

Bilişsel-Davranışçı Aile Terapisinin Etkililiği: Randomize Kontrollü Çalışmaların Sistematik Bir İncelemesi

Effectiveness of Cognitive-Behavioral Family Therapy: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials

Belemir Şule Samar¹, Koray Akkuş¹, Bahtım Kütük¹

¹Ege Üniversitesi, İzmir

ÖZ

Bilişsel davranışçı aile terapisi (BDAT) psikolojik veya fizyolojik sorunların tedavisinde oldukça geniş bir spektrumda kullanılmaktadır. BDAT ayrıca birçok farklı terapi modeline entegre edilerek uygulanabilmektedir. Literatür incelendiğinde BDAT'nin sık kullanılmış olmasıyla birlikte, kontrol gruplu etkililik çalışmalarının sayısı az olduğu görülmüştür. Bu makalede, söz konusu aile terapisi yaklaşımına dair yapılmış olan etkililik çalışmaları sistematik bir biçimde gözden geçirilerek, literatürde eksik olduğu düşünülen bu noktaya dair bir katkı sunulması amaçlanmaktadır. Söz konusu sistematik çalışma kapsamında belirlenmiş olan anahtar kelimeler, psikoloji alanında en çok kullanılan veritabanlarında (ULAKBİM, American Psychological Association, Psychology Database, Web of Science, Medline, and Scopus) taratılmış ve 402 araştırmaya ulaşılmıştır. Bulguların analiz sürecinde ise PRISMA diyagramı yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın içleme ve dışlama kriterleri göz önünde bulundurularak yapılan elemeler sonucunda ulaşılan 14 çalışma; örneklem özellikleri, BDAT'nin içeriği ve uygulama biçimleri, kontrol veya karşılaştırma gruplarının özellikleri, kullanılan ölçüm araçları ve bulguları açısından değerlendirilmiştir. Yapılan bu değerlendirme sonucunda ise BDAT'nin kaygı bozukluklarından, kronik fiziksel rahatsızlıklara kadar geniş bir yelpazede özellikle bireysel BDT ve psikoeğitim uygulamalarına veya bekleme listesine göre daha etkili olduğu görülmektedir. BDAT'nin etkililiği göz önünde bulundurularak, yaşamın ruhsal veya fiziksel sorunlar ile aile arasındaki karşılıklı etkileşimin BDAT ile düzenlenebildiği ifade edilebilir. Bu noktada BDAT'nin kullanımının daha da yaygınlaştırılması ve bu bağlamda daha çok araştırma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Bilişsel davranışçı aile terapisi, etkililik, sistematik derleme

ABSTRACT

Cognitive-behavioral family therapy (CBFT) is used for a wide range of psychological and physical problems in integration with different treatment protocols. Effectiveness of CBFT research studies on the control group are limited in literature, even though this treatment is used frequently. Although various studies highlighted the effectiveness of CBFT, no systematic reviews were conducted. The study aims to review randomized controlled trials on CBFT. The study used keywords to identify 402 related articles in commonly used psychology databases (ULAKBİM, American Psychological Association, Psychology Database, Web of Science, Medline, and Scopus). The PRISMA diagram was used for analysis. Studies assessed with control groups were included without a historical limitation. The articles were screened according to inclusion and exclusion criteria. Fourteen articles were evaluated in terms of sample characteristics, content, application methods, characteristics of control and comparison groups, assessment tools, and findings. The results indicated that CBFT is especially more effective than individual CBT, psychoeducation or waitlist for various issues, such as anxiety disorders, obsessive compulsive disorders, pediatric bipolar disorder, substance use disorder, anorexia nervosa and chronic physical problems. The study inferred that CBFT can be used to improve mutual interaction between mental or physical problems with family. In other words, CBFT can be used to improve the effect of disorders experienced by one member on the family and the effect of the family on the disorders. In this manner, the risk of relapse can be reduced in the treatment of certain disorders. Therefore, the study suggests that CBFT should be used increasingly and that this field warrants further research.

Keywords: Cognitive-behavioral family therapy, effectiveness, systematic review

Giriş

Aile terapileri kaygı bozuklukları, bipolar bozukluk, anoreksiya nervoza veya obsesif kompulsif bozukluklar gibi birçok psikiyatrik bozukluk için kullanılmaktadır (Stewart ve ark. 2020). Aile terapilerinin özellikle uzun süreli tedavi etkileri açısından bireysel tedavilerden daha etkili olduğu kaydedilmiştir (Liddle ve ark. 2008). Geliştirildiği 1960'lı yıllardan bu yana yapılan çok sayıda araştırmada, bilişsel davranışçı terapi modelinin bireysel ve grup terapisi uygulamalarındaki etkililiği gösterilmiştir. Gerçekleştirilen meta analiz çalışmaları doğrultusunda bu model aile sistemi temelli terapötik çalışmalara da uyarlanmıştır (Butler ve ark. 2006, Cuijpers ve ark. 2016). Öğrenme kuramları ve bilişsel psikolojiden kökenlerini alan bilişsel davranışçı aile terapisi (BDAT) aile üyelerinin aile kavramındaki davranışsal, duygusal ve bilişsel yönler açısından etkileşim içinde olduğunu varsayar. Ayrıca bu model, bilişsel ve davranışsal temel bileşenlere ek olarak, duygusal, sosyal ve gelişimsel öğeleri de içerisinde barındırmaktadır (Özcan ve Çelik, 2017).

BDAT odaklandığı konular açısından çeşitlilik göstermektedir. Davranışçı ebeveyn eğitimi, işlevsel aile terapisi, cinsel işlev bozukluklarının davranışçı tedavisi ve davranışçı çift terapisi, BDAT'nin farklı uygulamalarına örnek olarak sayılabilir (Gladding 2017). Bu yaklaşım, kendi içinde gelişime açık ve esnek oluşu sayesinde, Akılcı Duygusal Terapi gibi farklı terapi modellerine entegre edilerek kullanılabilir. Dolayısıyla, bu terapi yaklaşımının güncelliğini koruduğu ve kullanımının gün geçtikçe artmaya devam edeceği düşünülmektedir (Dattilio 2005, Efe ve Türkçapar 2013, İkizoğlu 2019).

Aile terapilerinin gelişim sürecinin başında davranışsal aile terapileri ailelerin tedavisinde önemli bir rol oynamıştır. Davranışsal aile terapileri, davranış analizi yaparak sorunlu durumları ortadan kaldırmaya odaklanır. Aile bireylerinin, sorunlu durumlar üzerinde etkisi olduğu düşünülen birbirlerine yönelik tutum, inanç ve beklentilerinin değerlendirilmesinin bilişsel terapilerin geliştirilmesinde esas olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle, hem semptomatik durumları ortadan kaldırmaya yönelik davranışsal analizler hem de semptomları ortaya çıkaran ve devam ettiren zihinsel müdahalelere odaklanan bilişsel müdahaleler aile terapilerinde birlikte kullanılmaya başlanmıştır (Dattilio 2010).

Bilişsel davranışçı yaklaşım temelli aile terapilerinin amacı ailelerin yaşadığı sorunlu durumları giderebilmek için aile üyelerinin davranış örüntülerini çözebilmektir. Ailenin örgütlenişinden veya ilişkilerin sağlıklı olmasından ziyade davranışsal sorunlara odaklanılmaktadır. Bu bağlamda, BDAT olumsuz davranışların ortadan kaldırılmasına odaklanmakla birlikte, olumlu pekiştirmenin de artırılmasını sağlamaya yönelik çalışır. Danışanların sorun çözme, iletişim ve uzlaşma becerilerinin öğretilmesine/geliştirilmesine odaklanılmaktadır. Öte yandan bireylerin çarpık inançlarını gözden geçirerek ve sorun çözmelerine yardımcı olacak bilişsel stratejiler öğretilerek ailelerin gelecekte karşılaşılabilecekleri sorunlarını çözmelerine yardımcı olunmaktadır. Bu bağlamda söz konusu yaklaşımın, teknik yönden de zengin olduğu söylenebilir (Dattilio 2005).

BDAT, bilişsel davranışçı terapinin bireysel uygulamaları gibi yapılandırılmış bir protokolü takip eder. İlk seansta tedavi protokolünün tanıtımı yapılır. Seanslar, genellikle bir önceki haftanın ev ödevlerinin kontrolleriyle ve geçen seansın özetlenmesiyle başlar. Daha sonra seansın önceden belirlenmiş olan gündemine geçilir ve terapi modeline özgü teknikler aracılığıyla gündem üzerine çalışılır. Seans sonunda ise haftalık uygulama verilerek, üzerinde çalışılan durumun iyileştirilmesine yönelik, bilişsel ve davranışsal değişimi kolaylaştırabilecek ev ödevleri tanıtılır ve seans özeti yapılarak haftalık süreç tamamlanır (Beck 1995, Friedberg 2006).

