

Kaygı Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi

Emel KARAKAYA¹, Didem Behice ÖZTOP²

¹Uzm. Dr. Erciyes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

²Doç. Dr. Erciyes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Özet

Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) günümüzde psikoterapi alanında en önde gelen yaklaşımlardan birisi haline gelmiştir. Ancak BDT'nin çocuk psikoterapisi alanında kullanılması oldukça yenidir. Çocuk ve ergenler için etkili bir yöntem olduğunun anlaşılması 1990'lı yıllardan sonra olmuştur. Anksiyete bozuklukları da çocuk ve ergen psikiyatrisinin en yaygın sorunlarından biridir. Yapılan çalışmalarda çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğunun tedavisinde BDT'nin etkinliğini kanıtlanmıştır. Üstelik bu çalışmaların bazılarında etkinliğin kalıcı olduğu belirtilmektedir. Anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde BDT'nin öncelikli hedefi uygun olmayan öğrenme ve düşünme paternlerini değiştirmektir. Şimdi ve burada yaklaşımıyla şu anki problemlerin kökenleri anlaşılmaya çalışılır. Süreçte de semptomları devam ettiren etmenler üzerinde durulur. Tedavide baş etme becerilerini arttırarak, stres yaratan belirtiler azaltılmaya çalışılır. Bu amaç doğrultusunda seanslarda; kendini izleme, gevşeme eğitimi, sistematik duyarsızlaştırma, sosyal beceri eğitimi, bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma yöntemleri çocuğun sıkıntıları göz önünde bulundurularak uygulanır. Değerlendirme ve takip için anksiyete bozukluklarına özgü ölçeklerden yararlanır. Değerlendirme araçları ve tedavi yöntemi kullanılırken çocuğun yaş ve gelişim düzeyine özellikle dikkat etmek gerekir. (**Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2013; 2: 10-24**)

Anahtar sözcükler: Kaygı, çocuk, bilişsel davranışçı terapi

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy in Children and Adolescents with Anxiety Disorder

Currently, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) becomes one of the leading approaches in the psychotherapy. However, use of CBT in childhood psychotherapy is considerably novel. After 1990s, it has been understood that it is an effective method for children and adolescents. Anxiety disorders are one of the most common problems in the field of childhood and adolescent psychiatry. In the studies conducted, the effectiveness of CBT was demonstrated in anxiety disorders of the children and adolescents. Moreover, it was suggested that this effectiveness is permanent in some studies. Priority goal of CBT is to change inappropriate learning and thinking patterns in the children and adolescents. By "now and here" fashion, it is attempted to reveal the origin of current problems. During the process, the factors are considered, which cause to maintain the symptoms. It is attempted to decrease signs caused to stress by improving coping skills during therapy. To this end, methods including observation, relaxation training, systematic desensitization, social skills training, cognitive restructuring and exposure therapy are applied in sessions by taking child's problems into consideration. Scales specific to anxiety disorders are used in the assessment and follow-up. Age and development level of the child should be particularly taken into account while using assessment tools and therapeutic modality. (**Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research 2013; 2: 10-24**)

Key Words: Anxiety, child, cognitive behavioral therapy

Giriş

Günümüzde kaygı bozuklukları çocuk ve ergen psikiyatrisinin en yaygın problemlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Emiroğlu ve Baykara 2008, Bernstein ve Borchardt 1991). DSM IV-TR'ye göre çocuk ve ergenler 12 farklı kaygı bozukluğu tanısı

alabilirler. Bunlar; ayrılık kaygısı, panik bozukluk (agorafobi ile birlikte veya değil) panik bozukluk hikayesi olmayan agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, medikal duruma bağlı kaygı bozukluğu, madde kullanımına bağlı

kaygı bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan kaygı bozukluğu (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

Kaygı bozukluklarının tedavisinde sıklıkla Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) lerden yararlanılmaktadır ve bu tedavinin etkinliğini değerlendiren çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaları değerlendiren gözden geçirme ve metaanaliz makalelerinde BDT'nin hem kaygı belirtilerinin azaltılmasında hem de kaygı bozukluklarının tedavisinde etkili olduğu ve bu etkilerin kalıcı olduğu belirtilmektedir (Cartwright-Hatton ve ark. 2004, James ve ark. 2005).

Bilişsel Modele Göre Çocuk ve Ergenlerde Kaygı Belirtileri

Kaygı, sağlıklı bireylerde yaşam boyu deneyimlenen, bireylerin gelişimi sırasında koruyucu ve uyumsal işlevi olan normal bir duygudur. Tersine, kaygı bozuklukları belirgin sıkıntı ve işlev kaybına neden olan korku ya da endişe ile karakterizedir. Gelişimsel süreçte patolojik kaygı ile uyuma yardımcı olan, kendini koruma ve güvenliği sağlayan normal kaygıyı ayırtlaştırmak güçtür. Tanısal sınırları anlamakta uygun kural, uyarıcı bir ortam olduğunda kişinin kaygıdan kurtulabilme yetisi olup olmadığına bakmaktır. Örneğin; kendisi için çekici bir akranı ile karşılaştığında bir ergenin duyduğu kaygı normaldir, ancak ergen kaygıdan kurtulamayıp sürekli şüphe ve ruminasyonlarla uğraşıyor ise patoloji sınırını aşmıştır. Bunun sonucunda ergende benzer durumlardan kaçış oluşmaya başlamıştır. Örneğin ayrılık kaygısı erken çocukluk döneminde normal gelişimsel sürecin bir parçası iken; bu sürecin sonrasında çocuğun akran ve aile ilişkilerini, okul başarısını etkileyen ve aşırı, süregelen bir kaygı “ayrılık kaygısı” olarak ele alınır. Benzer şekilde erken çocukluk döneminin yabancı kaygısı ve sosyal çekingenliği, sosyal fobiden ayırt edilmelidir. Dolayısıyla çocuk ve ergenlerde belirli yaşam dönemlerinde ortaya çıkan ve gelişimsel olarak uygun olan kaygı ile tedavi edilmesi gereken kaygıyı birbirinden ayırt etmek önem taşımaktadır. Çoğu zaman da çocuk ve ergenlerdeki kaygı bozukluğu belirtileri, çevresel koşullara ve strese tepki olarak kabul edilebilir görüldüğünden, bu yaş grubunda kaygı bozuklukları tanı sıklıkla gözden kaçabilmektedir (Manassis 2004, Şenol 2007).

Bilişsel modele göre kaygı bozukluğu olan çocuklarda fiziksel, duygusal, davranışsal, bilişsel ve kişilerarası ilişkiler olmak üzere beş alanda değişiklikler olur. Tedavi, baş etme becerilerini arttırmak yoluyla stres yaratan belirtileri susturmaya odaklanır.

Pek çok kaygılı çocuğun somatik yakınmaları vardır (aşırı terleme, baş dönmesi, karın ağrısı, kas gerginliği, nefes almada güçlük, çarpıntı, bağırsak hareketlerinde düzensizlikler, vb.) Genellikle bu şikayetleri için bir çocuk doktoru tarafından değerlendirilmiş olurlar. Üzüntü, korku, panik, huzursuzluk, endişe kaygının duygusal bileşenleridir. Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde davranışsal belirtiler daha çok dikkat çeker. Kaçınma, kaygının davranışsal belirtilerinden biridir. Çocuklar genellikle korktukları durumlardan çok uzun süre kaçınmayacakları için bu kaçınmanın bedelinin daha büyük olduğu görülmektedir (okul, sağlık, akranlar vb. alanlarda problemler, aile içi çatışmalar). Tırnak yeme, parmak emme, kompulsiyonlar ve aşırı uykusuzluk kaygının diğer davranışsal belirtileridir. Bilişsel belirtiler, çocuğun bilgiyi işleme biçimini bize gösterir. Kaygılı çocukların içsel konuşmaları katastrofik korkular ve başarısızlık beklentilerinden oluşmaktadır (Örn: Kötü bir şeyler olacak ve bununla başedemeyeceğim). Zihinleri tehdit edici durumlara odaklanmıştır (Örn. Eğer... olursa?). En kötüsünün olacağını ve bununla başedemeyeceklerini düşünerek üzülürler (Friedberg ve McClure 2002).

