

# Bilişsel Davranışçı Terapinin Duygu Durum ve Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Kullanımı: Bir Gözden Geçirme Çalışması

Nilgün ÖNGİDER

Psikolog, P.S. Yaşam Özel Aile Danışma Merkezi, İzmir

## Özet

Bu derleme çalışmasında, duygudurum ve anksiyete bozukluğu olan çocuklarda uygulanan bilişsel davranışçı terapi uygulamalarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi (BDT)'nin çocuk ve ergenlerde duygu durum bozuklukları ve anksiyete tedavisinde etkili olduğunu gösteren birçok araştırma bulgusu vardır. Çocuk ve ergenlik döneminde görülen duygu durum ve anksiyete bozuklukları sık görülen, tekrarlayıcı ve kronik bir seyir izleyebilen bozukluklardır. PsycINFO, Medline ve Türk Psikiyatri dizini veri tabanları, "depresif bozukluk", "duygu durum bozuklukları", "bipolar bozukluk", "anksiyete bozuklukları" ve "bilişsel davranışçı tedaviler" anahtar sözcükleri kullanılarak taranmıştır. Ardından, son yıllarda yayınlanan çalışmalar incelenmiştir.

Bireysel BDT'nin ve grup BDT'nin çocuk ve ergenlerde, depresyon ve anksiyetenin tedavisinde etkili yöntemler olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, BDT temelli, "baş eden kedi", "baş eden koala", "Arkadaşlar" ve Aile Anksiyete Yönetimi" gibi programlar da kullanılmaktadır.

Günümüzde, bilgisayar temelli, bilgisayar destekli veya internet temelli BDT uygulamaları kullanılmaktadır. Bu bilgisayarlı bilişsel davranışçı terapi seçeneklerinin çocuk ve ergenler için, kabul edilen ve etkili girişim yöntemleri olduğuna dair bulgular vardır.

Bu çalışmada, sadece çocuk ve ergenlerde anksiyete ve depresyon için bilişsel davranışçı tedavilerin etkinliği gözden geçirilmemiş aynı zamanda kullanılan yöntemlerin etkileri üzerinde de durulmuştur. **(Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2014; 3: 73-83)**

**Anahtar Sözcükler:** Duygudurum bozuklukları, depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları, çocuk, bilişsel davranış terapisi

## Abstract

### Cognitive Behavior Therapies (CBT) in Childhood and Adolescent Mood Disorders and Anxiety Disorders: A Review

In this study, it is aimed to review efficacy of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT) on childhood and adolescence in mood and anxiety disorders. Many researches have shown that cognitive behaviour therapy (CBT) can be effective in the treatment of depression and anxiety in children and adolescents. Child and adolescent depression and anxiety are frequent disorders which may have a recurring and chronic course. PsycINFO, Medline and the Turkish Psychiatric databases were searched, using the key words 'depressive disorder', 'anxiety disorders' 'cognitive behavioural treatment'. Then, the journals were examined which had been published in recent years.

Individual cognitive behavioral therapy (ICBT) and group cognitive behavioral therapy (GCBT) are the treatment options whose efficacies have been proven in the treatment of depression and anxiety in children and adolescents. Furthermore, some cognitive behavioral therapy-based programs such as "Coping Cat", "Coping Koala", "FRIENDS" and family anxiety management programs, have been used among depressive and anxious children and adolescents.

Currently, there are different treatment options like computer-assisted cognitive behavioral therapy, computer-based cognitive behavioral therapy and also, internet-based CBT. However, preliminary evidence suggests that computerised cognitive behaviour therapies (cCBT), are acceptable and effective interventions for children and adolescents.

In this study is to review not only the effectiveness of cognitive behaviour treatments of depression and anxiety in children and adolescents but also the techniques which have been used and their effects on the course and the treatments. **(Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2014; 3: 73-83)**

**Key words:** Mood disorders, depression, bipolar disorder, anxiety disorders, children, cognitive behavior therapy

## GİRİŞ

Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde oldukça sık görülen duygudurum ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde BDT uygulamalarının önemli bir yer tuttuğu ve etkili yöntemler olduğu belirtilmektedir (Ehrenreich-May ve Bilek 2012, Ellard ve ark. 2012, Kelly 2012, Kendall ve Khanna 2008, Oltmans ve Emery 2012, Stirling ve ark. 2006, Storch ve ark 2006, Weersing ve ark. 2012).

Aaron Beck'in 1950'li yıllardaki çalışmalarıyla başlayan; 1970'li yıllarda Beck ve Ellis'in adlarıyla anılan bilişsel davranışçı kuramın, 1980'li yıllarda etkisini oldukça artırarak psikoterapi alanında adeta bir bilişsel devrime dönüştüğü belirtilmektedir (Türkçapar ve Sargın 2011). Çocukluk ve ergenlik dönemlerindeki BDT uygulamalarının gelişiminde ise, Kendall'ın öncü rolü bilinmektedir (Kendall 1994). Ayrıca, çocuklarda/ergenlerde bilişsel-davranışçı grup terapisi (GrupBDT) de kullanılmaktadır (Rose 1998).

Yakın zamanda yapılan bir gözden geçirme çalışmasında, literatürde 269 meta-analiz çalışmasına rastlandığı; ancak, bunların birçoğunun, yetişkin örneklem üzerinde yapıldığı belirtilmektedir (Hofmann ve ark. 2012). Son yıllarda, çocuklarda/ergenlerde BDT uygulamalarının araştırılmasındaki artış dikkat çekicidir (Alloy ve ark. 2012, Basco ve ark. 2007, Lam ve ark. 2010, Duffy 2014, Hart ve ark. 2014, Miklowitz ve Otto 2006, Weersing ve ark. 2012).

Çocuklarda/ergenlerde, "Baş eden kedi" (Coping Cat) (Kendall ve Khanna, 2008), "Baş eden koala" (Coping Koala), "Arkadaşlar" ("FRIENDS") ve Aile Anksiyete Yönetimi (family anxiety management-FAM) (Barrett ve ark. 2002) gibi programlar geliştirilmiştir. Depresif çocuklar için, okul temelli önleme ve erken müdahale (school-based prevention and early intervention programs) programları kullanılmaktadır (Calear ve Christensen 2010).

Son yıllarda, bilgisayar ve/veya internet terapilerde kullanılmaya başlanmıştır. Bilgisayarlı-BDT (computerised cognitive behaviour therapy-cCBT) (Richardson ve ark. 2010), bilgisayar temelli-BDT (computer-based CBT), internet temelli-BDT (internet-based CBT) (March ve ark. 2008) ve bilgisayar destekli-BDT (computer-assisted cognitive behavioral therapy) (Khanna ve Kendall 2010) gibi uygulamalar dikkat çekmektedir.

Aşağıda duygudurum ve anksiyete bozuklukları için, bilişsel-davranışçı yöntemler ve son yıllardaki gelişmeler ele alınacaktır.