Seans gündemine uygun bir biçimde bireylere aile içi sorunları nasıl çözüme ulaştırabilecekleri yönünde teknikler öğretilmektedir. Bu bağlamda iki faktör önem arz etmektedir. Birincisi, sorunlu davranışın temel düzey sıklığının belirlenmesidir, böylece tedavinin başarısına ilişkin geribildirim alınabilmektedir. İkincisi ise ailelere özgü pekiştireçlerin değiştirilebilmesine yönelik stratejilerin belirlenmesidir. Bu noktada, terapist ilk olarak davranış sıklığını belirlemeye dair bilgi edinmekle birlikte davranışın öncesinde ortaya çıkan uyarıcılara ve davranış sonrasında elde edilen pekiştireçlere dair de gözlem yaparak danışana özgü müdahale programı belirlemeye çalışmaktadır (Nichols 2013). Semptomatik tablonun düzeltilmesine yönelik yapılan seansların ardından terapist, nüksü önlemeye ve iyi hali uzun vadede sürdürmeye yönelik çalışır. Aileye, sorunlu durumlarla ilgili olarak aile üyesine takip etme, kendi kendini taramayı destekleme ve geri bildirim verme gibi sorumluluklar verilir ve terapi sonlandırma süreci tamamlanır (Özcan ve Çelik 2017). Meta analizlere (Pilling ve ark. 2002) ve bir başka ampirik araştırmaya göre (Bird ve ark. 2010), bu noktada psikoz bozuklukları için aile müdahalesini içeren tedavi protokolleri daha uygundur.

BDAT sürecinde kullanılan müdahale yöntemleri değerlendirildiğinde, tedavi sürecinin ilk olarak psiko eğitimle başladığı görülebilmektedir (Efe ve Türkçapar 2013). Sonrasında ise üzerinde çalışılan sorun duruma göre kullanılan ve uyarlanabilen tedavi protokollerinin içeriği incelendiğinde kullanılan tekniklerin iki ana başlık altında toplandığı anlaşılmaktadır. Buna göre aile içi çatışmaların çözümlenmesinde ve aile üyeleri arasındaki

uyumun sağlanmasında etkili olduğu düşünülür; anlaşma yapma, karşılıklılık, kendine yönerge verme, Premack ilkesinin uygulanması, model alma ve rol yapma gibi teknikler davranışçı müdahaleler arasında yer almaktadır (Thibaut ve Kelley 1959, Meichenbaum 1977, Premack 1965, Wetchler ve Piercy 1986, Gottman ve Krokoff 1989, Eaves ve ark. 2005, Friedberg 2006, Nichols 2013, Gladding 2017). Bir diğer teknik grubu ise bilişsel yöntemleri içermektedir. Buna göre, sağlıklı ailesel ilişkilerin kurulmasını ve sürdürülmesini engelleyen düşünce hataları ve temel inançlar tespit edilerek, bu hatalı bilişlerin değiştirilmesine yönelik çalışılır (Friedberg 2006, Efe ve Türkçapar 2013). Bu bağlamda ise öncelikli olarak söz konusu düşüncenin içeriğine uygun bir biçimde gerçekçiliğine ilişkin olarak sokratik sorgulama, felaketleştirme soruları, pasta grafiği tekniği, süreklilik tekniği ve davranışsal deneme aracılığıyla alternatif düşünce geliştirmeye yönelik çalışılır (Beck 1995, James ve Barton 2004, Friedberg 2006, Efe ve Türkçapar 2013, Türkçapar ve ark. 2015).

BDAT yaklaşımında tedavi hedeflerinin belirlenebilmesi ve tedavi protokolünün işletilebilmesi için öncelikli olarak ailenin güçlü ve zayıf yönlerini bilmek gerekmektedir. Bunun yanı sıra, ailenin güncel işleyiş biçiminin gelişimsel düzeyde anlaşılmasına ihtiyaç vardır. Böylelikle terapist tarafından, yaşanan sorunların, hangi değişiklikler yapılarak giderilebileceğine dair fikir sahibi olunur. Son olarak, ailenin bilişsel, duygusal ve davranışsal eğilimleri incelenerek, müdahale alanları tespit edilmeye çalışılır (Efe ve Türkçapar 2013).

Aile üyeleri birbirlerinin aile ile ilgili deneyimlerini etkiler ve birbirlerinin deneyimlerinden etkilenirler. Bireylerin inanç, tutum ve beklentileri hedefe yöneliktir. İnsanlar, geçmişte uyguladıkları bireysel şemalar üzerinden gözlem yaparak ailelerinin deneyimlerini algılamakta zorlanırlar. Böylece ailelerin tekrarlayan tavır ve eğilimlerini fark edebilir ve tutumlarını tahmin edebilirler. Böylece ailele şemaları oluşur. Kısacası, ailenin şemaları, nasıl algılanacaklarına dair inançlarıyla birleşir. Böylece ailenin deneyimleri yorumlanır ve sonuçlandırılır (Epstein 2007, Dattilio 2010). Algılama biçimleri ise hem bireysel olarak hem de aynı birey için bile bağlamsal olarak farklılık gösterebilmektedir (Dattilio 1998). Söz konusu şemalar bireylerin kendine dair temel inançları doğrultusunda, gerçekte uyumlu olmayacak şekilde düşünce hatalarına, akabinde yaşanabilecek ilişki sorunlarına ve davranış problemlerine zemin hazırlamaktadır (Dattilio 1998, Dattilio 2005, Fredberg 2006).

Bahsi geçen bu düşünce hatalarının öncelikli olarak aile üyeleri tarafından fark edilmesine yönelik çalışılmaktadır. Bu süreçte aile üyelerine fayda sağlayabilecek yeni bakış açıları kazandırılmaya uğraşmakta ve gerektiğinde bireylerin kendi kendilerine düşüncelerini nasıl değiştirebileceklerine yönelik eğitim verilmektedir (Dattilio 2001). Şemalarda yapılan değişikliklerin ardından davranışsal tekniklerle çalışılmaya devam edilebilmektedir. Bu bağlamda, aile üyeleri arasındaki olumsuz etkileşimin fazlalığı, olumlu ilişkilerin azlığı, iletişimde kullanılan kendini ifade etme ve dinleme becerilerinin ve problem çözüme becerilerinin zayıflığı, müzakere ve davranış değiştirme becerilerinin yetersizliği üzerinde durulur (Spillane-Grieco 2000).

Literatürde, BDAT'ye dahil olan tekniklerin çoğu diğer aile terapisi yaklaşımlarıyla entegre edilerek veya farklı isimlerle kavramsallaştırılarak kullanılmaktadır. Ayrıca BDAT'nin dünyada en yaygın kullanılan yaklaşım olduğu anlaşılmaktadır (Dattilio 2010). BDAT özellikle ergenler için kullanılmaktadır (Liddle ve ark. 2008). Ayrıca meta analizlere göre, bozuklukların şiddetini etkileyen aile davranışlarından kaynaklanan obsesif kompulsif bozukluk vakalarında da kullanılmaktadır (Stewart ve ark. 2020). BDAT'nin işlevsel olduğu düşünülse de, etkinliğiyle ilgili ampirik çalışmalar çok sınırlıdır (Faulkner ve ark. 2002, Dattilio 2005, Dattilio 2021). Ayrıca milli literatürde bununla ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Bu bakımdan, bu araştırmanın bu literatür eksikliğine işaret etmesi açısından önemli olduğu söylenebilir.

BDAT alanındaki çeşitli çalışmalar, BDAT'nin etkinliğini ve bireylerin ve ailelerinin yaşadığı çeşitli zihinsel veya fiziksel problemler arasındaki etkileşimi araştırmıştır. Bu çalışmalarda, aile üyelerinin tedaviye katılımının semptomların azaltılmasına yardımcı olabileceği öne sürülmektedir (Palermo ve ark. 2009, Chalder ve ark. 2010, Canavarro ve Dattilio 2011, Lloyd ve ark. 2012, Zarei ve ark. 2018). Bununla birlikte, BDAT'nin etkinliğini değerlendiren sistematik bir inceleme yoktur. Bu noktada, kontrol gruplarının kullanımı ile birlikte çocuk ve aile üzerinde uygulanan özel durumların araştırmacılar için zor olduğu düşünülebilir. Bu bağlamda mevcut çalışmanın amacı BDAT'nin etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmaları sistematik bir şekilde gözden geçirerek, bu müdahale yönteminin ruhsal veya fiziksel sorunlar üzerindeki tedavi edici gücü değerlendirmektir. Böylelikle görece yeni olan terapi yaklaşımı hakkında daha fazla araştırmanın yapılmasının önünün açılacağı ve BDAT'yi klinik pratikte kullanan terapistlere yol göstereceği düşünülmektedir.

Yöntem

BDAT'ye yönelik yapılan etkililik çalışmalarının değerlendirilebilmesi için ULAKBİM, APA (American Psychological Association), Psychology Database, Web of Science, Medline ve Scopus veri tabanları incelenmiştir. Ancak "cognitive behavior family therapy", "effectiveness", "efficiency" ve "efficacy" sözcüklerinin farklı

kombinasyonlarla taratılmasına rağmen, çok az sayıda araştırmaya ulaşılmıştır. "Efficiency" ve "efficacy" sözcüklerinin "effectiveness" sözcüğünden farklı anlamları olmasına rağmen bazı araştırmalarda "effectiveness" yerine kullanılmaları nedeniyle onlar da aranmıştır. Dahası "bilişsel davranışçı aile terapisi", "aile temelli bilişsel davranışçı terapi" veya "ailesel müdahalelere entegre edilmiş bilişsel davranışçı terapi" gibi farklı kullanımlar olduğu anlaşılmıştır. Bu sebeple söz konusu veri tabanlarında olabildiğince çok çalışmaya ulaşılabilme adına "cognitive behavio* therap*" AND "famil*" kelime grubu araştırma başlıklarında taranmıştır. Sözcüklerin çoğul eki içeren hallerini de araştırmaya dahil edebilmek için sözcük sonlarına * işareti eklenmiştir. Aynı arama prosedürü Türkçe için de uygulanmıştır. Çalışmaya dahil edilme ve çalışmadan hariç tutulma kriterleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilme ve hariç tutulma kriterleri

| Dahil Edilme Kriterleri |
|--|
| İngilizce veya Türkçe yazılmış |
| Tarihsel bir sınırlama yok |
| Kontrol gruplarıyla BDAT'nin etkinliği üzerine yürütülmüş |
| Aile bireylerini içeren bilişsel ve davranışçı teknikler üzerine yapılan çalışmalar BDAT olarak değerlendirildi. |
| Nicel teknikle objektif ölçümlere ilişkin öz bildirim |
| Uzun vadeli veya kesitsel yöntemlerin kullanımına ilişkin sınırlama yok |
| BDAT müdahale alanları açısından (örn. psikopatoloji ve sorunlu davranışlar) sınırlama yok |
| Hariç Tutulma Kriterleri |
| İngilizce veya Türkçe olmayan çalışmalar |
| Kontrol grupları olmayan makaleler |
| Vaka çalışmaları |
| İnceleme makaleleri |
| Kitap bölümleri |