Kashani ve Orvaschel (1990) kaygının en fazla kişilerarası ilişkiler alanında olumsuz etkiler gösterdiğini belirtmişlerdir. Sesli okuma yapmak, sınıfın önünde konuşmak kaygılı çocuklar için zordur (Kendall ve ark. 1992). Bir gruba katılmak, yapılandırılmamış sosyal ortamlarda bulunmak, sınava girmek de kaygılı çocuklar için tehlikeli konulardır. Diğerleri tarafından negatif değerlendirilme ve incelenme konusunda çok hassastırlar (Beidel ve Turner 1998).

Çocuk ve ergenlerdeki kaygı bozukluklarında birbirleri ile eş tanılabilirliğin bulunması oldukça yaygındır. Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin % 75'inde başka bir kaygı bozukluğu daha olduğunu göstermektedir. Ayrıca kaygı bozuklukları içinde en sık bildirilen eş tanılardan biri de % 25 ila % 33 oranlarıyla yıkıcı davranım bozukluğudur (Russo ve Beidel 2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu' nun da (DEHB) kaygı bozukluklarıyla eş hastalanma oranının yüksek olduğu saptanmıştır. % 15 ile % 24 aşırı kaygı bozukluğu ve ayrılık kaygısı bozukluğu olan çocuğun DEHB ölçütlerini karşıladığı bildirilmiştir (Berstein ve ark. 1996). Bu nedenle çocuk ve ergenlerde kaygı bozukluklarının tedavisinde eş hastalanma durumunun varlığı dikkate alınmalıdır (Ollendick ve ark. 2008).

Kaygı Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde BDT'nin Tarihi

Kaygı bozukluğu olan yetişkin hastalara uygulanan BDT'de olduğu gibi, çocukluk çağı kaygı bozukluklarına uygulanan BDT de deneysel psikolojinin öğrenme teorisi ve bilişsel psikoloji alanlarının katkılarıyla ortaya çıkmıştır. J. B. Watson'un öğrencilerinden Mary Cover Jones, çocukluk çağı kaygı bozukluklarının tedavisinde davranışsal ilkeleri uygulayan ilk kişilerdendir. Jones, çocukluk çağı korkuları ve fobilerin tedavisi için, özellikle, model alma ve maruz bırakma yöntemlerini kullanmıştır. Başlarda bu tedavi yöntemleri eleştirilmiş; model almanın işe yaramayacağı, maruz bırakmanın ise çocukların korkularını daha da kötüleştireceği şeklinde tartışmalara yol açmıştır. Ancak 1960 ve 1970'lerde başarısı duyulmaya başladıkça davranışsal tedaviler daha geniş kesimler tarafından kabul edilmiştir. Ayrıca bu dönemde Bandura'nın Sosyal Öğrenme Teorisi ve Beck'in Bilişsel Teorisi'nin klinik uygulamada önemli gelişmeler sağlaması, bilişsel ve davranışçı tedavilerde ilerlemelere yol açmıştır (Seligman ve Ollendick 2011).

BDT'nin çocuk ve ergenler için etkili bir psikoterapi yöntemi olduğunun anlaşılması 1990'lı yıllardan sonra olmuştur. Bilişsel terapinin çocuk ve ergen psikoterapisi alanında yaklaşık yirmi yıllık bir gecikme ile yerini almasında, bilişsel terapinin temel kavramlarının ve düşünceyi sorgulayan rasyonel analiz tekniklerinin çocuklar için ne kadar uygun olduğu sorusunun cevabının bilinmemesi önemli rol oynamıştır (Grave ve Blissett 2004). Yıllar içinde çocukların, pek çok soyut kavramı, somut bir dil, metaforlar ve günlük yaşamdan pratik örnekler verilerek açıklandığında anlayabildikleri ve terapide kendilerinden beklenen "bilişsel" görevleri yerine getirebildikleri görülmüştür. Biriken ampirik araştırma verileri sekiz yaşından büyük çocukların düşünce, duygu ve davranışları birbirinden ayırt edebildiklerini, düşünceler hakkında konuşabildiklerini, iç konuşmayı değiştirme ve kendini izleme gibi basit görevleri anlayıp yerine getirebildiklerini göstermektedir (Quakley ve ark. 2003).

Etkinliği

Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde BDT'nin etkinliğini araştırmak için 40'in üzerinde çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalarda kaygı bozukluğunun tedavisinde BDT'nin etkinliği kanıtlanmıştır (Seligman ve Ollendick 2011). Bu çalışmaları gösteren Tablo 1 Seligman ve Ollendick (2011)'in yazınından

çevrilerek makalenin sonunda listelenmiştir. Alandaki ilk çalışma olan Kendall'ın "Başeden Kedi" (coping cat) programından elde edilen olumlu sonuçlar, başka araştırmalarla da desteklenmiştir. Kendall, yaşları 9-13 arasında olan, 64 çocuk üzerinde bireysel olarak yürüttüğü 16 haftalık bir BDT'nin sonucunda, olguların % 64'ünün artık tanı ölçütlerini karşılamadıklarını bulmuştur. Aynı oran bekleme listesinde % 5 olarak saptanmıştır. İzleme çalışması ile sonuçların bir yıl boyunca kalıcı olduğu görülmüştür (Kendall 1994). Randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen etki derecesi genellikle yüksektir ve tedavi sonrası değerlendirmelerde BDT ile tedavi edilen çocukların yaklaşık üçte ikisinin tedavi olduğu saptanmıştır. Tedavisi tamamlanmış çocukların izlendiği çalışmalarda tedavi kazanımlarının genel olarak sürdüğü ortaya çıkmıştır. Ancak çocuk ve ergenlerde BDT uygulaması 1990'lı yıllardan sonra yaygınlaşmaya başladığı için henüz yeterli miktarda takip çalışması bulunmamaktadır. Takip çalışmalarının artmasıyla birlikte tedavi kazanımlarının ne oranda sürdürüldüğüne dair daha net bilgiler elde edilebilecektir (Nevo ve Manassis 2009).

BDT'nin eşlik eden durumların varlığında (Ollendick ve ark. 2008, Ollendick ve ark. 2010) ve farklı etnik ve kültürel gruplara uygulandığında da etkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Ginsburg ve Drake 2002, Toren ve ark. 1999).

Çocuk ve Ergenlerde Kaygı Bozukluğunu Değerlendiren Ölçekler

Çocuklar İçin Yenilenmiş Anksiyete Bildirim Ölçeği (Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS)

Çocuklarda kaygı belirtilerini ölçmek için kullanılır. Otuz-yedi evet-hayır maddesinden oluşur. Psikolojik belirtiler, üzüntüler, sosyal değerlendirmeler ve konsantrasyon güçlükleri olarak dört puan türü ve bunlara bağlı bir toplam kaygı puanı ile bir yalan ölçeğinden oluşur. 6-19 yaş arası çocuk ve ergenler için kullanılabilir (Reynolds ve Richmond 1985). Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

Çocuklar İçin Çok Boyutlu Anksiyete Ölçeği (Multidimensional Anxiety Scale for Children, MASC)

Otuz-dokuz maddeden oluşur. Zarar görmekten kaçınma, fiziksel belirtiler, sosyal kaygı ve ayrılma kaygısı olmak üzere dört puan türü hesaplanır.