## Çocuk ve Ergenlerde Uygulanan BDT Yöntemleri

Terapist aktif ve direktiftir. Çocuğa tedavi girişiminin nedenini açıklar ve tedavi planını çocukla birlikte yapar. Terapist, çocuğa "model" olur. Ayrıca, ailenin ve öğretmenlerin hem değerlendirme hem de tedavi sürecine katılımı oldukça önemlidir. BDT'nin en temel öğelerinden birisi, "Sokratik diyalog"tur. Bu tekniğin amacı, terapötik tartışmadan farklıdır. Terapist, danışandan bilgi almaya ve edindiği bilgiyle, terapi sürecini düzenlemeye çalışır. Sorular, danışanın bakış açısını ve beklentilerini açığa çıkarmaya yani "birlikte keşfetmeye" yöneliktir. Terapistin rolü, sadece "öğreten" kişi değil; aynı zamanda, danışandan/çocuktan "öğrenen" bir biçimdedir (Bolten 2001, Overholser 1994).

Çocuk ve ergenlerde, anksiyete ve depresyon tedavisinde kullanılan birçok BDT yöntemi vardır (Brent ve Birmaher 2006, Gosch ve ark. 2006, Kendall 1997). Bunlardan bazıları aşağıda kısaca açıklanmaktadır.

Değerlendirme, çocuğun/ergenin depresif duygudurumunun ve/veya anksiyetesinin farkına varmasını amaçlar.

Kayıt tutma yöntemi, birçok durumda kullanılır; örneğin, olumsuz otomatik düşüncelerin, hergün yapılan etkinliklerin, hoş giden etkinliklerin veya anksiyete belirtilerinin kaydı (Rose 1998).

Bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerinden birisi, "iç konuşma" veya "kendine yönerge verme"dir. Amacı, olumsuz bilişleri değiştirmek için otomatik düşünceleri yansıtan "iç konuşma"nın değiştirilmesidir. Çocuğa/ergene, düşüncelerini değiştirerek duygu ve davranışlarını kontrol edebileceği öğretilir (Friedberg ve McClure 2002, Friedberg ve ark. 2010).

Çocuk/ergenin, yeni davranışsal yanıtlar öğrenmesine yardımcı olmak için farklı beceri eğitimleri kullanılır (Friedberg ve McClure 2002).

Sosyal beceri eğitiminde, kişilerarası ilişkilerde uygun iletişim yollarını geliştirmek için gereken sözel ve motor davranışlar öğretilir. Eğitime başlamadan önce, eksik olan sözel veya motor davranışlar belirlenir. Değerlendirmeden sonra, uygun teknikler seçilir. Çocuklarda genellikle, pratik yapma, model alma, rol canlandırma ve ev ödevlerini içeren teknikler kullanılır. Bu teknikler uygularken, terapist tarafından, çocuğa geribildirim verilmelidir (Friedberg ve ark. 2010).

Problem çözme eğitimi, çocuğun hem kendi bireysel problemlerini hem de kişilerarası ilişkilerinde yaşadığı problemleri çözmesini amaçlar. Öncelikle,

çocuğun olaylara nasıl yaklaştığı belirlenir. İkinci olarak, problem çözümü için adım adım bir yaklaşım izlemesi öğretilir. Bu amaçla, oyunlar, akademik aktiviteler ve hikayeler kullanılır. Terapist, genellikle aktif bir rol oynar. Daha sonra çocuğa, ev ödevleri ve kayıt tutma görevleri verilir. Seanslarda, çocuğun gerçek yaşamdaki deneyimleri incelenip geri bildirimler verilerek; davranış, pekiştirilmeye çalışılır (Friedberg ve McClure 2002).

Girişkenlik eğitimi, sosyal ortamlarda ve duygu ifadesinde zorlanılan durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Çocuğun/ergenin, duygularını doğrudan, dürüstçe ve uygun şekilde ifade etmesi amaçlanır. Bazen daha didaktik yöntemlerin; bazen de, rol canlandırma, model olma, oyunlar, akademik aktiviteler ve hikayeler gibi yöntemlerin kullanılması gerekebilir (Friedberg ve ark. 2010).

Gevşeme eğitiminde, duygudurum ve anksiyete semptomları yaşayan çocukların/ergenlerin, genellikle gerginlik yaşadıkları varsayımından hareket edilir. En sık kullanılanlarından birisi, nefes egzersizidir. Genellikle, gözler kapatılarak dikkatin solunum üzerine odaklanmasına çalışılır. Çocuktan, burnundan doğal bir biçimde nefes alması istenir. Nefes, göğüs kafesini değil diyaframı aşağıya doğru iterek karnı şişirmelidir. Nefesin, yavaş yavaş ve ağızından verilmesi istenir ve 1-2 saniyelik aralarla tekrarlanır (Gosch ve ark. 2006).

Sistemik duyarsızlaştırmada, anksiyeteyi arttıran durumlarla ilgili korku hiyerarşisi belirlenerek; bu uyarılarla, gerçek yaşamda (in vivo) veya hayali olarak (in vitro) çalışılır. Örneğin, fobik bozuklukta korku ortadan kalkana kadar koşullanmış olan uyarılarla (örn. köpek, yükseklik) derece derece karşılaştırılır. Gevşeme, model olma ve pekiştirme yöntemleri de eklenebilir (Friedberg ve McClure 2002).

Maruz bırakma teknikleri ise, otomatik ve pekiştirilmiş tepkileri kırmaya yarar. Terapi ortamında oldukça fazla pratik yapılmalıdır. Çocuk, kendisini hazır hissettiğinde, ev ödevleri verilerek gerçek yaşam uygulamasına geçilir (Gosch ve ark. 2006).

Psiko-eğitimde, düşünce, duygu ve davranışın ne anlama geldiğinin ve aralarındaki farkların çocuğa anlatılması amaçlanır. Çocuklara duyguların tanıtılması; hangi durumlarda ortaya çıktıklarının, duygulara eşlik eden bedensel belirtilerin ve işlevlerinin anlatılması önemlidir (Friedberg ve McClure 2002).

Ayrıca, olumlu davranışların artırılması amacıyla pekiştirme yöntemleri kullanılır: olumlu (ödül),

olumsuz (hoşa gitmeyen uyarının verilmemesi), koşullu (istenen davranışın yapılması koşulunda pekiştirme), ayırıcı (sorun davranışın olmaması/azalması veya karşıt bir olumlu davranışın sergilenmesi durumunda) pekiştirmeler ve söndürme (edimsel yanıtın sonra pekiştireç verilmeyerek davranış azaltılır) gibi (Rose 1998).

### Depresyonda Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Depresyonun bilişsel modelinde, umutsuzluk ve olumsuz otomatik düşünceleri içeren bir iskelet yapısı vardır. Beck (1976)'e göre, depresyonda olumsuz üçlü (otomatik düşünceler, sistematik hatalar ve işlevsel olmayan varsayımlar) üzerinde çalışılmalıdır. Depresyonda, ya hep ya hiç düşünme tarzı ve bilişsel önyargılar vardır (Padesky ve Greenberger 1995).

BDT'de, depresif duyguduruma yol açan bilişlerin belirlenmesi amaçlanır (Türkçapar 2008). Bu nedenle, çocukların gelişimsel olgunluk düzeyine göre, benmerkezcilikleri, bilişsel çarpıtmaları, genellemeleri belirlenmelidir. Depresif çocukların işlevsiz (dysfunctional) bilişleri, kendilerine yönelik yersiz ifadeleri ve inanışları vardır. Olumsuz olayları hep kendisi ilişkilendirirlerken, olumlarını dış etkenlere bağlarlar (Elliott ve Place 2006).