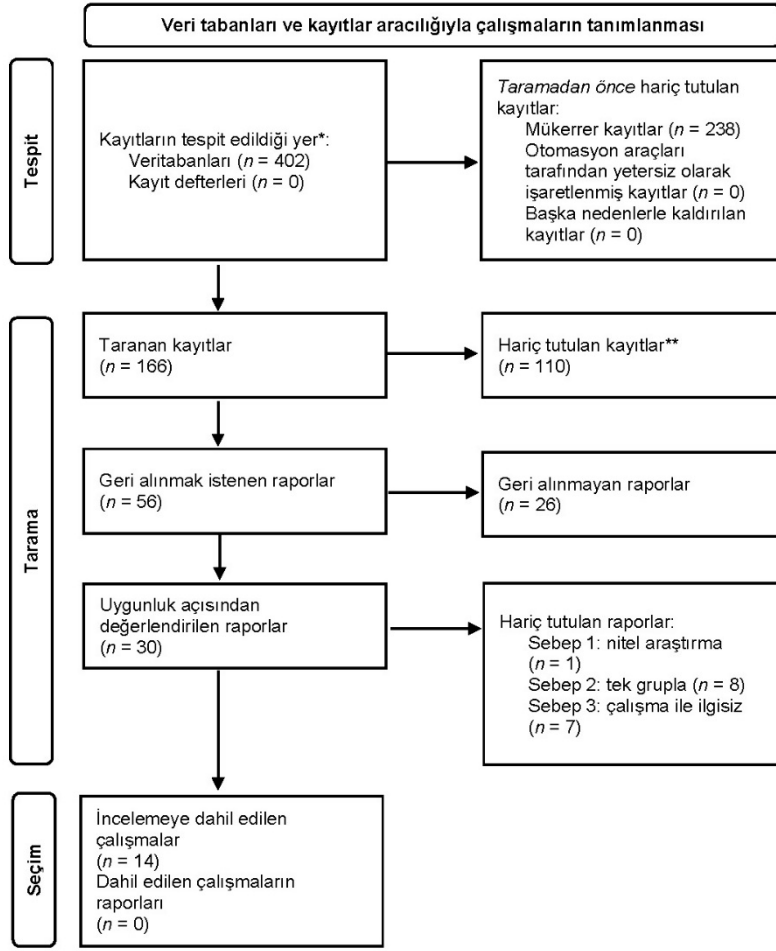
Sistemik incelemeler için literatürde birkaç araştırma yöntemi kullanılmaktadır. Örneğin bu noktada, Gözlemsel Kohort ve Kesitsel Çalışmalar için Kalite Değerlendirme Aracı'ndan (Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies, Von Elm ve ark. 2008, Danthi ve ark. 2014) söz edilebilir. Bununla birlikte, bu çalışma literatürde en sık kullanılan yöntem olan PRISMA Diyagramı (Şekil 1'e bakınız) yöntemini içermektedir (Page ve ark. 2021).

Yukarıda adı geçen veri tabanlarında "cognitive behavio* therap*" AND "famil*" anahtar kelime grubu taratılarak toplam 402 çalışmaya ulaşılmıştır. Bunlar arasından tekrar edenler çıkarıldığında ise geriye 166 çalışma kalmıştır. Çalışmanın dışlama kriterleri ve bulunan araştırmaların söz konusu çalışmayla olan ilişkilik düzeyleri göz önünde bulundurularak, araştırma özetlerinin değerlendirilmesiyle beraber yapılan ilk aşama eleme işlemi sonucunda 30 çalışma kalmıştır. Elenen çalışmaların 2'si Almanca, 2'si kitap, 5'i kitap bölümü, 11'i kitap değerlendirmesi, 8'i toplantı özeti, 1'i tedavi protokolü, 1'i proceeding metni, 2'si study protokol ve 1'i de çalışma metni olması sebebiyle çalışma dışı bırakılmıştır. Öte yandan, bulunan makalelerin 15'i vaka, 1'si meta analiz, 3'ü sistematik derleme ve 11'i derleme çalışması olması sebebiyle çalışmadan dışlanmış. Yapılan değerlendirme sonucu 47 araştırmanın da üzerinde çalışılan konuyla ilgisi olmadığı anlaşılmıştır. Son olarak ise 26 araştırma, erişim sağlanamadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Bu doğrultuda eleme işlemi sonucunda tam metin olarak değerlendirilmeye devam edilecek 30 araştırmaya ulaşılmıştır. Bu araştırmalara yönelik yapılan tam metin incelemesi sonucunda ise 8 makale tek gruplu çalışmalar olması ve 1 makale de niteliksel bir araştırma olması sebebiyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Yapılan tam metin değerlendirilmeleri sonucunda 7 araştırmanın da yine üzerinde durulan noktayla ilgili olmadığı anlaşılmıştır. Yapılan tüm bu eleme işlemleri sonucunda ise değerlendirilmek üzere toplam 14 makale çalışmaya dahil edilmiştir. Gerçekleştirilen tüm bu eleme sürecine dair özetleme Şekil 1'de gösterilmektedir.

Bulgular

BDAT'nin etkililiğine dair gerçekleştirilen kapsamlı literatür taraması sonucunda, bu yöntemin kullanıldığı, belli bir ailesel veya bireysel sorunun söz konusu olduğu durumlara ilişkin etkililik çalışmalarının oldukça az olduğu görülmektedir. Bu eksikliğin nedeni, aileler üzerinde çalışma yürütmenin sadece bir çift üzerinde çalışma yürütmekten daha zor olması olabilir. Sadece iki kişiden oluşan çiftlerle karşılaştırıldığında, beş veya altı kişiye kadar olan aileler, özellikle küçük çocuklar söz konusu olduğunda örneklem büyüklüğünü ve rutin katılımı korumayı çok zorlaştırmaktadır. Bu bağlamda BDAT'ye yönelik gerçekleştirilen çeşitli alanlardaki kontrol gruplu randomize araştırma sonuçlarının sistematik bir biçimde değerlendirilmesinin, BDAT'nin etkililiğine dair daha sağlıklı bilgiler sunabileceği düşünülmektedir. Ayrıca BDAT'nin oldukça geniş bir uygulama alanına sahip olduğu

da ifade edilebilmektedir. Bu noktada söz konusu sistematik çalışma kapsamında sonuçları incelenecek olan araştırmaların özetleri Tablo 2'de gösterilmektedir.



Şekil 1 PRISMA akış diyagramı

Tablo 2. Seçilen çalışmaların yöntem ve bulgularına genel bakış

| Kaynak | n | Katılımcı Özellikleri | Müdahale Adı ve Bileşenleri | Karşılaştırıcı | Tedavi Süresi ve Sıklığı | Takip | Sonuç Ölçütleri | Temel Bulgular |
|-------------------------|-----|---|---|-------------------------|---|---------|--|--|
| Ball ve Mitchell (2004) | 25 | Anoreksiya nervozalı ergenler ve genç yetişkinler | Davranışsal aile terapisi: Çeşitli davranışsal müdahaleler | Standart BDT | 1 yıl boyunca 1 saat süren yirmi beş oturum | Altı ay | Fiziksel durum (ör. ağırlık ve adet döngüsü) Genel durum (MRS) Yeme alışkanlık ve davranışları (EDE) | Her iki tedavi grubu da fiziksel durum (ör. ağırlık ve adet döngüsü) açısından önemli gelişmeler gösterdi. BMI, MRS ve EDE açısından anlamlı bir değişiklik gözlemlenmesine rağmen, takip aşamasında semptomatik aralıkta kalmıştır. |
| Baruah ve ark. (2018) | 64 | 18-45 yaş arası OKB'li yetişkinler | Aile temelli kısa müdahale Tedavi: psikoeğitim, maruz kalma ve tepki önleme ve aile müdahalesini içerir. | Rahatlam a egzersizleri | 3-4 haftada 90-120 dk süren altı seans | Üç ay | Tedaviye yanıt (Y-BOCS ve CGI) | Tedavi grupları kontrol gruplarına göre daha iyi yanıt verdi. BDT grubu hastalık şiddeti, ailenin tutumu ve ifade edilen duygular açısından rahatlamaya grubuna göre daha üstündür. |
| Bodden ve ark. (2008) | 128 | Anksiyete bozukluğu olan 8-18 | Aile BDT'si: maruz kalma yoluyla çocuk ve | Çocuk BDT'si: Minimum | 60-90 dakika süren on üç seans | Üç ay | Tanı durumu (ADIS-C/P) | Çocukların yaklaşık yarısı tedaviden sonra anksiyete bozukluğu kriterlerini artık karşılamamıştır ve takip |