Ayrıca bir total kaygı ölçeği, bir kararsızlık indeksi ve bir kaygı bozukluğu indeksi içerir. On maddeden oluşan kısa formu da mevcuttur. 8-19 yaş arası çocuk ve ergenler için uygundur (March 1997). Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

Çocuklar İçin Sosyal Fobi ve Anksiyete Envanteri (Social Phobia and Anxiety Inventory for Children, SPAI-C)

Özellikle sosyal fobi belirtilerini belirlemeye yöneliktir. Stresin şiddeti üç aşamalı olarak puanlanır. 8-14 yaş arası çocuk ve ergenler için uygundur. Çocuk ve aile için ayrı formları vardır. 14 yaş üzeri çocuklar için yetişkin formunu kullanmak, küçük çocuklar için aile formuna bağlı kalmak uygundur (Beidel ve ark. 1995). Envanterin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

Çocuklar İçin Yenilenmiş Korku İnceleme Envanteri (Fear Survey Schedule for Children-Revised, FSSC-R)

Genel çocukluk çağı korkularını içeren 80 maddeden oluşur. 7-16 yaş arası çocuk ve ergenler için uygundur. Başarısızlık ve eleştirilme korkusu, bilinmezlik korkusu, yaralanma ve küçük hayvan korkusu, tehlike ve ölüm korkusu, tıbbi korkular olmak üzere beş alanda puanlar ve bir toplam korku puanı hesaplanır (Ollendick 1983). Envanterin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri-DSKE (State Trait Anxiety Inventory-STAI)

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye Öner ve LeCompte tarafından uyarlanmıştır (Spielberger ve ark. 1970, Öner ve LeCompte 1985). Her biri 20 maddelik toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içeren 4'lü likert tipi bir öz değerlendirme anketidir. Envanter puanlanırken Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 7 madde (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilerek puanlanır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini ifade eder (Öner 1997).

Kaygının Çocuğun Yaşamını Engellemesi Ölçeği: Çocuk (KEÇ) ve Ana-Baba (KEAB) Formları (Children's Anxiety Life Interference

Scale: Parent form CALIS-P; CALIS-C Child form)

Çocuğun kaygı ve korkularının çocuğun yaşamını ne kadar engellediğini değerlendiren bir ölçektir. Toplam 11 maddeden oluşan ölçeğin, ana-babaların ve çocuğun doldurduğu iki ayrı formu bulunmaktadır. Çocuğun kaygısının ana-babası, kardeşleri, okul yaşamı ve okul dışındaki sosyal yaşamını ne kadar etkilediğini değerlendirmektedir (Lyneham 2012).

Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Form - ÇSAÖ-Y (Social Anxiety Scale for Children-Revised – SASC-R)

1988'de La Greca ve arkadaşları tarafından geliştirilen ÇSAÖ-Y ilk olarak 10 maddelik kısa bir ölçek biçiminde hazırlanmıştır. 1993'te La Greca ve Stone tarafından özgün ölçeğe yeni soruların ilavesiyle 18 maddelik yeni bir ölçek haline getirilmiştir. Beş dereceli likert tipi yanıtlanan öz bildirim dayalı bu ölçekte olası puanlar 18-90 arasındadır. ÇSAÖ-Y'nin Türkçede geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Demir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Demir ve ark. 1998).

Spielberger Sınav Kaygısı Envanteri-SKE (Test Anxiety Inventory)

Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Öner ve Albayrak-Kaymak (1990) tarafından Türkçe'ye çevrilen Sınav Kaygısı Envanteri (SKE) 20 sorudan oluşmaktadır. SKE "Kuruntu Kaygısı" ve "Duyuşsal Kaygı" olmak üzere iki alt testten meydana gelmektedir. Seçeneklere verilen yanıtların ağırlıkları 1 ile 4 puan arasında değişmektedir. Tüm testten alınacak en düşük puan 20, en yüksek puan 80'dir. SKE'nin Türkçe çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öner (1990) tarafından yapılmıştır.

Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği-ÇATÖ (Screen for Child Anxiety and Related Disorders-SCARED)

Çocukluk çağı kaygı bozukluklarını tarama amacıyla Birmaher ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çakmakçı (2004) tarafından yapılan Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği' nin (ÇATÖ) ebeveyn ve çocuk formu mevcuttur. Toplam 41 maddeden oluşan ÇATÖ'de 25 ve üzeri puanın, kaygı bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Ölçek içinde ayrıca somatizasyon, panik, yaygın kaygı, ayrılık kaygısı, sosyal fobi ve okul korkusu alt ölçekleri bulunmaktadır.

BDT’de Temel İlkeler

1. Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde BDT’nin öncelikli hedefi uygun olmayan öğrenme ve düşünme örüntülerini değiştirmektir.
2. İlk olarak “şimdi ve burada” yaklaşımıyla şu anki problemlerin kökenleri anlaşılmaya çalışılır. Tedavide ağırlıklı olarak çocuğun belirtilerini sürdüren etmenler üzerinde durulur.
3. BDT, beceri inşa eden bir yaklaşımdır. Terapistler yönlendirici ve seanslar çok öğretici olarak düşünülebilir; ancak seanslar sadece öğrenme sürecinin başlangıcı olarak görülmektedir.
4. Oturumlarda çocuk ve aileye bazı beceriler öğretilir ve seans içerisinde pratik yapması sağlanır. Ayrıca seans dışında uygulaması için verilen ev ödevleriyle de çocuğun beceri kazanması ve bu becerileri geliştirmesi amaçlanır (Friedberg ve Brelsford 2011).
5. Tedavi, zaman sınırlıdır. Hedefler, çocuk ve ailesi tarafından terapistle işbirliği içinde belirlenir. Yeterli beceri geliştiğinde ve tedavi hedeflerine ulaşıldığında tedavi sonlandırılır. Kaygı bozukluğu olan pek çok çocuk ve ergende tedavi genellikle on iki veya on altı hafta sürer; nadiren altı aya kadar uzadığı görülür (Woody ve Ollendick 2006).

BDT’DE Kaygı Bozukluklarında Kullanılan Yöntemler

Terapinin ilk aşamalarında kendini izleme ve sistematik duyarsızlaştırma, sosyal beceri eğitimi, gevşeme egzersizi, bilişsel yeniden yapılandırma gibi basit tekniklere bağlı kalmak önemlidir. Sonrasında, belirlenen hedeflere uygun maruz bırakma, rasyonel analiz becerileri gibi daha kompleks yöntemlerle devam edilebilir.

1. Kendini İzleme

Kendini izleme, BDT’nin ilk aşamalarında kişiye öğretilen, otomatik düşüncelerini ve düşünce içeriğindeki bilişsel çarpıtmaları fark etmeye yönelik yapılan çalışmaları içerir. Kişiye, kaygı hissettiği bir durumda aklından geçen düşünceleri yani otomatik düşüncelerini bulması öğretilir. Seans içinde ve seans dışında ev ödevleriyle kişinin otomatik düşüncelerine odaklanması ve böylelikle düşünce içeriğindeki hataları bulması sağlanır.

Çocuklarda kendini izleme uygulaması

Bu aşamada çocuğa temel duygu-düşünce-davranış modeli öğretilir. Çocukların bunu daha kolay anlaması için konuyu basitleştirmek, eğlenceli bir hale getirmek önemlidir (Friedberg ve ark. 2001).

