

PSİKIYATRİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR *Current Approaches in Psychiatry*

Bilişsel Davranışçı Grup Terapileri
Özel Sayısı
*Cognitive Behavioral Group Therapies
Special Issue*

Guest Editor / Konuk Editor
Serap Tekinsav Sütçü

2016

Cilt / Volume. 8
Sayı / Number. Ek 1

www.cappsy.org

ISSN:1309-0658
eISSN:1309-0674

PSİKIYATRİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Current Approaches in Psychiatry

www.cappsy.org

ISSN:1309-0658
eISSN:1309-0674

PSİKIYATRİDE **GÜNCEL YAKLAŞIMLAR** *Current Approaches in Psychiatry*

Cilt/Volume: 8 . Sayı/Number: Ek/Supplement 1
Yıl/Year: 2016

Konuk Editör/Guest Editor
Serap Tekinsav Sütçü

Editör/Editor in Chief
Lut Tamam

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar / Current Approaches in Psychiatry

Yıl: 2016 . Cilt: 8 . Sayı: Ek 1

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, psikiyatri ve ilişkili bilimlerin (davranış bilimleri, psikoloji, psiko-farmakoloji, nöropsikiyatri, nörobilimler, psikiyatri hemşireliği v.b.) tümünü kapsayan ve bu konulardaki orijinal araştırma makalelerini ve güncel gözden geçirme yazılarını Türkçe ya da İngilizce yayınlayan açık erişimli hakemli bilimsel bir dergidir. Dergide yer alan yazı, şekil, tablo ya da resimlerin telif hakkı dergiye aittir. Bir bölümü ya da tamamı izinsiz kopyalanamaz ya da basılamaz. Dergiden alıntı yapılacak tıbbi dergi ve kitapların, dergiyi kaynak göstermesi gereklidir. Yayınlanan yazıların bilimsel ve etik sorumluluğu tamamıyla yazar ya da yazarlara aittir. Dergi yayınlanan tüm yazılarda yer alan görüşler yazarlara ait olup, editör, yayın kurulu, bilimsel danışma kurulu ya da yayıncı bu yazılar için herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar dergisi çevrimiçi (online) olarak www.cappsy.org adresinden yayınlanır. Tüm makaleler kabul edilir edilmez, bu web sitesinde o dönemdeki sayının bir makalesi olarak yer alır. Yazım kurallarını ve makale gönderme kurallarını www.cappsy.org adresinden edinebilirsiniz.

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi adına İmtiyaz Sahibi

Lut Tamam

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Gonca Karakuş

Editör

Lut Tamam

Yayın Koordinatörü

Murat Gülsün

Yayın Kurulu

Çağdaş Eker, Cengiz Akkaya, Gonca Karakuş, Hüseyin Güleç, Oya Mortan Sevi, Levent Sütçügil

İletişim Adresi

Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Tel: 90-322-3386060/3247

İnternet sitesi: www.cappsy.org

E-posta: editor.cap@gmail.com

Tüm abonelik, baskı izinleri ve reklam ile ilgili başvurular iletişim adresine yapılmalıdır.

Baskı

Yayın Türü: Süreli Yayın

Baskı Tarihi ve Yeri : Ocak 2016, Adana

ISSN: 1309-0658 eISSN: 1309-0674

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Current Approaches in Psychiatry) *ASOS Index, Türk Psikiyatri Dizini, Türkiye Atıf Dizini, Türk Medline, ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Bilimler Veritabanı, Chemical Abstracts, CA Plus, Sci Finder, Cabell's Directory of Publishing Opportunities in Psychology & Psychiatry, Directory of Open Access Journals (DOAJ), EBSCO Academic Search Complete, EBSCO TOC Premier, EMCare – Elsevier, Google Scholar, Index Copernicus, J Gate, ProQuest Health & Medical Complete, PsycINFO, Research Gate, Scientific Commons ve ScopeMed* veritabanlarında yer almaktadır.

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar / Current Approaches in Psychiatry

Year: 2016 . Volume: 8 . Number: Supplement 1

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry is an open access journal which publishes original researches and review articles relevant to psychiatry and related sciences (i.e behavioral sciences, psychology, psychopharmacology, neuropsychiatry, neurosciences, psychiatric nursing) in Turkish or in English. The journal accepts articles on not only current subjects but also on classical subjects to become an educational source for all psychiatric residents, specialists and related professionals. The journal is currently published quarterly (four issues) comprising one volume per year. The submitted manuscripts will become freely available to all readers in its web site (www.cappsy.org) as soon as they have been accepted after peer review. Accepted articles will immediately appear as a part of the journal issue belonging to that publication period. The Journal, the publisher, and the Editors assume no responsibility for the statements in the articles; authors carry the scientific and legal responsibilities of their own articles. Instructions to the authors and submission rules could be reached at the journal website(www.cappsy.org).

Editor in Chief

Lut Tamam

Managing Editor

Murat Gülsün

Editorial Board

Çağdaş Eker, Cengiz Akkaya, Gonca Karakuş, Hüseyin Güleç, Oya Mortan Sevi, Levent Sütçügil

Correspondence Address

Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Tel: 90-322-3386060/3247

Web site: www.cappsy.org

E-mail: editor.cap@gmail.com

Please contact to this address for any of your enquiries about reprint, copyright or advertisement issues.

Printed in Adana, Turkey, January 2016

ISSN: 1309-0658 eISSN: 1309-0674

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Current Approaches in Psychiatry) is abstracted and indexed in *ASOS Index, Türk Psikiyatri Dizini, Türkiye Atf Dizini, Turk Medline, ULAKBIM Social Science Database, Chemical Abstracts, CA Plus, Sci Finder, Cabell's Directory of Publishing Opportunities in Psychology & Psychiatry, Directory of Open Access Journals (DOAJ), Directory of Research Journals Indexing (DRJI), EBSCO Academic Search Complete, EBSCO TOC Premier, EMCare – Elsevier, Google Scholar, Index Copernicus, J Gate, ProQuest Health & Medical Complete, PscINFO, Research Gate, Scientific Commons and ScopeMed.*

İçindekiler / Contents

Konuk Editörden / Guest Editorial

Bilişsel Davranışçı Grup Terapileri

Serap Tekinsav Sütcü

1

Derlemeler / Reviews

Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder in Children and Adolescent: A Systematic Review

Nesibe Olgun Kaval, Serap Tekinsav Sütcü

3

Major Depresif Bozukluk Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Uzun Dönemdeki Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Long Term Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Major Depressive Disorder: A Systematic Review

Ceren Gökdağ, Serap Tekinsav Sütcü

23

Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review

Seda Sapmaz Yurtsever, Serap Tekinsav Sütcü

39

Yetişkinlerde Sosyal Fobinin Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Social Phobia in Adults: A Systematic Review

Melikenaz Yalçın, Serap Tekinsav Sütcü

61

Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Panic Disorder: A Systematic Review

Sermet Kaçar Başaran, Serap Tekinsav Sütcü

79

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review

Seda Tokgünaydın, Serap Tekinsav Sütcü

95

Madde ile İlişkili Bozuklukların Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Substance-Related Disorders: A Systematic Review <i>Zeynep Erdoğan Yıldırım, Serap Tekinsav Sütcü</i>	108
İşlevsel Olmayan Öfkenin Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Etkililiği: Sistema- tik Bir Gözden Geçirme Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Dysfunctional Anger: A Systematic Review <i>Nimet Serap Görgü, Serap Tekinsav Sütcü</i>	129
İnfertilitede Bilişsel Davranışçı Grup Terapilerinin Etkililiği: Sistematik Gözden Geçirme Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy in Infertility: A Systematic Review <i>Ezgi Göcek Yorulmaz, Serap Tekinsav Sütcü</i>	144

Bilişsel Davranışçı Grup Terapileri *Cognitive Behavioral Group Therapies*

Serap Tekinsav Sütcü

BİLİŞSEL TERAPİ (cognitive therapy) 1960'larda Aaron T. Beck tarafından başlan-gıçta depresyonu tedavi etmek için geliştirilmiş bir psikoterapi yaklaşımıdır (Beck 2005). Zamanla pek çok sorunun tedavisine uyarlanmıştır. 1980'lerde bilişsel terapi ve davranışçı terapi yaklaşımları birleşerek bilişsel davranışçı terapi (cognitive behavioral therapy) adını almıştır. Dolayısıyla terapi hem soruna yol açtığı düşünülen bilişleri değiştirmeye yönelik bilişsel teknikleri, hem de doğrudan davranışı değiştirmeye odaklanan davranışçı teknikleri içermektedir. Her ne kadar artık terapinin bilişsel ve davranışçı bileşenleri ayrılmaz gibi görünse de, sadece davranışçı ya da sadece bilişsel teknikleri kullanan terapistler mevcut olup, bunlar da her iki türden teknikleri kullananlar gibi bilişsel davranışçı terapistler (BDT) başlığı altında yer almaktadır. Günümüzde BDT yetişkinlerde duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yeme bozukluğu, şizofreni gibi pek çok ruhsal bozukluğun; hipertansiyon, kronik ağrı, uykusuzluk gibi pek çok sağlık probleminin; öfkeyi ve stresi yönetememe, evlilik ve aile sorunları gibi yaşam sorunlarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Buna ek olarak son yıllarda çocuk ve ergenlerde görülen birçok ruhsal sorunun tedavisinde de BDT'nin kullanıldığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde BDT'nin etkililiğini kanıtlayan çok sayıda araştırmanın mevcut olduğu görülmektedir.

BDT yapılandırılmış, terapistin aktif ve yönlendirici olduğu, zaman sınırlı ve danışanla işbirliğine dayalı bir yaklaşımdır. Terapinin süresi danışana ve sorunun doğasına göre değişmekle birlikte genellikle ortalama 10-20 seanslık nispeten kısa süreli bir terapi yaklaşımıdır. Nispeten kısa süreli bir terapi modeli olmasına rağmen, terapiyi uygulama yetkinliğine sahip kişi sayısının az, danışan sayısının fazla olması nedeniyle bilişsel davranışçı grup terapilerine (BDGT) ilgi artmıştır (Bieling ve ark. 2006). İlk bakışta bireysel BDT uygulamalarına kıyasla zaman, mekân ve personel açısından ekonomiklik sağladığı için tercih ediliyor gibi görünen BDGT'nin bunun dışında avantajları olduğu da düşünülmektedir. Bu avantajlardan bazıları şöyle sıralanabilir: Özellikle kişilerarası sorunlar yaşayan danışanlarda BDGT, kişilerarası bir ortamda sorunun doğasını anlayıp kavramsallaştırmaya ve terapi süresince değişimleri bizzat grubun içindeyken görmeye olanak verir. BDT eğitimsel bir modele dayandığından terapist danışanın bazı becerileri öğrenmesi beklenir. Yine özellikle kişilerarası sorunlarda öğrenilen becerilerin ilk denemeleri, dışarıdaki dünyaya oranla daha güvenli olan grup ortamında yapılabilir ve geribildirimlerle yeniden düzenlenebilir. BDT'nin tekniklerinden biri olan model alma grup ortamında doğal olarak işler. Üyelerin benzer sorunları yaşayan kişilerin kullandıkları çözüm yollarını, terapistteki ilerlemelerini model almaları sık karşılaşılan bir durumdur. BDGT'nin bir başka avantajı ise benzer sorunu yaşayan kişilerle birlikte olmanın

grup üyelerinin sorunlarını normalleştirmelerine yardımcı olmasıdır. Grup ortamında uygulamanın yarattığı ve BDT'nin doğasına özgü avantajlara ek olarak, Irvin Yalom'un genel olarak grup terapileri için tanımladığı evrensellik, özveride bulunma, grup bağlılığı gibi faktörlerin de BDGT'de iyileşmeyi desteklediği düşünülebilir.

BDGT'nin artık neredeyse bireysel terapilerin kullanıldığı her sorunun tedavisinde kullanıldığı görülmektedir. Bu durumda, BDGT'nin farklı sorunların tedavisinde etkili olup olmadığı önemli bir sorudur. Bu sayıda bu soruya yanıt bulmak için çeşitli sorunların tedavisinde BDGT'nin etkililiğini inceleyen ampirik çalışmaları sistematik olarak gözden geçirmeyi amaçladık. Amacımız daha çok literatürde son yıllardaki gelişmeleri ortaya koymak olduğu için genellikle 2000 yılı sonrası yani son 15 yıllık literatürü taramadık. Bu sayıdaki makaleler sınırlı bir zaman aralığını gözden geçirdiği için her makalede her soruya yanıt bulmak mümkün olmasa da bu çalışmalarda genel olarak şu sorulara yanıt bulmaya çalışılmıştır: BDGT belirli sorunları azaltmada etkili midir? Terapiden elde edilen kazanımlar terapi bittikten sonra da korunmakta mıdır ya da ne kadar süre korunduğuna dair kanıtlar vardır? Etkili bir BDGT'nin özellikleri (kullanılan teknikler, terapi süresi, terapist sayısı) nedir? BDGT ile bireysel BDT'nin birbirine üstünlüğü var mıdır? BDGT ile farklı tedavi seçeneklerinin (farmakoterapi, farklı psikoterapiler) birbirine üstünlüğü var mıdır?

Bu özel sayının kanıt dayalı bir yaklaşım olan BDGT'nin etkililiğine ilişkin fikir verici olacağını düşünüyoruz. Maalesef ülkemizde konuyla ilgili çalışmaların sayısı yok denecek kadar azdır. Bunun olası nedenleri arasında sağlık sistemimiz ve sağlık hizmeti veren kurumların koşulları, terapiyi yürütme yetkinliğine sahip uzman eksikliği gibi pratik nedenlere ek olarak terapilerin etkililiğine ilişkin bilgi eksikliği de sayılabilir. Bu nedenle bu çalışmanın zaman, mekan ve personel açısından ekonomiklik sağlayan ve nispeten kısa süreli bir terapi modeli olan BDGT'nin ülkemizdeki uygulamalarının yaygınlaşmasına vesile olmasını ümit ediyorum.

Kaynaklar

- Beck AT (2005) The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62:953-957.
Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM (2006) *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. New York, Guilford Press.

Serap Tekinsav Sütçü, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütçü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.

E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 20 Eylül/September 20, 2015 - **Kabul tarihi/Accepted:** 20 Eylül/September 20, 2015

Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tedavisinde Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder in Children and Adolescent: A Systematic Review

Nesibe Olgun Kaval, Serap Tekinsav Sütçü

Öz

Bu çalışmada çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini değerlendirmek için yapılmış ampirik çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu sistematik gözden geçirmede ulusal ve uluslararası veritabanlarında ve belirtilen anahtar kelimelerle 2000-2015 (Mart) yılları arasında yayınlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Ölçütleri karşılayan 20 çalışmanın kullandığı yöntem, terapi özellikleri ve bulguları karşılaştırılarak sunulmuştur. Sonuç olarak çalışmalar bilişsel davranışçı grup terapilerinin, sosyal anksiyete bozukluğuna ilişkin belirtileri ve bozukluğa eşlik eden sorunları (depresyon, anksiyete vb.) azaltmada etkili olduğunu göstermiştir.

Anahtar sözcükler: Sosyal anksiyete, sosyal fobi, bilişsel davranışçı terapi, grup terapisi.

Abstract

The aim of the study was to review the articles on the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy programs for the treatment of social anxiety disorder in children and adolescents. In this systematic review, articles in English and Turkish that were published between the years of 2000 and 2015 (March) have been searched in the national and international databases. 20 studies that were met the search criteria were examined in terms of research method, therapy characteristics and results. The findings of the articles revealed that cognitive behavioral group therapy is effective for symptoms of social anxiety and the problems that accompany social anxiety (depression, anxiety, etc.) in children and adolescents.

Key words: Social anxiety, social phobia, cognitive behavioral therapy, group therapy.

SOSYAL ANKSİYETE ya da diğer adıyla sosyal fobi bireylerin sosyal işlevlerinde ve yaşam kalitesinde ciddi şekilde bozulmalara yol açan bir sorundur. Araştırmacılar bo-

zukluğun genellikle çocuklukta ve ergenliğin başlarında ortaya çıktığını, bozukluğun gidişinin kronikleşme ve yaşam boyu devam etme eğiliminde olduğunu bildirmektedirler (Wittchen ve ark. 1999).

Sosyal anksiyete bozukluğu beraberinde akademik başarısızlık, depresyon gibi birçok problemi getirmesine rağmen bireyin çevresi tarafından çok geç fark edilerek yardım arayışı içerisine girilmektedir (Beidel ve ark. 1999). Bu bozukluk, çocukluk ve ergenlik döneminin başlarında ortaya çıkmasına rağmen, bozukluğa sahip bireylerin sosyal ortamlarda geri planda ve genellikle sessiz kalmayı tercih etmesi ve sadece biraz çekingen, sakin olarak nitelendirilmesinden ötürü sorun fark edilemez. Hatta ağırbaşlı, uysal gibi ifadelerle toplumsal olarak onay bile görebilmektedirler. Sosyal anksiyetenin doğasında var olan utanççılık ve olumsuz değerlendirilmekten korkma bireylerin “etiketlenme” kaygısıyla kliniklere başvurmalarına önemli bir engel oluşturmaktadır (Masia-Warner ve ark. 2007). Ayrıca sosyal anksiyete bozukluğu, utanç, aşağılanma yoğun korkusu ile karakterize yaygın bir anksiyete bozukluğudur. Bu bireyler, sosyal ortamlarda başkaları tarafından negatif değerlendirilmekten ve korkulan durumlardan kaçınma eğilimi gösterirler (Liebowitz ve ark. 2000).

Sosyal anksiyete ile en sık ergenlik döneminde karşılaşmaktadır. Ergenler için anksiyete bozukluklarında, bilişsel davranışçı terapi (BDT) etkili olma olasılığı yüksek bir terapi yöntemi olarak görülmektedir (Silverman ve ark. 2008). Anksiyete bozuklukları ile ilgili çalışmalar daha eski tarihlere dayansa da sosyal fobi, özgül fobi gibi özgül anksiyete bozuklukları üzerine yapılan terapilerin veya terapi tekniklerinin etkililik çalışmaları daha yakın tarihlere dayanmaktadır. Bozukluğun doğası gereği sosyal ortamlarda ortaya çıktığından grup ortamının da doğal bir yüzleştirme ortamı sağlaması nedeniyle grup terapilerinin etkili olacağı düşünülmektedir. Grup terapileri bu bireylerin iyileşmesi için olumlu akran model alma, pekiştirme, sosyal destek ve sosyal durumlara maruz kalma gibi açılardan daha fazla fırsat sağlıyor görünmektedir (Manassis ve ark. 2002). Bu nedenle bu çalışmada bilişsel davranışçı grup terapisi (BDGT) programlarının etkililiğini araştıran çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışmada çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini değerlendirmek için PsycINFO, PsycARTICLES, Medline (PubMed) ve Ulakbim Türk Tıp ve Sosyal Bilimler veri tabanlarında 2000-2015 (Mart) yılları arasında yayınlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Taramada (1) sosyal fobi ve grup bilişsel tedavi (social phobia and group cognitive treatment), (2) sosyal fobi ve grup bilişsel terapi (social phobia and group cognitive therapy), (3) sosyal anksiyete ve grup bilişsel tedavi (social anxiety and group cognitive treatment), (4) sosyal anksiyete ve grup bilişsel terapi (social anxiety and group cognitive therapy), (5) sosyal fobi ve grup bilişsel müdahale (social phobia and group cognitive intervention), (6) sosyal anksiyete ve grup bilişsel müdahale (social anxiety and group cognitive intervention) anahtar kelimeleri kullanılmıştır. Tarama sırasında ‘cognitive treatment’ (bilişsel tedavi), ‘cognitive intervention’ (bilişsel müdahale) ve ‘cognitive therapy’ (bilişsel terapi) anahtar kelimeleri kullanılmış, bu anahtar kelimelerin bilişsel davranışçı terapileri de içerdiği düşünüldüğünden, ayrıca “cognitive behavior” therapy, intervention ya da treatment (“bilişsel davranışçı” terapi, müdahale ya da tedavi) anahtar kelimeleri kullanılmamıştır.

Ulaşılan makalelerden tedavi etkililik çalışması olmayanlar, psikoterapi çalışması grup temelli olmayanlar, çalışmanın örneklemini yetişkinlerden oluşanlar çalışmadan çıkarılmıştır. Bu yöntem sonucunda ölçütleri karşılayan 19 İngilizce 1 Türkçe olmak üzere 20 adet yayınlanmış makaleye ulaşılmıştır. Her bir çalışmada yer alan hastaların tanıları, tedaviye alınan hasta sayısı ve tanı için kullanılan ölçüt sistemi gibi örnekleme ilişkin bilgilere, tedavi biçimleri, seçkisiz atamanın ve bağımsız değerlendiricinin olup olmaması, kullanılan ölçme araçları gibi çalışmanın yöntemiyle ilgili bilgilere, çalışmaların sonucunda elde edilen bulgulara ve daha ayrıntılı olarak seans süresi, sayısı, sıklığı, psikoterapist sayısı ve her bir gruptaki üye sayısı gibi uygulanan BDT biçimine ilişkin bilgilere odaklanılmıştır.

Bulgular

Çalışmalara ilişkin bilgiler Tablo.1 ve Tablo.2'de yazar adına göre sıralanarak özetlenmiştir (Tablolar makalenin sonunda yer almaktadır). Tablo.1'de Türkçe uyarlaması olan ve yaygın olarak kullanılan ölçeklerin Türkçe isimleri kullanılmış, uyarlaması olmayan ya da ulaşılamayan ölçekler için anlaşılma kolaylığı sağlanması amacıyla orijinal isimleri bırakılmıştır.

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Örnekleme

Çalışmaların katılımcıları 6-18 yaşları arasındaki çoğunlukla sosyal anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan ya da belirtilerini gösteren çocuk ve ergenlerden oluşmaktadır. Bununla birlikte çalışmaların bazılarında örnekleme genel olarak anksiyete bozuklukları tanısını alan çocuk ve ergenlerden oluşmuştur. Fakat hangi anksiyete bozukluğu tanısını kaç kişinin aldığı belirtildiği ve her grup için ayrı ayrı etkililik değerlendirmesi yapıldığı için bu araştırmalar da çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaların çoğunda hastaların sosyal anksiyete tanısı aldığı bildirilmiştir. Hastaların genellikle DSM-III-R, DSM-IV ve ADIS'e göre tanı aldığı görülmektedir (Herbert ve ark. 2005). Çalışmaların örnekleme büyüklükleri ise 4 kişiden (Muris ve Mayer 2001, Lumpkin ve ark. 2002,) 240 kişiye (Sportel ve ark. 2013) kadar geniş bir aralığa sahip görünmektedir.

Tedavi ve Kontrol/Karşılaştırma Grupları

Çalışmalar gözden geçirildiğinde üç çalışmada herhangi bir kontrol ya da karşılaştırma grubunun olmadığı, BDGT'inin etkililiğinin ön-test, son-test ve /veya izlem ölçümlerine dayanarak değerlendirildiği görülmüştür (Kley ve ark 2012, Lumpkin ve ark. 2002, Muris ve ark. 2009). Beş çalışmada BDGT, tedavi almayan kontrol grubu veya bekleme listesi kontrol grubu ile (Aydın ve ark. 2010, Baer ve Garland 2005, Gallagher ve ark. 2004, Hayward ve ark. 2000, Shortt ve ark. 2001) ve bir çalışmada plasebo kontrol grubu sayılabilecek bir destek grubuyla (Ginsburg ve Drake 2002) karşılaştırılmıştır. Muris ve arkadaşları (2002) BDGT'yi hem plasebo kontrol grubu (duygu dışavurumu) hem tedavi almayan kontrol grubu ile karşılaştırmıştır. Bununla birlikte çalışmaların büyük bir çoğunluğunda farklı grup terapilerinin içeriği incelendiğinde genellikle bilişsel ve davranışçı teknikleri içerdikleri anlaşılmaktadır. Örneğin, Herbert ve arkadaşları (2005) oluşturulan BDGT programını, sosyal beceri eğitimini ekledikleri BDGT ile karşılaştırırken Garcia-Lopez ve arkadaşları (2002, 2006) daha önceki araştırmalarda kullanılmış olan üç farklı grup terapi modelini karşılaştırmıştır. Ergenler için Sosyal Etkililik Terapisi olarak bilinen model davranışçı bir terapi modeli iken, Ergenler için

BDGT ve yaygın sosyal fobisi olan ergenler için terapi programı ise farklı teknikleri ve seans sayılarını içeren bilişsel davranışçı grup terapileridir. Ancak BDGT'nin geleneksel bilişsel terapilere benzemeyen grup çalışmalarıyla karşılaştırıldığı bir çalışma da vardır. Bu çalışmada Sportel ve arkadaşları (2013) BDGT'yi internet temelli bir bilişsel yanlılığı düzeltme programıyla karşılaştırmıştır. Son olarak gözden geçirilen çalışmaların bir bölümü ise BDGT'yi bireysel BDT ile karşılaştırmıştır (Muris ve Mayer 2001, Herbert ve ark. 2009, Ingul ve ark. 2014,).

Tedavi Gruplarına Atama

Birden fazla müdahale grubunun olduğu çalışmaların çoğunda (11 çalışma) hastaların dahil olacağı tedavi koşulu belirlenirken seçkisiz atama yönteminin kullanıldığı görülmüştür. Üç çalışmada ise gruplara atama yöntemi konusunda bilgi verilmemiştir (Garcia-Lopez ve ark. 2002, Muris ve ark. 2002, Garcia-Lopez ve ark. 2006).

Kullanılan Ölçme Yöntemleri

Çalışmaların hepsinde tedavi öncesi ve sonrasında hastaların belirtilerini değerlendiren hem klinisyenin bildirimine hem de hastanın öz-bildirimine dayalı ölçme araçları kullanılmıştır. Ayrıca, çalışmalar çocuk ve ergen örneklemini kapsadığı için aileden de ölçümler alınmasını gerektirmektedir. Çalışmalardan yedi tanesi tedavi öncesi ve sonrasında ailelerden de ölçüm alırken (Liber ve ark. 2008, Kley ve ark. 2012), geri kalan çalışmalar ailelerden ölçüm almamıştır (Muris ve Mayer 2001, Herbert ve ark. 2009,). Bunun yanı sıra yirmi çalışmanın on birinde ön test, son test ve izlem değerlendirmeleri yapılmıştır. Çalışmaların yalnızca beş tanesinde bağımsız değerlendiricilerin yer aldığı bildirilmiştir (Gallagher ve ark. 2004, Liber ve ark. 2008,).

Çalışmalarda farklı alanlara odaklanıldığından farklı içerikte ölçme araçlarının kullanıldığı göze çarpmaktadır. Ölçme araçlarının bazıları doğrudan sosyal fobi belirtilerini araştırmaya (örn. Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-CSAÖ-Y); bazıları depresyon, anksiyete gibi bozukluğa eşlik eden sorunları araştırmaya (örn. Beck Depresyon Envanteri) yönelik değerlendirme araçlarıdır.

Müdahalelerin etkililiğini değerlendirme genellikle ön test ve tedavinin hemen bitiminden sonra verilen son test ölçümleriyle yapılmış, ek olarak bazı çalışmalarda tedavilerin daha uzun süreli etkililiğini değerlendirmek için farklı zaman aralıklarında izlem ölçümleri de alınmıştır. Yirmi makalenin dokuz tanesinde sadece ön test-son test değerlendirmesi yapılmış ve izlem değerlendirmesi yapılmamıştır. İzlem ölçümlerinin alınmasının müdahale bitiminden 3 hafta sonra (Gallagher ve ark. 2004) ile 5 yıl sonra (Gacia-Lopez ve ark. 2006) arasında değişen geniş bir zaman aralığına sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte çalışmaların büyük çoğunluğunda 3 ay ile 1 yıl arasında değişen aralıklarda izlem değerlendirmesi yapıldığı bildirilmiştir.

Çalışmalardaki Bilişsel Davranışçı Grup Terapilerinin Uygulanışı

Uygulanan Teknikler

Çalışmaların bilişsel davranışçı grup terapisi programları içerik açısından incelendiğinde, en sık olarak maruz bırakma, psikoeğitim ve bilişsel yeniden yapılandırılmaya yer verildiği görülmektedir. Yirmi çalışmanın hepsinin maruz bırakmayı, on birinin bilişsel yeniden yapılandırmayı ve dokuzunun da psikoeğitimi içerdiği görülmektedir. Ayrıca, çalışmalardan yalnızca altısının sosyal beceri eğitimini içerdiği görülmektedir (Lumpkin ve ark. 2002, Garcia-Lopez ve ark. 2006, Herbert ve ark. 2009). Bununla birlikte yalnızca sekiz çalışmada tedavinin aileleri de kapsadığı anlaşılmaktadır (Berman ve ark.

2000, Baer ve Garland 2005). Bazı çalışmalarda uygulanan BDGT programları çok fazla farklı tekniği içerirken (Liber ve ark. 2008), bazılarındaki programlar sadece birkaç BDT tekniğini kullanmıştır (Herbert ve ark. 2005).

Seans Özellikleri ve Sayısı

Uygulanan BDGT programlarının seans uzunlukları incelendiğinde 30 dakika ile üç saat arasında değiştiği görülmektedir. Ancak en sık karşılaşılan seans uzunluğu 90 dakikadır. Ayrıca terapilerin en yaygın uygulama biçiminin haftada 1 ile 2 olduğu bildirilmektedir. Çalışmalar en az 3 seanstan en fazla 16 seansa kadar farklı uzunluklarda uygulamalar bildirmiştir.

Üye ve Terapist Sayısı

Gruptaki üye sayısı incelendiğinde, beş çalışmanın bir terapi grubunun kaç üyeden oluştuğunu bildirmediği, diğer çalışmalarda ise gruptaki üye sayısının en az 3 (Muris ve Mayer 2001), en çok 13 (Shortt ve ark. 2001) olduğu görülmektedir. Dört çalışma bir terapi grubunda kaç terapist bulunduğunu bildirmemekle birlikte (Kley ve ark. 2012), altı çalışmada tek terapistle; yedi çalışmada iki terapistle; üç çalışmada üç terapistle çalışıldığı anlaşılmaktadır.

Çalışmaların Bulguları

Herhangi bir kontrol ya da karşılaştırma grubu içermeyen ön-test, son-test ve/veya izlem değerlendirmelerine dayanarak BDGT'nin etkililiğini değerlendiren üç çalışma incelendiğinde; üçünde de BDGT çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete belirtilerini azaltmada etkili bulunmuştur (Lumpkin ve ark. 2002, Muris ve ark. 2009, Kley ve ark. 2012,). BDGT ile bireysel BDT'yi karşılaştıran çalışmalar incelendiğinde sonuçların birbirleriyle uyumlu olmadığı görülmektedir. BDGT ile bireysel BDT'nin karşılaştırıldığı çalışmalardan birinde (Herbert ve ark. 2009) ergenlerin her iki terapi yönteminden de aynı düzeyde fayda gördüğü ancak 6 ay sonraki izlem değerlendirmelerinde BDGT'nin bireysel BDT'ye üstün olduğu bildirilmiştir. Wergeland ve arkadaşları (2014) bireysel ve grup BDT'nin sosyal anksiyete belirtilerini azaltmada benzer etkinliğe sahip olduğunu ancak eşlik eden depresif belirtileri azaltmada BDGT'nin bireysel BDT'ye üstün olduğunu bildirmiştir. Liber ve arkadaşları (2008) sosyal anksiyete dahil farklı anksiyete bozuklukları tanımlanmış çocuklarla yaptıkları çalışmada çocukların kendilerinden ve ebeveynlerinden ölçüm almışlardır. Diğer anksiyete bozukluklarını gösteren çocuklar için bireysel ya da grup terapisi benzer etkinliğe sahip bulunurken, çalışmada sadece sosyal anksiyete tanısı alan çocukların babalarından alınan değerlendirmelere göre BDGT'den daha fazla yararlandıkları bildirilmiştir.

Farklı grup terapisi yöntemlerini karşılaştıran çalışmalar incelendiğinde tüm grup terapi biçimlerinin sosyal anksiyete belirtilerini azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Farklı terapi modelleri birbirleriyle karşılaştırıldığında Garcia-Lopez ve arkadaşları (2002, 2006) bilişsel ve /veya davranışçı teknikleri içeren üç farklı terapi grubunun benzer etkinliğe sahip olduğunu, 1 ve 5 yıl sonrada sonucun benzer olduğunu ortaya koyarken; Sportel ve arkadaşları (2013) BDGT'nin internet temelli bilişsel yanlılığı değiştirme programıyla, Herbert ve arkadaşları (2009) özgül BDT teknikleri içermeyen psikoeğitime dayalı bir destek grubuyla benzer etkinliğe sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada gözden geçirilen makaleler içindeki tek değişik sonuç Herbert ve arkadaşları (2005) tarafından bildirilmiştir. Bu çalışmada sosyal beceri eğitiminin eklendiği BDGT, eklenmeyenden daha etkili bulunmuştur.

Bu çalışmaların dışında, BDGT'nin sadece tedavi almayan kontrol grubu ya da bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda ön test ve son test karşılaştırmalarında BDGT'nin kontrol grubundan daha etkili olduğu bulunurken (Shortt ve ark. 2001, Ginsburg ve Drake 2002, Baer ve Garland 2005, Aydın ve ark. 2010), bir çalışmada tedavinin izlem değerlendirmesinde etkisini kaybetmediği görülmüştür (Hayward ve ark. 2000).

İzlem değerlendirmesinin alındığı çalışmalar gözden geçirildiğinde, Gallagher ve arkadaşlarının (2004) uygulanan BDGT'nin 3 hafta boyunca, Shortt ve arkadaşları (2001) ile Lumpkin ve arkadaşlarının (2002) 1 yıl boyunca etkinliğini sürdürdüğünü bildirdiği görülmüştür. Garcia-Lopez ve arkadaşları (2002, 2006) 1 yıl ve 5 yıl boyunca davranışçı ve/veya bilişsel davranışçı tüm grupların etkinliğini sürdürdüğünü ve grupların bu süreçler sonunda hala kontrol grubundan daha iyi olduğunu bildirmiştir. Herbert ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında BDGT'nin 16 ay sonra da etkinliğini sürdürdüğü, hatta son testte benzer etkinliğe sahip görünen bireysel BDT ve Psiko-Eğitim Destek Grup Terapisi (PEDGT) ile kıyaslandığında daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte iki çalışmada (Hayward ve ark. 2000, Ingul ve ark. 2014) BDGT'nin tedaviden 1 yıl sonra kontrol grubuyla benzer etkinliğe sahip olduğu, birinde de (Ingul ve ark. 2014) 1 yıl sonunda BDT'nin BDGT'ye üstün olduğu bildirilmiştir.

Tartışma

Çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete sorunun tedavisinde psikoterapi etkililik çalışmaları ilk olarak 1980'lerde yapılmaya başlamış ancak bu yıllarda sadece bir kaç çalışma yürütülmüştür. Bunların da pek çok yöntemsel sorun içerdiği söylenebilir (Kashdan ve Herbert 2001). Kashdan ve Herbert (2001) bunların dışında 2000 yılına kadar yayınlanan ve çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisine yönelik psikoterapi etkililik çalışmalarının sayısının 9 olduğunu bildirmiştir. Bunların 5 tanesi sosyal anksiyete bozukluğu da dahil farklı anksiyete bozukluğu tanıları almış çocuklara yönelik terapi çalışmaları, kalan 4 tanesi ise sadece sosyal anksiyete bozukluğuna özgü psikoterapi çalışmalarıdır. Bu 9 çalışmadan sadece dört tanesinde grup BDT uygulanmıştır. Bu makalede Kashdan ve Herbert'in (2001) taramadığı 2000-2015 yılları arasında yayınlanan ampirik araştırma makaleleri gözden geçirilmiştir. Taranan 20 makalenin 16 tanesi 2000-2010 yılları arasına diğerleri 2010'dan sonraki yıllara aittir. Bu durumda önceki yıllarla kıyaslandığında 2000 yılı sonrası konuyla ilgili çalışmalarda önemli ölçüde bir artış olduğu söylenebilir. Bununla birlikte Türkiye'de çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete belirtilerinin tedavisinde BDGT'nin kullanımının yaygın olmadığı anlaşılmaktadır. Çünkü bu gözden geçirme çalışmasında ülkemizde yürütülmüş tek bir çalışma (Aydın ve ark. 2010) olduğu görülmüştür. Ayrıca ülkemizde İngilizce literatürde yer aldığı gibi yaygın olarak kullanılan terapi programları yoktur.

Gözden geçirilen çalışmalar genel olarak BDGT'nin sosyal anksiyete tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur. BDGT'nin ayrıca bozukluğa eşlik eden diğer anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi sorunları azaltmada da etkili olduğu bulunmuştur (Berman 2000, Wargeland ve ark. 2014). İzlem değerlendirmeleri, elde edilen kazanımların tedavi bittikten sonra da korunduğunu göstermiş, hatta bazı çalışmalar BDGT'nin kazanımlarının diğer terapi tekniklerine göre daha uzun süre korunduklarını göstermiştir (Herbert ve ark. 2009). Bununla birlikte doğal bir maruz bırakma ortamı sağladığından grup içinde uygulanan terapinin bireysel BDT'den daha etkili

olduğu yönündeki düşünceleri doğrulayan çalışmalar olduğu gibi (Liber ve ark. 2008) tam tersini gösteren çalışmalar da vardır (İngul ve ark. 2014). Ayrıca iki tür müdahalenin de benzer etkinliğe sahip olduğunu gösteren çalışma da vardır (Muris ve Mayer, 2001). Bu makalede gözden geçirilen çalışmalara dayanarak sosyal anksiyete tedavisinde grup BDT'nin bireysel BDT'den daha üstün olduğunu söylemek güçtür. Ancak bireysel BDT'den daha az etkili bulunduğu çalışmalarda bile grup BDT sosyal anksiyete belirtilerini azaltmada başarılı bir yöntem olduğu için, bir seferde çok fazla insana ulaşma imkanı sağladığından tercih edilmesi gereken bir yöntem olarak düşünülebilir.

Gözden geçirilen çalışmalarda, BDT olarak isimlendirilen tedavilerde kullanılan teknikler ve terapi süreleri geniş bir aralığa sahip olduğundan, aslında tek bir BDGT'den söz edilememektedir. Çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete belirtilerini azaltmada BDGT'nin etkili olduğu anlaşılrsa da hangi teknikleri içeren ya da hangi uzunluktaki terapilerin daha etkili olduğu tam olarak bilinmemektedir. Bu makalede gözden geçirilen çalışmaların bazıları da farklı bilişsel ve/veya davranışçı teknikler içeren grup terapilerini karşılaştırmış ve bu sorulara yanıt aramışlardır. Bunların bir kısmında daha önce de denemiş ve bilinen terapi programları kullanılırken (Garcia-Lopez 2002), bazılarında terapiler ilk defa sınanmıştır. Ancak sonuçlara bakıldığında genel olarak karşılaştırılan programların birbirine üstün olmadığı bulunmuştur. Sadece Herbert ve arkadaşları (2005) sosyal beceri eğitimi eklenen BDGT'nin eklenmeyenden daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu tek çalışma sosyal beceri eğitiminin sosyal anksiyete belirtilerinin azaltılmasında önemli bir teknik olduğunu ortaya koymakla birlikte, hala hangi BDGT'nin daha etkili olduğu sorusuna net bir yanıt alınamamıştır.

Bu gözden geçirmede etkili bulunan terapiler birbirlerinden farklı uzunluklara sahiptir. Örneğin, 3 seanslık kısa terapilerin de kontrol grubundan üstün olduğunu gösteren sonuçlar vardır (Gallagher ve ark. 2004). Bu sonuçlar kısa süreli BDGT'nin de sosyal anksiyete belirtilerinin azaltılmasında oldukça etkili olabildiğini ortaya koymuştur. Ülkemizde psikoterapi uygulamaları maliyetli olduğu için rutinde tercih edilen tedavi yöntemleri değildir. Ancak bu sonuçlar BDGT'nin en azından bu kısa versiyonlarının rutin uygulamaya konulabileceği fikrini desteklemiştir.

2000 yılından sonra konuyla ilgili nispeten fazla sayıda çalışma olmasına rağmen, bu çalışmalardan yola çıkarak hala bazı sorulara net yanıtlar vermek güçtür. Daha önce de söz edildiği gibi hangi teknikleri içeren BDGT'nin çocuk ve ergenlerdeki sosyal anksiyete belirtileri üzerinde daha etkili olduğu, terapide ailenin katılımının rolü ve hem etkili hem de zaman açısından ekonomiklik sağlayacak ideal terapinin süre ve sıklığı, terapidin yararlanma oranını etkileyen değişkenler gibi konularda hala çalışmaya ihtiyaç vardır.

Ayrıca işlevselliği önemli ölçüde bozabilen, okul hayatında zorluklara hatta okulu bırakmaya neden olabilen bu önemli soruna yönelik olarak ülkemizdeki çocuk ve gençlere uygulanabilecek standart programların geliştirilmesine ve bunların uygulanmasına ihtiyaç vardır. Bu uygulamalar için de çocuk ve ergenlerde BDGT'yi uygulayabilecek yeterlikte ve yeterli sayıda terapistlerin yetişmesi gerekmektedir.

Sonuç

Üzerinde çalışılması gereken pek çok araştırma sorusu olmasına rağmen, farklı uzunluklardaki BDGT'nin çocuk ve ergenlerdeki sosyal anksiyete belirtilerini azaltmada etkili bir yöntem olduğunu gösteren pek çok kanıt vardır. Psikoterapiler, eğitimden geçmiş

kişiler tarafından uygulanmasının gerekmesi, ilaç tedavisine oranla çok daha zaman alıcı olması gibi sorunlar nedeniyle ilk bakışta ekonomik görünmeyebilirler. Ancak grup uygulamalarının üstelik de kısa süreli uygulamaların etkililiğine ve elde edilen kazanımların uzun süre korunduğuna ilişkin kanıtlar dikkate alındığında BDGT'nin sosyal anksiyete bozukluklarının tedavisinde önemli bir alternatif olduğu söylenebilir. .

Kaynaklar

- Aydın A, Tekinsav-Sütcü S, Sorias O (2010) Ergenlerde sosyal anksiyete belirtilerini azaltmaya yönelik bilişsel-davranışçı bir grup terapisi programının etkililiğinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg*, 21:25-36.
- Baer S, Garland EJ (2005) Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44:258-264.
- Beidel DC, Turner SM, Morris TL (1999) Psychopathology of childhood social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38:643-650.
- Berman ST, Weems CF, Silverman WK, Kurtiness WM (2000) Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behav Ther*, 31:713-731.
- Gallagher HM, Rabian BA, McCloskey MS (2004) A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *J Anxiety Disord*, 18:459-479.
- García-Lopez LJ, Olivares J, Beidel D, Albano AM, Turner S, Rosa AI (2006) Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow up assessment. *J Anxiety Disord*, 20:175-191.
- Hayward C, Varady S, Albano A, Thienemann M, Henderson L, Schatzberg AF (2000) Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:721-726.
- Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Myers VH, Dalrymple K, Nolan EM (2005) Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behav Ther*, 36:125-138.
- Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Moitra E, Myers VH, Dalrymple KL et al. (2009) Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*, 23: 167-177.
- Ingul J M, Aune T, Nordahl HM (2013) A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychother Psychosom*, 83:54-61.
- Kley H, Heinrichs N, Bender C, Tuschen-Caffier B (2012) Predictors of outcome in a cognitive-behavioral group program for children and adolescents with social anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, 26:79-87.
- Liber JM, Van Widenfelt BM, Utens EM, Ferdinand RF, Van der Leeden AJ, Gastel WV et al. (2008) No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 49:886-893.
- Liebowitz MR, Heimberg RG, Fresco DM, Travers J, Stein MB (2000) Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? *Arch Gen Psychiatry*, 57:191-192.
- Lumpkin PW, Silverman WK, Weems CF, Markham MR, Kurtines WM (2003) Treating a heterogeneous set of anxiety disorders in youths with group cognitive behavioral therapy: a partially nonconcurrent multiple-baseline evaluation. *Behav Ther*, 33:163-177.
- Manassis K, Mendlowitz SL, Scapillato D, Avery D, Fiksenbaum L, Freire M et al. (2002) Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:1423-1430.
- Masia-Warner C, Fisher PH, Shrout PE, Rathor S, Klein RG (2007) Treating adolescent with anxiety disorder in school: an attention control trial. *J Child Psychol Psychiatry*, 48:676-686.
- Muris P, Mayer B, Bartelds E, Tierney S, Bogie N (2001) The revised version of the screen for Child Anxiety Related Emotional disorders (SCARED-R): treatment sensitivity in an early intervention trial for childhood anxiety disorders. *Br J Clin Psychol*, 40:323-336.
- Muris P, Meesters C, van Melick M (2002) Treatment of childhood anxiety disorders: A preliminary comparison between cognitive-behavioral group therapy and a psychological placebo intervention. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 33:143-158.
- Shortt AL, Barrett PM, Fox TL (2001) Evaluating the FRIENDS program: a cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *J Clin Child Psychol*, 30:525-535.
- Silverman WK, Pina AA, Viswesvaran C (2008) Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 37:105-130.
- Sportel BE, de Hullu E, de Jong PJ, Nauta MH (2013) Cognitive bias modification versus CBT in reducing adolescent social anxiety: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 8:e64355.

- Wergeland GJH, Fjermestad KW, Marin CE, Haugland BSM, Bjaastad JF, Oeding K et al. (2014) An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behav Res Ther*, 57:1-12.
- Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC (1999) Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychol Med*, 29:309-323..

Nesibe Olgun Kaval, Araş.Gör., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir; **Serap Tekinsav Sütçü**, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütçü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.

E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir · No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 3 Mart/March 3, 2015 · **Kabul tarihi/Accepted** 20 Eylül/September 20,2015

Tablo 1. Çalışmalardaki yöntem özellikleri ve sonuçlar

Çalışma	Örnekleme	Tedavi Grupları	BDT Teknikleri	Aile Eğitimi	Seç-kiziz Atama	Bağımsız Değerlendirici	Ölçümler	Çalışmayı Bırakan	Sonuçlar		E.B.
									Öntest-Sontest	İzlem	
Aydın ve ark. (2010)	Ölçeklere göre sosyal anksiyete belirtileri gösteren 44 çocuk (44 kız, 12-14 yaş)	1.BDGT (s=24) 2.Kontrol (s=20)	Hipotetik örnekler kullanma, GE, BYY, MB	Yok	Yok	Yok	Ön test-son test; ESKÖ, ÇÇESFÖ, ÇOBHÖ, ESKÖ-E	Yok	BDGT > Kontrol (tüm ölçümler)	-	?
Baer ve Garland (2005)	DSM-IV, ADIS-C 12 ergen (sosyal fobi, 13-18 yaş)	1.BDGT (SET-C) (s=6, 3 kız, 3 erkek) 2.Bekleme Listesi (s=6, 4 kız, 2 erkek)	Grup SBE, Bireysel MB, Akran Genel-leme Seansları	Var	Var	Yok	Ön test-son test; ADIS-C, BDI-II, SPAI	3 kişi öntest	BDGT : ADIS-C ve SPAI => öntest > sontest BDI-II => Öntest = Sontest	-	ADIS-C = 1.63 SPAI = .85
Berman ve ark. (2000)	DSM-III-R Fobi/ Anksiyete Bozuklukları, 106 çocuk (56 erkek, 50 kız) (6-17 yaş) (s=15 sosyal fobi)	1.MB+BDGT (s=41) 2.MB+BT (Bireysel) (s=33) 3.MB+DT (Bireysel) (s=32)	ÖKE RY	Var	Yok	Yok	Ön test-son test; RCMAS, KYÖ, ÇDÖ, ÇDSKE-S, RCMAS/P, KYÖ/E, ÇGDDÖ, PGRS, SCL-90	%22	Hepsi etkili ancak, MB+BT = MB+DT > MB+BDGT	-	?

Gallagher ve ark. (2004)	23 çocuk (8-11 yaş)	1.BDGT (s=12) 2.Bekleme Listesi (s=11)	PE MB	Var	Yok	Var	Ön test-Son test-izlem (3 hafta); ADIS-C, SPAI-C ÇSAÖ-Y, RCMAS, ÇDÖ, ÇGDDÖ	Yok	Öntest > Sontest (ÇGDDÖ – anksiyete/depresyon)	Öntest > İzlem (ADIS-C, SPAI-C ÇSAÖ-Y, RCMAS, ÇDÖ, ÇGDDÖ – anksiyete/depresyon) BDGT > Bekleme Listesi	?
Garcia-Lopez ve ark. (2002)	DSM-IV 59 ergen (Yaygın Sosyal Fobi, 46 kız, 13 erkek)	1.BDGT-Ergen (s=15) 2.ESET-SV (s=14) 3.YSFET (s=15) 4.Kontrol Grubu (s=15)	PE, SBE, PÇBE BYY, MB PE, SBE, Bireysel MB, Bireysel PU SBE, MB, BYY, Videolu Geri Bildirim + İsteğe bağlı bireysel seans alabilme ve telefon görüşmesi yapabilme.	Yok	?	Var	Ön test-Son test-izlem (1 yıllık): SPAI, SKÖ-A, PRCS, RBSÖ, SSSA, ADIS-IV-SP	Yok	Klinik Etkililik Kriteri %75 = Öntest-Sontest: BDGT-E =ESET-SV =YSFET > Kontrol G. Klinik Etkililik Kriteri %100 = Öntest-Sontest: BDGT-E > ESET-SV = YSFET > Kontrol G.	Öntest – 1 yıllık izlem: ESET-SV > YSFET = BDGT-E > Kontrol G. Öntest – 1 yıllık izlem: SKÖ-A=1.46, RBSÖ=1.11, SSSA=1.18, ADIS-SP=1.39	Ön test - son test: SKÖ-A=1.59, RBSÖ=1.34, PRCS=2.46, ADIS-SP=1.08 Ön test – İzlem: SKÖ-A=1.46, RBSÖ=1.11, SSSA=1.18, ADIS-SP=1.39

Garcia-Lopez ve ark. (2006)	(Garcia-Lopez ve ark., 2002) N = 25 (20-22 yaş)	1.BDGT - Ergen (Albano ve ark. 1991) (s=8) 2.ESET-SV (Olivares ve ark. 1998) (s=7) 3.YSFET (s=8)	PE, SBE, PÇBE BYY, MB PE, SBE, Bireysel MB, Bireysel PU SBE, MB, BYY, Videolu Geri Bildirim + İsteğe bağlı bireysel seans alabilme ve telefon görüşmesi yapabilme.	Yok	?	Var	Ön test-Son test-izlem (1 yıllık - 5 yıllık); ADIS-IV, SPAI, SKÖ-A	36		Öntest > 1 yıllık izlem (tüm ölçümler) Öntest > 5 yıllık izlem (tüm ölçümler) BDGT = ESET-SV	ADIS-SP; 3.57 (Ön test- 5 yıllık izlem)
Ginsburg ve Drake (2002)	ADIS-IV-C, CIR, (s=12, 10 kız, 2 erkek) (14-17 yaş) (sosyal fobi = 3 BDGT, 4 Kontrol grubu)	1.BDGT (s=6) 2.Dikkat-Destek Kontrol Grubu (s=6)	PE, GE, BYY, MB	Yok	Var	Yok	Ön test-Son test: ADIS-IV-C, CIR, SKÖ-A, Tedavi Memnuniyet Ölçeği	BDGT: 2 (1 kız, 1 erkek) Kontrol: 1 (1 kız)	ADIS-C + CIR : her iki grupta iyileşme vardır. Fakat BDGT daha etkilidir. SCARED: BDGT > Kontrol SKÖ-A : her iki grupta iyileşme vardır. Fakat BDGT daha etkilidir. Tedavi	*BDGT = 3 ve Kontrol G. = 3 çocuk tedavi sonrası Sosyal Fobi tanı ölçütünü (ADIS-IV-C) karşılamamıştır.	ADIS-C + CIR : BDGT=2.70 Kontrol=0.56 SCARED: BDGT=0.28 Kontrol=0.07 SKÖ-A: BDGT=0.54 Kontrol=0.28

									Memnuniyet Ölçeği: BDGT=Kontrol		
Hayward ve ark. (2000)	DSM-IV (s=35, 35 kız) (Sosyal Fobili Kızların Yaş Ort. =15.8 ± 1.6; Sos. Fob. Olm. Karş. G. Yaş Ort. = 15.2 ± 1.4)	1.BDGT-Ergen (s=12) 2.Kontrol (s=23) 3.Sosyal Fobisi Olmayan Karşılaştırma Grubu	PE, SBE, PÇBE, BYY, MB, KG	Yok	Var	Yok	Ön test-Son test-izlem (1 yıllık): SPAI, ADIS-IV (Çocuk/Ebeveyn Versiyonu)	BDGT: 2 Kontrol: 5	Ön test- Son test : BDGT-Ergen > Kontrol (Tüm Ölçümler) BDGT-Ergen : Ön test > Sontest	BDGT-Ergen : Ön test = 1 yıllık izlem	?
Herbert ve ark. (2005)	65 (28 erkek, 37 kız) (ort. Yaş=10.8)	1.BDGT+SBE (s=35) 2.BDGT (s=30)	PE SBE MB BYY PE MB BYY	Yok	Var	?	Ön test-Son test-izlem (3 ay sonra); SCID-I/P, KA, SPAI-C, ODKÖ, BDÖ, SYYÖ, BA (3 minute), SUDS	9 (BDGT) 11 (BDGT+SBE)	Her iki tedavide etkilidir. SBE+BDGT> BDGT	KA, SPAI-C, ODKÖ, BA; Sontest – 3 aylık izlem : SBE+BDGT > BDGT	SPAI-C: 1.13 KA: .75

Herbert ve ark. (2009)	DSM-IV, 73 (%56 kız) (12-17 yaş)	1.BDGT (s=23) 2. PEDGT (s=23) 3. BDT (s=23)	PE NE BYY MB SBE	Yok	Var	?	Ön test-Son test-izlem (6 ay sonra); CGI-S, SPAI-C, SKÖ-C/P, RTQ, BA (3 role plays), SUDS	BDT (s=6) BDGT (s=6) PEDGT (s=4)	Son test; BDT = BDGT = PEDGT	İzlemde; BDGT > BDT = PEDGT Sontest ölçümlerine göre izlemde, BDGT'nin tedavi sonrası hasta iyileşme oranları artarken, PEDGT ve BDT'nin oranlarının düştüğü görülmüştür.	SPAI-C = 1.08 (öntest-sontest) SKÖ-C = 1.14 SKÖ-P = .76 CGI-S = 2.18 BA = 1.30 SUDS = 1.51
Ingul ve ark. (2014)	ADIS-C, SPAI-C (s=128) (8.-10. Sınıf Öğrencileri)	1.BDT (s=25) 2.BDGT (s=33) 3.Plasebo (s=18)	?	Yok	Var	Var	Ön test-Son test-izlem (1 yıllık): ADIS-C, SPAI-C, SDİÖ, SCARED, ÇDÖ, PYKE,	Ön test- Son test arasında: BDGT (s=13) BDT (s=4) Plasebo (s=2)	BDGT => SPAI-C : Öntest > izlem BDT => SPAI-C, SDİÖ, SCARED : Öntest > Sontest	BDT > BDGT = Plasebo BDT => SPAI-C, SDİÖ, SCARED : Öntest > izlem	?

