

Bilişsel Davranışçı Terapi ve Çocuk ve Ergenlerde Uyku Bozukluklarının Tedavisi Üzerine Bir Derleme

Fatıma Betül Kasapoğlu

Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-2908-3002>, betulkasapoglu0401@gmail.com

Assoc. Prof. Dr. Meryem Karaaziz

Department of Psychology, Near East University, Faculty of Arts and Science, Nicosia-Cyprus, Mersin 10 Turkey, <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Öz

Bu derlemenin amacı, çocuk ve ergenlerde uyku bozukluklarının tedavisinde bilişsel davranışçı terapi (BDT) temelli müdahalelerin etkililiğini, mevcut randomize kontrollü çalışmaların bulguları ışığında değerlendirmektir. Bu amaç doğrultusunda PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Science ve Cochrane Library veri tabanları taranmış; dahil edilme ölçütlerini karşılayan 11 randomize kontrollü çalışma incelenmiş ve elde edilen bulgular betimsel düzeyde sentezlenmiştir. İncelenen çalışmalarda uyaran kontrolü, uyku kısıtlaması, uyku hijyeni eğitimi, kademeli sönme ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi BDT bileşenlerinin, uyku başlangıç gecikmesi, gece uyanmaları ve uyku etkinliğinde tutarlı iyileşmeler sağladığı; buna karşın toplam uyku süresi üzerindeki etkilerin daha değişken olduğu görülmüştür. Bebeklik ve erken çocukluk döneminde ebeveyn aracılığıyla uygulanan sönme temelli tekniklerin, ergenlik döneminde ise bilişsel yeniden yapılandırma ve uyku kısıtlaması bileşenlerinin daha belirgin rol oynadığı; bireysel, grup ve internet/uygulama temelli formatların benzer düzeyde etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca BDT temelli müdahalelerin, ergenlerde eşlik eden kaygı ve depresif belirtilerin azalmasına, ebeveyn ruh hali ve aile işlevselliğinin iyileşmesine katkı sağladığı; sönme temelli tekniklerin bebeklerde kortizol düzeyleri ya da ebeveyn-bebek bağlanması üzerinde olumsuz bir etki oluşturmadığı görülmüştür. İncelenen çalışmaların küçük-orta örneklem büyüklükleri, sınırlı kültürel çeşitlilik ve kısa izlem süreleri gibi yöntemsel sınırlılıkları nedeniyle bulguların ihtiyatla yorumlanması gerekmektedir. Genel olarak bu derlemenin bulguları, BDT'nin çocuk ve ergenlerde uyku bozukluklarının tedavisinde güvenli, etkili ve farklı yaş gruplarına uyarlanabilir bir ilk basamak yaklaşım olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: bilişsel davranışçı terapi, insomnia, uyku bozuklukları, çocuklar, ergenler

A Review on Cognitive Behavioral Therapy and the Treatment of Sleep Disorders in Children and Adolescents

Abstract

This review aims to evaluate the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT)-based interventions in the treatment of sleep disorders among children and adolescents, based on findings from randomized controlled trials (RCTs). The PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Science, and Cochrane Library databases were searched, and eleven RCTs meeting the inclusion criteria were reviewed. Across studies, CBT-based interventions, including stimulus control, sleep restriction, sleep hygiene education, graduated extinction, and cognitive restructuring, were associated with consistent improvements in sleep-onset latency, night wakings, and sleep efficiency, although effects on total sleep duration were more variable. In infancy and early childhood, parent-

mediated extinction-based techniques were most common, whereas in adolescence cognitive restructuring and sleep restriction played a more prominent role, delivered through individual, group, or internet/app-based formats with comparable effectiveness. CBT-based interventions were also linked to reductions in co-occurring internalizing symptoms such as anxiety and depression, and to improvements in parental mood and family functioning, without adverse effects on infant cortisol levels or parent-infant attachment. Methodological limitations of the reviewed literature, including small to moderate sample sizes, limited cultural and socioeconomic diversity, heterogeneous outcome measures, and short follow-up periods, precluded a quantitative meta-analysis. Overall, the findings support CBT as a safe, effective, and developmentally adaptable first-line treatment for pediatric sleep disorders, with internet- and app-based formats offering a cost-effective alternative in settings with limited clinical resources.

Keywords: *cognitive behavioral therapy, insomnia, sleep disorders, children, adolescents*

Giriş

Uyku, çocukluk ve ergenlik döneminde bedensel büyüme, bilişsel gelişim, duygu düzenleme ve genel ruh sağlığı açısından temel bir fizyolojik gereksinim olarak kabul edilmektedir. Yeterli ve düzenli uyku, öğrenme süreçlerinin pekiştirilmesinden dikkat ve yürütücü işlevlerin desteklenmesine kadar pek çok gelişimsel süreci olumlu yönde etkilerken, uyku örüntüsündeki bozulmalar çocuğun gündelik işlevselliğinin neredeyse tüm alanlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Beebe, 2011). Buna karşın uyku bozuklukları, çocukluk çağı psikiyatrik ve gelişimsel sorunlar arasında en sık görülenlerden biri olmasına rağmen, çoğu zaman geçici bir gelişim evresi olarak değerlendirilmekte ve bağımsız bir klinik durum olarak yeterince ele alınmamaktadır; bu durum tanı ve tedavideki gecikmelere yol açabilmektedir (Owens, 2008; Alfano ve Gamble, 2009).

Son yıllarda artan sayıda çalışma, çocuk ve ergenlerde görülen uyku bozukluklarının erken dönemde tanınıp tedavi edilmesinin, hem uyku parametreleri hem de eşlik eden duygu-durum belirtileri ve aile işlevselliği açısından önemli kazanımlar sağlayabildiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, düşük yan etki profiline sahip ve farklı gelişimsel dönemlere uyarlanabilir bir yaklaşım olan bilişsel davranışçı terapi (BDT), pediatrik uyku bozukluklarının tedavisinde ilk basamak müdahale olarak öne çıkmaktadır (Mindell ve Owens, 2010; Dewald-Kaufmann ve ark., 2019). Ancak alanyazında bu müdahalelerin etkililiğine ilişkin bulguların dağınık biçimde yer alması, mevcut randomize kontrollü çalışmaların bulgularını bir araya getiren bir derlemeye duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bu derlemenin amacı, çocuk ve ergenlerde uyku bozukluklarının tedavisinde bilişsel davranışçı terapi temelli müdahalelerin etkililiğini, mevcut randomize kontrollü çalışmaların bulguları ışığında değerlendirmek; bu müdahalelerin uyku parametreleri, eşlik eden duygu-durum belirtileri ve aile işlevselliği üzerindeki etkilerini bütüncül biçimde ortaya koymaktır.