Korku treni, duygu-düşünce-davranış modelini öğretmek için geliştirilmiş yöntemlerden biridir. Öncelikle çocuktan bir tren çizmesi istenir. Trenin uğrayacağı altı istasyon vardır. Bunlar; kim istasyonu, düşünce istasyonu, nerede istasyonu, davranış istasyonu, duygu istasyonu ve vücut istasyonudur. Çocuğun tüm istasyonlara uğraması önemlidir. Tren bir istasyonda durduğunda çocuk oradaki soruyu cevaplar. Terapist soruları yanıtlaması için çocuğa yardımcı olur. Çocuğun tüm istasyonlardaki soruları cevaplamaıyla duygu-düşünce-davranış modeli çocuğa gösterilmiş olur (Friedberg ve McClure 2002).

Ergenlerde kendini izleme

Ergenlerde kendini izleme etkinliği için korku termometresi kullanılabilir. Korku termometresinin üzerinde farklı korku dereceleri vardır. Derecelendirmeyi ergenin kendisinin yapması önemlidir. Bazı ergenler 1-5 arası bir derecelendirme tercih ederken bazılarının tercihi 1-100 arası olabilir. Bu termometreyi kullanarak duygularının seviyesini belirlerler ve o sırada aklından geçen düşünceleri de aktarırlar. Duygu şiddetinin seviyesi, bilişsel ve davranışsal müdahalelerden sonra ergen tarafından yeniden belirlenir. Böylece, ergenin uygun olmayan bilişlerini değiştirmek için yapılan müdahalelerin işe yarayıp yaramadığı somut olarak görülmüş olur (Silverman ve Kurtines 1996).

Ölçek kullanımı da ergenlerde kendini izleme için kullanılacak yöntemlerden biridir. Ölçekler ayda bir tekrarlanabilir ve aradaki farkı görmek için ergenle birlikte incelenir (Friedberg ve Brelsford 2011).

2. Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Kaygı bozukluğu olan çocuklarda BDT uygulamalarının temel bileşenlerinden biri; kaygı yaratan durumla ilgili bilişsel yeniden yapılandırma yapmaktır. Bu, çocuğun içsel konuşmalarını tanımasını ve belirtileriyle arasında bağlantı kurabilmesini sağlar. Kaygı yaratan durumlarda kendini izleme, genellikle çocuğun uygun olmayan bilişlerini tanımasına yardımcı olmak için kullanılır. Yönlendirilmiş keşif ve doğrudan sorularla inancın doğruluğu sorgulanır. Padesky (1986) bu durumu 4 aşamayla özetlemiştir:

1. Düşünceyi tanımak için bilgi alma soruları sormak ve düşüncenin gerçekliğini test etmek için veri toplamak: Bu aşamada doğrudan sorular, yönlendirilmiş keşif, seansta güçlü duyguların ortaya çıktığı anların kullanımı, hayal kurma, rol oynama, olayın anlamını sorma, davranış deneyi eşliğinde düşüncelerin kaydedilmesi, otomatik düşünce kaydı tutulması gibi yöntemlerle otomatik düşünceler elde edilmeye çalışılır. Sonrasında destekleyen ve karşı olan kanıtların bulunması, alternatif açıklamalar, en kötü ne olabilir, düşüncemi değiştirirsem ne olur, başkası aynı durumda olsa ne derdim gibi yöntemlerle otomatik düşüncenin gerçekliği test edilir.

2. Empatik dinleme
3. Özetleme
4. Çocuğun yeni bir anlayış kazanması için sentez yapmak veya analitik sorular sormak.

Tabii ki tüm bu uygulamalar çocuğun yaşı ve bilişsel gelişim düzeyi dikkate alınarak yapılmalıdır. Bu gibi vakalarda davranışsal deneyler bilişsel yeniden yapılandırma etkili yöntemlerden olabilir (Sauter ve ark. 2009).

Davranışsal deneyler “Arkadaşıma benimle oynamasını söylersem, bana güler” gibi belli durumlarda uygulanabilir. Bu durumda, çocuk ve terapist çocuğun inancının gerçekliğini test etmek için “bir yaşıtına oyun oynamayı teklif etmek” şeklinde bir deney düzenler (Kendall 1994).

Kaygı bozukluğu olan çocuklarla yapılan hemen tüm BDT’lerde bilişsel yeniden yapılandırma kullanılır. Çoğu programda öncelikle çocuk, kaygı belirtilerinin artmasına neden olan düşüncelerini izler, tanımlar; sonrasında bu düşünceleri önce terapistle, ardından giderek bağımsızlaşarak kendisi inceler. Sonrasında da daha uygun baş etme becerileri geliştirir (Ollendick ve Hovey 2009).

3. Gevşeme Eğitimi

Gevşeme eğitimi, özellikle somatik yakınmaları olan çocuklar için uygun bir yöntemdir. Çocuğun kas gerginliğine ve nefese odaklanmasını sağlar (Eisen ve Silverman 1993). Yetişkinlerde sıkça kullanılan “aşamalı kas gevşetme eğitimi”ni küçük yaştaki çocuklara vermek pek mümkün değildir. Çoğu zaman kas gevşetme eğitimi yerine sadece derin nefes almayı öğretmekle yetinilir. Gevşeme aşamalı olarak yapılabilir. Örneğin kas gevşemesi yaparken ilk aşamada sadece bir ya da iki kas grubuyla çalışılabilir. Çocuk beceriyi öğrendikçe diğer kas grupları da

eklenebilir. Çocukların dikkati çabuk dağıldığı için, eğitime ayrılan zamanın 10-15 dakikayı geçmemesine dikkat edilmelidir (Kendall ve ark. 1992).

4. Sistemik Duyarsızlaştırma

Bu aşamada, korkulan durumla ilgili hiyerarşi listesi yapılır. En az kaygı yaratan durumdan en çok kaygı yaratan duruma doğru sıralama yapılır. Bunu, yeterli basamaklara bölmek önemlidir.

Her basamakta, korkunun fiziksel, duygusal, davranışsal, bilişsel ve kişilerarası bileşenleri ayrıntılandırılır. Sesler, kokular, görüntüler gibi duyuşsal uyarıların canlandırılması da önemlidir (Padesky 1988).

Duyarsızlaştırma prosedürüne başlamadan önce çocuğa gevşeme öğretilmiş olmalıdır. Bunun yanı sıra çocuktan kendini mutlu, rahat, güvende hissettiği, sevdiği şeyleri yapabileceği bir yerde hayal etmesi istenir. Korku hiyerarşisindeki her bir basamağı çocuk hayal ettiğinde, o anı tamamen hissetmesi sağlanır. Sonrasında, çocuktan kendini sevdiği yerde hayal etmesi istenir ve bu durum gevşeme egzersiziyle birleştirilir. Hiyerarşi listesindeki en alt basamaktan başlanır, yukarı doğru gidilir (Picentini ve ark. 2011).

5. Maruz Bırakma ve Kaçınmayı Azaltma

Kaygı bozukluğu olan çocuklarda korkulan uyarana maruz bırakma, BDT’nin temel bileşenlerinden biridir. Maruz bırakma temelli tedavinin 4 ana aşaması vardır:

1. Eğitim
2. Hiyerarşi geliştirme
3. Maruz bırakma
4. Genelleme ve sürdürme

Birinci aşamada çocuk ve aileye maruz bırakma tedavisinin rasyoneli anlatılır. Çocuğun geçmişte kaçındığı bir konu negatif pekiştirilmiş ve kaygısı azalmıştır. Buna bağlı olarak, çocuk kaçınmaya devam ettikçe korkuları doruk noktasına ulaşır. Bilişsel rasyonelde çocuk ve aileye, kaçınmak yerine maruz bırakma uygulandığında çocuğun aslında korkulan durumla baş etme becerisinin olduğunu fark etmesini sağlayacağı anlatılır. Korku ve kaygı konusunda bilgilendirme yapmak çok önemlidir. Pek çok çocuk ve ailesi maruz bırakma durumunda çocuğun kaygılarının çok yükseleceğini, kontrolden çıkacağını zanneder. Bu nedenle çocuk ve ailenin, kaygının yapısını, maruz bırakma uygulandığında doruk noktasına çıkıp devam ettiğinde azalacağını anlamaya ihtiyacı vardır.

