- Beck, A., Epstein, N. ve Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 1-16.
- Beck, J. S. (2011). Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi. (M. Şahin, Çev.) NewYork: The Guildford Press.
- Beidas, R. S., Crawley, S. A., Mychailyszyn, M. P., Comer, J. S. ve Kendall, P. C. (2010). Cognitive-behavioral treatment of anxious youth with comorbid school refusal: Clinical presentation and treatment response. *Psychological Topics*, 19(2010), 255271.
- Bernard, M. E. (1984). Childhood emotion and cognitive behavior therapy: a rational-emotive perspective. P. C. Kendall (Ed.) *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy*, (3). London: Academic Press, Inc., 213- 253.
- Berstein GA, Borchardt CM (1991) Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30: 519-532.
- Black, B., ve Robbins, D. R. (1990). Panic disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 36-44.
- Bouchard S, Mendlowitz S, Coles MF ve ark. (2004). Considerations in use of exposure with children. *Cogn Behav Pract*, 11: 56-65.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psych* 66:893-905.
- Cohen, J. A. ve Mannarino, A. P. (1996) A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 42-50.
- Creswell C, Cartwright-Hatton (2007) Family treatment of child anxiety: outcomes, limitations, and future directions. *Clin Child Fam Psych* 10:232- 52.
- David-Ferdon, C. ve Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 62-104.
- Deblinger, E., McLeer, S.V. ve Henry, D. (1990) Cognitive behavioural treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress disorder: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29, 747-52.
- Di Giuseppe R. (1989). Cognitive therapy with children. *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. A Freeman, KM Simon, Le Beuther, H Arkowitz (ED.) Plenum Press, New York, 515-532.
- Douglas, J. (1998) Therapy for parents of difficult pre-school children. In: Graham, P. (ed.), *Cognitive behaviour therapy for children and families*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Duffy, G., ve Spence, S. H. (1993). The Effectiveness of Cognitive Self Management as an Adjunct to a Behavioural Intervention for Childhood Obesity: a Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 1043-1050.
- Durlak, J. A., Wells, A.M., Cotton, J.K. ve Johnson, S. (1995). Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology* 24, 141-_8.
- Durlak, J. A., Furnham, T. ve Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behaviour therapy for maladapting children: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 110, 204 -_14.
- Eremiş. S., Bellibaş. E., Özbaran. B. ve ark. (2009.) Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan okul öncesi yaş grubu çocukların annelerinin mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Derg* 20:14-21.

- Froggatt, W. (2006). A Brief Introduction of cognitive Behaviour Therapy. 1-1
- Fuggle, P., Dunsmuir, S. ve Curry, V. (2013). Facilitating Change: Behavioural Techniques.CBT with Children, Young People and Families.Sage.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., ve Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*
- Hudson, J. L., Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and the anxiety disorders: An observational analysis. *Behaviour Res Ther* 39:1411-27.
- Hughes, A. A., Furr, J. M., Sood, E. D. ve ark. (2009). Anxiety, mood and substance use disorders in parents of children with anxiety disorders. *Child Psychiat Hum D* 40:405-19.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G. (1993). Social Phobia and Social Anxiety. *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Editor: DH Barlow, Guilford Press, New York. s. 99-136.
- Eccleston, C., Palermo, T. M., Williams, A. C., Lewandowski Holley, A., Morley, S., Fisher, E., ve Law, E. (2014). Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD003968.
- Eisen AR, Silverman WK (1993) Should I relax or change my thoughts? A preliminary examination of cognitive therapy, relaxation, and their combination with overanxious children. *J Cogn Psychother*, 1:265-279.
- Emiroğlu, F. N., Baykara, B. (2008). Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Özgöl Fobi, Sosyal fobi. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Editörler: F Çuhadarođlu Çetin ve ark. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, s.320-329
- Friedberg, R. G. ve McClure, J. M. (2002). The clinical practice of cognitive therapy with children & adolescents; The nuts and bolts. New York: Guilford Press.
- Geller, D. A., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S. et al. (1988). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 37:420-427. 7.
- Ginsburg, G. S., Drake, K. L. (2002). School-based treatment for anxious African-American adolescent: A controlled pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(7): 768775.
- Grave, J., Blissett, J. (2004). Is cognitive behaviour therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clin Psychol Rev*, 24: 399-420.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *Am J Psychiat*, 147, 313318.
- Karaman, D., Durukan, İ., ve Erdem, M. (2011). Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2).
- Karakaya, E., ve Özpınar, D. B. (2013). Cognitive Behavioral Therapy in Children and Adolescents with Anxiety Disorder. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 2(1), 10-24.
- Karrass, J., Walden, T. A., Conture, E. G., Graham, C. G., Arnold, H. S, Hartfield, K. N., ve Schwenk, K. A. (2006). Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 39, 402-423.
- Kearney, C. A. (2002). Case study of the assessment and treatment of a youth with multifunction school refusal behavior. *Clinical Case Studies*, 1(1), 67-80. Kelman, E., ve Wheeler, S. (2015). Cognitive Behaviour Therapy with children who stutter. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 165-174.
- Kendall, P., Chansky, T., Kane, M., Kim, R., Kortlander, E., Ronan, K. ve Siqueland, L. (1992). Anxiety disorders in youth: cognitive-behavioral interventions. Allyn and Bacon. Needham Heights, MA.
- Kendall, P. C., ve Braswell, L. (1993). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. Guilford Press.

