

Çocuklarda bilişsel davranışçı terapi ve uygulamaları

Cognitive behavioral therapy applications in children

Ece Varlık Özsoy¹

Received Date: 30 / 06 / 2017

Accepted Date: 20 / 09 / 2017

Öz

Son yıllarda terapi kuramları arasında en çok yıldızı parlayan yaklaşım, çabuk ve kalıcı neticeler vermesinden dolayı Bilişsel-Davranışçı Terapidir (BDT). Terapinin amacı, bilişsel bozulma ve yetersizliklerinin anlaşılmasını sağlamak, gerçekliği test etmek, rasyonel olmayan düşünceler ve inançlarla baş etmek, bunların rasyonel, akılcı düşüncelerle yer değiştirilmesini sağlamak ve yeni becerileri öğretmektir (Grave ve Blissett, 2004, Kendall ve Braswell, 1993). Yetişkinlerde psikolojik bozukluklarda çok yaygın olarak kullanılan BDT, çocuklarda da kullanılmaktadır. Yetişkinlerde ve çocuklarda uygulama farklılıkları gözlenmektedir. Çocukların gelişim süreçlerinin devam etmesi uygulamadaki farklılıkların temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle BDT uygulamasının yapılabilmesi için gelişim süreçlerinin iyi bir şekilde özümsemesi gerekliliği doğmaktadır. Bu derlemede BDT'nin çocuklarda nasıl uygulandığı, yetişkinlerden nasıl farklılaştığı, BDT teknikleri, yaşanan güçlükler ve uygulama örnekleri alanyazındaki bilgiler ışığında tartışılmaktadır.

Anahtar sözcükler: BDT, Çocuk BDT uygulamaları, BDT teknikleri

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has recently been the most promising therapy approach, as it yields rapid and lasting results. The goal of this therapy is to measure cognitive impairment level, test reality, cope with irrational thoughts and beliefs, replace them with rational thinking, and teach new skills (Grave and Blissett, 2004, Kendall and Braswell, 1993). Widely used in psychological disorders in adults, CBT can also be used in children, with differences in practice due to their continuing development. Thus, the development processes should be well understood to apply CBT in children. This review examines CBT applications in children, CBT techniques, and difficulties in practice through examples from the relevant literature.

Keywords: CBT, Child CBT practices, CBT techniques

1. Giriş

Son yıllarda, psikoterapi alanında en yaygın olarak kullanılan terapi akımlarından birisi de bilişsel davranışçı tedavidir (BDT). Son 20 yıldır bilişsel öğeler bir kuram çerçevesinde ele alınmış ve buna bağlı olarak geliştirilen bilişsel-davranışçı teknikler sistematik olarak ortaya konmuştur (Savaşır, Soygüt ve Kabakçı, 2003). Bilişsel davranışçı model, davranışçı ve bilişsel modellerin birleşiminden oluşmaktadır. BDT bakış açısı içerisinde birçok farklı tanım önerilmiştir. Bazı yazarlar, BDT'yi davranış terapisi olarak ele alırken, bazıları da çeşitli davranışsal tekniklerin kullanılması yerine sadece bilişsel terapi yönünde ele almaktadır. Bilişsel terapilerin içeriğine

¹ Yrd. Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Antalya, ecevarlik@akdeniz.edu.tr

genel olarak bakıldığında Beck'in geliştirdiği bilişsel terapi (BT), Ellis'in geliştirdiği akılcı duygusal terapi (RET) ve bilişsel-davranışçı terapiler (BDT) sayılmaktadır. Bu üç yaklaşım da kuram ve uygulama yönünden birbirlerine oldukça benzemektedirler. Her üçü de ortak olarak bilişsel süreçlere odaklanmaktadır. Hastalığın özelliklerine göre tedavi esnasında bazen davranışçı bazen de bilişsel bileşen ön plana çıkabilmektedir (Hawton ve ark., 1989). Bilişsel modellere göre, tüm psikolojik bozuklukların altında yatan ortak mekanizma, hastanın ruhsal durumunu ve davranışlarını etkileyen çarpıtılmış ya da işlevsel olmayan düşüncelerdir. Bu düşüncelerin gerçekçi bir şekilde yeniden değerlendirilip, değiştirilmesi, duygularda ve davranışlarda düzelmelere yol açar. Daha kalıcı düzelmeler ise hastanın işlevsel olmayan temel inançlarının değiştirilmesine bağlıdır (Hisli Şahin, çev. 2001).

2. Çocuklarda bilişsel-davranışçı terapiler (BDT)

Günümüzde hem çocuk hem de yetişkin psikopatolojilerinin tedavisinde BDT, yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Çocuk ve ergenlerde depresyon, anksiyete bozuklukları, dürtü-kontrol bozuklukları, öfke kontrolü, madde kullanımı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yeme bozukluğu gibi birçok bozukluğun tedavisinde BDT kullanılmaktadır. BDT'nde temel amaç, değişimi sağlamaktır. Ancak bu değişimi gerçekleştirirken bilişler ve davranışlar üzerine odaklanarak, günlük hayatın içerisinden uygulamalara da odaklanır. Ev ödevleri gibi uygulamalarla yeni edinilen becerilerin tekrarlanması ve kalıcı hale gelmesini hedefler.

BDT'nin çocuklarda kullanılmasının yaygınlaşmasında, BDT'nin baş etme, kendi kontrolünü kurma ve benlik değerini artırma gibi bilişsel beceriler üzerinde odaklanması ve bu becerileri kişiye öğretmesidir (Grave ve Blissett, 2004). Ayrıca, çocuğun düşüncelerini ve inançlarını terapistle paylaşması, BDT'nin, davranışçı ve psikodinamik bakış açısından farklılaşan anahtar özelliğidir.

Duygusal, davranışsal ve akademik problemlerin çözümü için bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, tek bir teknikle ya da tek bir ilkeyle sınırlı değildir. BDT, bilişsel analiz ve zihni harekete geçiren yöntemleri içerisinde barındıran, yeni öğrenme deneyimlerini sağlayan, birbirleriyle ilişkili çeşitli stratejilerin rasyonel bir karışımıdır (Kendall ve Braswell, 1993). Kendall ve Braswell (1993), çocuklarda BDT uygulamasında bir model oluşturmuştur. Bu modele göre BDT; bilgi işleme süreci faktörlerini merkeze alırken, onu izleyen öğrenme süreci ve yaşanan çevredeki rol-modellerden etkilenmenin üzerinde de durmaktadır (Kendall ve Braswell, 1993). Hasta ile terapist, davranışsal deneyimlerin sonuçlarından, duygusal boyutu da dahil ederek, kişisel, akademik ve kişiler arası sorunlara kadar giden bir aralıkta birlikte çalışırlar.