Çocuk ve ailenin, maruz bırakmanın mantığını anlamasından sonra, korkulan durumla ilgili hiyerarşi listesi yapılmalıdır. En az kaygı yaratan durumdan en çok kaygı yaratan duruma doğru sıralama yapılır. Yeterli basamaklara bölmek önemlidir (Bouchard ve ark. 2004).

Maruz bırakma aşamasında çocuk, kaygısı yok olana kadar hiyerarşi listesindeki her duruma maruz bırakılır. Maruz bırakma gerçek veya hayali olabilir; fakat genellikle gerçek maruz bırakma tercih edilir ve daha etkilidir (Hope ve Heimberg 1993).

Tedavi kazanımlarının sürdürülebilmesi için maruz bırakma uygulamalarının seans dışında da devam etmesi ödev olarak verilir.

5. Sosyal Beceri Eğitimi

Anksiyete bozukluğu olan çocukların gerçekten beceri eksiklikleri mi olduğu (sosyal beceri eksikliği, test alma becerisi eksikliği, duygularını düzenlemede beceri eksikliği, vb) yoksa anksiyetelerinden dolayı mı becerilerini kullanamadıkları konusu tartışmalıdır (Seligman ve Ollendick 2011).

Sosyal beceri eğitiminde amaç, çocuğa dinleme, paylaşma, iltifat etme, iltifatı kabul etme, duygu ve isteklerini uygun biçimde ifade etme, konuşmayı başlatma ve sürdürme, gruba katılma gibi sosyal becerileri kazandırmaktır. Terapist, istenen sosyal becerinin ne olduğunu anlatarak (yönergeler vererek), göstererek (model olarak), provalarda çocuğa geri bildirimler vererek ve olumlu pekiştireçlerle ödüllendirerek istenen sosyal beceriyi yavaş yavaş geliştirmeye çalışır (Sorias 2008).

Sosyal beceri eğitiminde öncelikle çocuğun hangi alanda eksiklikleri olduğunu belirlemek gerekir. Pek çok kaygılı çocuk, diğerleri tarafından dalga geçilme ve eleştirilme korkusu yaşar. Sosyal davranışları bu korkular nedeniyle genellikle sınırlanmıştır. Duygusal,

bilişsel ve davranışsal tepkileri de katıdır. Bu nedenle terapistler, çocuklara negatif değerlendirilme korkularını nasıl azaltacaklarını, eleştirilme ve utanma duygusuyla nasıl baş edeceklerini öğretebilirler. Örneğin; okulda arkadaşları tarafından alay edilen ve bununla baş edemeyen bir çocuğa “görmezden gelme”, bunu yaparken de kendisini rahatlatıcı bir “içsel konuşma geliştirme” (Örn: “Bana salak demeleri öyle olduğum anlamına gelmez”) becerileri öğretilir. Bunun yanı sıra çocuktan “gözlem yapması” istenebilir. Böylece çocuk, diğer çocukların alay edilmeye nasıl baş ettiklerini öğrenmiş olur (Lerner ve ark. 1999).

Beceri eğitiminde kukla oynatımından yararlanmak, çocuğun kaygı yaşadığı duruma uygun hazırlanmış çalışma kağıtları kullanmak, soruna yönelik davranışsal deneyler yaptırmak, sosyal beceri eğitimini çocuklar için daha eğlenceli ve kolay hale getirebilir (Friedberg ve McClure 2002).

SONUÇ

BDT'nin çocuk ve ergenler için etkili bir psikoterapi yöntemi olduğunun anlaşılması 1990'lı yıllardan sonra olmuştur. Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde BDT'nin etkinliğini araştırmak için 40'ın üzerinde çalışma yapılmıştır (Tablo 1). Bu çalışmalarda kaygı bozukluğunun tedavisinde BDT'nin üstünlüğü kanıtlanmıştır. Literatür incelendiğinde, takip çalışmalarının azlığı dikkati çekmekte ve bu yöndeki çalışmalara ağırlık verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Türkiye'de de BDT'ye duyulan ilgi giderek artmaktadır. Ancak çocuk ve ergen psikiyatrisinde BDT uygulaması konusunda ülkemizde yapılmış sınırlı sayıda çalışma vardır. Çocuk ve ergenlerde kaygı bozukluğunun yanı sıra diğer psikiyatrik bozukluklarda da BDT'nin etkinliğini gösterecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Tedavi çalışmalarının özeti.

Yazar- Yıl	Sayı	Yaş	Tanı	Tedavi	Sonuçlar
Kendall (1994)	47	9-13	AAB, AKB, KB	BDT BL	BDT, bekleme listesine göre üstün bulunmuştur.
Barrett ve ark. (1996)	79	7-14	AKB, AAB, SF	BDT BDT + Aile Tedavisi	Tüm tedaviler bekleme listesinden üstün bulunmuştur.
Kendall ve Southerm- Gerow (1996)	36	11-18	AAB, AKB, KB	BDT-Takip çalışması	Tedavinin yaklaşık 3 yıl sonunda da etkinliğinin sürdüğü tesbit edilmiştir.
Kendall ve ark. (1997)	94	9-13	AAB, AKB, KB	BDT BL	BDT, bekleme listesine üstün bulunmuştur.
Kendall ve Sugarman (1997)	190	8-14	AAB, AKB, KB	BDT` de sonlandırma araştırması	Tedaviyi sonlandırmanın, azınlık çocuklarında, anksiyetesi daha az olan çocuklarda ve tek ebeveynle yaşayan çocuklarda daha olası olduğu bulunmuştur.
Barrett (1998)	60	7-14	AKB, AAB, SF	BDT-Grup BDT + Aile Tedavisi- Grup BL	Tüm tedaviler, bekleme listesinden üstün bulunmuştur. Aile tedavisinin eklendiği durumda daha olumlu değişiklikler olduğu tesbit edilmiştir.
Cobram ve ark. (1998)	67	7-14	AKB, AAB, YAB, ÖF, SF, AF	BDT BDT + Aile Tedavisi	Aile tedavisinin eklenmesi yalnızca ailede önemli bir anksiyete bozukluğu olduğu durumlarda etkili bulunmuştur.
De Haan ve ark. (1998)	22	8-18	OKB	DT Klomipramin	Bazı ölçümlerde davranış tedavisi klomipramine üstün bulunmuştur. Bazılarında iki tedavi arasında fark bulunmamıştır.
King ve ark. (1998)	34	5-15	Okul reddi	BDT + Aile ve öğretmen eğitimi BL	BDT, bekleme listesine üstün bulunmuştur.
Last ve ark. (1998)	56	6-17	Okul reddi	BDT Dikkat kontrol eğitimi	Her iki tedavi de etkin bulunmuş, aralarında fark bulunmamıştır.
Muris ve ark. (1998)	26	8-17	ÖF	EMDR-Gerçek exposure Bilgisayarda exposure	Gerçek exposure, bilgisayarda exposure ve EMDR a üstün bulunmuştur.
Mendlowitz ve ark. (1999)	62	7-12	Tüm anksiyete bozuklukları	BDT-Sadece aileyle BDT-Sadece çocukla BDT-Çocuk+aile	Tüm tedaviler etkin bulunmuştur. Aile tedavisinin eklendiği durumlar daha etkin bulunmuştur.
Silverman ve ark. (1999)	56	6-16	YAB, SF, AAB	BDT-Grup BL	BDT, bekleme listesine üstün bulunmuştur.