- Kendall, D. M., Riddle, M. C., Rosenstock, J., Zhuang, D., Kim, D. D., Fineman, M. S. ve Baron, A. D. (2005). Effects of exenatide (exendin-4) on glycemic control over 30 weeks in patients with type 2 diabetes treated with metformin and a sulfonylurea. *Diabetes care*, 28(5), 1083-1091.
- Kendall, P. C. ve Suveg, C. (2006). Treating anxiety disorders in youth. İcinde P.C. Kendall, (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (s. 243-294). NY: The Guilford Press.
- King, N. J., Tonge, B. J., Heyne, D. ve Ollendick, T. H. (2000). Research on the cognitive-behavioral treatment of school refusal: A review and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 20 (4), 495-507.
- King, N. J., Tonge, B. J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Myerson, N. ve Ollendick, T. H. (1998). Cognitive behavioural treatment of school-refusing children: a controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37, 395-403.
- Leonard, H. L., Lenane, M. C., Swedo, S. E., Rettew, D. C., Gershon, E. S., Rapoport, J. L. (1992). Tics and Tourette's disorder: a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry*; 149:1244-1251.
- Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M. et al. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:1423-1430.
- Moffitt, C. E., Chorpita, B. F. ve Fernandez, S. N. (2003). Intensive cognitive-behavioral treatment of school refusal behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 51-60.
- Nathan, W. A. (1992). Integrated multimodal therapy of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56(3), 283.
- Nelles, W. B., ve Barlow, D. H. (1988). Do children panic? *Clinical Psychology Review*, 8(4), 359-372.
- Ollendick, T. H., Mattis, S. G., ve King, N. J. (1994). Panic in children and adolescents: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(1), 113-134.
- Ollendick, T. H., Jarret, M. A., Grills-Taquechel, A. E. ve ark. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/ hiperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clin Psychol Rev*, 28(8): 1447-1471.
- Ollendick, T. H., Öst, L. G., Reuterskild, L. ve ark. (2010). Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders. *Behav Res Ther*, 48: 827-831.
- Rapopor,t J. L., Elkins, R., Langer, D. H., Sceery, W., Buchsbaum, M. S., Gillin, J. C. et al. (1981). Childhood obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 138:1545- 1554.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., ve Hooper, L. (2012). Clinical psychology review effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 251-262.
- Ronen, T. (1993). Intervention package for treating encopresis in a 6-year-old boy: a case study. *Behavioural Psychotherapy* 21, 127-35.
- Ronen, T., Rahav, G. ve Wozner, Y. (1995). Self-control and enuresis. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly* 9, 249-58.
- Sanders, M. R., Shepherd, R. W., Cleghorn, G. ve Woolford, H. (1994). The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioural family intervention and standard pediatric care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 306-14.
- Seligman, L. D., Ollendick, T. H. (2011.) Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 20(2): 217-238.

- Silverman, W. K., Pina, A. A., Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 37:105-130.
- Siqueland, L., Kendall, P. C., Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *J Clin Child Psychol* 25:225-37.
- Sümer, N., Şendağ, M. A. (2009). Orta çocukluk döneminde ebeveynlere bağlanma, benlik algısı ve kaygı. *Türk Psikoloji Dergisi* 24:89-101.
- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B. et al. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*; 110:4-13.
- Sungur, M. Z. (1993). Depresyonun kognitif teorisi. *Depresyon monografaları serisi*, 3, 123-134.
- Sungur, M. Z. (1994). Kognitif görüş bağlamında depresyon ve antisipasyon. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 2.
- Stallard, P. (2002). Think Good- Feel Good. A Cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children and Young People. John Wiley and Sons Ltd.
- Tekinsav Sütcü, G. S. (2006). Ergenlerde öfke ve saldırganlığı azaltmaya yönelik bilişsel davranışçı bir müdahale programının etkililiğinin değerlendirilmesi (Doctoral dissertation, Ege Üniversitesi).
- Toren, P., Eldar, S., Cendorf, D., Wolmer, L., Weizman, R., Zubadi, R., ... ve Laor, N. (1999). The prevalence of mitral valve prolapse in children with anxiety disorders. *Journal of psychiatric research*, 33(4), 357-361.
- Türkbay, T., Söhmen, T. (2001). Ayrılık kaygısı bozukluğunda bireysel ve ailesel etmenler. *Türk J Child Adolesc Ment Health* 8:77-84.
- Türkçapar, H. (2008). Bilişsel Terapi, HYB Yayınları Ankara
- Türkçapar, H., Sungur, M. Z., Akdemir, A. (1995). Çocuk ve ergenlerde bilişsel terapiler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2(2), 93-100.
- Wilde, J. (1992). Rational counseling with school-aged populations: a practical guide. Bristol: Accelerated Development.
- Vernon, A. (1999). Counseling children and adolescents. (2nd Ed.). Denver: Love Publishing Company.
- Young, J., Brown, P. F. (1996). Cognitive behaviour therapy for anxiety: practical tips for using it with children. *Clinical Psychology Forum* 91, 19-21.