Çocuklarda Uyku Bozukluğunun Tanımı

Uyku bozuklukları, bireyin uyku miktarı, kalitesi veya zamanlamasında görülen ve gündüz işlevselliğini olumsuz etkileyen bir grup klinik durumu ifade eder. Çocukluk ve ergenlik döneminde en sık görülen türleri arasında uykuya dalmada güçlük (uyku başlangıç gecikmesi), gece sık uyanmalar, erken uyanma, uyku süresinin yetersizliği ve uyku ile ilişkili davranışsal direnç (yatma vaktine karşı direnç, ebeveyninden ayrılamama) yer alır. DSM-5'te bu tablo büyük ölçüde "İnsomnia Bozukluğu" (Insomnia Disorder) tanı kategorisi altında ele alınır ve haftada en az üç gece, en az üç ay süreyle devam eden uykuya dalma/uykuyu sürdürme güçlüğü olarak tanımlanır (American Psychiatric Association [APA], 2013). Çocuklarda bu durum çoğunlukla ebeveyn müdahalesine bağımlılık (yatıştırılarak uyuma) veya sınır koyma güçlüğüyle ilişkili davranışsal insomnia şeklinde kendini gösterir.

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması (ICSD-3) çerçevesinde çocukluk çağı uyku bozuklukları geniş ölçüde dissomnialar (uykunun miktarını, kalitesini veya zamanlamasını bozan durumlar) ve parasomnialar (uyku sırasında ortaya çıkan istenmeyen davranışsal veya fizyolojik olaylar; örn. uykuda yürüme, gece terörü, kâbuslar) olmak üzere iki geniş kategoride ele alınmaktadır (Sateia, 2014). Çocukluk dönemine özgü davranışsal insomnia ise klinik uygulamada genellikle iki alt tipe ayrılır: uyku başlangıcı ilişkilendirme tipi (sleep-onset association type), çocuğun yalnızca belirli koşullar altında (örn. emzirilerek, sallanarak, ebeveynle birlikte) uykuya dabilmesi ve gece uyanmalarında aynı koşulların yeniden sağlanmasını talep etmesiyle karakterizedir; sınır koyma tipi (limit-setting type) ise çocuğun yatma vaktine karşı direnç göstermesi, yatma saatini erteleme davranışları sergilemesi ve ebeveynin tutarlı sınır koyamamasıyla ilişkilidir (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer ve Sadeh, 2006). Bu iki alt tip çoğu zaman birlikte görülebilmekte ve BDT temelli müdahalelerin hedef aldığı temel klinik görünümleri oluşturmaktadır (Mindell ve ark., 2006).

Tanımlanan bu uyku güçlükleri yalnızca gece saatleriyle sınırlı kalmamakta, çocuğun gündüz işlevselliğinin çok sayıda alanını etkilemektedir. Yetersiz veya bölünmüş uyku; dikkat, çalışma belleği ve yürütücü işlevlerde gerilemeye, duygu düzenleme güçlüklerine, davranışsal

problemlerde artışa ve akademik performansta düşüşe yol açabilmektedir (Beebe, 2011). Astill, Van der Heijden, Van IJzendoorn ve Van Someren (2012) tarafından yürütülen kapsamlı bir meta-analiz, okul çağı çocuklarında uyku süresi ve kalitesinin bilişsel performans ile içselleştirilmiş/dışsallaştırılmış davranış sorunlarıyla anlamlı biçimde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte uyku bozuklukları, çoğu zaman izole bir klinik tablo olarak değil, kaygı bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve depresyon gibi çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarıyla karşılıklı ve çift yönlü bir ilişki içinde ortaya çıkmaktadır; bu nedenle uyku sorunlarının erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi, eşlik eden psikopatolojinin seyri açısından da belirleyici olabilmektedir (Alfano ve Gamble, 2009).

Çocuklarda Uyku Bozukluğunun Etiyolojisi

Çocuklarda uyku bozukluklarının ortaya çıkışı tek bir nedene bağlı olmayıp, biyolojik, sosyal ve psikolojik etkenlerin karşılıklı etkileşimiyle şekillenen çok boyutlu bir süreçtir (Owens, 2008). Alanyazında bu etkenler genellikle üç ana başlık altında incelenmekte; sirkadiyen ritim özellikleri ve nörogelişimsel durumlar gibi bedensel etkenler, aile içi rutinler ve ekran maruziyeti gibi çevresel/sosyal etkenler ile kaygı ve duygu düzenleme güçlükleri gibi ruhsal etkenler bir arada ele alınmaktadır (Beebe, 2011). Bu etkenlerin çoğu zaman birlikte görülmesi, çocuk ve ergen uyku bozukluklarının değerlendirilmesinde ve tedavi planlamasında çok yönlü bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır.

Biyolojik Etkenler

Sirkadiyen ritim gelişimindeki bireysel farklılıklar, melatonin salgılanmasındaki gecikmeler (özellikle ergenlikte görülen "gecikmiş uyku fazı" eğilimi) (Carskadon, 2011), nörogelişimsel durumlar (örn. DEHB (Tsai ve ark., 2016), otizm spektrum bozukluğu (Rana ve ark., 2021)) ve bazı tıbbi durumlar (reflü, apne, atopik dermatit gibi rahatsızlıklardan kaynaklanan gece uyanmaları) biyolojik zemin oluşturan başlıca etkenlerdir.

Sosyal Faktörler

Aile içi tutarsız yatma rutinleri, ebeveyn uyku alışkanlıklarının modellenmesi ve ekonomik zorluklar nedeniyle paylaşılan yatak odaları (Teti ve ark., 2016), ekran maruziyeti (Domingues-

Montanari, 2017) ve okul programlarının uyku zamanlamasıyla çatışması, sosyal düzeydeki başlıca risk etkenleridir.

Psikolojik Faktörler

Ayrılık kaygısı, genel kaygı bozuklukları, karanlık/yalnız kalma korkuları, travma sonrası tepkiler ve dürtü kontrolü güçlükleri çocuklarda uykuya ilişkili kaçınma ve direnç davranışlarını artıran psikolojik etkenler arasında sayılabilir (Chase ve Pincus, 2011). Ergenlerde ise akademik stres, sosyal medya kullanımı ve duygu düzenleme güçlükleri öne çıkmaktadır (Chase ve Pincus, 2011).