BDT, yazında ilgi uyandırmaya başladıkça birçok farklı temalarda uyarlamaları ortaya çıkmıştır. Ancak birkaç temel prensip, BDT kullanan terapistlere, teorisyenlere ve araştırmacılara rehberlik etmiştir. Kendal ve arkadaşlarının (1993) uyarlaması da şu şekildedir:

- i. Bilişsel işleme süreci, öğrenme sürecine dahil edilir. Organizmanın tepkileri ilk olarak, çevrenin bilişsel temsilindedir. Çocuklar ise bu temsilleri, çok çeşitli deneyimlerle kazanıp geliştirirler.
- ii. Düşünceler, duygular ve davranışlar nedensel olarak ilişkilidir. Sistemin bir parçasındaki değişiklik, diğer özelliklerin de üzerinde etkili olur. BDT, güçlü bir bilişsel-duygusal-davranışsal ağı kapsar.

- iii. Bilişsel aktiviteler (beklentileri önlemek, kişinin içsel konuşmaları ve olay sonrası takınılan tutum gibi), psikopatolojiyi anlamak ve terapötik değişimi sağlamak için çok önemlidir.
- iv. Bilişsel işleme süreci, davranışsal paradigmalara ilişkili olarak test edilebilir ve bilişsel tedaviyi, davranışsal uygulamalarla (model alma, rol oynama, gibi) birleştirmek mümkün ve uygundur.
- v. Bilişsel davranışçı terapistin görevi, uyumsuz bilişsel işlemeyi teşhis etmek, eğitici olarak hastayla birlikte çalışmak; birbirleriyle ilişkili olan işlevsel olmayan bilişleri, davranışsal ve duyuşsal örüntüleri yeniden yapılandırıcı öğrenme deneyimlerini tasarlamaktır (Kendall ve Braswell, 1993).

3. Hasta olarak çocuklar ve yetişkinlerden farkları

Yukarıda bahsedilen BDT stratejileri kolayca hem yetişkinlere hem de çocuklara uygulanabilmektedir. Ancak yetişkin ve çocukların bilişsel tedavisinde birtakım farklılıklar vardır. Çocuklar ve ergenler, yetişkinlerden önemli yollarla farklılaşırlar; dolayısıyla uygulamacının bu gruplarla çalışırken bu farklılıkları göz önüne alması gerekmektedir (Kendall ve Braswell, 1993). Urbain ve Kendall'a göre (1980), düşünme sürecine yapılan vurgunun çocuklarda bilişsel davranışçı yaklaşımın ayırt edici özeliği olmasına karşın istendik sonuca ulaşmak için çocuklar bu değişimleri kolayca davranışlarına ekleyebilirler.

İlk olarak, yetişkin ve çocuklar arasında bilişsel problemler farklılık göstermektedir. Yaş etkenine bağlı olarak, yetişkinlerdeki BDT'nin tipik hedefi *bilişsel hatalardır (cognitive distortions) (rasyonel olmayan inançlar, bilişsel işlemedeki bozukluklar, kişisel yanlı yüklemeler)*. Yetişkinlerin bilişsel hataları ayrıca, mantığa aykırı yorumlamalar, kişisel performans standartlarının fazlasıyla yüksek olması, günlük rutin yaşamsal isteklerin hatalı algılanması olarak da tanımlanabilir. Düşünce zihinde işlenmeye başlar ve devam eder, ancak sonuçlarda birtakım sorunlar gözlenir (Kendall ve Braswell, 1993).

Çocuklarda ise, yaşa bağlı olarak, hedef olan bilişsel sorunlar, *bilişsel yoksunluktur (cognitive deficiencies)*. Buna göre, çocuk, bilişsel becerileri uygulayamaz, çünkü sahip değildir. Başka bir deyişle, çocuk, etkili problem çözmedeki bilgi-işleme aktivitelerini harekete geçirmede ve davranışı yönlendirmedeki düşünce işleme sürecini başlatmakta yetersizdir. Dolayısıyla, yetişkindeki bilişsel bozulmalar ile çocuklardaki bilişsel yetersizlikler, tedavideki hedefleri farklılaştırmaktadır (Kendall ve Braswell, 1993).

İlk olarak, bozulma- yetersizlik arasındaki açık ayrım, BDT alan çocuk ve yetişkinlerdeki farklı bozuklukların da sonucudur. Depresyonu ve kaygısı olan yetişkinler, çarpıtılmış düşünce içerikleri için; dürtüsel ve hiperaktif çocuklar ise bilişsel yetersizliklerinin üstesinden gelmek için tedavi almaktadırlar. Bütünleştirilmiş bilişsel davranışçı terapi uygulamalarının çoğalmasıyla, kaygılı ve depresif çocuklar da dürtüsel ve hiperaktifler gibi ya da öfkeli ve saldırgan yetişkinler ise, depresif ve kaygılı yetişkinler gibi, BDT'nin içerisine dahil edilmiştir. Dürtüsel kontrollerinde sorun yaşayan kişiler (çocuk ya da yetişkin), bilişsel yetersizliklerinin üstesinden gelmek için beceriler kazandıran tedaviye ve davranışı ketleyen bilişsel stratejileri işlevsel hale getirmeyi öğrenmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Kaygısı ya da depresyonu olan kişiler, çocuk ya da yetişkin olsun, bilişsel çarpıtma ya da bozulmalarını düzeltmeye, çevreyi yanlış yorumlamamayı ve rutin olumsuz olay ya da sonuçları felaket bir durum olarak değerlendirmemeyi öğrenmeye ihtiyaç duymaktadırlar (Kendall ve Braswell, 1993).

Ancak her hastanın yaşadığı zorluk birbirinden farklıdır ve bilgi işleme sürecindeki bilişsel bozulma-yetersizlik modeli her hastaya uygun olmayabilir. Örneğin, yıllardır devam eden okul başarısızlığı ve dürtüsel davranış örüntüleri olan bir çocuğun yıllarca süren bu durumdan dolayı duygusal durumu tamamen bozulmuş olabilir ve çocuğun akademik yaşantısıyla ilgili olan yorumlaması, genellenebilir ve kendisi hakkındaki doğru inançları azaltabilir. Tedavinin etkililiği, özdeşim kurma ve çocuğun çarpıtılmış olan düşünce ve bakış açısı üzerinde yoğunlaştırıldığında artabilir (Kendall ve Braswell, 1993).