### Depresyon Tedavisinde Yöntemlerin Seçimi

BDT'de kullanılan birçok yöntem depresif çocuklar için uygundur (Coryell ve ark. 1990). Yöntemlerin seçimi için, çocuğun yaşı, bilişsel gelişim düzeyi, depresyonun şiddeti, çocuğun yetenekleri önemlidir. Tedaviye başlarken, intihar riski değerlendirilmeli ve güvenlik sağlanmalıdır. İkinci olarak, çocuğun bilişsel düzeyinin değerlendirilir. Ayrıca, en basit teknikler genellikle en iyileridir mantığıyla hareket edilir. Davranış değerlendirme teknikleri, sosyal etkileşimi arttırırken içe çekilmeyi azaltır. Her gün yapılanların, hoşa giden olayların kaydı ve sosyal yetenek eğitimi iyi başlangıç girişimleridir (Dubicka ve ark. 2010).

### Depresyonda Kullanılan BDT Yöntemleri

Temel amaç, depresyona yol açan bilişlerin değiştirilmesidir. Bilişsel çarpıtmalar, otomatik düşünceler ve temel inançların saptanması için düşünceler kaydedilir. Saptanan bilişsel çarpıtmalar daha rasyonel ve uyuma yönelik düşüncelerle değiştirilir. Tedavi hedefi gözlenebilir davranışlardır. Uzak nedenlerden çok, davranışın şimdi ve burada sürmesine yol açan yakın çevresel etkenler araştırılır (Elliott ve Place 2006).

Çocuğa başa çıkma ve problem çözme (alternatif çözüm düşünme, davranışların sonuçlarını öngörebilme) becerileri öğretilir. Depresif çocuk için, problem çözme ciddi bir güçlüktür. Depresyonda görülen karar verme güçlüğü ve umutsuzluk, problem çözmeyi zorlaştırır. Çocuğun yaşına ve bilişsel gelişim düzeyine uygun, problem çözme yöntemleri üzerinde çalışılmalıdır (Friedberg ve ark. 2010).

Kendini izleme (self-monitoring), çocuğun duygu ve düşüncelerini belirlemesi için gerekli bir yöntemdir. Depresif çocuk, duygu ve düşünceleri üzerinde çalışmakta çekingen ve utangaç davranabilir. Terapistin, daha aktif bir rol alarak çocuğu cesaretlendirmesi gerekebilir.

Varsayımların sınanması (hypothesis testing) ise, otomatik düşüncelerin analizinde kullanılır. Örneğin, “okulda herkes benden nefret ediyor” veya “sınavı geçemem” gibi otomatik düşünceler için çocuğun kanıtları sorulur. Bilişsel çarpıtmalar bulunur. Böylece, çocuğa gerçekler üzerinde çalışması ve sorunları çözmesi öğretilir (Coryell ve ark. 1990).

Depresif çocukların/ergenlerin birçoğunda, sosyal açıdan içe çekilme görülmektedir. Sosyalleşmelerinin arttırılması için girişkenlik ve sosyal beceri eğitimi kullanılır. Sosyal beceriler, uygun iletişim için gereken sözel ve motor davranışlardır. Depresif çocuklar için, sosyal becerilerin öğrenilmesi ve kullanılması önemlidir (Dubicka ve ark. 2010).

Girişkenlik eğitimi, sosyal ortamlarda ve duygu ifadesinde zorluklanan, depresif çocuklarda kullanılan bir yöntemdir.

Depresyonda görülen anhedoniye karşı, hoşya giden aktivitelerin listesinin yapılması gibi farklı kayıt yöntemleri kullanılır. Çocuk, depresyon öncesinde olduğu gibi eğlenceli aktiviteler bulamaz. Bu, hem anhedoni hem de sosyal içe çekilme için de iyi bir yöntemdir. Sosyal yetenek eğitimi de oldukça önemlidir. Arkadaş edinmede ve sosyal etkileşimlerde zorlanan depresif çocuklarla, sosyal yetenekler üzerinde çalışılması önemlidir (Coryell ve ark. 1990).

Derecelendirmede (continuum technique) ise, “hep” veya “hiç” şeklindeki düşüncelerle çalışılır. Örneğin, 12 yaşındaki bir kız, bir dersten 5 üzerinden 4 alarak kendisini çok başarısız hissettiğinde, gerçeklik analizi yapılarak, düşünceler üzerinde çalışılır. (Dubicka ve ark. 2010).

Sorumluluk pastası (responsibility pie), gerçeklik analizi yöntemlerinden birisidir. Örnek bir olay üzerinden etkili faktörlerin listesi yapılır. Örneğin, anne-

babanın boşanması için yapılan listede çocuk, babasının içki içmesini %40, kendisinin söz dinlememesini %15, okulda ceza almasını %20, kızkardeşiyle kavga etmesini %25 olarak derecelendirilmiştir (Friedberg ve McClure 2002).

9-13 yaşlar arasındaki depresif kızlar için geliştirilen “ACTION” adlı BDT programında, çocukların toplandıkları gözlem verileri, bilişsel yeniden yapılandırma için kullanılmıştır. Programa katılan çocuklar, öğretmenlerinin yardımıyla “kimse beni sevmiyor” veya “hiçbir şeyi iyi yapamıyorum” tarzındaki inançlarının ne kadar doğru ve gerçek olduğunu araştırmışlardır. Örneğin, “kimse beni sevmiyor” diye düşünen çocuklara, her türlü olumlu akran etkileşimine dikkat ederek; üçünü, her gün öğretmenlerine söyleme görevi verilmiştir. Çocuk ile öğretmeni, önceden belirledikleri bir saatte ve kimse fark etmeden konuşmak için anlaşmıştır. Öğretmenlerden, çocukların arkadaşlarıyla aralarında geçen her türlü etileşimi gözden kaçırmaması ve gerektiğinde çocuğa hatırlatması istenmiştir. Böylece, “sohbet etme”, “oyun oynama” gibi daha uzun süreli akran etkileşimlerinin yanı sıra, “gülümseme” veya “merhaba” deme gibi gözden kaçması daha kolay olan kısa süreli etkileşimleri fark etmeleri kolaylaşmıştır. Ayrıca öğretmenler, çocukların kendini gözleme ve arkadaşlarıyla etkileşim çabalarını pekiştirmeye çalışmıştır (Stark ve ark. 2006).

### **Bipolar bozuklukta Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım**

Bipolar bozukluk, psikososyal disfonksiyona yol açan ciddi bir psikopatolojidir. Hem akut epizodları hem de şiddet ve sıklığı azaltmaya yönelik tedavi hedefleri vardır (Berkem 2007).

Çocukluk/ergenlik döneminde görülen bipolar bozuklukta, yükselmiş duygu durum, uyku ihtiyacında azalma, düşüncelerde hızlanma gibi belirgin semptomlara karşı, farmakolojik tedaviye ek olarak BDT önerilmektedir (Basco ve ark. 2007)

Bipolar bozukluğun depresif epizodunda, daha önce depresif bozukluk için bahsedilen yöntemler uygulanırken, manik epizodda ise, özellikle duygu düzenlenmesi ve kişinin kendi üzerindeki kontrolü üzerinde çalışılmasının önemlidir (Duffy, 2014). Depresyon ve anksiyete bozukluklarına oranla, bipolar bozukluğu olan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışma sayısı daha az olduğu; ancak, son yıllarda, terapi çalışmalarına yönelik giderek artan bir ilgi olduğu belirtilmektedir (Duffy ve ark. 2014, Hart ve ark. 2014).