| | | | | | | | | |
|------------------------|-----|--|---|--|---|---------|--|--|
| | | yaş arası çocuklar | ebeveyn kaygısını azaltma, ebeveynlere ilişkin işlevsizlik inançlarını tanımlamak ve değiştirme ve sorunlu aile etkileşimini ele alma olmak üzere üç aşamayı içerir. | ebeveyn katılımı eşliğinde çocukla yürütülen bilişsel ve davranışsal stratejiler | | | Anksiyete belirtileri (ör. SCARED-71, STAI ve CBCL) Otomatik düşünce (CATS) | döneminde de kazanımlar korunmuştur. Tedaviden sonra, aile BDT'sine kıyasla çocuk BDT'sinde daha fazla çocuk hiçbir anksiyete bozukluğu kriterini karşılamamıştır. Ancak bu üstünlük takip sürecinde ortadan kalkmıştır. |
| Chalder ve ark. (2010) | 63 | Kronik yorgunluk sendromu olan 7-18 yaş arası ergenler | Aile odaklı bilişsel-davranışçı terapi programı faaliyetleri arttırmayı, uyku rutini oluşturmayı, uyumsuz inançları ele almayı ve aile üyelerini hastalık hakkındaki görüşlerini ifade etmeye teşvik etmeyi içerir. | Psikoeğitim BDT ile benzer içerikler didaktik bir şekilde iletilir. Ödevler ve bilişsel yeniden yapılandırma sağlanmıştır. | Altı ay boyunca iki haftada bir üç seans | Altı ay | Okul devamlılığı (her hafta katıldığı öz bildirim saatleri) Yorgunluk (CFQ) Fiziksel durum (SF-36) Bozukluk (SAS) Uyum (SDQ) Genel gelişim ve memnuniyet (öz bildirim) | Her iki gruptaki katılımcılar, altı aylık takip sürecinde okul devamlılığı ve ikincil sonuçlar açısından da benzer gelişmeler göstermektedir. Bununla birlikte, aile odaklı BDT grupları kontrol grubundan daha fazla memnuniyet bildirmektedir. |
| Groot, ve ark. (2007) | 29 | Anksiyete bozukluğu olan 7-12 yaş arası çocuklar | Aile odaklı BDT (grup formatı) Gruplar 5-6 çocuk ve bunların ebeveynlerini içerir. Tedavinin, ebeveyn ve çocuk olmak üzere iki bileşeni vardır. Ebeveyn oturumları psikoeğitim, farkındalığın teşviki ve kaygı yönetimi ve çocuklara model olma gibi konuları içermektedir. Çocuk seansları yararlı düşünceleri ve maruz kalma konusunu ele alır. | Aile odaklı BDT (bireysel format) Aynı BDT programı bireysel bir olarak yürütülmüştür | Haftada on iki seans ve 3-4 haftada tedavinin tamamlanması takiben bir destekleyici seans | Altı ay | Tanı durumu (ADIS) Anksiyete belirtileri (SCAS) Genel semptomatoloji (SDQ) | Her iki gruptaki çocukların yaklaşık yarısı, tedavi sonrasında ve takip döneminde anksiyete bozukluğu kriterlerini karşılamamıştır. Anket verileri ayrıca her iki tedavinin de semptomlarda belirgin azalma sağladığını göstermektedir. İki durum arasında herhangi bir fark gözlenmemiştir. |
| Kendall ve ark. (2008) | 161 | Anksiyete bozukluğu olan 7-14 yaş arası çocuklar | Bilişsel-davranışçı aile terapisi Tedavi psikoeğitim, öğretim becerileri ve maruz kalma görevlerinden oluşur | Bireysel (çocuk) BDT ve aile temelli eğitim | Her biri 60 dakika olmak üzere haftada on altı seans | Bir yıl | Tanı durumu (ADIS) Anksiyete belirtileri (MASC) Başa çıkma becerileri (yör. CQ-C ve CQ-P) | Her üç koşuldaki çocuklar önemli bir iyileşme gösterse de terapi grupları (bireysel ve aile), anksiyete bozukluğunun varlığını azaltmada eğitim grubundan daha üstündü. Tedavi kazanımları takip döneminde de sürdü. |

| | | | | | | | | |
|---------------------------|----|--|---|---|---|---------------|--|--|
| Latimer ve ark. (2003) | 43 | Madde kullanım bozukluğu olan 12-18 yaş arası ergenler | Entegre bilişsel-davranışçı aile terapisi Bilişsel-davranışçı bileşen, rasyonel duygusal terapi ve problem çözme terapisi ilkelerinden oluşur. Aile terapisi bileşeni iletişimi, uygun aile rollerini ve etkili ebeveynlik becerilerini içerir. | Psikoeğitim Uyuşturucu kullanımı'nın fizyolojik etkisi | 16 hafta boyunca on altı bireysel aile terapisi seansı (haftada bir kez) ve 32 akran grubu seansı (haftada iki kez) | Altı ay | Tanı durumu (DICA) Psikolojik bağımlılık (PEI) Aile değerlendirmesi (FAM) | Tedavi grubu, kontrol grubuna kıyasla madde kullanımında daha fazla azalma sağlamıştır. BDT grubunda ergenler problem çözme ve öğrenme stratejisi becerilerinde iyileşme gösterdi. Ebeveynler ise iletişim, katılım ve kontrol konusunda daha adaptif puanlara ulaştı. |
| Lloyd ve ark. (2012) | 44 | Kronik yorgunluk sendromlu ergenler | Aile odaklı bilişsel-davranışçı terapi Davranışsal müdahaleler (ör. aktivitelerin artırılması ve uyku rutinlerinin değiştirilmesi) Bilişsel müdahaleler (ör. yararsız inançları değiştirmek, aile üyelerini hastalık hakkında kendi görüşlerini ifade etmeye teşvik etmek, nüksün önlenmesi) Ailelere bir tedavi kılavuzu verilirken, ergenlere ödev verildi. | Psikoeğitim Hastalık ve problem çözme hakkında bilgi verilirken tümdenge lim yaklaşımı uygulanmıştır. Tedavi kılavuzu ve ödev dahildir. | İki haftada bir on üç seans | Yirmi dört ay | Okul devamlılığı (ör. her hafta katıldığı öz bildirim saatleri) Yorgunluk (CFQ) Fiziksel durum (SF-36) Bozukluk (SAS) Uyum (SDQ) Genel gelişim ve memnuniyet (öz bildirim) | Okul devamlılığı, bozulma, iyileşme ve iyileşen ergenlerin oranları 24 ayda anlamlı bir fark göstermedi. Aile odaklı BDT'ler daha iyi duygusal ve davranışsal uyum sağlar. |
| MacPherson ve ark. (2016) | 69 | Pediyatrik bipolar bozukluğu olan 7-13 yaş arası çocuklar | Çocuk ve aile odaklı bilişsel-davranışçı terapi Tedavi, aile, ebeveynler ve çocuklar için sırasıyla altı, üç ve üç seanstan oluşur. | Normal tedavi | 60-90 dakika süren on iki haftalık seanslar ve tedaviden sonra altı aya kadar aylık destekleyici seanslar | Altı ay | Mani (CMRS) Depresyon (CBDRS) Global durum (CGAS) | Normal tedavi (TAU) ile karşılaştırıldığında, BDT grubundaki çocuklar tedavi sonrası dönemde mani, depresyon ve genel durum açısından daha fazla iyileşme göstermiştir. Mani dışında, takip sürecinde de benzer bulgular gözlemlendi. |
| Palermo ve ark. (2009) | 48 | Kronik ağrısı olan 11-17 yaş arası ergenler ve onların ebeveynleri | İnternet üzerinden sunulan bilişsel-davranışçı aile terapisi Program iki bileşenden oluşur: Çocuk bileşeni eğitim, olumsuz duyguların tanımlanması, | Bekleme listesi kontrolü | Sekiz hafta boyunca bir web sitesinde haftalık oturumlar | Üç ay | Etkinlik sınırlaması (CALI) Ağrı (çevrimiçi günlük) Depresif belirtiler (RCADS) Ağrı davranışına ebeveyn tepkisi (ARCS) | Tedavi sonrası süreçte ve takip döneminde, BDT grubu daha az aktivite sınırlaması ve ağrı yoğunluğu ile daha fazla klinik iyileşme bildirdi. Tedavi sonrası süreçte ebeveyn koruması ve çocukların depresif belirtileri açısından fark gözlenmedi |