Çocuklarda Uyku Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Alanyazın, çocukluk çağı uyku bozukluklarının toplumda oldukça yaygın olduğunu göstermektedir; klinik örneklemelerde davranışsal insomnia oranlarının okul öncesi dönemde %20-30'lara ulaşabildiği, ergenlik döneminde ise gecikmiş uyku fazı sendromu ve kronik uyku yoksunluğunun belirgin biçimde arttığı bildirilmektedir (Owens, 2008). Bu yaygınlık, tedaviye erişimin sınırlı olması ve ailelerin çoğu zaman sorunu geçici bir gelişim evresi olarak değerlendirip profesyonel destek aramamasıyla birleştiğinde, kronikleşme riskini artırmaktadır. Yaş gruplarına göre incelendiğinde, uyku bozukluklarının görülme sıklığı gelişimsel döneme bağlı olarak farklılık göstermektedir. Bebeklik ve okul öncesi dönemde gece uyanmaları ve yatma vaktine direnç en sık bildirilen sorunlar arasında yer alırken, okul çağında yatma vaktini erteleme ve yetersiz uyku süresi, ergenlik döneminde ise gecikmiş uyku fazı sendromu, kronik uyku yoksunluğu ve uyku-uyanıklık döngüsündeki düzensizlikler ön plana çıkmaktadır (Owens, 2008). Toplum temelli çalışmalar, klinik olarak anlamlı uyku sorunlarının çocukların yaklaşık %20-30'unu, ergenlerin ise önemli bir bölümünü etkilediğini göstermektedir; bu oranlar, uyku bozukluklarını çocukluk çağı psikiyatrik ve gelişimsel sorunlar arasında en sık görülenlerden biri hâline getirmektedir (Alfano ve Gamble, 2009; Owens, 2008).

Epidemiyolojik veriler ayrıca uyku bozukluklarının kalıcılık eğilimine dikkat çekmektedir; erken çocuklukta tedavi edilmeyen davranışsal insomnia vakalarının önemli bir bölümü okul çağına ve ergenliğe taşınmakta, bu da kümülatif bilişsel ve duygusal maliyetlerin artmasına yol açmaktadır (Astill, Van der Heijden, Van IJendoorn ve Van Someren, 2012). Prevalans tahminlerindeki farklılıklar; kullanılan tanı ölçütleri, örneklem özellikleri (klinik veya toplum

temelli) ve değerlendirme yöntemleri (ebeveyn bildirimi, aktigrafi, polisomnografi) gibi metodolojik etkenlerden kaynaklanmaktadır (Owens, 2008). Buna karşın alanyazındaki genel eğilim, çocukluk çağı uyku bozukluklarının azımsanmayacak bir yaygınlığa sahip olduğu ve büyük ölçüde tanı almadan ya da tedavi edilmeden kaldığı yönündedir; bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinde uyku taramasının rutinleştirilmesi ve BDT gibi erişilebilir, düşük yan etkili müdahalelerin yaygınlaştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır (Mindell ve Owens, 2010).

Çocuklarda Uyku Bozukluğunun Belirtileri

Çocuklarda uyku bozukluğunun belirtileri gece ve gündüz olmak üzere iki temel alanda kendini göstermektedir. Gece belirtileri arasında yatma vaktine karşı direnç, uykuya dalmada gecikme, sık gece uyanmaları, ebeveyn müdahalesi olmadan tekrar uykuya dalamama ve erken uyanma yer almaktadır (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer ve Sadeh, 2006). DSM-5 ölçütlerine göre bu güçlüklerin haftada en az üç gece, en az üç ay süreyle devam etmesi ve klinik olarak anlamlı sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açması beklenmektedir (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Gündüz belirtileri ise dikkat dağınıklığı, artmış huzursuzluk ve sinirlilik, duygu düzenleme güçlükleri, davranışsal problemlerde artış ve akademik performansta düşüş şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Beebe, 2011). Ayrılık kaygısı ya da yaygın kaygı belirtileri gösteren çocuklarda bu tabloya karanlıktan ya da yalnız kalmaktan korkma, ebeveynin yanında uyuma isteği gibi kaygı temelli belirtiler de eşlik edebilmektedir (Chase ve Pincus, 2011). Belirtilerin şiddeti ve örüntüsü yaşa göre farklılık göstermekte; okul öncesi dönemde davranışsal direnç ve gece uyanmaları ön planda iken, ergenlik döneminde gecikmiş uyku fazına ve kronik uyku yoksunluğuna bağlı gündüz uykululuğu daha belirgin hale gelmektedir (Owens, 2008).

Konunun Kuramsal Temellere Göre Açıklanması

Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik yaklaşım, uyku güçlüklerini bilinçdışı çatışmaların, bastırılmış kaygının ve ayrılma korkularının bir dışavurumu olarak ele alır (Freud, 1900). Uyku, egonun savunmalarının gevşediği ve bilinçdışı içeriğin rüya yoluyla yüzeye çıktığı bir durum olarak kavramsallaştırılır;

bu nedenle uykuya direnç, çocuğun bilinçdışı düzeyde kontrol kaybından duyduğu kaygıyla ilişkilendirilir (Freud, 1900).

Davranışçı Kuram

Davranışçı yaklaşıma göre uyku sorunları, klasik ve edimsel koşullanma yoluyla öğrenilmiş davranış örüntüleridir. Çocuğun ebeveyn varlığıyla uykuya dalmayı ilişkilendirmesi (olumsuz pekiştirme döngüsü) ve yatma vaktine gösterilen direncin ebeveyn ilgisiyle ödüllendirilmesi, sorunun sürmesini açıklayan temel mekanizmalardır (Williams, 1959). Sönme (extinction) ve kademeli sönme (graduatedextinction) temelli müdahaleler bu kuramdan doğmuştur (Williams, 1959).

Bilişsel Kuram

Bilişsel kuram, uykuyla ilgili işlevsel olmayan inançların ("yeterince uyumazsam yarın başarısız olurum" gibi felaketleştirici düşünceler) ve aşırı uyarılmışlık halinin (hyperarousal) uykuya dalmayı güçleştirdiğini öne sürer. Morin'in bilişsel modeli, uyku hakkındaki endişenin bizzat uykusuzluğu sürdüren bir kısır döngü oluşturduğunu vurgular (Morin, 1993).

Bilişsel ve Davranışçı Kuramın Bütünleşmesi

BDT, davranışçı tekniklerle (uyku hijyeni, uyaran kontrolü, kademeli sönme) bilişsel yeniden yapılandırmayı (uykuyla ilgili işlevsel olmayan inançların değiştirilmesi) bir araya getirerek hem davranışsal örüntüyü hem de altta yatan bilişsel süreçleri hedef alan bütüncül bir müdahale modeli sunar (Harvey, 2002); bu bütünleşme, BDT'nin çocuk ve ergen uyku bozukluklarında tercih edilen yaklaşım olmasının temel gerekçesidir (Harvey, 2002).