## Anksiyete Bozukluklarında Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Anksiyete bozuklukları, anksiyete ve kaçınma davranışları ile kendini gösteren bir bozukluk grubudur. Çocuklarda/ergenlerde, fobik, panik, ayrılma anksiyetesi, yaygın anksiyete ve obsesif-kompulsif bozukluklar üzerinde daha fazla çalışılmaktadır (Kramer ve ark. 2010).

Zarar ve tehditleri tanıma ve onlardan kaçınma tepkisi çocuğun davranış repertuarının gerekli bir parçasıdır. Çocukluk dönemi boyunca, korkuların ve anksiyetenin yaygın ve geçici olabileceği kabul edilmekle birlikte; bu dönemdeki, daha aşırı ve ısrarlı, gelişimsel zamanlamayı aşan ve çocuğun yaşamını etkileyen anksiyete ve fobik tepkiler döneme özgü olarak kabul edilmez. Bu nedenle, değerlendirme ve tedavi gerektirirler (Oltmans ve Emery 2012).

Bilişsel modele göre, anksiyöz çocukta, 5 fonksiyon alanında değişiklikler görülür, bunlar; fizyolojik, duygusal, davranışsal, bilişsel ve kişilerarası alanlardır. BDT’de tüm bu alanlarda, müdahale yöntemleri kullanılmaktadır. Çocuğun korkularının değerlendirilmesinde, üç ana tepki sistemi araştırılmalıdır; bunlar, subjektif duygu ve düşünceler (bilişsel alan), davranışsal kaçınma (davranışçı alan) ve otonomik aktivite (fizyolojik alan) alanlarıdır. Böylece, tedavi planını kolaylaştırır ve tedavi etkinliğini artırır (Friedberg ve McClure 2002).

Bilişsel girişimler, anksiyetenin, olumsuz duygusal durumlar, gerçekçi olmayan beklentiler, yanlış algılamalar, yanlış inançlar, mantık dışı değerlendirmeler, uygun olmayan atıflar gibi işlevsel olmayan bilişler tarafından uyarıldığı varsayımına dayanır. İşlevsel olmayan bilişler, uyumsuz davranışı ortaya çıkabilir veya daha uyumlu bir davranışın ortaya çıkmasını önleyebilir (Cartwright-Hatton ve ark. 2004).

## Anksiyete Bozukluklarında BDT Teknikleri

Bilişsel modelde, anksiyöz tepkilere yol açan bilişlerin değiştirilmesi amaçlanır. Bu amaçla, bilişsel çarpıtmalar daha rasyonel ve uyuma yönelik düşüncelerle değiştirilir. Anksiyeteye neden olan bilişsel çarpıtmalar, otomatik düşünceler ve temel inançların saptanması için, düşünce ve davranış kaydı kullanılır (Kendall ve Hedtke 2006).

Anksiyetenin uyarımı, endokrin, kardiyovasküler ve kas-iskelet sistemlerinde, fizyolojik aktiviteyi artırır. Kalp atışında, kas gerginliğinde, deri ısısında artma olur. Bu nedenle, kullanılan en önemli yöntemlerden

birisi, gevşeme eğitimidir. Bu yöntemde, gevşeme teklendiğinde, beyin, savaş veya kaç aktivasyonunun etkisini ortadan kaldırarak nörokimyasalların salgılanmasına izin verir. Ayrıca, nefes egzersizlerinin eklenmesi önerilmektedir (Gosch ve ark. 2006).

Psikoeğitim yöntemde, çocuğa, düşünce, duygu ve davranışın ne anlama geldiği; ayrıca, bunların arasındaki farklar anlatılır. Anksiyetenin hangi durumlarda ortaya çıktığı; bu durumlara eşlik eden bedensel belirtiler ve davranışların çocuğa anlatılması da oldukça önemlidir. Ayrıca, olumlu davranışın arttırılması amacıyla pekiştirme yöntemleri kullanılır (Hallion ve Ruscio 2011).

Anksiyete bozukluklarında sıkça görülen kaçınma davranışına yönelik olarak ise, model olma tekniği kullanılabilir. Gerçek yaşamda olabileceği gibi, sembolik olarak da gerçekleştirilebilir. Diğer yöntem ise, “sistemik duyursuzlaştırma”dır. Bu yöntemde, önce anksiyeteyi arttıran durumlarla ilgili korku hiyerarşisi belirlenir. Daha sonra, bu uyarılarla gerçek yaşamda (in vivo) veya hayali olarak (in vitro) çalışılmaya geçilir. Örneğin, fobik bozuklukta, korku ortadan kalkana kadar çocuk, koşullanmış olduğu uyarılarla (örn. köpek, yükseklik) derece derece karşılaştırılır. Bu yöntemde, gevşeme ve model olma ve pekiştirme yöntemleri de eklenebilir (MacLeod ve Mathews 2012).

## Çocuk/Ergenlerdeki Anksiyete Bozukluklarına Yönelik Geliştirilen BDT Programları

Anksiyete bozukluğu olan çocuklara/ergenlere yönelik olarak geliştirilen, birçok BDT programı vardır. Bu gözden geçirme çalışmasında, bu programlar arasında üzerinde en çok çalışılan belli başlı birkaç tanesine yer verilmiştir. Bunlardan birisi, Kendall tarafından geliştirilen, “Baş Eden Kedi” (Coping Cat) programıdır. Bu yaklaşım, dört temel bileşen içermektedir. İlki, anksiyetenin bilişsel, emosyonel ve somatik belirtilerinin tanınmasıdır. İkincisi, bilişsel çarpıtmaların tanınmasıdır. Üçüncüsü, anksiyeteyi uyarıcı durumlarla başa çıkmak için plan geliştirilmesidir. Dördüncü ise, anksiyeteyi uyarabilecek durumlarda, bireyin kendi performansını nasıl değerlendireceğinin ve istenen başarı gerçekleştiğinde kendisini nasıl ödüllendirebileceğinin öğretilmesidir. Bu yaklaşımda, “korkmuş kediden”, “baş eden kedi”ye geçiş hedeflenmektedir. “Baş eden kedi” seanslarında hedeflenenler şu şekilde özetlenebilir: ilk seansta, ilişkiyi başlatma, anksiyeteyi uyarıcı durumlarla ve çocuğun tepkileriyle ilgili bilgi toplanması amaçlanır. Daha sonraki seanslarda ise, çocuğun duygularını fark etmeyi öğrenmesi, ank-

siyeyi uyaran durumlar ve tepkilere dair bir hiyerarşi geliştirilmesi, gevşeme eğitiminin öğretilmesi, çocuğun kendi içe dönük konuşmasını tanıması ve içe dönük konuşmasını azaltması, başa çıkma yöntemlerinin öğrenilmesi, başa çıkma davranışlarının değerlendirilmesi ve çocuğa kendi kendini ödüllendirmesini öğretme, kavramların ve becerilerin gözden geçirilmesi, artan ankiyete düzeyinin hayalde ve gerçek durumlarda üstüne gitme; anksiyeteyi tanımayı, kendi kendine başa çıkmayı ve başarıyı değerlendirmeyi deneme, öğrenilenlerin çok stresli durumlarda uygulaması, terapi deneyiminin ve becerilerin gözden geçirilmesi ve bunları sonraki anksiyete durumlarında nasıl uygulayabileceğinin düşünülmesi (Kendall ve Khanna 2008). Ayrıca, yeniden yapılandırma tekniklerinden birisi olan, “iç konuşmayı değiştirme”nin, başarılı sonuçları olduğu bildirilmektedir (Flannery-Schroeder ve Kendall 2000).