| | | | | | | | | |
|--------------------------|----|---|--|--|---|-------|--|---|
| | | | rahatlama, bilişsel beceriler, uyku hijyeni ve faaliyetlerin sürdürülmesini içerir Ana bileşen eğitim, işlemsel stratejiler, model olma ve iletişimden oluşur | | | | Tedavi memnuniyeti (TEI) | |
| Bodden ve ark. (2008) | 40 | 7-17 yaş arası, OKB'li çocuk ve ergenler | Aile temelli bilişsel-davranışçı terapi Psikoeğitim, bilişsel eğitim ve tepki önleme ile birlikte maruz bırakma En az bir ebeveyn çocuklarla yapılan tüm oturumlara katılmıştır. | Aynı tedavi daha uzun süre uygulandı (14 hafta boyunca haftalık seanslar) | Üç hafta boyunca, hafta içi her gün toplam on dört seans yapıldı | Üç ay | Tanı durumu (ADIS) Semptom şiddeti ve bozulma (CY-BOCS, CGI-S ve COIS-P) Aile tutumu (FAS) | Yoğun BDT tedaviden sonra bazı avantajlar gösterse de (ör. CGI-S ve FAS) iki durum takip döneminde hiçbir fark göstermedi. Zaman içinde genel tedavi kazancı korundu. |
| Weinstein ve ark. (2017) | 71 | Pediyatrik bipolar bozukluğu olan 7-13 yaş arası çocuklar | Çocuk ve aile odaklı bilişsel-davranışçı terapi Program şunlardan oluşmaktadır: rutin, etki düzenleme, öz saygının ve ebeveyn etkinliğinin geliştirilmesi, bilişsel yeniden yapılanma, sosyal beceriler, problem çözme ve iletişim eğitimi, sosyal destekten. | Psikoterapi TAU | Haftada bir yapılan ve 60-90 dakika süren toplam on iki seans ve altı ay boyunca destekleyici seans | 6 ay | Tanı durumu (WASH-U-KSADS) İntihar düşüncesi ve intihar davranışı (C-SSRS) Depresyon (BDI-II) | Her iki tedavi grubu da, düşünce olasılığı ve yoğunluğu açısından belirgin iyileşme gösterdi. Ancak grup farklılıkları gözlenmedi. |
| Wood ve ark. (2006) | 40 | Anksiyete bozukluğu olan çocuklar | Aile odaklı bilişsel-davranışçı terapi BDT stratejileri (ör. maruz bırakma, ödüllendirme, beceri eğitimi) ve ebeveyn eğitimi birleştirildi. Seanslar çocuklar ve ebeveynlerle yapıldı. | Çocuk odaklı bilişsel-davranışçı terapi Beceri eğitimi ve pratiği, aile katılımı olmadan, yalnızca çocuklarla yapıldı | 12-16 seans için 60-80 dk süren seanslar | - | Tanı durumu (ADIS-C/P) Anksiyete belirtileri (ör. CGI ve MASC) | Her iki gruptaki çocuklar önemli gelişme gösterdi. Bununla birlikte aile BDT'si, tanı durumu ve ebeveynlerin çocuk anksiyetesine ilişkin bildirimleri açısından daha fazla iyileşme sağlasa da çocukların tedavi sonrası öz bildirimleri açısından daha fazla iyileşme sağlamadı. |
| Zarei ve Roohafza (2018) | 20 | Orak hücre bozukluğu olan çocukların aileleri | Bilişsel-davranışçı aile terapisi Psikoeğitim, olumsuz düşünceleri ve | Kontrol grubu | Haftada bir toplam sekiz seans | Üç ay | Toplumsal damgalama (SSQ) Aile işlevi (FAD) | Müdahale sonrasında, sosyal damgalanma ve aile işleyişi puanları önemli ölçüde iyileşirken, kontrol grubunda herhangi bir değişiklik gözlenmedi. |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | bilişsel hataları tanımlama ve bunların üstesinden gelme | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

CFQ: Chalder Fatigue Questionnaire; SF 36: Health Survey Questionnaire; SAS: Social Adjustment Scale; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; CMRS: Child Mania Rating Scale; CBDRS: Child Bipolar Depression Rating Scale; CGAS: Children's Global Assessment Scale; Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; CGI: Clinical Global Impression Scale; DICA: Diagnostic Interview for Children and Adolescents; PEI: Personal Experience Inventory; FAM: Family Assessment Measure; ADIS-P: Anxiety Disorder Interview Schedule-Parent Version; CY-BOCS: Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; CGI-S: Clinical Global Impression Severity; COIS-P: Child Obsessive-Compulsive Impact Scale; FAS: Family Accommodation Scale; SCARED-71: Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-71; STAI: State Trait Anxiety Inventory; CBCL: Child Behavior Checklist; CATS: Children's Automatic Thought Scale; MRS: Morgan-Russell Assessment Schedule; EDE: Eating Disorders Examination; SCAS: Children's Anxiety Scale-Child Version; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire Extended Version; MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children; CQ-C: Coping Questionnaire-Child; CQ-P: Coping Questionnaire-Parent; SSQ: Social Stigma Questionnaire; FAD—McMaster Family Assessment Device; CALI: Child Activity Limitations Interview; RCADS: Revised Child Anxiety and Depression Scale; ARCS: Adult Responses to Children's Symptoms; TEI: Treatment Evaluation Inventory Short Form; WASH-U-KSADS: Washington University Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; C-SSRS: Columbia Suicide Severity Rating Scale; BDI-II: Beck Depression Inventory-II

Örneklem Özellikleri

Gözden geçirilen araştırmalar örneklem büyüklükleri açısından incelendiğinde katılımcı sayılarının 20 (Zarei ve Roohafza 2018) ile 161 aile (Kendall ve ark. 2008) arasında değiştiği görülebilmektedir. Katılım gösteren ailelerin ise anne-baba-çocuk, anne-çocuk, baba-çocuk veya anne-baba-çocuk-kardeşler gibi hangi bileşenlerden oluştuğuna dair herhangi bir sınırlamadan söz edilmemektedir.

Çalışmaya dahil edilen ailelerin özellikleri değerlendirildiğinde, aile terapisi eşliğinde temel olarak tedavi edilmeye çalışılan aile üyesinin 7 ile 45 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Buna göre, gözden geçirilen araştırmalardan 1 tanesinin yetişkin aile üyelerine yönelik olduğu (Baruah ve ark. 2018), geri kalan 13 araştırmanın ise çocukluk ve ergenlik dönemindeki aile üyelerine yönelik olduğu ifade edilebilir. Ayrıca, söz konusu araştırmalar arasında 7 yaş altı sorun yaşayan çocuklara ve ailelerine yönelik herhangi bir araştırmanın yer almadığı görülebilmektedir.

BDAT'nin etkililiğinin incelendiği sorun durumlar açısından katılımcı özelliklerine bakıldığında ise 4 araştırmanın kaygı bozukluğu yaşayan çocuk ve ergenlerle beraber ailelerine odaklandığı görülmektedir (Wood ve ark. 2006, Groot ve ark. 2007, Bodden ve ark. 2008, Kendall ve ark. 2008). Araştırmaların 2'si pediatrik bipolar tanısı alan çocuklar ve aileleri üzerine (MacPherson ve ark. 2016, Weinstein ve ark. 2017), diğer ikisi ise obsesif-kompulsif bozukluk üzerine gerçekleştirilmiştir. Bunların biri yetişkinlik dönemi (Baruah ve ark. 2018), diğeri ise çocukluk veya ergenlik dönemi obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylere ve ailelerine yönelik olarak yapılmıştır (Storch ve ark. 2007). Anoreksia nervroza tanılı ergen ve genç yetişkinler üzerine 1 (Ball ve Mitchell, 2004) ve madde kullanımı sorunu olan ergenlerin aile bağlamında tedavilerine yönelik de 1 araştırma bulunmaktadır (Latimer ve ark. 2003). Ayrıca bu psikiyatrik problemlerin dışında BDAT'nin fiziksel bozuklukların tedavisindeki etkinliği de değerlendirilmiştir. Kronik yorgunluk tanısı alan ergenler üzerinde iki çalışma (Chalder ve ark. 2010, Lloyd ve ark. 2012), kronik ağrı sorunu yaşayan çocuklar ve aileleri hakkında ise bir çalışma (Palermo ve ark. 2009) yapılmıştır. Sonuncusu, orak hücreli anemiyle ilgili sorunlar yaşayan çocuklara ve ailelerine odaklanmıştır (Zarei ve ark. 2018).

İçerik ve Müdahale

Müdahalenin kapsamı, maruz kalma, tepki önleme (Storch ve ark. 2007, Bodden ve ark. 2008, Baruah ve ark. 2018), aktiviteleri artırma, uyku rutinlerini değiştirme, işlevsiz düşünceleri değerlendirme, aile üyelerini hastalıkla ilgili kendi görüşlerini ifade etmeye (Chalder ve ark. 2010, Lloyd ve ark. 2012), kaygılarını yönetmeye ve çocuklara model olmaya (Groot ve ark. 2007) teşvik etme gibi çok çeşitli davranışsal ve bilişsel stratejileri içerir. Ayrıca protokoller arasında problem çözme becerilerini, iletişimi, uygun aile rollerini ve etkili ebeveynlik becerilerini, duygulanım düzenlemesini, benlik saygısının geliştirilmesini ve sosyal beceri eğitimini hedefleyen psikoeğitim ve ödevler yer almaktadır (Latimer ve ark. 2003, Weinstein ve ark. 2017). Palermo ve arkadaşları (2009) BDAT'yi aynı içerikle çevrimiçi olarak gerçekleştirmiştir.

BDAT uygulamalarının yapısal özellikleri değerlendirildiğinde seans sayılarının çoğunlukla 12 ile 16 arasında değiştiği görülebilmektedir, ancak gözden geçirilen araştırmalar arasında 1 tane 6 seanslık (Baruah ve ark. 2018), 1 tane de 25 seanslık terapi programı uygulaması da bulunmaktadır (Ball ve Mitchell 2004). Bu çalışmaların yanı sıra Palermo ve arkadaşları (2009) ve Zarei ve arkadaşları (2018) sekiz oturum gerçekleştirmiştir. Baruah ve arkadaşları (2018) yapmış olduğu çalışmada seans sürelerinin ise diğer araştırmalardaki ortalama seans sürelerinden daha uzun, 90-120 dakika arası olduğu söylenebilir. Öte yandan, diğer araştırmalardaki seans süreleri ise ortalama 60-90 dakika arası sürdüğü görülebilmektedir.