Kley ve ark. (2012)	75 (43 kız ve 32 erkek) (8-12 yaş)	BDGT	PE BYY RP MB	Yok	Var	Yok	Ön test-Son test: Kinder-DIPS, SPAI-C, ÇDÖ, ÇGDDÖ, KSE, SCQ-C, FEEL-KJ	s=13	Son test < Ön test (SPAI-C, ÇDÖ, ÇGDDÖ)	-	SPAI-C: .59 ÇGDDÖ: .55
Liber ve ark. (2008)	127 (8-12 yaş) (s=22 sosyal fobi ve s= 105 diğer anksiyete bozuklukları)	1.BDGT (FRIENDS) (s=62) 2.BDT (s=65)	PE GE NE MB PÇBE SDE BYY	Var	Var	Var	Ön test-Son test: ADIS-C/P, MASC, ÇDÖ, ÇGDDÖ	Yok	Baba bildirimine göre Sosyal Anksiyetesi olan çocuklar olmayan çocuklara göre BDGT'den daha fazla fayda görmüştür (ÇGDDÖ).	-	?
Lumpkin ve ark. (2002)	DSM-IV 18 (6-16 yaş) (s=4 sosyal fobi)	BDGT	PE MB +SBE (Sadece sosyal fobi için)	Var	Yok	?	Ön test-Son test-izlem (6 ay-12 ay): RCMAS-C/P, STAIC, KYÖ-Ç/E, ÇADİ, Günlük Anksiyete Düzeyi Ölçümleri	s=6	Sosyal anksiyetesi olan çocukların 3'ü sontest ölçümlerinde tanı ölçütlerini karşılamamışlardır.	Sosyal anksiyetesi olan çocukların hepsi 6 ve 12 aylık izlemde tanı ölçütlerini karşılamamışlardır.	?
Muris ve Mayer (2001)	DSM-III-R 36 (s=4 sosyal fobi) (8-13 yaş)	1.BDT (Coping Koala) (s=17) 2.BDGT (Coping Koala) (s=19)	AY, GYDBE, GE, MB, BYY	?	Var	?	6 ay önce-Ön test-Son test: STAIC, SCARED-R	Yok	BDT = BDGT	-	.37

Muris ve ark. (2002)	30 (10 erkek ve 20 kız) (9-12 yaş)	1.BDGT (Coping Koala) (s=10) 2.Kontrol (s=10) 3.DD (ED-emotional disclosure) (s=10)	AY, GYDBE, GE, MB, BYY	?	?	Var	Temel Değerlendirme (ilk tarama boyunca)- Ön test – Son test: TG, RCADS, STAIC, Tedaviyi Değerlendirme Ölçümü	Yok	BDGT > ED ve Kontrol	-	0.8
Muris ve ark. (2009)	SCARED-R 45 (29 erkek, 26 kız) (s=22 sosyal fobi) (9-12 yaş)	BDGT (Coping Koala) (s=45)	AY, GE, RP, FEAR Planı, MB	Var	Yok	Yok	Ön test-Son test: SCARED-R, CATS, ACQ-C	Yok	SCARED-R=> Sosyal Fobi: Ön test > Son test BDGT etkili bulunmuştur. *Sosyal Fobi tedavisinde AY anlamlı düzeyde yordayıcı güce sahip bulunmuştur	-	.47

Shortt ve ark. (2001)	DISCAP 71 (6-10 yaş) (s=10, sosyal fobi)	1.BDGT (Aile Temelli - FRIENDS) (s=54) 2.Bekleme Listesi (s=17)	RP, BYY, PÇBE, MB	Var	Var	Var	Ön test-Son test-izlem (12 ay): RCMAS-C/P, ÇGDDÖ, Tedavi Memnuniyeti Ölçümü	Bekleme Listesi (s=1)	Son test : Sosyal fobi tanısını karşılayan 2 çocuk BDGT (FRIENDS) etkili bulunmuştur.	İzlem: Sosyal fobi tanısını karşılayan 1 çocuk	ÇGDDÖ = 1.00/.67/.63 /.97/.92
Sportel ve ark. (2013)	RCADS-SP ADIS-C (s=240) (13-15 yaş)	1.BDGT-Okul temelli (s=84, 40'ı sosyal fobili) 2. İTBYD (s=86, 46'sı sosyal fobili) 3.Kontrol G. (s=70, 30'u sosyal fobili)	PE, AY, BYY, MB	Yok	Var	Var	Ön test-Son test-izlem (6 ay-12 ay): RCADS-SP, Spielberger SKE, stIAT, ADIS-C	Son test: s=40 6 aylık izlem: s=61 12 aylık izlem: s=6	BDGT (TAI, stIAT) : Ön test > Son test Ön test - Son test : BDGT = İTBYD > Kontrol	BDGT (RCADS-SP, TAI) : Son test > 6 aylık izlem Son test- 6 aylık izlem : BDGT = İTBYD > Kontrol Son test- 12 aylık izlem : BDGT = İTBYD > Kontrol	RCADS-SP: .41
Wergeland ve ark. (2014)	182 (8-15 yaş) (s=59, sosyal fobi)	1.BDGT (s=87) (FRIENDS) 2.BDT (s=91) (FRIENDS)	MB, BE (GE, DYD, PÇ, SDE)	Var	Var	?	Ön test-Son test-izlem (1 yıllık): ADIS-C/P, GRSD, SCAS, SMFQ	4	Sosyal fobi (Ön test - Son test): BDGT = BDT BDGT > BDT (Depresif	Sosyal Fobi (1 yıllık izlem): BDGT = BDT Klinik iyileşme (%)	1 yıllık izlem (BDGT- BDT) : SCAS (çocuk) = .04, SCAS(ebeveyn) = .10

Tablo 2. Çalışmalardaki bilişsel davranışçı grup terapi özellikleri

Çalışma	Seans Süresi	Seans Sayısı	Terapi Sıklığı	Terapist Sayısı	Üye Sayısı
Aydın ve ark. (2010)	90 dk.	13 seans	Haftada 1	?	7-9
Baer ve Garland (2005)	90 dk.	12 seans	?	3	6 ergen
Berman ve ark. (2000)	55 dk = Çocuk Seansı 40 dk. + Aile Seansı 15 dk. (çocuk+aile)	12 seans	?	1	?
Gallagher ve ark. (2004)	3 saat (yarım saat mola)	3 seans	Haftada 1	1	5-7 çocuk
Garcia-Lopez ve ark. (2002)	BDGT-Ergen : 90 dk.	BDGT-Ergen : 16 seans	BDGT-Ergen : ilk 2 hafta haftada 2, sonraki 12 hafta haftada 1	?	?
	ESET-SV: 30 dk. (PE, SBE, MB); 60 dk. (PU)	ESET-SV: 29 seans (24 seans PE,SBE + 1 seans MB + 4 seans PU)	ESET-SV: 17 Hafta (12 Hafta, Haftada 2 seans birden PE, SBE + 1 Hafta MB + 4 Hafta PU)	?	?
	YSFET : 90 dk.	YSFET : 12 seans	YSFET : Haftada 1	?	?
Garcia-Lopez ve ark. (2006)	BDGT-Ergen : 90 dk.	BDGT-Ergen : 16 seans	BDGT-Ergen : ilk 2 hafta haftada 2, sonraki 12 hafta haftada 1	?	?
	ESET-SV: 30 dk. (PE, SBE, MB); 60 dk. (PU)	ESET-SV: 29 seans (24 seans PE,SBE + 1 seans MB + 4 seans PU)	ESET-SV: 17 Hafta (12 Hafta, Haftada 2 seans birden PE, SBE + 1 Hafta MB + 4 Hafta PU)	?	?
	YSFET : 90 dk.	YSFET : 12 seans	YSFET : Haftada 1	?	?
Ginsburg ve Drake (2002)	45-50 dk.	10 seans	Haftada 1	?	6 ergen
Hayward ve ark. (2000)	90 dk.	16 seans	Haftada 1	2	6 ergen
Herbert ve ark. (2005)	2 saat	12 seans	Haftada 1	3	4-6 çocuk
Herbert ve ark. (2009)	2 saat	12 seans	Haftada 1	2	4-6 ergen

Ingul ve ark. (2014)	90 dk.	10 seans	?	3	4-6 ergen
Kley ve ark. (2012)	90 dk	12 seans (9 haftalık süre)	?	2	?
Liber ve ark. (2008)	90 dk	10 seans	Haftada 1	2	5-6 çocuk
Lumpkin ve ark. (2002)	50 dk	12 seans	Haftada 2	2	5-8 çocuk
Muris ve Mayer (2001)	30-40 dk	12 seans	Haftada 1	1	3-6 çocuk
Muris ve ark. (2002)	30-40 dk	12 seans	Haftada 2	1	3-5 çocuk
Muris ve ark. (2009)	60 dk. (1 seans 30 dk.)	12 seans	Haftada 1, 2 seans birden	1	3-6 çocuk
Shortt ve ark. (2001)	50-60 dk.	12 seans	Haftada 1	2	5-13 çocuk
Sportel ve ark. (2013)	90 dk.	10 seans	Haftada 1	1	3-10 ergen
Wergeland ve ark. (2014)	60-90 dk	10 seans + 2 ebeveyn seansı	Haftada 1	2	?

?: Belirtilmemiş

Major Depresif Bozukluk Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Uzun Dönemdeki Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Long Term Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Major Depressive Disorder: A Systematic Review

Ceren Gökdağ, Serap Tekinsav Sütcü

Öz

Bu çalışmada major depresif bozukluğun tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı grup terapisinin uzun dönemdeki etkililiğini değerlendirmek için yapılan izlem değerlendirmeli çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Belirlenen veri tabanlarında 2000-2015 (Ocak) yılları arasında yayımlanan İngilizce ve Türkçe makaleler belirlenen anahtar sözcüklerle taranmıştır. Tarama sonucunda ulaşılan makalelerden izlem değerlendirmesi olmayanlar çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışmanın temel amacı bilişsel davranışçı grup terapisinin uzun dönemdeki etkililiğini değerlendirmek olmasına rağmen, gözden geçirilen çalışmalar araştırma yöntemi, terapi özellikleri, son test bulguları gibi değişkenler açısından da incelenmiştir. Sonuçlar bilişsel davranışçı grup terapisinin major depresif bozukluğu olan bireylerin tedavisinde etkili bir terapi yöntemi olduğunu ve bunun yanı sıra terapi sonrası edinilen kazanımların uzun süre korunduğunu göstermiştir.

Anahtar sözcükler: Depresyon, bilişsel davranışçı terapi, grup terapisi.

Abstract

The aim of the study was to conduct systematic review the articles on long term effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for treatment of major depressive disorder. Articles in English and Turkish published between the years of 2000 and 2015 (January) were searched in national and international databases. The articles that did not include follow-up studies were excluded. Although the main aim of this study is to evaluate permanent effect of the cognitive behavioral group therapy, 21 articles that met the criteria were examined also in terms of some other variables such as research method, therapy characteristics and post test results. The findings of the articles revealed that cognitive-behavioral group therapy is effective for major depressive disorder and post therapy gains are maintained for a long time.

Key words: Depression, cognitive behavioral therapy, group therapy.

DEPRESYON, son yıllarda tüm dünyada hızla artan, farklı sebeplerden dolayı oldukça karmaşık bir duygudurum bozukluğudur. Depresif duygudurum, mutsuzluk, çaresizlik, suçluluk ve karamsarlık duyguları, enerji ve ilgi kaybı, iştah azalması gibi temel belirtileri olan major depresif bozukluk (MDB) kişide toplumsal, mesleki ve kişilerarası sorunlara sebep olmaktadır (APA 2001, Sadock ve Sadock 2005, Friedman 2011). Dolayısıyla, psikiyatrinin soğuk algınlığı olarak anılan (Aşkın 1999) bu bozukluğun tedavi edilmesi önemli bir uğraş alanıdır.

Depresyon sağaltımında en sık kullanılan psikoterapi yöntemlerinden biri bilişsel davranışçı terapi (BDT)'dir (Thase 1995, Beck 2005). İlk kez 1964 yılında Beck tarafından yayınlanan bir makalede ortaya atılan bilişsel terapi, yıllar içinde davranışçı modelin de etkisiyle, BDT olarak adlandırılmış ve 1979'da Beck ve arkadaşlarının çalışmalarıyla depresyonda net bir şekilde kullanılabilir hale gelmiştir. İlerleyen yıllarda da depresyondaki etkililiği çeşitli çalışmalarda (Dobson 1989, Gloaguen ve ark. 1998, Cuijpers ve ark. 2014) kanıtlanmış; hatta BDT'nin ilaç tedavisi kadar etkili olduğu belirtilmiştir (DeRubeis ve ark. 1999).

Depresyonun grup süreci içinde tedavi edilmesi ise bu kişilerin daha fazla özel ve yoğun ilgiye ihtiyaç duymalarından, içe çekilmiş olmalarından ve grup sürecini bozacakları düşünüldüğünden dolayı başlarda olumlu karşılanan bir durum olmuştur (Chistie 1970 akt. Hollon ve Shaw 1979). Ancak Shaw (1977)'in yaptığı çalışma ile depresyonun, grup terapisi ile tedavi edilebileceği görülmüştür. Sonraki zamanlarda da yetişkin depresyonun grup terapisi için uygun bir bozukluk olduğunu söyleyen çalışmacılar, pek çok etkililik araştırması yürütmüşlerdir.

Bilişsel davranışçı grup terapisi (BDGT) kullanan 32 araştırmanın gözden geçirildiği bir çalışmada, bu terapinin depresyon için etkili bir yöntem olduğu belirtilmiştir (Feng ve ark. 2012). Son yıllarda yapılan bir gözden geçirme makalesi de 35 çalışmayı, terapinin yoğunluğunu temel alarak incelemiştir ve yoğun BDGT'nin etkili ve kabul edilebilir olduğu görülmüştür (Okumura ve Ichikura 2014). Literatürde BDGT'nin MDB için etkili olduğunu gösteren gözden geçirme çalışmaları bulunsa da bunlar, doğrudan, tedavinin uzun vadedeki yararına odaklanmamışlardır. Oysa ki, Beck (2001), bilişsel terapinin 10 ilkesinden bahsederken bu terapi modelinin eğitimsel bir model olduğunu da belirtmiştir. Terapi sürecindeki kişilerin, öğrendiklerini terapinin ilerleyen seanslarında kullanabilmesinin ve uzun vadede, terapi sonlandıktan sonra da bilgileri hala kullanabilmesinin öneminden bahsedilmektedir. Bu durum, bilişsel terapilerin hedeflerinden birisinin, terapidde öğrenilenlerin tedavi bittikten sonra dahi kullanılabilmesi olduğunu göstermektedir. Şu durumda, BDT'nin kısa dönemdeki (tedavi bitiminden hemen sonra) etkililiği kadar uzun dönemdeki (tedavi bittikten sonraki dönemlerde) etkililiği de incelenmesi gereken bir noktadır. Yani, BDT'nin savunduğu, terapinin uzun süreli etkililiğinin, MDB hastaları için ve grup terapisinde de var olup olmadığı ve izlem ölçümlerinde de grup terapisinin etkililiğinin devam edip etmediği önemli bir sorudur.

Buradan hareketle, bu gözden geçirmenin temel amacı, depresyonun tedavisinde BDGT'nin etkisinin kalıcılığını incelemektir. Bu amaçla, bu çalışmada BDGT'nin majör depresif bozuklukta etkililiğini araştıran son 15 yılda yayınlanan çalışmalar gözden geçirilmiştir. Bu çalışmanın esas ilgisi MDB hastalarında BDGT'nin etkisinin tedavi bittikten sonra kalıcı olup olmadığını incelemek olsa da bu gözden geçirmede çalışmaların yönetsel özellikleri ve diğer bulgularına da yer verilmiştir.

Yöntem

Bu çalışmada depresyon tedavisinde kullanılan BDGT programlarının etkililiğini incelemek için PubMed, PsycINFO, PsycARTICLES veri tabanlarında 2000-2015 (Ocak) yılları arasında yayınlanan İngilizce makaleler taranmıştır. Ayrıca aynı yıllar arasında Türkçe veritabanı olan Ulakbim Tıp ve Sosyal Bilimler veri tabaları da taranmıştır. Taramada kullanılan anahtar kelimeler şunlardır: (1) depresyon ve bilişsel terapi (depression and cognitive therapy), (2) depresyon ve bilişsel davranışçı terapi (depression and cognitive behavioral therapy), (3) depresyon ve grup terapisi (depression and group therapy), (4) depresyon ve bilişsel grup terapisi (depression and cognitive group therapy), (5) depresyon ve BDGT (depression and CBGT), (6) depresyon ve grup BDT (depression and Group CBT), (7) grup bilişsel ve depresyon (group cognitive and depression).

Ulaşılan makalelerden tedavi etkililik çalışması olmayanlar, terapi çalışması grup temelli olmayanlar, depresyon seviyeleri belirtilmemiş olanlar, etkililiğini değerlendirmek için yeterli veriye sahip olmayanlar ve çocuk ve ergenlerle yapılanlar çıkarılmıştır. Çalışmanın amacı BDGT'nin MDB tanılı hastalardaki etkililiğini incelemek olduğundan, örnekleme distimi gibi başka depresif bozukluğa sahip kişilerden, depresif belirtiler gösteren fakat MDB tanısı almamış kişilerden, MDB ile birlikte eş tanısı olan kişilerden, fiziksel rahatsızlık sonucu MDB geliştirmiş kişilerden oluşan örnekleme çalışan ve terapi grupları başka bozukluğa sahip (örneğin anksiyete bozukluğu) kişileri de içeren çalışmalar bu gözden geçirmenin dışında bırakılmıştır.

Bu gözden geçirme çalışmasının asıl amacı BDGT'nin uzun süreli etkililiğini değerlendirmek olduğu için terapi bittikten sonra izlem değerlendirmesi almayan araştırmalar da bu çalışmaya dahil edilmemiştir (n=32). Ulaşılan bir çalışmada da (Dingle ve ark. 2010) hastalara BDGT uygulansa da ilacın etkisine bakıldığı için bu çalışma da gözden geçirilme dışında bırakılmıştır. Sonuç olarak ölçütleri karşılayan 21 etkililik makalesi gözden geçirilmiştir.

Her bir çalışmada; hasta sayıları ve tanı için kullanılan ölçüt sistemi gibi örnekleme ilişkin bilgilere, tedavi biçimlerine, karşılaştırma gruplarına, etkililiği değerlendirmek için kullanılan ölçüm araçlarına odaklanılmıştır. Ayrıca özel olarak, grup terapi formatlarının içeriğiyle ilgili (el kitabı kullanılıp kullanılmadığı, seans sayıları ve sıklıkları, gruptaki üye ve terapist sayıları) bilgiler de özetlenmiştir.

Bulgular

Çalışmalara ilişkin özet bilgiler Tablo 1 ve 2'de yazar adına göre sıralanarak verilmiştir. (Tablolar metin sonunda verilmiştir.)

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Örneklem

Çalışmaların katılımcıları 18 yaş ve üzerindeki kişilerden oluşmaktadır. Çalışmalar, katılımcılarına, genel olarak 65 yaş sınırı koymakla birlikte iki çalışmada (Rokke ve ark. 2000, Arian ve ark. 2005) yalnızca yaşlı bireylerle (65 yaş üstü) çalışılmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine bakıldığında ise üç çalışma dışında her iki cinsiyetten katılımcı örneklem grubunda yer almıştır. Söz konusu üç çalışmada ise (Verduyn ve ark. 2003,

Cramer ve ark. 2011, Chetty ve Hoque 2013) terapinin etkililiği, yalnızca kadın hastalarda değerlendirilmiştir.

Gözden geçirilen tüm çalışmaların katılımcıları, MDB tanısı konmuş hastalardan oluşmaktadır. İncelenen 21 çalışmanın büyük çoğunluğunda (15 çalışma) hastaların DSM-III-R ya da DSM-IV'e göre tanı aldıkları görülmektedir. Dört çalışmada (Keller ve ark. 2000, Areat ve ark. 2005, Bockting ve ark. 2005, Matsunaga ve ark. 2010) ise hastaların tanıları DSM'ye göre yapılandırılmış görüşme ölçeği olan SCID kullanılarak belirlenmiştir. Thimm ve Antonsen (2014)'in çalışmasında yapılandırılmış başka görüşme sistemi kullanılarak tanı konmuştur. Bir çalışmada (Cramer ve ark. 2011) ise hastalara hangi araçla tanı konduğu belirtilmemiştir.

Çalışmaların örneklem büyüklükleri ise farklılık göstermektedir. Çalışmalardaki en küçük örneklemin (Chetty ve Hoque 2013) 30 kişiden, en büyük örneklemin ise (Keller ve ark., 2000) 681 kişiden oluştuğu görülmektedir.

Tedavi ve Karşılaştırma Grupları

Gözden geçirilen çalışmaların ikisi dışında, en az bir karşılaştırma grubu bulunmaktadır. Karşılaştırma grubu bulunmayan çalışmalarda, katılımcıların terapi öncesi ve sonrası ölçek puanları karşılaştırılarak terapinin etkililiği değerlendirilmiştir (Matsunaga ve ark. 2010, Thimm ve Antonsen 2014). Karşılaştırma grubu bulunan çalışmalarda ise genel olarak, karşılaştırma grubu, standart tedavi olarak adlandırılan ilaç tedavisidir. İlaç tedavileri bazen grup terapisine ek olarak bazen de tek başına kullanılmıştır. Brakemeier ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise, ilaç tedavisine eklenen BDGT, yine ilaç tedavisine ek olarak uygulanan elektrokonvulsif tedavi (EKT) ve yalnızca ilaç tedavisi ile karşılaştırılmıştır.

Beş çalışmada ise (Verduyn ve ark. 2003, Renner ve Berry 2011) herhangi bir grupta ilaç tedavisi hiç kullanılmamıştır. Bu çalışmalarda karşılaştırma grubu olarak psikoeğitim, destekleyici grup, kendine yardım grubu, klinik olgu yönetimi gibi psikososyal müdahaleler kullanılmıştır. Psikososyal müdahalelerin içeriği incelendiğinde, Rokke ve arkadaşlarının (2000) uyguladığı psikoeğitimde, hastalara grup olarak depresyon oluşumuna ve tedavisine ilişkin bilgi verildiği görülmektedir. Verduyn ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında yapılan destekleyici gruplar, plasebo olarak tasarlanmış ve BDGT ile benzer biçimde yürütülmüştür. Ancak herhangi bir teknik uygulanmamış katılımcıların, yalnızca bir psikolog ve bir grup insanla vakit geçirmeleri sağlanmıştır. Renner ve Berry (2011)'nin çalışmasında ise kendine yardım grubu olarak adlandırılan bir grup çalışması yapılmış ve grup ilkelerine bağlı kalınarak, hastaların istekleri doğrultusunda vakit geçirilmiştir. Areat ve arkadaşları (2005), klinik olgu yönetimine eklenen BDGT ile yalnızca klinik olgu yönetimini karşılaştırmışlardır. Klinik olgu yönetimi olarak adlandırılan çalışma, hastaların sağlık durumlarını, ekonomik problemlerini, beslenme davranışlarını gözetmeye dayalı bir müdahale olarak planlanmıştır. Sandahl ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise BDGT ile psikodinamik temelli grup terapisini karşılaştırılmıştır.

Kullanılan Ölçme Yöntemleri

Çalışmaların hepsinde tedavi öncesi ve sonrası hastaların depresif belirtilerini değerlendiren ölçme araçları kullanılmıştır. Yedi çalışmada (Hwei-Chen ve ark. 2006, Chetty ve Hoque 2013, Thimm ve Antonsen 2014) yalnızca öz bildirim ölçeği, altı çalışmada (Keller ve ark. 2000, Perlis ve ark. 2002, Paykel ve ark. 2005,) yalnızca klinisyen bildi-

rim ölçeği, dokuz çalışmada (Conradi ve ark. 2008, Kuyken ve ark. 2008, Brakemeier ve ark. 2014) hem öz bildirim hem klinisyen bildirimine dayalı ölçekler kullanılmıştır.

En sık kullanılan öz bildirim ölçme aracı Beck Depresyon Envanteri (BDE)'dir. Terapi etkililiğini değerlendirmek adına en sık kullanılan klinisyen bildirim ölçeği ise Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)'dir; SCID ise onu takip etmektedir. Bunlar dışında, bazıları ülkemizde de kullanılan bazıları ise Türkçe uyarlaması olmayan ölçeklerin de kullanıldığı görülmektedir. Tablo-1'de Türkçe uyarlaması olan ölçeklerin isimleri Türkçe kısaltmalarıyla verilmiş, uyarlaması bulunmayanlar ya da ulaşılamamış olanlar, karışıklık yaratmaması için orijinal isimleriyle kullanılmıştır.

Ölçümlerin Sıklığı

Gözden geçirilen çalışmaların neredeyse tümü ön test ve son test karşılaştırması yapmıştır ve grup terapisinin etkililiği bu ölçümler üzerinden değerlendirilmiştir. İzlem ölçümleri esas alındığında, en kısa süreli izlemin 1 aylık (Hwei-Chen ve ark. 2006) en uzun olanının 48 aylık (Paykel ve ark. 2005) olduğu görülmektedir. Yalnızca Keller ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında izlem süresi belirtilmemiştir. Yirmi bir çalışmanın 11'i (örn. Perlis ve ark. 2002, Conradi ve ark. 2008) tek izlem ölçümü, 8'i (örn. Bondolfi ve ark. 2010, Cramer ve ark. 2011) iki izlem ölçümü ve 3'ü (Bockting ve ark. 2005, Paykel ve ark. 2005, Van Aalderen ve ark. 2011) üç ve daha fazla sayıda izlem ölçümü almıştır.

İncelenen etkililik araştırmaları, izlem değerlendirme sürelerine göre değerlendirildiğinde, çalışmaların yarısından fazlasının, 12 aylık izlem değerlendirmesi aldığı görülmüştür. Daha azının (5 tanesinin), grup terapisinden 6 ay sonraya kadar değerlendirme aldığı; 2 tanesinin 24 aya kadar; 1 tanesinin ise 48 aya kadar ölçüm aldığı anlaşılmıştır. En fazla tercih edilen izlem süresi 1 yıldır.

Çalışmalardaki BDGT'nin İçeriği ve Uygulanışı

Çalışmalarda uygulanan BDGT standart bir el kitabı olup olmaması, seans özellikleri ve her bir gruptaki üye ve terapist sayısı açısından incelenmiştir. Ulaşılan bilgiler Tablo-2'de sunulmuştur.

Terapi El Kitabı

Gözden geçirilen 21 çalışmanın 13 tanesi uyguladığı grup terapisinde terapi el kitabı (manual) kullanmıştır. Bu el kitapları, genel olarak hem hasta hem de terapist için ayrı olan ve daha önceden sınanmış terapi programlarının kitaplarıdır. İncelenen çalışmaların 8 tanesinde ise seanslar, el kitabı kullanılmadan yürütülmüştür.

Seans Özellikleri

Çalışmalarda kullanılan BDGT'ler genel olarak Beck'in tanımladığı bilişsel modele dayanan gruplardır. Ancak bundan farklı olarak görece yeni bilişsel tedavilere dayanan grup terapileri de kullanılmıştır. Farkındalık Temelli BDGT, beş çalışma ile (örn. Ma ve Teasdale 2004, Bondolfi ve ark. 2010) bunlardan en sık kullanılanıdır. Bunun yanında Kendini Yönetme Grup Terapisi de kullanılan terapi modellerindedir (Rokke ve ark. 2000). Bu model, davranışçı tekniklerin daha sıklıkla kullanıldığı, kişilerin kendilerini izleyerek duygudurumlarını düzenlemelerini temel alan terapi modelidir.

Uygulanan BDGT programlarının seans sayıları incelendiğinde yalnızca bir çalışmanın (Sandahl ve ark. 2011) bu ayrıntıyı belirtmediği görülmüştür. Diğer çalışmalar incelendiğinde 8 ile 20 seans arasında değiştiği görülmektedir. Bu 22 çalışmanın altı

tanesinin 8 seans, dört tanesinin 12 seans, dört tanesinin 15 seans ve beş tanesinin 16 ve üstü seans sayısına sahip olduğu görülmektedir.

Seansların uzunlukları incelendiğinde bazı çalışmaların bu ayrıntıya değinmediği görülmektedir. Genel olarak bakıldığında terapi sürelerinin farklılaştığı söylenebilir. Çalışmalarda yürütülen terapilerin en kısısı 90 dakika, en uzununu ise tam gün olarak yürütülmüştür. Terapi süresini belirten 17 çalışmanın 10'unda seanslar 120 dakika sürmektedir.

Seansların sıklığı incelendiğinde yalnızca iki çalışmanın (Paykel ve ark. 2005, Conradi ve ark. 2008) bu detayı belirtmediği görülmüştür. Kalan çalışmaların 19'unda, terapiler haftada bir uygulanmıştır.

Üye ve Terapist Sayısı

İncelenen çalışmalarda uygulanan gruplardaki üye sayılarına bakıldığında yedi çalışmanın bu konuyla ilgili bilgi vermediği görülmüştür. Kalan 14 çalışmadaki gruplarda en az 3 (Rokke ve ark. 2000) en fazla 15 kişi (Chetty ve Hoque 2013) bulunmaktadır. Genel olarak bakıldığında 6-8 kişinin tercih edildiği göze çarpmaktadır.

Grupları yöneten terapist sayıları incelendiğinde yedi çalışmada tek terapist, beş çalışmada ise 2 terapist kullanıldığı görülmüştür. Ancak 9 çalışmada terapist sayısı ile ilgili herhangi bir bilgiye rastlanmamıştır.

Çalışmaların Bulguları

Tedavi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırma Sonuçları

İncelenen çalışmalardan yalnızca ikisinde (Matsunaga ve ark. 2010, Thimm ve Antonson 2014), kontrol ya da karşılaştırma grubu kullanılmamış; sadece BDGT alan hastaların belirtilerinin tedavi öncesine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Gözden geçirilen çalışmaların 10 tanesi BDGT ile standart ilaç tedavisini bir arada kullanarak kombine tedavi ile standart tedaviyi karşılaştırmıştır. Bu çalışmalardan üçünde (Teasdale ve ark. 2000, Bockting ve ark. 2005, Paykel ve ark. 2005) tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırma ile ilgili bilgi verilmemiştir. Dört çalışmada ise (örn. Kuyken ve ark. 2008, Bondolfi ve ark. 2010) kombine tedavi ile ilaç tedavisi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı, her iki tedavi yönteminin eşit düzeyde etkili olduğu bulunmuştur. Kombine tedavi kullanan yalnızca üç çalışmada (Keller ve ark. 2000, Van Aalderen ve ark. 2011, Brakemeier ve ark. 2014) kombine tedavinin, ilaç tedavisinden üstün olduğu bulunmuştur. Bu üç çalışmadan birinde (Keller ve ark. 2000) yalnızca BDGT ve yalnızca standart tedavi alan grup da karşılaştırılmış fakat anlamlı fark bulunmamıştır. Brakemeier ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında aynı zamanda BDGT ve standart tedaviyi birlikte alan grup, EKT ve yalnızca ilaç tedavisi alan grupla da karşılaştırılmıştır ve BDGT alan grubun diğer iki yöntemle tedavi alan gruba göre tedaviden daha fazla yararlandığı görülmüştür.

İncelenen dört çalışmanın, yalnızca BDGT alanlarla yalnızca ilaç tedavisi alan katılımcıları karşılaştırdığı görülmüştür. Bunlardan biri (Conradi ve ark. 2008) tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırma sonuçlarıyla ilgili bilgi vermemiştir. Diğer üçünden yalnızca biri (Cramer ve ark. 2011) BDGT'nin standart ilaç tedavisinden daha başarılı olduğunu bulmuştur. Diğer iki çalışmada (Sandahl ve ark. 2011, Chetty ve Hoque 2013) ise BDGT ile ilaç tedavisinin etkisinin benzer olduğu bulunmuştur. Ayrıca, Sandahl ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında psikodinamik grup terapisi de karşılaştırma grupları

arasında yer almış ve bu tedavinin sonuçlarının da BDGT ve ilaç tedavisinden farklı olmadığı belirtilmiştir.

Beş çalışmada ise herhangi bir grupta ilaç tedavisi kullanılmamıştır; grup terapisinin etkililiği başka gruplarla sınanmıştır. Bu beş çalışmanın ikisinde (Rokke ve ark. 2000, Hwei-Chen ve ark. 2006) tedavi almayan kontrol grubuyla karşılaştırma yapılmıştır. Terapi öncesi ve sonrası depresyon puanları karşılaştırıldığında grup terapisi alan grup ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılaşma görülmüştür. BDGT alan hastaların depresyon puanları kontrol grubundakilere göre daha fazla düşüş göstermiştir. Ancak Rokke ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında BDGT olarak kendini yönetme grup terapisi (KYGT) kullanılmış ve tedavi almayan kontrol grubu ve psikoeğitim alan grup ile karşılaştırma yapılmıştır. Sonuçlar, KYGT ile psikoeğitimin eşit düzeyde etkili olduğunu göstermiştir.

Son olarak, karşılaştırma grubu olarak destekleyici grup, kendine yardım grubu ve klinik vaka yönetimi kullanan üç çalışmada ise (Verduyn ve ark. 2003, Arian ve ark. 2005, Renner ve Berry 2011) grupların ön test son test puanlarının farklılaştığı görülmektedir. Ancak hangi grubun daha etkili olduğuyla ilgili bilgiye rastlanmamıştır.

İzlem Değerlendirmesine İlişkin Sonuçlar

Gözden geçirilen 21 çalışmanın izlem sonuçları, BDGT'nin kalıcı etkisini değerlendirmek amacıyla incelenmiştir. Çalışmaların izlem değerlendirme sonuçları, BDGT'nin etkinliğine ilişkin farklı sonuçlar vermekle birlikte genel olarak, BDGT'nin kalıcı etkisinin olduğu ve olası bir depresif epizodu önlemede başarılı olduğu söylenebilir.

Çalışmaların genelinde karşılaştırma ya da kontrol grubu olsa da 2 çalışmada herhangi bir karşılaştırma yapılmamış yalnızca BDGT alan grubun sonuçları değerlendirilmiştir. Matsunaga ve arkadaşlarının (2010) yürüttüğü çalışmanın 1 yıllık izlem sonuçları, terapi alanların işlevsellik puanlarının sürekli arttığı yönündedir. Thimm ve Antonson (2014)'in çalışmasının sonuçlarına göre ise, tedavi öncesiyle tedaviden 3 ay sonrasında alınan ölçümler farklılaşmaktayken, tedavi sonrası ile izlem ölçümleri farklılaşmamaktadır. Yani, BDGT alan kişilerin depresyon düzeyleri tedavi sonrasında düşmüş ve 3 ay sonra da bu düşüş korunmuştur.

Gözden geçirilen 21 çalışmanın 3'ü (Verduyn ve ark. 2003, Hwei-Chen ve ark. 2006, Renner ve Berry 2011) BDGT'nin etkisinin tedavi almayan kontrol grubundan daha üstün olduğunu bulgulamıştır. Bu çalışmalar sırasıyla 1 yıl, 1 ay ve 6 aylık izlem değerlendirmelerine sahiptir. Dolayısıyla BDGT'nin 1 yıllık süreçte dahi etkisinin sürdüğü, hiçbir müdahale alınmamasından iyi olduğu görülmektedir.

Gözden geçirilen 10 çalışma, izlem ölçümlerinde BDGT'nin standart tedavi olarak adlandırılan ilaç tedavisinden üstün olduğunu göstermektedir. Bunlardan 5 tanesi, ilaçla kombine tedavi kullanmadan, yalnızca BDGT alan grubun, ilaç tedavisi alan gruptan daha az depresif belirti gösterdiğini bulgulamıştır. Bunlar içinden farkındalık temelli BDGT kullanan iki çalışma (Teasdale ve ark. 2000, Ma ve Teasdale 2004), terapidin bir yıl sonra bile terapinin etkisinin sürdüğünü raporlamıştır. Bu çalışmalar, farkındalık temelli BDGT'nin, nüks önleme bakımından ilaç tedavisinden üstün olduğunu söylemektedir. Daha uzun izlem değerlendirmesine sahip Conradi ve arkadaşlarının (2008) çalışması da benzer şekilde, 2 yılın sonunda BDGT'nin hem ilaç tedavisinden hem de psikoeğitimden üstün olduğunu raporlamıştır. Chetty ve Hoque (2013)'nin çalışmasının sonuçları ise BDGT'nin bir buçuk aylık sürede ilaç tedavisiyle eşit, üç aylık sürede üstün olduğu yönündedir. BDGT'nin ilaç tedavisinden daha etkili olduğunu bildiren başka bir

çalışmada (Cramer ve ark. 2011) ise altı aylık sürede BDGT'nin üstün olmasına karşın, karşılaştırma grubuyla farkının azaldığı söylenmiştir. Diğer 5 çalışmada ise BDGT'nin ilaca eklendiği kombine tedavi ile ilaç tedavisi karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalar (Keller ve ark. 2000, Bocking ve ark. 2005, Paykel ve ark. 2005, Van Aalderen ve ark. 2011, Brakemeier ve ark. 2014) tedaviden en az bir yıla kadar ilaç tedavisine eklenen BDGT'nin yalnızca ilaç tedavisinden daha etkili olduğunu göstermektedir. Ancak incelenen çalışmalar arasında en uzun izlem değerlendirmesine sahip Paykel ve arkadaşlarının (2005) çalışması tedaviden 200 hafta sonra BDGT ile ilaç tedavisinin etkisinin eşit olduğunu söylemektedir.

İzlemde ilaç tedavisi ile BDGT'nin benzer etkinliğe sahip olduğunu söyleyen 4 çalışma daha mevcuttur. Bu çalışmalardan üçü (Perlis ve ark. 2002, Bondolfi ve ark. 2005, Kuyken ve ark. 2008), ortalama bir yıllık süreçte, bilişsel davranışçı grup terapisi ile ilaç tedavisinin olası depresyonu önlemede eşit başarıya sahip olduğunu göstermektedir. Sandahl ve çalışma arkadaşlarının (2011) yürüttükleri çalışmanın bir yıllık izlem sonucu da BDGT'nin hem ilaç tedavisiyle hem de psikodinamik temelli grup terapisiyle benzer düzeyde sonuçlara sahip olduğunu göstermektedir. Bunlar dışındaki 1 çalışma da (Rokke ve ark. 2000) bilişsel davranışçı tedavi temelli olan kendine yardım grubunun, bir yıllık izlemde, psikoeğitimden farklı olmadığını söylemektedir.

İncelenen çalışmalardan yalnızca biri (Arean ve ark. 2005) izlem ölçümlerinde BDGT'nin ilaç tedavisinden daha az başarısı olduğunu bulgulamıştır. Bu çalışmanın 1 yıllık izlem sonuçlarına göre, BDGT, klinik olgu yönetimi olarak adlandırılan ilaç tedavisinden daha düşük etkiye sahiptir. İlaç tedavisine eklenen BDGT'nin de yalnızca ilaç tedavisinden farklılaşmadığı görülmektedir.

Tartışma

Bu gözden geçirme çalışmasında, 2000 ile 2015 (Ocak) yılları arasında yayınlanan ampirik araştırma makaleleri incelenmiştir. Birincil amacı BDGT'nin MDB'deki kalıcı etkililiğini gözden geçirmek olan bu çalışmada, amaca uygun olarak örnekleminde MDB tanısı dışında hastalar bulunan çalışmalar ve izlem değerlendirmesi olmayan çalışmalar elenmiştir. Sonuç olarak 21 çalışma incelenmiştir.

Çalışmaların yıllara göre dağılımlarına bakıldığında; ilk beş yıllık dönemde, izlem değerlendirmesi olan 10, ikinci beş yıllık dönemde 5 ve son dört yıllık dönemde ise 8 çalışmanın bulunduğu görülmektedir. Görüldüğü gibi yayınlanan çalışma sayıları dalgalanma göstermektedir. Bu küçük kesite bakılarak, 2005 öncesi dönemde BDGT'nin depresyon için uzun vadeli etkisinin daha fazla sınındığı söylenebilir. Ayrıca tarama sırasında ülkemizden MDB tanılı hastalar ile çalışan hiçbir makaleye rastlanmamış olması, Türkiye'de depresyon için grup terapisi etkililik çalışmalarına olan gerekliliğe işaret etmektedir. Yapılan taramada Hamamcı (2006)'nın ılımlı depresyonu azaltmada psikodrama ve bilişsel davranışçı terapiyi entegre ettiği çalışmasına rastlanmış ancak katılımcılar majör depresif bozukluk tanısına sahip olmadığı için bu araştırma, bu çalışmanın kapsamı dışında kalmıştır.

BDT'nin en önemli amaçlarından birinin 'kişilerin kendi başlarına problemlerini çözebilmeleri ve bir daha terapiye ihtiyaç duymamaları'(Beck 2001) olduğu göz önünde bulundurulduğunda, uygulanan tedavi yöntemlerinin yararının uzun vadede korunması beklenmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, etkililik çalışmalarında olması gereken belki de en önemli nokta izlem değerlendirmeleridir. Son 14 yılda depresyon sağaltımı

için kullanılan BDGT çalışmalarının yalnızca 21 tanesinde izlem değerlendirmesinin olması, bu konuda daha fazla çalışılması gerektiğine işaret etmektedir. İzlem değerlendirmelerinin yer aldığı çalışmalarda, hem hasta kayıp (drop-out) riskinin hem de maliyetin fazla olduğu düşünüldüğünde, izlem değerlendirmesi olan çalışmanın yapılmasının oldukça zor olduğu akla yatkın olabilir; ancak yapılan tedavilerin asıl geri dönüşlerinin uzun vadeli değerlendirmede ortaya çıkacağı unutulmamalıdır.

Gözden geçirilen çalışmaların geneline bakıldığında BDGT'nin depresyon için, 1 ya da 2 yıl gibi uzun vadede etkili olduğu görülmektedir. Özellikle kombine tedavinin (BDGT ve ilaç tedavisi), ilaç tedavisinden daha etkili olduğu söylenebilir. BDGT alan katılımcıların nüks ihtimallerinin daha düşük olduğu görülmektedir. İzlem süresine bakıldığında, 4 yıllık değerlendirmeyle literatürde önemli bir yere sahip olduğu düşünülen Paykel ve arkadaşlarının (2005) çalışması, grup terapisinin olumlu etkisinin, üçüncü yılın sonunda azaldığını ve ilaç tedavisiyle eşit düzeye geldiğini belirtmişlerdir. Cramer ve çalışma arkadaşları (2011) da benzer şekilde, BDGT'nin etkisinin zamanla azaldığına dikkat çekmişlerdir. O halde, depresif hastaların, terapi sonunda iyileşmiş olsalar dahi, 2-3 yıl sonra yeni bir desteğe ihtiyaç duyduklarından bahsedilebilir. Terapinin hemen akabindeki destek seanslarına ek olarak yıllık yapılacak olan destek görüşmeleri, hatta birkaç oturumdan (haftadan) oluşacak destek seansları BDGT'nin etkililiğini arttırabilir.

İzlem değerlendirmelerinde BDGT'nin, karşılaştırma gruplarına göre daha etkili çıktığı çalışmalardaki (Conradi ve ark. 2008, Chetty ve Hoque 2013) grupların özellikleri incelendiğinde seans sayısının 12'den fazla olduğu, seans uzunluğunun ise 90-120 dk. olduğu görülmektedir. Ayrıca genel olarak bakıldığında gruplardaki üye sayısının 6-8, terapist sayısının 2 olmasının ideal olduğu düşünülmektedir. Nitekim, özellikle BDT gibi aktif ve yoğun çalışmayı gerektiren gruplarda, iki terapist/lider kullanılmasının yararlarından bahseden yazarlar mevcuttur (Yalom 1995, Bieling, McCabe ve Antony 2006). Şu durumda, depresyon da bozukluğun doğası gereği terapeide yoğun çalışma gerektirdiğinden, grup terapisi sırasında 6 hasta ile 120 dk. çalışan 2 terapistin olması, BDT'nin etkililiğini arttırabilir.

İncelenen çalışmaların pek çoğunda ilaç tedavisine eklenen BDGT'nin etkililiği araştırılmıştır. Tedavi öncesi ve sonrasını karşılaştıran sonuçlar, grup terapisinin etkililiğine ilişkin farklı sonuçlar vermektedir. Kombine tedavinin ilaç tedavisinden üstün olduğunu söyleyen çalışma (Keller ve ark. 2000, Van Aalderen ve ark. 2011) sayıları ve eşit olduğunu söyleyen çalışma (Perlis ve ark. 2002, Bondolfi ve ark. 2010) sayıları aynıdır. Ancak izlem değerlendirmelerine göre, BDGT ile birlikte ilaç tedavisinin, yalnızca ilaç tedavisinden daha başarılı olduğunu raporlayan çalışmaların (Ma ve Teasdale 2004, Kuyken ve ark. 2008) sayısı fazladır. Şu durumda, BDGT, depresyon için ilk etapta ilaçla aynı etkiye sahip gibi gözükse de uzun vadede bu etkinin, ilacın etkisinin önüne geçtiği söylenebilir. Elbette akut depresif dönemde ilaç kullanımının yeri tartışmasız çok önemlidir; ancak ilaca eklenen BDGT'nin büyük kazançlar sağlayacağı ve nüks ihtimalini düşüreceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu yüzden depresyon sağaltımında BDGT'nin kullanımının artırılması önerilmektedir. Bireysel terapiye göre daha az maliyetli olduğu bilinen grup terapisinin (Tucker ve Oei 2007) kullanımını artırılarak rutin uygulamaya konmasının önemli yararlar sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu gözden geçirme çalışmasında, birtakım sınırlılıkların bulunduğu söylenebilir. Bunlardan bazıları, incelenen çalışmalardaki eksik bilgilerden kaynaklanmaktadır.

Örneğin, gözden geçirme çalışmalarında önemli bir yer tutan etki büyüklüklerinden bahsedilememiştir. Çünkü, 21 makalenin yalnızca dördünde (Keller ve ark. 2000, Shandahl ve ark. 2011, Matsunaga ve ark. 2010, Thimm ve Antonsen 2014) hem tedavi sonrası hem de izleme yönelik etki büyüklükleri paylaşılmıştır. Diğer 17 çalışmada ise etki büyüklüklerinden ya hiç bahsedilmemiş ya da yalnızca birine yönelik olan etki büyüklüğü verilmiştir. Bu yüzden bu çalışmada etki büyüklüklerine göre değerlendirmeler yapılmamıştır. Ancak, gelecek çalışmaların etki büyüklüğünü raporlamaları yönünde özen göstermeleri ve konuyla ilgili meta analiz çalışmalarının arttırılması tavsiye edilmektedir. Bunun yanında bazı çalışmalarda grup terapisinde kullanılan tekniklerden bahsedilememiştir. Yine incelenen çalışmalardaki kısıtlı bilgilerden dolayı bu noktaya odaklanılmamıştır. Hem sonraki etkililik çalışmalarının hem de gözden geçirme çalışmalarının tedavi içeriğiyle ilgili daha fazla bilgi (örn. tedavi süresi, üye ve terapist sayıları, kullanılan özel teknikler) sunmasının literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Gelecek çalışmalar tüm bu sınırlılıkları göz önünde bulundurarak planlarsa, literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuç

Bu gözden geçirme çalışması, BDGT'nin MDB'si olan hastalar için etkili olduğunu ve bu etkinin uzun yıllar korunduğunu söylemektedir. Bulgular, önceki gözden geçirme çalışmalarının (Oei ve Dingle 2008, Feng ve ark. 2012, Okumura ve Ichikura 2014) sonuçlarıyla örtüşmektedir. Özellikle bu çalışmayı diğerlerinden ayıran en önemli noktanın, izlem değerlendirmeleri üzerinde durması ve BDGT'nin uzun vadedeki etkililiğini incelemesi olduğu söylenebilir. Sonuçlar, terapi sonrasında zaten etkili olduğu bilinen BDGT'nin, aylar sonra da etkililiğini sürdürdüğü ve nüksü önlemede başarılı olduğu yönündedir.

Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2001) Mental bozuklukların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı (Gözden Geçirilmiş 4. Baskı) (DSM-IV-TR). E. Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Areán PA, Gum A, McCulloch CE, Bostrom A, Gallagher-Thompson D, Thompson L (2005) Treatment of depression in low-income older adults. *Psychol and Aging*, 20: 601.
- Aşkın R (1999) Depresyon El Kitabı (2. Baskı). İstanbul: Roche.
- Beck AT (1964) Thinking and depression II: theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 10:561-571.
- Beck AT (2005) The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62:953-957.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BE, Emery G (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford Press.
- Beck JS (2001) Bilişsel Terapi: Temel İlkeler Ve Ötesi. N. H. Şahin (Çev.). Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM (2006) *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. New York, Guilford Press.
- Bockting CL, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Huyser J et al. (2005) Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 73:647.
- Bondolfi G, Jermann F, der Linden MV, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW et al. (2010) Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Disord*, 122:224-231.
- Brakemeier EL, Merkl A, Wilbertz G, Quante A, Regen F, Bührsch N et al. (2013) Cognitive-behavioral therapy as continuation treatment to sustain response after electroconvulsive therapy in depression: a randomized controlled trial. *Biol Psychiatry*, 76:194-202.
- Chetty D, Hoque ME (2013) Effectiveness of a nurse facilitated cognitive group intervention among mild to moderately-depressed-women in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Psychiatry*, 16:29-34.
- Conradi HJ, de Jonge P, Ormel J (2008) Cognitive-behavioural therapy v. usual care in recurrent depression. *Br J Psychiatry*, 193:505-506.