Diğer yöntemlerden bazıları ise, “baş eden kedi” tedavi modelinin geliştirilmesiyle oluşturulan, “baş eden koala” ve “Aile Anksiyete Yönetimi” (AAY) (family anxiety management) (FAM) programlarıdır. Ayrıca, BDT’ye, FAM programının eklenmesinin yararlı olduğu bildirilmektedir (Barrett ve ark, 2002). Aile Anksiyete Yönetimi’nin üç bileşeni vardır; ilki, ebeveynlerin cesaretinin pekiştirilmesi için edimsel yöntemlerin ve anksiyöz davranışların görmezden gelinmesinin öğretilmesidir. İkincisi, ebeveynlere yönelik olarak, kendi anksiyetelerini yönetmelerinin; ayrıca, çocuklarına da anksiyeteleri ile başa çıkmaları konusunda olumlu model oluşturmalarının öğretilmesidir. Üçüncüsü ise, ebeveynlere yönelik olarak iletişim ve problem çözme eğitiminin verilmesidir (Kendall ve Hedke 2006).

Barrett ve ark. (2002) tarafından, “baş eden kedi/koala” programları temel alınarak “Arkadaşlar” (“FRIENDS”) programı geliştirilmiştir. Bu programın içeriğinde, psikoeğitim, emosyonel kabul ve yönetim, zararlı düşüncelerin tanınması, yararlı düşüncelerin geliştirilmesi, problem çözme ve uygulama yer almaktadır.

Sorias ve ark. (2009) tarafından ülkemizde yapılan bir çalışma ile “Korku Avcısı” adlı bireysel, bilişsel-davranışçı terapi programına yönelik bir rehber kitap ve bir çalışma kitabı hazırlanmıştır. Bu program, 8-14 yaş arasındaki çocuklarda anksiyete bozukluklarının tedavisine yönelik olarak, 13 çocuk seansı ile 3 ebeveyn görüşmesini kapsamaktadır. Rehber kitap, uygulayıcılar için hazırlanmıştır ve terapi boyunca takip edilen çalışma kitabı ile birlikte kullanılmaktadır.

## **Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisi (BDGT)**

Çocuklarda/ergenlerde görülen anksiyete bozukluklarında, bilişsel davranışçı grup terapisinin (BDGT)’de, etkili bir yöntem olduğu bildirilmektedir (Ehrenreich-May ve Bilek 2012, Rose 1998, Birmaher ve Brent 2007, Öngider 2012).

Bunlardan birisi, bilişsel-davranışçı etkileşimsel grup terapisi (BDEGT). İki yönüyle diğer BDT’lerden farklıdır. İlk farkı, terapi sırasında model alma ve edimsel yöntemler (operant strategies) daha fazla kullanılmaktadır. Diğeri ise, grup üyeleri arasındaki etkileşimin terapiye daha yoğun katılmasıdır (Rose 1998).

BDEGT gibi rehber kitaplı terapi programlarında, terapistin izleyeceği bütün prosedürler ayrıntılı olarak belirtilmiştir. Ancak, yeterli terapi eğitimi ve süpervizyonu olmayan psikologlar, bu tip programları rahatlıkla kullanabilecekleri yanılgısına düşebilmektedirler. BDT programları uygulanırken, son derece dikkatli olunmalıdır. Bunun nedeni, programda yazılanların harfiyen uygulanmaya çalışılması sırasında, çocuğun bilişsel ve duygusal düzeyinin; ihtiyaçlarının ve bakış açısının göz ardı edilmesi durumunda, programın etkili olmayacağıdır. Hatta daha da kötüsü, çocuğa zarar verme riskidir (Ehrenreich-May ve Bilek 2012).

Bu konuda ülkemizde yapılan bir çalışmada, bilişsel davranışçı grup terapisinin anksiyete bozukluğu tanısı almış çocuklar üzerindeki etkinliğinin incelenmesi amaçlanarak; terapisi öncesi ve sonrasında, terapinin, hem çocukların hem de anne ve babalarının, anksiyete düzeyleri üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Bu çalışmada, anksiyete bozukluğu tanısı almış 11-13 yaş arasındaki 6 çocuğun anksiyete düzeyleri terapi öncesi ve sonrasında değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda, anksiyete bozukluğu tanısı almış çocukların, Grup BDT sonrasında durumluk ve süreklilik kaygı düzeylerinin, terapi öncesine göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Öngider 2012).

## **Grup BDT Seansları**

Grup BDT seansları, genellikle, haftada bir gün yapılır. Terapinin süresi, genellikle, 1,5 saattir. Farklı gruplarda, farklı seans sayıları olmakla birlikte; genellikle, 10-12 hafta uygundur. Toplam 1,5 saat süren seansların, yaklaşık 70 dakikasında çalışılır. Seansın kalan son 20 dakikasında ise, grup oyunu ve yeme-içme etkinliğine ayrılır. İlk grup seansında, üyelerin

tanışması ile başlanır. Tanışmada, üyelerin hem birbirini tanıması hem de gruba ısınması amaçlanır. Sonraki seanslarda, çocukların yaşadıkları semptomlar ve/veya sorunlarla ilgili olarak çalışılır. Bu çalışmalar sırasında, problem çözme teknikleri, gevşeme egzersizleri, davranışçı ödevler, ödül-ceza gibi pek çok yöntemden faydalanılır (Rose 1998).

Grup BDT'nin en önemli yararlarından birisi, model almanın, grup sürecinde çok daha rahat olarak çalışılabilmesidir. Temel varsayımı, gözlem yoluyla yeni davranışların öğrenebileceğine, zaten öğrenilmiş fakat baskılanan davranışların ortaya çıkabileceğine ve nadir görünen istenlik davranışların sıklığının artabileceğine dayanmaktadır. Seans esnasında, terapist ve grubun diğer üyeleri, beceri eksikliği olan üyeye, o becerinin öğrenilmesi için uygun bir model sunarlar (Birmaher ve Brent 2007).

### **Çocuklarda/Ergenlerde Depresyon ve Anksiyeteye Yönelik Uygulanan Bilişsel Davranışçı Tedavi Çalışmalarının Gözden Geçirilmesi**

Çocuklarda/ergenlerde, depresyon ve anksiyete bozukluklarında yapılan çalışmalar, uygulanan tedavi yöntemleri, tedavinin uygulanış biçimi, örneklem özellikleri, uygulama ortamı, hedef alınan davranış değişikliği, gibi pek çok değişkene göre çeşitlilikler göstermektedir (Axelson ve Birmaher 2001, Hofmann ve ark. 2010, Spence 1998, Spence ve ark. 2006, Chorpita ve ark. 2004).

BDT ile ilgili literatür incelendiğinde, BDT'nin anksiyete bozukluklarında etkili bir yöntem olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Kelly ve ark. 2012, Hallion ve Ruscio 2011, MacLeod ve Mathews 2012, March ve ark. 2008, Weersing ve ark. 2012).