Seans sıklıkları açısından bir değerlendirme yapıldığında ise çoğu uygulamanın haftalık olarak yapıldığı söylenebilir, ancak yine de araştırmalar arasında farklı sıklıklarda uygulamaların olduğu da görülebilmektedir. Örneğin Storch ve arkadaşları, (2007), 1 araştırmada hafta içi her gün olacak şekilde 3 haftalık bir program uygulanmıştır. 2 araştırmada seansların 2 haftada bir gerçekleştirildiği anlaşılmaktadır (Chalder ve ark. 2010, Lloyd ve ark. 2012). 2 araştırmada ise seans sıklığı 3-4 haftada 1 yapılacak şekilde belirlenmiştir (Baruah ve ark. 2018, Groot ve ark. 2007).

Tedavi süresinin ise ortalama 3 ile 6 ay arasında değişim göstermektedir. Buna göre Storch ve arkadaşlarının (2007) günlük olarak uygulanan 14 seanslık araştırması 3 hafta süren bir tedavi programı olmasıyla, gözden geçirilen çalışmalar arasında en kısa süreli tedavi protokolünü barındırmaktadır. Öte yandan 25 seanslık tedavi protokolünün ise seans sıklığı hakkında bilgi verilmeksizin, 1 yılın üzerinde sürdüğü anlaşılmaktadır (Ball ve ark. 2004). Gözden geçirilen başka bir araştırmada da seans sıklığına dair bilgi verilmemiştir (Wood ve ark. 2006).

Yapılan değerlendirmeler sonucunda bazı terapi protokollerinde tedavi sonrası destekleyici seansların bulunduğu anlaşılmıştır. Buna göre, değerlendirilen 3 araştırmadan birinde tedaviden 3- 4 hafta sonra (Groot ve ark. 2007), diğer 2 araştırmada ise tedaviden sonra 6. aya kadar aylık olacak şekilde destekleyici seansların yapıldığı görülebilmektedir (MacPherson ve ark. 2016, Weinstein ve ark. 2017).

Karşılaştırma Grupları

Çalışmaya dahil edilen tüm araştırmalarda katılımcılar gruplara seçkisiz bir biçimde atanmıştır. Zarei ve arkadaşları kontrol grubu kullanırken (2018), Palermo ve arkadaşları bekleme listesi şeklinde yapılan gruplamadan faydalanmıştır (2009). Diğer 12 araştırma kapsamında ise BDAT; bireysel BDT, psiko-eğitim ve rahatlama egzersizleri gibi farklı bir tedavi yöntemiyle karşılaştırılmıştır.

MacPherson ve arkadaşları (2016) ile Weinstein ve arkadaşları (2017) pediatrik bipolar hastalığı üzerinden standart tedavi protokolüyle BDAT'nin etkililiğini karşılaştırmıştır. 4 araştırmada ise BDAT ile bireysel formatta uygulanan bilişsel davranışçı terapi uygulamaları karşılaştırılmıştır. Bu araştırmaların 3'ü kaygı bozuklukları groups (Ball ve Mitchell 2004, Bodden ve ark. 2008, Kendall ve ark. 2008), 1'i ise anoreksia nervroza tanı gruplarında gerçekleştirilmiştir (Wood ve ark. 2006). Buna ek olarak Groot ve arkadaşları BDAT'yi, kaygı bozuklukları üzerinden bilişsel-davranışsal grup terapisi ile karşılaştırmıştır (2007). Kronik yorgunluk ve madde kullanımı sorunlarına odaklı 3 araştırmada ise psiko-eğitim yöntemi bir tedavi yöntemi olarak değerlendirilmiş ve BDAT ile karşılaştırılmıştır (Chalder ve ark. 2010, Latimer ve ark. 2003, Lloyd ve ark. 2012). Baruah ve arkadaşları, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış yetişkin bireyler üzerine yaptıkları araştırmada BDAT ile gevşeme egzersizleri yapmanın etkililiğini karşılaştırmıştır (2018). Son olarak Storch ve arkadaşlarının obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan çocuk ve ergen bireyler üzerinde yaptığı bir araştırmada, BDAT uygulamasının sıklığını değiştirerek bir karşılaştırma yapmıştır (2007).

Değerlendirme Dönemleri ve Değerlendirme Araçları:

Araştırmalar değerlendirildiğinde çoğu etkililik çalışmasının ön test ve son test uygulamaları ile gerçekleştirildiği anlaşılmıştır. Ancak yalnızca Wood ve arkadaşları, ara ölçüm niteliğinde de değerlendirilebilecek şekilde, tedavi sürecinin ortalarında değerlendirme gerçekleştirmiştir (2007). Buna göre, araştırmalarda çoğunlukla 3 ve 6 aylık olarak yapılan izlem değerlendirmeleri açısından Kendall ve arkadaşları 1 yıllık (2008), Lloyd ve arkadaşları ise 2 yıllık (2012) izlem değerlendirmeleri yapmıştır.

Tüm uygulamalarda değerlendirmeye alınan parametreler öncelikle öz bildirim dayalıdır ancak bazı çalışmalarda, tanı durumunun belirlenmesi amacıyla klinisyen tarafından uygulanan ölçekler kullanılmıştır (Latimer ve ark. 2003, Wood ve ark. 2006, Groot ve ark. 2007, Storch ve ark. 2007, Bodden ve ark. 2008, Kendall ve ark. 2008, Weinstein ve ark. 2017, Baruah ve ark. 2018). Özellikle Groot ve arkadaşları (2007), Bodden ve arkadaşları (2008), Kendall ve arkadaşları (2008) ile Wood ve arkadaşları (2006) tarafından gerçekleştirilen 4 araştırmada Anxiety Disorder Interview Schedule-Parent Version (ADIS-P) kullanıldığı görülebilmektedir. Öte yandan, kronik yorgunluk durumlarına odaklanılan 2 araştırmada da okul dikkati (çocuk ve ergenlere haftalık olarak öz bildirim şeklinde sorularak), CFQ- Chalder Fatigue Questionnaire, SF 36-Health Survey Questionnaire, SAS-Social Adjustment Scale ve SDQ- Strengths and Difficulties Questionnaire ölçüm araçları kullanılmıştır (Chalder ve ark. 2010, Lloyd ve ark. 2012). Bu ölçüm araçlarıyla ilgili ayrıntılı bilgiler Tablo 2'de sunulmaktadır.

BDAT'nin Etkililiğine Yönelik Bulguların Değerlendirmesi

Gözden geçirilen araştırma sonuçları değerlendirildiğinde BDAT'nin etkililiğine yönelik dikkat çekecek bulguların olduğu görülebilmektedir. Zarei ve arkadaşlarının (2018) orak hücre hastalığı üzerinden yürüttüğü

çalışmada BDAT'nin kontrol grubundaki bireylere göre çalışma grubundaki katılımcıların ailesel fonksiyonları ve sosyal etiketlemeye dair ölçümleri üzerinde anlamlı derecede farklılık yarattığı anlaşılmıştır. Palermo ve arkadaşları tarafından yürütülen ve bekleme listesinin kullanıldığı çalışmada ise kronik ağrı hastası çocukların BDAT müdahalesinden sonra ailesel korumacılık ve çocuklardaki depresif semptom düzeyleri aynı kalsa bile aktivite sınırlılıklarının ve ağrı duyarlılıklarının düştüğü anlaşılmıştır (2009).

BDAT ile standart tedavi protokollerinin karşılaştırıldığı 2 araştırma bulgusu değerlendirildiğinde ise pediatrik bipolar tanısı olan çocuklar üzerine yapılan bu çalışmalarda mani, depresyon, intihar davranışı, hastalık şiddeti ve genel işlevsellik açısından BDAT'nin etkili olduğu anlaşılmıştır. Bu etkilerin izlem sürecinde de mani durumu dışındaki parametreler açısından da devam ettiği anlaşılmıştır. Bu bağlamda araştırmalardan birinde tedavi protokolleri arasında depresyon, mani ve genel işlevsellik açısından, BDAT'nin lehine olan anlamlı farklar bulunmuştur (MacPherson ve ark. 2016). Diğer çalışmada ise, bu iki tedavinin benzer etkiler oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (Weinstein ve ark. 2017).

Kaygı bozukluğu üzerine yürütülen 3 çalışma ve anoreksia nervoza sorunları üzerine yürütülen 1 çalışma üzerinden, BDAT ile bireysel olarak uygulanan bilişsel davranışçı terapinin etkililiği karşılaştırıldığında, her iki terapi uygulamasının da semptomatik tablo açısından oldukça etkili olduğu anlaşılmaktadır. Her iki durumda da semptom şiddeti azalmış, çocuklar artık anksiyete bozukluğu kriterlerini karşılamamış ve anoreksiya nervoza ile ilgili olarak BMI artmıştır. Terapi kazanımlarının ise izlem sürelerince de korunabildiği görülebilmektedir (Ball ve Mitchell 2004, Wood ve ark. 2006, Bodden ve ark. 2008, Kendall ve ark. 2008). Buna ek olarak, Wood ve arkadaşlarının (2006) araştırmasında kaygı bozukluğu şiddeti ve aileden alınan öz bildirimler açısından BDAT'nin daha etkili olduğu da söylenebilmektedir (Wood ve ark. 2006). Öte yandan Groot ve arkadaşlarının, yine kaygı bozukluğu tanısı almış çocuk ve ergenler üzerinden BDAT'nin grup formatı ile bireysel formatlarını karşılaştırdığı bir başka araştırma sonucuna göre, her iki uygulama formatının da oldukça etkili olduğu ve uygulama prosedürleri açısından gruplar arası bir fark olmadığı anlaşılmıştır (2007).