Nesne İlişkileri Kuramı

Nesne ilişkileri kuramı, özellikle Margaret Mahler'in ayrılma-bireyleşme (separation-individuation) kuramı çerçevesinde, çocuğun uyku güçlüklerini birincil bakım vereninden

psikolojik olarak ayrışma sürecindeki zorluklarla ilişkilendirir (Mahler, Pine ve Bergman, 1975). Mahler'e göre çocuk, sembiyotik evreden özerkliğe geçiş sürecinde "nesne sürekliliği" (objectconstancy) kazanana dek, bakım verenin fiziksel yokluğunda güvende hissetmekte zorlanır; gece, ebeveynin fiziksel olarak ulaşamaz olduğu bir zaman dilimi olduğundan, bu ayrışma güclüğü en belirgin biçimde yatma vakti ve gece uyanmalarında ortaya çıkar. Bu bakış açısı, çocuğun uykuya direncini yalnızca davranışsal bir alışkanlık değil, aynı zamanda gelişimsel bir bağlanma süreci olarak okumayı mümkün kılar.

Çocuklarda Uyku Bozukluğunun DSM-5 Sınıflandırması

Uyku bozukluklarının tanısıl sınıflandırması DSM'nin farklı basımlarında önemli ölçüde değişmiştir. DSM-I ve DSM-II'de uyku sorunları bağımsız bir kategori olarak değil, genellikle nevrotik belirtilerin bir parçası olarak ele alınmıştır. DSM-III (1980) ile birlikte uyku bozuklukları ilk kez ayrı bir tanısıl sınıf olarak tanımlanmış ve "dissomnia" ile "parasomnia" ayrımı getirilmiştir. DSM-IV (1994) bu ayrımı korurken, uyku bozukluklarını birincil (primer) ve genel tıbbi duruma/başka bir ruhsal bozukluğa bağlı olmak üzere ikiye ayırmıştır. DSM-5 (2013) ise bu etiyolojik ayrımı büyük ölçüde kaldırarak "İnsomnia Bozukluğu" başlığı altında tanıyı sadeleştirmiş, altta yatan nedenden bağımsız olarak belirti temelli bir yaklaşım benimsemiştir (APA, 2013); bu değişiklik, çocuk ve ergen popülasyonunda tanının önündeki engelleri azaltarak BDT gibi belirti-odaklı müdahalelerin araştırılmasını kolaylaştırmıştır.

DSM-5'te getirilen bu değişikliğin temelinde, uykusuzluğun altta yatan bir ruhsal ya da tıbbi duruma bağlı "ikincil" bir belirti olarak görülmesinin, çoğu zaman bağımsız klinik ilginin ertelenmesine ve sorunun tedavisiz kalmasına yol açtığı yönündeki gözlemler yer almaktadır (Reynolds ve O'Hara, 2013). Bu doğrultuda DSM-5, eşlik eden bir ruhsal ya da tıbbi durum bulunsa dahi insomnia bozukluğunun ayrı biçimde tanılanmasını ve tedavi edilmesini önermektedir (Reynolds ve O'Hara, 2013). Tanı ölçütlerinde ayrıca sıklık (haftada en az üç gece) ve süre (en az üç ay) kriterleri netleştirilmiş; bu değişiklik, Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması'nın (ICSD-3) üçüncü baskısıyla büyük ölçüde uyumlu hale getirilmiştir (Sateia, 2014). DSM-5 ile ICSD-3 arasındaki bu yakınsama, insomnia tanısının klinik uygulamada ve araştırma bağlamlarında daha tutarlı biçimde kullanılmasını sağlamıştır (Sateia, 2014).

Çocuk ve ergen popülasyonu açısından değerlendirildiğinde, DSM-5'in belirti temelli ve etiyolojiden bağımsız yaklaşımı, davranışsal insomnianın erken çocuklukta sıklıkla eşlik ettiği

ayrılık kaygısı, nörogelişimsel bozukluklar ya da ebeveyn-çocuk etkileşim güçlükleri gibi durumlarla birlikte dahi bağımsız olarak tanılanabilmesine olanak tanımaktadır (Mindell ve Owens, 2010). Bu durum, klinisyenlerin yalnızca altta yatan durumun tedavi edilmesini beklemek yerine, uyku sorununa yönelik BDT temelli müdahaleleri erken aşamada başlatabilmesini kolaylaştırmakta ve çocuk/ergen uyku bozukluklarının klinik olarak görünürlüğünü artırmaktadır (Mindell ve Owens, 2010).

Çocuklarda Uyku Bozukluğunun Tedavisi

Çocuk ve ergenlerde uyku bozukluklarının tedavisinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan (davranışsal/bilişsel) yaklaşımlar olmak üzere iki temel seçenek bulunmaktadır. Pediatrik popülasyonda onaylı farmakolojik ajanların sınırlı sayıda olması, yan etki profili ve uzun süreli kullanıma ilişkin güvenlik verisinin yetersizliği nedeniyle, uluslararası klinik kılavuzlar davranışsal/bilişsel temelli müdahaleleri ilk basamak tedavi olarak önermektedir (Mindell ve Owens, 2010; Pavkovic ve Kothare, 2022). Bu bağlamda BDT, çocuk ve ergen uyku bozukluklarının tedavisinde en kapsamlı kanıt tabanına sahip yaklaşım olarak öne çıkmaktadır (Mindell ve Owens, 2010). İzleyen alt başlıklarda BDT'nin tanımı, tarihsel gelişimi ve çocuk/ergen popülasyonundaki uygulama biçimleri ele alınmaktadır.

BDT Tanımı

Bilişsel Davranışçı Terapi, düşünce, duygu ve davranış arasındaki karşılıklı etkileşimi temel alan, yapılandırılmış ve zaman sınırlı bir psikoterapi yaklaşımıdır (Dewald-Kaufmann ve ark., 2019). Uyku bozuklukları bağlamında BDT-I (CBT for Insomnia) olarak adlandırılan bu model; uyaran kontrolü, uyku kısıtlaması, uyku hijyeni eğitimi, gevşeme teknikleri ve bilişsel yeniden yapılandırma bileşenlerini bir araya getirir (Dewald-Kaufmann ve ark., 2019). Çocuk ve ergen uygulamalarında bu bileşenler, ebeveyn eğitimi ve kademeli sönme temelli davranışsal protokollerle desteklenerek gelişimsel düzeye uyarlanır (Dewald-Kaufmann ve ark., 2019).