- Cramer H, Salisburly C, Conrad J, Eldred J, Araya R (2011) Group cognitive behavioural therapy for women with depression: pilot and feasibility study for a randomised controlled trial using mixed methods. *BMC Psychiatry*, 11:82.
- Cuijpers P, Van Straten A, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G (2010) The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med*, 40:211-223.
- DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD (1999) Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry*, 166:1007-1013.
- Dingle GA, Oei TPS, Young RM (2010) Mechanisms of change in negative thinking and urinary monoamines in depressed patients during acute treatment with group cognitive behavior therapy and antidepressant medication. *Psychiatry Res*, 175:82-88.
- Dobson KS (1989) A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol*, 57:414-419.
- Feng CY, Chu H, Chen CH, Chang YS, Chen TH, Chou YH et al. (2012) The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: a meta-analysis 2000–2010. *Online J Knowl Synth Nurs*, 9:2-17..
- Friedman E (2011) Classification, causes, and epidemiology In *Handbook of Depression* (Eds E Friedman, IM Anderson):17-24. USA, Springer Healthcare.
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM (1998) A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord*, 49:59-72.
- Hamamci Z (2006) Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. *Arts Psychother*, 33:199-207.
- Hollon SD, Shaw BF (1979) Group cognitive therapy for depressed patients. In *Cognitive Therapy of Depression* (Eds AT Beck, AJ Rush, BE Shaw, G. Emery). New York, Guilford Press.
- Hwei-Chen TH, Lu RB, Chang AJ, Chu DM, Chou KR (2006) The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Arch Psychiatr Nurs*, 20:3-11.
- Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnov B, Dunner DL, Gelenberg AJ et al. (2000) A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med*, 342:1462-1470.
- Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K et al. (2008) Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*, 76:966.
- Ma SH, Teasdale JD (2004) Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*, 72:31.
- Matsunaga M, Okamoto Y, Suzuki SI, Kinoshita A, Yoshimura S, Yoshino A et al. (2010) Psychosocial functioning in patients with treatment-resistant depression after group cognitive behavioral therapy. *BMC Psychiatry*, 10:22.
- Oei TP, Dingle G (2008) The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *J Affect Disord*, 107:5-21.
- Okumura Y, Ichikura K (2014) Efficacy and acceptability of group cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 164:155-164.
- Paykel ES, Scott J, Cornwall PL, Abbott R, Crane C, Pope M et al. (2005) Duration of relapse prevention after cognitive therapy in residual depression: follow-up of controlled trial. *Psychol Med*, 35:59-68.
- Perlis RH, Nierenberg AA, Alpert JE, Pava J, Matthews JD, Buchin J et al. (2002) Effects of adding cognitive therapy to fluoxetine dose increase on risk of relapse and residual depressive symptoms in continuation treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 22:474-480.
- Renner W, Berry JW (2011) The ineffectiveness of group interventions for female Turkish migrants with recurrent depression. *Soc Behav Pers: Int J*, 39:1217-1234.
- Rokke PD, Tomhave JA, Jovic Z (2000) Self-management therapy and educational group therapy for depressed elders. *Cogn Ther Res*, 24:99-119.
- Sadock BJ, Sadock VA (2005) *Klinik Psikiyatri* (2. Baskı). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Sandahl C, Lundberg U, Lindgren A, Rylander G, Herlofson J, Nygren Å et al. (2011) Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: A one-year follow-up study. *Int J Group Psychother*, 61:538-555.
- Shaw BF (1977) Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *J Consult Clin Psychol*, 45:543-551.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*, 68:615.
- Thase ME (1995) Bilişsel davranışçı terapi. In *Depresyon Terapisi* (Ed ID Glick, ID Yalom). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Thimm JC, Antonsen L (2014) Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC Psychiatry*, 14:292.

- Tucker M, Oei TP (2007) Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behav Cogn Psychother*, 35:77-91.
- Van Aalderen JR, Donders ART, Giommi F, Spinhoven P, Barendregt HP, Speckens AEM (2012) The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 42:989-1001.
- Verduyn C, Barrowclough C, Roberts J, Tarrier N, Harrington R (2003) Maternal depression and child behaviour problems randomised placebo-controlled trial of a cognitive-behavioural group intervention. *Br J Psychiatry*, 183:342-348.
- Yalom I (1995) *Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği* (Çev. A Tangör, Ö Karaçam). İstanbul: Kabalıcı Yayınevi.

Ceren Kökdağ, Araş.Gör., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir; **Serap Tekinsav Sütçü**, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütçü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.

E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 3 Mart/March 3, 2015 - **Kabul tarihi/Accepted** 19 Eylül/September 19,2015

Tablo 1. Çalışmaların yöntem ve sonuçlarına ilişkin özet bilgiler

Çalışma	Örneklem	Tedavi Grupları	Ölçümler	Tedavi Sonrası Sonuç	İzlem Sonucu
Arean ve ark. (2005)	67 yaşlı hasta SCID-I	1. BDGT (n=18) 2. KVV (n=26) 3. BDGT+KVV (n=23)	Ön test, son test ve 6 ve 12 aylık izlem HAM-D	3 grupta da belirtilerde azalma	6 ay: BDGT+KVV > BDGT > KVV 12 ay: BDGT+KVV = KVV > BDGT
Bockting ve ark. (2005)	187 hasta SCID-I	1. BDGT+ST (n=97) 2. ST (n=90)	Ön test, 3, 12 ve 24 aylık izlem SCID-I, HAM-D	?	BDGT+ST > ST 24 ay: BDGT nüks önlemede daha başarılı
Bondolfi ve ark. (2010)	60 hasta DSM-IV	1. FBDGT+ST (n=31) 2. ST (n=29)	Ön test, son test, 6 ve 12 aylık izlem BDE-II, MADRS	FBGT+ST= ST	6 ay: FBGT grubunda tekniklerin kullanımında düşüş 12 ay: FBDGT+ST=ST (nüks önlemede)
Brakemeier ve ark. (2014)	60 hasta DSM-IV	1. BDGT+ST (n=17) 2. EKT+ST (n=25) 3. ST (n=18)	Ön test, son test, 6 ve 12 aylık izlem BDE, HAM-D	3 grupta da belirtilerde azalma, %50 düşme	BDGT+ST > EKT+ST BDGT+ST > ST 3 grubun da nüks önleme başarısı eşit
Chetty ve Hoque (2013)	30 kadın hasta DSM-IV	1. BDGT (n=15) 2. ST (n=15)	Ön test, son test, 6 ve 12 haftalık izlem BDE	BDGT=ST	1.5 ay: BDGT=ST 3 ay: BDGT > ST Terapi grubunda BDE puanları sürekli düşmüş, kontrol grubunda değişmemiş
Conradi ve ark. (2008)	104 hasta DSM-IV	1. BDGT (n=41) 2. ST (n=63) 3. PE (n=104 tüm örneklem)	Ön test, son test, 24 ay izlem BDE, CIDI	?	BDGT > ST=PE
Cramer ve ark. (2011)	73 kadın hasta ?	1. BDGT (n=52) 2. ST (n=21)	Ön test, son test, 3 ve 6 aylık izlem PHQ	BDGT > ST	BDGT > ST Ancak küçük ve azalan fark
Hwei-Chen ve ark. (2006)	51 hasta DSM-IV	1. BDGT (n=26) 2. KG (n=25)	Ön test, son test ve 1 aylık izlem BDE	BDGT grubunda belirtilerde azalma	BDGT > KG

Keller ve ark. (2000)	681 hasta SCID (2. versiyon)	1. BDGT (n=228) 2. ST (n=226) 3. ST+BDGT (n=227)	Ön test, son test, ? izlem HAM-D	3 grupta da belirtiler- de azalma	Her grupta ön test ile izlem arasında fark var. ST+BDGT > ST=BDGT
Kuyken ve ark. (2008)	123 hasta DSM-IV	1. FBDGT+ST (n=61) 2. ST (n=62)	Ön test, son test, 3 ve 15 aylık izlem BDE-II, HAM-D	FBDGT+ST=ST	FBDGT=ST (nüks önlemede)
Matsunaga ve ark. (2010)	38 hasta SCID-I	1. BDGT (n=38) (Karşılaştırma grubu yok)	Ön test, son test, 12 aylık izlem İGD	Ön test ve son test arası fark var	Giderek artan işlevsellik puanı
Ma ve Teasdale (2004)	65 hasta DSM-IV	1. FBDGT+ST (n=37) 2. ST (n=28)	Ön test, son test, 12 aylık izlem BDE, HAM-D	?	FBDGT > ST (nüks önlemede)
Paykel ve ark. (2005)	135 hasta DSM-III-R	1. BDGT+ST (n=70) 2. ST(n=65)	Ön test, son test, 12, 24, 36 ve 48 aylık izlem HAM-D	?	12 ay: Fark yok 24 ay: BDGT+ST > ST 36 ay: Fark yok Tedaviden 200 hafta sonra: BDGT+ST= ST
Perlis ve ark. (2002)	132 hasta DSM-III-R	1. BDGT+ST (n=66) 2. ST (n=66)	Ön test, son test, 7 aylık izlem HAM-D	?	BDGT+ST=ST (nüks önlemede)
Renner ve Berry (2011)	66 kadın hasta DSM-IV	1. BDGT (n=23) 2. KYG (n=21) 3. KG (n=22)	Ön test, son test ve 1 ve 6 aylık izlem CES-D	BDGT grubunda belirtilerde azalma	1 ve 6 ay: BDGT > KYG=KG
Rokke ve ark. (2000)	34 yaşlı hasta DSM-III-R	1. KYGT (n=16) 2. PE (n=12) 3. KG (n=6)	Ön test, son test, 12 aylık izlem SCID-I, BDE, HAM-D	KYGT=PE > KG	KYGT=PE
Sandahl ve ark. (2011)	115 hasta DSM-IV	1. BDGT (n=40) 2. PDGT (n=37) 3. ST (n=38)	Ön test, son test, 6 ve 12 aylık izlem CPRS-S-A	3 grupta da belirtiler- de azalma	6 ve 12 ay: BDGT=PDGT=ST

Teasdale ve ark. (2000)	145 hasta DSM-III-R	1. FBDGT+ST (n=76) 2. ST (n=69)	Ön test, ve 12 aylık izlem BDE, HAM-D, SCID-I	?	FBDGT > ST (nüks önlemede)
Thimm ve Antonsen (2014)	88 hasta SPIFA	1. BDGT (n=88) (Karşılaştırma grubu yok)	Ön test, son test, 3 aylık izlem BDE-II	Ön test ve son test arası fark var	Ön test ile izlem arasında fark var Son test ile izlem arasında fark yok
Van Aalderen ve ark. (2011)	205 hasta DSM-IV	1. FBDGT+ST (n=102) 2. ST (n=103)	Ön test, son test, 3, 6, 9 ve 12 aylık izlem HAM-D, BDE	FBDGT+ST > ST	FBDGT+ST > ST
Verduyn ve ark. (2003)	119 kadın hasta DSM-IV	1. BDGT (n=47) 2. DG (n=44) 3. KG (n=28)	Ön test, son test, 6 ve 12 aylık izlem BDE, HAM-D	BDGT=DG > KG	İki grubun izlemde etkileri sürmüştür

Genel Kısaltmalar: ?: Belirtilmemiş. ; **Tedaviler:** BDGT: Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi; BDK: Bilişsel Davranışçı Kurs; DG: Desteleyici Grup; FBDGT: Farkındalık Temelli Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi; KG: Kontrol Grubu; KKY: Klinik Olgu Yönetimi; KYG: Kendine Yardım Grubu; KYGT: Kendini Yönetme Grup Terapisi; PDGT: Psikodinamik Temelli Grup Terapisi; PE: Psikoeğitim; ST: Standart Tedavi.

Ölçekler: BDE: Beck Depresyon Envanteri; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CIDİ: Uluslararası Birleşik Tanı Görüşmesi; CPRS-S-A: Comprehensive Psychopathological Rating Scale-Self-Affective; HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği; MADRS: The Montgomery–Asberg Depression Rating Scale; PHQ: Patient Health Questionnaire; QIDS-SR: Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report; SCID: Yapılandırılmış Klinik Görüşme Anketi; SPIFA: A Presentation of the Structured Psychiatric Interview for General Practice.

Tablo 2. Çalışmalardaki bilişsel davranışçı grup terapi özellikleri

Çalışma	Terapi El Kitabı	Seans Sayısı	Seans Süresi	Seans Sıklığı	Üye Sayısı	Terapist Sayısı
Arcan ve ark. (2005)	Var	18 seans	120 dk.	Haftada 1	?	2
Bockting ve ark. (2005)	Var	8 seans	120 dk.	Haftada 1	8	1
Bondolfi ve ark. (2010)	Var	8 seans	120 dk.	Haftada 1	7-8	1
Brakemeier ve ark. (2014)	Var	15 seans	90 dk.	Haftada 1	5-6	2
Chetty ve Hoque (2013)	Var	15 seans	120 dk.	Haftada 1	15	?
Conradi ve ark. (2008)	Yok	12 seans	?	?	?	1
Cramer ve ark. (2011)	Var	12 seans	?	Haftada 1	?	?
Hwei-Chen ve ark. (2006)	Yok	12 seans	?	Haftada 1	?	?
Keller ve ark. (2000)	Var	16 seans	?	1-4 hafta arası haftada 2, sonra haftada 1	?	?
Kuyken ve ark. (2008)	Var	8 seans	120 dk.	Haftada 1	9-15	1
Matsunaga ve ark. (2010)	Yok	12 seans	90 dk.	Haftada 1	5-6	2
Ma ve Teasdale (2004)	Var	8 seans	120 dk.	Haftada 1	12	1
Paykel ve ark. (2005)	Yok	20 seans	?	?	?	?
Perlis ve ark. (2002)	Var	19 seans	?	İlk 12 seans haftada 1, sonraki 7 seans 2 haftada 1	?	?
Renner ve Berry (2011)	Yok	15 seans	90 dk.	Haftada 1	10	?
Rokke ve ark. (2000)	Yok	10 seans	90 dk.	Haftada 1	3-5	?
Sandahl ve ark. (2011)	Yok	?	90-120 dk.	Haftada 1	8	1
Teasdale ve ark. (2000)	Var	8 seans	120 dk.	Haftada 1	12	1
Thimm ve Antonsen (2014)	Var	15 seans	120 dk.	Haftada 1	5-7	2
Van Aalderen ve ark. (2011)	Var	8 seans	150 dk.	Haftada 1	8-14	?
Verduyn ve ark. (2003)	Yok	16 seans	90 dk.	Haftada 1	6-8	2

Genel Kısaltmalar: ?: Belirtilmemiş.

Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi: Sistemik Bir Gözden Geçirme

Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review

Seda Sapmaz Yurtsever, Serap Tekinsav Sütcü

Öz

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiğini değerlendiren çalışmaların sistematik olarak gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla belirlenen ulusal ve uluslararası veri tabanlarında 2000-2015 (Şubat) yılları arasında İngilizce ve Türkçe olarak yayınlanmış makaleler belirlenen anahtar kelimelerle taranmıştır. Ölçütleri karşılayan 30 çalışma bu gözden geçirmeye dahil edilmiştir. Sonuç olarak bilişsel davranışçı grup terapisinin obsesif kompulsif bozukluk belirtilerini azaltmada etkili bir tedavi olduğu ve tedavi kazanımlarının uzun süre korunduğu görülmüştür. Ayrıca bilişsel davranışçı grup terapisinin obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde ilaç tedavileri ve bireysel bilişsel davranışçı terapi kadar etkili bir müdahale biçimi olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, bilişsel davranışçı terapi, grup terapisi.

Abstract

The aim of the study was to review empirical studies that evaluate effectiveness of cognitive behavioral group therapy for obsessive compulsive disorder. For this purpose, the articles in English and Turkish published between the years of 2000 and 2015 (February) in national and international databases were searched for. Thirty articles that met the search criteria were included this study. Consequently, the finding showed that cognitive behavioral group therapy was effective in reducing obsessive compulsive disorder symptoms and gains of cognitive behavioral group therapy have been maintained for a long time. Besides, cognitive behavioral group therapy was as effective as individual cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for treatment of obsessive compulsive disorder.

Key words: Obsessive compulsive disorder, cognitive behavioral therapy, group therapy.

YAKIN zamana kadar anksiyete bozuklukları içerisinde tanımlanmış ancak nihayet ayrı bir bozukluk kategorisi olarak kabul edilmiş olan obsesif kompulsif bozukluk (OKB), sürekli tekrarlayan dürtü, düşünce ya da imajların zorlayıcı ve rahatsız edici bir biçimde deneyimlenmesi ve sıklıkla bu deneyime tepki olarak verilen tekrarlayıcı davranışsal ya

da zihinsel eylemlerle betimlenir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013). Tedavi edilmediğinde ise zaman zaman artan ve azalan belirtilerle birlikte genelde kronik bir seyre sahiptir. OKB tedavisi için en sık başvurulan tedavi yaklaşımları bilişsel davranışçı terapi (BDT), farmakolojik tedaviler (seçici serotonin geri alım inhibitörleri-SSRI) ya da her ikisinin kombinasyonudur (Krone ve ark. 1991, Fals-Stewart ve Lucente 1994). Her iki tedavi biçiminin de tedavi sonrasında ve çeşitli aralıklarla takibinde alınan değerlendirmelere dayanarak en azından hastaların üçte ikisinde OKB belirtilerini hafifletmede etkili oldukları bilinmektedir (Rasmussen ve ark. 1993, Mancebo ve ark. 2006).

OKB'nin en iyi ifade edilen bilişsel açıklaması Beck'in (1976) duygudurum bozukluklarının bilişsel kuramından büyük ölçüde esinlenmiş olan Salkovskis (1985, 1989) tarafından önerilmiştir. Salkovskis (1985, 1989) istenmeyen bilişlerin genel popülasyonun yaklaşık %90'ı için normal yaşantılar olduğunu, ancak OKB'li kişilerin bu yaşantıları farklı yorumladığını bildirmiştir. Normal kişiler bu zorlantılara sadece şaşırıp onları görmezden gelirken, OKB'li kişiler onlara özel bir anlam atfetmektedir. Salkovskis'e göre, alta yatan bir dizi inanç, OKB'li kişilerin olumsuz zorlantılı yaşantılara tepkisini belirlemektedir. Bu alta yatan inançlar bir kişinin kendisine ya da başka insanlara zarar vermekten sorumlu olduğu ve bunu önlemek için harekete geçmesinin gerektiğine ilişkin abartılı bir his ile tanımlanmaktadır. İstenmeyen düşünce, bireyin bazı nötrleştirme çabaları (örn., kompulsiyon, bastırma ya da kaçırma) yoluyla azaltılmaya çalışılmaktadır. OKB'nin kendini ortaya koyuş doğası obsesyonlar ve kompulsiyonlar olmak üzere iki bileşenlidir. Bu iki bileşen kabaca ve yüzeysel olarak bilişsel ve davranışsal öğeler olarak değerlendirilebilir. Bu anlamda BDT'nin bu bileşenleri içererek etkili bir müdahale gerçekleştirmesi beklenir. Nitekim bunu kanıtlayan pek çok çalışma vardır (Fals-Stewart ve Lucente 1994, Braga ve ark. 2005, Whittal ve ark. 2005, Anderson ve Rees, 2007).

OKB'nin tedavisinde BDT'nin etkili bir müdahale olduğu bilinmesine karşın uygulamalarda pratik problemlerle karşılaşmaktadır. OKB toplumun %2.5'inde görülen yaygın bir bozukluktur (Karno ve ark. 1998) ve BDT ile tedavisi için bu formasyonla eğitilmiş terapist ve zaman problemi yaşanmaktadır. Bu nedenle, BDT'nin grup formunun OKB'de etkililiği bir başka ilgi odağı olmuştur (Jaurrieta ve ark. 2008a, Jaurrieta ve ark. 2008b, Şafak ve ark. 2014). Hastaları grup halinde tedavi etmek uzun bekleme listeleri ihtiyacını ortadan kaldırmaktadır ve terapistin zamanını daha etkin kullanmasına olanak sağlamaktadır (Raffin ve ark. 2009). Anderson ve Rees (2007) bu kazanımı kendi çalışmaları üzerinden örnekendirerek somutlaştırmışlardır. Araştırmacılar, 25 hastanın bilişsel davranışçı grup terapisi (BDGT) ile tedavisi için terapistin toplamda 88 saatini harcadığını ancak bireysel tedavide aynı sayıdaki hastanın tedavisi için 275 saate ihtiyaç duyulacağını bildirmişlerdir. Bireysel terapi grup tedavisinin gerektirdiğinin 3 katı zamanı gerektirmektedir ve BDGT her bir hasta için terapistin ayırdığı zamanda %75'ten fazla azalma sağlamaktadır (Himle ve ark. 2003, Anderson ve Rees 2007). BDGT aynı zamanda maliyet tasarruflu bir uygulamadır ve her bir hasta için tahminen 600 dolarlık tasarruf sağladığı düşünülmektedir (Himle ve ark. 2003).

Daha önce OKB'de BDGT'nin etkililiğini inceleyen ve İngilizce yayınlanmış olan iki gözden geçirme çalışması mevcuttur. Bunlardan birinde Himle ve arkadaşları (2003) OKB'nin tedavisinde ergenler (4) ve yetişkinler (12) için uygulanan BDGT ya da maruz bırakma/tepki önlemeyi (MTÖ) içeren 16 grup tedavisini derlemiştir. Jónsson ve Hougaard (2009) daha güncel olarak OKB'nin tedavisinde 13 BDGT çalışmasını göz-

den geçirerek bir meta analiz çalışması gerçekleştirmişlerdir. Ancak literatür tarandığında bu iki yayın sonrasındaki OKB'de BDGT'ye ilişkin yayınlanan makalelerin çokluğu ve önceki çalışmaların izlemine ilişkin yayınlanan bilgilerin tedavi sonrasındaki kazanımlardan farklılaşmış olması gibi nedenler ile yeni bir gözden geçirme çalışmasına ihtiyacın olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmanın amacı daha çok sayıda hastaya ulaşma ve sınırlı sayıdaki terapistle uygulama imkânı sağlayan bilişsel davranışçı grup terapisinin OKB tedavisinde etkililiğine ilişkin genel bir bakış sağlamaktır. Bu amaçla bu çalışmada OKB'de BDGT'nin etkililiğine ilişkin son 15 yılda yapılan ampirik çalışmalar sistematik olarak gözden geçirilmiştir.

Yöntem

Çalışmanın amacı doğrultusunda incelenen yayınların tüm dahil etme ve dışlama kriterleri önceden belirlenmiştir. Bu doğrultuda PubMed, PsycINFO, PsycARTICLES, PsycNET, MEDLINE, ScienceDirect ve ULAKBİM Tıp ve Sosyal Bilimler veri tabanlarında 2000-2015 (Şubat) yılları arasında yayınlanan konuyla ilgili İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Tarama aşağıdaki anahtar kelimeler kullanılarak yapılmıştır 1- obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel grup terapisi; obsessive compulsive disorder and group cognitive therapy, 2- obsesif kompulsif bozukluk ve davranışçı grup terapisi; obsessive compulsive disorder and group behavioral therapy, 3- obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel davranışçı grup terapisi; obsessive compulsive disorder and cognitive behavioral group therapy, 4- obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel grup tedavisi; obsessive compulsive disorder and group cognitive treatment 5- obsesif kompulsif bozukluk ve davranışçı grup tedavisi; obsessive compulsive disorder and group behavioral treatment, 6- obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel davranışçı grup tedavisi; obsessive compulsive disorder and cognitive behavioral group treatment.

Tarama sonucunda ulaşılan makaleler çalışmanın amacı doğrultusunda bazı dışlama ve dahil etme kriterlerine göre değerlendirilmiştir:

Dahil etme kriterleri

1. Birincil tanının OKB olması (Standart tanı sınıflaması sistemine göre; DSM-IV/TR)
2. Katılımcıların yetişkin olması
3. En az 1 bilişsel davranışçı grup terapisi müdahalesinin olması (maruz bırakma tepki önleme, davranışçı terapi, bilişsel terapi gibi BDT'nin bileşenlerinin tek başına yer aldığı grup müdahaleleri dahil)
4. BDGT etkililiğine ilişkin bilgi vermesi

Dışlama Kriterleri

1. Birincil tanısının OKB olmaması (farklı bozukluklara eşlik eden OKB belirtilerinin tedavisinin içermesi)
2. Çalışmaların çocuk ve ergen örneklemleri üzerinde gerçekleştirilmesi
3. BDT'nin ya da bileşenlerinin uygulandığı en az bir grup uygulamasının olmaması (örneğin bireysel ve grup müdahalelerini birleştiren çalışmalar)
4. Tedavinin spesifik bir obsesyon ya da kompulsiyona yönelik olması (örn. sadece dini içerikli obsesyonların olması gibi)
5. Katılımcıların beden dismorfik bozukluk, biriktirme bozukluğu olan kişilerden oluşması (DSM-5 öncesinde bu bozukluklar OKB spektrumunda değer-

lendirilirken artık ayrı tanı grupları olması nedeniyle OKB başlığında değerlendirilmesi uygun bulunmamıştır)

6. Uygulanan müdahalelerin bilişsel-baş etme, metakognitif terapi ve farkındalık temelli BDT müdahalelerinden oluşması
7. Çalışmanın BDGT'nin etkililiğinde ilişkin ampirik bilgi vermemesi

Tarama sonucunda ulaşılan 8 makale farklı nedenlerle bu gözden geçirmeye dahil edilmemiştir. Örneğin bir çalışma BDGT içeren diğer bir çalışmanın (McLean ve ark. 2001) bulguları üzerinden OKB'nin teması üzerine bir sonuç elde etmeyi amaçlamıştır (Norton ve Whittal 2004). Bir çalışma BDGT ve ilaç tedavisinin OKB'deki etkililiğini karşılaştıran (Sousa ve ark. 2006) bir çalışmaya eleştiri niteliğinde olup, burada ampirik araştırma sonuçları verilmemiştir (Schruers 2007). Açık grup ile gerçekleştirilen 1 çalışmada ise hastaların tercihen bireysel müdahale de alabildikleri bildirilmiş ancak bunların sayısı ve süresi bildirilmemiştir. Müdahalede ani kazanımları değerlendiren bu çalışmanın bulguları doğrudan BDGT ile açıklanamayacağı gerekçesiyle dışlanmıştır (Heinzel ve ark. 2014). Bir çalışma daha önce yayınlanan çalışmalarının uzun dönemli sonuçlarını bildirmeyi amaçlamıştır ancak tedavi sonrasında bireyleri diğer tedavi protokollerinden de yararlanmıştı bu nedenle uzun dönemli sonuçların doğrudan BDGT ile açıklanamayacağı gerekçesiyle çalışma dışlanmıştır (Jakubovski ve ark. 2013). Bir çalışmada OKB hastalarının belirtilerine aile üyelerinin ne kadar uyum sağladığı ve eşlik ettiği araştırılmış ancak tedavinin etkililiğine ilişkin bilgi verilmemiştir (Gomes ve ark. 2014). Yine bir başka çalışma travma öyküsü olan ve travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan OKB'lilerin BDGT sonrası tedaviye yanıtlarını karşılaştırmış ancak öntest-sontest değerlendirmelerine ilişkin bilgi vermemiştir (Shavitt ve ark. 2010). Benzer bir şekilde diğer bir çalışma ise tedaviye yanıtı yordayan değişkenleri bulmak için tedaviden cevap alınan ve alınmayan grupları karşılaştırmış ancak bu grupları belirlemenin öncesinde öntest-sontest değerlendirmelerinin anlamlılığına ilişkin bilgi vermemiştir (Raffin ve ark. 2009) Sadece yöntem bildiren bir başka çalışma ise tedavi sonuçlarını rapor etmemesi nedeniyle bu çalışmanın kapsamı dışında bırakılmıştır (Hoexter ve ark. 2009).

Tüm bu aşamalar sonunda ölçütleri karşılayan toplam 30 çalışma bu gözden geçirmeye dahil edilmiştir. Bununla birlikte birkaç makalenin aynı çalışmanın farklı bulgularını ya da aynı çalışmanın izlem ölçümlerini yayınladıkları gözlenmiştir, ancak her biri farklı sonuçlar bildirdiği için bu makalede her biri ayrı çalışmalar olarak ele alınmıştır.

Bulgular

Çalışmalara ilişkin bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir (Tablo metin sonunda yer almaktadır.).

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Örneklem

Çalışmalardaki katılımcılar, DSM-IV ve DSM-IV-TR'ye göre OKB tanı ölçütlerini karşılayan 16-75 yaş aralığındaki yetişkinlerdir. Bununla birlikte çalışmaların birçoğunda katılımcılar Yale-Brown Obsesif Kompulsif Derecelendirme Ölçeğinden (Y-BOCS) 16 ve üzerinde puan alma koşuluna göre de değerlendirilmişlerdir. Hastaların ikinci bir değerlendirmesini SCID (I, II, IV) veya MINI aracılığı ile yapan çalışmaların çoğunda olduğu gözlenmiştir (Cordioli ve ark. 2002, Sousa ve ark. 2006, Prasko ve ark. 2009, Haaland ve ark. 2011). OKB birincil tanı olmak üzere çalışmaların birçoğunda

hastalar ek tanıya sahiptir (Fenger ve ark. 2007, Belotto-Silva ve ark. 2012). Ancak çalışmalarda temel olarak intihar riski yüksek olan major depresif bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu, çeşitli kişilik bozuklukları (özellikle A küme kişilik bozuklukları), mental retardasyon, psikotik bozukluklar gibi ek tanıların olması ve varsa ilaç kullanımının en az 3 ay boyunca stabil dozda olmaması (çoğu çalışmada) katılımcıların dışlanma kriteri olarak değerlendirilmiştir (McLean ve ark. 2001, Cordioli ve ark. 2002, Braga ve ark. 2005, Håland ve ark. 2010, Belloch ve ark. 2011). Çalışmaların örneklem büyüklükleri, en az 24 (Fenger ve ark. 2007, Kearns ve ark. 2010) en çok 158 OKB hastasının (Belotto-Silva 2012) yer aldığı geniş bir aralığa sahiptir.

Tedavi ve Kontrol/Karşılaştırma Grupları

Karşılaştırma ya da kontrol grubu olmayan BDGT etkililik çalışmaları: Çalışmalar incelendiğinde BDGT'nin herhangi bir kontrol ya da karşılaştırma grubu ile karşılaştırılmadığı ve etkililiğin sadece müdahale öncesinde ve sonrasındaki ölçümlere göre değerlendirildiği 8 makalenin olduğu görülmektedir (Cordioli ve ark. 2002; Fenger ve ark. 2007; Prasko ve ark. 2009; Haraguchi ve ark. 2011). Sekiz çalışmanın altısı BDGT'nin hem bilişsel hem de davranışçı tekniklerini içeren (psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma tepki önleme, nüks önleme) tedavi protokolleri uygulamışlardır. İki çalışma bilişsel davranışçı tedavinin sadece psikoeğitim, MTÖ gibi davranışçı tekniklerini kullanarak grup müdahalesi yapmıştır (Himle ve ark. 2006, Håland ve ark. 2010). Bu sekiz çalışmanın dışındaki iki çalışmada ise BDGT'nin etkililiğini bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştıran Cordioli ve arkadaşlarının (2003) çalışmasının farklı aralıklardaki izlem sonuçları bildirilmiştir. Ancak bu çalışmalarda, izlemede sadece BDGT grubundaki değişim analiz edildiği için bu grupta değerlendirilen iki çalışma olmuştur (Braga ve ark. 2005, Braga ve ark. 2010)

BDGT ile bekleme listesi ya da plasebo kontrol grubu karşılaştırmaları: BDGT'nin etkililiğini değerlendirirken bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırma yapan dört çalışmaya rastlanmıştır. Cordioli ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında BDGT sadece bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırılarak etkililiği değerlendirilmiştir. Diğer üç çalışmada farklı müdahalelerin karşılaştırılması ek olarak bekleme listesi kontrol grubu kullanılmıştır (McLean ve ark. 2001, Anderson ve Rees 2007, Jaurrieta ve ark.2008a). Tek bir çalışma ise (Fineberg ve ark. 2005) BDGT, gevşeme eğitiminin olduğu grup müdahalesiyle karşılaştırılmıştır. Buradaki gevşeme eğitimi grup olmanın etkisini kontrol etmek amacıyla kullanılan plasebo uygulaması olarak kabul edilmiştir.

BDGT ile farmakoterapi karşılaştırmaları: Dahil edilme ölçütlerini karşılayan çalışmaların 5 tanesinin OKB'de BDGT'nin etkililiğini farmakolojik tedaviler ile karşılaştırarak değerlendirdiği görülmüştür (Sousa ve ark. 2006, Belotto-Silva ve ark. 2012). Bu 5 çalışmadan biri araştırmacıların daha önce yayınladıkları çalışmalarının 5 yıllık izlem ölçümlerine ilişkin ikinci yayınlarıdır ve OKB'de BDGT ile farmakoterapinin etkililiğini karşılaştıran çalışmalar arasındaki tek izlem ölçümüne sahip çalışmadır (Borges ve ark. 2011). Çalışmalardan ikisi ise aynı uygulama gruplarından alınan farklı ölçümlerin yayınlarıdır (Hoexter ve ark. 2012, Hoexter ve ark. 2013). Dolayısıyla 5 makaleden sadece 3'ü ayrı tedavi gruplarının sonuçlarıdır. BDGT ve farmakoterapilerin karşılaştırıldığı bu çalışmaların tümünde bilişsel davranışçı grup terapisinin tüm bileşenlerini içeren (psikoeğitim, bilişsel teknikler, MTÖ, nüks önleme) aynı tedavi el kitabı kullanılmıştır (Cordioli ve ark. 2002). Sertralinin kullanıldığı tek bir çalışma haricinde (Sou-

sa ve ark. 2006) farmakoterapi uygulamalarının hepsi fluoksetin tedavisidir. Fluoksetin tedavileri ilk haftada 20mg'dan başlayan ve her hafta 20mg'lık doz artışı ile 12. Haftada 80 mg ile sonlanan bir prosedür içermektedir. Sertralin tedavisi ise 50mg'dan 100mg'a kadar yükselerek sonlandırılmıştır (Sousa ve ark. 2006). Sağlıklı kontrollerle karşılaştırma yapan bu çalışmalardan biri dışında (Hoexter ve ark. 2012) diğer çalışmaların hiçbirinin kontrol grubu yoktur.

BDGT ile bireysel BDT karşılaştırmaları: Dahil edilme ölçütlerini karşılayan çalışmaların 8 tanesinde OKB'nin tedavisinde BDT'nin bireysel ve grup biçimlerinin sonuçlarının karşılaştırıldığı görülmektedir (Jaurrieta ve ark. 2008a, Jónsson ve ark. 2011a). Bu çalışmalardan biri araştırmacıların daha önce yayınladıkları çalışmalarının 1 yıllık izlem ölçümlerine ilişkin ikinci yayınlarıdır (Jaurrieta ve ark., 2008b). Çalışmalardan 2 çiftinin aynı uygulama grubu üzerinden elde edilen farklı ölçümlerin yayınları olduğu anlaşılmaktadır (Belloch ve ark. 2011, Cabedo ve ark. 2011, Jónsson ve ark. 2011a, Jónsson ve ark. 2011b) Dolayısıyla 8 çalışmadan farklı örneklemeler üzerinde yapılmış çalışma sayısı sadece 5'tir. Bununla birlikte Haaland ve arkadaşlarının (2011) sadece MTÖ bileşenini kullandığı çalışmaları dışındaki diğer tüm çalışmalarda uygulanan bireysel BDT ve BDGT programları bilişsel davranışçı terapinin pek çok ögesini içermiştir (psikoegitim, bilişsel teknikler, MTÖ, nüks önleme) BDT'nin bireysel ve grup müdahalelerini karşılaştıran çalışmalar arasında sadece 2 çalışmada ek olarak bekleme listesi kontrol grubu kullanılmıştır (Anderson ve Rees, 2007, Jaurrieta ve ark. 2008a).

Farklı grup terapilerinin karşılaştırılması: Gözden geçirilen çalışmaların 2 tanesinin amacının motivasyonel görüşme (MG) ve düşünce haritalama (DH) tekniklerinin BDGT'nin etkisini artırıp artırmadığını incelemek olduğu anlaşılmıştır (Meyer ve ark. 2010a, Meyer ve ark. 2010b) Bu çalışmalarda standart BDGT, MG ve DH içeren 2 bireysel seansın eklendiği BDGT ile karşılaştırılmıştır. Bu gözden geçirmede farklı bilişsel ve/veya davranışçı teknikleri içeren grup terapilerini karşılaştıran sadece 3 çalışma yer almıştır. Bu çalışmalardan ikisinde bilişsel teknikleri içeren grup terapisi ile sadece davranışçı teknikleri (MTÖ) içeren grup terapisi karşılaştırılmıştır (McLean ve ark. 2001, Whittal ve ark. 2008). Bu çalışmaların ikincisi ilkinin iki yıllık izlem çalışması olup aynı örnekleme ait bulguları rapor etmiştir. Bir diğer çalışmada ise davranışçı teknikleri içeren iki farklı uzunluktaki grup terapisinin karşılaştırıldığı görülmüştür. Bu gruplardan biri 12 diğeri 7 seans uzunluğundadır (Himle ve ark., 2001).

Tedavi Gruplarına Atama

Birden fazla müdahale grubunun ya da kontrol grubunun olduğu çalışmaların her birinde ya sıralı yerleştirme (sequentially allocated) ya da seçkisiz atama yönteminin kullanıldığı görülmüştür.

Kullanılan Ölçme Yöntemleri

Temel olarak OKB'nin belirtilerindeki azalmaların tespiti için Y-BOCS (Goodman ve ark. 1989, Karamustafaloğlu ve ark. 1993) ölçeğinin kullanıldığı görülmektedir. Bu ölçeğin sürekli değişken formunda değerlendirilebildiği gibi çoğu çalışmanın, ölçeğin kesme puanlarını temel alarak ya da öntest-sontest arasındaki farka dayalı bir ölçüt kullanarak "iyileşme" "ilerleme" gibi kategorik veriler üzerinden iyileşme oranları değerlendirmesi yaptığı da görülmüştür. Bununla birlikte doğrudan OKB belirtileri olmayan ancak OKB belirtileriyle ilişkili ölçümlerin (OKB'ye ilişkin temel işlevsiz inançlar, sorumluluk tutumu, depresyon ve endişe gibi) değerlendirildiği çalışmalara da rastlan-

miştir (McLean ve ark. 2001, Belloch ve ark. 2011). Ayrıca beyindeki gri madde ölçümlerinin alındığı ve tedavi sonrası kazanımların müdahale koşulları açısından ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı nörolojik çalışmalar da mevcuttur (Hoexter ve ark. 2012, Hoexter ve ark. 2013). Genel olarak çalışmaların depresyon, anksiyete gibi eşlik eden sorunları değerlendirmek için de en çok Beck Depresyon Envanteri (BDE; Beck ve ark. 1979) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE; Beck ve ark. 1988) gibi ölçüm araçlarını kullandıkları gözlenmiştir (Cordioli ve ark. 2002, Haraguchi ve ark. 2011, Jónsson ve ark. 2011a, Jónsson ve ark. 2011b).

Çalışmalardaki BDGT'nin İçeriği ve Uygulanışı

Uygulanan Teknikler

Gözden geçirilen çalışmalarda uygulanan BDGT programlarının farklı terapi protokollerine dayandığı görülmektedir (Kozak ve Foa, 1998, McGinn ve Sanderson 1999, Rees ve Nathan 2001, Cordioli ve ark. 2002). Bununla birlikte 30 çalışmadan 13'ünün Cordioli ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen ve BDT'ninpsikoeğitim, MTÖ alıştırmaları, bilişsel teknikler ve nüks önleme bileşenlerini içeren tedavi protokolünü uyguladıkları gözlenmiştir (Meyer ve ark. 2010a). Bunlar dışındaki çalışmaların çoğunda benzer şekilde adı geçen tüm bilişsel ve davranışçı teknikler kullanılırken sadece 4 çalışmada psikoeğitim, MTÖ tekniklerinin yer aldığı tedavi protokolü uygulanmıştır (Himle ve ark. 2001, Himle ve ark. 2006, Håland ve ark. 2010, Haaland ve ark. 2011). İki çalışmada BDT'nin bilişsel ve davranışçı öğeleri (MTÖ) ayrı gruplarda uygulanmıştır (McLean ve ark. 2001, Whittal ve ark. 2008). Bu çalışmaların ikisi de aynı örneklemle farklı sonuçlardır.

Bununla birlikte 6 çalışmada ev ödevleri ve nüksü önleme çalışmaları için terapinin 1 ya da 2 seansında aile üyelerinin bir ya da daha fazlasının yer alabileceği bildirilmiştir (Himle ve ark. 2001, Himle ve ark. 2006, Jónsson ve ark. 2011a, Jónsson ve ark. 2011b, Hoexter ve ark. 2012). Bir çalışmada (Fenger ve ark. 2007) ise grup tedavisi öncesi tedaviden beklentilerin ne olduğu ve grupla çalışmanın açıklamasının yapıldığı 1 ya da 2 bireysel seans uygulamasının olduğu görülmüştür. Yine bir çalışmada (Prasko ve ark. 2009) ise BDT'nin tüm bileşenlerine ek olarak otobiyografik grup seanslarına katılma olanağı iletişim becerileri pratiği, ergoterapi ve spor ile tamamlama unsurlarının yer aldığı görülmüştür.

Seans Özellikleri ve Sayısı

Gözden geçirilen çalışmalarda, BDGT'nin 5 seanstan (Prasko ve ark. 2009) 20 seansa (Jaurieta ve ark. 2011a) uzanan farklı uzunluktaki uygulamalara sahip olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte BDGT'lerin genellikle 12 haftalık, haftada 1 gerçekleştirilen seanslar olarak uygulandığı gözlenmiştir. 12 haftalık seansların uygulama süresinin 90dk ile 120dk arasında değiştiği görülmüştür. En kısa tedavi uzunluğuna sahip olan çalışmada seans süreleri belirtilmemiştir (Prasko ve ark. 2009). MTÖ'nün uygulandığı 4 çalışmanın ikisi 12 haftalık ve 150 dakikalık seanslardan oluşmaktadır (Håland ve ark. 2010, Haaland ve ark. 2011). Sadece davranışçı tekniklerden oluşan grup müdahalesi uygulayan iki çalışmanın ise 7 haftalık ve 120 dakikalık uygulamaları olduğu görülmüştür (Himle ve ark. 2001, Himle ve ark. 2006).

Üye ve Terapist Sayısı

BDGT gruplarındaki üye sayılarının en az 5 (Cordioli ve ark. 2002), en çok 10 (Şafak ve ark. 2014) arasında değiştiği ve gruplara liderlik eden terapist sayılarının en çok 3

olduğu (Haraguchi ve ark. 2011) görülmüştür. Bununla birlikte üye sayısının çoğunlukla 6-8 arasında değiştiği görülmektedir. Gözden geçirilen çalışmaların sadece 6 tanesinde terapi gruplarına tek bir terapistin liderlik ettiği buna karşılık 17 çalışmada müdahalelerin 2 terapist tarafından, 1 çalışmada ise 3 terapist tarafından (Haraguchi ve ark. 2011) yürütülmüş olduğu anlaşılmaktadır. Bir çalışmada bazı gruplara 1, bazılarında 2 terapistin liderlik rapor edilmiştir (Kearns ve ark. 2010). Bununla birlikte 5 çalışma uygulamayı yürüten terapist sayısını (Jaurrieta ve ark. 2008a) 4 çalışma ise BDGT'lerdeki üye sayısını (Anderson ve Rees, 2007) bildirmemiştir.

Çalışmaların Bulguları

Karşılaştırma ya da Kontrol Grubu Olmayan BDGT Etkililik Çalışmaları

Bilişsel davranışçı grup müdahalesinin etkililiğini sadece müdahalenin öncesinde ve sonrasındaki OKB belirtilerinin azalmasına göre değerlendiren 8 makalenin tamamında tedavi sonrasında belirti düzeylerinde anlamlı bir azalmanın görüldüğü bildirilmiştir (Haraguchi ve ark. 2011). Bu çalışmalardan birisi (Himle ve ark. 2006) düşük içgörülü ve yüksek içgörülü OKB'li bireylerin davranışçı grup tedavisine yanıtını araştırmış ve her iki grubun da tedaviden yararlandıklarını ancak yüksek içgörülü OKB'lilerin tedaviden daha fazla yararlandıklarını ortaya koymuştur. Bu çalışmalar içerisinde katılımcıların anksiyete ve depresyon ölçümlerini de alan çalışmalar OKB'nin BDGT ile tedavisinde anksiyete ve depresyon belirtilerinin de azaldığını ortaya koymuştur (Kearns ve ark. 2010). Tek bir çalışma OKB hastalarının BDGT ile tedavisinde sadece OKB belirtilerinin azaldığını depresif belirtilerinde bir farklılaşma olmadığını bildirmiştir (Haraguchi ve ark. 2011)

Bu makalelerin üçünde izlem ölçümü rapor edilmiştir. Bu 8 çalışmadan farklı olarak 2 çalışma ise daha önce yayınlanan başka bir çalışmanın farklı aralıklarda alınan ölçümlerinin sonuçlarıdır. Sonuçlar en az 3 ay (Fenger ve ark. 2007) en çok da iki yıl (Braga ve ark. 2010) sonra alınan ölçümlerde terapiden elde edilen kazanımların korunduğunu ortaya koymuştur. Terapide sadece davranışçı teknikleri uygulayan Håland ve arkadaşlarının (2010) çalışması da terapiden elde edilen kazanımlarının 1 yıla kadar korunduğunu ortaya koymuştur.

BDGT ile Kontrol Grubunun Karşılaştırıldığı Çalışmalar

BDGT etkililiğini değerlendirirken bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırma yapan dört çalışmanın da sonucunda uygulanan terapilerin OKB belirtilerini azaltmada bekleme listesi kontrol grubuna kıyasla daha etkili olduğu bulunmuştur (McLean ve ark. 2001; Cardioli ve ark. 2003; Anderson ve Rees 2007; Jaurrieta ve ark. 2008a).

Plasebo kontrol grubu kabul edilen gevşeme terapisi ile BDGT'yi karşılaştıran Fineberg ve arkadaşları (2005) her iki grubun da OKB belirtilerini hatta anksiyete, depresyon gibi belirtileri azaltmada etkili olduğunu ve bu iki grubun sonuçlarının birbirinden istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte plasebo grubundaki tedaviyi bırakma oranlarının BDGT'ne devam etmeme oranlarından anlamlı bir şekilde daha yüksek olması, araştırmacılar tarafından OKB hastaları için BDGT'nin daha kabul edilebilir bir tedavi olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

BDGT ile Farmakoterapinin Karşılaştırıldığı Çalışmalar

Tedavi sonrasında alınan ölçümlere dayanarak analiz yapan beş çalışma incelendiğinde, bunlardan dört tanesinde OKB belirtilerinin azalmasında her iki tedavi biçiminin

de etkili olduğunun ancak müdahale grupları arasında fark olmadığını bildirdiği görülmüştür. (Sousa ve ark. 2006, Hoexter ve ark. 2012, Hoexter ve ark. 2013). Belotto-Silva ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise tedaviler sonrasında Y-BOCS puanlarında anlamlı düzeye ulaşmayan bir azalma olduğu ancak tedavi koşulları arasında bu açıdan fark bulunmadığı bildirilmiştir. Ancak aynı zamanda bu çalışmada ilaç tedavisi alan grubun tedaviyi bırakma oranının BDGT alan grubun iki katı olduğu da rapor edilmiştir. OKB'ye eşlik eden depresyon ve anksiyete belirtilerinin tedavi sonrasında olduğu ise farklı sonuçlara sahiptir. Hoexter ve arkadaşları (2012, 2013) hem ilaç hem de BDGT'nin bu ikincil belirtileri azalttığını ama sadece BDGT alan grupta azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir. Sousa ve arkadaşlarının (2006) çalışması ise benzer biçimde her iki müdahale biçiminin de anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltmada etkili olduğunu ancak bu açıdan müdahaleler arasında fark olmadığını ortaya koymuştur.

BDGT'nin farmakoterapi ile karşılaştırıldığı çalışmalar içerisinde tek izlem ölçümü alan çalışma, Sousa ve arkadaşlarının (2006) çalışmasının 5 yıllık izlem sonucunu rapor eden Borges ve arkadaşlarının (2011) çalışmasıdır. Çalışmada 5 yıl sonunda her iki tedavinin de kazanımlarının korunduğu bildirilmiştir. Ancak 5 yıllık süreçte ilaç grubunda yer alan hastaların bir bölümünün BDT'ye başladıkları, benzer biçimde BDGT grubunda yer alan hastaların bir kısmının da ilaç kullanmaya başladıkları da bildirilmiştir. Bu sonuçlar OKB hastalarının önemli bir bölümünün uzun süreli iyileşmeyi sağlamak ya da korumak için ek bir tedaviye gereksinim duydukları şeklinde yorumlanmıştır.

BDGT ile Bireysel BDT'nin Karşılaştırıldığı Çalışmalar

OKB'nin tedavisinde bireysel BDT ile BDGT'nin etkinliklerini karşılaştıran 8 makalenin birbirinden farklı sonuçlara ulaştığı gözlenmiştir. Anderson ve Rees (2007), Haaland ve arkadaşları (2011) ile Jónsson ve arkadaşlarının (2011a) çalışmalarında OKB belirtilerini azaltmada Jónsson ve arkadaşlarının (2011b) çalışmasında ise fonksiyonel olmayan inançları azaltmada hem bireysel hem de grup BDT'nin etkili olduğu ve etkinlik düzeylerinin birbirinden farklılaşmadığı bildirilmiştir. Buna karşın Belloch ve arkadaşları (2011) fonksiyonel olmayan tutumları ve Jaurrieta ve arkadaşları (2008a) ise OKB belirtilerini azaltmada her iki terapi biçiminin de etkili olduğunu ancak bireysel BDT'nin BDGT'den daha etkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Bununla birlikte Jaurrieta ve arkadaşları (2008b) 1 yıl sonraki izlem bulgularını yayınladıkları çalışmalarında tedaviden 1 yıl sonra müdahaleler arasındaki bu farkın ortadan kalktığını ve iki terapi biçiminin de benzer etkinliğe sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Tam tersi bir bulgu ise Cabedo ve arkadaşları (2010) tarafından bildirilmiştir. Bu çalışmada BDT'nin bireysel ve grup formlarının tedavi uygulamaları sonrasında OKB belirtilerini azaltmada benzer etkililiğe sahip oldukları ancak 1 yıllık izlemede bireysel BDT'de iyileşme oranlarının 2/3'den fazla olduğu ancak BDGT'nin iyileşme oranının yaklaşık 1/3 düzeyinde kaldığı bildirilmiştir.

Anksiyete ve depresyona yönelik ikinci bir değerlendirme alan çalışmalar hem bireysel BDT'nin hem de BDGT'nin bekleme listelerinden üstün olarak depresyon ve anksiyete üzerinde etkili olduğunu ve müdahale gruplarının birbirinden farklılaşmadığını bildirmiştir (Anderson ve Rees 2007, Jaurrieta ve ark. 2008a).

Farklı Grup Terapilerinin Karşılaştırıldığı Çalışmalar

Motivasyonel görüşme ve düşünce haritalama tekniklerinin eklendiği BDGT ile standart BDGT'yi karşılaştıran Meyer ve arkadaşlarının (2010a, 2010b) çalışmasında her iki

tedavi biçiminin de OKB belirtilerini azaltmada etkili olduğu ancak MG ve DH eklenen BDGT'nin OKB belirtilerinin azaltılmasında ve remisyonunda standart BDGT'den daha etkili olduğu bulunmuştur. MTÖ gibi sadece davranışçı teknikleri kullanan iki farklı uzunluktaki grup terapisini karşılaştıran Himle ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında her iki müdahale biçiminin de OKB ve depresyon belirtilerini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Ek olarak 7 seanslık davranışçı grup terapisiyle 12 seanslık olan arasında bir farklılaşma bulunmamış yani 7 seanslık terapinin 12 seanslık kadar etkili olduğu bildirilmiştir. Her iki grup için de tedaviden elde edilen kazanımlar yaklaşık 49 ay gibi uzun bir süre boyunca korunmuştur.