Ergenlerde görülen dirençli depresyonun tedavisinde, BDT ve ilaç tedavisinin birlikte uygulanmasının tedavi sonuçları açısından etkili olduğu; özellikle de, BDT seanslarının sayısının sonuçlar üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. 9-12 seans arasında yapılan BDT'nin, 9 seansın altında yapılan BDT'den, daha etkili sonuçları olduğu bildirilmiştir (Kennard ve ark. 2009).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, incelenen 21 çalışmada, BDT'nin, %39-80 arasında anksiyete semptomlarını azalttığı bulunmuştur (Cartwright-Hatton ve ark. 2004). Son yıllarda yapılan diğer bir meta-analiz çalışmasında ise, anksiyete bozukluğu olan çocuklara uygulanan BDT etkinliğini araştıran 22 araştırma incelenmiştir. İncelenen tüm bu araş-

tırmaların sonuçlarına göre, çocuklarda anksiyete bozukluklarının tedavisinde BDT'nin, plasebo etkisinden anlamlı derecede daha iyi olduğu bulunarak; BDT'nin, çocuklarda anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkili bir yöntem olduğu vurgulanmıştır (Brent ve Birmaher 2006). Diğer bir meta-analiz çalışmasında, depresyon tanısı almış ergenlerde BDT ve anti-depresan kombine tedavisi kullanılarak yapılan çalışmalar incelenmiştir. Sonuçta, yetişkinlik döneminde yapılan çalışmalarda olduğu gibi, ergenlik döneminde de, kombine tedavinin etkinliği bildirilmiştir (Dubicka ve ark. 2010).

Depresif çocuklar için geliştirilen BDT uygulamalarından birisi, okul temelli önleme ve erken müdahale (school-based prevention and early intervention programs) programlarıdır (Calear ve ark. 2010).

Son yıllarda yayınlanan bir kitapta, çocuklarda/ergenlerde depresyon tedavisinde kullanılacak BDT müdahaleleriyle ilgili pratik bilgilere yer verilmektedir (Verduyn ve ark. 2009).

Bir çalışmada, anksiyete bozukluğu olan ergenlerde kullanılan, bireysel BDT (individual cognitive-behavioral, ICBT), aile-temelli BDT (family-based cognitive-behavioral, FCBT), aile-temelli destek ve dikkat (family-based education, support and attention) (FESA) yöntemleri karşılaştırılmıştır. Sonuçta, hem bireysel hem de aile-temelli BDT'nin, semptomların azaltılması ve okul başarısının artmasında etkili olduğu bulunmuştur (Suveg ve ark. 2009).

Çocuklarda depresyon ve anksiyete semptomlarının birlikte ele alındığı BDT çalışmaları, son yıllarda artış göstermiştir (Ehrenreich-May ve Bilek 2012, Kelly 2012, Weersing ve ark. 2012). Anksiyete ile depresyonun birbirlerine ektanı olduğu bazı çalışmalarda, tedavi sonuçları açısından anksiyetenin tek tanı olduğu duruma göre, anlamlı bir farklılaşma saptanmazken (Silverman ve ark. 1999); bazı çalışmalarda ise, ektanınin tedavi sonuçlarını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Berman ve ark. 2000).

Son yıllarda, çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde, BDT'nin bilgisayar veya internet temelli kullanımları dikkat çekmektedir. Bunlardan bazıları, bilgisayarlı BDT (computerised cognitive behaviour therapy-cCBT) (Richardson ve ark. 2010), bilgisayar temelli BDT (computer-based CBT), internet temelli BDT (internet-based CBT) (March ve ark. 2008) ve bilgisayar destekli BDT (computer-assisted cognitive behavioral therapy) (Khanna ve Kendall 2010) gibidir. Bu tip uygulamaların, birçok açıdan daha ekonomik

olduğu belirtilmektedir. Nedenlerinden birisi, terapist ile daha az zaman geçirmedir. Ayrıca, BDT eğitimi almamış ve okullarda çalışan psikologların veya psikolojik danışmanların bile, bu tedaviyi uygulayabildiğinden bahsedilmektedir (Axelson ve ark. 2001, Birmaher ve ark. 2007).

Bilgisayar destekli BDT için, farklı programlar dikkat çekmektedir. Bunlardan birisi, 12 seanslık, çocuklarda anksiyeteye müdahale için kullanılan bilgisayar destekli (Camp Cope-A-Lot) bir programdır (Kendall ve Khanna 2008). Bilgisayar temelli BDT (computer-based CCAL) uygulamalarının da, çocuklarda/ergenlerde, anksiyete düzeyini düşürmekte etkili olduğu belirtilmektedir (Khanna ve Kendall 2010). Bilgisayarlı (computerised cognitive behaviour therapy, cCBT) BDT kullanılan 10 araştırma, bir gözden geçirme çalışması ile incelenmiş; sonuçta, bilgisayarlı BDT'nin, 18 yaş altındaki çocuklarda/ergenlerde, depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu bulunmuştur (Richardson ve ark. 2010).

Ayrıca, internet temelli (Internet-based CBT) BDT, çeşitli avantajları olan yeni bir tedavi seçeneği olarak son yıllarda ortaya çıkmıştır. Terapistle, telefon veya e-posta aracılığıyla çok az düzeyde iletişim kurulmaktadır. Bu nedenle, ekonomik bir yöntem olduğu belirtilmektedir. İnternet temelli (Internet-based CBT), anksiyöz çocuklar ve ebeveynleri üzerinde yürütülen bu çalışmada, çocukların sadece %33'ünün, ebeveynlerin ise %60'nının tüm seansları tamamlamıştır. Ancak, tedavi sonuçlarının, diğer terapilerle benzer olduğu da bildirilmiştir (March ve ark. 2008).

Bireysel BDT uygulamalarının yanı sıra, Grup BDT'nin, etkisini gösteren birçok araştırma bulgusu vardır (Ehrenreich-May ve Bilek 2012, Birmaher ve Brent 2007, Blacker ve ark. 2012, Rossello' ve ark. 2008, Thompson ve ark. 2011, Seligman ve Ollendick 2011).

Depresif ergenler üzerinde, Puerto Rica'da yapılan bir çalışmada, bireysel BDT (CBT-I), grup BDT(CBT-G), kişilerarası-bireysel terapi (IPT-I), kişilerarası-grup terapi (IPT-G) olmak üzere 4 ayrı yöntemin etkinliği karşılaştırılmıştır. Terapi öncesi ve sonrasında depresyon düzeyinin değerlendirilmesi için; çocuklar için depresyon ölçeği (CDI), çocuk ve gençlerde davranış değerlendirme ölçeğinin ergen ve ebeveyn formları (Child Behavior Checklist, Adolescent and Parent version, CBCL-A, CBCL-P) ile çocuklarda tanı amaçlı görüşme formu (Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC-2.1) kullanılmıştır. Sonuçta, hem bireysel hem de grup BDT'nin

depresyon düzeyini azaltmada, kişilerarası-bireysel ve kişilerarası-grup terapilerine göre daha etkili olduğu bulunmuş. Ancak, bireysel ve grup BDT arasında anlamlı bir fark olmadığı; her ikisinin de etkili yöntemler olduğu bulunmuştur (Rossello' ve ark. 2008).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, anksiyete tanısı almış çocuklar, Grup BDT öncesi ve sonrasında incelenerek; grup BDT'nin, etkili bir tedavi yöntemi olduğu bulunmuştur (Öngider 2012).