BDT'nin kuramsal temelinde, bireyin uykuya ilgili işlevsel olmayan inançlarının ve aşırı uyarılmışlık düzeyinin, uykuya dalmayı güçleştiren bir kısır döngü oluşturduğu varsayımı yer alır (Harvey, 2002). Bu bütünlük modelde davranışsal ve bilişsel bileşenler birlikte ele alınır. Davranışsal bileşenler arasında; yatağın yalnızca uyku ile ilişkilendirilmesini sağlayan uyaran kontrolü, kişinin yatakta geçirdiği süreyi gerçek uyku süresiyle uyumlu hâle getiren uyku

kısıtlaması, düzenli yatma-kalkma saatleri ve uygun uyku ortamını kapsayan uyku hijyeni eğitimi ile diyafragmatik solunum veya progresif kas gevşetme gibi gevşeme teknikleri yer almaktadır (Dewald-Kaufmann ve ark., 2019; Harvey, 2002). Bilişsel bileşen ise, uykuyla ilgili felaketleştirici düşüncelerin (örn. "bu gece uyuyamazsam yarın hiçbir şey yapamam") belirlenmesi ve gerçekçi, işlevsel düşüncelerle yeniden yapılandırılmasını içerir (Morin, 1993). Çocuk ve ergen popülasyonuna uyarlanan BDT protokolleri, genellikle 4 ila 8 seans arasında değişen, yapılandırılmış bir formatta uygulanmaktadır ve yaş grubuna göre farklı sunum biçimleri alabilmektedir; küçük çocuklarda müdahale büyük ölçüde ebeveyn aracılığıyla yürütülürken, ergenlerde doğrudan bireysel seanslar ön plana çıkmaktadır (Dewald-Kaufmann ve ark., 2019). Son yıllarda bu protokoller, yüz yüze bireysel/grup formatlarının yanı sıra internet temelli ve mobil uygulama destekli sürümlerle de sunulmakta; bu durum, BDT'nin erişilebilirliğini artırarak klinik kaynakların sınırlı olduğu bağlamlarda da uygulanabilir hâle gelmesini sağlamaktadır (de Bruin, Bögels, Oort ve Meijer, 2015; Werner-Seidler ve ark., 2023).

BDT Tarihçesi

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin kökleri, 1950'li ve 1960'lı yıllarda birbirinden bağımsız olarak geliştirilen iki yaklaşıma dayanır: Albert Ellis'in Akılcı Duygusal Davranışçı Terapisi (Ellis, 1962) ve Aaron Beck'in bilişsel terapisi (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979). Beck, 1960'lı yıllarda depresyonu incelerken bireylerin işlevsel olmayan düşünce kalıplarının duygu ve davranışlarını şekillendirdiğini öne sürerek bilişsel terapinin temellerini atmıştır (Beck ve ark., 1979). 1970'li ve 1980'li yıllarda bu bilişsel yaklaşım, davranışçı geleneğin uyarıcı kontrolü ve sistematik duyarsızlaştırma gibi tekniklerle birleştirilmesi sonucunda günümüzdeki Bilişsel Davranışçı Terapi biçimini almıştır. 1990'lardan itibaren bu model, uykusuzluk başta olmak üzere pek çok klinik soruna uyarlanmış; Morin ve arkadaşlarının çalışmaları sayesinde BDT-I (Bilişsel Davranışçı Terapi-İnsomnia) yetişkinlerde altın standart tedavi haline gelmiştir (Morin, 1993). 2000'li yıllardan sonra ise bu protokoller, gelişimsel uyarlamalarla çocuk ve ergen popülasyonuna genişletilmiştir.

Çocuklarda Uyku Bozukluğunda BDT Terapisi

BDT temelli müdahaleler, çocuk ve ergen uyku bozukluklarının tedavisinde hem doğrudan çocuğa yönelik hem de ebeveyn aracılığıyla uygulanan formatlarda kullanılmaktadır (Lunsford-Avery ve ark., 2021). Küçük yaş grubunda ebeveyn eğitimi ağırlıklı programlar (yatma rutini oluşturma, kademeli sönme) öne çıkarken, ergenlerde bilişsel yeniden yapılandırma ve uyku kısıtlaması bileşenleri daha belirgin rol oynamaktadır (Lunsford-Avery ve ark., 2021). Alanyazında bu müdahalelerin yalnızca uyku parametrelerinde değil, eşlik eden duygu-durum belirtilerinde ve aile işlevselliğinde de olumlu değişim sağladığına dair bulgular giderek artmaktadır (Lunsford-Avery ve ark., 2021).

Gelişimsel düzeye özgü uyarlamalar, BDT'nin çocuk ve ergen popülasyonundaki uygulanabilirliğinin temelini oluşturmaktadır. Bebeklik ve okul öncesi dönemde en sık kullanılan yaklaşımlar arasında, ebeveynin çocuğu yatağına yatırdıktan sonra müdahaleyi kademeli olarak azalttığı kademeli sönme (graduated extinction) ve tutarlı, öngörülebilir bir yatma rutininin oluşturulması yer almaktadır; bu yaklaşımların hem çocuğun uyku parametrelerini hem de anne-baba ruh hâlini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Mindell, Kuhn, Lewin, Meltzer ve Sadeh, 2006). Okul çağı çocuklarında ise doğrudan çocuğa yönelik psikoeğitim, ödül sistemleri ve basitleştirilmiş bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullanılırken (Paine ve Gradisar, 2011), ergenlerde uyku kısıtlaması ve bilişsel yeniden yapılandırma bileşenleri, gelişen soyut düşünme kapasitesine paralel biçimde daha belirgin bir rol üstlenmektedir (Lunsford-Avery ve ark., 2021).

Alanyazındaki kanıtlar, BDT temelli müdahalelerin yalnızca birincil uyku belirtileri (uyku başlangıç gecikmesi, gece uyanma sıklığı ve süresi, uyku etkinliği) üzerinde değil; eşlik eden içselleştirme belirtileri (kaygı, depresif belirtiler) ve aile işlevselliği üzerinde de olumlu etkiler oluşturduğunu göstermektedir (Lunsford-Avery ve ark., 2021). Bununla birlikte müdahalenin etkililiği, ebeveyn katılımının düzeyi, uygulayıcının bu alandaki deneyimi ve ailenin tedaviye uyumu gibi etkenlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir; bu nedenle güncel klinik kılavuzlar, BDT'nin çocuk ve ergen uyku bozukluklarında ilk basamak, düşük yan etki profiline sahip ve uzun vadeli kazanımlar sağlayan bir tedavi seçeneği olarak benimsenmesini önermektedir (Mindell ve Owens, 2010; Pavkovic ve Kothare, 2022).