Psikoeğitim, maruz bırakma ve tepki önleme tekniklerini içeren davranışçı grup terapisiyle (DGT) psikoeğitim ve bilişsel teknikleri içeren BDGT karşılaştıran McLean ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında da her iki tedavi biçiminin de OKB belirtilerini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte tedavi sonrasında ve üç aylık izlem değerlendirmesinde DGT alan hastaların OKB belirtilerinin BDGT alan hastalara oranla daha düşük olduğu bildirilmiştir. 2 yılın sonunda alınan değerlendirmeler yine DGT'nin BDGT'den daha etkili olduğu yönünde olmuştur (Whittal ve ark. 2008)

Tartışma

OKB'de obsesyon ve kompulsiyonlara ayrılan aşırı zaman nedeniyle kişilerin işlevselliklerinde (Cramer-CandPolit ve ark. 2005) ve aile ilişkilerinde bozulmaların olduğu (Hollander ve ark. 1996, Gomes ve ark. 2014) evliliklerinde problemlerin yaşandığı (Emmelkamp ve Gerlsma 1994) ve yaşam kalitelerinin düştüğü (Gomes ve ark. 2014) bilinmektedir. Kişinin hem sosyal hem de özel hayatında önemli sorunlara yol açan bu bozukluğun belirtilerini ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik etkili tedavi yöntemlerinin bulunması oldukça önemlidir. BDT OKB'nin tedavisinde kullanılan temel yöntemlerden biridir. Ancak BDT'nin bireysel olarak uygulanmasının zaman alıcı ve maliyeti yüksek bir tedavi olması nedeniyle BDGT'nin OKB'nin tedavisinde etkili bir yöntem olup olmadığını araştırmaya yönelik çalışmalar giderek artmaktadır.

Bu çalışmada 2000-2015 (Şubat) yılları arasında yayınlanan ve BDGT'nin etkililiğini değerlendiren çalışmalar gözden geçirilmiştir. Gözden geçirilen yayınların genel bulguları değerlendirildiğinde, karşılaştırma grubu olmayan öntes-sontest ölçümlerine dayalı etkililik çalışmaları ile bekleme listesi, plasebo, ilaç ve bireysel BDT uygulamaları ile karşılaştırmalı etkililik araştırmaları olmak üzere farklı araştırma yöntemlerinin uygulandığı görülmüştür. Bununla birlikte hala hastaların 1/3'ünün iyileşmeden kaldığı gerçeği ile birçok araştırmancın aynı zamanda BDGT'ye olumlu cevabın artması için ilişkili değişkenleri değerlendirildiği gözlenmiştir. Dahil etme kriterlerini karşılayan 30 makaleden 15'i 2010 ve sonrasındaki yıllara aittir. Bu çalışmalardan bazıları daha önceki yıllarda yayınlanan çalışmaların uzun bir zaman dilimi sonrası izlem ölçümlerini sunarken (Braga ve ark. 2010, Borges ve ark. 2011) bazıları ise BDGT'ye daha olumlu cevap için sosyodemografik değişkenler, erken dönem uyumsuz yaşantılar, yeterli içgörü, beyindeki gri madde düzeyi gibi çok çeşitlilikteki değişkenlerin ilişkilerini araştırmıştır (Himle ve ark. 2006, Belloch ve ark. 2011, Hoexter ve ark. 2013). Sonuç olarak, OKB'ye BDGT ile müdahalelerde daha iyi yanıt olasılıklarını arttırabilmek ve müdahalelerin zaman içerisindeki etkililiğini değerlendirebilmek üzere yapılan çalışmaların son yıllarda oldukça arttığı görülmektedir.

Bu çalışmada gözden geçirilen tüm araştırmalarda uygulanan BDGT programlarının OKB belirtilerini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca izlem değerlendirilmesi olan çalışmalar da tedavi sonucunda elde edilen kazanımların uzun süre boyunca korunduğu ortaya koymuştur. Çalışmalar kazanımların 2 yıl boyunca (Braga ve ark. 2010) hatta 49 ay boyunca (Himle ve ark. 2001) devam ettiğini göstermiştir. BDGT'yi bekleme listesi kontrol grubuyla karşılaştıran çalışmalar da BDGT'nin bekleme listesinden üstün olduğunu ortaya koymuştur.

BDGT'nin etkililiğini bireysel BDT ile karşılaştırarak inceleyen çalışmaların bulguları ise birbiriyle tutarsız görünmektedir. Bir kaç çalışma bireysel BDT'nin OKB belirtilerini ve fonksiyonel olmayan inançları azaltmada BDGT'den daha etkili olduğunu, bir grup çalışma ise iki tedavi biçiminin de OKB belirtilerini ve işlevsel olmayan inançları azaltmada benzer etkinliğe sahip olduğunu ortaya koymuştur. İzlem ölçümleri alan çalışmalar da benzer biçimde birbiriyle tutarsız sonuçlar rapor etmişlerdir. Cabedo ve arkadaşları (2010) 1 yıl sonra bireysel BDT ile BDGT arasındaki eşitliğin bozulduğunu ve bireysel BDT'de iyileşme oranlarının daha yüksek olduğunu, Jaurrieta ve arkadaşları (2008a) ise son testte daha etkili bulunan bireysel BDT'nin 1 yıl sonra BDGT ile benzer seviyeye ulaştığını bildirmiştir. Bilişsel davranışçı terapide bireysel ve grup uygulama koşullarının sonuçları, tedavi sonucunda tedavi kazanımına ilişkin alınan ölçümlerin izlem çalışmalarında değiştiğini ispatlamıştır (Anderson ve Rees, 2007, Jaurrieta ve ark. 2008b, Cabedo ve ark. 2010). Bu nedenle daha çok çalışmanın kontrol gruplarına ve izlem ölçümlerine yer vermesi önemlidir.

Bu sonuçlar aynı zamanda OKB belirtilerini ve ilişkili sorunları azaltmada bireysel BDT'nin mi yoksa BDGT'nin mi daha üstün olduğu sorusuna kesin bir yanıt vermeyi olanaksız kılmıştır. İlgili çalışmaların çoğu BDGT'nin bireysel BDT kadar etkili olduğunu gösterse de konuyla ilgili daha fazla çalışma yapmaya ihtiyaç olduğu açıktır.

Literatüre bakıldığında, OKB'nin tedavisi için ilk basamakta başvurulan tedavi müdahalelerinin BDT ve farmakolojik tedaviler olduğu bilinmektedir (Greist ve ark. 2003, Eddy ve ark. 2004). Ancak hangisinin daha etkili olduğu sorusu yanıtızsızdır. Bu çalışmada gözden geçirilen ve BDGT ile farmakoterapinin etkililiğini karşılaştıran makalelerin hepsinde de OKB belirtilerini azaltmada iki tedavi biçiminin birbirinden farklılaşmadığı bildirilmiştir. Belotto-Silva ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında farmakoterapi alan hastaların tedaviyi bırakma oranlarının neredeyse BDGT'nin iki katı olması BDGT'nin en azından hastaların tedaviye katılım motivasyonlarını daha fazla arttırdığı şeklinde yorumlanabilir. Schruers (2007) BDGT müdahalesi ile farmakoterapinin OKB belirtilerini iyileştirmede birbirinden farklılaşmadıkları bulgusu için bir eleştiri getirmiştir. Müdahale dönemlerinin eşit olmasının ilaç tedavisinden alınacak sonuçların aleyhinde olacağına yönelik olan bu eleştiriye göre, 12 haftalık bir süreçte BDT'nin etkinliğini gösterme olasılığı varken, ilaç tedavisinin etkisini görebilmek için bu süre çok kısadır. Bu nedenle gerçekten müdahalenin etkililiğini görebilmek için hem plasebo grubuna, hem de ilaç müdahalesinden alınacak sonuç ile karşılaştırma yapabilmek için daha uzun süreye ihtiyaç vardır. Bu durumda tedavinin hemen ardından alınan ölçümlerden ziyade daha uzun süreli ölçümlerin bu iki tedavi biçiminin sonuçlarının farklılaşıp farklılaşmadığını daha iyi ortaya koyması beklenir. Ancak konuyla ilgili olarak sadece bir çalışmanın izlem ölçümü aldığı anlaşılmıştır (Borges ve ark. 2011) Bu çalışmada ise tedaviden 5 yıl sonra hem farmakoterapi hem de BDGT grubunda elde edilen kazanımların korunduğunu bildirilmiştir. Bununla birlikte bu 5 yıllık izlem çalışması, geçen

süre zarfında örneklemin önemli bir kısmının başka bir müdahaleye de ihtiyaç duyduğunu ortaya koymuştur. Çünkü BDGT alanların bir kısmı ilaç tedavisine, ilaç tedavisi alanların bir kısmı da BDT'ye başlamıştır. Bu durumda beş yıl sonunda, ilk müdahaleden sonra elde edilen kazanımların mı korunduğu yoksa sonradan başlanan yeni tedavi biçiminin etkilerinin mi sürdüğü açık değildir. Belki de farklı zamanlarda da olsa iki tedaviyi birlikte almak, iyileşmenin uzun süreli olmasında etkili olmuş olabilir. Ancak bu gözden geçirmede hem farmakoterapi hem de BDGT alan bir grupta çalışan bir araştırma yer almadığından iki tedaviyi birlikte almanın etkisinin daha uzun süreli olup olmadığını söylemek mümkün değildir. Bundan sonraki çalışmalarda iki tedaviyi birlikte almanın sadece farmakoterapi ya da sadece BDGT'den daha üstün olup olmadığının araştırılması önerilmektedir.

Bu gözden geçirmede son yıllarda OKB tedavisinde BDGT ile farmakoterapiyi karşılaştıran araştırmaların beyin bölgelerindeki farklılaşma ile de ilgilendiği görülmüştür (Hoexter ve ark. 2012, Hoexter ve ark. 2013). Bu çalışmalar, OKB belirtilerinin azalmasında iki tedavi biçimi arasında Y-BOCS ölçek puanlarıyla ölçülen OKB belirtileri açısından fark olmadığını ortaya koysa da, gri madde düzeyleri açısından BDGT alan grupta herhangi bir değişim yokken, fluoksetin alan grubun sol putamendeki gri madde düzeyinin tedavi sonrasında anlamlı bir biçimde arttığını göstermiştir (Hoexter ve ark. 2012) ve tedavi biçimlerine olumlu yanıtı etkileyen farklı lokasyonlarda gri madde büyüklüğü saptanmıştır (Hoexter ve ark. 2013). Sonuç olarak, farmakoterapi ve BDGT'nin OKB belirtilerini azaltmada etkili olup olmadığı artık bir soru olmaktan çıkmıştır. Bu sorudan ziyade daha çok hangi durumlarda hangi tedavi daha etkilidir sorularının araştırıldığı ve bu konuda hala araştırmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir. Tüm bunlara ek olarak en az farmakoterapi kadar etkili bulunan BDGT, ilaç tedavisini tercih etmeyen ya da ilaç tedavisine dirençli olan hastalar için iyi bir alternatif olarak düşünülebilir. Ancak yapılacak çalışmalarda Schruers'ın (2007) eleştirisini dikkate alan bir araştırma deseni oluşturmak önemli görünmektedir.

Çalışmaların bazılarında uygulanan BDGT programları hem bilişsel hem de davranışçı teknikleri içermiş, bazılarında ise sadece davranışçı teknikler olan maruz bırakma ve tepki önleme teknikleri kullanılmıştır. Çalışmalar BDT'nin her iki biçiminin de OKB belirtilerini azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Üstelik her iki yaklaşıma ilişkin izlem çalışmaları da terapilerin etkisinin korunduğunu ortaya koymuştur. Bu durum bu farklı teknikleri içeren programların birbirlerine üstünlükleri var mıdır sorusunu gündeme getirmiştir. Ancak sadece bir çalışmada bilişsel teknikleri içeren grup terapisi ile davranışçı teknikleri içeren grup terapisi birbiri ile karşılaştırılmıştır (McLean ve ark. 2001). Bu çalışmada tedavi sonrasında iki terapi biçimi benzer sonuçlar gösterse de 3 ay ve 2 yıl sonrasında OKB'nin grup tedavisinde sadece davranışçı teknikleri içeren yaklaşımın daha etkili olduğu bulunmuştur (McLean ve ark. 2001, Whittal ve ark. 2008). Tek bir çalışmadan yola çıkarak davranışçı tekniklerin OKB tedavisinde daha etkili olduğunu söylemek güç olsa da bu sonuçların OKB'nin tedavisinde MTÖ tekniklerinin önemini ortaya koyduğu söylenebilir. Bir başka çalışmada ise aynı davranışçı teknikleri içeren 7 seanslık terapi programının 12 seanslık terapi kadar etkili olduğu bulunmuştur (Himle ve ark. 2001). Bu da davranışçı teknikleri içeren programın çok kısa sürede işe yaradığını göstermektedir.

Gözden geçirilen araştırmalarda grup olmanın etkisini kontrol etmek için plasebo kontrol grubunun kullanılmayışı dikkat çekicidir. Bu araştırmaların önemli bir sınırlılığı

olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada BDGT'yi plasebo kontrol grubuyla karşılaştıran tek bir araştırma vardır. O da BDGT ile plasebonun benzer etkinliğe sahip olduğunu BDGT'nin plasebo grubuna göre sadece tedaviye devam açısından bir üstünlüğü olduğunu bildirmiştir (Fineberg ve ark. 2005). Bu durumda çalışmalarda ulaşılan sonuçların güvenilirliği için, grup etkisinin kontrol edildiği etkililik çalışmalarına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Bu gözden geçirmede Türkiye'de yapılmış tek bir çalışmaya rastlanmıştır (Şafak ve ark. 2014), bu çalışmada da herhangi bir kontrol ya da karşılaştırma grubu kullanılmamıştır. Bu da ülkemizde konuyla ilgili çalışmaların yetersiz olduğunu göstermektedir. Ülkemizde de literatürdeki yöntem eksikliklerinin giderilerek yeni çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Sonuç

Araştırmalar, BDGT'nin OKB ve eşlik eden depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmada etkili, tedaviye devam oranı yüksek ve etkisi uzun süre devam eden bir müdahale biçimi olduğunu ortaya koymuştur. Üstelik BDGT'nin OKB belirtilerini azaltmada farmakoterapi ve bireysel BDT kadar etkili bir tedavi olduğu anlaşılmıştır. Tedaviye devam avantajı sunan ve sınırlı sayıda terapist ile daha çok sayıda hastaya ulaşma imkanı tanıyan BDGT'nin OKB için uygulanabilir ve etkili bir tedavi biçimi olduğu görülmüştür.

Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) (Çev ed. E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Anderson RA, Rees CS (2007) Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther*, 45:123-137.
- Beck A (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, International Universities Press.
- Belloch A, Cabedo E, Carrió C, Fernández-Alvarez H, García F, Larsson C (2011) Group versus individual cognitive treatment for obsessive-compulsive disorder: changes in non-OCD symptoms and cognitions at post-treatment and one-year follow-up. *Psychiatry Res*, 187:174-179.
- Belotto-Silva C, Diniz JB, Malavazzi DM, Valério C, Fossaluza V, Borcato S et al. (2012) Group cognitive-behavioral therapy versus selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder: a practical clinical trial. *J Anxiety Disord*, 26:25-31.
- Borges CP, Meyer E, Ferrão YA, Souza FP, Sousa MB, Cordioli AV (2011) Cognitive-behavioral group therapy versus sertraline for obsessive-compulsive disorder: five-year follow-up. *Psychother Psychosom*, 80:249-250.
- Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG (2005) Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 11-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 112:180-186.
- Braga DT, Manfro GG, Niederauer K, Cordioli AV (2010) Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: a two-year follow-up. *Rev Bras Psiquiatr*, 32:164-168.
- Cabedo E, Belloch A, Carrió C, Larsson C, Fernández-Alvarez H, García F (2010) Group versus individual cognitive treatment for obsessive-compulsive disorder: changes in severity at post-treatment and one-year follow-up. *Behav Cogn Psychother*, 38:227-232.
- Cordioli, AV, Heldt E, Braga Bochi D, Margis, R., Basso de Sousa M, Tonello, J et al. (2002) Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr*, 24:113-120.
- Cordioli AV, Heldt E, Braga Bochi D, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J et al. (2003) Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*, 72:211-216.
- Cramer-CandPolit V, Torgersen S, Kringle E. (2005) Quality of life and anxiety disorders: a population study. *J Nerv Ment Dis*, 193:196-202.
- Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D (2004) A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev*, 24:1011-1030.

- Emmelkamp PMG, Gerlma C (1994) Marital functioning and the anxiety disorders. *Behav Ther*, 25:407–429.
- Fals-Stewart W, Lucente S (1994) Behavioral group therapy with obsessive-compulsives: an overview. *Int J Group Psychother*, 44:35–51.
- Fenger MM, Mortensen EL, Rasmussen J, Lau M (2007) Group therapy with OCD: development and outcome of diagnosis specific treatment of patients with OCD in groups. *Nordic Psychol*, 59:332–346.
- Fineberg NA, Hughes A, Gale TM, Roberts A (2005) Group cognitive behaviour therapy in obsessive-compulsive disorder (OCD): a controlled study. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 9:257–263.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL et al. (1989) The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46:1006–1011.
- Gomes JB, Van Noppen B, Pato M, Braga DT, Meyer E, Bortocello CF et al. (2014) Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 68:621–630.
- Greist JH, Bandelow B, Hollander E, Marazziti D, Montgomery SA, Nutt DJ et al. (2003) WCA recommendations for the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. *CNS Spectr*, 8(S1):7–16.
- Haaland AT, Vogel PA, Launes G, Haaland VØ, Hansen B, Solem S et al. (2011) The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 49:781–788.
- Håland ÅT, Vogel PA, Lie B, Launes G, Pripp AH, Himle JA (2010) Behavioural group therapy for obsessive-compulsive disorder in Norway: an open community-based trial. *Behav Res Ther*, 48:547–554.
- Haraguchi T, Shimizu E, Ogura H, Fukami G, Fujisaki M, Iyo M (2011) Alterations of responsibility beliefs through cognitive-behavioural group therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother*, 39:481–486.
- Heinzel S, Tominschek I, Schiepek G (2014) Dynamic patterns in psychotherapy-discontinuous changes and critical instabilities during the treatment of obsessive compulsive disorder. *Nonlinear Dynamics Psychol Life Sci*, 18:155–176.
- Himle JA, Rassi S, Haghghatgou H, Krone KP, Nesse RM, Abelson, JL (2001) Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: seven-vs. twelve-week outcomes. *Depress Anxiety*, 13:161–165.
- Himle JA, Van Etten M, Fischer DJ (2003) Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a review. *Brief Treat Crisis Interv*, 3:217–229.
- Himle JA, Van Etten ML, Janek AS, Fischer DJ (2006) Insight as a predictor of treatment outcome in behavioral group treatment for obsessive-compulsive disorder. *Cogn Ther Res*, 30:661–666.
- Hoexter MQ, Shavitt RG, D'Alcante CC, Ceconci JP, Diniz JB, Belotto-Silva C et al. (2009) The drug-naïve OCD patients imaging genetics, cognitive and treatment response study: methods and sample description. *Rev Bras Psiquiatr*, 31: 349–353.
- Hoexter MQ, De Souza Duran FL, D'Alcante CC, Dougherty DD, Shavitt RG, Lopes AC et al. (2012) Gray matter volumes in obsessive-compulsive disorder before and after fluoxetine or cognitive-behavior therapy: a randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology*, 37:734–745.
- Hoexter MQ, Dougherty DD, Shavitt RG, D'Alcante CC, Duran, FL, Lopes AC, et al. (2013) Differential prefrontal gray matter correlates of treatment response to fluoxetine or cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacology*, 23:569–580.
- Hollander E, Kwon JE, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA (1996) Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry*, 57:3–6.
- Jakubovski E, Diniz JB, Valerio C, Fossalza V, Belotto-Silva C, Gorenstein C et al. (2013) Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 30:763–772
- Jaurrieta N, Jimenez-Murcia S, Menchón JM, Alonso MDP, Segalas C, Álvarez-Moya EM et al. (2008a) Individual versus group cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled pilot study. *Psychother Res*, 18:604–614.
- Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Alonso P, Granero R, Segalàs C, Labad J et al. (2008b) Individual versus group cognitive behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: follow up. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62: 697–704.
- Jónsson H, Hougaard E (2009) Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*, 119:98–106.
- Jónsson H, Hougaard E, Bennedsen BE (2011a) Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 123:387–397.
- Jónsson H, Hougaard E, Bennedsen BE (2011b) Dysfunctional beliefs in group and individual cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord*, 25:483–489.
- Karamustafaoglu OK, Üçşık AM, Ulusoy M, Erkmen H (1993) Yale Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, 86.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA (1988) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1094–1099.

- Kearns C, Tone Y, Rush G, Lucey JV (2010) Effectiveness of group-based cognitive-behavioural therapy in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatrist*, 34:6-9.
- Kozak MJ, Foa EB (1998) *Mastery of Obsessive-Compulsive Disorder: Therapist Manual*. San Antonio, TX, Psychological Corporation.
- Krone KP, Himle JA, Nesse RM (1991) A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behav Res Ther*, 29:627-631.
- Mancebo M, Eisen J, Pinto A, Greenberg B, Dyck I, Rasmussen S (2006) The brown longitudinal obsessive compulsive study: treatments received and patient impressions of improvement. *J Clin Psychiatry*, 67:1713-1720.
- McGinn LK, Sanderson WC (1999) *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. New Jersey, Jason Aronson.
- McLean PD, Whittal M, Thordarson DS, Taylor S, Söchtting I, Koch WJ et al. (2001) Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*, 69:205-214.
- Meyer E, Souza F, Heldt E, Knapp P, Cordioli A, Shavitt RG et al. (2010a) A randomized clinical trial to examine enhancing cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder with motivational interviewing and thought mapping. *Behav Cogn Psychother*, 38:319-336.
- Meyer E, Shavitt RG, Leukefeld C, Heldt E, Souza FP, Knapp P et al. (2010b) Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: results from a randomized clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr*, 32:20-29.
- Norton PJ, Whittal ML (2004) Thematic similarity and clinical outcome in obsessive-compulsive disorder group treatment. *Depress Anxiety*, 20:195-197.
- Prasko J, Raszka M, Adamcova K, Grambal A, Koprivova J, Kudrnovska H et al. (2009) Predicting the therapeutic response to cognitive behavioural therapy in patients with pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuro Endocrinol Lett*, 30:615-623.
- Raffin AL, Guimarães Fachel JM, Ferrão YA, Pasquoto de Souza F, Cordioli AV (2009) Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*, 24:297-306.
- Rasmussen SA, Eisen JL, Pato MT (1993) Current issues in the pharmacological management of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 54:4-9.
- Rees C, Nathan P (2001) *Obsessive Compulsive Disorder Group Treatment Program: A Group Cognitive Behavioural Programme*. Nedlands, Western Australia, Riobay Enterprises.
- Salkovskis PM (1985). Obsessional compulsive problems: a cognitive behavioral analysis. *Behav Res Ther*, 23:571-583.
- Salkovskis PM (1989) Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*, 27: 677-682.
- Schruers KR (2007) Group cognitive behavioural therapy increases complete remission of obsessive-compulsive disorder symptoms compared with sertraline, but not response. *Evid Based Ment Health*, 10:25.
- Shavitt RG, Valério C, Fossaluzza V, Da Silva EM, Cordeiro Q, Diniz JB et al. (2010) The impact of trauma and post-traumatic stress disorder on the treatment response of patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 260:91-99.
- Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV (2006) A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 67:1133-1139.
- Şafak Y, Karadere ME, Özdel K, Özcan T, Türkçapar MH, Kuru E et al. (2014) Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg*, 25:225-233.
- Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD (2005) Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Ther*, 43:1559-1576.
- Whittal ML, Robichaud M, Thordarson DS, McLean PD (2008) Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention: a 2-year follow-up of two randomized trials. *J Consult Clin Psychol*, 76:1003-1014.

Seda Sapmaz Yurtsever, Araş.Gör., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir; **Serap Tekinsav Sütcü**, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütcü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.

E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 4 Mart/March 4, 2015 - **Kabul tarihi/Accepted** 21 Eylül/September 21, 2015

Tablo 1. Çalışmaların terapi ve yöntem özellikleri

Çalışma	Örnek-lem	Tedavi Grupları	Seans Sayısı	Seans Süresi	Üye sayısı (terapist sayısı)	Seans İçeriği	İzlem Süresi	Sonuçlar	Tedaviyi Bırakma
KARŞILAŞTIRMA VE KONROL GRUBU OLMAYAN BDGT ETKİLİLİK ÇALIŞMALARI									
Braga ve ark. 2005	44 OKB Hastası	BDGT (n=44)	12	120'	7-8 (2)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) (Cordioli ve ark. 2002)	3, 6 ve 12 ay	Y-BOCS puanlarındaki sonestteki azalma 3, 6 ve 12 aylık izlemlerde korunmuştur.	2
Braga, ve ark. 2010	44 OKB Hastası	BDGT (n=44)	12	120'	7-8 (2)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) (Cordioli ve ark. 2002)	18 ve 24 ay	Y-BOCS puanlarındaki sonestteki azalma 2 yıllık izlemlerde korunmuştur	2
Cordioli ve ark. 2002	32 OKB Hastası	BDGT (n=32)	12	120'	5-8 (2)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) (Cordioli ve ark. 2002)	3 ay	Sonestte Y-BOCS, HAM-A, HAM-D puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır. 3 aylık izlemlerde tüm kazanımlar korunmuştur.	2
Fenger ve ark. 2007	24 OKB Hastası	BDGT (n=24)	16	120'	6 (2)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) (Clark 2004, Wells 1997)	3 ay	Sonestte Y-BOCS puanları anlamlı bir şekilde azalmış, SCL-90 ölçümlerinde ılımlı iyileşme olmuştur. İzleme ait bulgu belirtilmemiştir.	0
Haraguchi ve ark. 2011	36 OKB Hastası	BDGT (n=36)	12	90'	5-7 (3)	BDT (bt, dt) (Rees ve Nathan 2001)	Yok	Sonestte Y-BOCS, RAS ve RIQ puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır. BDI-II sonest puanlarında anlamlı bir azalma gözlenmemiştir.	8
Håland ve ark. 2010	54 OKB Hastası	DGT (n=54)	12	150'	5-7 (2)	MTÖ (Psikoeğitim, mtö)	3 ve 12 ay	Sonestte Y-BOCS puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır. 3 aylık ve 1 yıllık izlemlerde kazanımlar korunmuştur	4
Himle ve ark. 2006	69 OKB Hastası	DGT (n=69)	7	120'	6-8(?)	DT (pse, mtö + 2 saatlik aile üyeleri ile seans)	Yok	İç görüşü yüksek hastalar düşük olanlara göre terapiden daha fazla faydalanmıştır. Ancak düşük içgörülü hastalar da iyileşme göstermiştir.	DGT ?

Kearns ve ark. 2010	24 OKB Hastası	BDGT (n=24)	10	90'	4-8 (1-2)	BDT (pse, mtö, bt ve nö)	Yok	Sontestte Y-BOCS, Maudsley OCI, BDE, BAE puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır	BDGT 3
Prasko ve ark. 2009	47 OKB Hastası	BDGT	5	?	? (?)	BDT (pse, mtö, bt ve nö iletişim becerileri ergo terapi ve spor ile tamamlama)	Yok	Tüm hastalar Y-BOCS puanlarında anlamlı gelişme göstermişlerdir.	?
Şafak ve ark. 2014	37 OKB Hastası	BDGT (n=37)	14	90-120dk	8-10 (1)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) (Clark 2004; Steketee 1993)	Yok	Sontestte Y-BOCS, BDE, BDA puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır.	BDGT 8
BDGT İLE SADECE BEKLEME LİSTESİ ya da PLASEBO KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMALARİ									
Cordioli ve ark. 2003	46 OKB Hastası	1. BDGT (n=23) 2. BL (n=24)	12	120'	7-8 (2)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) (Cordioli ve ark. 2002)	3 ay	Sontestte Y-BOCS, OVIS puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır. BDGT bekleme listesine göre anlamlı bir şekilde daha etkilidir. 3 aylık izlemde tedavi grubu kazanımları artarak devam etmiştir.	BDGT 1 BL 1
Fineberg ve ark. 2005	41 OKB Hastası	1. BDGT (n=24) 2.Gr. GT (n=17)	12	120'	7-9 (1)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) GT (Kas gevşemesi, gevşeme ve nefes alma, meditasyon)	3 ay	Sontestte BDGT grubunda Y-BOCS puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır. 3 aylık izlemde tedavi grubu kazanımları artarak devam etmiştir. BDGT ve GT gruplarının sontest Y-BOCS, HAS, MADRS, SASS puanlarında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır.	BDGT 1 Grup GT 6
BDGT İLE FARMAKOTERAPİ KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMALARİ									
Belotto-Silva ve ark. 2012	158 OKB Hastası	1. BDGT (n=70) 2. Fluoksetin (20mg-80mg) (n=88)	12	120'	6-8 (2)	BDT (pse, mtö bt, nö, aile seansı) (Cordioli ve ark. 2002)	Yok	İki grupta da Y-BOCS puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı düzeye ulaşmamış bir düşme vardır. Y-BOCS puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur	BDGT 18 İlaç tedavisi 33
Borges ve ark. 2011	46 OKB Hastası	1. BDGT (n=28)	12	120'	5-8 (1)	BDT (pse, mtö bt, nö) (Cordioli ve ark.	5 yıl	Sontestte Y-BOCS puanlarında anlamlı bir düşme vardır. Y-BOCS puanları açısından tedavi	BDGT 3

		2. Sertraline (50mg-100 mg) (n=28)				2002)		grupleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. 5 yıllık izlemde de kazanımlar korunmuştur	ilaç tedavisi 3 * izlemde; BDGT alan 21, Sertraline alan 25 kişiden ölçüm alınabilmiştir
Hoexter ve ark. 2012	38 OKB Hastası	1. BDGT (n=19) 2. Fluoksetin (20mg-80mg) (n=19) SK	12	120'	6-8 (1)	BDT (pse, mtö bt, nö, aile seansı) (Cordioli ve ark. 2002)	Yok	Y-BOCS, puanlarında anlamlı düşme vardır. Y-BOCS puanları açısından tedavi grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır Sadece BDGT alan grubun BDE puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır.	BDGT 6 ilaç tedavisi 6
Hoexter ve ark. 2013	38 OKB Hastası	1. BDGT (n=19) 2. Fluoksetin (20mg-80 mg) (n=19)	12	120'	6-8 (1)	BDT (pse, mtö bt, nö) (Cordioli ve ark. 2002)	Yok	Y-BOCS puanlarında anlamlı düşme vardır. Y-BOCS puanları açısından tedavi grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır Sadece BDGT alan grubun BDE ve BAE puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır.	BDGT 4 ilaç tedavisi 5
Sousa ve ark. 2006	56 OKB Hastası	1. BDGT (n=28) 2. Sertralin (50mg-100 mg)(n=28)	12	120'	5-8 (1)	BDT (pse, mtö bt, nö) (Cordioli ve ark. 2002)	Yok	Y-BOCS, BDE ve BAE puanlarında anlamlı bir düşme vardır. Tedavi grupları arasında ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.	BDGT 3 ilaç tedavisi 3
BDGT İLE BİREYSEL BDT KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMALARI									
Anderson ve Rees 2007	63 OKB Hastası	1. BDGT (n=25) 2. Bireysel	10	120'	? (2)	BDT (pse, mtö bt, nö) (Rees ve Nathan 2001; hem bireysel hem de gruba	1 ay	Son testte iki tedavi grubunun Y-BOCS ve BDE puanları anlamlı bir şekilde düşmüştür ve her iki tedavi grubu birbirinden farklılaşmazken bekleme listesi grubuna göre daha etkilidir	BDGT 5 Bireysel BDT 4

		BDT (n=21) 3. BL (n=17)	10			uygulanabilen tedavi protokolü)		İzlemde tedavi koşullarının etkililiği bakımından Y-BOCS ve BDE puanlarında fark yoktur. İzlemde bekleme listesindekiler ile bir karşılaştırma yapılmamıştır.	BL 3
Belloch ve ark. 2011	44 OKB Hastası	1. BDGT (n=24) 2. Bireysel BDT (n=18)	16 18	120' 90'	5-7 (2)	BDT (pse, dt, bt, nö) (Cordioli ve ark. 2002) (Salkovskis 1999; Freeston ve ark., 2001; Rachman 2003; Clark 2004)	1 yıl	Her iki tedavide OKB'yle ilişkili işlevsel olmayan inançlar anlamlı biçimde azalmıştır. Ancak, bu açıdan bireysel tedavi grup tedavisinden daha etkilidir	BDGT 2 Bireysel BDT 2
Cabedo ve ark. 2010	42 OKB Hastası	1. BDGT (n=24) 2. Bireysel BDT (n=18)	16 18	120' 60'	5-7 (2)	BDT (pse, dt, bt, nö) (Cordioli ve ark. 2002) (Salkovskis 1999; Freeston ve ark., 2001; Rachman 2003; Clark 2004)	1 yıl	Sontestte her iki tedavi grubunun da Y-BOCS puanlarında anlamlı biçimde düşme vardır. Ancak gruplar arasında fark bulunamamıştır. 1 yıllık izlemde iyileşme oranları temelinde bireysel BDT (%62.5) BDGT'den (%31.8) daha üstündür.	BDGT 2 Bireysel BDT 2
Haaland ve ark. 2011	88 OKB Hastası	1. DGT (n= 62) 2. Bireysel DGT (n=26)	12 15	150' 90'	6 (2)	Maruz Bırakma Tepki Önleme (Psikoeğitim, MTÖ) (Kozak ve Foa 1998)	Yok	Sontestte her iki tedavi grubunun da Y-BOCS puanlarında anlamlı biçimde düşme vardır. Ancak gruplar arasında fark bulunamamıştır.	Grup MTÖ 9 Bireysel MTÖ 3
Jaurrieta ve ark., 2008a	57 OKB Hastası	1. BDGT (n= 19) 2. Bireysel BDT (n=19)	20 20	90' 45'	? (?)	BDT (pse, bt, mtö ve nö) (McGinn ve Sander-son, 1999)	1, 3, 6, 12 ay	Sontestte her iki tedavi grubunun da Y-BOCS, HAM-D, HAM-A puanları anlamlı bir şekilde düşmüştür ve her iki müdahale de bekleme listesi grubuna göre daha etkili bulunmuştur. Sontestte Bireysel BDT Y-BOCS puanlarının	BDGT 3 Bireysel BDT 3

		3. BL						düşmesi açısından BDGT'ye göre daha etkilidir. HAM-A ve HAM-D açısından bireysel ve grup müdahaleleri arasında fark yoktur.	BL -
Jaurieta ve ark. 2008b	20 OKB Hastası		20	90'	? (?)	BDT (pse, bt, mtö ve nö)	1 yıl	Tedavi sonunda bireysel BDT'nin OKB belirtilerini azaltmada BDGT'ye karşı elde ettiği üstünlük 1 yıllık izlemde ortadan kalkmıştır. 1 yıllık izlemde Bireysel BDT'nin sadece depresyon semptomlarını azaltmada BDGT'ye göre daha etkili olduğu görülmüştür.	BDGT ? Bireysel BDT ?
Jónsson ve ark. 2011a	110 OKB Hastası	1. BDGT (n=47) 2. Bireysel BDT (n=46)	15 BDT +3 gs	120' 60'	6 (2)	BDT (pse, bt, mtö, nö, aile seansı) (Salkovskis 1985)	6 ve 12 ay	İki grupta da Y-BOCS puanlarında anlamlı azalma vardır. Ancak tedavi grupları arasında Y-BOCS, BDI-II, BAE açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.	BDGT 4 Bireysel BDT 9
Jónsson ve ark. 2011b	70 OKB Hastası	1. BDGT (n=37) 2. Bireysel BDT (n=33)	15 BDT +3 gs	120' 60'	6 (2)	BDT (pse, bt, mtö, nö, aile seansı) (Salkovskis 1985)	Yok	Her iki müdahale de fonksiyonel olmayan inançlarda anlamlı azalma vardır. Ancak tedavi grupları arasında bu açıdan bir fark yoktur.	-
BDGT X FARKLI GRUP TERAPİLERİNİ KARŞILAŞTIRAN ÇALIŞMALAR									
Himle ve ark. 2001	113 OKB Hastası	1. DGT (n=24) 2. DGT (n=89)	12	120' (7) +60' (5) 120'	6-8(?)	DT (pse, mtö + 2 saatlik aile üyeleri ile seans)	3 ay ve ort:49.19 ay	Son testte her iki tedavi grubu da Y-BOCS ve BDE puanlarında anlamlı azalma göstermiştir OKB ve depresyon belirtilerini azaltmada tedavi grupları arasında fark yoktur. İzlemlerde kazanımlar korunmuştur.	DGT 0 DGT 0
McLean ve ark. 2001	76 OKB Hastası	1. BGT (n=34) 2. DGT	12	150'	6-8(2)	BT (pse, bt) (Freeston ve ark., 1996; Salkovskis, 1996)	3 ay	Son testte her iki tedavi grubunun da sY-BOCS puanları bekleme listesine göre anlamlı bir şekilde daha çok düşmüştür.	BGT 3 DGT 10

		(n=42) 3.BL (n=38)				.		Son testte ve 3 aylık izlemde DGT, BGT'den etkili bulunmuştur.	
Meyer ve ark. 2010a	93 OKB Hastası	1. Bireysel 2 seans (kontrol koşulu) + BDGT (n=45) (6 grup) 2. Bireysel 2 seans (MG ve DH) + BDGT (n=48) (6 grup)	2(bireysel kontrol koşulu) + 12 BDGT 2(bireysel MG+DH) + 12 BDGT	60'(ilk iki hafta kontrol koşulu) + 120' 60'(ilk iki bireysel MG+DH haftası) + 120'	6-8 (2) 6-8 (2)	BDT (pse, mtö ve nö) (VanNoppen ve ark. 1994) BDT (pse, mtö bt, nö) Cordioli ve ark., 2002	3 ay	Her iki tedavi grubunda da OKB belirtileri azalmıştır.	Sadece BDGT 3
Meyer ve ark. 2010b	40 OKB Hastası	1. Bireysel 2 seans (kontrol koşulu) + BDGT (n=45) (6 grup)	2(bireysel kontrol koşulu) + 12 BDGT	60'(ilk iki hafta kontrol koşulu) +	6-8 (2)	BDT (pse, mtö bt, nö) Cordioli ve ark., 2002	Yok	Her iki tedavi grubunda da OKB belirtileri azaltmıştır. OKB'nin kompülsiyon alt boyutunda MG+DH + BDGT anlamlı bir şekilde daha etkili bulunmuştur.	Sadece BDGT 2

		2. Bireysel 2 seans (MG ve DH) + BDGT (n=48) (6 grup)	2 (bi-reysel MG+ DH) + 12 BDGT	120' 60'(ilk iki bireysel MG+ DHhaf tasi) +120'	6-8 (2)				
Whittal ve ark. 2008	45 OKB Hastası	1.BGT (n=24) 2.DGT (n=21)	12	150'	6-8 (2)	BT (pse, bt) (Freeston ve ark.,1996; Salkovskis, 1996) DT (pse, mtö ve nö) (VanNoppen ve ark. 1994)	2 yıl	McLean ve arkadaşlarının (2001) 2 yıllık izlem sonuçlarıdır. DGT (MTÖ) alan hastaların Y-BOCS puanları izlemde daha fazla düşmüştür.	BGT 0 DGT 0

GENEL: OKB: obsesif-kompulsif bozukluk, BDGT: Bilişsel davranışçı grup terapisi, BGT: Bilişsel grup terapisi, DGT: Davranışçı grup terapisi; DT: Davranışçı teknikler, BT: Bilişsel Teknikler, GT: gevşeme terapisi, BL: bekleme listesi, SK: sağlıklı kontroller, Gr: grup, ?: Çalışmada rapor edilmemiş bilgi; **TEKNİKLER:** mtö: maruz bırakma ve tepki önleme, , pse: psiko-eğitim, bt: bilişsel teknikler, dt: davranışsal teknikler, nö: nüks önleme, gs: güçlendirici seans, MG: motivasyonel görüşme, DH: düşünce haritalama; **ÖLÇÜM ARAÇLARI:** Y-BOCS: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri (BDE), BDE-II: Beck Depresyon Envanteri-II, BAI: Beck Anksiyete Envanteri (BAE), HAM-A: Hamilton Anksiyete Ölçeği, HAM-D: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, HAS; Hamilton Anksiyete Derecelendirme, SCL-90: Psikolojik Belirti Tarama Testi, Maudsley OCI: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, OVIs: Overvalued ideas scale (aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği), MADRS: Depresyon değerlendirme ölçeği, SASS:Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ), RAS: Sorumluluk Tutumları Ölçeği; RIQ: Sorumluluk Değerlendirme Ölçeği

Yetişkinlerde Sosyal Fobinin Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkliliği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Social Phobia in Adults: A Systematic Review

Melikenaz Yalçın, Serap Tekinsav Sütcü

Öz

Bu çalışmada yetişkinlerde görülen sosyal fobinin (sosyal anksiyete bozukluğu) tedavisinde uygulanan bilişsel-davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılmış araştırma makalelerinin sistematik olarak gözden geçirilmesi amaçlanmaktadır. Sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini değerlendirmek için belirlenen ulusal ve uluslararası veri tabanlarında, belirlenen anahtar kelimelerle 2005-2015 yılları arasında yayınlanan araştırma makaleleri taranmıştır. Tarama sonucunda ulaşılan makalelerden tedavi etkililik çalışması olmayanlar, sosyal fobi/anksiyete dışında başka bozuklukların da incelendiği çalışmalar ve grup temelli olmayan çalışmalar çıkarılmıştır. Ölçütleri karşılayan 27 çalışmanın yöntem ve terapi özellikleri karşılaştırılarak sunulmuştur. Bu bulgular ışığında sosyal anksiyete bozukluğunda bilişsel davranışçı grup terapisinin yetişkinlerde sosyal fobi belirtilerini azalttığı ve yaşam kalitesini yükselttiği anlaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: Sosyal anksiyete, sosyal fobi, bilişsel-davranışçı terapi, grup terapisi.

Abstract

This study aims to review empirical studies that were used to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy programs for the treatment of social phobia (social anxiety disorder) in adults. Articles in English and Turkish that were published between the years of 2005 and 2015 have been searched in the national and international databases. The articles that were not therapy effectiveness studies, and group therapies that not based on cognitive behavioral approach, researches that examined different disorder apart from social phobia were eliminated. The remaining 27 studies that met the criteria were introduced in the context of method, therapy characteristics and results. Findings of articles revealed that cognitive behavior group therapy for social phobia decreases social phobia symptoms and improves the quality of life in adults.

Key words: Social anxiety, social phobia, cognitive behavior therapy, group therapy.

SOSYAL FOBİ kişinin başkalarının değerlendireceği birden çok durumdan sürekli korkma; sosyal ortamlarda olumsuz değerlendirilip aşağılanacağı, utanç duyacağı ya da

gülünç duruma düşecek biçimde davranacağından korkma durumu olarak tanımlanmıştır. Sosyal fobisi olan bireylerin sosyal ortamlarda kendilerini eleştirme eğilimleri artar, kızarma, çarpıntı, terleme, titreme gibi fiziksel belirtiler gösterirler (APA 2000).

DSM-IV-TR (APA 2000)'e göre sosyal fobide, utanç duyulabilecek toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan belirgin ve sürekli korku duyulur (A ölçütü). Korkulan, toplumsal ya da eylemin gerçekleştirilmesi gereken durumla karşılaşma bir anksiyete belirtisi doğurur (B tanı ölçütü). Bu bozukluğu olan ergenler ve yetişkinler korkularının aşırı ya da anlamsız olduğunu bilirler (C tanı ölçütü) ve çoğu zaman korkulan toplumsal ya da eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınırsa da bazen korkuya katlanılır (D tanı ölçütü).

Sosyal fobi toplumda yaygın görülen bir bozukluktur. Popülasyonun %3 ve %13'ünde görülmektedir ve en yaygın ikinci kaygı bozukluğudur. Bu kadar sık görülmesine karşın tanıyı karşılayanların %1,1'i tedavi seçenekleri aramaktadır (APA 2000). Sosyal fobinin depresyon ve alkol bağımlılığı için bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Sosyal fobi için bu kadar düşük tedavi arayışı önemli bir sorundur ve özellikle tedavinin olmadığı durumda alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı komorbiditesi yükselmektedir (Schnier ve ark. 2010). Yapılan alan çalışmaları kadınlarda sosyal fobinin görülme sıklığının erkeklere göre daha fazla olduğunu; klinik çalışmalar ise görülme sıklığının erkeklerde daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu durum kadınların daha fazla sosyal kaygı bildirdiği fakat erkeklerin tedavi arayışının kadınlardan daha fazla olduğu şeklinde açıklanabilir (APA 2000). Sosyal fobi diğer adıyla sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), yaşam kalitesini düşürmesine, işlevselliği olumsuz etkilemesine ve ekonomik açıdan da olumsuz etkileri olmasına rağmen, en zor anlaşılan ruhsal bozukluklardan biridir ve genellikle tanı konulmakta güçlük yaşanmaktadır (Acarturk ve ark. 2008).

Sosyal fobinin genellikle 13-19 yaşları arasında başladığı ve çocukluk çağında utançalık öyküsü alınan kişilerde başladığı görülmektedir. Stresli ve küçük düşürücü bir yaşantıdan sonra birden başlayabileceği gibi, yavaş yavaş da başlayabilir. Çoğu zaman sürekli bir gidiş gösterir. İşlevsellikteki bozulmanın derecesi kişinin yaşamındaki stres kaynaklarına ve gereksinimlerine göre dalgalanmalar gösterebilir. Örneğin karşı cinsle iletişim konusunda sıkıntıları olan kişinin sosyal fobisi evlendikten sonra azalabilir veya eşini kaybettikten sonra yeniden ortaya çıkabilir. (APA 2000)

Sosyal anksiyetenin tedavisi için en yaygın kullanılan tedaviler bilişsel davranışçı tedavilerdir. Bozukluğun bilişsel davranışçı açıklamaları incelendiğinde, bu konuda ilk açıklamalardan birini yapan Beck ve arkadaşlarına (1985) göre, bireyler ya sosyal durumlarda kişisel yeteneklerini azımsayarak ya da sosyal ortamlarda tehdit edici olayların ortaya çıkma olasılığını abartarak sosyal ortamları bir tehdit olarak görmekteydirler. Daha yakın zamanda Clark ve Wells (1995) ve Clark ve McManus (2002) sosyal anksiyeteyi sürdüren döngüyü açıklamışlardır. Buna göre sosyal anksiyetesi olan kişileri olumsuz kendilik değerlendirmeleri ve geçmişteki olumsuz sosyal yaşantılarına atıfları nedeniyle sosyal ortamlara girmeden önce olumsuz beklentileri olur. Bu beklentiler kişinin kendisini iyi temsil edemediğine dair olumsuz inançların ortaya çıkmasına yol açar. Bu inançlar kişinin kendine olan dikkatini arttırdığı gibi başkalarının kendini nasıl gözlediği ve algıladığıyla ilgili düşüncelerini de arttırır. Bu kendine dikkat etme sürecinde, dışarıdan gelen objektif bilgiler işlenmez. Kişi sosyal ortamları tehdit olarak algılar. Tehdidi azaltmak için kaçınma ya da güvenlik davranışları gösterebilir. Örneğin alkol alımı gibi güvenlik davranışı sosyal zorlukları azaltabilir. Sosyal ortamlara girmeme

şeklindeki kaçınma davranışları da psikososyal gelişim fırsatlarını azaltır ve sosyal becerilerde yetersizliklerin ortaya çıkmasına yol açar. Sosyal durumlar karşısında ortaya çıkan bu örüntü olayları yanlış değerlendirmeye neden olabilir ve kişinin önceki korkularını pekiştirir. Kısacası bu döngüye göre sosyal etkileşim öncesinde ve sonrasında bilişsel yanlışlıklar anksiyeteyi tetikler ve sosyal performansı etkiler.

Chambless ve Ollendick (2001) bilişsel davranışçı terapileri (BDT) SAB için iyi tanımlanmış ve etkili terapiler olarak kategorize etmişlerdir. Bilişsel davranışçı grup terapisinin (BDGT) de SAB için etkili bir tedavi olduğu belirtilmektedir (Heimberg 2001). Nitekim sosyal ortamlara girmekten kaçınan bu kişilerin korku duydukları ortamlara yüzleşmelerine yol açması ve bireysel terapilere göre ekonomik olması nedeniyle BDGT pek çok çalışmada tercih edilmektedir (Heimberg 2002).

Literatür incelendiğinde, sosyal anksiyetenin bilişsel modeli temel olarak oluşturulan en yaygın kullanılan iki tedavi programı vardır. İlki Amerika'da Heimberg ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilmiş BDGT tedavi programıdır. Bu program olumsuz sosyal bilişleri belirleyip, bunları yeniden yapılandırma ve yüzleştirme alıştırmaları üzerinden ilerler. Diğer ise İngiltere'de Clark ve Wells (1995)'in geliştirdiği BDGT programıdır. Heimberg'in sosyal anksiyete formülasyonu ile benzer olan program, bireysel tedavinin grup formatına uygulanmış biçimdir (McCarthy ve ark 2013). Son dönemlerde bu tedavilerle birlikte uygulanan ve ek olarak geliştirilmiş tedavi programları da uygulanmaya başlanmıştır.

1982-2005 yılları arasında yayınlanmış sosyal fobideki psikolojik müdahalelerin etkililiğini inceleyen çalışmaları gözden geçiren bir derlemede izlem görüşmelerinde bireysel BDT'nin BDGT'ye göre daha etkili olduğu belirtilmiştir (Ponniah ve Hollon 2008). Son dönemlerde yapılmış BDGT'nin etkililik çalışmalarında yeni yaklaşımların eklendiği, bireysel BDT ve ilaç tedavisi veya ön-test, son-test ve izlemlerle karşılaştırıldığı görülmüştür. Bu nedenle bu çalışmada sosyal anksiyetenin tedavisi için uygulanan BDGT'nin etkililiğini araştıran son yıllarda yapılmış çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. 2005 yılı öncesinde yayınlanan çalışmaları derleyen bir makale olduğundan bu çalışmada 2005-2015(Nisan) yılları arasında yayınlanan etkililik çalışmaları gözden geçirilmiştir.

Yöntem

Bu çalışmada yetişkinlerde sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde kullanılan BDGT programlarının etkililiğini değerlendirmek için PsycINFO, PsycARTICLES, PubMed ve ULAKBİM Sosyal Bilimler ve Tıp veri tabanlarında 2005-2015 yılları arasında yayınlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Taramada 1)sosyal anksiyete ve bilişsel davranışçı grup terapisi (social anxiety and cognitive behavior group therapy), 2)sosyal anksiyete ve bilişsel terapi (social anxiety and cognitive therapy), 3)sosyal fobi ve bilişsel davranışçı grup terapisi (social phobia and cognitive behavior group therapy), 4)sosyal fobi ve bilişsel terapi (social phobia and cognitive therapy) anahtar kelimeleri kullanılmıştır. Tarama sonucunda ulaşılan makalelerden tedavi etkililik çalışması olmayanlar, sosyal fobi/anksiyete dışında başka bozuklukların da incelendiği çalışmalar, örneklemi çocuk ve ergenlerden oluşanlar ve uygulanan terapi yöntemi grup temelli olmayan çalışmalar bu çalışmanın kapsamı dışında bırakılmıştır.

Sonuçta ölçütleri karşılayan 27 yayınlanmış makaleye ulaşılmıştır. Bu makaleler içinde bazıları BDGT'nin sosyal fobinin sadece belirli bazı belirtileri üzerindeki etkisini

inceleyen çalışmalar olmasına rağmen, bu çalışmaya dahil edilmişlerdir. İncelenen çalışmalarda terapi etkililiğine ek olarak hastaların tanıları, tedaviye alınan hasta sayısı, tanı ve takibi ölçmek için kullanılan ölçekler, tedavi biçimleri, gruplara atama şekilleri ve tedavilerin seans sayısı, terapist sayısı, üye sayısı ve süresi ve uygulanan terapi biçimi gibi bilgiler de gözden geçirilmiştir

Bulgular

Çalışmalara ilişkin bilgiler Tablo 1 ve Tablo 2'de yazar adına göre alfabetik sıra ile verilmiştir. (Tablolar metin sonunda verilmiştir.)