Bir gözden geçirme çalışmasında, BDT'nin ve kişilerarası terapinin (KAT) etkinliğini gösteren pek çok araştırma olduğu bildirilmektedir (Tutkunkardaş ve Kılınçaslan 2011).

### **Çocuklarda/Ergenlerde Görülen Bipolar Bozuklukta BDT Çalışmalarının Gözden Geçirilmesi**

Literatürde, çocuklara/ergenlere yönelik BDT uygulamalarının, depresyon ve anksiyete bozukluklarında kullanımına ait birçok çalışmaya rastlanırken; bipolar bozukluk için, daha az çalışma olduğu görülmektedir. Son yıllarda, çocuklarda/ergenlerde bipolar bozukluk tanısı ve tedavisi konusuna giderek artan bir ilgi olduğundan bahsedilmektedir (Duffy 2014, Hart ve ark. 2014). Çocuklarda/ergenlerde, bipolar bozukluk tedavisinde, BDT uygulamalarına yer verilmektedir. Özellikle, davranışçı yöntemlerin, duygu düzenlenmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (Basco ve ark. 2007, Duffy 2014, Hart ve ark. 2014, Miklowitz ve Otto 2006). Ayrıca, çocuklarda/ergenlerde bipolar bozukluk tedavisinde, BDT ile farmakoterapinin birlikte kullanıldığı çalışmalarda etkinliğin arttığı vurgulanmaktadır (Basco ve ark. 2007).

Son yıllarda yayınlanan bir kitapta, bipolar bozuklukta motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılmasının ve BDT'nin etkili olduğu belirtilmektedir (Macneil ve ark. 2009).

Yeni bir yaklaşım olan, çocuk ve aile odaklı BDT (child- and family-focused cognitive-behavioral therapy (CFF-CBT), gelişime duyarlı psikososyal müdahaleler içerir. Yaş ortalamaları 11.3 olan, 34 bipolar bozukluk tanısı almış çocuk, aile ve çocuk odaklı BDT uygulanarak, terapi öncesi ve sonrasında değerlendirilmiş ve etkili bir yöntem olduğu bildirilmiştir (Pavuluri ve ark. 2004).

Bipolar bozukluğun başladığı "riskli yaşlar" olarak belirtilen 14-19 yaş arası ergenlerde kullanılan, "Davranışsal Yaklaşım Sistemi" (Behavioral Approach System (BAS) ile değerlendirme yapılmasının önemi üzerinde durulmaktadır. BAS ile değerlendir-



rilerek, bipolar spektrum için erken müdahalelerin yapılmasının etkili sonuçları olduğu bildirilmektedir (Alloy ve ark. 2012).

Ayrıca, bipolar bozukluk için riskli çocuk/ergen grupları üzerinde çalışmalar yapılmaktadır. Ailesinde en az bir tane bipolar bozukluk tanısı almış kişi olan, 229 çocuk ile 86 kişilik kontrol grubu, 16 yıllık bir çalışma ile karşılaştırılmıştır. Yüksek risk grubunda yer aldığı belirtilen çocuklarda, kontrol grubuna göre, daha fazla bipolar bozukluk, depresyon, anksiyete bozuklukları ve madde kullanımı saptanmıştır (Duffy ve ark. 2014).

## SONUÇ

Sonuç olarak, literatürde, BDT'nin çeşitli uygulamalarının çocuk ve ergenlerde görülen duygudurum ve anksiyete bozukluklarında etkili tedavi yöntemleri olduğunu gösteren birçok araştırma bulgusu vardır. Çocuklarda, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde bireysel BDT ve grupBDT uygulamaları kullanılmakta ve etkili yöntemler olduğu bildirilmektedir.

Son yıllarda, çocuklara/ergenlere yönelik, bilgisayar ve internet destekli BDT uygulamaları dikkat çekmekte ve etkili tedavi seçenekleri olduğu belirtilmektedir.

Ülkemizde, boşanmış kadınlara yönelik bir BDT pilot uygulaması yapılmış ve ilginç sonuçlara ulaşılmıştır. Boşanmış ve çocuğu olan annelerin anksiyete ve yalnızlık düzeylerinin, çocuğu olmayanlara göre, daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, çocukların anksiyete düzeylerinin artmasında annelerin anksiyete düzeylerinin önemli olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Aynı çalışmada, boşanma sonrasında annelere uygulanan BDT'nin, annelerin anksiyete düzeyini düşürmede etkili olduğu da bulunmuştur (Öngider 2013). Ayrıca, boşanmanın hem anne hem de çocuğun anksiyete düzeyini arttıran bir faktör olduğu da bilinmektedir (Öngider 2011).

Sonuç olarak, çocuklara yönelik yapılan BDT uygulamalarına, annelere yapılacak bilişsel davranışçı müdahalelerin eklenmesi; hatta, hem anne hem de babalara yönelik müdahaleler ile desteklenmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Alloy LB, Bender RE, Whitehouse WG ve ark. (2012) High Behavioral Approach System (BAS) sensitivity, reward responsiveness, and goal-striving predict first onset of

- bipolar spectrum disorders: A prospective behavioral high-risk design. *J Abnormal Psychology*, 121: 339-51.
- Axelson DA, Birmaher B (2001) Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depress Anxiety*, 14: 67-78.
- Barrett P, Shortt A, Healy L (2002) Do parent and child behaviors differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43: 597-607.
- Basco MR, Ladd G, Myers DS ve ark. (2007) Combining Medication Treatment and Cognitive-Behavior Therapy for Bipolar Disorder *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21: 7-15.
- Beck AT (1976) *Cognitive Therapy for Emotional Disorders*. Penguin, New York.
- Berman SL, Weems CF, Silverman WK (2000) Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behav Ther*, 31: 713-31.
- Berkem M (2007) İki uçlu bozukluk. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları. Editors: Soykan-Aysev A, Işık-Taner Y. *Asimetri Paralel*, İstanbul, s. 373-82.
- Birmaher B, Brent D (2007) AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46: 1503-26.
- Blacker KJ, Herbert JD, Forman EM ve ark. (2012) Acceptance-Versus Change-Based Pain Management: The Role of Psychological Acceptance. *Behav Modif* 36: 37-48.
- Bolten H (2001) Reason in practice. *Journal of Philosophy of Management*, 3: 21-34.
- Brent D, Birmaher B (2006) Treatment-resistant depression in adolescents: recognition and management. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 15: 1015-34.
- Calear AL, Christensen H (2010) Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *J Adolescence*, 33: 429-38.
- Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P (2004) Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43: 421-36.
- Chorpita BF, Taylor AA, Francis SE ve ark. (2004) Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behav Ther*, 35: 263-87.
- Coryell W, Endicott J, Keller M (1990) Outcome of patients with chronic affective disorder: a five year follow up. *Am J Psychiatry*, 147: 1627-33.
- Dubicka B, Elvins R, Roberts C (2010) Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 197: 433-40.
- Duffy A (2014) Interventions for Youth at Risk of Bipolar Disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, online published January 2014 doi: 10.1007/s40501-013-006-x.
- Duffy A, Horrocks J, Doucette S, Keown-Stoneman C, McCloskey S& Grof P (2014) The developmental trajectory of bipolar disorder. *BJ Psych*, 204: 122-8.
- Ehrenreich-May J, Bilek EL (2012) The Development of a Transdiagnostic, Cognitive Behavioral Group Intervention for Childhood Anxiety Disorders and Co-Occurring