Yöntem

Bu çalışma, çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi (BDT) temelli müdahalelerin uyku bozukluklarının tedavisindeki etkililiğini değerlendirmeyi amaçlayan bir derleme niteliğindedir. Derleme sürecinde alanyazın taraması, çalışma seçimi, veri çıkarımı ve bulguların sentezlenmesi aşamalarından oluşan çok basamaklı bir süreç izlenmiştir.

Araştırma Deseni

Bu araştırma, birincil verilerin toplanmadığı, bunun yerine mevcut ampirik alanyazının taranıp değerlendirildiği betimsel-derleyici bir derleme modelinde tasarlanmıştır. Derlemenin kapsamı, çocuk ve ergen (0-18 yaş) popülasyonunda BDT temelli müdahalelerin uyku bozuklukları üzerindeki etkililiğini inceleyen randomize kontrollü çalışmalarla sınırlandırılmıştır.

Veri Tabanları ve Tarama Stratejisi

İlgili çalışmalara ulaşmak amacıyla PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Science ve Cochrane Library veri tabanları taranmıştır. Tarama, İngilizce ve Türkçe dillerindeki yayınları kapsayacak şekilde yürütülmüş; anahtar kelime kombinasyonları olarak "cognitive behavioral therapy", "CBT-I", "insomnia", "sleep disorder", "behavioral sleep intervention", "children", "adolescents" ve "pediatric" terimleri Boole operatörleri (AND/OR) ile birlikte kullanılmıştır. Tarama, veri tabanlarının kuruluşundan itibaren güncel tarihe kadar herhangi bir alt zaman sınırı gözetmeksizin yürütülmüş, ancak dahil edilen çalışmaların büyük kısmının 2000 sonrası yayımlanan randomize kontrollü çalışmalardan oluştuğu görülmüştür. Ek olarak, dahil edilen çalışmaların kaynakça listeleri elle taranarak (ileri/geri kartopu yöntemi) tarama sürecine dahil edilmemiş olası ilgili çalışmalar da tespit edilmeye çalışılmıştır.

Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri

Çalışmaların derlemeye dahil edilebilmesi için şu ölçütleri karşılaması aranmıştır: (a) örneklemin çocuk ve/veya ergenlerden (0-18 yaş) oluşması; (b) uygulanan müdahalenin BDT temelli bileşenler (uyaran kontrolü, uyku kısıtlaması, kademeli sönme, uyku hijyeni eğitimi, bilişsel yeniden yapılandırma vb.) içermesi; (c) araştırma deseninin randomize kontrollü çalışma (RKÇ) olması; (d) uyku parametrelerine (uyku başlangıç gecikmesi, gece uyanma sıklığı/süresi, uyku etkinliği, toplam uyku süresi vb.) ilişkin nicel sonuç ölçütlerinin

raporlanmış olması; (e) çalışmanın hakemli bir dergide tam metin olarak yayımlanmış olması. Dışlanma ölçütleri ise şu şekilde belirlenmiştir: (a) yalnızca farmakolojik müdahaleleri konu alan çalışmalar; (b) vaka sunumu, derleme, meta-analiz veya nitel araştırma deseninde yürütülmüş çalışmalar; (c) yetişkin örneklemelerinde yürütülen çalışmalar; (d) tam metnine erişilemeyen veya yalnızca özet/bildiri niteliğinde yayımlanan çalışmalar; (e) gri edebiyat (yayımlanmamış tez, rapor vb.) kapsamındaki kaynaklar.

Çalışma Seçimi ve Veri Çıkarımı

Tarama sonucunda elde edilen kayıtlar önce başlık ve özet düzeyinde incelenmiş, dahil edilme ölçütlerini karşılamayan çalışmalar bu aşamada elenmiştir. Ön elemeyi geçen çalışmaların tam metinleri incelenerek nihai dahil edilme kararı verilmiştir. Mükerrer kayıtlar veri tabanı yönetim yazılımı aracılığıyla ayıklanmıştır. Bu süreç sonunda toplam 11 randomize kontrollü çalışma derlemeye dahil edilmiştir. Dahil edilen her çalışmadan; yazar(lar) ve yayın yılı, örneklem büyüklüğü ve yaş aralığı, uygulanan müdahalenin türü ve süresi, karşılaştırma/kontrol koşulu, kullanılan sonuç ölçütleri (uyku günlüğü, aktigrafi, polisomnografi, ebeveyn/öz bildirim ölçekleri) ve elde edilen temel bulgular çıkarılarak bir veri çıkarım tablosunda özetlenmiştir.

Sınırlılıklar

Bu derlemenin yöntemsel bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Derlemeye yalnızca dizin taranmış veri tabanlarından erişilebilen, İngilizce/Türkçe dillerinde ve tam metin olarak yayımlanmış çalışmalar dahil edilmiş; gri edebiyat ve yayımlanmamış çalışma protokolleri kapsam dışı bırakılmıştır. Bu durum, olumlu ya da anlamlı sonuç bildiren çalışmaların yayımlanma olasılığının daha yüksek olmasından kaynaklanabilecek bir yayın yanlılığı (publication bias) riski taşımaktadır. Ayrıca, dahil edilen çalışmalar arasında örneklem özellikleri, müdahale protokolleri ve sonuç ölçütleri bakımından gözlenen heterojenlik nedeniyle nicel bir meta-analiz yürütülememiş, bulgular betimsel düzeyde sentezlenmiştir.

BULGULAR

Alanyazında çocuk ve ergenlerde uyku bozukluklarına yönelik BDT temelli müdahaleleri inceleyen çok sayıda randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır. Hiscock ve Wake (2002), Avustralya'da yürüttükleri çalışmada davranışsal müdahalenin anne ruh hali üzerindeki etkisini

incelemiş; Moore, Friman, Fruzzetti ve MacAleese (2007) kademeli sönme temelli bir programın etkililiğini test etmiştir. Mindell, Telofski, Wiegand ve Kurtz (2009) ile Paine ve Gradisar (2011), farklı yaş gruplarında davranışsal uyku müdahalelerinin uyku parametreleri üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Clarke, McGlinchey ve arkadaşları (2015), de Bruin, Bögels, Oort ve Meijer (2015, 2018), Gradisar, Jackson, Spurrier ve arkadaşları (2016), de Bruin, van Steensel ve Meijer (2016), Rafihi-Ferreira, Pires ve Silveiras (2019) ve Werner-Seidler, Li, Spanos ve arkadaşları (2023) ise ergen örneklemelerinde BDT temelli müdahalelerin hem uyku hem de depresif belirtiler üzerindeki etkilerini incelemiştir. Bu çalışmaların ortak bulgusu, BDT temelli müdahalelerin uyku başlangıç gecikmesi, gece uyanmaları ve uyku etkinliğinde tutarlı iyileşme sağladığı yönündedir; ancak örneklem büyüklüklerinin sınırlı kalması ve kültürler arası çeşitliliğin azlığı, bu çalışmaların ortak sınırlılığı olarak öne çıkmaktadır. (Bu çalışmaların detaylı analizi BÖLÜM III – Bulgular kısmında sunulmaktadır).