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Örneklem

Çalışmalara katılan katılımcılar 18-65 arasında SAB tanı ölçütlerini karşılayan hastalardan oluşmaktadır. Bazı hastaların sadece SAB olduğu; bazılarının ise komorbid rahatsızlıklarının olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmaların çoğunda hastalar DSM-IV tanı ölçütlerine göre (Bjornsson ve ark. 2011);bazılarında ise MINI-Plus'a (Hedman ve ark. 2011) göre SAB tanı ölçütlerini karşılayıp karşılamadıkları değerlendirilmiştir. Örneklem büyüklüğününün 22 kişi (Dogaher ve ark. 2011) ile 256 kişi (McCarthy ve ark. 2013) arasında değiştiği görülmüştür.

Tedaviden Dışlama Ölçütleri

Çalışmalar incelendiğinde tedavi gruplarından dışlama ölçütlerinin genel olarak (20 çalışma) psikoz veya şizofreni, bipolar bozukluk, madde bağımlılığı, intihar girişimi veya kendine zarar verme öyküsünün varlığı olduğu görülmüştür (Klinger ve ark 2005, Koszycki ve ark. 2007). Bazı çalışmalarda ise ek olarak depresyon, A ve B kümesi kişilik bozuklukları ve mental retardasyon tanılarının olması çalışmalardan dışlama ölçütünü oluşturmuşlardır (Herbert ve ark. 2005, Mörtberg ve ark. 2005, Mörtberg ve ark 2006)

Tedavi ve Kontrol/Karşılaştırma Grupları

Çalışmalar incelendiğinde dokuz çalışmada kontrol ya da karşılaştırma grubunun kullanılmadığı, BDGT'nin ön-test, son-test ve/veya izlem verileri karşılaştırılarak etkililiğinin incelendiği görülmüştür (Marom ve ark., 2009, Mahoney ve McEvoy 2012). Ayrıca dört çalışmanın genellikle araştırma kliniklerinde hastaların daha kontrollü seçildiği ortamlarda denenmiş BDGT programlarının daha kalabalık ve sosyoekonomik açıdan her kesimden hastanın geldiği ve terapi için hasta seçiminin kontrollü olmadığı toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanarak etkililiğini değerlendirmeyi amaçladığı anlaşılmıştır (Gaston ve ark. 2006, McEvoy ve ark.2012). Bu çalışmalar da kontrol ve karşılaştırma grubu kullanmamışlar ve etkililiği ön test son test sonuçlarına göre değerlendirmişlerdir. Bununla birlikte aynı BDGT programının daha önce araştırma kliniklerinde kullanıldığı çalışmaların sonuçlarıyla bir kıyaslama yapmaya girişmişlerdir.

Çalışmaların bazılarında ise, fiziksel egzersiz, dikkat eğitimi, sosyal beceri eğitimi gibi tekniklerin eklendiği standart BDGT ve internet üzerinden uygulanan bilişsel terapi ile standart BDGT'nin karşılaştırıldığı görülmüştür (Herbert ve ark. 2005, Merom ve ark.2008, McEvoy ve Perini 2009, Hedman ve ark. 2011). Ayrıca farkındalık temelli bilişsel terapinin (mindfulness based cognitive therapy) BDGT ile karşılaştırıldığı 2 etkililik çalışması da göze çarpmaktadır (Koszycki ve ark. 2007, Piet ve ark 2010).

Farkındalık temelli bilişsel terapi ilk olarak Kabat-Zinn and Santorelli (1993) tarafından geliştirilen ve tedavi protokolünde stres ve meditasyon teknikleri ile ilgili psikoeğitim; yoga, oturma pozisyonları ile ilgili rehberlik ve bunların bilişsel tekniklerle birlikte uygulanmasını içeren bir terapi modelidir (Kabat-Zinn ve Santorelli(1993) 'den akt. Koszycki ve ark. 2007)

Clark ve Wells'in (1995) modeli doğrultusunda geliştirilmiş zamandan tasarruf sağlayan gevşeme egzersizleri, aşamalı maruz bırakma ve günlük egzersizlerini içeren 41 saatlik yoğun BDGT ile kontrol grubunun karşılaştırıldığı 2 çalışma vardır (Mörtberg ve ark. 2005, Mörtberg ve ark. 2007). SAB'da ilaç tedavisi bireysel BDT ve BDGT'ye kontrol grubunun karşılaştırıldığı 1 çalışma (Mörtberg ve ark. 2007); ilaç tedavisi, plasebo, BDGT ve ilaç tedavisi ve BDGT'nin kombinasyonunun karşılaştırıldığı bir çalışma bulunmaktadır (Blanco ve ark. 2010). Ayrıca BDGT'nin sanal gerçeklik terapisi ile karşılaştırıldığı birkaç çalışma bulunmaktadır. Seans içinde sanal maruz bırakma yani sanal gerçeklik terapisi (virtual reality for exposure therapy-VRT) bilgisayar temelli bir uygulamadır ve bilgisayar üzerinden sanal olarak tasarlanan sosyal durumlara maruz bırakma ve terapistlerin de mikrofon aracılığı ile destek sağladığı bir yöntemdir. Kişi anksiyete hiyerarşisinde yer alan sosyal durumlara sanal olarak maruz bırakılır. Bu yöntemi kullanan çalışmaların birinde BDGT ile VRT (Klinger ve ark. 2005); diğerinde VRT, BDGT ve bekleme listesi karşılaştırılmıştır (Price ve Anderson 2011).

Tedavi Gruplarına Atama

Gözden geçirilen çalışmalarda kontrol ya da karşılaştırma grubu olan çalışmalardan 12 tanesinde tedavi koşullarının belirlenmesi seçkisiz atama yöntemiyle olmuştur (Blanco ve ark 2010, Hedman 2011). Diğer beş çalışmada seçkisiz atama yönteminin kullanılmadığı belirtilmiştir.

Kullanılan Ölçme Yöntemleri

Çalışmaların hepsinde SAB tanısının konması ve dışlama ölçütlerinin belirlenmesi için deneyimli klinisyenler tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre klinik görüşme yapıldığı görülmüştür. Çalışmaların hepsinde ön-test son test ölçümleri alınmıştır. Bazı ölçümler klinisyen tarafından bazı ölçümler ise hastanın öz-bildirimine dayalı olarak elde edilmiştir. Bazı çalışmalar SAB'ın genel özelliklerine odaklandığı için SAB'ı değerlendiren araçların, bazı çalışmalar da SAB'ın özgül belirtilerini azaltmaya yönelik olduğu için bu belirtilere yönelik farklı ölçme araçlarının kullanıldığı görülmüştür. Klinisyen tarafından SAB belirtilerini sorgulamak için sıklıkla Leibowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Hastalar da SAB belirtileri için öz-bildirim ölçekleri doldurmuşlardır (örn. Etkileşim Kaygısı Ölçeği, Sosyal Fobi Ölçeği, Korku Ölçeği, Olumsuz Değerlendirilme Korkusu Ölçeği).

Hastaların SAB'a eşlik eden sorunlarını anlamak ve saptamak için genellikle Depresyon Kaygı Stres Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği gibi ölçekler kullanılmıştır (örn. Mahoney ve McEvoy 2012, McEvoy 2007). Ayrıca SAB'ın kişinin hayatını ve işlevselliğini nasıl etkilediğini anlamak için de genellikle Yaşam Kalitesi Ölçeği, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği gibi ölçekler uygulanmıştır (Klinger ve ark. 2005, Koszycki ve ark. 2007). Tablo 1'de araştırmalarda kullanılan ölçekler verilmiştir. Tablo da Türkçe uyarlaması olan ve Türkiye'de yaygın olarak kullanılan ölçekler Türkçe isim ve kısaltmalarıyla verilmiş, Türkçe uyarlaması olmayan ya da bulunamayanlar karışıklık olmaması için orijinal isimleri ve kısaltmaları ile verilmiştir.

Bazı çalışmalarda ön-test, son-test ölçümlerinin yanı sıra izlem ölçümleri de alınmıştır. İzlem ölçümleri alan çalışmaların genellikle 3 ay ile 1 yıl arasında değişen zaman aralıklarında ölçüm aldığı görülmüştür (Mörtberg ve ark. 2006, Watanabe ve ark. 2010)

Çalışmalardaki BDGT'nin İçeriği ve Uygulanışı

Uygulanan Teknikler

BDGT programında uygulanan teknikler açısından incelendiğinde standart BDGT programlarında çoğunlukla psiko eğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, seans içi maruz bırakma çalışmalarının olduğu görülmüştür (Koerner ve ark. 2013, Watanabe ve ark. 2010). Bunun yanında bazı çalışmalarda sosyal beceri eğitimi (Herbert ve ark. 2005), dikkat eğitimi (McEvoy ve Perini 2009) ve farkındalık eğitimlerinin (Koszycki ve ark. 2009, Piet ve ark. 2010) bu tekniklere eklendiği anlaşılmıştır.

Seans Özellikleri ve Sayısı

Uygulanan BDGT programlarının uzunlukları incelendiğinde çalışmaların hepsi seans uzunluğunu belirtmiştir. Seans uzunluğunun ortalama 2-2.5 saat arasında değiştiği görülmüştür (Dogaher ve ark. 2011, Kawaguchi ve ark. 2013). Yoğun BDGT olarak adlandırılan programın 3 hafta boyunca ve haftanın 3 günü günde 5 saat sürdüğü belirtilmiştir (Mörtberg 2005). Yoğun BDGT dışında BDGT programlarının uzunluğunun en az 7 (Mahoney ve McEvoy 2012) en çok da 20 seans (Kawaguchi ve ark. 2013) olduğu görülmüştür. En yaygın uygulama ise 12 seanslık BDGT uygulamalarıdır (Klinger ve ark.2005, Koerner ve ark.2013).

Üye ve Terapist Sayısı

Gruptaki üye sayısı incelendiğinde çalışmalar genellikle grubun kaç kişiden oluştuğunu belirtmiştir, sadece 1 çalışmada gruptaki üye sayısı belirtilmemiştir (Merom ve ark. 2008). Gruplar en az 2 kişi (Bjornsson ver ark. 2011) ve en fazla 11 kişiden (McEvoy ve Saulsman 2014) oluşmaktadır. Genel olarak bakıldığında grupların ortalama 6-8 kişiden oluştuğu görülmektedir.

Çalışmaların Bulguları

Karşılaştırma gruplarının olmadığı ön-test, son-test ve izlem çalışmaları ile etkililiğin incelendiği dokuz çalışmada ön-test,son-test ve izlem çalışmalarının ölçümleri doğrultusunda sosyal fobi belirtilerinde anlamlı bir azalma olduğu ve BDTG' nin etkili olduğu bulunmuştur (örn. Ashbaugh ve ark. 2007, Chen ve ark. 2007, Koerner ve ark. 2013).

Bir grup çalışmada da genellikle araştırma kliniklerinde ve kontrollü bir örneklem seçimiyle uygulanan ve etkili bulunan BDGT programının toplum ruh sağlığı merkezlerinde de etkili olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan dört çalışmada, toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanan BDGT'nin ön ve son test sonuçları, terapisinin SAB belirtilerini azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca elde edilen sonuçların araştırma kliniklerindeki uygulamalar kadar etkili olduğu bildirilmiştir. (Gaston ve ark. 2006, McCarthy ve ark. 2013,McEvoy 2007, McEvoy ve ark. 2012).

Bu gözden geçirmede BDGT ile diğer tedavi yöntemleri ve kontrol gruplarının karşılaştırıldığı 17 çalışma olduğu görülmüştür. Bireysel BDT ve grup BDT'nin etkililiği sadece iki çalışmada karşılaştırılmıştır. Dogaher ve arkadaşları (2011) grup BDT'nin bireysel BDT'den daha etkili olduğunu bildirirken; Mörtberg ve arkadaşları (2007), grup BDT'nin sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili olduğunu ancak bireysel BDT'ye

kıyasla daha az etkili olduğunu belirtmiştir. Hedman ve arkadaşları (2011) internet temelli bilişsel terapi ile BDGT'yi karşılaştırmışlar ve iki tedavi yöntemi arasında anlamlı bir fark olmadığını, sosyal fobi belirtilerini azaltmada iki yöntemin de eşit düzeyde etkili olduğunu bulmuşlardır.

İlaç tedavisi ile BDGT'nin etkililiğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, ilaç tedavisi ve BDGT'nin etkinlik düzeylerinin benzer olduğu bildirilmiştir (Mörtberg ve ark. 2007). İlaç tedavisinin kullanıldığı bir başka çalışmada da BDGT, kontrol grubu ve ilaç ile BDGT'nin birlikte olduğu gruplar karşılaştırılmıştır. İlaç ve BDGT'nin birlikte olduğu grubun diğer gruplardan daha etkili olduğu bulunmuştur (Blanco ve ark.2010).

Farklı teknikleri içeren BDGT'yi karşılaştıran çalışmaların sonuçları incelendiğinde genellikle farklı BDGT gruplarının benzer etkinliğe sahip olduğu bulunmuştur. Dikkat eğitiminin eklendiği BDGT ile standart BDGT'nin karşılaştırıldığı çalışmada da (McEvoy ve Perini 2007); fiziksel egzersizin eklendiği BDGT ile standart BDGT'nin etkililiğinin karşılaştırıldığı çalışmada da grupların sosyal fobi belirtilerinin anlamlı olarak azalmasını sağladığı fakat karşılaştırma grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Merom ve ark. 2008). Farkındalık temelli bilişsel terapi ile standart BDGT'nin karşılaştırıldığı iki çalışmada da; iki grubun da SAB belirtilerini azaltmada etkili olduğu fakat BDGT'nin istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha etkili olduğu bulunmuştur (Koszycki ve ark. 2007, Piet ve ark. 2010). VRT ve BDGT'nin etkililiğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada iki grubun da SAB belirtilerini azaltmada etkili oldukları ancak aralarında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. (Klinger ve ark.2005).VRT, maruz bırakma temelli grup terapisi ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da benzer biçimde iki tedavi grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı ve kontrol grubuna göre SAB belirtilerini azaltmada eşit düzeyde etkili oldukları bulunmuştur (Price ve Anderson 2011). Destekleyici grup terapisi ve BDGT'nin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada yine gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Bjornsson ve ark. 2011). Rapee ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada ise kendine yardım grubu, terapist destekli kendine yardım grubu, standart BDGT ve bekleme listesi grubu karşılaştırılmıştır. Kendine yardım grubunda Sosyal Fobinin Üstesinden Gelmek (Rapee,1998) adlı kitabı 12 hafta boyunca okuyup gelişmelerin kaydedilmesi istenmiştir. Terapist destekli kendine yardım grubunda ise, 12 hafta içinde grup formatında toplam beş görüşme yapılmıştır. Sosyal fobi belirtilerini azaltma konusunda bütün grupların bekleme listesinden anlamlı olarak daha başarılı olduğu; terapist destekli kendine yardım grubu ile BDGT arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Rapee ve ark. 2007)

Gözden geçirilen araştırmalar izlem çalışmaları açısından incelenecek olursa; 14 araştırmada izlem çalışmasının olduğu görülmüştür. Bu çalışmalarından sekiz tanesinin bir yıllık izlem çalışmalarının olduğu (Marom ve ark. 2009, Blanco ve ark. 2010); altı çalışmanın da terapinin bitimini takiben birinci, üçüncü veya altıncı aylarda izlem çalışması yaptıkları görülmüştür (Herbert ve ark. 2005, McEvoy ve Saulsman 2014). İzlem verisi alan bütün çalışmalarda BDGT ile elde edilen kazanımların korunduğu ve tedavinin etkilerinin devam ettiği bulunmuştur.

Tartışma

Bu çalışmada 2005-2015 yılları arasında yayınlanan SAB olan yetişkinlere yönelik uygulanan BDGT'lerin etkililiğini değerlendiren ampirik araştırma makaleleri gözden

geçirilmiştir. 2005 öncesi çalışmalar incelendiğinde genellikle bireysel BDT ve ilaç tedavilerinin BDGT ile karşılaştırıldığı görülmüştür. Son 10 yılda yapılan çalışmalarda ise daha çok standart BDGT'ye dikkat eğitimi, farkındalık eğitimi gibi yeni yaklaşımların eklendiği ve bu modellerin standart BDGT ile karşılaştırıldığı görülmüştür.

Karşılaştırma ve kontrol grupları içermeyen ön-test, son-test ve izlem görüşmelerine dayalı olarak yapılan etkililik çalışmaları BDGT'min etkili olduğunu ve sosyal anksiyete belirtilerini anlamlı bir şekilde azalttığını göstermiştir (Ashbaugh ve ark. 2007, Chen ve ark. 2007). Literatür genel olarak incelendiğinde sosyal fobi genel belirtilerinin yanında sosyal fobinin kendine olan dikkat, belirsizliğe karşı toleranssızlık, sosyal fobi ile ilgili işlevsel olmayan düşünce ve inançlar gibi özgül bazı belirtilerine odaklanan çalışmaların yapıldığı ve bu çalışmalarda genel olarak sosyal fobiyile ilişkili belirtilerin azaldığı ve hayat kalitesinin yükseldiği görülmüştür (McEvoy ve Perini 2009, Mahoney ve McEvoy 2012, Koerner ve ark 2013). Buradan hareketle bireysel psikoterapi yaklaşımlarına göre ekonomiklik sağlayan BDGT sadece araştırma kliniklerinde değil toplumun farklı kesimlerine hitap eden hastane ve kliniklerde de uygulanmış ve etkililiğini değerlendirmek için çalışmalar yapılmıştır. Bu tedavi protokollerinin topluma hizmet eden merkezlerde de uygulanabileceği ve SAB belirtilerini azaltmada araştırma kliniklerindeki kadar etkili olduğu bulunmuştur (Gaston ve ark. 2006, McEvoy 2007, McEvoy ve ark. 2012, McCarthy ve ark. 2013). Bu çalışmalar SAB'da BDGT uygulamasının toplumun diğer kesimlerinde de uygulanabileceğini ve dışsal geçerliliğinin olduğunu göstermektedir.

Doğası gereği sosyal ortamlardan kaçınma, sosyal ortamlara girdiğinde yoğun kaygı duyma belirtilerinin olması sebebiyle SAB'da BDGT'nin diğer rahatsızlıklara göre daha işlevsel bir yöntem olduğu ve çalışmanın tek başına grup ortamında yapılmasının bile belirtileri azaltmaya yardımcı olduğu düşünülebilir. Ortalama 6-9 hastanın yer aldığı grup terapisinin hastalara gerekli maruz kalma imkânı tanınması, diğer grup üyelerini model almaya olanak vermesi ve daha ekonomik olması BDGT'yi bireysel BDT'ye göre daha tercih edilir kılmaktadır. Çalışmalar incelendiğinde bireysel BDT ile BDGT'yi karşılaştıran sadece iki çalışma olduğu görülmüştür. Bu çalışmalar sayıca az olduğu gibi birbirinin tersi bulgulara ulaşmışlardır. Bu nedenle teorik olarak sosyal anksiyetenin tedavisinde BDGT'nin avantajları olacağı düşünülse de bu gözden geçirmede bu bilgiyi destekleyecek ampirik bulgulara ulaşamamıştır.

Bu gözden geçirmede ilaç tedavisinin karşılaştırma grubu olduğu iki çalışma yer almıştır. Çalışmaların birisinde BDGT ve ilaç tedavisinin benzer etkinliğe sahip olduğu bulunurken (Mörtberg ve ark 2007); diğerinde ilaç ve BDGT'nin birlikte verildiği tedavinin sadece ilaç ya da sadece BDGT'ye üstün olduğu bildirilmiştir (Blanco ve ark. 2010).

Gözden geçirilen çalışmalar incelendiğinde Heimberg (1995) ve Clark ve Wells (1995)'in sosyal fobi için geliştirdikleri tedavi protokollerinin en yaygın olarak kullanılan iki tedavi protokolü olduğu anlaşılmaktadır. Fakat bu tedavilerin ele aldığı konular temelinde yeni yaklaşımların eklendiği görülmektedir. Çalışmalar BDGT'ye fiziksel egzersiz, dikkat eğitimi, farkındalık temelli teknikler vb tekniklerin eklendiği terapi modellerinin de standart BDGT'den daha üstün olmadığını göstermiştir. Ancak bu çalışmalar da henüz çok az sayıdadır. Son dönemlerde geliştirilen yeni tekniklerle ilgili yeni çalışmaların yapılması tedavilerin etkililiği ile ilgili daha fazla fikir verebilir.

Çalışmalarda etkili bulunan tedavilerin farklı uzunluklarda olduğu görülmüştür. Genellikle 7-12 seans süren tedavilere alternatif olarak temelde tedavi protokolünün aynı olduğu fakat daha sıkıştırılmış terapilerin uygulandığı görülmektedir (Mörtberg ve ark. 2005, Mörtberg ve ark. 2007). Bu terapilerin de standart BDGT kadar etkili olduğu bulunmuştur. Bu sayede uygulama ve sonuç almanın daha kolay olabileceği söylenebilir. Fakat bu yoğun terapilere ayaktan hastaların katılımı zor olabileceği için yatan hastaların katılımı daha kolay olabilir. Çalışmaların birçoğunda gruplara katılan kişilerin yaş aralığı, demografik özellikleri ve etnik kökenlerinin farklı olduğu belirtilmiştir fakat bu özelliklerin tedavi sürecine etkileri ile ilgili bilgilere rastlanmamıştır. Literatürde bu doğrultuda yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu gözden geçirmede son on yılda yayınlanmış 27 çalışmaya ulaşılmıştır. Bu yüksek rakam yetişkinlerde SAB'da BDGT'lerin yaygın olarak kullanıldığı fikrini vermektedir. Bununla birlikte gözden geçirilen çalışmalar arasında Türkiye'de yapılmış bir çalışmanın olmaması dikkat çekicidir. Bunun çeşitli nedenleri olabilir. Bir nedeni bu konuyla ilgili çalışmaların çoğunun yapıldığı hastane ve kliniklerde Türkiye'de farklı bir prosedürün işlenmesi, personel sıkıntısı ve hasta yoğunluğu gibi nedenlerle psikoterapi uygulamalarının sınırlı oranda uygulanması olabilir. Bir başka nedeni de, BDT uygulama etkinliğine sahip kişi sayısının yetersizliği olduğu düşünülebilir. Ülkemizde yeterli sayıda yetkin kişinin yetişmesine ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Sonuç

SAB toplumda en sık rastlanılan bozukluklardan biri olup, hastanın işlevselliğini önemli ölçüde bozmaktadır. Bu gözden geçirmede BDGT'nin yetişkinlerde görülen sosyal anksiyete belirtilerini azalttığı ve bireylerin hayat kalitesini artırdığı bulunmuştur. Sosyal anksiyete belirtilerini azaltmada hangi teknikleri içeren BDGT'nin daha etkili olduğu ya da BDGT'nin bireysel BDT'den daha etkili olup olmadığı gibi soruların yanıtlanması için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

- Acarturk C, Graaf de R, Straten van A, Have MT, Cuijpers P (2008) Social Phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: a population-based study. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 43:73-279.
- APA (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Ashbaugh A, Antony MM, Liss A, Summerfeldt LJ, McCabe RE, Swinson RP (2007) Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Depress and Anxiety*, 24:169-177.
- Barlow DH (2001) *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York, Guilford.
- Beck AT, Emery G (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York, Basic Books.
- Bjornsson AS, Bidwell L, Brosse AL, Carey G, Hauser M, Mackiewicz Seghete KL et al. (2011) Cognitive-behavioral group therapy versus group psychotherapy for social anxiety disorder among college students: A randomized controlled trial. *Depress and anxiety*, 28: 1034-1042.
- Blanco C, Heimberg RG, Schneier FR., Fresco DM, Chen H, Turk CL et al. (2010) A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 67:286-295.
- Chambless DL, Ollendick TH (2001) Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol*, 52:685-716.
- Chen J, Nakano Y, Ietzu T, Ogawa S, Funayama T, Watanabe N et al. (2007) Group cognitive behavior therapy for Japanese patients with social anxiety disorder: preliminary outcomes and their predictors. *BMC Psychiatry*, 7:69.
- Clark DM, McManus F (2002). Information processing in social phobia. *Biol Psychiatry*, 51: 92-100.

- Clark DM, Wells A (1995) A cognitive model of social phobia. In *Social Phobia: Diagnosis, Assessment And Treatment* (Eds RG Heimberg, MR Liebowitz):69–93. New York: Guildford Press.
- Dogaheh ER, Mohammadkhani P, Dolatshahi B (2011) Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy in reducing fear of negative evaluation. *Psychol Rep*, 108: 955-962.
- Gaston J E, Abbott MJ, Rapee RM, Neary SA (2006) Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *Br J Clin Psychol*, 45:33-48.
- Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW, Massachusetts LY (1997) Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. *Clin Psychol*, 4:291–306.
- Hedman E, Andersson G, Ljótsson B, Andersson E, Rück C, Mörtberg E et al (2011) Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *PLoS One*, 6:e18001.
- Heimberg RG, Salzman DG, Holt CS, Blendell KA (1993) Cognitive behavioral group treatment for social phobia: effectiveness at five-year follow-up. *Cognit Ther Res*, 17:325-339.
- Heimberg RG, Juster HR, Hope DA, Matti JI (1995) Cognitive-behavioral group treatment: description, case presentation, and empirical support. In *Research Perspectives* (Eds MB Stein):293–321. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Heimberg RG (2001) Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *J Clin Psychiatry*, 62:36-42.
- Heimberg RG (2002) Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biol Psychiatry*. 51:101–108.
- Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Myers VH, Dalrymple K, Nolan EM (2005) Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behav Ther*, 36:125-138.
- Kawaguchi A, Watanabe N, Nakano Y, Ogawa S, Suzuki M., Kondo M et al (2013) Group cognitive behavioral therapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: outcomes at 1-year follow up and outcome predictors. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 9:267-275
- Klinger E, Bouchard S, Légeron P, Roy S, Lauer F, Chemin I, Nugues P (2005) Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *Cyberpsychol Behav*, 8:76-88.
- Koerner N, Antony MM, Young L, McCabe RE (2013) Changes in beliefs about the social competence of self and others following group cognitive-behavioral treatment. *Cognit Ther Res*, 37:256-265.
- Koszycski D, Benger M, Shlik J, Bradwejn J (2007) Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 45:2518-2526.
- Mahoney AE, McEvoy PM (2012) Changes in intolerance of uncertainty during cognitive behavior group therapy for social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 43:849-854.
- Marom S, Gilboa-Schechtman E, Aderka IM, Weizman A, Hermesh H (2009). Impact of depression on treatment effectiveness and gains maintenance in social phobia: a naturalistic study of cognitive behavior group therapy. *Depress Anxiety*, 26:289-300.
- McCarthy O, Hevey D, Brogan, A, Kell BD (2013) Effectiveness of a cognitive behavioural group therapy (CBGT) for social anxiety disorder: immediate and long-term benefits. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 6:1-13
- McEvoy PM (2007) Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behav Res Ther*, 45:3030-3040.
- McEvoy PM, Perin SJ (2009) Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: a controlled trial. *J Anxiety Disord*, 23:519-528.
- McEvoy PM, Nathan P, Rapee RM, Campbel BN (2012) Cognitive behavioural group therapy for social phobia: evidence of transportability to community clinics. *Behav Res Ther*, 50:258-265.
- McEvoy PM, Saulsman LM (2014) Imagery-enhanced cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: a pilot study. *Behav Res Ther*, 55:1-6.
- Merom D, Phongsavan P, Wagner R, Chey T, Marnane C, Steel Z et al. (2008) Promoting walking as an adjunct intervention to group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders—a pilot group randomized trial. *J Anxiety Disord*, 22:959-968.
- Mörtberg E, Berglund G, Sundin Ö (2005) Intensive cognitive behavioural group treatment for social phobia: a pilot study. *Cogn Behav Ther*, 34:41-49.
- Mörtberg E, Karlsson A, Fyring C, Sundin Ö (2006) Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: a randomized controlled study. *J Anxiety Disord*, 20:646-660.
- Mörtberg E, Clark DM., Sundin Ö, Åberg Wistedt A (2007) Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scand*, 115:142-154.
- Piet J, Hougaard E, Hecksher MS, Rosenberg NK (2010) A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scand J Psychol*, 51:403-410.

- Ponniah K, Hollon SD. (2008) Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychol Med*, 38:3-14.
- Price M, Anderson PL (2011) The impact of cognitive behavioral therapy on post event processing among those with social anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 49:132-137.
- Rapee RM, Abbott MJ, Baillie AJ, Gaston JE (2007) Treatment of social phobia through pure self-help and therapist-augmented self-help. *Br J Psychiatry*, 191:246-252.
- Schneier FR, Foose TE, Hasin DS, Heimberg RG, Liu SM, Grant BF et al (2010) Social anxiety disorder and alcohol use disorder comorbidity in the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Psychol Med*, 40:977-988.
- Taylor S (1999) Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 27:1-9.
- Watanabe N, Furukawa TA, Chen J, Kinoshita Y, Nakano Y, Ogawa S et al (2010) Change in quality of life and their predictors in the long-term follow-up after group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 10:1-10.

Melikenaz Yalçın, Araş.Gör., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir; **Serap Tekinsav Sütçü**, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütçü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.

E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir · No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 3 Mart/March 3, 2015 · **Kabul tarihi/Accepted** 19 Eylül/September 19,2015

Tablo 1. Çalışmalardaki yöntem özellikleri ve sonuçlar

Çalışma	Örneklem	Tedavi Grupları	BDT Teknikleri	Seçkisiz Atama	Ölçümler	Sonuçlar	E.B.
Ashbaugh ve ark. (2007)	DSM-IV 107 ayaktan hasta aş	1)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Yok	ÇBMÖ, SFÖ,EKÖ, DASS	Ön test son test sonuçlarına göre bütün ölçümlerde sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili	Büyük (0.8-1.3)
Bjornsson ve ark. (2011)	DSM-IV 53 ayaktan hasta 18-25 yaş	1) BDGT 2) GT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Var	LSAÖ, ODKÖ, IPDE,RTQ	Ön test ve son test sonuçlarına göre sosyal fobi belirtilerini azaltmada; BDGT=GT	?
Blanco ve ark. (2010)	DSM-IV 166 ayaktan hasta 18-65 yaş	1)BDGT 2) ilaç 3)BDGT+ilaç 4) Placebo	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Var	FQ, EKÖ,SFÖ, SDS	Ön test ve son test ölçümlerinde sosyal fobi belirtilerini; BDGT+ilaç> BDGT>Placebo	?
Chen ve ark. (2007)	DSM-IV 57 ayaktan hasta 18-65 yaş	1)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Yok	SFÖ, EKÖ, ODKÖ, LSAÖ,FQ	Ön test ve son test bütün ölçümlerde sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili	0.41-1.19
Dogaheh ve ark. (2011)	DSM-IV 22 ayaktan hasta 18-35 yaş	1)BDGT 2)BDT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Var	ODKÖ,BDE	Ön test ve son test bütün ölçümlerde sosyal fobi belirtilerini azaltmada , BDGT > BDT	0.5-0.8
Gaston ve ark. (2006)	DSM-IV 112 ayaktan	1)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden	Yok	EKÖ, SFÖ, ODKÖ, DASS	3 aylık izlemede bütün ölçümlerde sosyal fobi	1-1.3

	hasta 18-60 yaş		yapılandırma, Psikoeğitim			belirtilerini azaltmada etkili	
Hedman ve ark. (2011)	DSM-IV 101 ayaktan hasta 18-65 yaş	1)BDGT 2)İTBT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Var	LSAÖ, BAE,KDİ, SFÖ, EKÖ	6 aylık izlemde sosyal fobi belirtilerini azaltmada, BDGT=İTBT	0.36-0.41
Herbert ve ark. (2005)	DSM-IV 75 ayaktan hasta 18-65 yaş	1)SBE+BDGT 2)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim, Sosyal beceri eğitimi	Var	SPAI,FQ, OD-KÖ, BDE,SDS	6 aylık izlemde bütün ölçümler açısından sosyal fobi belirtilerini azaltmada, SBE+BDGT > BDGT	0.95-1.0
Kawaguchi ve ark. (2013)	DSM-IV 98 ayaktan hasta 14-63 yaş	1)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Yok	SFÖ, EKÖ, ODKÖ	1 yıllık izlemde bütün ölçümler açısından sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili	0.68
Klinger ve ark. (2005)	DSM-IV 36 ayaktan hasta 18-65 yaş	1)SGT 2)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Yok	LSAÖ, RAE, HAD, SDS, CGI	Ön test ve son test bütün ölçümler açısından sosyal fobi belirtilerini azaltmada, SGT=BDGT	?
Koerner ve ark. (2013)	DSM-IV 77 ayaktan hast 18-60 yaş	1)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Yok	STABS, SPIN,DASS	Ön test ve son test bütün ölçümler açısından sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili	0.56-1.32
Koszycki ve ark. (2007)	DSM-IV 53 ayaktan hasta 18-60 yaş	1)FTBT 2)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Var	LSAÖ, ,SFÖ, EKÖ, KDÖ, YKÖ	Ön test ve son test ölçümlerinde sosyal fobi belirtilerini azaltmada BDGT> FTBT	0.8-1.3
Mahoney ve	DSM-IV	1)BDGT	Maruz bırakma,	Yok	EKÖ, BDÖ, BTÖ	Ön test ve son test	0.37-0.61

McEvoy (2012)	32 ayaktan hasta 18-65 yaş		Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim			bütün ölçümlerde sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili	
Marom ve ark. (2009)	DSM-IV 219 ayaktan hasta 18-60 yaş	1)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Yok	LSAÖ, SDS, CGI-I, MADRS	1 yıllık izlemde bütün ölçümler açısından sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili	1.23
McCarthy ve ark. (2013)	DSM-IV 236 ayaktan hasta 19-66 yaş	1)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Yok	SFÖ, SEÖ, ODKÖ, SBQ, SCQ, BDÖ, BAÖ	1 yıllık izlemde bütün ölçümler açısından sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili	0.74-1.21
McEvoy (2007)	DSM-IV 153 ayaktan hasta 18-60 yaş	1)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Yok	SFÖ, EKÖ, BDÖ, AKBTT	Ön test ve son test bütün ölçümlerde sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili	0.80- 1.0
McEvoy ve Perini (2009)	DSM-IV 52 ayaktan hasta 18-59 yaş	1)BDGT+ DE 2)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim, Dikkat Eğitimi	Var	SFÖ, EKÖ BDÖ, ÜBO, PEPQ	Ön test ve son test ölçümlerine göre sosyal fobi belirtilerini azaltmada, BDGT+DE=BDGT	?
McEvoy ve ark. (2012)	DSM-IV 160 ayaktan hasta 18-65 yaş	1)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Var	SFÖ, SEÖ, LIS	Ön test ve son test bütün ölçümlere göre sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili	0.40
McEvoy ve Saulsman (2014)	DSM-IV 19 ayaktan hasta 18-65 yaş	1)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Yok	SFÖ, EKÖ	Ön test ve son test bütün ölçümlere göre sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili	0.8-1.3
Merom ve ark.	DSM-IV	1)BDGT+	Maruz bırakma,	Var	AAQ, DASS	Ön test ve son test DASS	?

(2008)	31 ayaktan hasta 18-65 yaş	egzersiz 2) BDGT +eğitim	Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim, Sağlıklı yaşam eğitimi, yürüme egzersizi			öçümüne göre sosyal fobi belirtilerini azaltmada; BDGT egzersiz=BDGT eğitim	
Mörtberg ve ark. (2005)	DSM-IV 27 ayaktan hasta 24-61 yaş	1)Yoğun BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Yok	LSAÖ, BAÖ, BDÖ,SDIL	1 yıllık izlemde bütün ölçümler açısından sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili	0.75-1.14
Mörtberg ve ark. (2006)	DSM-IV 52 ayaktan hasta 18-65 yaş	1)Yoğun BDGT 2)Bekleme Listesi	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Var	LSAÖ, SFÖ, SEÖ, ODKÖ, BDÖ, SDIL,SBQ	1 yıllık izlem görüşmesinde bütün ölçümlerde sosyal fobi belirtilerini azaltmada; Yoğun BDGT > Bekleme listesi	0.68-0.81
Mörtberg ve ark. (2007)	DSM-IV 100 ayaktan hasta 18-60 yaş	1)BDT 2)Yoğun BDGT 3)İlaç	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Var	LSAÖ, BDÖ, SFÖ, EKÖ,ODKÖ	1 yıllık izlem görüşmesinde bütün ölçümlerde sosyal fobi belirtilerini azaltmada; BDT> Yoğun BDGT=ilaç	?
Piet ve ark. (2010)	DSM-IV 26 ayaktan hasta 18-65 yaş	1)FTBT 2)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim, Farkındalık teknikleri	Var	LSAÖ, SCL-90, BAÖ, IIP, ODKÖ, SDS	1 yıllık izlem görüşmesinde sosyal fobi belirtilerini azaltmada; BDGT > FTBT	1.15
Price ve Anderson (2011)	DSM-IV 75 ayaktan hasta 18-65 yaş	1)BDGT 2)SGT 3)Bekleme Listesi	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim,	Var	ODKÖ, RQ	Ön test ve son test ölçümlerinde sosyal fobi belirtilerini azaltmada, BDGT=SGT>Bekleme	?

						Listesi	
Rapee ve ark. (2007)	DSM-IV 224 ayaktan hasta 20-64 yaş	1)KY 2)BDGT 3)PDKY	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma, Psikoeğitim	Var	EKÖ, SFÖ, ODKÖ, APPQ,SCS	3 aylık izlemde bütün ölçümler açısından sosyal fobi belirtilerini azaltmada, KY>PDKY=BDGT>Bekleme Listesi	1.07-1.10
Watanabe ve ark. (2010)	DSM-IV 48 ayaktan hasta 18-52 yaş	1)BDGT	Maruz bırakma, Bilişsel yeniden yapılandırma,Psikoeğitim, Dikkat eğitimi, atılgnlık eğitimi	Yok	SFÖ, EKÖ, SCL-90	1 yıllık izlemde bütün ölçümler açısından sosyal fobi belirtilerini azaltmada etkili	1.0

Kullanılan Ölçekler: AAQ:Active Australia Questionnaire;ACS:Attention Control Scale AKBTT: Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi ;APPQ :Albany Panic and Phobia Questionnaire ;BAÖ:Beck Anksiyete Ölçeği;BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği;BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ;CGI: The Clinical Global Impressions Scale ;ÇBMÖ:Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ;DASS :Depression Anxiety Stress Scales;EKÖ:Etkileşim Kaygısı Ölçeği; FQ: Fear Questionnaire; HAD: Zigmond and Snaith Hospital Anxiety Depression Scale; IIP :Inventory of Interpersonal Problems; IPDE:International Personality Disorder Examination; KDI: Kaygı Duyarlılığı İndeksi; KDO:Kişilerarası Duyarlılık Ölçeği ; LIS :Life Interference Scale LSAÖ:Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği ;MADRS:Montgomery and Asberg Depression Rating Scale; ODKÖ: Olumsuz Değerlendirilme Korkusu Ölçeği; PEPQ:Post-Event Processing Questionnaire; RAE:Rathus Atılgnlık Envanteri; RQ:Rumination Questionnaire ;RTQ :Reaction to Treatment Questionnaire ; SBQ: Safety Behaviours Questionnaire ; SCS :Self Consciousness Scale ; SCQ :Social Cognitions Questionnaire ;SCL-90: Symptom Checklist-90; SDS :Shehan Disability Scale ; SFÖ:Sosyal Fobi Ölçeği; SIDL:Symptoms' Influence on Daily Life Scale; SPIN:Social Phobia Inventory ; STABS: Social Thoughts and Beliefs Scale; ÜBÖ: Üst Biliş Ölçeği; YKÖ:Yaşam Kalitesi Ölçeği

Tedavi ve Teknikler: BDGT: Bilişsel-Davranışçı Grup Terapisi, GT: Grup Terapisi, FTBT: Farkındalık Temelli, Grup Terapisi,SBE:Sosyal Beceri Eğitimi, SGT: Sanal Gerçeklik Terapisi, KY: Kendine Yardım , PDKY: Psikolog Destekli Kendine Yardım , İTBT: İnternet Temelli Bilişsel Terapi, DE: Dikkat Eğitimi

Tablo 2. Çalışmalardaki bilişsel davranışçı grup terapi özellikleri

Çalışma	Seans süresi	Seans sayısı	Terapi sıklığı	Terapist sayısı	Üye sayısı
Ashbaugh ve ark. (2007)	2.5 saat	12 seans	Haftada 1	2	5-9
Bjornsson ve ark. (2011)	2 saat	8 seans	Haftada 1	2	2-8
Blanco ve ark. (2010)	2.5 saat	12 seans	Haftada 1	2	4-6
Chen ve ark. (2007)	2-2.5 saat	12 seans	Haftada 1	2	3-4
Dogaheh ve ark. (2011)	2 saat-2.5 saat	14 seans	Haftada 1	2	6-7
Gaston ve ark. (2006)	2.5 saat	12 seans	Haftada 1	2	4-8
Hedman ve ark. (2011)	2 saat-2.5 saat	14 seans	Haftada 1	2	6-7
Herbert ve ark. (2005)	2.5 saat	12 seans	Haftada 1	2	4-6
Kawaguchi ve ark. (2013)	2 saat	12-20 seans	Haftada 1	2	3-5
Klinger ve ark. (2005)	2 saat	12 seans	Haftada 1	2	max. 8
Koerner ve ark. (2013)	2 saat	12 seans	Haftada 1	2-3	7-10
Koszycki ve ark. (2007)	2.5 saat	12 seans	Haftada 1	2	6-8
Mahoney ve McEvoy (2012)	4 saat	7 seans	Haftada 1	2	4-6
Marom ve ark. (2009)	1.5 saat	18 seans	Haftada 1	2	6-9
McCarthy ve ark. (2013)	2.5 saat	14 seans	Haftada 1	2	6-9
McEvoy (2007)	4 saat	7 seans	Haftada 1	3	5-9
McEvoy ve Perini (2009)	4 saat	7 seans	Haftada 1	2	4
McEvoy ve ark. (2012)	2 saat	12 seans	Haftada 1	2	6-9
McEvoy ve Saulsman (2014)	2 saat	12 seans	Haftada 1	2	8-11
Merom ve ark. (2008)	2.5 saat	10 seans	Haftada 1	1	?
Mörtberg ve ark. (2005)	41 saat (toplam)	16 seans	1. hafta haftada 4.5 gün 2. ödev haftası 3.hafta haftada 3.5 gün	2	6-7
Mörtberg ve ark. (2006)	41 saat (toplam)	16 seans	1. hafta haftada 4.5 gün 2. ödev haftası	2	6-7

			3.hafta haftada 3.5 gün		
Mörtberg ve ark. (2007)	41 saat (toplam)	16 seans	1. hafta haftada 4.5 gün 2. ödev haftası 3.hafta haftada 3.5 gün	2	6-7
Piet ve ark. (2010)	2 saat	12 seans	Haftada 1	2	6
Price ve Anderson (2011)	?	8 seans	Haftada 1	2	3-6
Rapee ve ark. (2007)	2 saat	12 seans	Haftada 1	2	5-7
Watanabe ve ark. (2010)	2 saat	12 seans	Haftada 1	2	3-4

Panik Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Panic Disorder: A Systematic Review

Servet Kaçar Başaran, Serap Tekinsav Sütçü

Öz

Bu çalışmada panik bozukluğun tedavisinde uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini değerlendirmek için yapılmış ampirik çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Belirtilen ulusal ve uluslararası veritabanlarında ve belirtilen anahtar kelimelerle 2000-2015 (Şubat) yılları arasında yayınlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Tarama sonucunda ulaşılan makalelerden terapi etkililik çalışması olmayan ve bilişsel davranışçı temelli grup tedavisi olmayanlar çıkarılmıştır. Ölütleri karşılayan 19 çalışmanın yöntem ve terapi özellikleri karşılaştırılarak sunulmuştur. Sonuç olarak panik bozukluk tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı grup tedavisinin bozukluğa ilişkin belirtileri (panik atak sayısı, agorafobi düzeyi vb.) ve bozukluğa eşlik eden sorunları (depresyon, anksiyete duyarlılığı) azaltmada bireysel terapilerle eşit düzeyde etkili ancak daha az maliyetli olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: Panik bozukluk, bilişsel-davranışçı terapi, grup terapisi.

Abstract

This study aims to review empirical studies that evaluate effectiveness of cognitive-behavioral group therapy programs for treatment for panic disorder. Articles in English and Turkish that were published between the years of 2000 and 2015 (February) have been searched in the national and international databases. The articles that were not therapy effectiveness studies, and group therapies that not based on cognitive behavioral approach were eliminated. The remaining 19 studies that were met the criteria were introduced in terms of method, therapy characteristics and results. The results of the studies showed that cognitive behavioral group therapies have similar efficacy with individual cognitive behavioral therapy on panic disorder symptoms (panic attacks frequency, the level of agoraphobia etc.) and comorbid disorders (depression, anxiety sensitivity). However, cognitive behavioral group therapy is more cost-effective.

Key words: Panic disorder, cognitive behavior therapy, group therapy.

PANİK BOZUKLUK (PB), aniden ve kendiliğinden ortaya çıkan, yoğun iç sıkıntısı ile buna eşlik eden bedensel ve bilişsel belirtilerden oluşan panik ataklarla karakterize

bir hastalıktır (Angst 1998, APA 2000). Aniden gelen bu ataklar bireyler için oldukça sıkıntı vericidir ve işlevsellikte bozulmalara neden olmaktadır (Mendlowicz ve Stein 2000, Katon ve ark 1995, Carrera ve ark 2006). Grant ve arkadaşları (2006), 43.093 kişi ile yaptıkları yaygınlık çalışmasında PB'un yaşam boyu yaygınlığının %5.1 olduğunu saptamışlardır. 1998 yılında ülkemizde yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında ise PB'un son 12 aydaki yaygınlığı %0.4 olarak saptanmıştır (Kılıç 1998). Toplumda sık görülmesi ve önemli ölçüde yeti yitimi yaratması nedeniyle PB, sağlık hizmetlerinin her basamağında ilgi odağı olması gereken bir ruhsal bozukluktur (Alkın 2002).

PB tedavisinde genellikle ilaç tedavisi ve/veya bilişsel davranışçı terapi (BDT) kullanılmaktadır (Barlow 1988, Barlow ve ark. 1989, Pollack ve ark. 2003). PB için yapılan pek çok çalışmada ilaç tedavisinin etkililiği kanıtlanmıştır (Gould ve ark. 1995, Pollack 2005). Ancak pek çok hastanın, ilaç tedavisi devam ederken de belirtilerinin nüksede-bildiği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada ilaç tedavisinden 4 yıl sonra bireylerin %31'inin iyileştiği, %45'inin daha iyi hissettiği ancak belirtilerinin halen devam ettiği, %24'ünün ise aynı belirtileri yaşadıkları ya da daha da kötüleştikleri gözlenmiştir (Katschnig ve Amerig 1998). Yan etkilerinin olmaması, ilaç tedavisini reddeden hasta grubuna uygulanabilir olması (Otto ve ark. 1999) ve uzun süreli etkilerinin bildirilmesi (Nadiga ve ark. 2003) gibi nedenlerle BDT, ilaç tedavisine güçlü bir alternatif olarak düşünülebilir.

BDT, PB tedavisinde kullanılan etkili bir tedavi yöntemi olarak bildirilmekle birlikte, genellikle bireysel olarak uygulanmıştır (Sokol ve ark. 1989, Beck ve ark. 1992). Ancak grup temelli tedavilerin iyileştirici pek çok yönünün olduğu da bilinmektedir. Nitekim PB için iyi yapılandırılmış bir grup ortamı olması durumunda panik belirtilerini kontrol etmeye yönelik grup üyelerini rol model almaları ve tedaviden yararlanmaları olasıdır (Dannon ve ark. 2004). Ayrıca grup tedavisi, daha az maliyetli olması nedeniyle de tercih edilir bir tedavi yöntemidir (Roberge ve ark. 2008). Ancak, PB tedavisinde grup formatında BDT'nin etkililiğinin değerlendirildiği çalışma sayısı oldukça azdır (Roberge ve ark. 2008). Bu nedenle bu çalışmada panik bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapi (BDGT) programlarının etkililiğini araştıran çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışmada PB tedavisinde kullanılan BDGT programlarının etkililiğini bütüncül olarak değerlendirmek için 2000-2015 (Şubat) yılları arasında PsycNET, MEDLINE ve ScienceDirect veri tabanlarında yayınlanan İngilizce makaleler ve ULAKBİM Tıp ve Sosyal Bilimler veri tabanında yayınlanan Türkçe makaleler taranmıştır. Tarama sırasında (1) panik bozukluk ve bilişsel davranışçı grup terapisi (panic disorder and cognitive-behavioral group therapy), (2) panik bozukluk ve grup terapi (panic disorder and group therapy), (3) panik bozukluk ve BDGT (panic disorder and CBGT), (4) panik atak ve bilişsel davranışçı grup terapisi (panic attacks and cognitive behavioral group therapy) anahtar kelimeleri kullanılmıştır.

Tarama yapılırken başlık ya da özet sınırlandırılması yapılmadan, makalelerin tüm alanlarına ulaşılması istenmiştir. Ulaşılan makalelerin "özet" bölümleri okunarak ilgili olanlar ayrıştırılmıştır. Ulaşılan makalelerden tedavi etkililik çalışması olmayanlar, uygulanan psikoterapi çalışması BDGT olmayanlar ve terapi etkililik sonucu bildirme-

yenler çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu yöntem sonucunda ölçütleri karşılayan 19 yayınlanmış makaleye ulaşılmıştır. Bu gözden geçirme çalışmasında birkaç makalede aynı çalışmanın farklı bulgularının sunulduğu düşünülmekle birlikte, farklı sonuçlar bildirdiği için her bir makale birbirinden ayrı çalışmalar olarak ele alınmıştır. Her bir çalışmada yer alan hastaların tanıları, tedaviye alınan hasta sayısı ve tanı için kullanılan ölçüt sistemi gibi örnekleme ilişkin bilgilere, tedavi biçimleri, seçkisiz atamanın olup olmaması, kullanılan ölçme araçları gibi çalışmanın yöntemiyle ilgili bilgilere, çalışmaların sonucunda elde edilen bulgulara ve daha ayrıntılı olarak seans süresi, sayısı, sıklığı, psikoterapist sayısı ve her bir gruptaki üye sayısı gibi uygulanan bilişsel davranışçı terapi biçimine ilişkin bilgilere odaklanılmıştır.

Bulgular

Çalışmalara ilişkin bilgiler Tablo 1’de yazar adına göre sıralanarak özetlenmiştir. (Tablo metin sonunda yer almaktadır.)

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Örneklem

Gözden geçirilen çalışmaların örneklem özellikleri demografik özellikler ve tanı özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Demografik özellikler açısından incelendiğinde; ele alınan çalışmaların katılımcılarının 18-65 yaşları arasındaki PB (agorafobili veya agorafobisiz) tanı ölçütlerini karşılayan hastalardan oluştuğu belirlenmiştir. Araştırmaların örnekleme belirlenirken cinsiyet ayrımı yapılmamış, kadın ve erkekler birlikte çalışmaya dahil edilmiştir. Bu çalışmalardaki kadın erkek oranı incelendiğinde araştırmaya katılan kadın sayısının erkeklere oranla daha fazla olduğu görülmektedir. İstisnai olarak bir çalışmada (Carter ve ark. 2003) örneklemin yalnızca kadın katılımcılardan oluştuğu, bir diğer çalışmada ise (Choi ve ark. 2005) erkek katılımcıların daha fazla olduğu görülmektedir. Tanı özellikleri açısından incelediğimizde ise; çalışmaların çoğu hem agorafobili hem agorafobisiz PB hastalarını ele alırken, yalnızca 6 çalışmada sadece agorafobili PB tanısı alan hastalarla çalışıldığı saptanmıştır (Carter ve ark. 2003, Choi ve ark. 2005, Heldt ve ark. 2006a, Galassi ve ark. 2007, Roberge ve ark. 2008, Marchand ve ark. 2009). Çalışmaların bazılarında, hastaların eştanıları belirtilerek çalışmaya dahil edilmiş (örn: Fentz ve ark. 2013), bazılarında ise PB tanısı dışında eksen I tanısı alanların çalışmadan dışlandığı belirtilmiştir. Özellikle bipolar bozukluk, psikotik bozukluklar ve madde bağımlılığı tanılarının araştırmadan dışlama kriteri olarak yer aldığı görülmüştür (örn: Choi ve ark. 2005, Galassi ve ark. 2007). Bununla birlikte bazı çalışmalarda özgül olarak ilaca dirençli PB hastaları ile çalışıldığı saptanmıştır (Heldt ve ark. 2003, 2006a, 2006b, 2007). Tanıların belirlendiği sınıflandırma sistemi ile ölçüm araçları da araştırmalarda farklılık göstermektedir. Hastaların genellikle DSM-III-R, DSM-IV ve DSM-IV-TR’ye göre; ölçüm aracı düzeyinde ise MINI, ADIS-IV, DIS ve SCID ölçütlerine göre tanı aldığı görülmektedir. Çalışmaların örneklem büyüklükleri ise 32 kişiden (Carter ve ark. 2003, Heldt ve ark. 2003, Heldt ve ark. 2006a) 100 kişiye (Roberge ve ark. 2008, Marchand ve ark. 2009) kadar geniş bir aralıkta yer aldığı görülmektedir.