Çocuk ve gençlerdeki bilişsel davranışçı müdahalelerde farklı olarak, düşünme sürecine odaklanmadan önce terapist, çocuğun ya da ergenin bilişsel gelişim düzeyini dikkate almalıdır. Yetişkin hastalara uygulanan çok sayıdaki bilişsel yöntemler, okul öncesi ya da daha büyük çocuk hastalar tarafından tam olarak anlaşılabilir. Bazı ergenler, bilişsel olarak yetişkinlerdeki uygulamalara benzer uygulamalara hazır gibi görünebilirler, ancak tam olarak hazır değildirler (Kendall ve Braswell, 1993; Grave ve Blissett, 2004).

Çocuk ve yetişkinlerle BDT uygulamalarındaki başka bir farklılık da, terapötik yaklaşım ne olursa olsun, çocuklar kendilerindeki eksikliği ya da yoksunluğu kendilerine sormazlar, kendileri fark edemezler. Ebeveynler ya da öğretmenler, çocuğun tedaviye ihtiyacı olduğu yönünde çocuğu profesyonel yardıma yönlendirirler. Sonuç olarak, terapist, çocuk tarafından “yardımcı” olarak değil de daha çok ona ne yapması gerektiğini söyleyen başka bir “öğretmen” olarak algılanır (Kendall ve Braswell, 1993). Özellikle çocuk ve ergenlerle çalışırken terapistin terapide etkin bir tutum üstlenmesi gerekmektedir. Bu amaçla bilişsel terapistin atılgan, yönerge veren, açıklayıcı, karşılık veren ve özerkliği destekleyici bir terapist olması gerekmektedir (Türkçapar, Sungur ve Akdemir, 1995).

Yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da bilişsel teoriye göre rahatsızlık yaratan duygular çocuğun inançları tarafından belirlenmektedir. Çarpıtılmış düşünceler aynen yetişkindeki gibi çocukta anksiyete, öfke veya depresyon oluşturabilir. Ancak çocukların “çocuk” olmalarından ötürü başka deyişle olgunlaşmamış olmalarından kaynaklı olarak yetişkinlere göre daha fazla bilişsel hata yapmaları ve bu durumdan etkilenmeleri beklenebilir. Alan çalışanları çocuğun sadece düşünce özelliklerini değiştirerek düzelmeyi sağlanabilmesi konusunda kuşku duymaktadırlar. Bununla birlikte şu genel olarak kabul edilmektedir ki bu düşünceler olumsuz duygulara yol açabilmektedir (Türkçapar, Sungur ve Akdemir, 1995).

Çocuk ve ergenlerle çalışıldığında yetişkinlerden farklı olarak çocuğun bağlantılı olduğu diğer kişileri de sürece dahil etmek de gerekmektedir. Bu kişilerin başında da aile ve öğretmenler gelmektedir.

3.1. Çocuğun gelişimi

Söz konusu çocuklar olduğunda gelişim süreçlerini çok iyi bilmek gereklidir. “Büyüme” yapısal bir artışı dile getirir. Bedende gerçekleşen sayısal değişiklikleri içerir kilo, boy artışı gibi). Beynin gelişimi sonucu, çocukta giderek artan bir öğrenme, anımsama ve yargılama yeteneği oluşur. Böylece fiziksel büyümeye koşut olarak, çocuk zihinsel olarak da gelişir. Buna karşılık, “Gelişim” değişikliklerin niceliği yanında niteliğini de içermektedir. Gelişim kavramı, düzenli, uyumlu ve sürekli bir ilerlemeyi dile getirmektedir, gelişim hızları yaşa bağlı olarak değişir (Gander ve Gardiner, 1993).

Gelişim süreci; motor gelişim, bilişsel (zihinsel) gelişim, dil gelişimi, duygusal ve sosyal gelişim alanlarını kapsar. Gelişim çok yönlü ve karmaşık bir süreçtir (Gander ve Gardiner, 1993).

Çocuk ve yetişkinlerdeki uygulama farklılıklarının sebeplerinden bir tanesi de bilişsel gelişim sürecinden kaynaklanmaktadır. Bilim ve biliş (cognition) olguları hep insanın ilgisini çekmiş, değişik yaklaşımların konusu olmuştur. Bilgi edinme ve bilinçli duruma gelme sürecinin öğrenme, davranış üzerindeki etkileri psikolojinin konusunu oluşturur. Çağdaş biliş anlayışında iki yaklaşım göze çarpar. Bunlardan biri *bilgi işleme yaklaşımıdır*. Bunda düşünceyi ve usavurma (akıl yürütme) süreçlerini açıklamak amaçtır. Bu yaklaşım insan zihnini çeşitli programlara göre bilgi edinmek, bilgiyi işlemek, depolamak ve kullanmak üzere tasarlanmış gelişkin bir bilgisayar sistemi olarak ele alır. Diğer yaklaşım Jean Piaget'nin çalışmalarına dayanan bilişsel gelişim yaklaşımıdır.

3.2. Piaget ve bilişsel gelişim

Gelişim psikolojisi alanındaki çalışmaları ile tanınan Piaget, çocuğun yetişkinliğe değin bir dizi zihinsel gelişim evrelerinden geçtiğini savunmuştur. Belli kavramların özümlelenebilmesi için zihinsel gelişimde belli aşamaların tamamlanmış olmasının gereği anlaşılmıştır (Gander ve Gardiner, 1993).