Tartışma

Bu derlemenin amacı, çocuk ve ergenlerde uyku bozukluklarının tedavisinde bilişsel davranışçı terapi (BDT) temelli müdahalelerin etkililiğini, mevcut randomize kontrollü çalışmaların bulguları ışığında değerlendirmektir. Bu amaç doğrultusunda PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Science ve Cochrane Library veri tabanları taranmış; dahil edilme ölçütlerini karşılayan 11 randomize kontrollü çalışma incelenmiş ve elde edilen bulgular betimsel düzeyde sentezlenmiştir. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular, BDT temelli müdahalelerin çocuk ve ergenlerde uyku bozukluklarının tedavisinde tutarlı biçimde etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmaların büyük çoğunluğunda uyku başlangıç gecikmesi, gece uyanmaları ve uyku etkinliğinde anlamlı iyileşmeler bildirilirken, toplam uyku süresi üzerindeki etkiler daha değişken bulunmuştur (Paine ve Gradisar, 2011). Bu bulgu, BDT'nin uykunun süresinden çok niteliğini ve sürekliliğini etkilediğine işaret etmektedir.

Yaş gruplarına göre bakıldığında, bebeklik ve erken çocukluk döneminde ebeveyn aracılığıyla uygulanan sönme temelli tekniklerin (kademeli sönme, yatma zamanını erteleme, tutarlı yatma rutinleri) öne çıktığı ve hem çocuğun uyku parametrelerini hem de ebeveyn ruh halini olumlu yönde etkilediği görülmektedir (Hiscock ve Wake, 2002; Mindell vd., 2009; Moore vd., 2007; Rafihi-Ferreira vd., 2019). Ergenlik döneminde ise bilişsel yeniden yapılandırma bileşeni daha ön plana çıkmakta; bireysel, grup ya da internet/uygulama temelli formatların benzer düzeyde etkili olduğu bildirilmektedir (de Bruin vd., 2015, 2016, 2018; Werner-Seidler vd., 2023).

BDT'nin yalnızca uyku üzerinde değil, eşlik eden ruhsal belirtiler üzerinde de olumlu etkiler oluşturduğu görülmektedir. Uykusuzluk tedavisi sonrasında ergenlerde genel psikopatoloji belirtilerinin azaldığı (de Bruin vd., 2018), uykusuzluk ve depresif belirtilerin birlikte ele alındığı programlarda her iki alanda da iyileşme sağlandığı (Clarke vd., 2015) ve depresyondaki iyileşmenin kısmen uyku iyileşmesi aracılığıyla gerçekleştiği (Werner-Seidler vd., 2023) bulunmuştur. Bu sonuçlar, uyku ile ruh sağlığı arasındaki çift yönlü ilişkiyi desteklemekte ve BDT'yi bu ilişkiye müdahale edilebilecek bir araç olarak öne çıkarmaktadır.

Uygulama biçimi açısından, internet ya da uygulama temelli BDT programlarının yüz yüze/grup formatlarına benzer klinik etkinlik gösterdiği, buna karşın daha düşük maliyetle uygulanabildiği bulunmuştur (de Bruin vd., 2016). Bu sonuç, klinik kaynakların sınırlı olduğu bölgelerde BDT'nin yaygınlaştırılması açısından önemli bir çıkarım sunmaktadır. Güvenlik açısından ise sönme temelli tekniklerin bebeklerde kortizol düzeyleri, ebeveyn stresi ya da ebeveyn-bebek bağlanması üzerinde olumsuz bir etki oluşturmadığı gösterilmiş (Gradisar vd., 2016); bu bulgu, davranışsal uyku müdahalelerinin bağlanmaya zarar verdiği yönündeki kaygıları büyük ölçüde azaltmaktadır.

Bununla birlikte derlemeye dahil edilen çalışmaların bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Örneklem büyüklükleri genel olarak küçük ile orta düzeydedir (19-405 katılımcı) ve bazı çalışmalar pilot niteliktedir (Clarke vd., 2015). Çalışmaların büyük bölümü Avustralya, Hollanda ve ABD gibi yüksek gelirli batılı ülkelerde yürütülmüş olup kültürel çeşitlilik sınırlıdır; yalnızca bir çalışma Latin Amerika örnekleminde (Brezilya) veri sunmaktadır (Rafihi-Ferreira vd., 2019). Kullanılan sonuç ölçütlerinin (uyku günlüğü, aktigrafi, ebeveyn bildirimi) çalışmalar arasında farklılık göstermesi bulguların karşılaştırılabilirliğini güçleştirmekte; izlem sürelerinin kısa kalması ise kazanımların kalıcılığı hakkındaki bilgiyi sınırlamaktadır. Ayrıca yalnızca dizin taranmış, tam metin ve İngilizce/Türkçe yayımlanmış çalışmaların dahil edilmesi, yayın yanlılığı (publication bias) riski taşımaktadır.

Bu derlemenin bulguları alanyazınla büyük ölçüde tutarlıdır. Uyku ile bilişsel ve davranışsal sonuçlar arasındaki ilişkiyi inceleyen kapsamlı bir meta-analiz, uyku süresi ve kalitesindeki iyileşmenin davranış sorunları üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermiştir (Astill vd., 2012); bu durum, mevcut derlemeye gözlenen uyku ve duygusal iyileşme örüntüsüyle örtüşmektedir. Yetişkinlerde BDT-İnsomni'nin altın standart konumu (Morin, 1993) göz önüne alındığında, çocuk ve ergen örneklemelerinde gözlenen tutarlı iyileşme örüntüsü yetişkin alanyazınıyla paralellik göstermektedir; ancak çocuk ve ergen popülasyonuna özgü meta-analitik çalışmaların azlığı bu karşılaştırmaların ihtiyatla değerlendirilmesini gerektirmektedir.