Tedavi ve Kontrol/Karşılaştırma Grupları

Çalışmalar incelendiğinde standart tedavi olarak adlandırılan ilaç tedavisi ile BDGT’nin sadece bir çalışmada karşılaştırıldığı görülmektedir (Dannon ve ark. 2004). Çalışmaların

büyük bir çoğunluğunda ise kontrol grubunun kullanılmadığı (9 çalışma), sadece ön test ve son test verilerinin karşılaştırıldığı görülmektedir. Ayrıca tedavi grubunu bekleme listesi ile karşılaştıran çalışmalar da mevcuttur (Carter ve ark. 2003, Rosenberg ve ark. 2005). Bekleme listesi grubu da; PB tanısı alan, tedavi grubunun tedavisi süresince tedavi uygulanmayan gruptur. Ancak etik kaygılar nedeniyle bekleme listesi grubuna gecikmeli bir tedavi programı uygulanmıştır. Yalnızca bir çalışmada (Wesner ve ark. 2014) BDGT'nin normal örneklem ile karşılaştırıldığı görülmektedir.

Üç çalışmada bilişsel davranışçı grup tedavisi bireysel olarak uygulanan BDT ile karşılaştırılmıştır (Sharp ve ark. 2004, Roberge ve ark. 2008, Marchand ve ark. 2009). Bireysel terapilerin formatı farklıdır ve bu terapiler standart BDT (SBDT) ve kısa BDT (KBDT) olarak belirtilebilir. Çalışmaların bir kısmında farklı formattaki BDGT birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Bu tip çalışmalardan birinde 12 seanslık geleneksel yöntemleri kullanan BDGT, deneysel BDGT (D-BDGT) olarak adlandırılan 4 seanslık ve yüzleştirme uygulamalarının bilgisayar ortamında yapıldığı bir grup ile karşılaştırılmıştır (Choi ve ark. 2005). Bir başka çalışmada ise 13 seanslık haftada bir uygulanan BDGT ile 13 seanslık sıklığı ilk hafta 4 saat, 5 gün; ikinci hafta 2 saat, 2 gün; üçüncü hafta 2 saat, 1 gün olarak belirlenen yoğun BDGT (Y-BDGT) karşılaştırılmıştır (Bohni ve ark. 2009). Farklı olarak bir çalışmada ise BDGT sonuçları fiziksel egzersiz grubunkilerle kıyaslanmıştır (Hovland ve ark. 2013).

Tedavi Gruplarına Atama

Gözden geçirilen çalışmaların yaklaşık olarak yarısında (9 çalışma) katılımcıların dahil olacağı gruplar belirlenirken seçkisiz atama yöntemi kullanılmıştır. Diğer çalışmalarda karşılaştırma ya da kontrol grubu kullanılmamış, tek örneklem BDGT uygulanmıştır. Kontrol ya da karşılaştırma grubu kullanan ancak seçkisiz atama yapmayan bir çalışma bulunmamaktadır.

Kullanılan Ölçme Yöntemleri

Çalışmaların büyük bir çoğunluğunda tedavi etkililiğini değerlendirmek amacıyla hem öz bildirim ölçekleri hem de klinisyen değerlendirmesini içeren ölçüm araçları kullanılmıştır. Ancak bazı çalışmalarda yalnızca klinisyen bildirimine dayalı ölçümler alınmıştır (Dannon ve ark. 2014).

Çalışmalarda terapinin etkililiği değerlendirmek amacıyla genellikle psikososyal ölçümler alınmıştır. Ölçüm araçlarının büyük bir kısmı doğrudan panik atak belirtilerini (PBSÖ: Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği, PAÖ: Panik Agorafobi Ölçeği) ve anksiyete düzeyini (BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği) araştırmaya yöneliktir; bazıları ise panik bozukluğa eşlik eden depresyon (BDE: Beck Depresyon Envanteri), anksiyete duyarlılığı (ADİ: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi) ve yaşam kalitesi (SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği) gibi sorunları araştırmaya yöneliktir. Gözden geçirilen çalışmaların büyük bir çoğunluğunda söz konusu bozukluğun sosyal, mesleki ve ailevi işlevselliğini değerlendirmek amacıyla (WHLS: Work, Home and Leisure Activity Scales ve İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği) kullanılmıştır. Çalışmalarda kullanılan ölçekler Tablo-1'de sunulmuştur. Tablo 1'de Türkçe uyarlaması olmayan ölçeklerin isimleri Türkçe kısaltmalarıyla verilmiş, Türkçe uyarlaması olmayan ölçeklerin ise anlaşılma kolaylığı sağlama amacıyla orijinal isimlerinin kısaltmaları kullanılmıştır.

İncelenen çalışmaların hepsinde tedavinin etkililiğini değerlendirmek amacıyla ön test ve son test ölçümlerinin alındığı, ancak bazı çalışmalarda tedavinin uzun vadedeki etkisini görebilmek amacıyla farklı zaman aralıklarında izlem ölçümlerinin de alındığı saptanmıştır. 19 makalenin 5'inde yalnızca ön test-son test ölçümleri alınmış; 14 makalede son test ölçümünden sonra belirli aralıklarla izlem ölçümleri alınmıştır. İzlem ölçümlerinin alınmasının müdahale bitiminden 1 ay sonra (Dannon ve ark. 2004, Pailhez ve ark. 2014) ile 2 yıl sonra (Rosenberg ve ark. 2005, Marchand ve ark. 2009) arasında değişen geniş bir zaman aralığına sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmalardaki BDGT'nin İçeriği ve Uygulanışı

Uygulanan Teknikler

Gözden geçirilen çalışmalarda kullanılan BDGT programları tedavi içerikleri açısından değerlendirildiğinde en sık kullanılan yöntemlerin psikoeğitim, yüzleştirme (exposure), nefes egzersizleri, kas gevşetme egzersizleri ve bilişsel yeniden yapılandırma olduğu görülmektedir. On sekiz çalışmada bilişsel yeniden yapılandırma ve yüzleştirme, 17 çalışmada psikoeğitim, 10 çalışmada nefes egzersizleri, 8 çalışmada kas gevşetme egzersizlerini içeren tedavi programlarının uygulandığı saptanmıştır. 5 çalışmada nüks önleme (Heldt ve ark. 2007, Roberge ve ark. 2008, Marchand ve ark. 2009, Rufur ve ark. 2010, Wesner ve ark. 2014), 2 çalışmada atılacaklık eğitimi (Dannon ve ark. 2004, Galassi ve ark. 2007), ayrıca yine 1 çalışmada da kendini izleme (self-monitoring) ve başa çıkma eğitimleri (Rufur ve ark. 2010) kullanılmıştır.

Seans Özellikleri ve Sayısı

Çalışmalarda uygulanan BDGT'nin seans özellikleri ve sayıları da değerlendirilmiştir. Bazı çalışmaların seanslara ilişkin ayrıntılı bilgi vermediği gözlenmiştir. Ancak genel olarak gözden geçirilen çalışmalarda seans sürelerinin 60 dk. (örn: Pailhez ve ark. 2014) ile 150 dk. (Rufur ve ark. 2010) arasında değiştiği görülmektedir. Altı çalışmada grup seans sürelerinin iki saat olduğu belirtilmiştir (Dannon ve ark. 2004, Choi ve ark. 2005, Galassi ve ark. 2007, Nakano ve ark. 2008, Bohni ve ark. 2009, Hovland ve ark. 2013). Grup terapilerinin sıklıkları değerlendirildiğinde ise; çalışmaların çoğunda haftada bir veya haftada iki kez uygulama yapıldığı görülmektedir. Çalışmalarda en az 5 seans (Rufur ve ark. 2010) en fazla 14 seans (örn: Galassi ve ark. 2007) olmak üzere farklı uzunlukta terapi süreleri bildirilmiştir. Başka bir deyişle uygulanan BDGT programlarının genel olarak kısa süreli programlar olduğu söylenebilir.

Üye ve Terapist Sayısı

Uygulanan BDGT programlarında, üye sayıları incelendiğinde; bir çalışmanın gruptaki üye sayısını belirtmediği, diğer on sekiz çalışmadaki grup üye sayılarının 3-4 (Nakano ve ark. 2008) ile 10-12 (Galassi ve ark. 2007) aralığında yer aldığı görülmektedir. Terapist sayısı açısından incelendiğinde ise; bir çalışmada grup terapisini yürüten terapist sayısı belirtilmemiş olmakla birlikte (Choi ve ark. 2005), on yedi çalışmada grup terapisinin iki terapistle, bir çalışmada (Sharp ve ark. 2004) ise tek terapistle yürütüldüğü anlaşılmaktadır.

Çalışmaların Bulguları

Tedavi Sonrası Değerlendirmeler:

Gözden geçirilen çalışmalar incelendiğinde çalışmaların büyük bir çoğunluğunda (9 çalışma) kontrol grubunun kullanılmadığı ve bir çalışmada BDGT alan grubun normal

örneklem ile karşılaştırıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarda BDGT sonrasında katılımcılarda PB şiddeti, panik atak sıklığı vb. belirtilerde anlamlı azalmalar, sosyal ve mesleki işlevsellikte ise anlamlı artışların olduğunu belirtmektedir. Kontrol grubunun dahil edilmediği bu çalışmaların bir kısmında ilaca dirençli PB hastaları ile çalışılmıştır (Heldt ve ark. 2003, 2006a, 2006b, 2007). Bu çalışmalar incelendiğinde ise; BDGT'nin ilaca dirençli PB tanısı alan bireylerde panik atak şiddet ve sıklığı, beklenti anksiyetesi, sürekli anksiyete düzeyi ve agorafobik kaçınma davranışlarının azalmasında etkili olduğu bildirilmiştir.

BDGT ile ilaç tedavisinin sonuçlarını karşılaştıran yalnızca bir çalışma bulunmaktadır (Dannon ve ark. 2004). Söz konusu çalışmanın bulgularına göre; yalnızca ilaç tedavisi (paroksetin) alan grup ile yalnızca BDGT alan grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. Her iki grupta bulunan katılımcıların anksiyete belirtileri ve panik atak sıklıkları anlamlı düzeyde azalma göstermiştir.

BDGT alan katılımcıların bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmaların sonuçları benzerdir. Carter ve arkadaşları (2003), anksiyete duyarlılığının, durumluk ve sürekli kaygının ve hiperventilasyonun azalmasında; Rosenberg ve arkadaşları (2005) ise panik atak sayısının, anksiyete ve depresyon düzeyinin azalmasında; işlevsellik ve hasta memnuniyetinin artmasında BDGT'nin bekleme listesi kontrol grubundan daha etkili olduğunu saptamışlardır.

SBDT ve KBDT olarak isimlendirilen bireysel BDT programları ile BDGT'nin karşılaştırıldığı çalışmalar incelendiğinde, panik belirtilerinin azalması ve yaşam kalitesinin artmasında BDGT'nin diğer iki bireysel BDT yöntemi ile benzer etkinlik düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (Roberge ve ark. 2008, Marchand ve ark. 2009). Sharp ve arkadaşları (2004) da agorafobinin ve eşlik eden anksiyete ve depresyon belirtilerinin azalmasında BDGT ile bireysel olarak uygulanan SBDT'ye benzer etkinliğe sahip olduğunu ancak sadece klinik anlamlılık açısından bireysel BDT'nin BDGT'den daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmalarda BDGT'nin bireysel BDT'den daha az maliyetli olduğu vurgulanmıştır.

BDGT'nin farklı biçimlerinin karşılaştırıldığı makaleler incelendiğinde; Bohni ve arkadaşlarının (2009) Y-BDGT'nin standart BDGT ile eşit düzeyde etkili olduğunu bildirdikleri görülmüştür. Choi ve arkadaşları (2005) ise, 4 seanslık ve sanal gerçeklikle yüzleştirme alıştırmaları içeren D-BDGT'nin 12 seanslık geleneksel BDGT ile anksiyete duyarlılığını ve agorafobik bilişleri azaltmada, ilaç tedavisini bırakma oranında benzer etkinliğe sahip olduğunu sadece panik inançlarının azalmasında D-BDGT'nin daha etkili olduğunu bildirmiştir.

Fiziksel egzersiz grubuyla BDGT'ni karşılaştıran çalışmasında da Hovland ve arkadaşları (2013) panik atak sıklığı, agorafobik kaçınma ve anksiyete gibi belirtiler açısından BDGT lehine sonuçlar bildirmişlerdir.

İzlem Değerlendirmeleri

Bu çalışmaların beş tanesinde izlem değerlendirmesi alınmamıştır (Carter ve ark. 2003, Heldt ve ark. 2003, 2006a; Fentz ve ark. 2013, Wesner ve ark. 2014). Diğer çalışmalarda (14 çalışma) tedavinin bitiminden sonra izlem ölçümleri alınmıştır. İzlem ölçümlerinin alınmasının müdahale bitiminden 1 ay sonra (Dannon ve ark. 2004, Pailhez ve ark. 2014) ile 2 yıl sonra (Rosenberg ve ark. 2005, Marchand ve ark. 2009) arasında değişen geniş bir zaman aralığına sahip olduğu görülmektedir.

İzlem değerlendirmesinin alındığı çalışmaların hemen hemen hepsinde (12 makale) son test değerlendirmelerindeki değişimin korunduğu saptanmıştır (Rosenberg ve ark. 2004, Pailhez ve ark. 2014). Ek olarak Choi ve arkadaşları (2005) izlem ölçümünde, ilaç tedavisini bırakanın artmasında Standart BDGT'nin D-BDGT'den etkili olduğunu, Roberge ve arkadaşları (2008) ise, işlevsellik düzeyinin artmasında BDGT'nin bireysel terapilerden etkin olduğunu bildirmişlerdir.

Tartışma

Bu gözden geçirme çalışmasında, PB tedavisinde BDGT'nin etkililiğini araştıran 2000-2015 (Şubat) yılları arasında yayınlanan makaleler gözden geçirilmiştir. Taranan 19 makalenin 10 tanesi 2000-2007, 9 tanesi ise 2008-2015 yılları arasında yayınlanmıştır. Son 15 yıl dikkate alındığında, PB'de BDGT çalışmalarının son zamanların ürünü olmadığı, çalışma sayılarında benzer bir dağılımın olduğu görülmektedir. Söz konusu durumun nedeni PB tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımın etkililiğinin pek çok çalışma ile kanıtlanmış olmasıdır (Beck ve ark 1992, Clark ve ark. 1999). Nitekim BDT'nin PB tedavisinde psikososyal tedaviler arasında başat bir tedavi yöntemi olduğu belirtilebilir (Otto ve Deveney 2005). Dolayısıyla daha fazla hastaya ulaşma imkânı sağlayan ve daha az maliyetli olan BDGT uygulamasının PB tedavisinde kullanılması şaşırtıcı değildir.

Bu çalışmada gözden geçirilen makaleler genel olarak dört gruba ayrılabilir: kontrol ya da karşılaştırma gruplarının olmadığı çalışmalar, ilaç tedavisi ile karşılaştırma yapan çalışmalar, bireysel BDT ile karşılaştırma yapan çalışmalar ve farklı formattaki BDGT programlarını karşılaştıran çalışmalar. Bu çalışmalar içinde BDGT'nin farklı bir psikososyal tedavi yöntemiyle karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. İlaç tedavisi dışındaki karşılaştırma gruplarının ya bireysel BDT ya da süreç veya içerik açısından farklı BDGT grupları olması BDT'nin PB tedavisinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biri olduğunu göstermektedir.

Çalışmaların bulguları incelendiğinde kontrol ya da karşılaştırma grubunun olmadığı çalışmalarda BDGT'nin PB tedavisinde etkili olduğu saptanmıştır. Özellikle panik belirtilerinin ve genel olarak anksiyetenin azalması ile sosyal ve mesleki işlevselliğinin artmasında oldukça etkili gibi görülmektedir. Standart tedavi olarak bilinen ilaç tedavisi ile BDGT'nin karşılaştırıldığı çalışmada ise ilaç tedavisi ile BDGT'nin eşit düzeyde etkili olduğu saptanmıştır. Söz konusu bulgu, özellikle ilaç kullanmak istemeyen hastalar açısından BDGT'nin iyi bir alternatif olduğu fikrini doğrulamaktadır. Ayrıca BDGT ilaca dirençli PB hastalarının tedavisinde de önemli bir alternatif olabilir. Nitekim ilaç tedavisinden yanıt alınmayan bireylerin tedavisinde BDGT'nin etkili olduğunu belirten çalışma sayısı günden güne artmaktadır (Pollack ve ark. 1994, Heldt ve ark. 2006a,2006b). Bireysel tedaviler ile karşılaştırılan çalışmalar, BDGT'nin bireysel terapiler ile eşit düzeyde etkili olduğunu göstermektedir. Bu durumda maliyet açısından grup temelli tedavilerin tercih edilmesi makul gibi görünmektedir.

Farklı BDGT biçimlerini karşılaştıran çok az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalarda da terapi gruplarının benzer etkinlik düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir. Bu nedenle bu çalışma sonucunda hangi süreç ya da içeriğe sahip terapinin daha etkili olduğunu belirlemek mümkün değildir. Ancak çalışmalar kullandıkları BDT teknikleri açısından incelendiğinde zaten genellikle benzer tekniklerin kullanıldığı, terapilerin genellikle psikoeğitim, yüzleştirme ve bilişsel yeniden yapılandırma içerdiği görülmektedir.

Yaygın olarak kullanılan bu geleneksel BDT tekniklerinin yanı sıra yüzleştirme uygulamalarını bilgisayar ortamında yapan terapilerin de olduğu görülmüştür. Üstelik süresi 4 seans gibi kısa olmasına rağmen bu terapi modelinin daha uzun standart BDGT kadar hatta bir ölçüm açısından daha etkili olduğunun bulunması, PB'un tedavisinde sanal gerçeklikle yüzleştirmenin önemli bir bileşen olabileceği fikrini vermiştir (Choi ve ark. 2005).

Bu gözden geçirmede yer alan çalışmaların tümünde BDGT'nin PB ile ilişkili belirtileri azaltmada başarılı olduğu bulunmuştur. Başarılı olan bu terapilerin uzunlukları incelendiğinde birbirilerinden farklı uzunluklara sahip olmakla birlikte, en uzun terapinin 14 seans olduğu anlaşılmıştır (Galassi ve ark. 2007, Roberge ve ark. 2008). Bu uygulamalarda bile terapinin nispeten kısa olduğu söylenebilir. Ayrıca 5 seanslık oldukça kısa BDGT çalışmalarının da PB belirtilerini azaltmada etkili olduğu görülmektedir (Rufer ve ark. 2010). Bu gözden geçirmede incelenen çalışmalardan yola çıkarak gruptaki üye sayısının, terapist sayısının, terapi süresinin terapi etkinliğinde bir fark yaratıp yaratmadığına ilişkin bir bilgiye ulaşılamamıştır. Etkili ve daha az maliyetli terapi yöntemleri geliştirmek için bu konularda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Kısa süreli BDGT uygulamalarının da etkili bulunması ve grup olarak aynı anda fazla sayıda kişiye ulaşma imkanı vermesi nedenleriyle BDGT'nin rutinde uygulanabilir bir tedavi olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte bu makalede gözden geçirilen çalışmalar arasında Türkiye'de yapılmış bir etkililik çalışması yer almamıştır. Bunun temel nedenlerinden birinin ülkemizdeki sağlık politikaları olduğu düşünülse de, ülkemizde BDT uygulayacak yeterlikte klinisyen sayısının az olması da önemli bir nedendir. Terapinin grup olarak uygulanması rutinde uygulanabilirliğini artırsa da, ülkemizde BDT uygulayabilecek yeterli sayıda terapistin yetişmesine ihtiyaç olduğu da söylenebilir.

Sonuç

PB hastalarının bedensel duyularını felaketeleştirici bir şekilde yorumladıkları (Clark, 1986), bu yorumlamaların değiştirilmesiyle BDT'den oldukça yarar sağladıkları bilinmektedir (Beck ve ark. 1992, Clark ve ark. 1999). Bu makalede gözden geçirilen çalışmalar BDGT'nin PB ile ilişkili belirtileri azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bireysel BDT ile benzer etkinlik düzeyine sahip olan BDGT az maliyetle daha fazla hasta tedavi etme imkanı sağladığından tercih edilebilir bir yöntemdir.

Kaynaklar

- Alkın T (2002) Birinci basamakta panik bozukluğu tedavisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(Ek 3):22-31.
- Angst J (1998) Panic disorder: history and epidemiology. *Eur Psychiatry*, 13:51-5.
- APA (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Barlow DH (1988) *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York, Guilford Press.
- Barlow DH, Craske MG, Cerny JA, Klosko JS (1989) Behavioral treatment of panic disorder. *Behav Ther*, 20:261-282.
- Beck AT, Sokol L, Clark DA, Berckick R, Wright F (1992) A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *Am J Psychiatry*, 149:778-783.
- Bohni MK, Spindler H, Arendt M, Hougaard E, Rosenberg NK (2009) A randomized study of massed three-week cognitive behavioural therapy schedule for panic disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 120:187-195.
- Carrera M, Herran A, Ayuso-Mateos JL, Sierra-Biddle D, Ramirez ML, Ayestarán A et al. (2006) Quality of life in early phases of panic disorder: Predictive factors. *J Affect Disord*, 94:127-134.

- Carter MM, Sbrocco T, Gore KL, Marin NW, Lewis EL (2003) Cognitive-behavioral group therapy versus a wait-list control in the treatment of African American women with panic disorder. *Cognit Ther Res*, 27:505-518.
- Choi YH, Vincelli F, Riva G, Wiederhold BK, Lee JH, Park KH (2005) Effects of group experiential cognitive therapy for the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 8:387-393.
- Clark DM (1986) A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*, 24: 461-470.
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Wells A, Ludgate J, Gelder M (1999) Brief cognitive therapy for panic disorder: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 67:583.
- Dannon PN, Gon-Usishkin M, Gelbert A, Lowengrub K, Grunhaus L (2004) Cognitive behavioral group therapy in panic disorder patients: the efficacy of CBGT versus drug treatment. *Ann Clin Psychiatry*, 16:41-46.
- Fentz HN, Hoffart A, Jensen MB, Arendt M, O'Toole MS, Rosenberg NK et al. (2013) Mechanisms of change in cognitive behaviour therapy for panic disorder: The role of panic self-efficacy and catastrophic misinterpretations. *Behav Res Ther*, 51:579-587.
- Galassi F, Quercioli S, Charismas D, Niccolai V, Barciulli E (2007) Cognitive behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia. *J Clin Psychol*, 63:409-416.
- Gould RA, Ott MW, Pollack MH (1995) A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev*, 15:819-844.
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Smith S et al. (2006). The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*, 67:363-374.
- Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Maltz S, Isolani L et al. (2003) Treating medication resistant panic disorder: predictors and outcome of cognitive-behavior therapy in a Brazilian public hospital. *Psychother Psychosom*, 72:43-48.
- Heldt E, Blaya C, Isolani L, Kipper L, Teruchkin B, Otto MW et al. (2006a) Quality of life and treatment outcome in panic disorder: cognitive behavior group therapy effects in patients refractory to medication treatment. *Psychother Psychosom*, 75:183-186.
- Heldt E, Blaya C, Kipper L, Salum GA, Otto MW, Manfro GG (2007) Defense mechanisms after brief cognitive-behavior group therapy for panic disorder: one-year follow up. *J Nerv Ment Dis*, 195:540-543.
- Heldt E, Manfro GG, Kipper L, Blaya C, Isolani L, Otto MW (2006b) One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther*, 44:657-665.
- Hovland A, Nordhus IH, Sjøbø T, Gjestad BA, Birkenes B, Martinsen EW et al. (2013) Comparing physical exercise in groups to group cognitive behaviour therapy for the treatment of panic disorder in a randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother*, 41:408-432.
- Katon W, Hollifield M, Chapman T, Mannuzza S, Ballenger J, Fyer A (1995) Infrequent panic attacks: psychiatric comorbidity, personality characteristics and functional disability. *J Psychiatr Res*, 29:121-31.
- Katschnig H, Ameringer M (1998) The long-term course of panic disorder and its predictors. *J Clin Psychopharmacol*, 18(6 Suppl 2):S6-S11.
- Kılıç C (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları. Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Marchand A, Roberge P, Primiano S, Germain V (2009) A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: a two-year follow-up. *J Anxiety Disord*, 23:1139-1147.
- Mendlowicz MV, Stein MB (2000) Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 157:669-682.
- Nadiga DN, Hensley PL, Uhlenhuth, EH (2003) Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy compared to medications in panic disorder. *Depress Anxiety*, 17:58-64.
- Nakano Y, Lee K, Noda Y, Ogawa S, Kinoshita Y, Funayama T et al. (2008) Cognitive behavior therapy for Japanese patients with panic disorder: acute phase and one year follow up results. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62:313-321.
- Otto MW, Deveney C (2005) Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: efficacy and strategies. *J Clin Psychiatry*, 66(suppl 4):S28-S32.
- Otto MW, Pollack MH, Penava SJ, Zucker BG (1999) Group cognitive-behavior therapy for patients failing to respond to pharmacotherapy for panic disorder: A clinical case series. *Behav Res Ther*, 37:763-770.
- Otto MW, Tuby KS, Gould RA, McLean RYS, Pollack MH (2001) An effect-size analysis of the relative efficacy and tolerability of serotonin selective reuptake inhibitors for panic disorder. *Am J Psychiatry*, 158:1989-1992.
- Pailhez G, Bulbena A, Fullana MA (2014) Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in a specialized unit. *Actas Esp Psiquiatr*, 42:176-184.
- Pollack MH (2005) The pharmacotherapy of panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 66(suppl 4):S23-S27.
- Pollack MH, Allgulander C, Bandelow B, Cassano GB, Greist JH, Hollander E et al. (2003) WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder. *CNS Spectr*, 8(suppl 1):S17-S30.

- Pollack MH, Otto MW, Kaspi SP, Hammerness PG, Rosenbaum JF (1994) Cognitive behavior therapy for treatment-refractory panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 55:200-205.
- Roberge P, Marchand A, Reinharz D, Savard P (2008) Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia a randomized, controlled trial and cost effectiveness analysis. *Behav Modif*, 32:333-351.
- Rosenberg NK, Hougaard E (2005) Cognitive-behavioural group treatment of panic disorder and agoraphobia in a psychiatric setting: A naturalistic study of effectiveness. *Nord J Psychiatry*, 59:198-204.
- Rufer M, Albrecht R, Schmidt O, Zaum J, Schnyder U, Hand I et al. (2010) Changes in quality of life following cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. *Eur Psychiatry*, 25:8-14.
- Sharp DM, Power KG, Swanson V (2004) A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clin Psychol Psychother*, 11:73-82.
- Sokol L, Beck AT, Greenberg RL, Wright FD, Berchick RJ (1989) Cognitive therapy of panic disorder: A nonpharmacological alternative. *J Nerv Ment Dis*, 177:711-716.
- Wesner AC, Gomes JB, Detzel T, Blaya C, Manfro GG, Heldt E (2014) Effect of cognitive behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies. *Compr Psychiatry*, 55:87-92.

Servet Kaçar Başaran, Araş.Gör., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir; **Serap Tekinsav Sütcü**, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütcü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.

E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 3 Mart/March 3, 2015 · **Kabul tarihi/Accepted** 19 Eylül/September 19,2015

Tablo 1. Çalışmalardaki yöntem özellikleri ve sonuçlar

Çalışma	Örneklem	Tedavi Grupları	BDT Teknikleri	Seçki-siz Atama	Ölçümler	Drop out	Son Test Sonuçlar	İzlem Sonuçlar
Bohni ve ark. (2009)	DSM-IV 39 PB (35 Ag. PB) (28 K, 11 E)	1. S-BDGT (20) 2. Y-BDGT (19)	PE, BYY BY, AY PE, BYY BY, AY	Var	Ön test-Son test İzlem (3, 6, 18.ay) PBŞÖ, ADİ, BAÖ, BDE İGD, MIA	1	Son test ölçümlerinde; panik bozukluk şiddetinin ve anksiyete düzeyinin azalmasında, işlevsellik ve hasta memnuniyetinin artmasında Y-BDGT=S-BDGT	İzlem ölçümlerinde kazanımlar sürdürülmüştür. Panik bozukluk şiddetinin ve anksiyete düzeyinin azalmasında, işlevsellik ve hasta memnuniyetinin artmasında Y-BDGT=S-BDGT
Carter ve ark. (2003)	DSM-IV 32 Ag. PB (32 K)	1. BDGT (17) 2. BL (15)	PE,NE BYY, BY In-Y	Var	Ön test-Son test ADİ, DKÖ SKÖ, BDE MIA, HQC	7	Son test ölçümlerinde; Anksiyete duyarlılığının, durumluk ve sürekli kaygının, hiperventilasyonun azalmasında BDGT> BL	-
Choi ve ark. (2005)	DSM-IV 40 Ag. PB (22 E, 18 K)	1. S-BDGT (20) 2. D-BDGT (20)	PE, NE KGE, BYY In-Y, BY SGMB PE, BYY NE, KGE In-Y, BY	Var	Ön test-Son test İzlem (6.ay) BDE, DKÖ SKÖ, ADI ABÖ, BSQ PBQ	Yok	Son test ölçümlerinde; panik inançlarının azalmasında; D-BDGT>S-BDGT Anksiyete duyarlılığının, agorafobik bilişlerin, vücut duyuları ölçeğinin azalmasında ve ilaç tedavisini bırakmanın artmasında D-BDGT= S-BDGT	İzlem ölçümlerinde; ilaç tedavisini bırakmanın artmasında S-BDGT > D-BDGT
Dannon ve ark. (2004)	DSM-IV 50 (19 Ag. PB) (29 K, 21 E)	1. BDGT (23) 2. İT Paroxetine (27)	PE BYY KGE NE,AE	Var	Ön test-4.hafta ve 12.hafta HADÖ, PSQ,KGi	7 1 (BDGT) 6 (İT)	-----	12. hafta ölçümlerinde; anksiyete belirtileri ve panik atak sıklıklarının azalmasında, iyi olma durumlarının artmasında BDGT=İT
Fentz ve ark. (2013)	DSM-IV 45 PB (30 Ag.	1. BDGT (% 82 İT alıyor)	PE, BYY BY, In-Y	Yok	Ön test-Son test	8	Son test ölçümlerinde; Panik bozukluk şiddetinde ve	-----

	PB) (AB, DB Eşanı) (30 K, 15 E)	KG yok			PBŞÖ, CBS BAÖ, PAI-C		anksiyete düzeyinde anlamlı azalmalar var.	
Galassi ve ark. (2007)	DSM-III-R 76 Ag. PB (60 K, 16 E)	1. BDGT KG yok	PE, In-Y BY, BYY AE, PÇE	Yok	Ön test-Son test İzlem (6.ay) Panik atak sıklığı Panik atak yaşama korkusu BDE. MIA DKÖ, SKÖ KGİ, SDS	17	Son test ölçümlerinde; panik atak sıklığında, depresyon düzeyinde, durumluk ve sürekli kaygı düzeyinde, agorafobik korku ve kaçınmada azalma ve sosyal mesleki işlevsellikte artış gözlenmiştir.	İzlem ölçümlerinde kazanımlar sürdürülmüştür. Panik atak sıklığında, depresyon düzeyinde, durumluk ve sürekli kaygı düzeyinde, agorafobik korku ve kaçınmada azalma ve sosyal mesleki işlevsellikte artış devam etmektedir.
Heldt ve ark. (2003)	DSM-IV 32 Ag. PB (AB, DB Eş Tanı) (25 K, 7 E)	1. BDGT KG yok	BY, In -Y BYY, PE NE, KGE	Yok	Ön test-son test KGİ HADÖ Panik atak ve agorafobik kaçınma düzeyi	3	Son test ölçümlerinde; ilaca dirençli panik bozukluk hastalarında panik atak şiddet ve sıklığı, agorafobi düzeyi, beklenti anksiyetesi ve anksiyete düzeyi azalmıştır.	-
Heldt ve ark. (2006a)	DSM-IV 32 PB (29 Ag. PB) (AB, DB Eş Tanı) (21 K, 11 E)	1. BDGT KG yok	PE BYY BY In-Y NE KGE	Yok	Ön test-son test KGİ HADÖ DSÖ-Kısa Panik atak ve agorafobik kaçınma düzeyi	4 (çıkarı- lan)	Son test ölçümlerinde; ilaca dirençli panik bozukluk hastalarında; yaşam kalitesinde artma, anksiyete ve beklenti anksiyetesinde; ayrıca agorafobik kaçınmada azalma saptanmıştır.	-
Heldt ve ark. (2006b)	DSM-IV 64 PB	1. BDGT KG yok	BYY PE	Yok	Ön test-Son test İzlem	1	Son test ölçümlerinde; ilaca dirençli panik bozukluk	İzlem ölçümünde kazanımlar sürdürülmüştür. Ek olarak ilaç kullanımında da

	(AB, DB Eş Tanı) (46 K, 18 E)		In-Y NE KGE AY		(12.ay) KGİ HADÖ Panik atak ve agorafobik kaçınma düzeyi		hastalarında; panik atak sıklığında anksiyete ve beklenti anksiyetesinde ve agorafobik kaçınmada azalma ve işlevsellik düzeyinde artma saptanmıştır.	anlamli bir azalma saptanmıştır.
Heldt ve ark. (2007)	DSM-IV 47 PB (42 Ag. PB) (AB, DB Eş Tanı) (29 K, 18 E)	1. BDGT KG yok	NE KGE MB BYY BY In-Y NÖ	Yok	Ön test-Son test İzlem (12.ay) PI HADÖ KGİ	5	Son test ölçümlerinde; ilaca dirençli panik bozukluk hastalarında; panik atak sıklığında anksiyete ve beklenti anksiyetesinde; ayrıca agorafobik kaçınmada azalma saptanmıştır.	İzlem ölçümlerinde kazanımlar sürdürülmüştür. Panik atak sıklığında anksiyete ve beklenti anksiyetesinde; ayrıca agorafobik kaçınmada azalma saptanmıştır.
Hovland ve ark. (2013)	DSM-IV-TR 36 PB (29 K, 7E)	1. BDGT (19) 2. FE (17)	PE BYY BY Y	Var	Ön test- Son test İzlem (6., 12. ay) ABÖ, MIA, BSQ BAÖ, Panik atak sıklığı, BDE, QoLI DKÖ, SKÖ	1	Son test ölçümlerine göre; Panik atak sıklığının, agorafobik kaçınmanın, durumluk ve sürekli kaygının azalmasında BDGT>FE Agorafobik bilişler ve vücut duyularının yanlış yorumlanmasının azalmasında BDGT=FE. (Ancak BDGT'nin etki büyüklüğü daha yüksek.)	İzlem ölçümlerine göre; Panik atak sıklığının ve tedavi arama davranışının azalmasında BDGT>FE Agorafobik bilişler ve vücut duyularının yanlış yorumlanmasının azalmasında BDGT=FE. (Ancak BDGT'nin etki büyüklüğü daha yüksektir.)
Marchand ve ark. (2009)	DSM-IV 100 Ag. PB (AB, MD Eş Tanı) (79 K, 21 E)	1. BDGT (30) 2. KBDT (24) 3. Standart BDT (30) 4. BL (27)	3 terapi için; PE NE BYY In-Y BY, NÖ	Var	Ön test-Son test İzlem (1., 2. Yıl) MIA ABÖ BSQ, ADİ, BDE QLSI	16	Son test ölçümlerine göre; septomların şiddetinin azalmasında, psikososyal işlevsellik ve yaşam kalitesinin artmasında ve nüksetme oranında; BDGT=KBDT=SBDT>BL Ayrıca maliyet analizi kapsamında BDGT=KBDT<SBDT	İzlem ölçümlerinde kazanımlar sürdürülmüştür

Nakano ve ark. (2008)	DSM-IV 70 PB (66 Ag. PB) (AB, MD EşTanı) (46 K, 24 Ek)	1. BDGT (70) KG yok	PE BYY BY AY	Yok	Ön test-Son test İzlem (3., 12. Ay) PBŞÖ FQ-Ago MIA ABÖ BSQ SCL-90 WHLS	14	Son test ölçümlerine göre; panik bozukluğun şiddeti, agorafobik korku düzeyi, agora- fobi ile ilgili bilişlerde ve beden duyumlarının yanlış yorumlanma- sında anlamlı bir azalma saptan- mıştır.	İzlem ölçümlerine göre; 3. Ve 12. Ay izlem ölçümlerinde düşük puanlarda süreklilik sağlanmıştır.
Pailhez ve ark. (2014)	DSM-IV 62 PB (39 K, 23 E)	1. BDGT (62) (53 İT alıyor) KG yok.	PE BY Y	?	Ön test-Son test İzlem (1., 3. Ay) PAÖ SKÖ BDE ADİ SDS	34	Son testte panik agorafobi ölçeğinde, anksiyete düzeyinde ve anksiyete duyarlılığında anlamlı azalmalar vardır. Depresyon puanında anlamlı bir azalma yoktur.	Söz konusu kazanımlar 1 ve 3 aylık izlemde de devam etmiştir. Ek olarak izlem ölçümlerinde depresyon puanı da anlamlı olarak azalmıştır.
Roberge ve ark. (2008)	DSM-IV 100 Ag. PB (AB, MD EşTanı) (79 K, 21 E)	1. BDGT (30) 2. KBDT (24) 3. Standart BDT (30) 4. BL (27)	3 terapi için; PE NE BYY BY In-Y NÖ	Var	Ön test-Son test İzlem (3.ay) MIA PAÖ ABÖ BSQ ADİ BDE QLSI	16	Son test ölçümlerine göre; 3 tedavi türünde de klinik ve istatistiksel anlamlılık vardır. BDGT=KBDT=SBDT Maliyet açısından analiz edildi- ğinde ise; BDGT=KBDT<SBDT	İzlem ölçümlerine göre; işlevsellik düzeyinin artmasında; BDGT>KBDT>SBDT
Rosenberg ve ark. (2005)	DSM-III-R 93 PB (AB, MD EşTanı) (Cinsiyet?) (10 Agorafobi)	1. BDGT (53) 2. BL (40) (Gecikmeli Terapi)	PE BYY BY Y	Var	Ön test-Son test İzlem (18., 24.ay) SCL-90	12 7 (BDGT) 5 (BL)	Son test ölçümlerine göre; panik atak sayısının, anksiyete ve depresyon düzeyinin azalmasın- da; işlevselliğin ve hasta memnu- niyetinin artmasında;	İzlemde de kazanımlar sürdürülmüştür.

	yok veya az düzeyde)				DKÖ SKÖ CPSAS Hasta memnuniyeti		BDGT> BL	
Rufer ve ark. (2010)	DSM-IV 55 PB (23 Ag. PB) (AB, DB, Alkol Bağ. Eş Tanı) (34 K, 21 E)	1. BDGT (55) (19 İT alıyor)	PE Kİ, MB (Terapist ile ve yalnız) BÇE BYY KGE NÖ Y	Yok	Ön test-Son test İzlem (6.ay) SF-36 PAÖ	Yok	Son test ölçümlerinde; fiziksel işlevsellik ve canlılık alt boyutları dışında işlevsellik ve genel sağlıkta iyileşme söz konusudur. Panik atak sıklığı, beklenti anksiyetesi düzeyi ve agorafobi düzeyinde anlamlı bir düşme mevcuttur.	İzlemden de kazanımlar sürdürülmüştür.
Sharp ve ark. (2004)	DSM-IV 97 PB (Cinsiyet?)	1. BDGT (38) 2. SBDT (37) 3. BL (22) (Gecikmeli terapi)	İki terapi için; BYY Y	Var	Ön test-Son test İzlem (3.ay) FQ-Ago HADÖ MADRS Panik atak sayısı	27	Son test ölçümlerinde; anksiyete ve depresyon düzeyinin, agorafobik korkunun azalmasında BDGT=SBDT>BL Klinik anlamlılık açısından bakıldığından (ölçeklerin kesme puanı baz alınarak); SBDT> BDGT> BL	İzlem ölçümlerine göre; Anksiyete ve depresyon düzeyinin azalmasında BDGT=SBDT=BL* * BL grubu izlem ölçümünün alındığı dönemde tercih ettiği bireysel ya da grup terapisini tamamlamış bulunmaktadır.
Wesner ve ark. (2014)	DSM-IV -TR 1. 48PB (43 Ag. PB) (AB, DB Eş Tanı) 2. 75 NoÖ (93 K, 30 E)	1. BDGT (48) 2. NoÖ (75)	PE BYY BY In-Y NE KGE NÖ	Yok	Ön test-Son test HADÖ KGİ CSI BDE	Yok	Son test ölçümlerine göre; tedavi grubunda başa çıkma stratejilerinde yükselme, panik atak, agorafobi, beklenti anksiyetesi ve depresyon düzeyinde anlamlı bir düşme mevcuttur. KG ile karşılaştırıldığında; tedavi sonrası problem çözme, pozitif yeniden değerlendirme ve öz	-

							kontrol becerileri anlamlı olarak farklılaşmaktadır.
--	--	--	--	--	--	--	--

Genel Kısaltmalar: ?Belirtmemiş, K: Kadın, E:Erkek, NoÖ: Normal Örneklem; **Tedaviler:** BL: Bekleme Listesi, D-BDGT: Deneysel Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi, FE: Fiziksel Egzersiz, İT: İlaç Tedavisi, KBDT: Kısa Bilişsel Davranışçı Terapi, S-BDGT: Standart Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi, SBDT: Standart Bilişsel Davranışçı Terapi, Y-BDGT: Yoğun Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi; **Teknikler:** AE: Atılganlık Eğitimi, AY: Aşamalı Yüzleştirme, BÇE: Başa Çıkma Eğitimi, BY: Bedensel Yüzleştirme (Interceptive Exposure), BYY: Bilişsel Yeniden Yapılandırma, DY: Durumsal Yüzleştirme, In-Y: In vivo Yüzleştirme, KGE: Kas Gevşetme Egzersizleri, NE: Nefes Egzersizleri, NÖ: Nüks Önleme, PE: Psikoeğitim, SGY: Sanal Gerçeklikle Yüzleştirme (Virtual Reality), Y: Yüzleştirme; **Tanımlar:** AB: Anksiyete Bozuklukları, Ag. PB: Agorafobili Panik Bozukluk, Bağ.: Bağımlılık, DB: Duygudurum Bozuklukları, MD: Majör Depresyon, PB: Panik Bozukluk; **Ölçekler:** ABÖ: Agorafobik Bilişler Ölçeği, ADI : Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri, BSQ: Body Sensations Questionnaire, CBS: Catastrophic Belief Scale, CPASAS: Clark Personal and Social Adjustment Scale, CSI: Coping Strategies Inventory, DSÖ-Kısa Form (WHOQOL-BREF): Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Kısa Form, DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği, FQ-Ago: Agoraphobia subscale of the Fear Questionnaire, HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, HQC: The Hyperventilation Questionnaire—Cognitive Subscale, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, KGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, MADRS: Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MIA: Mobility Inventory for Agoraphobia, PAI-C: Panic Appraisal Inventory-Panic Coping Subscale, PAÖ: Panik Agorafobi Ölçeği, PBQ: Panic Belief Questionnaire, PBŞÖ: Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği, PI: Panic Inventory, PSQ: Panic Self Questionnaire, QLSI: Quality of Life Systemic Inventory, QoLI: Quality of Life Inventory, SCL-90: Belirti Tarama Listesi, SDS: Sheehan Disability Scale, SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği, SKÖ: Sürekli Kaygı Ölçeği, WHLS: Work, Home Management, Social and Private Leisure Activities Scale. Drop out: Çalışmayı bırakma

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review

Seda Tokgünaydın, Serap Tekinsav Sütcü

Öz

Bu çalışmada travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini değerlendirmek için yapılmış ampirik çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Belirtilen ulusal ve uluslararası veritabanlarında ve belirtilen anahtar kelimelerle 2000-2015 (Şubat) yılları arasında yayınlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Tarama sonucunda tedavi etkililik çalışması olmayan çalışmalar, psikoterapi çalışması grup ve bilişsel davranışçı model temelli olmayan çalışmalar ve travma sonrası stres bozukluğuna alkol ve madde bağımlılığının, kişilik bozukluklarının, psikotik bozuklukların eşlik ettiği çalışmalar bu gözden geçirme çalışmasından çıkarılmıştır. Ölçütleri karşılayan 13 çalışmanın yöntem ve terapi özellikleri karşılaştırılarak sunulmuştur. Sonuç olarak travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde bilişsel davranışçı model temelli grup terapilerinin bozukluğun belirtilerinin ve eşlik eden diğer sorunların (depresyon, anksiyete) azalmasında etkili olduğu görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Travma sonrası stres bozukluğu, bilişsel-davranışçı terapi, grup terapisi.

Abstract

This study aims to review empirical studies that were used to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy programs for the treatment for posttraumatic stress disorder. Articles in English and Turkish that were published between the years of 2000 and 2015 (February) have been searched in national and international databases. The articles that were gathered by the search have been read and the ones that were not therapy effectiveness studies, cognitive behavioral group therapies and that included posttraumatic stress disorder comorbid with alcohol/substance abuse, personality disorders and psychotic disorders were eliminated. The remaining 13 studies that fulfilled research criteria were introduced in the context of method and therapy characteristics. It can be seen that the cognitive behavioral group therapies are effective in decreasing the symptoms of posttraumatic stress disorder and/or comorbid disorders.

Key words: Posttraumatic stress disorder, cognitive behavior therapy, group therapy.

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB) genellikle travmatik bir yaşantının ardından ortaya çıkan psikolojik bir bozukluktur. Fiziksel saldırı, cinsel istismar, şiddet, trafik kazaları ve endüstriyel kazalar, savaş, terör olayları, başkalarının yaralanmasına veya ölümüne şahit olmak, yaşamı tehdit eden hastalıklar ve depresyon, tsunami, sel, kasırga gibi doğal afetler en yaygın olarak görülen travmatik yaşam olaylarıdır (Kessler ve ark. 1995). Travmatik anıların yineleyici ve istemsiz bir şekilde hatırlanması, aşırı uyarılmışlık, duygusal küntlük ve travmatik yaşantıyı hatırlatan uyarılardan (düşüncelerden) kaçınma TSSB'nin belirtileri arasındadır (APA 2000). Belirtiler travmatik yaşantının hemen ardından ortaya çıkabileceği gibi, aylar yıllar sonra gecikmeli olarak da ortaya çıkabilmektedir (McNally 2009). TSSB belirtilerinin yaşam boyu görülme sıklığı %7.8 olarak bulunmuştur (Kessler ve ark. 1995). Başka bir çalışmada ise her üç kişiden birinin hayatlarının belli bir evresinde travmatik bir olaya maruz kaldığı belirtilmiştir. Bunlardan %10-15'i TSSB belirtileri gösterirken, savaş, çatışma, cinayet ya da doğal afet yaşamış kişilerde bu oran %58'lere kadar çıkabilmektedir (Özgen ve Aydın 1999).

Yapılan çalışmalar psikososyal müdahale programlarının TSSB'nin tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir (Sloan ve ark. 2011). Yetişkinlerde görülen TSSB'ye yönelik psikososyal müdahalelerde destekleyici, psikodinamik, bilişsel davranışçı terapi (BDT), maruz bırakma, göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) gibi farklı yaklaşımlar ve modeller kullanılmaktadır (Foa 2000, Foy ve ark. 2001). Destekleyici grup terapisinde kişilerin şimdiki problemlerine ve başa çıkımlarına odaklanılmakta ve grup terapisinin iyileştirici faktörlerinden faydalanılarak grup üyelerinin yaşadıkları travma ile başa çıkımları amaçlanmaktadır.

Psikodinamik terapide ise kişilerin travmatik yaşantıları ile diğer yaşam olayları bir bütün olarak değerlendirilmekte ve travmatik yaşantının kişi için anlamı anlaşılmasına çalışılmaktadır. EMDR ise kişinin travmatik yaşantısına ilişkin bilgi işleme sürecini yeniden işlemeyerek kişiyi rahatsız eden travmatik olayla ilgili düşünceleri, görüntüleri, duyguyu ve duyumları ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır (Foa 2000, Foy ve ark. 2001, Stieckgold, 2002). TSSB'nin tedavisinde en fazla kullanılan terapi yaklaşımlarından biri de bilişsel davranışçı yaklaşımdır. Özellikle tekrarlı maruz bırakma (hayali maruz bırakma ya da travma öyküsü yazma) ve canlı maruz bırakmanın kullanıldığı, travmanın anlamına dair bilişsel yeniden yapılandırmanın kullanıldığı ya da bu iki tekniğin birlikte kullanıldığı BDT programlarının, TSSB'nin tedavisinde etkili olduğu görülmektedir (Ehlers ve ark., 2005).

BDT, TSSB'nin belirtilerinin tedavisinde genellikle bireysel olarak uygulanan bir tedavi yaklaşımı olmasına karşın, son yıllarda özellikle daha ekonomik olması ve grup yaşantısının iyileştirici etkileri gibi nedenlerle grup uygulaması da tercih edilmektedir. Literatürde bilişsel davranışçı grup terapisinin (BDGT) TSSB'nin tedavisinde etkililiğini araştıran çalışmalar vardır ancak bu çalışmaların sistematik olarak gözden geçirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Aslında TSSB'de grup terapisinin etkililiğini gözden geçiren araştırmalar olmasına karşın, bunlar bilişsel davranışçı temelli grup terapisinin etkililiğine odaklanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın amacı yetişkinlerde TSSB'nin tedavisinde BDGT'nin etkililiğini değerlendirmek için, konuyla ilgili etkililik çalışmalarının gözden geçirilmesidir.

Yöntem

Bu çalışmada TSSB tedavisinde kullanılan BDGT programlarının etkililiğini değerlendirmek amacıyla PsycINFO, PsycARTICLES, PubMed ve ULAKBİM Tıp ve Sosyal Bilimler veri tabanlarında 2000-2015 (Şubat) yılları arasında yayınlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Taramada (1) TSSB ve bilişsel terapi (PTSD and cognitive therapy), (2) TSSB ve bilişsel tedavi (PTSD and cognitive treatment), (3) travma ve bilişsel terapi (trauma and cognitive therapy), (4) travma ve bilişsel tedavi (trauma and cognitive treatment), (5) TSSB ve bilişsel davranışçı grup terapisi (PTSD and cognitive behavioral group therapy), (6) travma ve bilişsel davranışçı grup terapisi (trauma and cognitive behavioral group therapy), (7) TSSB ve bilişsel müdahale (PTSD and cognitive intervention), (8) travma ve bilişsel müdahale (trauma and cognitive intervention), (9) TSSB ve bilişsel davranışçı grup müdahale (PTSD and cognitive behavioral intervention), (10) travma ve bilişsel davranışçı grup müdahale (trauma and cognitive behavioral intervention) anahtar kelimeler olarak kullanılmıştır.

Ulaşılan makalelerden tedavi etkililik çalışması olmayanlar, psikoterapi çalışması grup ve bilişsel davranışçı temelli olmayanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca örneklem grubunu çocuk ve ergenlerin oluşturduğu araştırmalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu çalışmanın amacı BDGT'nin TSSB belirtileri üzerindeki etkililiğini gözden geçirmek olduğu için TSSB'ye alkol ve madde bağımlılığının, kişilik bozukluklarının, psikotik bozuklukların eşlik ettiği çalışmalara da bu gözden geçirme çalışmasında yer verilmemiştir. Bu yöntem sonucunda ölçütleri karşılayan 13 yayınlanmış makaleye ulaşılmıştır. Her bir çalışmada yer alan hastaların tanıları, tedaviye alınan hasta sayısı ve tanı için kullanılan ölçüt sistemi gibi örnekleme ilişkin bilgilere, tedavi biçimleri, seçkisiz atamanın ve bağımsız değerlendiricinin olup olmaması, kullanılan ölçme araçları gibi çalışmanın yöntemiyle ilgili bilgilere, çalışmaların sonucunda elde edilen bulgulara ve daha ayrıntılı olarak seans süresi, sayısı, sıklığı, psikoterapist sayısı ve her bir gruptaki üye sayısı gibi uygulanan bilişsel davranışçı terapi biçimine ilişkin bilgilere odaklanılmıştır.