Kronik yorgunluk ve madde kullanımı sorunları bağlamında BDAT ile psikoeğitimin etkililiklerinin karşılaştırıldığı araştırma sonuçları değerlendirildiğinde ise BDAT'nin daha etkili olduğu anlaşılmıştır. Buna göre, ailesel açıdan duygulanımsal ve davranışsal uyumun daha yüksek olduğu, sorun çözüme becerilerinin daha çok geliştiği, ailesel memnuniyetin daha çok artış gösterdiği ileri sürülebilmektedir (Latimer ve ark. 2003, Chalder ve ark. 2010, Lloyd ve ark. 2012). BDAT ile gevşeme egzersizlerinin etkililik gücünün yetişkinlik dönemi obsesif kompulsif bozukluk durumları bağlamında karşılaştırıldığı araştırma bulgularının değerlendirilmesi sonucunda hastalık şiddeti, duyguların ifade edilmesi ve ailesel olarak hastalığın desteklenmesi açısından BDAT'nin daha fazla iyileşme sağladığı anlaşılmıştır (Baruah ve ark. 2018).

BDAT'nin yoğunlaştırılmış (günlük) ve haftalık uygulama biçimlerinin karşılaştırıldığı, Storch ve arkadaşları tarafından yürütülen bir başka çalışmada ise çocukluk ve ergenlik döneminde görülen obsesif kompulsif bozukluk semptomlarının ve hastalığa dair ailesel desteğin yoğunlaştırılmış versiyonda daha çok farklılaştığı bulgulanmıştır (2007). Öte yandan, izlem sürecinin sonunda terapi kazanımlarının gruplar arasında herhangi bir fark olmadan her iki uygulama açısından sürdürülmeye devam ettiği anlaşılmıştır.

Tartışma

Bu çalışma, BDAT'nin çeşitli örneklerin kullanıldığı çalışmalardaki etkinliğini sistematik olarak gözden geçirmeyi amaçlamıştır. Ancak yapılan literatür taraması sonucunda hem sayıca çok az araştırma olduğu hem de BDAT'nin farklı şekillerde adlandırıldığı görülmüştür. Ayrıca, bir kontrol grubu içeren araştırma çalışmaları sınırlı sayıda ve bunların birçoğu BDAT'nin etkinliğini diğer müdahale protokolleriyle karşılaştırmaktadır. Bu çalışmada, olabildiğince çok makaleye ulaşabilmek üzere çeşitli anahtar kelimeler, kullanılmıştır. Çalışmanın içleme ve dışlama kriterleri göz önünde bulundurularak, PRISMA diagramı yöntemi ile yapılan analizler sonucunda ise çalışma dahilinde 14 kontrol gruplu randomize araştırma; örneklem özellikleri, BDAT'nin içeriğine ve uygulama biçimleri, kontrol veya karşılaştırma gruplarının özellikleri, kullanılan ölçüm araçları ve bulguları açısından değerlendirilmiştir (Page ve ark. 2021).

Terapi seansları ortalama olarak haftada bir kez, 12-16 haftalık bir süre ile 60-90 dakika boyunca gerçekleştirildi. Ek olarak, bazı çalışmalarda aylık destekleyici seanslar bulunuyordu (Groot ve ark. 2007, MacPherson ve ark. 2016, Weinstein ve ark. 2017). Terapi sonrası takip açısından, tedavi kazanımları çoğunlukla iki yıla kadar devam ettirilmiştir (Lloyd ve ark. 2012). Bu nedenle, mevcut çalışma BDAT'nin etkilerinin destekleyici seanslarla uzun vadede devam edebileceğine işaret etmektedir. Bununla birlikte, takibin etkinliğini sağlamak için daha fazla araştırmanın gerekli olduğu söylenebilir (Liddle ve ark. 2008).

Seçilen makalelerdeki BDAT ile ilgili içerikler değerlendirildiğinde psikoeğitim, işlevsiz düşüncelere maruz kalma veya bunları değiştirme gibi çeşitli tekniklerin kullanılabilmesi görülmektedir. Problem çözme, sosyal beceri eğitimi veya iletişim becerileri gibi diğer teknikler de yaygın müdahale yöntemleri arasındadır (Latimer ve ark. 2003, Weinstein ve ark. 2017). Çalışma sonuçlarına göre bu tekniklerin anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluklar, anoreksiya nervoza, bipolar bozukluklar ve fiziksel bozukluklar için kullanılabilmesi düşünülmektedir, ancak belirli bir bozukluk için hangi tekniklerin daha uygun olduğu konusunda bir sonuca varılamamıştır. Bu bağlamda mevcut çalışma, BDAT protokollerinin kapsamının soruna bağlı olarak genişletilebileceğini önermektedir. Ek olarak, aile terapilerinin uzun vadeli etki açısından bireysel terapilerden daha etkili olduğunu söyleyebiliriz (Kolko ve ark. 2000).

Bu araştırmada yer alan çalışmalar, kullanılan teknikler, uygulama kalıpları ve takip süreleri açısından birbirleriyle karşılaştırıldığında bazı farklılıklar görülebilir. Örneğin, müdahale yöntemlerinde yer alan bazı tedavi protokolleri, aktiviteleri artırma, uyku rutinlerini değiştirme (Chalder ve ark. 2010, Lloyd ve ark. 2012) veya duygusal müdahaleler (Latimer ve ark. 2003) gibi diğer tedavi protokollerinde yer almamaktadır. Bazı çalışmalar hem ebeveynler hem de çocuklarla aynı oturumlarda yürütülmekte (Storch ve ark. 2007), diğerleri ise farklı oturumlarda ebeveynler ve çocuklar ile yürütülmektedir (Groot ve ark. 2007). Bu ayrımlar BDAT'nin etkinliğini önemli ölçüde etkilememektedir. BDAT'nin sınırlarının esnek olduğu düşünülebilir. Ancak bazı çalışmalar takip süresine dahil edilmemiştir ve bu durumun uzun vadede sonuçların değerlendirilmesi açısından bir engel olduğu düşünülebilir. Ayrıca, BDAT'nin etkinlik süresi de kesin olarak belirlenmemektedir. Çalışmalar arasındaki bu farklılıklara rağmen BDAT'nin etkinliği, benzerlikler ve sonuçlar değerlendirilerek hesaplanabilir.

Yapılan bu değerlendirme sonucunda BDAT'nin kaygı bozukluklarından, kronik fiziksel rahatsızlıklara kadar geniş bir yelpazede oldukça etkili olduğu söylenebilir. Bu noktada özellikle kaygı bozukluğu yaşayan çocukların tedavi sürecinde BDAT'nin etkili olduğu görülmektedir (Wood ve ark. 2006, Bodden ve ark. 2008, Kendall ve ark. 2008). Yıkıcı davranışları olan çocukların depresif annelerine uygulanan BDAT, takip eden 6 ay boyunca başarılı olmuştur (Sanders ve ark. 2000). Dolayısıyla çocuklarla yürütülecek terapötik çalışmaların, ailelerin de bu süreçte katılmasını gerekli kıldığı ve böylece tedavi başarısının artabileceği düşünülmektedir.

Kronik yorgunluk, orak hücre hastalığı gibi fiziksel rahatsızlıkların söz konusu olduğu durumlarda, diğer aile üyeleri de bu hastalık sürecinden etkilenmektedir. Fiziksel hastalıkları olanlarda BDAT'nin etkisini değerlendiren çalışmalar (Palermo ve ark. 2009, Chalder ve ark. 2010, Lloyd ve ark. 2012, Zarei ve ark. 2018) aile üyelerinin de tedaviye katılım göstermesinin belirtilerin azaltılmasına yardımcı olabildiğine işaret etmektedir. Bu terapi yöntemi sadece ruhsal hastalıklarda değil, fiziksel hastalıklar yaşayan bireylerin deneyimlediği ruhsal sıkıntılarının tedavisinde de daha sık kullanılabilir.

Gözden geçirilen araştırmalardaki BDAT uygulama içerikleri değerlendirildiğinde, terapi yaklaşımına özgü psikoeğitim, maruz bırakma veya hatalı düşünceler üzerine çalışma gibi tekniklerin yer aldığı, bu açıdan tedavi protokollerinin benzer olduğu söylenebilir. Öte yandan, araştırmaya konu olan sorun duruma özgü problem çözme, sosyal beceri eğitimi veya iletişim becerileri gibi tekniklerin de uygulama dahilinde olduğu görülebilmektedir. (Latimer ve ark. 2003, Weinstein ve ark. 2017). Bu bağlamda BDAT protokollerinin üzerinde çalışılan konuya göre kapsamlarının genişletilebildiği söylenebilir.

Bu sistematik araştırmanın sınırlamaları vardır. İlk olarak, veritabanında bu sistematik derleme sadece makalelerin başlıkları bazında yapılmıştır. Ayrıca, erişilemeyen bazı araştırmalar dahil edilmemiştir. Ayrıca, randomize kontrollü gruplarla aynı bağlamda yer alan çok az sayıda çalışma vardır ve bu da BDAT'nin etkinliğinin değerlendirilmesinde bir zorluk teşkil etmiştir. Bu nedenle, çalışmalar arasındaki örneklem farklılıkları da bir başka bir kısıtlama olarak belirtilebilir.