Piaget'in kuramına göre, bebek dış dünyaya ve bireyler ilişkin herhangi bir bilgiye sahip olmadan doğar ve kendisi ve diğerlerinin farklı olduğunu doğduktan sonra algılamaya başlar. Bu ayırmadan sonra insanlar ve eşyaları ayırt etmeyi öğrenir. Bebek bu süreçler gerçekleşirken yalnızca doğru bilgiler toplamamaktadır. Tam tersi ilk algılananlar yanlış olabilmektedir. Bu yanlış algılar, daha sonraki yaşantılar doğrultusunda değişmektedir. Psikopatoloji yanlış inançlardan oluşmaktadır, ancak bu inançlar değiştirilerek düzeltilebilir özelliğe sahiptir. Düşüncelerdeki bu başarılı değişim, belirli aşamaların geçilmesiyle oluşmaktadır. Bilişsel gelişimin her aşaması niteliksel olarak farklıdır. Düşüncenin üst düzeye ulaşması için, çocuğun bütün aşamaları geçmesi gerekmektedir. Piaget bilişsel gelişimi 4 evrede inceler: *Duyusal hareket dönemi (0-2 yaş)*, *işlem öncesi dönem (2-7 yaş)*, *somut işlem dönemi (7-11 yaş)*, *soyut işlemsel dönem (11 yaş ve üstü)*. Bu dönemler boyunca çocuk giderek nesnelere tanımaya, niteliklerini fark etmeye, korunumu kazanmaya, sınıflama ve ayırt etme gibi özellikleri kavramaya başlayarak soyut düşünmeyi başarabilir, yaşam felsefesi oluşturabilir ve evrensel açıklamalar getirebilirler. Kendi fikirlerini açıklamaya başladıkları için kendilerini de doğru olarak eleştirmeye başlarlar (Gezici-Bozkurt, 2003; Gander ve Gardiner, 1993).

4. BDT ve gelişim psikolojisi

Birkaç araştırmacı, çocuklarda gelişim psikolojisi ile BDT arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir (Ollendick, Grills ve King, 2001). Yapılan gözden geçirmeler sonucunda, farklı bulgular olmasına karşın, tüm yazarlar, aşağıda bahsedilen konularda hem fikirdirler:

- i. Uygulamada, çocuklarda BDT uygulanması için, çocuğun gelişim basamağı çok önemlidir.
- ii. Bilişsel davranışçı teori gelişimsel yaklaşımla bütünleşmiş olmalıdır.
- iii. Çocuklardaki BDT'nin özel ilgi alanları, çocuklardaki belirli yaşlardaki, zihinsel sağlık servisine götürülmesi gereken ve de BDT'nin karmaşık bilişsel içeriğine katılmasını engelleyici ya da kısıtlayıcı olabilecek bazı özel bozukluklar ya da sorunların sonucunda da oluşabilir (Ollendick, Grills ve King, 2001; akt. Grave ve Blissett, 2004).

Gelişim psikolojisi, çocuğun gelişimini sağlayan fiziksel, duygusal ve bilişsel yeteneklerini incelemektedir. BDT içerisinde gelişim psikolojisinin yeri hem çocuk hem de ergenler için önemlidir. Bazı araştırmalardaki vakalarda, Piagetian bakış açısındaki 2-7 yaş arasındaki işlem öncesi dönemdeki çocukların bilişsel sınırlıkların bozukluklardaki asıl neden olduğu üzerine durulmuştur (akt. Grave ve Blissett, 2004). Çünkü Piaget'nin zihinsel fonksiyon basamak modeline göre, işlem öncesi dönemdeki gelişimsel basamağın kapasitesi, mantık öncesi algının baskın olduğu döneme işaret eder. Dolayısıyla, bu dönemdeki bir çocuğun zihinsel kapasitesi, mantıklı düşünme becerisine sahip, işlem dönemindeki 7 yaşındaki bir çocuğunkinden farklı olacaktır. Aynı şekilde mantıklı ve soyut düşünebilen ergen (12 yaş ve civarı) de 7 yaşındaki çocuktan daha iyi zihinsel kapasiteye sahip olacaktır (Grave ve Blissett, 2004).

4.1. Bilişsel gelişimin Terapötik süreçteki rolü

Çocuklardaki BDT'nin amacı, çocuğa, anlaşılabilir bilişsel bozulma ve yetersizliklerin tanımlanması ardından yeni beceri ya da rasyonel, akılcı düşüncelerin öğretilmesidir (Grave ve Blissett, 2004; Kendall ve Braswell, 1993). Ancak bu yeni bilişsel becerilerin kazanımı ya da tanımlanması veya çocuğun çarpıtılmış bilişlerinin farkına varmasını sağlamak, 8 yaş öncesinde oldukça zordur. Çünkü bu dönem Piaget'in belirttiği gibi işlem öncesi dönemdir. İşte bu sebeple, özellikle okul öncesi çocuklarda BDT uygulamaları farklılık göstermiş, tedavide daha çok davranışsal boyut ele alınmıştır.

Dikkat uzamı ya da bellek kapasitesi gibi diğer bilişsel işlemler, çocuğun muhakeme işlemini kavramasındaki yeteneğini etkilemektedir. Hızlı bellek kapasitesindeki yetersizlik, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklardaki en önemli katkıda bulunan bileşenlerden biri olarak bulunmuştur (Grave ve Blissett, 2004).

Okuma yazma becerileri ve motivasyon da BDT de önemli rol oynamaktadır ki çocuklar da okul öncesi çocuklarda okuma-yazma becerileri olmamakla birlikte, çoğu çocukta tedavide motivasyon çok zor sağlanmaktadır (Grave ve Blissett, 2004).

Nedensellik BDT de önemli bir faktördür. Çocukların davranışları ve bilişleri arasındaki nedenselliği anlamada BDT, açık bir avantaja sahiptir. Davranışın nedensel yüklemesi çocuklarda daha kolay anlaşılabilir ve görülmektedir. Nedensellik, dışsal, açık, belirgin, somuttur ve içsel psikolojik yapıya karşı çocukluk ve de ergenlikte gelişir. Piaget, küçük çocuklarda, neden ve etki arasında, eğer zamanında ve yerinde birlikte olmuşlarsa daha kolay anlam çıkarmanın söz konusu olduğunu belirtmiştir (Gander ve Gardiner, 1993). Örneğin, çocuk geçmiş bir olay olarak "Duvarı karaladım", ardından gelişen olay "Babam evi terk etti", aradaki bağ "Annemle babam kavga ettiler" şeklinde algılayabilir.

Piaget'in bakış açısına göre, işlem öncesi dönemdeki çocuk, ben merkezci (egocentric) olmakla birlikte, dünyayı başkasının gözünden göremez. Bu sebepten, işlem öncesi dönemdeki çocuk zaten bilişsel açıdan yetersizdir. BDT'nin yetişkin için uygulanmasında, egosantrik düşünme, bilişsel bir hata olarak görülür ve terapinin bir amacı da başkalarının bakış açısından bakabilmeyi öğretmektir. Ancak işlem öncesi dönemde bu bir doğal süreçtir (Grave ve Blissett, 2004).