Yazar-Yıl	Sayı	Yaş	Tanı	Tedavi	Sonuçlar
Beidel ve ark. (2000)	67	8-12	SF	BDT Aktif, nonspesifik tedavi	BDT, nonspesifik tedaviye üstün bulunmuştur.
Berman ve ark. (2000)	106	6-17	ÖF, AAB, SF, YAB, AF	BDT	Tedavi sonuçlarının en iyi yordayıcıları; çocuğun tedavi öncesi anksiyete ve depresyon seviyesi ile aile depresyonu, hostilitesi ve paranoyasıdır. Fakat ailesel patalojinin etkileri daha büyük çocuklarda daha zayıf bulunmuştur.
Flannery-Schroeder ve Kendall (2000)	37	8-14	YAB, AKB, SF	BDT-Bireysel BDT-Grup BL	Tüm ölçümler, her iki BDT tedavisinin bekleme listesinden üstün olduğunu göstermiştir; ancak her iki tedavi arasında fark bulunamamıştır.
Hayward ve ark. (2000)	35	13-17	SF	BDT-Grup Tedavi kontrolü yok	BDT, tedavi sonrası herhangi bir kontrol olmayan gruptan daha etkin bulunmuştur. BDT'nin bir majör depresyon geçirmiş kişilerde depresyon tekrarlama riskimi azalttığı saptanmıştır.
King ve ark. (2000)	36	5-17	PTSD	BDT BDT + Aile Tedavisi BL	Tüm tedaviler bekleme listesine üstün bulunmuştur; ancak aile tedavisinin eklenmesi önemli bir fayda sağlamamıştır.
Spence ve ark. (2000)	50	7-14	SF	BDT BDT + Aile Tedavisi BL	Tüm tedaviler bekleme listesine üstün bulunmuştur. Tedavi kazanımlarının yaklaşık bir yıl sonunda hala sürdürüldüğü belirlenmiştir.
Barrett ve ark. (2001)	52	13-21	AKB, AAB, SF	BDT BDT + Aile Tedavisi- Takip çalışması	Tedavi kazanımları yaklaşık 6 yıl sonunda hala sürdürülmektedir. Ölçümlerin çoğu iki tedavi arasında fark göstermemektedir.
Kendall ve ark. (2001)	173	8-13	YAB, SF, AKB	Komorbid durumları da içeren BDT BL	Komorbidite, tedavi sonuçlarını veya tedavi grubuyla etkileşimi yordamamaktadır.
Muris ve ark. (2001)	36	8-13	YAB, SF, AKB, OKB	BDT BDT-Grup	Tedaviler eşit oranda etkili bulunmuştur.
Ost ve ark. (2001)	60	7-17	ÖF	BDT BDT+Aile BL	Tüm tedaviler etkili bulunmuş, tedaviler arasında fark bulunamamıştır. Tedavi kazanımlarının yaklaşık 1 yıl sonunda hala sürdürülebildiği görülmektedir.

Yazar-Yıl	Sayı	Yaş	Tanı	Tedavi	Sonuçlar
Shortt ve ark. (2001)	71	6-10	AKB, SF, YAB	BDT + Aile Tedavisi-Grup BL	BDT, bekleme listesine üstün bulunmuştur.
Southam-Gerow ve ark. (2001)	135	7-15	AKB, YAB, SF, AF	BDT' de elde edilen sonuçların korelasyonunun araştırılması	Daha zayıf tedavi sonuçları; daha büyük yaş grubu olanlarda, tedavi öncesi daha içsel semptomların varlığında ve daha yüksek anne depresyonunun olduğu durumlarda ilişkili bulunmuştur. Çoğu demografik değişken sonuçları yordamamaktadır.
Waters ve ark. (2001)	7	10-14	OKB	BDT + Aile Tedavisi	Tedavi sonrasında 7 çocuktan 6'sı artık tanı kriterlerini karşılamamaktadır. BDT, plaseboya üstün bulunmuştur.
Ginsburg ve Drake (2002)	9	14-17	PTSD ve OKB hariç tüm anksiyete bozuklukları	BDT Dikkat kontrol plasebo	
Heyne ve ark. (2002)	61	7-14	Anksiyete temelli okul reddi	BDT Aile ve öğretmen eğitimi BDT + Aile ve öğretmen eğitimi	Tüm tedaviler etkin bulunmuş, fakat yalnızca çocuğa uygulanan BDT kısa dönemde okula devami arttırmada yeterli bulunmamıştır. Kombine tedavi önemli bir fayda sağlamamıştır.
Manassis ve ark. (2002)	78	8-12	YAB, AKB, ÖF, SF, PB	BDT BDT-Grup	İki tedavi arasında çok küçük farklılıklar bulunmuştur.
Muris ve ark. (2002)	30	9-12	AKB, YAB, SF	BDT-Grup Duygusal açığa çıkarma BL	BDT, duygusal açığa çıkarma ve bekleme listesine üstün bulunmuştur. Duygusal açığa çıkarma ve bekleme listesinde önemli değişiklikler olmamıştır.
Nauta ve ark. (2003)	79	7-18	AA, YAB, SF, PB	BDT BDT + Aile Tedavisi BL	BDT tedavileri, bekleme listesine üstün bulunmuştur.
Pina ve ark. (2003)	131	6-16	ÖF, SF, AF, YAB, AAB	Azınlık olmanın BDT' de tedavi sonuçlarını yordayan bir faktör olup olmadığının araştırılması	Tedavi sonuçları ve kazanımların sürdürülmesi, Latin Amerika ve Avrupa Amerikalı gençlerde benzer bulunmuştur.
Rapee (2003)	165	7-16	AKB, YAB, SF, ÖF, OKB, PB	BDT + Aile Tedavisi-Grup	Tedavi, komorbid hastalığı olan ve olmayan gençlerde eşit oranda etkili bulunmuştur.
Barrett ve ark. (2004)	77	7-17	OKB	BDT+ Aile Ted.-Bireysel BDT + Aile Tedavisi-Grup BL	Tüm tedaviler etkili bulunmuştur. Tedaviler arasında fark bulunamamıştır.

Yazar-Yıl	Sayı	Yaş	Tanı	Tedavi	Sonuçlar
Flannery-Schroder ve ark. (2004)	38	15-22	YAB, AKB, komorbid olan ve olmayan AF	BDT-Takip Çalışması	Tedavi yaklaşık 7,5 yıl boyunca komorbid hastalığı olan ve olmayan durumlarda eşit oranda etkili bulunmuştur.
Gallagher ve ark. (2004)	23	8-11	SF	BDT-Grup BL	Tedavinin kısaltıldığına bile (3 hafta) etkili olduğu bulunmuştur.
Kendall ve ark. (2004)	86	15-22	AAB, AKB, AF	BDT-Takip çalışması	Tedavi kazanımlarının yaklaşık 7,5 yıl boyunca genel olarak sürdürüldüğü bulunmuştur.
Manassis ve ark. (2004)	43	16	Tüm anksiyete bozuklukları	BDT-Takip çalışması	Erkeklerin, YAB tanısı almış olan ergenlerin ve tedavi öncesi daha az şiddette anksiyetesi olanların 6-7 yıllık takip sonucu daha iyi durumda oldukları görülmüştür.
POTS Team (2004)	112	7-17	OKB	BDT Sertralin, BDT+Sertralin Plasebo hap	Tüm aktif tedaviler plaseboya üstün bulunmuştur. Kombine tedavi tek başına BDT ve sertralinden üstün bulunmuştur. BDT ve sertralin arasında fark bulunamamıştır.
Asbahr ve ark. (2005)	40	9-17	OKB	BDT-Grup Sertralin	Tüm tedaviler etkin bulunmuş; ancak BDT de daha düşük relaps oranları tesbit edilmiştir.
Baer ve Garland (2005)	12	13-18	SF	BDT-Grup BL	BDT, bekleme listesine üstün bulunmuştur.
Beidel ve ark. (2005)	29	11-18	SF	BDT-Takip çalışması	Tedavi kazanımlarının yaklaşık 3 yıl sonunda genel olarak sürdürülebildiği bulunmuştur.
Berstein ve ark. (2005)	61	7-11	AKB, YAB, SF	BDT-Grup BDT+Aile eğitimi-Grup Herhangi bir tedavi kontrolü yok.	Tüm tedaviler etkili bulunmuştur. Aile eğitiminin eklendiği durumların daha faydalı olduğu saptanmıştır.
Flannery-Schroder ve ark. (2005)	30	9-15	AKB, YAB, SF	BDT BDT-Grup	Tedavi yaklaşık 1 yıl boyunca her iki grupta yaklaşık eşit oranda etkili bulunmuştur.
Masia-Warmer ve ark. (2005)	35	13-17	SF	BDT-Grup BL	BDT, bekleme listesine üstün bulunmuştur.
Beidel ve ark. (2006)	31	13-20	SF	BDT-Takip çalışması	Tedavi kazanımlarının yaklaşık 5 yıl boyunca genel olarak sürdürüldüğü görülmüştür. Bazı ölçümlere göre, tedavi edilen grupla hiç sosyal fobisi olmayan ergenler arasında fark bulunamamıştır.