Bulgular

Çalışmalara ilişkin bilgiler Tablo 1 ve Tablo 2'de yazar isim sırasına göre özetlenmiştir. (Tablolar metnin sonunda yer almaktadır.)

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Örneklem

Çalışmaların katılımcılarını 18 ve üzeri yaş grubundan TSSB'nin tanı ölçütlerini karşılayan ya da travmatik bir yaşantıya maruz kalıp TSSB'nin belirtilerini gösteren kişiler oluşturmaktadır. Çalışmaların bazılarında katılımcıların yaş aralığı verilmemesine rağmen örneklem grubunun yetişkinlerden oluştuğu belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda örnekleme oluşturan kişilerin TSSB tanısı alan kişiler olduğu, bazılarında ise kişilerin TSSB tanısı alıp almadıklarının belirtilmediği ancak kişilerin yakın bir zamanda travmatik bir yaşantıya maruz kaldığı bildirilmiştir. Tanı alan katılımcıların genellikle DSM-IV-TR, TSSB-Ö ve TDÖ'ye göre; bazı çalışmalarda ise TSSB-KL, PCL-M ve SCID ölçütlerine göre tanı aldığı görülmektedir (Ahmedizadeh ve ark. 2010, Hinton ve ark. 2011).

Travma Türü

Çalışmalara katılan katılımcıların yaşadıkları travmanın türüne bakıldığında bazı çalışmalarda örnekleme farklı travmatik yaşantılara maruz kalan kişilerin birarada yer aldığı bazı çalışmalarda ise tek bir travma türünü yaşayanlarla çalışıldığı görülmüştür (Hollifield ve ark. 2007, Beck ve ark. 2009,). Dört makalede karışık travmalarla çalışıldığı (Hollifield ve ark. 2007, Hinton ve ark. 2011, Beaumont ve ark. 2012), beş makalede savaşla ilişkili travma ile (Ahmadizadeh ve ark. 2010, Beidel ve ark. 2010, Alvarez ve ark. 2011,), iki makalede trafik kazalarıyla ilişkili travma ile (Beck ve ark. 2009) ve iki makalede de kişilerarası travma (aile içi şiddet ve çocukluk dönemi cinsel istismar) (Echeburua ve ark. 2014) ile çalışıldığı görülmüştür.

Tedavi ve Kontrol/Karşılaştırma Grupları

Çalışmalar incelendiğinde sadece bir çalışmada karşılaştırma ya da kontrol grubu kullanılmadan ön test ve son test sonuçlarına dayanarak BDGT'nin etkililiği değerlendirilmiştir (Thompson ve ark. 2009). Ayrıca bir makalede de bireysel bilişsel davranışçı terapi ile BDGT karşılaştırılmıştır (Echeburua ve ark. 2014). İki makalede ise BDGT sadece tedavi almayan kontrol grubu (Beck ve ark. 2009; Ahmadizadeh ve ark., 2010) ile üç makalede başka bir psikososyal müdahale grubuna ek olarak bir de bekleme listesi ya da tedavi almayan kontrol grubu ile (Hollifield ve ark. 2007; Sikkema ve ark. 2007; Williams ve ark. 2014) karşılaştırılmıştır.

TSSB tedavisinde bilişsel ve/veya davranışçı teknikleri içeren farklı grup tedavilerinin karşılaştırıldığı dört çalışma vardır (Beidel ve ark., 2010; Alvarez ve ark., 2011; Hinton ve ark., 2011; Jefreys ve ark., 2014). Bununla birlikte BDGT'nin farklı psikososyal müdahale biçimleriyle karşılaştırıldığı çalışmalar da vardır. Lahad ve arkadaşları (2010) BDGT'yi EMDR tedavisi ile, Sikkema ve arkadaşları (2007) destek grubuyla, Williams ve arkadaşları (2014) psikodinamik grup terapisiyle ve Hollifield ve arkadaşları (2007) ise akupunktur tedavisi ile karşılaştırmıştır. Bir çalışmada BDGT, merhametli zihin eğitiminin eklendiği BDGT programı ile karşılaştırılmıştır (Beaumont ve ark. 2012).

Tedavi Gruplarına Atama

Birden fazla müdahale grubunun olduğu çalışmaların 7 tanesinde hastaların dahil olacağı tedavi koşulu belirlenirken seçkisiz atama yönteminin kullanıldığı görülmüştür. Toplamda beş çalışmada ise kişiler tedavi koşuluna yerleştirilirken herhangi bir atama yöntemine tabi olmamışlardır. Tedavi almayan kontrol grubunun kullanıldığı dört çalışmanın üçünde tedavi koşullarına seçkisiz atama kullanılırken (Sikkema ve ark. 2007, Beck ve ark. 2009, Ahmedizadeh ve ark. 2010); birinde seçkisiz atama yapılmadığı görülmüştür (Williams ve ark. 2014).

Kullanılan Ölçme Yöntemleri

Çalışmaların çoğunda terapi öncesi ve sonrasında kişilerin belirtilerinin değerlendirilmesinde hem klinisyenlerin hem de kişilerin kendi bildirimlerine dayalı ölçme araçları kullanılmıştır. Araştırmaların hepsinde öntest ve sontest ölçümleri alınırken; bazı çalışmalarda terapi programlarının uzun süreli etkililiğini değerlendirmek amacıyla terapi bittikten sonra izlem ölçümlerinin de alındığı belirtilmiştir. Dört çalışmada tedavi programından 3 ay sonra izlem çalışması yapılırken (Hollifield ve ark. 2007, Beck ve ark. 2009, Ahmadizadeh ve ark. 2010, Hinton ve ark. 2011); bir çalışmada 1 yıl sonra

(Lahad ve ark. 2010) ve bir çalışmada tedavi bittikten sonra 1, 3, 6 ve 12 aylık periyodlarla izlem çalışmalarının (Echeburua ve ark. 2014) yapıldığı görülmüştür.

Çalışmalar farklı değişkenlere odaklandığından farklı içerikte ölçme araçlarını kullanmışlardır. Ölçme araçlarının bazıları TSSB ve eşlik eden depresyon ve anksiyete belirtilerine odaklanırken (örn. TSSB-Ö, BDE, BAE, TSSB-KL); bazıları TSSB'nin kişilerin işlevselliğine (QLQ, DSÖ-Kısa Form) etkisine odaklanmıştır (Beck ve ark. 2009, Ahmadizadeh ve ark. 2010). Bazı çalışmalar ise özgüven, kişilerarası güven, duygu düzenleme ve başa çıkma stratejileri gibi değişkenleri ölçen ölçme araçları (örn. BÇTDÖ, Duygu Düzenleme Envanteri, Tekrarlı Güven Oyunu Ölçeği) kullanmıştır (Alvarez ve ark. 2011, Williams ve ark. 2014).

Çalışmalardaki BDGT'nin İçeriği ve Uygulanışı

Seans Özellikleri ve Sayısı

İncelenen çalışmalarda uygulanan BDGT programlarının seans uzunluklarına bakıldığında bazı çalışmaların bu ayrıntıyı bildirmedığı, ancak bildirenlerde grup terapilerinin 60 ile 120 dakika arasında değişmekle birlikte çoğunlukla 90 dakika şeklinde uygulandığı görülmüştür. Ayrıca grup seanslarının haftada ikiden, iki haftada bir kadar farklı aralıklarla uygulandığı, ancak en yaygın uygulamanın haftada bir kez olduğu görülmüştür. Bazı araştırmalarda grup programlarına ek bireysel seansların da uygulandığı belirtilmiştir (Echeburua ve ark. 2014). Bir çalışma seans sayısını bildirmeyen (Lahad ve ark. 2010), çalışmalarda seans sayısının 12 ile 20 arasında değiştiği görülmüştür.

Üye ve Terapist Sayısı

Dört çalışmada terapist sayısı belirtilmemiş olup (Beaumont ve ark. 2012, Jeffreys ve ark. 2014), diğer çalışmalarda terapist sayısının 1 ile 3 arasında değiştiği görülmektedir. Gözden geçirilen çalışmaların 7 tanesinde grupların kaç üyeden oluştuğu bildirilmemiştir. Bununla birlikte bir çalışmada üye sayısı 10 olarak belirtilmiş (Williams ve ark. 2014), iki çalışmada 4-5 olarak belirtilmiş (Beidel ve ark. 2010, Alvarez ve ark. 2011) ve üç çalışmada da üye sayısı 6 olarak belirtilmiştir (Thompson ve ark. 2009, Hinton ve ark. 2011, Beaumont ve ark. 2012).

Çalışmaların Bulguları

Gözden geçirilen çalışmaların sadece bir tanesinde BDGT'nin etkililiği herhangi bir grupla karşılaştırmaksızın ön test son test sonuçlarına dayanarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada uygulanan BDGT'nin TSSB ve depresyon belirtilerinde azalmayı sağladığı görülmüştür (Thompson ve ark. 2009). Tedavi almayan kontrol grubu ya da bekleme listesi kontrol grubunun kullanıldığı beş çalışmanın tümünde de uygulanan BDGT'nin kontrol grubundan daha etkili olduğunu gösteren bulgular elde edilmiştir. Örneğin Ahmadizadeh ve arkadaşları (2010) bilişsel davranışçı temelli problem çözme terapisi ile kontrol grubunu karşılaştırmış ve tüm ölçümlerde problem çözme terapisinin daha etkili olduğunu bulmuşlardır. Bir diğer çalışmada Beck ve arkadaşları (2009) BDGT ile kontrol grubunu karşılaştırmış ve TSSB belirtilerini azaltmada BDGT'nin anlamlı biçimde daha etkili olduğunu bulmuşlardır. Destek grubu ve kontrol grubunun bilişsel davranışçı temelli travmayla başa çıkma terapi grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada ise travmayla başa çıkma grubu TSSB'nin kaçınma belirtilerinde destek grubundan; engellenemeyen düşüncelere ilişkin belirtilerinde ise kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha etkili bulunmuştur (Sikkema ve ark. 2007).

Bilişsel ve davranışçı teknikleri içeren farklı müdahale programlarının etkililiklerini karşılaştıran çalışmalara bakıldığında sonuçlar değişkenlik göstermektedir. Alvarez ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada TSSB için bilişsel davranışçı terapinin travma odaklı formu olan bilişsel işleme terapisi (cognitive processing therapy) travma odaklı terapi (trauma focused therapy) ile karşılaştırılmıştır. Travma odaklı terapi, yaşam boyu gelişim modeline dayanan, BDT teknikleri içeren ve danışanların travmatik yaşantılarını gelişimsel bağlamda değerlendiren bir grup terapisisidir. Tüm ölçümlerde bilişsel işleme terapisi travma odaklı terapiden daha etkili bulunmuştur. Hinton ve arkadaşları (2011) ise Latin kültürüne uyarlanmış BDGT programını gevşeme terapisi ile karşılaştırmış ve tüm ölçümlerde BDGT'nin davranışçı bir yaklaşım olan gevşeme terapisinden daha etkili olduğunu bulmuşlardır. Jeffrey ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise bilişsel işleme terapisi ile maruz bırakma terapisi olarak adlandırılan iki farklı BDGT programı karşılaştırılmış ve demografik değişkenler kontrol edildiğinde maruz bırakma terapisinin, bilişsel işleme terapisinden daha etkili olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Beidel ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da TSSB olan askerler için grup içinde sosyal beceri eğitimini ve maruz bırakmayı içeren travmayı yönetme terapisi (trauma management therapy) ile maruz bırakma terapisinin tek başına kullanıldığı iki BDGT programı karşılaştırılmıştır. İki terapi tekniğinin de TSSB belirtilerini azaltmada etkili olduğu ancak sosyal işlevsellikte travmayı yönetme terapisinin maruz bırakma terapisinden daha etkili olduğu bulunmuştur.

Bir grup çalışmada BDGT farklı psikososyal müdahalelerle karşılaştırılmıştır. Beaumont ve arkadaşları (2012) BDGT ile merhametli zihin eğitiminin (compassionate mind training) eşlik ettiği BDGT'yi karşılaştırılmış ve iki terapi tekniğinin de depresyon, anksiyete ve TSSB belirtilerinde azalmayı sağladığı ancak özduyarlılık değişkeninde merhametli zihin eğitiminin eşlik ettiği BDGT'nin BDGT'den daha etkili olduğu bulunmuştur. Bir çalışmada BDGT ile EMDR sonuçları karşılaştırılmış; iki yaklaşımın da TSSB belirtilerinde azalmayı sağladığı bununla birlikte aralarında fark olmadığı bulunmuştur (Lahad ve ark. 2010). Hollifield ve arkadaşları (2007) BDGT ile akupunktur tedavisi ve kontrol grubunu karşılaştırmış, her iki tedavi grubu da kontrol grubundan etkili bulunurken tedavi grupları arasında farka rastlanmamıştır. Bir çalışmada ise başka bir psikososyal müdahale programı bazı değişkenler açısından BDGT'den daha etkili sonuçlar göstermiştir (Williams ve ark. 2014). Bu çalışmada kısa süreli bilişsel işleme terapisi ile uzun süreli psikodinamik grup terapisi ve kontrol grubu karşılaştırılmış; kişilerarası güven değişkeni açısından uzun süreli psikodinamik grup terapisinin kısa süreli bilişsel işleme terapisinden daha etkili olduğu bulunmuştur.

Gözden geçirilen makedeler arasında sadece Echeburua ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında bireysel BDT ile bireysel seansların da olduğu BDGT karşılaştırılmıştır. İki tedavide de TSSB belirtilerinin azaldığı ancak izlem ölçümlerinde TSSB belirtileri ve işlevsellik açısından bireysel terapinin eşlik ettiği BDGT'nin daha etkili olduğu görülmüştür.

İzlem Değerlendirmeleri

İzlem verisi alan tüm çalışmalarda (6 makale) BDT grubundaki değişimin korunduğu ya da tedavinin olumlu etkilerinin sürdüğü bildirilmiştir (Hollifield ve ark. 2007, Beck ve ark. 2009, Ahmedizadeh ve ark. 2010, Lahad ve ark. 2010, Hinton ve ark. 2011, Echeburua ve ark. 2014).

Tartışma

Bu çalışmada, 2000-2015 (Şubat) yılları arasında yayınlanan TSSB'ye yönelik BDGT'nin etkililiğini araştıran makaleler gözden geçirilmiştir. Bu çalışmanın amacı BDGT'nin TSSB belirtilerinde etkililiğini değerlendirmek olduğu için TSSB'ye psikotik bozuklukların, alkol madde bağımlılığının ve kişilik bozukluğunun eşlik ettiği olguların dahil edildiği makaleler bu çalışmaya alınmamıştır. Bu tarama 2000 yılından sonra yapılan çalışmaları incelemeye almıştır ancak taramanın sonucunda 2000'li yılların başlarında TSSB'nin tedavisinde BDGT'nin etkililiğini araştıran pek çalışma olmadığı, çalışmaların daha çok son 6-7 yılda yapıldığı görülmüştür. Bu da TSSB'nin tedavisinde BDGT'nin etkililiğine dair çalışmaların çok eskilere dayanmadığını ancak özellikle son yıllarda bu konuda yapılan çalışmaların arttığını göstermektedir.

Bu çalışmada gözden geçirilen araştırmalar BDGT'nin TSSB'nin belirtilerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca BDGT'nin bu bozukluğa eşlik eden depresyon ve anksiyete gibi sorunları da azaltmada etkili olduğu görülmektedir. İzlem değerlendirmelerinin yapıldığı çalışmalar da BDGT'nin etkisinin tedavi bittikten sonra da korunduğunu göstermektedir. Bir çalışma bireysel terapiyle birlikte uygulanan BDGT'nin tek başına bireysel BDT'den daha etkili olduğunu göstermiştir. Bunun da TSSB'de grup yaşantısının iyileştirici etkilerini ortaya koyduğu düşünülebilir.

Bu gözden geçirmede TSSB'nin tedavisinde BDGT'nin merhametli zihin eğitimi, psikodinamik terapi, EMDR, akupunktur gibi farklı psikososyal müdahalelerle karşılaştırıldığı çalışmalar da yer almıştır. Herbiri yalnız bir çalışmada kullanılıp, tekrar eden sonuçlara ulaşılmamış olsa da araştırma sonuçları bu diğer psikososyal müdahalelerin de TSSB belirtilerini azaltmada BDGT gibi etkili olduğunu göstermiştir. En etkili ve ekonomik müdahale biçiminin ya da hangi hastaların hangi modellerden daha fazla yararlandığının bulunması için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Bu makalelerin çok azında farklı bilişsel davranışçı teknikleri içeren müdahale programları karşılaştırıldığından hangi BDT tekniğinin TSSB belirtilerini azaltmada daha etkili olduğu konusunda bir şey söylemek güçtür. Bununla birlikte Alvares ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında bilişsel ve davranışçı tekniklerin daha yoğunlukta olduğu bilişsel işleme terapisinin, travma odaklı terapiden, Hinton ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında BDGT'nin davranışçı bir müdahale olan gevşeme terapisinden daha etkili olmasının etkili bir terapide bilişsel tekniklerin önemine işaret ettiği düşünülebilir. Jeffreys ve arkadaşlarının (2014) çalışmasının maruz bırakma terapisinin bilişsel işleme terapisinden daha etkili olduğunu göstermesinin TSSB belirtilerinin tedavisinde maruz bırakma yönteminin önemini gösterdiği söylenebilir.

Çalışmaların bazılarında uygulanan terapilerin içeriğine ve uygulanış şekline dair ayrıntılı bilginin verilmemesinden dolayı terapi süresi, terapist sayısı, seans sayısı, ya da kullanılan tekniklerin terapinin etkililiğinde bir fark oluşturup oluşturmadığı bilinmemektedir. Bundan sonraki araştırmalarda bu tür bilgilerin verilmesi bu değişkenler açısından terapinin etkililiğini belirlemeyi kolaylaştıracaktır. Ayrıca bundan sonraki çalışmalarda hastalar için en ideal terapi modelini belirlemeye yönelik (ideal terapi süresi, seans sayısı, hasta sayısı, terapist sayısı, vb) çalışmaların yapılması önerilebilir.

Çalışmaların örnekleme açısından bakıldığında çalışmalara katılan kişilerin birbirinden farklı travmatik yaşantılarının olduğu, bazı çalışmalarda tek bir travma türüyle çalışılırken bazı çalışmalarda farklı travma türleriyle beraber çalışıldığı görülmektedir. Bu noktada yaşanan travma açısından homojen bir grupla mı heterojen bir grupla mı

çalışmanın daha etkili olduğu sorusu akla gelebilir. Ancak farklı travma türleriyle çalışan sadece dört çalışma olduğundan ve her çalışma uygulanan tedavi teknikleri, kullanılan ölçme araçları vb. açılardan birbirinden farklı olduğundan bu gözden geçirme çalışmasında bu soruya yanıt bulunamamıştır. Ancak bundan sonraki çalışmalarda travma açısından homojen ve heterojen grupların karşılaştırılmasının daha etkili BDGT prosedürünü bulmada yardımcı olacağı söylenebilir.

Türkiye’de yapılan çalışmaların incelenmesi için ULAKBİM veritabanı taramaya dahil edilmiştir ancak veritabanında ilgili anahtar sözcüklerle yapılan taramada TSSB tedavisinde BDGT’nin etkililiğini araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Üstelik ülkemizde deprem, sel gibi doğal afetlere, şiddet, terör, iş kazaları gibi olaylara maruz kalmış pek çok insan olduğu düşünüldüğünde ülkemizde bu alanda çalışmalara çok fazla ihtiyaç olduğu söylenebilir. Hinton ve arkadaşları (2011) yaptıkları çalışmada Latin kültürüne uyarladıkları bir BDGT programı uygulamışlar ve terapi programının etkili bulunmasında kültüre uyarlanmasının önemi üzerinde durmuşlardır. Çünkü yaşanan travmatik olaylar farklılaşabileceği gibi kişilerin travmalara verdikleri tepkiler ve yükledikleri anlamlar da kültürden kültüre değişiklik gösterebilir. Ülkemizde TSSB belirtilerini azaltmak amacıyla uygulanacak etkili müdahale programlarının olmamasından dolayı etkili olduğu pek çok kez kanıtlanan bilişsel ve davranışçı teknikleri içeren ve daha ekonomik olduğu için grup formatında terapi programlarının geliştirilmesi önerilmektedir. Bu gözden geçirme çalışmasında elde edilen bilgiler doğrultusunda ülkemizde yapılacak çalışmalarda uygulanacak programın kültüre duyarlı biçimde hazırlanmasına ve programın maruz bırakma tekniklerini içermesine dikkat edilmesi önerilebilir.

Sonuç

Yapılan taramada BDGT’nin TSSB belirtileri üzerinde etkililiğini araştıran çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür. Çalışmalar sayıca az olduğundan ve farklı yöntemsel özellikler içerdiğinden bunları birbiriyle kıyaslayarak sonuçlara ulaşmak güçtür. Bu nedenle TSSB tedavisinde BDGT’nin etkililiğini değerlendiren daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. Sonuç olarak, hala çalışılması gereken pek çok araştırma sorusu olmasına rağmen, çalışmalar TSSB tedavisinde BDGT’nin etkili olduğunu göstermiştir..

Kaynaklar

- Ahmadzadeh MJ, Ahmadi K, Eskandari H, Falsafinejad MR, Borjali A, Anisi J et al. (2010) Improvement in quality of life after exposure therapy, problem solving and combined therapy in chronic war related posttraumatic stress disorder. *Procedia Soc Behav Sci*, 5:262-266.
- Alvarez J, McLean C, Harris AH, Rosen CS, Ruzek JI, Kimerling R (2011) The comparative effectiveness of cognitive processing therapy for male veterans treated in a VHA posttraumatic stress disorder residential rehabilitation program. *J Consult Clin Psychol*, 79:590-599.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Publishing.
- Beaumont EA, Galpin AJ, Jenkins PE (2012) 'Being kinder to myself': A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either cognitive behavior therapy or cognitive behavior therapy and compassionate mind training. *Couns Psychol Rev*, 27:31-43.
- Beck JG, Coffey SF, Foy DW, Keane TM, Blanchard EB (2009) Group cognitive behavior therapy for chronic posttraumatic stress disorder: an initial randomized pilot study. *Behav Ther*, 40:82-92.

- Beidel DC, Frueh BC, Uhde TW, Wong N, Mentrikoski JM (2011) Multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*, 25:224-231.
- Echeburúa E, Sarasua B, Zubizarreta I (2013) Individual versus individual and group therapy regarding a cognitive-behavioral treatment for battered women in a community setting. *J Interpers Violence*, 29:1783-1801.
- Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M (2005) Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behav Res Ther*, 43:413-431.
- Foa EB (2000) Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 61:43-51.
- Foy DW, Eriksson CB, Trice GA (2001) Introduction to group interventions for trauma survivors. *Group Dyn*, 5:246.
- Hinton DE, Hofmann SG, Rivera E, Otto MW, Pollack MH (2011) Culturally adapted CBT (CA-CBT) for Latino women with treatment-resistant PTSD: a pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. *Behav Res Ther*, 49:275-280.
- Hollifield M, Sinclair-Lian N, Warner TD, Hammerschlag R (2007) Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial. *J Nerv Ment Dis*, 195:504-513.
- Jeffreys MD, Reinfeld C, Nair PV, Garcia HA, Mata-Galan E, Rentz TO (2014) Evaluating treatment of posttraumatic stress disorder with cognitive processing therapy and prolonged exposure therapy in a VHA specialty clinic. *J Anxiety Disord*, 28:108-114.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic Stress Disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52:1048-1060.
- Lahad M, Farhi M, Leykin D, Kaplansky N (2010) Preliminary study of a new integrative approach in treating post-traumatic stress disorder: SEE FAR CBT. *The Arts in Psychotherapy*, 37:391-399.
- McNally RJ (2009) Posttraumatic stress disorder. In *Oxford Textbook of Psychopathology* (Eds PH Blaney, T Millon):178-190. Oxford, NY, Oxford
- Özgen F, Aydın H (1999) Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1:34-41.
- Sikkema KJ, Hansen NB, Kochman A, Tarakeshwar N, Neufeld S, Meade CS, Fox AM (2007) Outcomes from a group intervention for coping with HIV/AIDS and childhood sexual abuse: reductions in traumatic stress. *AIDS Behav*, 11:49-60.
- Sloan DM, Feinstein BA, Gallagher MW, Beck JG, Keane TM (2013) Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta analysis. *Psychol Trauma*, 5:176.
- Stickgold R (2002) EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol*, 58:61-75.
- Thompson AR, Wilde E, Boon K (2010) The development of group CBT for the treatment of road-traffic-accident-related post-traumatic stress disorder: a pilot study. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2:32-42.
- Williams W, Graham DP, McCurry K, Sanders A, Eiseman J, Chiu PH, King-Casas B (2014) Group psychotherapy's impact on trust in veterans with PTSD: a pilot study. *Bull Menninger Clin*, 78:335-348.

Seda Tokgünaydın, Araş.Gör., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İzmir; **Serap Tekinsav Sütücü**, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütücü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.

E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 3 Mart/March 3, 2015 - **Kabul tarihi/Accepted** 19 Eylül/September 19,2015

Tablo 1. Çalışmalarda yöntem özellikleri ve sonuçlar

Çalışma	Örneklem	Travma Türü	Tedavi ve Kontrol Grupları	Seçkisiz Atama	Ölçümler	Sonuçlar
Ahmadizadeh ve ark. (2010)	50 erkek DSM-IV-TR TSSB	Savaşla ilişkili travma	1. Problem Çözme Terapisi (BDGT) (N=25) 2. Kontrol Grubu (N=25)	Var	Öntest, sontest, 3 aylık izlem: QLQ veya SF-36 SCL-90-R	Sontest ve 3 aylık izlemede iki ölçümde de; Problem Çözme Terapisi > Kontrol Grubu
Alvarez ve ark. (2011)	197 erkek TSSB-KL TSSB	Savaşla ilişkili travma	1. Bilişsel İşleme Terapisi (N=104) 2. Travma Odaklı Terapi (N=93)	Yok	Öntest, sontest: TSSB-KL, BDE, DSÖ-Kısa Form, BÇTDÖ, SCL-6	Sontestte tüm ölçümlerde; Bilişsel İşleme Terapisi > Travma Odaklı Terapi
Beaumont ve ark. (2012)	Travmatik yaşantıya maruz kalmış 32 kişi	Karışık (iş kazası, trafik kazası, ölümcül kaza, şiddet içerikli suç şahit olma, cinsel saldırı)	1. BDGT 2. BDGT + Merhametli Zihin Eğitimi (Compassionate Mind Training)	Var	Öntest, sontest: HADÖ, OEÖ, ÖAÖ	Sontestte; İki terapi tekniğinde de depresyon, anksiyete ve TSSB belirtilerinde azalma Özdüyarlılıkta; BDT+CMT>BDT
Beck ve ark. (2009)	44 hasta (36 kadın, 8 erkek) TSSB-Ö Kronik TSSB	Motorlu taşıt kazası	1. BDGT (N=26) 2. Kontrol grubu (N=18)	Var	Öntest, sontest, 3 aylık izlem: TSSB-Ö, OEÖ-R, BAE, BDE-II, OÖİ, PS-MPI	Sontest ve 3 aylık izlemede TSSB belirtilerinde; BDGT>KG
Beidel ve ark. (2010)	35 erkek hasta TSSB-Ö Kronik TSSB	Savaşla ilişkili travma	1. Travmayı Yönetme Terapisi (N=14), 2. Maruz Bırakma Terapisi (N=16)	Var	Öntest, aratest, sontest: TSSB-Ö, PCL-M, QLQ, KGI, HAM-A, HAM-D	Aratest ve sontestte; Sosyal işlevsellikte TMT>ET İki terapi tekniğinde de TSSB belirtilerinde azalma
Echeburua ve ark. (2014)	Şiddete maruz kalmış 116 kadın	Aile içi şiddete maruz kalma	1. Bireysel BDT (N=59) 2. Bireysel BDT + BDGT (N=57)	Yok	Öntest, sontest, 1-3-6-12 aylık izlemler: SCID, EPV-R, EGS, SKE, BDE, self-esteem, MS	Tüm ölçümlerde; iki terapi tekniğinde de TSSB belirtilerinde azalma İzlem ölçümlerinde TSSB belirtileri

						ve işlevsellikte Bireysel BDT + BDGT > Bireysel BDT
Hinton ve ark. (2011)	24 Latino kadın SCID TSSB	Karışık	1. Kültüre uyarlanmış BDGT 2. Uygulamalı Kas Gevşetme Terapisi	Var	Öntest, sontest, 12 haftalık izlem: PTSD Checklist, SCL- Anxiety Scale, NS, ERS	Tüm ölçümlerde; Kültüre uyarlanmış BDGT > Uygulamalı Kas Gevşetme Terapisi
Hollifield ve ark. (2007)	84 hasta (57 kadın, 27 erkek) SCID, TSSBÖ-KD TSSB	Karışık	1. Akupunktur Tedavisi (N=29) 2. BDGT (N=28) 3. Bekleme Listesi (N=27)	Var	Öntest, sontest, 3 aylık izlem: TSSBÖ-KD, HSCL-25, SDI	Sontest ve 3 aylık izlemde; Akupunktur Tedavi- BDGT > Bekleme Listesi
Jeffreys ve ark. (2014)	263 kişi (6 kadın, 257 erkek) TSSB-KL TSSB	Savaşla ilişkili travma	1. Bilişsel İşleme Terapisi (N=178) 2. Maruz Bırakma Terapisi (N=85)	Yok	Öntest, sontest: TSSB-Ö, MINI, TSSB- KL	Sontestte; İki terapi programında da TSSB belirtilerinde azalma Demografik değişkenler kontrol edildiğinde Maruz Bırakma > Bilişsel İşlem- leme Terapisi
Lahad ve ark. (2010)	21 kişi, TDÖ, TSSB	Karışık	1. BDGT (N=9) 2. EMDR (N=12)	Yok	Öntest, sontest, 1 yıllık izlem: TDÖ	Sontestte ve izlemde; İki terapi grubunda da TSSB belirtilerinde azalma
Sikkema ve ark. (2007)	Çocukluk dönemi cinsel istismar mağduru AIDS'li 198 kişi (107 kadın, 91 erkek)	Çocukluk dönemi cinsel istismar	1. Travmayla Başa Çıkma Grubu (BDGT) 2. Destek Grubu 3. Bekleme Listesi	Var	Öntest, sontest: OEÖ	Sontestte; İntrusiv belirtilerde; Travmayla Başa Çıkma Grubu (BDGT) > Bekleme Listesi Kaçınma belirtilerinde; Travmayla Başa Çıkma > Destek Grubu

Thompson ve ark. (2009)	6 kişi (4 kadın, 2 erkek) TDÖ TSSB	Trafik kazalarıyla ilişkili travma	1. BDGT	Yok	Öntest, sontest: RCl, KSÖ, BDE-II, IIP-32, TDÖ	Sontestte; TSSB ve depresyon belirtilerinde azalma
Williams ve ark. (2014)	21 erkek PCL-M TSSB	Savaşla ilişkili travma	1. Uzun Süreli Grup Psikodinamik Terapi (N=6) 2. Kısa Süreli Bilişsel İşleme Terapisi (N=10) 3. Klasik Tedavi-Kontrol (N=5)	Yok	Öntest, sontest: PCL-M, Iterated Trust Game	Sontestte; TSSB belirtilerinde; Kısa süreli Bilişsel İşleme Terapisi> Klasik Tedavi-Kontrol Kişilerarası güvende Uzun süreli grup psikodinamik terapi> Kısa süreli Bilişsel İşleme Terapisi

Tanımlar: TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu; **Tedaviler:** BDGT: Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi; BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi; EMDR: Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme; **Ölçekler:** ADIS-IV: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV; BAE: Beck Anksiyete Envanteri; BÇTDÖ: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği; BDE: Beck Depresyon Envanteri; BDE-II: Beck Depresyon Envanteri II; DSÖ-Kısa Form (WHOQOL-BREF): Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Kısa Form; EGS: Severity of Symptoms Scale of Posttraumatic Stress Disorder; EPV-R: Severe Intimate Violence Partner Risk Prediction Scale-Revised; ERS: Emotion Regulation Scale; HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; HAM-A: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği; HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; HSCL-25: Hopkins Symptom Checklist-25; IIP-32: Inventory of Interpersonal Problems; KGi: Klinik Global İzlenim Ölçeği; KSÖ: Kısa Semptom Ölçeği; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; MS: Maladjustment Scale; NS: Nervios Scale; ÖAÖ: Öz-Anlayış Ölçeği Kısa Formu; OÖİ: Oswestry Özürlülük İndeksi; OEÖ-R: Olayların Etkisi Ölçeği-Revize; OEÖ: Olayların Etkisi Ölçeği; PCL-M: PTSD Checklist-Military Version; PS-MPI: Pain Severity Subscale of the Multidimensional Pain Inventory; QLQ: Quality of Life Questionnaire; RCl: Jacobson's Reliable Change Index; Rosenberg Özgüven Ölçeği; SCID: DSM- IV Eksen- I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu; SCL-6: Belirti Tarama Listesi; SCL-90-R: Belirti Tarama Listesi; SDI: Sheehan Disability Inventory; SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği; SKE: Sürekli Kaygı Envanteri; TDÖ: Travma Değerlendirme Ölçeği; TSSB-KL: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kontrol Listesi; TSSB-Ö: Klinisyen tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği; TSSBÖ-KD: Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri Ölçeği-Kendini Değerlendirme; WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu.

Tablo 2. Çalışmalardaki bilişsel davranışçı grup terapi özellikleri

Çalışma	Seans Süresi	Seans Sayısı	Terapi Sıklığı	Terapist Sayısı	Üye Sayısı
Ahmadzadeh ve ark. (2010)	120 dk. (grup) 45 dk. (bireysel)	15 (8 bireysel, 7 grup)	?	1	?
Alvarez ve ark. (2011)	?	14	?	2	4-5
Beaumont ve ark. (2012)	?	12	Haftada 1	?	6
Beck ve ark. (2009)	120 dk	14	Haftada 1	2	?
Beidel ve ark. (2010)	90 dk (grup)	29 (15 bireysel, 14 grup)	Haftada 2 (iki hafta) Haftada 1 (10 hafta)	1	4-5
Echeburua ve ark. (2014)	90 dk.	17 (9 bireysel, 8 grup)	Haftada 1	1	?
Hinton ve ark. (2011)	60dk.	14	Haftada 1	2	6
Hollifield ve ark. (2007)	120 dk.	12	Haftada 2	1	?
Jeffreys ve ark. (2014)	90 dk.	12	Haftada 1	?	?
Lahad ve ark. (2010)	90 dk.	?	Haftada 2	?	?
Sikkema ve ark. (2007)	90 dk.	15	Haftada 1	2-3	?
Thompson ve ark. (2009)	120 dk.	20	İki haftada 1	3	6
Williams ve ark. (2014)	?	12	?	?	10

Genel Kısaltmalar: ?: Belirtilmemiş

Madde ile İlişkili Bozuklukların Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Substance-Related Disorders: A Systematic Review

Zeynep Erdoğan Yıldırım, Serap Tekinsav Sütçü

Öz

Bu çalışmada madde ile ilişkili bozuklukların tedavisinde uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılmış ampirik çalışmaların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Belirtilen veri tabanlarında belirtilen anahtar kelimeler ile 2000-2015 (Ocak) yılları arasında yayınlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Tarama sonucunda ulaşılan çalışmalardan bilişsel davranışçı temelli grup tedavisi temelli olmayan ve örneklemini nikotin bağımlılarından oluşan çalışmalar çalışmadan çıkarılmıştır. Ölçütleri karşılayan 36 çalışmanın yöntem ve terapi özellikleri, tedavi öncesi/ sonrası ve izlem değerlendirmeleri karşılaştırılarak sunulmuştur. Sonuç olarak, madde ile ilişkili bozuklukların tedavisinde standart tedaviye ek olarak ya da tek başına uygulanan bilişsel davranışçı grup terapilerinin; bozukluğa ilişkin belirtileri, nüksü ve/veya bozukluğa eşlik eden sorunları (anksiyete, depresyon vb.) azaltmada etkili olduğu görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Madde kullanım bozuklukları, bilişsel-davranışçı terapi, grup terapisi.

Abstract

This study aims to review empirical studies that were used to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy programs for the treatment of substance-related disorders. Articles in English and Turkish that were published between the years of 2000 and 2015 (January) have been screened in national and international databases. Studies that consisted nicotine addicts in sample and that group therapies that not based on cognitive behavioral group therapy approach were excluded. The remaining 36 studies were introduced in the context of method and therapy characteristics, pre / post treatment and follow up results. Consequently, it is understood that cognitive behavioral group therapies for substance-related disorders are effective in decreasing the symptoms of the disorders and recurrence and/or comorbid disorders (anxiety, depression etc).

Key words: Substance-related disorders, cognitive behavior therapy, group therapy.

AYNI ANDA hem zevk verme hem de iç rahatsızlıktan kaçma amacına hizmet eden bir davranış örüntüsü olarak tanımlanan bağımlılık (Goodman 1990), insanoğlunun bazı maddelerin kendi ruhsal durumunu değiştirdiğini ve geçici de olsa daha farklı

hissetmesini sağladığını farketmesiyle önemli bir biyopsikosozyal sorun haline gelmiştir (Beyazyürek ve Şatır 2000).

Evren ve arkadaşlarına (2007) göre madde ile ilişkili bozuklukların tedavisinin, hastanın yoksunluk ve sonrasında devam eden maddesiz yaşamına yönelik ilaç tedavilerini ve psikososyal bir iyileştirme programını kapsaması gerekmektedir. İlaç tedavisinde disulfiram ve naltreksonun kullanıldığı farmakolojik tedavilerin nüksün sıklığı ve şiddeti üzerinde önemli bir yere sahip olduğu bilinmekle beraber; bu tedavilerin tek başına yeterli olmaması psikoterapi programlarının ek olarak kullanılmasını gündeme getirmiştir (Nunes ve ark. 1995). Bu doğrultuda bağımlılıkta ortaya çıkan bilişsel davranışçı terapi (BDT) bağımlılık tedavisi sonrası nüks sıklığı göz önüne alınarak, bilişsel-sosyal öğrenme modeli temelinde geliştirilmiştir (Marlatt ve Gordon 1985, Bandura 1986). Konuyla ilgili ilk çalışmalar 1960'larda uygulamaya geçirilmiştir. Aynı zamanda madde kullanım bozukluklarında bilişsel davranışçı terapi (BDT), hastaların zararlı ve bağımlılık yapan maddelerden sakınma ile ilgili hedeflerine ve yeni yaşam becerileri edinmelerine yardım etmeyi hedeflemekte ve hastaların öz yeterliliklerini yeniden inşa edip yaşam stresini azaltmayı, dolayısıyla da problemin döngüsel şekilde tekrar nüks etme ihtimalini zayıflatmayı amaçlamaktadır (Leahly 2004).

Madde ile ilişkili bozukluklarda BDT'nin, özellikle de bilişsel davranışçı grup müdahalelerinin tarihi eskiye dayansa da; ilgili literatür incelendiğinde bu bozukluk konusunda farkındalığın artması, tedavide yeni arayışlara girilmesi sebebiyle madde ile ilişkili bozuklukların tedavisinde kullanılmasının özellikle son 20 yılı kapsadığı görülmektedir. Bu doğrultuda bazı tedavi programlarının ve hastalığın eş tanı özelliklerinin de göz önünde bulundurularak özgül programların geliştirildiği görülmektedir (Project Match Research Group 1997).

Bu çalışmalara bakıldığında, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklarda standart tedaviye eklenen bilişsel davranışçı grup terapi (BDGT) programları ile yalnızca standart tedavinin, çeşitli tedavi yöntemlerinin ve çeşitli ilaçların etkililiğini karşılaştıran çalışmaların bulunduğu görülmektedir. Bilişsel davranışçı terapinin grup müdahaleleri, hem maliyet hem de daha çok bireye ulaşabilme açısından pratikte daha uygulanabilir görünmektedir. Ancak literatür incelendiğinde madde kullanım bozukluklarında BDGT'nin etkililiğini değerlendiren çalışmaları gözden geçiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buradan hareketle bu çalışma, literatürde madde kullanım bozukluklarının tedavisinde BDGT'nin etkililiğini değerlendiren çalışmaları gözden geçirmeyi amaçlamıştır.

Yöntem

Bu çalışmada madde kullanımı ile ilişkili bozuklukların tedavisinde kullanılan BDGT programlarının etkililiğini değerlendirmek amacıyla 2000-2015 (Ocak) yılları arasında PsycINFO, PsycARTICLES, PubMed veritabanlarındaki İngilizce makaleler ve ULAKBİM Sosyal Bilimler ve Türk Tıp veri tabanlarında yayınlanan makaleler taranmıştır. (1) Alkol (alcohol), (2) Kokain (Cocaine), (3) Metaamfetamin (methamphetamine), (4) Stimulan (stimulant), (5) Opiat (opiate), (6) Eroin (heroin), (7) Kenevir (cannabis), (8) Esrar (marijuana), (9) Yasadışı uyuşturucu (illicit drug), (10) Madde (substance) anahtar kelimeleri “ Bilişsel davranışçı terapi” (cognitive behavioral therapy) veya “Bilişsel davranışçı grup terapisi” (cognitive behavioral group therapy) ile birlikte girilerek ayrı ayrı tarama gerçekleştirilmiştir. Ulaşılan çalışmalardan bilişsel

davranışçı psikoterapi çalışması grup temelli olmayan ve örneklemini nikotin bağımlılarından oluşan araştırmalar çalışmadan çıkarılmıştır. Bu yöntem sonucunda ölçütleri karşılayan 36 yayınlanmış makaleye ulaşılmıştır. Bu gözden geçirme çalışmasında 2 makalede aynı çalışmanın farklı bulgularının sunulduğu görülmüş, farklı sonuçlar bildirdiği için her bir makale birbirinden ayrı çalışmalar olarak ele alınmıştır. Her bir çalışmada yer alan hastaların tanıları, tedaviye alınan hasta sayısı, cinsiyet dağılımları, tanı için kullanılan ölçüt sistemi gibi örnekleme ilişkin bilgilere; tedavi biçimleri, seçkisiz atamanın olup olmaması, kullanılan ölçme araçları gibi çalışmanın yöntemiyle ilgili bilgilere; çalışmaların sonucunda elde edilen bulgulara ve daha ayrıntılı olarak grubun niteliği, seans süresi, sayısı, sıklığı, psikoterapist sayısı ve her bir gruptaki üye sayısı gibi uygulanan BDT biçimine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Bulgular

Çalışmalara ilişkin bilgiler Tablo 1 ve Tablo 2'de yazar adına göre sıralanarak özetlenmiştir. Tablo 1'de Türkçe uyarlaması olan ölçme araçlarının isimleri Türkçe kısaltmalarıyla verilirken, Türkçe uyarlaması olmayan ölçekler ise orijinal isimleri ve kısaltmaları ile verilmiştir. (Tablolar metin sonunda yer almaktadır.)

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Örneklem

Çalışmaların katılımcıları 18-65 yaşları arasındaki madde ile ilişkili bozuklukların (alkol ve/veya madde bağımlılığı ve/veya kötüye kullanımı) tanı ölçütlerini karşılayan bireylerden oluşmaktadır. Çalışmaların çoğunda tek bir maddeye özgül kullanım bozukluğundan söz edilmemiş, çalışmaların örneklemelerinin çoğunun farklı madde kullanım bozukluğu olan bireylerden oluştuğu görülmüştür. Bunun yanı sıra çalışmaların büyük bir çoğunluğunun örneklemini ayaktan hastalar oluşturmuş ve bazı çalışmaların ise gazii, suçlu ya da mahkum örneklemini ile yürütüldüğü görülmüştür (Drapkin ve ark. 2008). Ayrıca, 11 çalışmanın bir eş taniye sahip bağımlılarla yürütüldüğü anlaşılmıştır (Weiss ve ark. 2009).

Tüm çalışmalarda cinsiyet belirtilmiş olmakla beraber; 7 çalışmaya sadece kadın, 4 çalışmaya ise sadece erkek bağımlılar dahil edilmiştir. Diğer çalışmaların büyük çoğunluğunun örnekleminde ise erkek bağımlıların sayısının kadınlara göre daha fazla (23 çalışma) olduğu bildirilmiştir. Hastaların genellikle DSM-IV, DSM-III-R, ve ICD-10'a göre (Marques ve Formigoni 2001, Scherbaum ve ark. 2005, Lanza ve ark. 2014); bazı çalışmalarda ise SCID ölçütlerine göre tanı aldığı görülmektedir (örn. Greenfield ve ark. 2007). Yedi çalışmada ise bağımlılığı tanılamak amacıyla kullanılan herhangi bir ölçüt sisteminden söz edilmemiştir (Bowen ve ark. 2000, Ness ve Oei 2005). Çalışmaların örneklem büyüklüklerinin ise 20 kişiden (Aid-Daoud ve ark. 2001) 353 kişiye (Morgan-Lopez ve ark. 2014) geniş bir dağılıma sahip olduğu görülmektedir.

Tedavi ve Kontrol/Karşılaştırma Grupları

Çalışmalar incelendiğinde iki çalışma (Türkcan ve ark. 2001, Ness ve Oei 2005) dışında çalışmaların tamamında karşılaştırma ya da kontrol grubunun olduğu görülmektedir. Beş makalede BDGT ile özgül bir ilaç tedavisi karşılaştırılırken (Aid-Daoud ve ark. 2001, Tucker ve ark. 2004, Wetzel ve ark. 2004, O'Malley ve ark. 2007, Dürsteler-MacFarland ve ark. 2013), bir diğer beşinde ise standart tedavi olarak adlandırılan tedavi ile standart tedaviyle birlikte uygulanan BDGT'nin karşılaştırıldığı görülmektedir.

(Bowen ve ark. 2000, Scherbaum ve ark. 2005, Hunter ve Witkiewitz 2009, Zlotnick ve ark. 2009, Watkins ve ark. 2011). Bununla birlikte standart tedaviyle birlikte uygulanan çeşitli grup tedavi yöntemleri ile standart tedaviyle birlikte uygulanan BDGT'yi karşılaştıran dört çalışma bulunmaktadır (Epstein ve ark. 2003, Granholm ve ark. 2011, Worley ve ark. 2012, Paddock ve ark. 2014). Standart tedavilerin içeriği bazı çalışmalarda belirtilmemekle beraber (Bowen ve ark. 2000); bazılarında ise söz konusu tedaviler ilaç (Granholm ve ark. 2011) ya da herhangi bir psikolojik / psikososyal müdahaleyi (Hunter ve Witkiewitz 2009) ya da hem ilaç hem de psikolojik bir müdahaleyi (Epstein ve ark. 2003) içermiştir. On sekiz makalede farklı grup terapi yöntemleri BDGT ile karşılaştırılırken (Kadden ve ark. 2001, Brewer ve ark. 2009, Morgan- Lopez ve ark. 2014); yalnızca iki çalışmada BDGT ile bireysel BDT'nin karşılaştırıldığı görülmektedir (Marques ve Formigoni 2001, Sobell ve ark. 2009).

Diğer yandan; kendine yardım grupları olan Adsız Alkolikler (Alcoholics Anonymous, AA) ve Adsız Narkotiklere (Narcotics Anonymous, AN) de bazı çalışmalarda madde ile ilişkili bozukların tedavisinin bir bölümünde yer verilmiştir. Bazı çalışmalarda karşılaştırma gruplarının bazı çalışmalarda ise BDGT müdahalelerinin terapi içeriği bu grupların 12 basamak ve 12 geleneğinden yararlanılarak oluşturulmuştur (Drapkin ve ark. 2008, Granholm ve ark. 2011, Tate ve ark. 2011, Worley ve ark. 2012). Ness ve Oei'nin (2005) çalışmasında ise BDGT tedavi müdahalesinin içinde bu gruplara katılma yer verilmiştir. Üç çalışmada ise söz konusu kendine yardım gruplarına katılımın standart tedavinin içinde yer aldığı belirtilmiştir (Zlotnick ve ark. 2009, Watkins ve ark. 2011, Hunter ve ark. 2012). Başka iki çalışmada ise terapiler süresince Adsız Alkolikler'e ne yönlendirmenin yapıldığı ne de gidilmesine engel olduğu, tamamen nötr tutum sergilendiği ifade edilmiştir (Kadden ve ark. 2001, Litt ve ark. 2003). Dolayısıyla çalışmalardaki grupların bu bakımdan homojen olmadığı söylenebilir.

Gruplara Atama

Çalışmaların neredeyse tamamında (31 çalışma) hastaların dahil olacağı tedavi koşulu belirlenirken seçkisiz atama yönteminin kullanıldığı görülmüştür. Üç çalışmada karşılaştırma grubu olmasına rağmen tedavi koşullarına seçkisiz atama yapılmamış (Hunter ve Witkiewitz 2009, Watkins ve ark. 2011, Worley ve ark. 2012), diğer iki çalışma da ise karşılaştırma ya da kontrol grubu kullanılmadığı için hastalar herhangi bir atama yöntemine tabi tutulmamışlardır (Türkcan ve ark. 2001, Ness ve Oei 2005).

Kullanılan Ölçme Araçları

Çalışmaların çoğunda tedavi öncesi ve sonrasında hem klinisyenin bildirimine hem de hastanın öz bildirimine dayalı ölçme araçları kullanılmıştır. Her çalışmanın amacı farklı olduğundan farklı içerikte ölçme araçlarının kullanıldığı göze çarpmaktadır. Ölçme araçlarının bazıları doğrudan bağımlılığı ve bağımlılık belirtilerini araştırmaya (örn. Bağımlılık Şiddeti Ölçeği, Alkol Bağımlılığı Ölçeği, Obsesif Kompulsif İçme Skalası); bazıları depresyon, anksiyete, TSSB gibi madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara eşlik eden sorunları araştırmaya (örn. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi, Klinisyen tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ölçeği, Beck Depresyon Envanteri) yönelik değerlendirme araçlarıdır. Çalışmaların bir kısmında (16 makale) çalışmacıların TLFB (Zaman çizgisinde geriye doğru gitme) tekniğini kullanarak hastaların madde kullanımını takip ettikleri görülmektedir (Ait-Daoud ve ark. 2001, O'Malley ve ark. 2007, Drapkin ve ark. 2008). Birkaç çalışmada ise, standart ölçme araçlarının yanında

idrar analizi (Weiss ve ark. 2009) ve nörolojik fonksiyon testlerine (Granholm ve ark. 2011) ait bilgileri içeren gözlem ve kayıtların kullanıldığı görülmektedir.

Ölçümlerin Sıklığı

Müdahalelerin etkililiğini değerlendirme genellikle ön test ve tedavinin hemen bitiminden sonra verilen son test ölçümleriyle yapılmış, ek olarak bazı çalışmalarda tedavilerin daha uzun süreli etkililiğini değerlendirmek amacıyla farklı zaman aralıklarında izlem ölçümleri de alınmıştır. Otuz altı makalenin küçük bir kısmında (6 makale) sadece ön test-son test değerlendirmesi yapılmış ve izlem değerlendirmesi yapılmamıştır. İzlem ölçümlerinin alınmasının müdahale bitiminden 1 hafta sonra (Hien ve ark. 2012) ile 19 ay sonra (Sandahl ve ark. 2004) arasında değişen geniş bir zaman aralığına sahip olduğu görülmektedir. Bununla birlikte çalışmaların büyük çoğunluğunda 3 ay ile 1 yıl arasında değişen aralıklarda izlem değerlendirmesi yapıldığı, sadece 6 makalede (Rawson ve ark. 2002, Litt ve ark. 2003, Sandahl ve ark. 2004, Wetzel ve ark. 2004, Rawson ve ark. 2006, Granholm ve ark. 2011) 1 yıldan daha uzun süreli izlem çalışması yapıldığı bildirilmiştir.