Düşünmeyi düşünmek, metabiliş (metacognition) olarak da bilinir, zihin temel teorisine göre (theory of mind) 3-4 yaşlarında gelişmeye başlar. Tipik bir 5 yaş çocuğu, diğerinin davranışını kendi zihinsel basamağındaki düşüncelere ya da inançlara göre açıklayabilir ve zihinsel ve fiziksel

basamaklar arası farklılığı anlayabilir. Metabiliş konusunda güçlük yaşayan bir çocuk, bu tür işlemlerde daha başarısız olacaktır. Metabiliş aynı zamanda karşıdakinin duygularını da anlamayı içerir. 8 yaş çocuğu bunu rahatlıkla gerçekleştirebilir. Aynı zamanda metabiliş, kendilik gözlemi, kendilik gelişimini de gerektirir. Bu da özellikle ergenlik döneminde kazanılır (Grave ve Blissett, 2004).

Küçük çocukların kendi düşünceleri, duyguları ve kendilik yüklemeleri gençlere ve daha büyük çocuklara oranla daha az ulaşılabilir. Bundan başka, yanlış tutum ve inançların değiştirilmesi çocuklarda farklı bir şekilde işler. Gerçekliğin test edilmesi çocukta, birinin onun inancında olup o olayı rol yaparak onun yerine oynaması ancak, çocuktan farklı bir şekilde davranmasıyla gerçekleşir. Böylelikle çocuk kendi inancının farkına varır (Grave ve Blissett, 2004).

Quakley, Reynolds ve Coker'in (2004), 4-7 yaş arası değişen çocukların düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını ayırabilme becerileri üzerine yaptıkları bir çalışmada, yaşın, performansları üzerinde ipucu verilmesi açılarından önemli bir fark olduğu ortaya çıkmıştır. Daha büyük çocuklar daha iyi ayırt edebilmişlerdir.

5. Çocuklarla BDT'de dikkat edilmesi gerekenler

Temel olarak bakıldığında çocuk ve ergenlerle çalışırken dikkat edilmesi gereken özellikler bir çok terapi kuramına göre ortaktır. Ancak BDT'ye odaklanıldığında aşağıdaki şekilde özetlemek mümkündür (Türkçapar, Sungur ve Akdemir, 1995):

- i. *Terapiyle ilgili beklentilerin netleştirilmesi*: Çoğu zaman çocuklar tedavi almak için kendileri gelmezler. Aileleri tarafından getirilirler ve çoğunlukla ne için geldiklerini de bilmezler. Bu amaçla öncelikle çocuğun oraya getirilme nedeni çocukla konuşulmalı, bu durumu çözmek için neler yapılacağı ve uzmanın rolünün net olarak açıklanması gerekmektedir.
- ii. *Çocuk ve ergenle terapötik ilişkinin kurulması*: çocuklarla çalışırken öncelikle iyi bir ilişkinin (rapport) kurulması önemlidir. Bu sebeple, ilk olarak terapiden önce çocukla oyun oynanması, sohbet edilmesi ve çocuğun ihtiyaçlarına duyarlı olunması gerekmektedir. Örneğin hastaneye gelmekten dolayı kaygısı çok artmış bir çocuğun öncelikle bu kaygısını konuşmak ve ilişki kurduktan sonra sürece başlamak önemlidir.
- iii. *Gelişim düzeyine, sorun alanına ve ihtiyaca göre farklı tekniklerin kullanılması*: Önceden de bahsedildiği gibi çocuğun gelişim düzeyine uygun tekniklerin seçilmesi, gelişim düzeyine göre somut veya soyut materyalin kullanılması, davranış veya biliş odaklanması gibi.
- iv. *Dil ve ifade becerisi*: çocuğun ifade becerisini geliştirmek üzere kavramların anlamları üzerinde çalışılması önemlidir. Bunun için de resimler, materyaller, hikâye kitapları, filmler, kahramanlar bazen de oyuncaklar ve kuklalar kullanılmaktadır.

6. Yazında yer alan çocuk BDT uygulamaları

Görüldüğü gibi, çocuklarda BDT uygulamaları bir takım zorluklar içermekte, çocuklarda uygulanan BDT bahsedilen bilişsel gelişim sürecinden kaynaklanan güçlüklerden ötürü genellikle davranış boyutu ağırlıkta gitmektedir. Yetişkinde ise BDT'nin bilişsel boyutunun, özellikle son zamanlarda daha fazla üstünde durulmaktadır.

Davranışçı kuramların çok sıklıkla kullandığı tekniklerden sosyal becerinin kazandırılması için *rol oynama tekniği*, *problem çözme becerisi kazandırılması*, *çocuklarda kısa süreli yoksun*

bırakmayı içeren ceza (time out), sözleşme imzalanması, ödüllendirme, pekiştirme, kendilik kontrolü gibi teknikler BDT içerisinde de yer almaktadır ve çok sıklıkla kullanılmaktadır (Gelfand ve Hartmann, 1988; Kratochwill ve Morris, 1991). Ayrıca, *bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal beceri kazandırma, ev ödevleri* gibi BDT teknikleri de çocuklarda uygulanmaktadır (Grave ve Blissett, 2004). Terapist bu uygulamaları yaparken, davranışsal tutarlığı sağlamak adına dışarıda öğretmenleri ya da ailesinin bu uygulamaları devam ettirmesi gerekmektedir. Bu sebeple çocukların tedavisinde *ailenin* de tedavide rol oynaması gerekmektedir. Özellikle uzlaşma ya da sınır gibi konularda terapiye aile de dahil edilmektedir.

Bunlara ilaveten BDT'nin içerisinde *oyun* bir teknik olarak kullanılmaktadır. Daha çok yapılandırılmış olan bu oyun teknikleri, *rol oynamayı ve model olmayı* içermektedir (Geldard, ve Geldard, 1999). Ülkemizde ve dünyada çocukların tedavisinde kullanılan birçok oyun vardır. Ülkemizde en çok oynanan oyunlar "*Tam Zamanı*" ve "*Macera Ormanı*"dır. Bu oyunlar, kısa süreli bellek kapasitesini geliştirici, problem, problemi çözme ve alternatif oluşturma gibi işlemler ile çocukların bilişsel kapasitelerini geliştirmektedir. Türkiye'de Hiperaktivite Derneği bu oyunları dikkat eksikliği ve hiperaktivitesi olan çocukların tedavisinde yaygın olarak kullanmaktadır.