Yazar-Yıl	Sayı	Yaş	Tanı	Tedavi	Sonuçlar
Lynham ve Rapee (2006)	100	6-12	YAB, AKB, SF, OKB, ÖF, PB	BDT-Bibliyoterapi-email BDT-Bibliyoterapi-telefon BDT-BT-müşteri odaklı BL	Terapistin telefon kantağıyla başlattığı bibliyoterapiden en iyi sonuçlar elde edilmiştir.
Rapee ve ark. (2006)	267	6-12	YAB, AKB, SF, OKB, ÖF, PB	BDT-Grup BDT-Bibliyoterapi BL	Tüm tedaviler bekleme listesinden üstün bulunmuştur; fakat bibliyoterapi, standart BDT kadar etkili bulunmamıştır.
Spence ve ark. (2006)	72	7-14	YAB, AKB, SF, ÖF	BDT İnternet yoluyla BDT BL	Tüm tedaviler, bekleme listesinden üstün bulundu; fakat birbirinden farklılık tesbit edilmedi. Kazanımların yaklaşık 1 yıl sonunda sürdürüldüğü gözlemlendi.
Wood ve ark. (2006)	40	6-13	AKB, YAB, SF	BDT BDT+Aile tedavisi	Tüm tedaviler etkin bulundu.Aile tedavisinin ekstra faydaları saptandı.
Beidel ve ark. (2007)	60	7-17	SF	BDT Fluoksetin Plasebo	Tüm tedaviler plaseboda üstün bulunmuştur. BDT' nin fluoksetinden üstün ve sosyal beceri geliştirmede plaseboda daha etkili tek tedavi olduğu saptanmıştır.
Chalfant ve ark. (2007)	47	8-13	YFO Spektrum boz.+Bir ank.boz.	Aile temelli BDT-Grup BL	BDT, yüksek fonksiyonlu otizm spektrum bozukluklarına komorbid anksiyete bozukluğu olan ergenlerin tedavisinde etkin bulundu.
De Groot ve ark. (2007)	29	7-12	Tüm anksiyete bozuklukları	BDT BDT-Grup	Tedaviler eşit oranda etkili bulunmuştur.
Levy ve ark. (2007)	69	8-14	Agresyonla komorbid Ayrılık anksiyetesi, YAB, SF, ÖF, PB	BDT-Sadece anksiyete odaklı BDT-Anksiyete ve agresyon odaklı	Tüm tedaviler etkin bulunmuştur. Komorbid tedavide önemli farklılık saptanmamıştır.
March ve ark. (2007)	112	7-17	OKB tük bozukluğu ile komorbid ve değil	BDT Sertralin BDT+Sertralin Plasebo	Tikleri olan ergenlerde tek başına medikal tedavi daha az etkin bulunmuştur. Tiklerin eşlik ettiği durumlar BDT nin sonuçlarını olumsuz etkilememiştir. Genel olarak tikleri olan ve olmayan grupta kombine tedavinin daha olumlu sonuçlar verdiği bulunmuştur.
Masia-Warner ve ark. (2007)	36	14-16	SF	BDT-Grup Dikkat kontrol	BDT, dikkat kontrol tedavisine üstün bulunmuştur.

Yazar-Yıl	Sayı	Yaş	Tanı	Tedavi	Sonuçlar
Smith ve ark. (2007)	24	8-18	PTSD	BDT BL	BDT, bekleme listesine üstün bulunmuştur. Bu sonuç kısmen BDT de bilişsel değişiklik olmasına bağlı bulunmuştur.
Storch ve ark. (2007)	40	7-17	OKB	BDT-Yoğun BDT-Haftalık	Yoğun tedavinin kısa dönemli bazı avantajları görülmüş fakat 3 aylık tedavi sonrası takipte her iki tedavi eşdeğer bulunmuştur.
Victor ve ark. (2007)	61	7-11	AKB, YAB, SF	BDT-Grup Herhangi bir tedavi kontrolü yok	Yüksek aile koalisyonu, grup BDT deki daha iyi sonuçlarla ilişkilendirildi.
Berstein ve ark. (2008)	61	7-11	AKB, YAB, SF	BDT-Grup BDT-Aile eğitimi-Grup Herhangi bir tedavi yok	Tedavi kazanımlarının yaklaşık 1 yıl sonrasında genel olarak sürdürüldüğü bulunmuştur. Aile eğitiminin eklenmesinin bazı faydaları saptanmıştır.
Kendall ve ark. (2008)	161	7-14	AKB, SF, YAB	BDT Aile temelli BDT Aile temelli eğitim desteği	BDT, temel anksiyete bozukluğunu azaltmada aile temelli destek eğitimine üstün bulunmuştur. Bireysel BDT, aile temelli BDT'ye üstün bulunmuş, fakat her iki ebeveynde de anksiyete bozukluğu varsa aile temelli BDT, bireysel BDT'ye üstün bulunmuştur.
Warner ve ark. (2009)	7	8-15	Anksiyete bozukluğu+somatik vakımlar	BDT	Tüm çocuklar BDT'ye yanıt vermiştir.
Waters ve ark. (2009)	60	4-8	ÖF, SF, YAB, AKB	BDT-Sadece aile BDT-Aile+çocuk BL	Tüm tedaviler bekleme listesine üstün bulunmuş ancak birbirinden önemli bir farklılık saptanmamıştır. Kazanımların yaklaşık 1 yıl sonunda genel olarak sürdürüldüğü görülmüştür.
Cobram ve ark. (2010)	60	10-17	AKB, AAB, YAB, ÖF, SF, AF	BDT BDT-Aile tedavisi-Takip çalışması	Ailelerin tedavi öncesi anksiyete seviyeleri dikkate alınmaksızın BDT+aile tedavisinin 3 yıllık takipleri sonunda çocukların artık tanı kriterlerini karşılamadığı bulunmuştur.
Garcia ve ark. (2010)	112	7-17	OKB	BDT Sertralın BDT+Sertralın Plasebo	Olumlu tedavi sonuçlarını yordayan; şiddetli OKB belirtilerinin azalması, birkaç dışa yönelimli belirtide azalma, içgöründe artma ve aile uyumudur.

1. Seligman LD, Ollendick TH (2011) Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. Child Adolesc Psychiatry Clin N Am, 20(2): 217-238.