Sonuç

Metodoloji açısından ve yürütülen kontrollü çalışmaların bir sonucu olarak, çalışmaların bulguları BDAT'nin etkili bir şekilde kullanılabilmesine işaret etmektedir. BDAT, kısa süre içerisinde ailedeki çeşitli sorunlara yanıt verebilmektedir. Bir başka açıdan ise aile üyelerinden herhangi birinin yaşamakta olduğu fiziksel veya psikolojik bir rahatsızlığın hem aile üzerindeki etkisinin hem de ailenin söz konusu hastalık üzerindeki etkisinin artırılması için rahatlatma egzersizleri gibi farklı tekniklerle entegre olarak kullanılabilir. Kısacası uzun vadeli tedavi etkileri açısından, BDAT'nin bireysel BDT'den veya psikoeğitimden daha etkili olduğu düşünülebilir (Liddle ve ark. 2008). Bu şekilde, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk veya madde kullanım sorunları gibi bazı bozuklukların tedavisinde nüks riski azaltılabilir. Dahası BDAT, aile terapistleri arasında en entegre terapilerden biridir.

Bu çalışma, yukarıda belirtilen yöntemin sahada daha sık kullanılmasını önermektedir. Uzun süreli takip süreleri olan araştırmalar yapılmalıdır. Ayrıca, araştırmacılar, aile terapilerinin spesifik psikopatolojiler, kronik fiziksel bozukluklar ve aile işlev bozukluğu sorunları bağlamındaki etkinliğini nitel veya nicel çalışmalarla değerlendiren çalışmalara odaklanmalıdır. Bu sayede araştırmacılar daha fazla sayıda çalışmaya erişerek BDAT'nin etkinliğini daha iyi değerlendirebilirler. Ek olarak, BDAT'nin temel prensiplerine bağlı olarak, bir tedavi protokolüne yeni müdahale teknikleri eklenebilir ve bu terapi modeli bu açıdan çok uygundur. Son olarak, bireysel BDT veya psikoeğitim karşılaştırılarak yapılan araştırmalarla BDAT'nin etkinliği gösterildiğinden, bu çalışma gelecekte BDAT'yi farklı tedavi protokolleri ile karşılaştırarak daha fazla çalışma yapılabileceğini göstermektedir.

Kaynaklar

- Ball J, Mitchell P (2004) A randomized controlled study of cognitive behavior therapy and behavioral family therapy for anorexia nervosa patients. *Eat Disord*, 12:303-314.
- Baruah U, Pandian RD, Narayanaswamy JC, Bada Math SB, Kandavel T, Reddy YCJ (2018) A randomized controlled study of brief family-based intervention in obsessive compulsive disorder. *J Affect Disord*, 225:137-146.
- Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E (2010) Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*, 197:350-356.
- Beck J S (1995) *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York, Guilford Press.
- Bodden D H, Bögels S M, Nauta M H, De Haan E, Ringrose J, Appelboom C et al. (2008) Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47:1384-1394.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT (2006) The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, 26:17-31.
- Canavarro MC, Dattilio F M (2011) Family therapy and medical issues. *Contemp Fam Ther*, 33:87-90.
- Chalder T, Deary V, Husain K, Walwyn R (2010) Family-focused cognitive behaviour therapy versus psycho-education for chronic fatigue syndrome in 11- to 18-year-olds: A randomized controlled treatment trial. *Psychol Med*, 40:1269-1279.
- Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJ (2016) How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15:245-258.
- Danahi N, Wu CO, Shi P, Lauer M (2014) Percentile ranking and citation impact of a large cohort of National Heart, Lung, and Blood Institute-funded cardiovascular R01 grants. *Circ Res*, 114:600-606.
- Dattilio FM (1998) Finding the fit between cognitive-behavioral and family therapy. *Family Therapy Networker*, 22:63-73.
- Dattilio FM (2001) Cognitive-behavior family therapy: Contemporary myths and misconceptions. *Contemp Fam Ther*, 23:3-18.
- Dattilio FM (2005) The restructuring of family schemas: A cognitive-behavior perspective. *J Marital Fam Ther*, 31:15-30.
- Dattilio FM (2010) *Cognitive-Behavioral Therapy with Couples and Families*. New York, Guilford Press.
- Dattilio FM (2021) Cognitive-behavioral techniques and family system therapy. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 29:58-68.
- Eaves S H, Sheperis C J, Blanchard T, Baylot L, Doggett R A (2005) Teaching time-out and job card grounding procedures to parents: A primer for family counselors. *Fam J*, 13:252-258.
- Efe C, Türkçapar H (2013) Bilişsel aile terapileri. *Türkiye Klinikleri J. Psychiatry-Special Topics*, 6:38-43.
- Epstein N (2007) *Evlilik Çatışması. Bilişsel terapi Uygulamaları* (Çeviri Ed. H Hacak, M Macit, F Özpilavc). İstanbul, Litera Yayıncılık.
- Faulkner RA, Klock K, Gale JE (2002) Qualitative research in family therapy: Publication trends from 1980 to 1999. *J Marital Fam Ther*, 28:69-74.
- Friedberg RD (2006) A cognitive-behavioral approach to family therapy. *J Contemp Psychother*, 36:159-165.
- Gladding S T (2017) *Aile Terapisi Tarihi, Kuram ve Uygulamaları* (Çeviri Ed. İ Keklik, İ Yıldırım). Ankara, Türk Psikolojik ve Danışmanlık Derneği.
- Gottman J M, Krokoff L J (1989) Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *J Consult Clin Psychol*, 57:47-52.
- de Groot J, Cobham V, Leong J, McDermott B (2007) Individual versus group family-focused cognitive-behaviour therapy for childhood anxiety: Pilot randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*, 41:990-997.
- İkizoğlu G (2019) Bilişsel davranışçı kuramda çift terapisi. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 2:59-69.
- James I A, Barton S (2004) Changing core beliefs with the continuum technique. *Behav Cogn Psychother*, 32:431-442.
- Kendall PC, Hudson JL, Gosch E, Flannery-Schroeder E, Suveg C (2008) Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J Consult Clin Psychol*, 76:282-297.
- Kolko D J, Brent DA, Baugher M, Bridge J, Birmaher B (2000) Cognitive and family therapies for adolescent depression: Treatment specificity, mediation, and moderation. *J Consult Clin Psychol*, 68:603-614.
- Latimer WW, Winters KC, D'Zurilla T, Nichols M (2003) Integrated family and cognitive-behavioral therapy for adolescent substance abusers: A stage I efficacy study. *Drug Alcohol Depend*, 71:303-317.

- Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Henderson CE, Greenbaum PE (2008) Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103:1660-1670.
- Lloyd S, Chalder T, Rimes KA (2012) Family-focused cognitive behaviour therapy versus psycho-education for adolescents with chronic fatigue syndrome: Long-term follow-up of an RCT. *Behav Res Ther*, 50:719-725.
- MacPherson HA, Weinstein SM, Henry DB, West AE (2016) Mediators in the randomized trial of child- and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder. *Behav Res Ther*, 85:60-71.
- Meichenbaum D (1974) Self-instructional strategy training: A cognitive prothesis for the aged. *Hum Dev*, 17:273-280.
- Nichols MP (2013) Aile Terapisi: Kavramlar ve Yöntemler (Çeviri Ed. O Gündüz). İstanbul, Kaknüs Yayınları.
- Özcan Ö, Çelik GG (2017) Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri J. Child Psychiatry-Special Topics*, 3:115-120.
- Page M J, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. (2021) Updating guidance for reporting systematic reviews: Development of the PRISMA 2020 statement. *J Clin Epidemiol*, 134:103-112.
- Palermo TM, Wilson AC, Peters M, Lewandowski A, Somhegyi H (2009) Randomized controlled trial of an Internet-delivered family cognitive-behavioral therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. *Pain*, 146:205-213.
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G et al. (2002) Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med*, 32:763-782.
- Premack D (1965) Reinforcement theory. In *Nebraska Symposium on Motivation*, 13:123-180.
- Sanders MR, McFarland M (2000) Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behav Ther*, 31:89-112.
- Spillane-Grieco E (2000) Cognitive-behavioral family therapy with a family in high-conflict divorce: A case study. *Clin Soc Work J*, 28:105-119.
- Stewart K E, Sumantry D, Malivoire BL (2020) Family and couple integrated cognitive-behavioural therapy for adults with OCD: A meta-analysis. *J Affect Disord*, 277:159-168.
- Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ, Mann G, Duke D, Munson M et al. (2007) Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Comparison of intensive and weekly approaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46:469-478.
- Thibaut JW, Kelley HH (1959) Power and dependence. *Social Psychology of Groups*, 7:100-125.
- Türkçapar MH, Kahraman MS, Sargın AE (2015) Bir teknik sokratik sorgulama ile yönlendirilmiş keşif. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1:47-53.
- Weinstein SM, Cruz RA, Isaia AR, Peters AT, West AE (2017) Child -and family-focused cognitive behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: Applications for suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*, 48:797-811.
- Wetchler JL, Piercy FP (1986) The marital/family life of the family therapist: Stressors and enhancers. *Am J Fam Ther*, 14:99-108.
- Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M, Chu BC, Sigman M (2006) Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45:314-321.
- Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP (2008) Declaración de la Iniciativa STROBE (strengthening the reporting of observational studies in epidemiology): Directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Rev Esp Salud Publica*, 82:251-259.
- Zarei M, Roohafza H (2018) Examining the effect of cognitive-behavioral family therapy on social stigma in family with children suffering from sickle cells in Manujan in 2016. *Electronic Journal of General Medicine*, 15:em34.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.

Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.