Geldard K. ve Geldard, D.'nin (1999) hazırlamış olduğu gibi birçok terapistin kendi yaratıcılıklarını kullanarak hazırladıkları, duyguyu tanımlama, düşünceyi anlatma, alternatifleri görme, olaylar arası neden-sonuç ilişkisini kurabilme, kendini ödüllendirme gibi birçok beceriyi kazandıran, çocuklara uygun, şekilli, renkli ve eğlenceli çalışma kağıtları ve ev ödevleri bulunmaktadır.

Yurt dışında çocuklarda kullanılan bilişsel davranışçı tekniklerin oluşturduğu BDT programları uygulanmaktadır. Kendall'ın oluşturduğu "*Coping Cat Workbook and Programme*" (Kendall ve Hedtke, 2006a, 2006b) çocuk ve ergenlerde özellikle yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve ayrılma anksiyetesi gibi anksiyete bozukluklarının tedavisine ilişkin 16 oturumdan oluşan bir modeldir. Programın amacı, çocuklara istenmeyen anksiyete işaretlerini fark etmelerini ve bunlarla başa çıkma yollarını öğretmektir. Bu amaçla, maruz bırakma denemeleri, rahatlatma eğitimi, role-playing aktiviteleri, pratik yapma-uygulama ve ödül gibi teknikler kullanılmaktadır. "*Coping Cat*" Programı 16 oturumdan oluşmakta ve iki bölüme ayrılmaktadır. İlk 8 oturum eğitim bölümü, ikinci 8 oturum ise uygulama (maruz bırakma denemeleri) bölümüdür (Rodebaugh, Holaway ve Heimberg, 2004).

Türkiye'de ise "*Coping Cat*" Programı model alınarak geliştirilen ve Türkiye'ye uyarlanan "*Korku Avcısı- KORKİ*" Programı mevcuttur (Sorias, Bildik ve Sütçü, 2009a, 2009b).

Adalet Bakanlığı'nda 2004'den bu yana suça sürüklenen ve suç mağdurlarına yönelik BDT temelli müdahale programları programlar oluşturulmuştur. Örneğin, "*Denetimli Serbestlik Altındaki Çocuklara Yönelik Genel Suçlu Davranışı Müdahale Programı (Dur-Düşün-Değiş Programı)*" tamamen bilişsel davranışçı müdahaleler içermektedir. Bu program toplam 21 oturumdan oluşmaktadır. Buradaki amaç, çocuğun kendi suç davranışına ilişkin farkındalık kazanmasını sağlamak, buna yönelik çözümler ve değişimi planlamak, değişimi destekleyici becerileri desteklemek, başkalarının suç davranışından ne kadar etkilendiğini ve mağduru anlamak şeklindedir. Adalet Bakanlığı'nda suç türüne göre benzer müdahale programları mevcuttur (örn. *Saldırganlığı Önleme Müdahale Programı, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Müdahale Programı, İyiye Doğru Öfke Kontrol Programı, Güvenli Davranış Programı (Buradayım), ARDIÇ Programı* gibi) (Adalet Bakanlığı, <http://www.cte.adalet.gov.tr/#>).

7. Çocuklarda BDT'nin etkisi: Alan yazındaki araştırmalar

Bilişsel davranışçı terapinin çocuk ve gençlerde depresyon, kaygı, travma sonrası stres bozukluğu ve davranım bozuklukları ile dürtüsellik, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi birçok bozuklukta etkili olduğuna dair çok sayıda kanıt vardır (Jensen, Holt ve Ormhaug, 2017; Grave ve Blissett, 2004; Kendall ve Pimentel, 2003, Compton ve ark., 2014; Grave ve Blissett, 2004).

Labellarte, Ginsburg, Walkup ve Riddle'nin yaptıkları bir araştırmada (1999), kaygı bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerin tedavisinde, BDT'nin önemli bir etkisinin olduğu, farmakolojik tedavi ile karşılaştırıldığında, farmakolojik tedavinin OKB dışında hiçbir anksiyete bozukluğunun tedavisinde BDT kadar etkili olmadığı bulunmuştur. Kaygı bozukluğu tanısı alan çocuklara ailenin rehberlik ettiği BDT uygulamalarında ise kısa ve uzun sürede çok olumlu sonuçlar rapor edilmiştir (Brown ve ark., 2017).

Barret, Duffy, Dadds ve Rapee'nin (2001), kaygı bozukluklarının önlenmesinde BDT'nin uzun süreli etkisine baktıkları bir araştırmada, katılan hastaların büyük bir kısmında 6 yıl sonra kaygı bozukluğu tanısı kriterini karşılamadıkları gözlenmiştir. BDT ve ailenin dahil olduğu BDT uygulamalarının bu uzun süreç içerisinde aynı etkiyi gösterdikleri bulunmuştur. Muris, Meesters ve Melick'in yaptıkları (2002) bir çalışmada, çocukluk kaygı bozukluklarının tedavisinde bilişsel-davranışçı grup terapisi ve psikolojik plasebo müdahalesi karşılaştırılmış ve sonuçlara göre, sadece BDT kaygı semptomlarını, özellik olarak kaygıyı ve depresyonu önemli derecede azaltmıştır.

Benazon, Ager ve Rosenberg'in (2002) yaptıkları başka bir çalışmada OKB'si olan çocuk ve gençlerin akut tedavisinde BDT'nin önemli derecede etkili olduğu görülmüştür. Kendall ve Pimentel'in (2003) yaptıkları başka bir çalışmada, genellenmiş kaygı bozukluğu olan gençlerde, kaygı ve somatik belirtilerin BDT'ye olumlu yönde cevap verdiği bulunmuştur.

Cohen'in yapmış olduğu (2003), ergen ve çocuklarda travma sonrası stres bozukluğunda BDT'nin araştırıldığı başka bir çalışmada ise, travma odaklı BDT'nin belirtilerin azalması ve yok olmasında, önemli derecede etkili olduğu bulunmuştur. Öfkeli ve saldırgan çocuklar ve ergenlerde BDT'nin araştırıldığı bir çalışmada, beceri kazandırma, problem çözme, etkili eğitim ve önleme teknikleri, model alma, geri bildirim ve ev ödevlerinin dahil olduğu BDT uygulaması sonucunda, araştırmaya katılan çocukların öfke belirtilerinin ve saldırganlıklarının azaldığı görülmüştür (Sukhodolsky, D. G., Kassinove ve Gorman, 2004).