Not: AAB: Aşırı anksiyete bozukluğu, AF: Agorafobi, AKB: Ayrılık kaygısı bozukluğu, BDT: Bilişsel davranışçı terapi, BL: Bekleme listesi, DT: Davranış terapisi, EMDR (eye movement desensitization and reprocessing therapy): Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapisi, KB: Kaçınma bozukluğu, OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, ÖF: Özgül fobi, PB: Panik bozukluk, PTSD: Post travmatik stres bozukluğu, SF: Sosyal fobi, YAB: Yaygın anksiyete bozukluğu, YFO: Yüksek fonksiyonlu otizm

KAYNAKLAR

- Albayrak-Kaymak D (1987) Sınav Kaygısı Envanteri'nin Türkçe formunun oluşturulması ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 6(21): 55-62.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Beidel DC, Turner SM (1998) *Shy Children, Phobic Adults*. American Psychological Association, Washington, DC
- Beidel DC, Turner SM, Morris TL (1995) A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The social phobia and anxiety inventory for children. *Psychol Assessment*, 7: 73-79.
- Berstein GA, Borchardt CM (1991) Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30: 519-532.
- Berstein GA, Borchardt CM, Perwien AR (1996) Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35: 1110-1119.
- Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L ve ark. (1999) Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): A replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 1230-1236.
- Bouchard S, Mendlowitz S, Coles MF ve ark. (2004) Considerations in use of exposure with children. *Cogn Behav Pract*, 11: 56-65.
- Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P ve ark. (2004) Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *Br J Clin Psychol*, 43: 421-436.
- Çakmakçı F (2004) Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı, Kocaeli.
- Demir T, Eralp Demir D, Uysal Ö (1998) Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirliği. 8. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi. Sapanca.
- Eisen AR, Silverman WK (1993) Should I relax or change my thoughts? A preliminary examination of cognitive therapy, relaxation, and their combination with overanxious children. *J Cogn Psychother*, 1:265-279.
- Emiroğlu FN, Baykara B (2008) Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Özgül Fobi, Sosyal fobi. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Editörler: F Çuhadaroğlu Çetin ve ark. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, s.320-329.
- Friedberg RD, Brelsford GM (2011) Core principles in cognitive therapy with youth. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 20: 369-378.
- Friedberg RD, Friedberg BA, Friedberg RJ (2001) *Therapeutic Exercises for Children: Guided Self Discovery Through Cognitive Behavioral Techniques*, Professional Resource Press, Sarasota FL.
- Friedberg RD, McClure JM (2002) *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents*. The Guilford Press. New York
- Ginsburg GS, Drake KL (2002) School-based treatment for anxious African-American adolescent: A controlled pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(7): 768-775.
- Grave J, Blissett J (2004) Is cognitive behaviour therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clin Psychol Rev*, 24: 399-420.
- Hope DA, Heimberg RG (1993) *Social Phobia and Social Anxiety*. Clinical Handbook of Psychological Disorders. Editor: DH Barlow, Guilford Press, New York. s. 99-136.
- James AACJ, Soler A, Weatherall RRW (2005) Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 4, No: CD004690.
- Kashani JH, Orvaschel H (1990) A community study of anxiety in children and adolescents. *Am J Psychiat*, 147, 313-318.
- Kendall PC (1994) Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psych*, 62 (1): 100-110.
- Kendall PC, Chansky TE, Kane MT ve ark. (1992) *Anxiety Disorders in Youth: Cognitive Behavioral Interventions*. Allyn ve Bacon, Boston.
- La Greca AM, Dandes SK, Wick P ve ark. (1988) Development of the social anxiety scale for children: reliability and concurrent validity. *J Clin Child Psychol*, 17: 84-91.
- La Greca AM, Stone WL (1993) Social anxiety scale for children-revised: factor structure and concurrent validity. *J Clin Child Psychol*, 22: 17-27.
- Lerner J, Safren SA, Henin A ve ark. (1999) Differentiating anxious and depressive self statements in youth: Factor structure of the negative affect self statement questionnaire among youth referred to an anxiety disorder clinic. *J Clin Child Psychol*, 28: 82-93.
- Lyneham HJ (2012) *Children's Anxiety Life Interference Scale: Parent form CALIS-P; CALIS-C Child form*. Yayınlanmamış Araştırma Raporu.
- Manasis K (2004) Childhood anxiety disorders: Approach to intervention. *Can Fam Physician*, 50: 379-384.
- March J (1997) *MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children technical manuel*, Multi-health Systems, New York.
- Nevo GA, Manassis K (2009) Outcomes for treated anxious children: A critical review of long term follow up studies. *Depress Anxiety*, 26(7): 650-660.
- Ollendick TH (1983) Reliability and validity of the revised fear schedule for children (FSSC-R). *Behav Res Ther*, 21: 685-692.
- Ollendick TH, Hovey LD (2009) *Competencies for Treating Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. Editors: Thomas J, Hersen M. Handbook of Clinical Psychology Competencies. Springer Verlag. New York.
- Ollendick TH, Jarret MA, Grills-Tauchel AE ve ark. (2008) Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clin Psychol Rev*, 28(8): 1447-1471.

- Ollendick TH, Öst LG, Reuterskild L ve ark. (2010) Comorbidity in youth with specific phobias: Impact of comorbidity on treatment outcome and the impact of treatment on comorbid disorders. *Behav Res Ther*, 48: 827-831.
- Öner N (1997) Türkiye’ de Kullanılan Psikolojik Testler. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Basım, İstanbul.
- Öner N (1990) Sınav Kaygısı Envanteri El Kitabı. Yöret Yayınları, İstanbul.
- Öner N, LeCompte A (1985) Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- Padesky CA (1986) Cognitive therapy approaches for treating depression and anxiety in children. Paper presented at the 2nd international conference on cognitive psychotherapy, Umea, Sweden.
- Padesky CA (1988) Intensive training series in cognitive therapy. Workshop series presented at Newport Beach, CA.
- Piacentini J, Bergman RL, Chang S ve ark. (2011) Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50: 1149-1161.
- Quakley S, Coker S, Palmer K ve ark. (2003) Can children distinguish between thoughts and behaviours? *Behav Cogn Psychoth*, 31: 159-168.
- Reynolds CR, Richmond BO (1985) Revised Children’s Manifest Anxiety Scale. Western Psychological Services, Los Angeles.
- Russo MF, Beidel DC (1994) Comorbidity of childhood anxiety and externalizing disorders: Prevalence, associated characteristics, and validation issues. *Clin Psychol Rev*, 14(3): 199-221.
- Sauter FM, Heyne D, Westenberg PM (2009) Cognitive Behaviour Therapy for Anxious Adolescents: Developmental Influences on Treatment Design and Delivery. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12: 310-335.
- Seligman LD, Ollendick TH (2011) Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 20(2): 217-238.
- Silverman WK, Kurtines WM (1996) Anxiety and Phobic Disorders: A Pragmatic Approach, Plenum Press, New York.
- Sorias O (2008) Bilişsel davranışçı terapi. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Editörler: F Çuhadaroğlu Çetin ve ark. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.667-678.
- Spielberger CS, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) Manual for the State Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- Şenol S (2007) Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları. Psikiyatri Temel Kitabı. Editör: E Köroğlu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.889-897.
- Toren P, Eldar S, Cendorf D ve ark. (1999) The prevalence of mitral valve prolapse in children with anxiety disorders. *J Psychiatr Res*. Jul-Aug 33(4): 357-361.
- Woody SR, Ollendick TH (2006) Technique Factors in Treating Anxiety. Principles of Therapeutic Change That Work. Editors: L Castonguay, LE Beutler, New York: Oxford University Press, s. 167-186.

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Erciyes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
e-mail: emel_krky@hotmail.com

Alınma Tarihi: 03.08.2012

Received: 03.08.201

Kabul Tarihi: 05.02.2013

Accepted: 05.02.2013