Sonuç olarak bu derleme, Bilişsel Davranışçı Terapinin çocuk ve ergenlerde uyku bozukluklarının tedavisinde güvenli, etkili ve farklı yaş gruplarına uyarlanabilir bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Bebeklik ve erken çocuklukta ebeveyn aracılı davranışsal teknikler, ergenlikte ise bilişsel bileşenlerin eklendiği bireysel, grup veya dijital programlar, uyku parametrelerinde kalıcı iyileşmeler sağlamakta; BDT ayrıca ergenlerde depresif belirtilerin azalmasına ve ebeveyn ruh halinin iyileşmesine katkıda bulunmaktadır. Klinik uygulamada BDT'nin ilk basamak tedavi seçeneği olarak değerlendirilmesi, sınırlı kaynaklara sahip bölgelerde ise internet/uygulama temelli formatların maliyet etkin bir alternatif olarak göz önünde bulundurulması önerilmektedir. Gelecek araştırmalarda daha geniş ve kültürel açıdan çeşitli örneklemelerin kullanılması, standart sonuç ölçütlerinin benimsenmesi ve farklı BDT bileşenlerinin göreceli etkililiğinin karşılaştırılması önem taşımaktadır.

Kaynakça

- Alfano, C. A., & Gamble, A. L. (2009). The role of sleep in childhood psychiatric disorders. *Child & Youth Care Forum*, 38(6), 327-340.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. baskı). American Psychiatric Publishing.
- Astill, R. G., Van der Heijden, K. B., Van IJzendoorn, M. H., & Van Someren, E. J. W. (2012). Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: A century of research meta-analyzed. *Psychological Bulletin*, 138(6), 1109-1138.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beebe, D. W. (2011). Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 649-665.
- Carskadon, M. A. (2011). Sleep in adolescents: The perfect storm. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 637-647.
- Chase, R. M., & Pincus, D. B. (2011). Sleep-related problems in children and adolescents with anxiety disorders. *Behavioral Sleep Medicine*, 9(4), 224-236.
- Clarke, G., McGlinchey, E. L., Hein, K., Gullion, C. M., Dickerson, J. F., Leo, M. C., & Harvey, A. G. (2015). Cognitive-behavioral treatment of insomnia and depression in adolescents: A pilot randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 111-118.
- de Bruin, E. J., Bögels, S. M., Oort, F. J., & Meijer, A. M. (2015). Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in adolescents: A randomized controlled trial with internet therapy, group therapy and a waiting list condition. *Sleep*, 38(12), 1913-1926.
- de Bruin, E. J., Bögels, S. M., Oort, F. J., & Meijer, A. M. (2018). Improvements of adolescent psychopathology after insomnia treatment: Results from a randomized controlled trial over 1 year. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(5), 509-522.

- de Bruin, E. J., van Steensel, F. J. A., & Meijer, A. M. (2016). Cost-effectiveness of group and internet cognitive behavioral therapy for insomnia in adolescents: Results from a randomized controlled trial. *Sleep*, 39(8), 1571-1581.
- Dewald-Kaufmann, J., de Bruin, E., & Michael, G. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i) in school-aged children and adolescents. *Sleep Medicine Clinics*, 14(2), 155-165.
- Domingues-Montanari, S. (2017). Clinical and psychological effects of excessive screen time on children. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53(4), 333-338.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung* [Rüyaların yorumu]. Franz Deuticke.
- Gradisar, M., Jackson, K., Spurrier, N. J., Gibson, J., Whitham, J., Sved Williams, A., Dolby, R., & Kennaway, D. J. (2016). Behavioral interventions for infant sleep problems: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 137(6), e20151486.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 869-893.
- Hiscock, H., & Wake, M. (2002). Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *BMJ*, 324(7345), 1062-1065.
- Lunsford-Avery, J. R., Bidopia, T., Jackson, L., & Sloan, J. S. (2021). Behavioral treatment of insomnia and sleep disturbances in school-aged children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(1), 101-116.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books.
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J., & Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1263-1276.
- Mindell, J. A., & Owens, J. A. (2010). *A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems* (2. baskı). Lippincott Williams & Wilkins.
- Mindell, J. A., Telofski, L. S., Wiegand, B., & Kurtz, E. S. (2009). A nightly bedtime routine: Impact on sleep in young children and maternal mood. *Sleep*, 32(5), 599-606.
- Moore, B. A., Friman, P. C., Fruzzetti, A. E., & MacAlease, K. (2007). Brief report: Evaluating the Bedtime Pass Program for child resistance to bedtime—A randomized, controlled trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(3), 283-287.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. Guilford Press.
- Owens, J. (2008). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 35(3), 533-546.
- Paine, S., & Gradisar, M. (2011). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for behavioural insomnia of childhood in school-aged children. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6-7), 379-388.
- Pavkovic, I., & Kothare, S. V. (2022). Pharmacologic approaches to insomnia and other sleep disorders in children. *Current Treatment Options in Neurology*, 24(4), 137-152.
- Rafihi-Ferreira, R. E., Pires, M. L. N., & Silveiras, E. F. de M. (2019). Behavioral intervention for sleep problems in childhood: A Brazilian randomized controlled trial. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32, 5.

- Rana, M., Kothare, S., & DeBassio, W. (2021). The assessment and treatment of sleep abnormalities in children and adolescents with autism spectrum disorder: A review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(1), 25-35.
- Reynolds, C. F., & O'Hara, R. (2013). DSM-5 sleep-wake disorders classification: Overview for use in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1099-1101.
- Sateia, M. J. (2014). International classification of sleep disorders-third edition: Highlights and modifications. *Chest*, 146(5), 1387-1394.
- Teti, D. M., Shimizu, M., Crosby, B., & Kim, B. R. (2016). Sleep arrangements, parent-infant sleep during the first year, and family functioning. *Developmental Psychology*, 52(8), 1169-1181.
- Tsai, M.-H., Hsu, J.-F., & Huang, Y.-S. (2016). Sleep problems in children with attention deficit/hyperactivity disorder: Current status of knowledge and appropriate management. *Current Psychiatry Reports*, 18(8), 76.
- Werner-Seidler, A., Li, S. H., Spanos, S., Johnston, L., O'Dea, B., Torok, M., Ritterband, L., Newby, J. M., Mackinnon, A. J., & Christensen, H. (2023). The effects of a sleep-focused smartphone application on insomnia and depressive symptoms: A randomised controlled trial and mediation analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(9), 1324-1335.
- Williams, C. D. (1959). The elimination of tantrum behavior by extinction procedures. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59(2), 269.