Ülkemizde Sütçü (2006) tarafından yapılan bir çalışmada ergenlerde öfke ve saldırganlığı azaltmaya yönelik bir bilişsel davranışçı grup terapisi programı oluşturulmuş ve etkililiği ölçülmüştür. Kontrol grubuyla birlikte 40 ergenle çalışılmıştır. Sonuçlara göre deney grubundaki ergenlerin öfke puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu gözlenmiştir.

8. Tartışma ve sonuç

Bilişsel psikolojinin temel inceleme konusu bilişler, bilişlerdeki çarpıtmalar, yanlılık, fonksiyonel olmayan tutum ve inançlardır. Bu uyumsuz inanç ve düşünceler psikopatolojiye neden olmaktadır. Bu sebeple bu uyumsuz ve işlevsel olmayan düşünce ve inançların değiştirilmesi, yerine uyumlu olanları getirilmesi gerekmektedir. BDT, bu bilişsel yapı içerisine değişimi sağlamak için davranışsal teknikleri de katmaktadır.

Çocuklardaki BDT uygulamaları ise yetişkinlere oranla daha farklıdır. Alan yazında yapılan BDT çocuk uygulamalarının oldukça etkili olduğu bulunmuştur. Ancak kullanılan teknik ve yöntemler yetişkinlere oranla değişmektedir. Çocuk ve ergenin bilişsel gelişimi ergenliğin sonuna kadar devam etmektedir. Bir yetişkin için bilişsel çarpıtma ya da bozulma olarak algılanan ya da nitelendirilen durum, çocuklarda aslında bilişsel yetersizliktir. Çünkü çocuk henüz o beceriyi kazanmamıştır. Bu nedenle BDT'nin davranışsal boyutu çocuklarda daha fazla kullanılmaktadır. Ancak bilişsel yeniden yapılandırma, problem çözme becerisi, alternatif bulma gibi BDT teknikleri de uygulanmaktadır. Bunların uygulanmasında dikkat edilecek hususlardan biri, çocuğun hangi gelişimsel evrede ve bilişsel kapasitede olduğunu bilmektir. Bu açıdan, hasta olarak çocuk terapiye alınmadan önce kapsamlı bir gelişimsel değerlendirme yapılmalıdır. Terapistin de gelişimi her boyutuyla çok iyi bilmesi gerekmektedir. Çocuğun alternatif bilişler geliştirme, duyguları tanımlama, yeni durumlara yeni becerileri uyarlamaları çok zordur. Bunun için de çocuklara BDT teknikleri, oyun gibi materyallerin dahil olduğu bir takım çeşitli paket programlar geliştirilmiştir.

Tüm bu bilgilerin ışığında, çocuklardaki psikopatolojilerin tedavisinde BDT uygulamalarının yerinin ve öneminin büyük olduğu görülmektedir.

Kaynakça

- Adalet Bakanlığı, Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, (<http://www.cte.adalet.gov.tr/#>)
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R. ve Rapee, R. M. (2001). Cognitive-Behavioral Treatment of Anxiety Disorders in Children: Long-Term (6 Year) Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 69, No.1, 135-141.
- Benazon, N.R., Ager, J. ve Rosenberg, D. R. (2002). Cognitive Behavior Therapy in Treatment-Naive Children and Adolescents with Obsessive- Compulsive Disorder: An Open Trial. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 529-539.
- Brown, A., Creswell, C., Barker, C., Butler, S., Cooper, P., Hobbs, C. ve Thirlwall, K. (2017). Guided parent-delivered cognitive behaviour therapy for children with anxiety disorders: outcomes at 3- to 5-year follow-up. *British Journal of Clinical Psychology*, 56 (2). pp. 149-159.
- Cohen, J. (2003). Treating Acute Posttraumatic Reactions in Children and Adolescents. *Biological Psychiatry*, 53, 827-833.
- Compton, S. N., Peris, T. S., Almirall, D., Birmaher, B., Sherrill, J., Kendall, P. C., ... Albano, A. M. (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: Results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 212-224.
- Gander M. J.ve Gardiner H. W. (1993).*Çocuk ve Ergen Gelişimi*. İmge Yayınevi Ankara.
- Geldard K. ve Geldard D. (1999). *Counselling Children: A Practical Introduction*. UK.
- Gelfand D. M. ve Hartmann, D. P. (1988). *Child Behavior Analysis and Therapy*.(2th Edition). Pergamon Press, UK.
- Gezici- Bozkurt, S. (2003). Çocuk Psikopatolojisinde Gelişimsel Modeller (Özet Çev.).*Türk Psikoloji Bülteni*, cilt 9, 30-31, 56-65.
- Grave, J. ve Blissett, J. (2004). Is Cognitive Therapy Developmentally Appropriate for Young Children? A Critical Review of the Evidence. *Clinical Psychology Review*, 24, 399-420.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., Clark, D., M. (1989). *Cognitive behavior Therapy for Psychiatric Problem- A Practical Guide*. Oxford University Press. Oxford, s.10-11.

Varlık Özsoy, E. (2017). Cognitive behavioral therapy applications in children. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(5), 1630-1642.