- Depression Symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19: 41-5.
- Ellard KK, Deckersbach T, Sylvia LG ve ark. (2012) Transdiagnostic Treatment of Bipolar Disorder and Comorbid Anxiety With the Unified Protocol: A Clinical Replication Series. *Behav Modif*, 36: 482-508.
- Elliott J, Place M (2006) *Children in Difficulty*. Second Ed. Routledge Falmet, New York.
- Flannery-Schroeder E, Kendall PC (2000) Group and individual cognitive behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research*, 24: 251-78.
- Friedberg RD, McClure JM (2002) *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescent*. Guilford Pres, New York.
- Friedberg RD, McClure JM, Garcia JH (2010) *Cognitive Therapy Techniques for Children and Adolescents: Tools for Enhancing Practice*.
- Gosch EA, Flannery-Schroeder E, Mauro CF ve ark. (2006) Principles of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children. *J Cognit Psychother*, 20: 247-62.
- Hallion LS, Ruscio AM (2011) A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression. *Psychological Bulletin*, 137: 940-58.
- Hart SR, Brock SE, Jeltova I (2014) *Treatment of Bipolar Disorder in Children and Adolescents. Identifying, Assessing, and Treating Bipolar Disorder at School Developmental Psychopathology at School*. Springer, New York, s. 115-38.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ ve ark. (2012) The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36 (5): 427-40.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA ve ark. (2010) The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78: 169-83.
- Kelly A, O'Neil MA, Kendall PC (2012) Role of Comorbid Depression and Co-occurring Depressive Symptoms in Outcomes for Anxiety-Disordered Youth Treated with Cognitive-Behavioral Therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, 34: 197-209.
- Kendall PC (1994) Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62: 100-10.
- Kendall PC, Flannery-Schroeder E, Panichelli-Mindel SM ve ark. (1997) Therapy for youth with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 65: 366-80.
- Kendall PC, Hedtke MA (2006) *The Coping Cat Workbook* (2nd ed.) Ardmore PA: Workbook Publishing.
- Kendall PC, Khanna MS (2008) *Camp Cope-A-Lot: The Coping Cat [DVD]*. Ardmore, PA: Workbook.
- Kendall, PC, Hedtke, K (2006) *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Children: Therapist Manual* (3rd ed.). Ardmore, PA: Workbook. Yayın 11.01.2014 tarihinde <http://workbookpublishing.com> adresinden indirildi.
- Kennard BD, Clarke GN, Weersing VR ve ark. (2009) Effective components of TORDIA cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: preliminary findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77: 1033-41.
- Khanna MS, Kendall PC (2010) Computer-Assisted Cognitive Behavioral Therapy for Child Anxiety: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78: 737-45.
- Kramer GP, Bernstein DA, Phares V (2010) *Introduction to Clinical Psychology*. Seventh Edition. Pearson, New Jersey, s. 358-95.
- Lam DH, Jones SH, Hayward P (2010). *Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, methods and practice*. John Wiley & Sons.
- MacLeod C, Mathews A (2012) *Cognitive Bias Modification Approaches to Anxiety*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8: 189-217.
- Macneil CA, Hasty MK, Berk M & Scott J (2009) *Bipolar Disorder in Young People. A Psychological Intervention Manual*. Cambridge University Press. ISBN: 9780521719360.
- March S, Spence, SH, Donovan CL (2008) The efficacy of an Internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, 34: 474-87.
- Miklowitz DJ, Otto MW (2006) *New Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder: A Review of Literature and Introduction of the Systematic Treatment Enhancement Program*.
- J Cognit Psychother: An International Quarterly*, 20: 215-30.
- Oltmans TF, Emery RE (2012) *Abnormal Psychology*. 7th. Ed. Pearson, New Jersey, s. 419-48.
- Overholser JC (1994) Elements of the Socratic method, Part 3: Universal definitions. *Psychotherapy*, 31: 286-93.
- Öngider N (2011) Anksiyete düzeyleri açısından boşanmış ve evli anneler ile çocuklarının incelenmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 48(1): 66-70.
- Öngider N (2012) Anksiyete Tanısı Almış Çocukların Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Öncesi ve Sonrasında İncelenmesi, 17.Ulusal Psikoloji Kongresi, 25-28 Nisan 2012, İstanbul.
- Öngider N (2013) Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'nin Boşanma Sonrasında Kadınların Depresyon, Anksiyete ve Yalnızlık Semptomlarında Etkinliği: Bir Pilot Çalışma. *JCBPR*, 2: 147-55.
- Padesky CA, Greenberger D (1995) *Clinician's Guide to Mind Over Mood*. Guilford Press, New York.
- Pavuluri MN, Graczyk PA, Henry DB ve ark. (2004) Child-and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Development and Preliminary Results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43: 528-37.
- Richardson T, Stallard P, Velleman S (2010) Computerised Cognitive Behavioural Therapy for the Prevention and Treatment of Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13: 275-90.
- Rose SD (1998) *Group Therapy with Troubled Youth: A Cognitive Behavioral Interactive Approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Rossello J, Bernal G, Rivera-Medina C (2008) Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14: 234-45.

- Seligman LD, Ollendick TH (2011) Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 20: 217-38.
- Silverman WK, Kurtines WM, Ginsburg GS ve ark. (1999) Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 67: 675-87.
- Sorias O, Bildik T, Tekinsav-Sütücü S ve ark. (2009) Korku Avcısı. Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuklar için Bilişsel Davranışçı Terapi Rehberi. Ege Üni. Yayınları, İzmir.
- Spence SH (1998) A measure of anxiety symptoms among children. *Behav Res Ther*, 36: 545-66.
- Spence SH, Holmes J, March S ve ark. (2006) The feasibility and outcome of clinic plus Internet delivery of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol*, 74: 614-21.
- Stark KD, Hargrave J, Sander J ve ark. (2006) Treatment of childhood depression: The action treatment program. *Child and Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*, PC.
- Stirling LJ, Eley TC, Clark DM (2006) Preliminary Evidence for an Association Between Social Anxiety Symptoms and Avoidance of Negative Faces in School-Age Children. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 35: 440-45.
- Storch EA, Masia-Warner C, Heidgerken AD ve ark. (2006) Factor structure of the liebowitz social anxiety scale for children and adolescents child psychiatry. *Hum Dev*, 37: 25-37.
- Tutkunkardaş MD, Kılınçaslan A (2011) Çocuk ve ergenlerde depresyonun ilaçla tedavisi: bir gözden geçirme. *Journal of Mood Disorders*, 1: 34-45.
- Türkçapar H (2008) Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama, 3. Baskı.
- Türkçapar MH, Sargın AE (2011) Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 7-14.
- Verduyn C, Rogers J & Wood A (2009). *Depression. Cognitive Behaviour Therapy with Children and Young People*. Routledge. ISBN: 9780415399784.
- Weersing VR, Rozenman MS, Maher-Bridge M, Campo JV (2012) Anxiety, Depression, and Somatic Distress: Developing a Transdiagnostic Internalizing Toolbox for Pediatric Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19: 68-82.

*Yazışma adresi/Address for correspondence:*

e-mail: nongider@gmail.com

Alınma Tarihi : 10.02.2014

Received : 10.02.2014

Kabul Tarihi : 04.09.2014

Accepted : 04.09.2014