- Jensen, T.K, Holt, T. ve Ormhaug, S.M. (2017). A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT. *J Abnorm Child Psychol.*,26
- Kendall, P.C. ve Braswell, L. (1993). *Cognitive-Behavioral Therapy For Impulsive Children*.(Second Edition). Guilford Press, New York.
- Kendall, P.C. ve Pimentel, S. S. (2003). On the Physiological Symptom Constellation in Youth with Generalized Anxiety Disorder (GAD). *Anxiety Disorders*, 17, 211-221.
- Kendall, P.C. ve Hedtke, K.A. (2006a). *Cognitive-Behavioral Therapy For Anxious Youth: Therapist Manual*. 3. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P.C. ve Hedtke, K.A. (2006b). *The Coping Cat Program Workbook*. 2. Ardmore, PA: Workbook-Publishing.
- Kratochwill, T.R. ve Morris, R. J. (1991). *The Practice of Child Therapy*. (2th Edition).Pergamon Press.
- Muris, P., Meesters, C. ve Melick, M. (2002). Treatment of Childhood Anxiety Disorders: A Preliminary Comparison Between Cognitive- Behavioral Group Therapy and A Psychological Placebo Intervention. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 143-158.
- Ollendick, T.H., Grills, A. E. Ve King N. J. (2001). Applying Developmental Theory to the Assessment and Treatment of Childhood Disorders: Does It Make a Difference? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 304-314.
- Quakley, S., Reynolds, S. ve Coker, S. (2004). The Effect of Cues on Young Children's Abilities to Discriminate Among Thoughts, Feelings and Behaviours. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 343-356.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M. Ve Heimberg, R.G. (2004). The Treatment of Social Anxiety Disorder. *Clinical Psychology Review* 24, 883-908.
- Şahin, N.H. (2001) *Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi* (Çeviri: Judith Beck: Cognitive Therapies and Beyond) Türk Psikologlar Derneği Yayını
- Savaşır, I., Soygüt, G. ve Kabakçı, E. (2003).(Ed).*Bilişsel Davranışçı Terapiler*. İçinde (17-46). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- Sorias, O., Bildik, T. ve Tekinsav-Sütçü, S. (2009a). *Korku Avcısı Çalışma Kitabı*. Ege Üniversitesi Yayınları
- Sorias, O., Bildik, T., Tekinsav-Sütçü, S. ve Aydın, A. (2009b). *Korku Avcısı: Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuklar İçin Bilişsel Davranışçı Terapi Rehberi*. Ege Üniversitesi Yayınları.
- Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H. ve Gorman, B. S. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Anger in Children and Adolescents: A Meta Analysis. *Agression and Violent Behavior*, 9, 247-269.
- Sütçü, T. S. (2006). *Ergenlerde Öfke ve Saldırganlığı Azaltmaya Yönelik Bilişsel Davranışçı Bir Müdahale Programının Etkililiğinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.
- Türkçapar, H., Sungur, Z. ve Akdemir, A.(1995). Çocuklar ve Ergenlerde Bilişsel Terapi. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi* 2 (2).
- Urbain, Eugene S.; Kendall, Philip C. (1980). Review of Social-Cognitive Problem-Solving Interventions With Children. *Psychological Bulletin*, Vol 88(1), 109-143.

Extended abstract in English

Cognitive behavioral therapy (CBT) has recently become one of the most commonly used therapies in the field of psychotherapy. CBT is a rational combination of various related strategies that incorporate cognitive analysis and brain activation methods, offering new learning experiences. Kendall and Braswell (1993) developed a model for CBT in children. This model focuses on the factors of information processing, as well as the following learning process and influence from role models in the environment (Kendall and Braswell, 1993).

CBT strategies can easily be applied to both adults and children. However, as children and adolescents differ substantially from adults, the therapist should consider these differences while working with these groups.

Cognitive problems vary between adults and children. Depending on the age, CBT for adults typically targets *cognitive distortions*, which include irrational interpretations, high standards of personal performance, and misperception of routine life needs. Thoughts are processed in the mind, but some problems are observed in the results (Kendall and Braswell, 1993).

In children, the targeted cognitive problems depending on age are *cognitive deficiencies*, where children cannot apply cognitive skills, as they do not possess them. In other words, the child fails to activate the information-processing skills effective in problem solving and to initiate thought processing for shaping behaviour. Thus, cognitive impairments in adults and cognitive deficits in children call for different therapy goals (Kendall and Braswell, 1993).

For cognitive behavioral interventions in children and adolescents, the therapist should take into account the level of cognitive development before focusing on the thought process. Most cognitive methods for adults are not fully understood by preschoolers or older children (Kendall and Braswell, 1993; Grave and Blissett, 2004). Before the age of eight, identification of new cognitive skills or making the child aware of his/her distorted cognitions is rather challenging, since this period is the preoperational stage, as defined by Piaget. Therefore, CBT practices differ in preschoolers, with a focus on behavioral dimension in the treatment.

Cognitive processes, such as the child's attention span or memory capacity, influence the child's ability to perceive the reasoning process. Literacy skills and motivation also play a key role in CBT, but preschoolers usually lack reading and writing skills and motivation is mostly unattainable (Grave and Blissett, 2004). Causality is another important factor in CBT, which offers a clear insight into causality between child's behavior and cognition. To Piaget, children in the preoperational stage are egocentric and cannot see things from another person's point of view, so they are already naturally deficient in cognition in this stage (Grave and Blissett, 2004).

Thinking about thinking, or metacognition, begins to develop at the age of 3-4 according to the theory of mind. A child with difficulty in metacognition will fail in such processes, while an 8-year-old can easily accomplish this. Metacognition also requires self-observation and self-concept, which usually develop during adolescence (Grave and Blissett, 2004).

Another difference in CBT between children and adults is that the children cannot notice their deficiencies by themselves (Kendall and Braswell, 1993), so the therapist should take an active role in therapy (Türkçapar, Sungur and Akdemir, 1995), involving the child's family in the process.

A commonly used CBT technique in children is *games*, which involve *role-play* and *modeling* (Geldard, K. and Geldard, D., 1999). Many games can be used in the treatment of children in our country and in the world. The most common ones in our country are “*High Time*” and “*Adventure Forest*”. These games improve children’s cognitive capacities through processes that improve their short-term memory capacity, problem solving skills and ability to generate alternative solutions. The Hyperactivity Association in Turkey utilises such games in the treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder.

“*Coping Cat Workbook and Program*” (Kendall and Hedtke, 2006a, 2006b) is a therapy model consisting of 16 sessions used in the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. In Turkey, a program called “*Fear Hunter-KORKI*” was developed (Sorias, Bildik and Sütçü, 2009a, 2009b) based on the “*Coping Cat Program*” and adapted for Turkish population. Since 2004, the Turkish Ministry of Justice has developed CBT-based intervention programs for those pushed to crime and victims of crime, e.g. *Stop-Think-Change Program* (<http://www.cte.adalet.gov.tr/#>)

There is compelling evidence that cognitive behavioral therapy is effective in the treatment of many disorders in children and adolescents, such as depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and behavioral disorders, as well as impulsivity and attention-deficit hyperactivity disorder (Jensen, Holt and Ormhaug, 2017, Grave and Blissett, 2004, Kendall And Pimentel, 2003, Compton et al., 2014, Grave and Blissett, 2004).