Çalışmalardaki BDGT İçeriği ve Uygulanışı

Uygulanan Teknikler

Gözden geçirilen çalışmaların BDGT programları içerik açısından incelendiğinde, en sık olarak baş etme teknikleri ve beceri eğitimine yer verildiği görülmektedir. Yirmi çalışmanın terapi programlarının beceri eğitimi (Epstein ve ark. 2003, Litt ve ark. 2003) ve on altı çalışmanın terapi programlarının baş etme tekniklerini (Kadden ve ark. 2001, Rosenblum ve ark. 2005, Drapkin ve ark. 2008) içerdiği görülmektedir. On iki çalışmada ise baş etme teknikleriyle beceri eğitiminin birlikte kullanıldığı görülmektedir (Wetzel ve ark. 2004, Tate ve ark. 2011). Bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerine on iki çalışmada yer verilirken (örn. Lanza ve ark. 2014, Paddock ve ark. 2014); özgül olarak on bir çalışmada yüksek riskli durumlarla(bağımlı olunan maddenin kullanımını tetikleyen uyarıcılar) baş etme teknikleri (örn. Türkcan ve ark. 2001, Sobell ve ark. 2009, Weiss ve ark. 2009) üzerinde durulmuştur. Bazı çalışmalarda ise problem çözme eğitiminin (7 makale), rol canlandırmanın (3 makale), bilişsel beceri eğitiminin (2 makale), psikoeğitimin (6 makale), kendini izlemenin (3 makale), gevşeme tekniklerinin (1 makale) ve maruz bırakmanın (1 makale) da kullanıldığı görülmektedir. Bunlarla birlikte, altı çalışmada ise uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisinde kullanılan tekniklerden bahsedilmemiştir (Bowen ve ark. 2000, Ait-Daoud ve ark. 2001, Rawson ve ark. 2002, Rawson ve ark. 2006, Brewer ve ark. 2009, Dürsteler-MacFarland ve ark. 2013).

Grup Niteliği

Çalışmalar incelendiğinde on üç çalışmanın grup niteliğini belirtmediği görülmüştür. Dokuz çalışma dönen grup (rolling grup) prosedürü ile müdahaleleri gerçekleştirdiğini belirtirken, beş çalışma kapalı grup kullandığını belirtmektedir. Dönen grup olarak adlandırılan grup herhangi bir seanstan başlanabilen sürekli devam eden ve tüm modüller tamamlandıktan sonra birey için terapinin sonlandığı bir prosedürdür. Örneğin beşinci seansta başlayan bir hastanın terapisi dördüncü seansta sona ermektedir. Çalışmaların dokuzunun ise yarı-kapalı grup prosedürüyle terapiyi sürdürdükleri görülmüştür. Yarı- kapalı grup olarak adlandırılan gruplarda (belirli seanslarda giriş çıkışını yapılabildiği grup terapi prosedürü) üye giriş çıkışlarının bazı çalışmalarda ilk dört seansta (Marques ve Formigoni 2001) ya da ilk üç seanstayken (Sandahl ve ark. 2004, Greenfi-

eld ve ark. 2007) bazılarındaysa dört seansta bir (Granholm ve ark. 2011, Tate ve ark. 2011) ya da modül başlarında (Drapkin ve ark. 2008, Hunter ve Witkiewitz 2009, Watkins ve ark. 2011, Paddock ve ark. 2014) gerçekleştirildiği görülmektedir.

Seans Uzunluğu, Sıklığı ve Sayısı

Uygulanan BDGT programlarının seans uzunlukları incelendiğinde beş çalışmanın bu bilgiyi belirtmediği (Ait-Daoud ve ark. 2001, Marques ve Formigoni 2001, O'Malley ve ark. 2007, Worley ve ark. 2012, Dürsteler-MacFarland 2013), bununla birlikte çalışmaların büyük çoğunluğunda seans uzunluğunun 90 dakika olduğu (20 makale) ve 60, 75, 120 dakika gibi farklı uygulamaların da bulunduğu görülmektedir. Ayrıca terapistlerin haftada 5'ten (Zlotnick ve ark. 2009) ayda 1'e (Marques ve Formigoni 2001) kadar farklı sıklıklarda uygulandığı, en yaygın uygulama biçimlerinin ise haftada 1 ve 2 olduğu bildirilmektedir. Altı çalışmada (Marques ve Formigoni 2001, Türkcan ve ark. 2001, Wetzel ve ark. 2004, Granholm ve ark. 2011, Tate ve ark. 2011, Worley ve ark. 2012) terapi süreci boyunca zaman aralıklarının değiştiği ve üç çalışmada (Bowen ve ark. 2000, Ness ve Oei 2005, Sobell ve ark. 2009) ise sıklığın bildirilmediği görülmektedir. Bunların yanında, çalışmalar en az 4 seanstan (Sobell ve ark. 2009) en fazla 48 (Rawson ve ark. 2002, Rawson ve ark. 2006) seansa kadar farklı uzunluklarda uygulamalar bildirmişlerdir. Ayrıca, seans sayısı 12 olan çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmüştür (örn. Greenfield ve ark. 2007, O'Malley ve ark. 2007)

Üye ve Terapist Sayısı

Gruptaki üye sayısı incelendiğinde, yirmi iki çalışmanın bir terapi grubunun kaç üyeden oluştuğunu bildirmediği, diğer çalışmalarda ise gruptaki üye sayısının en az 2-8 (Morgan-Lopez ve ark. 2014), en çok 16 (Kuper ve ark. 2010) olduğu görülmektedir. Bununla birlikte grup üye sayısının çoğunlukla 4-8 arasında değiştiği görülmektedir. On iki çalışma ise bir terapi grubunda kaç terapist bulunduğunu bildirmemekle birlikte (Marques ve Formigoni, 2001), dokuz çalışmada tek terapistle (Lanza ve ark., 2014); on dört çalışmada iki terapistle (Litt ve ark. 2003); bir çalışmada ise üç terapistle (Sandahl ve ark. 2004) çalışıldığı anlaşılmaktadır.

Çalışmaların Bulguları

Gruplar Arası Karşılaştırmalar

Standart tedavi ile birlikte uygulanan BDGT ile standart tedaviyi karşılaştırmayı içeren beş çalışma incelendiğinde; sadece Bowen ve ark. (2000)'nin çalışmasında iki tedavi yaklaşımının etkisinin birbirinden istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı bildirilmiş, Zlotnick ve arkadaşları (2009)'nin çalışmasında ise sadece madde alımında herhangi bir farklılaşmaya rastlanılamamıştır. Bunun dışındaki tüm çalışmalarda ve Zlotnick ve arkadaşlarının (2009) çalışmasının diğer ölçümlerinde standart tedaviyle birlikte BDGT uygulanan grubun sadece standart tedavi alan gruptan istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha olumlu sonuçlar gösterdiği bildirilmiştir. Bunun yanı sıra BDGT ile özgül bir ilaç tedavisini karşılaştırmayı içeren beş çalışma incelendiğinde; bir çalışmanın BDGT'nin tüm ölçümlerde söz konusu ilaç tedavisinden daha üstün olduğunu bildirdiği görülmektedir (Ait-Daoud ve ark. 2001). Dahası, diğer çalışmalarda iki tedavi yaklaşımının birbirlerinden farklılaşmadığı (Wetzel ve ark. 2004, Tucker ve ark. 2004, Dürsteler- MacFarland ve ark. 2013), sadece bir çalışmada ise "içme gününün gecikmesi" açısından ilaç tedavisinin daha üstün bulunduğu belirtilirken, bunun dışındaki tüm ölçümlerde farklılaşma bulunamadığı bildirilmiştir (O'Malley ve ark. 2007). Ayrıca;

herhangi bir kontrol ya da karşılaştırma grubu içermeyen iki çalışma incelendiğinde alınan ölçümlerde anlamlı ilerlemeler olduğu bildirilmiştir (Türkcan ve ark. 2001, Ness ve Oei 2005).

Bireysel ve grup BDT protokolünün karşılaştırmalı olarak incelendiği iki çalışmada ise tedavi müdahaleleri arasında herhangi bir farklılaşmadan bahsedilmemiştir (Marques ve Formigoni 2001, Sobell ve ark. 2009). Bununla birlikte standart tedaviyle birlikte uygulanan çeşitli grup tedavi yöntemleri ile standart tedaviyle birlikte uygulanan BDGT'yi karşılaştıran dört çalışma incelenmiş ve bu çalışmaların çeşitli sonuçlar sunduğu ve bulgularında bir ortak noktalarının olmadığı görülmüştür (Epstein ve ark. 2003, Granholm ve ark. 2011, Worley ve ark. 2012, Paddock ve ark. 2014). Farklı grup terapi yöntemleri ile BDGT'nin karşılaştırıldığı on sekiz çalışmanın sekizinde BDGT'nin en azından bir değişken açısından istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha olumlu sonuçlar gösterdiği bildirilmiştir. Söz konusu on sekiz çalışmanın bir kısmında (6 makale) uygulanan terapi müdahaleleri arasında fark bulunmazken, bir kısmında (4 makale) ise diğer terapi müdahalelerinin (örn. Etkileşimli grup terapisi) daha üstün olduğu bildirilmiştir. Bir eş tanının eşlik ettiği örnekleme sahip on bir çalışma ise BDGT'nin karşılaştırma grubuna göre daha üstün olduğunu (Morgan-Lopez ve ark. 2014) ya da karşılaştırma grubuyla kıyaslandığında herhangi bir farklılaşmanın olmadığı belirtmiştir (Drapkin ve ark. 2008).

İzlemlere İlişkin Değerlendirmeler

Otuz beş çalışmanın yirmi dokuzunda izlem ile ilgili ölçümlerin alındığı görülmüştür. İzlem değerlendirmelerinin alındığı çalışmaların pek azında (3 makale), 6 ila 18 aylık izlemlerde BDGT'de kazanımların korunmadığı ya da anlamlı ilerleme olmadığı ifade edilmiştir (Shoptaw ve ark. 2005, Granholm ve ark. 2011, Lanza ve ark. 2014). İzlem ölçümü alan diğer tüm çalışmalarda BDGT'den elde edilen kazanımların korunduğu ya da tedavinin olumlu etkilerinin sürdüğü bildirilmiştir (Marques ve Formigoni 2001, Greenfield ve ark. 2007, Hien ve ark. 2012).

Tartışma

Bu gözden geçirme çalışmasında 2000-2015 (Ocak) yılları arasında yayınlanan ampirik araştırma makaleleri gözden geçirilmiş; bu çalışmalar yöntem, terapi özellikleri ve sonuçlarıyla beraber incelenerek ele alınmıştır. Çalışmaya alınan 36 makalenin 10 tanesinin son 5 yıl içerisinde yayınlandığı göz önüne alındığında, madde ile ilişkili bozukluklarda BDGT'nin halen yaygın olarak kullanılagelen bir terapi müdahalesi olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca, gözden geçirme sonucunda ulaşılan makaleler arasında ülkemizde yürütülmüş sadece bir çalışmaya rastlanılmış olması da ülkemizde madde ile ilişkili bozuklukların tedavisinde BDGT müdahalesinin kullanımının azlığını ortaya koymaktadır. Bu durum ülkemizde BDGT'yi uygulayabilecek yeterlikte yeterli sayıda klinisyenin olmayışıyla açıklanabilir.

Literatürdeki çalışmalar alkol ve madde kullanım bozukluklarına eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların (major depresif bozukluk, TSSB, kişilik bozuklukları vb.) görülme sıklığının diğer bozukluklara nazaran fazlalığını ortaya koymaktadır (Merikangas ve ark. 1996). Özellikle; major depresif bozukluk ya da TSSB gibi duygudurum çökkünlüğü ile giden bozukluklarda kullanılan maddenin gevşetici, bipolar bozukluk ya da panik bozukluk gibi bozukluklarda ise yatıştırıcı özelliğinin bireyleri madde kullanımına sevk ettiği düşünülmektedir. Bu doğrultuda taranan çalışmaların bir kısmında; çalışmaların

örneklemelerinin eş tanıya sahip bireylerden oluştuğu dikkati çekmektedir (Zlotnick ve ark. 2009). Eşlik eden psikiyatrik bozuklukların; bağımlılığın tanı, gidiş, sonlanım ve sağaltımını da güçleştirdiği bilinmesine rağmen (Davitsen 1999); çalışmaların çoğunda eş tanı taranmamış, göz ardı edilmiştir. Bir eş tanının eşlik ettiği örnekleme sahip çalışmalarda BDGT'nin karşılaştırma grubuna göre daha üstün olduğu ya da karşılaştırma grubuyla kıyaslandığında herhangi bir farklılık elde edilemediği belirtilmiştir (örn. Drapkin ve ark. 2008, Morgan-Lopez ve ark. 2014). Diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında, bu çalışmalarda BDGT'nin bağımlılık tedavisinde daha etkili bulunduğu görülmüştür. Bu durum; söz konusu çalışmalarda BDGT müdahalesine eklenen eş tanıya özgü seanslar ile açıklanabilir. Eşlik eden belirtiler üzerinde çalışılması dolaylı olarak bağımlılığa özgü semptomlarda da sağaltımı sağlamış ve böylece bu durum söz konusu çalışmalarda daha etkin bulgular elde edilmesiyle sonuçlanmıştır. Bundan sonraki çalışmalarda araştırmacıların bağımlılık tedavisinde eşlik eden bozuklukları göz önünde bulundurmalarının daha etkin bulgular sağlanması açısından gerekli olduğu düşünülmektedir.

Farklı grup terapi yöntemleri ile BDGT'nin karşılaştırıldığı çalışmaların çoğunda BDGT'nin en azından bir değişken açısından istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha olumlu sonuçlar gösterdiği, bir kısmında uygulanan terapilerin etkileri açısından fark bulunmadığı bir kısmında ise diğer terapi müdahalelerinin daha üstün olduğu bildirilmiştir. Bu durumda madde kullanımıyla ilişkili bozukluklarda hangi programların daha etkili olduğuna ilişkin yorum yapmak mümkün değildir. Bununla birlikte bağımlılığa özgü farklı terapi yöntemlerinin ayrı ayrı davranışçı ya da bilişsel terapilerin bileşenlerini içermesi nedeniyle sonuçların genel olarak BDGT tekniklerinin etkililiğini kanıtladığı söylenebilir.

Standart tedavi prosedürünün içeriğinin bazı çalışmalarda belirtilmemesi (Bowen ve ark. 2000); bazılarında söz konusu tedavi içeriğinin ilaç (Granhölm ve ark. 2011) ya da herhangi bir psikolojik / psikososyal müdahaleden (Hunter ve Witkiewitz 2009) ya da hem ilaç hem de psikolojik bir müdahaleden (Epstein ve ark. 2003) oluşması, standart tedavi ile yürütülen çalışmaların bulgularını değerlendirmede zorluğa neden olmaktadır. Buna rağmen; standart tedavilerin içeriği göz önüne alınmaksızın değerlendirildiğinde; standart tedavi ile birlikte uygulanan BDGT ile standart tedaviyi ve BDGT ile özgül bir ilaç tedavisini karşılaştıran çalışmaların bazılarında BDGT etkili bulunmuş, bazılarında ise ilaç tedavisi ön plana çıkmıştır. Bu bulgular bağımlılığın biyolojik yanını destekler niteliktedir, özellikle kimyasal madde kullanımının tedavisinde ve madde ile ilişkili bozuklukların yoksunluk dönemlerinde söz konusu bireylerin ilaçsız tedavi edilebilmesinin zor olduğu göz ardı edilmemelidir. Diğer yandan, çalışmalar bağımlılığın sağaltımının salt ilaç tedavisi ile sağlanamayacağını da gösterir niteliktedir. Özetle; bağımlılık düzeyine bağlı olarak ilaç tedavisinin gerekli ama yetersiz olabileceği söylenebilir.

Bireysel ve grup BDT protokolünün karşılaştırmalı olarak incelendiği çalışmalarda ise tedavi müdahaleleri arasında herhangi bir farklılaşma elde edilememiştir (Marques ve Formigoni 2001; Sobell ve ark. 2009). Bu bulgular, grup terapi müdahalelerinin genellikle daha az maliyetli olduğu ve daha çok bireye ulaşma imkanı sağladığı göz önüne alındığında (Marques ve Formigoni 2001) pratikte bireysel terapiye nazaran grup terapisinin daha çok kullanılmasının gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Ayrıca bağımlılık; yalnızca alkol ve/veya madde bağımlısı bireyi değil; bireyin ailesini ve yakın çevresini de etkilemektedir (Kalyoncu 2010). Bu yüzden tedavi sürecine

ailenin dahil edilmesinin, bozukluğun sağaltımına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Taranan çalışmaların hiç birinde aile, terapi müdahalesine dahil edilmemiştir, sonraki çalışmalarda bu duruma da dikkat edilmesi, aile eğitimleri düzenlenerek ailenin tedavi sürecine dahil edilmesi önerilmektedir.

Yalom'a (1995) göre iki terapistin yürüttüğü grup terapileri gruba olan hakimiyet ve paylaşım açısından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda; taranan çalışmaların terapi özellikleri incelendiğinde; yaklaşık olarak 90 dakikalık 2 terapistin yürüttüğü 12 seans-tan ve haftada 1-2 oturumdan oluşan BDGT müdahalelerinin daha etkin olduğu görülmektedir. Ayrıca, sayıca çok hastaya ulaşmak ve hastaları bekletmemek amacıyla çalışmalarda sıklıkla kullanılan dönen grup prosedürünün özellikle ülkemizde pratik uygulamaya geçirilmesiyle bağımlılık tedavisine yeni bir adım atılacağı da düşünülmektedir.

Sonuç

Bu gözden geçirme çalışmasında madde kullanımı ile ilişkili bozuklukların tedavisinde BDGT'nin etkili bir müdahale olduğunu gösteren pek çok bulgu mevcuttur. BDGT'nin özellikle içilen gün sayılarının azalmasında ve bozukluğa ya da eşlik eden bozukluklara özgü semptomların iyileşmesinde etkili rol oynadığı görülmektedir. Ayrıca dönen grup prosedürüyle uygulanan BDGT'lerin de olumlu sonuçlar göstermesi de, kısa süreli olan ve gelen hastaların beklemeden terapiye başlamalarına olanak veren bu yaklaşımın kliniklerde uygulamalara kolayca girebileceğini düşündürmektedir.

Kaynaklar

- Ait-Daoud N, Johnson BA, Prihoda TJ, Hargita ID (2001) Combining ondansetron and naltrexone reduces craving among biologically predisposed alcoholics: preliminary clinical evidence. *Psychopharmacology (Berl)*,154: 23-27.
- Bandura A (1986) *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Beyazyürek M, Şatır TT (2000) Madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(2):50-56.
- Bowen RC, D'Arcy C, Keegan D, Senthilvelan A (2000) A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. *Addict Behav*, 25:593-597.
- Brewer JA, Sinha R, Chen JA, Michalsen RN, Babuscio TA, Nich C et al. (2009) Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Subst Abuse*, 30:306-317.
- Davidson C (1999) Identification and treatment of psychiatric comorbidity associated with alcoholism. *Schweiz Rundsch Med Prax*, 88:1720-1725.
- Drapkin ML, Tate SR, McQuaid JR, Brown SA (2008) Does initial treatment focus influence outcomes for depressed substance abusers? *J Subst Abuse Treat*, 35:343-350.
- Dürsteler-MacFarland KM, Farronato NS, Strasser J, Boss J, Kuntze MF, Petitjean SA et al. (2013) A randomized, controlled, pilot trial of methylphenidate and cognitive-behavioral group therapy for cocaine dependence in heroin prescription. *J Clin Psychopharmacol*, 33:104-108.
- Easton CJ, Mandel DL, Hunkele KA, Nich C, Rounsaville BJ, Carroll KM (2007) A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: an Integrated Substance Abuse–Domestic Violence Treatment Approach (SADV). *Am J Addict*, 16:24-31.
- Easton CJ, Mandel D, Babuscio T, Rounsaville BJ, Carroll KM (2007) Differences in treatment outcome between male alcohol dependent offenders of domestic violence with and without positive drug screens. *Addict Behav*, 32:2151-2163.
- Epstein DH, Hawkins WE, Covi L, Umbricht A, Preston KL (2003) Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychol Addict Behav*, 17:73-82.
- Evren C, Evren B, Yancar C, Erkiran M (2007) Temperament and character model of personality profile of alcohol and drug-dependent inpatients. *Compr Psychiatry*, 48:283-288.
- Goodman A (1990) Addiction: definition and implications. *Br J Addict*, 85:1403-1410.

- Granhölm E, Tate SR, Link PC, Lydecker KP, Cummins KM, McQuaid J et al. (2011) Neuropsychological functioning and outcomes of treatment for co-occurring depression and substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 37:240-249.
- Greenfield SF, Trucco EM, McHugh RK, Lincoln M, Gallop RJ (2007) The women's recovery group study: a stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug Alcohol Depend*, 90:39-47.
- Hien DA, Morgan-Lopez AA, Campbell AN, Saavedra LM, Wu E, Cohen L et al. (2012) Attendance and substance use outcomes for the Seeking Safety program: Sometimes less is more. *J Consult Clin Psychol*, 80:29-42.
- Hunter SB, Witkiewitz K, Watkins KE, Paddock SM, Hepner KA (2012) The moderating effects of group cognitive-behavioral therapy for depression among substance users. *Psychol Addict Behav*, 26:906-916.
- Kadden RM, Litt MD, Cooney NL, Kabela E, Getter H (2001) Prospective matching of alcoholic clients to cognitive-behavioral or interactional group therapy. *J Stud Alcohol*, 62:359-369.
- Kalyoncu A, Mirsal H (2000) Alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(1): 22-30.
- Kuper LE, Gallop R, Greenfield SF (2010) Changes in coping moderate substance abuse outcomes differentially across behavioral treatment modality. *Am J Addict*, 19:543-549.
- Lanza PV, García PF, Lamelas FR, González-Menéndez A (2014) Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *J Clin Psychol*, 70: 644-657.
- Leahly RL (2004) Bilişsel Terapi ve Uygulamaları (Çev. H. Hacak). İstanbul, Litera Yayıncılık.
- Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E (2003) Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J Consult Clin Psychol*, 71:118-128.
- Marlatt GA, Gordon JR (1985) *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York, Guilford Press.
- Marques ACP, Formigoni MLO (2001) Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*, 96:835-846.
- Merikangas KA, Stevens D, Fenton B (1996) Comorbidity of alcoholism and anxiety disorders. *Alcohol Health Research World*, 20:100-105.
- Morgan-Lopez AA, Saavedra LM, Hien DA, Campbell AN, Wu E, Ruglass L et al. (2014) Indirect effects of 12-session seeking safety on substance use outcomes: Overall and attendance class-specific effects. *Am J Addict*, 23:218-225.
- Ness ML, Oei TP (2005) The effectiveness of an inpatient group cognitive behavioral therapy program for alcohol dependence. *Am J Addict*, 14:139-154.
- Nunes EV, McGrath PJ, Quitkin FM (1995) Treating anxiety in patients with alcoholism. *J Clin Psychiatry*, 56:3-9.
- O'Malley SS, Sinha R, Grilo CM, Capone C, Farren CK, McKee SA et al. (2007) Naltrexone and cognitive behavioral coping skills therapy for the treatment of alcohol drinking and eating disorder features in alcohol-dependent women: a randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*, 31:625-634.
- Project Match Research Group (1997) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*, 58:7-29.
- Paddock SM, Hunter SB, Leininger TJ (2014) Does group cognitive-behavioral therapy module type moderate depression symptom changes in substance abuse treatment clients?. *J Subst Abuse Treat*, 47:78-85.
- Rawson RA, Huber A, McCann M, Shoptaw S, Farabee D, Reiber C, Ling W (2002) A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 59:817-824.
- Rawson RA, McCann MJ, Flammino F, Shoptaw S, Miotto K, Reiber C et al. (2006) A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*, 101:267-274.
- Rosenblum A, Foote J, Cleland C, Magura S, Mahmood D, Kosanke N (2005) Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 31:35-58.
- Sandahl C, Gerge A, Herlitz K (2004) Does treatment focus on self-efficacy result in better coping? Paradoxical findings from psychodynamic and cognitive-behavioral group treatment of moderately alcohol-dependent patients. *Psychotherapy Research*, 14:388-397.
- Scherbaum N, Kluwig J, Specka M, Krause D, Merget B, Finkbeiner T et al. (2005) Group psychotherapy for opiate addicts in methadone maintenance treatment—a controlled trial. *Eur Addict Res*, 11:163-171.
- Shoptaw S, Reback CJ, Peck JA, Yang X, Rotheram-Fuller E, Larkins S et al. (2005) Behavioral treatment approaches for methamphetamine dependence and HIV-related sexual risk behaviors among urban gay and bisexual men. *Drug Alcohol Depend*, 78:125-134.

- Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S (2009) Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychol Addict Behav*, 23:672-683.
- Tate SR, Mrnak-Meyer J, Shriver CL, Atkinson JH, Robinson SK, Brown SA (2011) Predictors of treatment retention for substance-dependent adults with co-occurring depression. *Am J Addictions*, 20:357-365.
- Tucker T, Ritter A, Maher C, Jackson H (2004) A randomized control trial of group counseling in a naltrexone treatment program. *J Substance Abuse Treat*, 27:277-288.
- Türkcan A, Coşkun B, İlem E, Çakmak D (2001) Alkol bağımlılarında bir tedavi programının 3 aylık izlem sonuçları. *Bağımlılık Dergisi*, 2(1): 30-33.
- Watkins KE, Hunter SB, Hepner KA, Paddock SM, De la Cruz E, Zhou AJ et al. (2011) An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 68:577-584.
- Weiss RD, Griffin ML, Jaffee WB, Bender RE, Graff FS, Gallop RJ et al. (2009) A "community-friendly" version of integrated group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*, 104:212-219.
- Wetzel H, Szegedi A, Scheurich A, Lorch B, Singer P, Schlafke D et al. (2004) Combination treatment with nefazodone and cognitive-behavioral therapy for relapse prevention in alcohol-dependent men: a randomized controlled study. *J Clin Psychiatry*, 65:1406-1413.
- Worley MJ, Tate SR, Brown SA (2012) Mediatonal relations between 12-Step attendance, depression and substance use in patients with comorbid substance dependence and major depression. *Addiction*, 107:1974-1983.
- Yalom I (1995) *Grup Psikoterapisinin Teori ve Pratiği* (Çev. A Tangör, Ö Karaçam). İstanbul, Kabalıcı Yayınevi.
- Zlotnick C, Johnson J, Najavits LM (2009) Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behav Ther*, 40:325-336.

Zeynep Erdoğan Yıldırım, Araş.Gör., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir; **Serap Tekinsav Sütçü**, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütçü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.

E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 3 Mart/March 3, 2015 · **Kabul tarihi/Accepted** 19 Eylül/September 19,2015

Tablo 1. Çalışmalardaki yöntem özellikleri ve sonuçlar

Çalışma	Örneklem / varsa eş tanı	Tedavi Grupları / Seçkisiz Atama	Kullanılan Teknikler	Ölçümler	Çalışmayı bırakan	Sonuçlar
Ait-Daoud ve ark. (2001)	DSM-IV Alkol bağımlılığı 20 hasta (15 erkek, 5 kadın)	1.Ondansetron + Naltrexone (s=10) 2.BDGT (s=10) Seçkisiz atama var	?	Öntest-son test. haftada 1 ölçüm TLFB OCDS	?	Sonda tüm ölçümlerde; Ondansetron + Naltrexone > BDGT
Bowen ve ark.(2000)	Alkol bağımlılığı 231 ayaktan hasta (148 kadın, 83 erkek) Eş tanı: Panik bozukluk	1.ST+BDGT (s=146) 2.ST (s=85) Seçkisiz atama var	?	Öntest-son test 3-6-12 aylık izlem FNE, SADS, BDI, MM, son zamanlardaki içme öyküsü	42	Sonda anksiyete düzeyi ve alkol sorununda ST=ST+BDGT (her ikisinde de anlamlı ilerleme olmuş)
Brewer ve ark. (2009)	DSM-IV Alkol ve/veya Kokain kötüye kullanımı ya da bağımlılığı 25 ayaktan hasta (18 erkek, 7 kadın)	1.FE (s=18) 2.BDGT (s=7) Seçkisiz atama var	?	Ön test- son test SCID Haftalık Madde kullanma takvimi	FE :9 BDGT: 2	Sonda tüm ölçümlerde; FE=BDGT (her ikisinde de anlamlı ilerleme olmuş)
Drapkin ve ark. (2008)	DSM-IV Alkol, esrar ya da stimulan bağımlılığı 197 gazi (179 erkek, 18 kadın) Eş tanı: Depresyon	1.BBDGT (s =105) 2.12BT (s = 92), Seçkisiz atama var	BYY YRDBE BE BET	Ön test- son test 12 aylık izlem CIDI, TLFB, HAM-D	BBDGT:17 12BT: 11	Sonda tüm ölçümlerde; BBDGT = 12BT
Dürsteler-MacFarland ve ark. (2013)	DSM-IV Kokain bağımlılığı 62 hasta (22 kadın, 40 erkek)	1.ST+Methylphenidate (s=15) 2.ST+Placebo (s=15) 3.Placebo+BDGT (s=17)	?	Ön test-Son test Her hafta idrar analizi BDI, SCL-90, SDS	18	Sonda tüm ölçümlerde, ST+Methylphenidate = ST+Placebo = Placebo+BDGT =

		4.Methylphenidate+ BDGT (s=15) Seçkisiz atama var				Methylphenidate+ BDGT
Easton ve ark. (2007)	DSM- IV Alkol bağımlılığı 78 ayaktan erkek suçlu Eşlik eden özellik: Aile içi şiddetten tutuklanma	1.BDGT (s=40) 2.12BT (s=38) Seçkisiz atama var	BET YRDBE PÇE BE	Ön test-son test STAXI, ASI, TLFB	16	Sonda tüm ölçümlerde; BDGT = 12BT
Easton ve ark. (2007)	DSM- IV Alkol bağımlılığı 78 erkek suçlu Eşlik eden özellik: Aile içi şiddetten tutuklanma	1.BDGT (s=40) 2.12BT (s=38) Seçkisiz atama var	BET YRDBE PÇE BE	Ön test-son test. haftalık, aylık, 6 aylık izlem STAXI, ASI, TLFB	16	Sonda tüm ölçümlerde; BDGT>12BT
Epstein ve ark. (2003)	DSM-III-R Eroin ya da kokain bağımlılığı 193 ayaktan hasta (110 erkek, 83 kadın)	1.ST (s=49) 2.ST+ BDGT (s=48) 3.ST+ AGY (s=47) 4.ST+BDGT+AGY (s=49) Seçkisiz atama var	BET BE	Ön test-son test 3,6,12 aylık izlem İdrar analizi ASI	Sonda:13 12 aylık izlemde: 59	Sonda madde kullanımında; ST= ST+ BDGT <ST+ AGY = ST+BDGT+AGY İzlemde ST+BDGT+AGY > diğer gruplar
Granholm ve ark. (2011)	DSM-IV Alkol, esrar ve/veya stimülan bağımlılığı 164 ayaktan hasta (gazi) (152 erkek, 12 kadın) Eş Tanı: Majör Depresif Bozukluk	1.ST+BBDGT (s = 90) 2.ST+12BT (s= 74) Seçkisiz atama var	BYE BE BET	Öntest-Sontest 3 ayda 1 ve 18 aylık izlem TLFB, HAM-D Nörolojik fonksiyonlar	?	Sonda nörobiyolojik fonksiyonlarda; ST+BBDGT < ST+12BT Sonda madde kullanımında; ST+BBDGT > ST+12BT

						İzlemde ST+BBDGT = ST+12BT
Greenfield ve ark. (2007)	SCID Madde bağımlılığı 36 ayaktan kadın hasta	1.BDGT (s=29) 2.MDG (s=7) Seçkisiz atama var	BE	Ön test- son test 1-3-6-9-12 aylık izlem ASI TLFB	?	Pre-pilot çalışmada son ölçümlerde BDGT=MDG İzlemde ve pilot çalışmada son ölçümler BDGT> MDG
Hien ve ark. (2012)	Alkol ya da madde bağımlılığı yada kötüye kullanımı 353 kadın ayaktan hasta	1.BDGT (s=176) 2.SE (s=177) Seçkisiz atama var	BYY BE BET	Ön test-Son test 1 haftalık, 3-6-12 aylık izlem ASI	BDGT: 32 SE:46	Sonda tüm ölçümlerde; BDGT= SE (her ikisinde de anlamlı ilerleme olmuş) İzlemde BDGT > SE
Hunter ve Witkiewitz (2009)	Alkol ve/veya madde bağımlılığı 299 hasta (155 erkek, 144 kadın) Eş tanı: Depresyon	1.ST (s=159) 2.ST+BDGT (s=140) Seçkisiz atama yok	BYY BE	Öntest 3-6 aylık izlem BDI-II, ASI, TLFB, SIP-AD	?	Tüm ölçümlerde ST < ST+BDGT
Kadden ve ark. (2001)	DSM-IV alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı 250 ayaktan hasta (165 erkek, 85 kadın)	1.EGT 2.BDGT Seçkisiz atama var	BET RC BE PÇE YRDBE	Öntest- son test 3-6-9-12 aylık izlem ASI, The Form-90, DrInC	?	Sonda ve tüm ölçümlerde; EGT> BDGT
Kuper ve ark. (2010)	DSM-IV Madde bağımlılığı 23 ayaktan kadın hasta	1.BDGT (s=16) 2.MDG (s=9) Seçkisiz atama var	Kİ	Ön test- son test 1-3-4-6-9 aylık izlem TLFB , Baş etme yolları (sadece ön-son test)	?	Sonda içilen gün sayısında: BDGT>MDG Baş etme yollarında BDGT< MDG

Lanza ve ark. (2014)	DSM-IV Madde kullanım bozukluğu 50 kadın mahkum	1.BDGT (s = 19) 2.FKT (s = 18) 3.BL (s = 13) Seçkisiz atama var	BYY	Ön test-son test 6 aylık izlem. ASI MINI ADİ,İdrar analizi	İzlemde BDGT:4 FKT:2 BL:2	Sonda tüm ölçümler; BDGT> FKT İzlemde tüm ölçümlerde FKT>BDGT
Litt ve ark. (2003)	DSM-IV Alkol Bağımlılığı ve kötüye kullanımı 128 ayaktan hasta (90 erkek, 38 kadın)	1.EGT (s=59) 2.BDGT (s=69) Seçkisiz atama var	PE BE PÇE RC YRDBE	Ön test- Son test 3-6-9-12-18 aylık izlem Form-90 ve the DrInc	Çalışma sonu: 9; 6 aylık izlem: 12; 12 aylık izlem :16	Sonda tüm ölçümlerde; EGT=BDGT (her ikisinde de anlamlı ilerleme olmuş)
Marques ve Formigoni (2001)	DSM-III-R Alkol ve/vaya madde bağımlılığı 155 ayaktan hasta (142 erkek, 13 kadın)	1.BDT (s=77) 2.BDGT (s=78) Seçkisiz atama var	Her iki terapi için; Kİ YRDBE BET	Ön test- 12 aylık izlem SADD, Laboratuar testleri	İlk seanstan sonra:11 İzlemde BDT: 26; BDGT:23	Tüm ölçümlerde BDT=BDGT (her ikisinde de anlamlı düşme) Maliyet açısından; BDGT>BDT
Morgan-Lopez ve ark. (2014)	DSM-IV Madde ya da alkol bağımlılığı ya da kötüye kullanımı 353 kadın hasta Eş Tanı: TSSB	1.BDGT (s=176) 2.SE (s=177) Seçkisiz atama var	PE BYY BE	Ön test-sontest 3-6-12 aylık izlem ASI, PSS-SR	BDGT: 36 SE : 28	Tüm ölçümlerde BDGT> SE
Ness ve Oei (2005)	Alkol bağımlılığı 71 yatan hasta (37 erkek, 34 kadın)	1.ST+ BDGT (kontrol grubu yok) Seçkisiz atama yok	BYY BE GT	Ön test- son test 3 aylık izlem. KAT, SADD, BAI, SCL-90, GSE, DEP	16	Sonda ve izlemde tüm ölçümlerde anlamlı ilerleme
O'Malley ve ark. (2007)	DSM-IV Alkol bağımlılığı	YBS göstermeyen (s=29) (1.Naltrexone+ BDGT: 13,	BET PÇE	Ön test-Son test TLFB, OCDS, DrInc,	?	Sonda içme gününün gecikmesinde;

	103 ayaktan kadın hasta	2.Plasebo+BDGT: 16) YBS gösteren (s=74) 3.Naltrexone+BDGT: 40 4.Plasebo+BDGT: 34) Seçkisiz atama var	BBE BE	SCID BDI (2 Haftada 1)		Naltrexone+ BDGT > Plasebo+BDGT Diğer tüm ölçümlerde; Naltrexone+ BDGT=Plasebo+BDGT
Paddock ve ark. (2014)	Alkol ya da madde bağımlılığı 176 ayaktan hasta (87 kadın, 89 erkek) Eş Tanı: Depresyon	1.ST+ BDGT (s = 132) 2.ST+ BBDGT (s = 44) Seçkisiz atama var	Her iki terapi için; BYY BE BET	Ön test- son test 3 aylık izlem PHQ-8, SF-12, BDE-II	?	Sonda ve izlemde tüm ölçümlerde ST+ BDGT = ST+ BBDGT
Rawson ve ark. (2002)	DSM-IV Kokain bağımlılığı 120 ayaktan hasta (54 kadın, 66 erkek)	1.AGY (s=30) 2.BDGT (s=30) 3.AGY+BDGT (s=30) 4.ST (s=30) Seçkisiz atama var	?	Ön test-son test 26-52 haftalık izlem BDE ASI Haftalık idrar analizi	?	Sonda tüm ölçümlerde, AGY= AGY+BDGT >BDGT > ST
Rawson ve ark. (2006)	DSM-IV Kokain ya da metaamfe- tamin bağımlılığı 177 ayaktan hasta (134 erkek, 43 kadın)	1.AGY (s= 60) 2.BDGT (s= 58) 3.AGY+ BDGT (s=59) Seçkisiz atama var	?	Ön test- son test 26 ve 52 haftalık izlem. Haftalık idrar analizi BDI, ASI	AGY: 15 BDGT: 11 AGY+ BDGT: 13	Sonda ve izlemde madde kullanımında; AGY= BDGT= AGY+ BDGT ASI ölçümünde AGY> BDGT=AGY+ BDGT
Rosenblum ve ark. (2005)	DSM-IV Alkol yada madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı 230 ayaktan hasta (166 erkek, 64 kadın)	1.BDGT (s=114) 2.MGM (s=116) Seçkisiz atama var	YRDBE BET PÇE	Ön test-son test 6 haftalık izlem ASI, TLF, TAS-20, BSI, MINI	BDGT:23 MGM:21	Sonda tüm ölçümlerde BDGT>MGM
Sandahl ve ark. (2004)	DSM-III-R Alkol bağımlılığı	Çalışmayı bırakanlardan sonra 1.PGT (s=25)	PÇE BET	Ön test-son test 19 aylık izlem	Sonda:10 İzlemde: 5	Sonda ve izlemde tüm ölçümlerde

	59 yatan hasta (33 kadın, 26 erkek)	2.BDGT (s=24) Seçkisiz atama var	YRDBE BE	TLFB SCQ		PGT> BDGT
Scherbaum ve ark. (2005)	ICD-10 opiat bağımlılığı 73 hasta (53 erkek, 20 kadın)	1.ST (s=32) 2.ST+BDGT (s=41) Seçkisiz atama var	BYE	Ön test 6-12 aylık izlem idrar analizi (her ay)	ST:13 ST+BDGT:14	Tüm ölçümlerde ST< ST+BDGT
Shoptaw ve ark. (2005)	SCID Metaamfetamin bağımlılığı gay veya biseksüel 162 ayaktan erkek hasta	1.AGY (s = 42) 2.AGY+BDGT (s = 40) 3.BDGT (s = 40) 4.KBDGT (s = 40) Seçkisiz atama var	BE BBE	Ön test- son test 6-12 aylık izlem ASI, BQ-A İdrar analizi (haftada 3 kez),	yok	Sonda tüm ölçümlerde Anlamli ilerleme AGY= AGY+BDGT> BDGT İzlemde; AGY= AGY+BDGT= BDGT=KBDGT
Sobell ve ark. (2009)	Alkol ya da madde kullanım bozukluğu 264 ayaktan hasta (187 erkek, 77 kadın)	1.BDT (s=130) 2.BDGT (134) Seçkisiz atama var	Her iki terapi için; Kİ YRDBE	Ön test son test. 6 ve 12 aylık izlem. TLFB	BDT: 23 izlem- de:16 BDGT: 28 izlemde:17	Sonda ve izlemde alkol ve madde kullanımında; BDT = BDGT (her ikisinde de anlamlı ilerleme olmuş)
Tate ve ark. (2011)	DSM-IV Alkol, esrar ya da stimulan bağımlılığı 253 ayaktan hasta (gazi) (225 erkek, 28 kadın) Eş Tanı: Major depresif Bozukluk	1.BBDGT 2.12BT Seçkisiz atama var	BYE BE BET	Ön test ve 3 aylık ölçümler ASI, BDI-II	?	Tüm ölçümlerde BBDGT=12BT
Tucker ve ark. (2004)	DSM-IV Opiat bağımlılığı 97 ayaktan ve yatan hasta (62 erkek, 35 kadın)	1.Naltrexone (s=45) 2.Naltrexone + BDGT (s=52) Seçkisiz atama var	?	Ön test 6-12-24 haftalık izlem BDI-II, SF-36, OTI	İzlemin sonunda:14	Sonda ve izlemde tüm ölçümlerde Naltrexone = Naltrexone + BDGT
Türkcan ve ark.	DSM-IV	1.ST + BDGT (s=90)	PE	Ön test	Sonda: 9	İzlemde

(2001)	Alkol bağımlılığı 90 yatan hasta (86 erkek, 4 kadın)	(kontrol grubu yok)	YRDBE BET PÇE	3 aylık izlem Remisyon takibi	izlemde: 25	% 72.3'ünün remisyonunda kalmış
Watkins ve ark. (2011)	Alkol ve/veya madde bağımlılığı 299 hasta (155 erkek, 144 kadın) Eş tanı: Depresyon	1.ST (s=159) 2.ST+BDGT (s=140) Seçkisiz atama yok	BE BYY	Öntest 3-6 aylık izlem SF-12, BDI-II, ASI, TLFB	?	Tüm ölçümlerde ST < ST+BDGT
Weiss ve ark. (2009)	DSM-IV Madde bağımlılığı 61 hasta (25 kadın, 36 erkek) Eş Tanı: Bipolar Bozukluk	1.BBDGT (s=31) 2.GD (s=30) Seçkisiz atama var	YRDBE PE	Ön test 3-6 aylık izlem ASI, TLFB, İdrar analizi, LIFE, HAM-D, YMÖ, SCID	BBDGT:6 GD: 6	Tüm ölçümlerde; BBDGT > GD
Wetzel ve ark. (2004)	ICD-10 ve DSM-IV Alkol bağımlılığı 200 erkek ayaktan hasta	1.Nefazodone+BDGT (s=53) 2.Nefazodone+ GD (s=50) 3.Plasebo+BDGT (s=50) 4.Plasebo + GD (s=47) Seçkisiz atama var	PE MB BET RC BE	Ön test 12 ve 52 haftalık izlem DIA-X Bilgisayar Programı OCDS, ASI, Form-90	3 aylık izlem- de:59 12 aylık izlemde: 138	Sonda tüm ölçümlerde 4 grup arası fark yok. İzlemde GD+ Nefazodone grubunda diğer gruplara göre alkol tüketimi fazla
Worley ve ark. (2012)	DSM-IV Alkol, esrar ya da stimulan bağımlılığı 209 ayaktan hasta (gazi) (188 erkek, 21 kadın) Eş Tanı: Majör depresif Bozukluk	1.ST+12BT (s=97) 2.ST+ BBDGT (s=112) Seçkisiz atama yok	BYY BE	Ön test 3-6 -9 aylık izlem HAM-D, TLFB	?	Tedavi süresindeki ve sonraki ölçümlerde ST+12BT > ST+ BBDGT
Zlotnick ve ark. (2009)	DSM-IV Madde bağımlılığı 49 kadın mahkum Eş tanı: TSSB	1.ST+ BDGT (s= 27) 2.ST (s=22) Seçkisiz atama var	PE BET	Ön test-son test 3-6 aylık izlem TLFB, ASI, BSI, TSC, CAPS	BDGT:3	Sonda madde alımında; ST+ BDGT = ST (her ikisinde de anlamlı ilerleme olmuş) Diğer tüm ölçümlerde ve

						izlemde; ST+ BDGT > ST
--	--	--	--	--	--	---------------------------

Terapi Grupları: 12BT: 12 Basamaklı Tedavi (Twelve-Step Facilitation); AGY: Ayıklık için Gdleme Yöntemi (Contingency Management); BBDGT: Btnletirilmi Bilişsel Davranışı Grup Terapisi; GD: Grup Danışmanlığı; BDGT: Bilişsel Davranışı Grup Terapisi; BL: Bekleme Listesi; EGT: Etkileşimli Grup Terapisi; FE: Farkındalık Eğitimi (Mindfulness Training); FKT: Farkındalık Ve Kabullenme Terapisi (Acceptance And Commitment Therapy, ACT); KBDGT: Kültüre Uyarlanmış Bilişsel Davranışı Grup Terapisi (Culturally Tailored Cognitive Behavioral Therapy); MDG: Madde Danışmanlığı Grubu (Group Drug Counseling); MGM: Motivasyonel Grup Müdahalesi (Group Motivational Intervention); PGT: Psikodinamik Grup Terapisi; SE: Sağlık Eğitimi; ST: Standart Tedavi; YBS: Yeme Bozukluğu Semptomları

Terapi Teknikleri: BBE: Bilişsel Beceri Eğitimi; BE: Beceri Eğitimi; BET: Baetme Teknikleri; BYY: Bilişsel Yeniden Yapılandırma; GT: Geveme Teknikleri; KI: Kendini İzleme; MB: Maruz Bırakma; PE: Problem zme Eğitimi; PE: Psikoeğitim; RC: Rol Canlandırma; YRDBE: Yüksek Riskli Durumlarla Baetme **lekler:** ADİ: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi; ADS: Alkol Bağımlılığı leği (The Alcohol Dependence Scale); ASI: Bağımlılığ Şiddeti leği; BAI: Beck Anksiyete leği (Beck Anxiety Index); BDE: Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory); BQ-A: Amfetamin İin Davranısal Form (Behavioral Questionnaire-Amphetamine); BSI: Kısa Semptom leği (Brief Symptom Inventory); CAPS: Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB leği (Clinician-Administered PTSD Scale); CIDİ: Birleik Uluslararası Tanılayıcı Grme (The Composite International Diagnostic Interview); DEP: İme Beklentisi Profili (Drinking Expectancy Profile); Drın: Drinker Inventory Of Consequences; FNE: Negatif Değerlendirilme Korkusu (Fear Of Negative Evaluation); GSE: Genel z-Etkililik Skalası (General Self-Efficacy Scale); HAM-D: Hamilton Depresyon Skalası (The Hamilton Depression Rating Scale); KAT: Khavari Alkol Testi (Khavari Alcohol Test); LIFE: Longitudinal Interval Follow-Up Evaluation; MINI: Kısa Uluslararası Mropsikiyatrik Grme (Mini International Neuropsychiatric Interview); MM: Marks-Mathews Korku leği (Marks-Mathews Fear Questionnaire); OCDS: Obsesif Komplsif İme Skalası; OTI: Opiat Tedavi İndeksi (The Opiate Treatment Index); PHQ-8: Hasta Sağlığı Formu (Patient Health Questionnaire); PSS-SR: TSSB z Bildirim leği (Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Scale-Self Report); SADD: Kısa Alkol Bağımlılığı leği (Short Alcohol Dependence Data Questionnaire); SADS: Sosyal Anksiyete Ve Sıkıntı Skalası (Social Anxiety And Distress Scales); SCL-90: Semptom Tarama Listesi (Symptom Checklist-90-Revised); SDS: Bağımlılığ Yaygınlığı Skalası (The Severity Of Dependence Scale) (SDS); SF-12: Kısa Form-12 (The Short Form-12); SF-36: Semptom Sıklığı leği (The Symptom Frequency Checklist); SIP-AD: Alkol Ve Madde Kullanımı İin Problem Değiikliği Kısaltılmı Formu (Shortened Inventory Of Problems Modified For Alcohol And Drug Use); STAEI/STAXI: Durumluk Sürekli fke İfade Tarzı leği (The State Trait Anger Expression Inventory); TAS: Toronto Aleksitimi leği (Toronto Alexithymia Scale); TLFB: Zaman izgisinden Geriye Gitme (Timeline Follow Back); TSC: Travma Belirti Kontrol Listesi (Trauma Symptom Checklist); YM: Young Mani leği; **Diğer Kısaltmalar:** TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu; YBS: Yeme Bozukluğu Semp-tomu S: Sayı, ? : Belirtilmiyor.

Tablo 2. Çalışmalarda bilişsel davranışçı grup terapi özellikleri

Çalışma	Seans Süresi	Grup niteliği	Seans Sayısı	Terapi sıklığı	Terapist Sayısı	Üye sayısı
Ait-Daoud ve ark. (2001)	?	Kapalı grup	8 seans	Haftada 1	?	6
Bowen ve ark.(2000)	120 dk	?	6 seans	?	2	?
Brewer ve ark.(2009)	60 dk	Dönen grup	12 seans	Haftada 1	1	Max. 8
Drapkin ve ark. (2008)	60 dk	Yarı- kapalı grup (Modül başlarında giriş)	24 seans	Haftada 2	2	?
Dürsteler-MacFarland (2013)	?	?	12 seans	Haftada 1	?	5-7
Easton ve ark. (2007)	90 dk	Kapalı grup	12 seans	Haftada 1	1	Max. 10
Easton ve ark. (2007)	90 dk	Kapalı grup	12 seans	Haftada 1	1	Max. 10
Epstein ve ark. (2003)	90 dk	?	12 seans	Haftada 1	1	?
Granholm ve ark. (2011)	60 dk	Yarı kapalı grup (4 seansta 1 giriş)	36 seans	Haftada 1 ve 2	2	?
Greenfield ve ark. (2007)	90 dk	Yarı- kapalı grup (ilk 3 seansta giriş)	12 seans	Haftada 1	2	?
Hien ve ark. (2012)	90 dk	Dönen grup	12 seans	Haftada 2	?	?
Hunter ve Witkiewitz (2009)	120 dk	Yarı kapalı grup (Modül başlarında giriş)	16 seans	Haftada 2	2	?
Kadden ve ark. (2001)	90 dk	Dönen grup	26 seans	Haftada 1	1	?
Kuper ve ark. (2010)	90 dk	?	12 seans	Haftada 1	?	16
Lanza ve ark.(2014)	90 dk	?	16 seans	Haftada 1	1	?
Litt ve ark. (2003)	90 dk	Dönen grup	26 seans	Haftada 1	2	?
Marques ve Formigoni (2001)	?	Yarı- kapalı grup (ilk 4 seansta giriş)	17 seans	İlk 2 ay haftada 1 3.4. ve 5. Ayda 2 haftada 1 6.7. ayda 4 haftada 1	?	3-10
Morgan-Lopez ve ark. (2014)	90 dk	Dönen grup	12 seans	Haftada 2	?	2-8

Ness ve Oei(2005)	60 dk	Dönen grup	42 seans	?	2	?
O'Malley ve ark. (2007)	?	?	12 seans	Haftada 1	1	?
Paddock ve ark. (2014)	120 dk	Yarı kapalı grup (Modül başlarında giriş)	16 seans (BDGT) 18 seans (BBDGT)	Haftada 2	?	?
Rawson ve ark. (2002)	90 dk	?	48 seans	Haftada 3	1	4-8
Rawson ve ark. (2006)	90 dk	?	48 seans	Haftada 3	1	4-8
Rosenblum ve ark. (2005)	90 dk	Dönen grup	20 seans	Haftada 2	?	?
Sandahl ve ark. (2004)	90 dk	Yarı- kapalı grup (ilk 3 seansta giriş)	15 seans	Haftada 1	3	?
Scherbaum ve ark. (2005)	90 dk	Kapalı grup	20 seans	Haftada 1	2	7-12
Shoptaw ve ark.(2005)	90 dk	?	16 seans	Haftada 3	2	?
Sobell ve ark. (2009)	90-120 dk	Kapalı grup	4 seans	?	2	4-8
Tate ve ark. (2011)	60 dk 75 dk	Yarı kapalı grup (4 seansta 1 giriş)	36 seans	İlk 3 ay haftada 2 Sonraki 3 ay haftada 1	?	?
Tucker ve ark. (2004)	90 dk	Dönen grup	12 seans	Haftada 1	2	Max. 10
Türkcan ve ark. (2001)	60 dk	?	12 seans	Haftada 4 Son 4 seans haftada 1	2	?
Watkins ve ark. (2011)	120 dk	Yarı kapalı grup (Modül başlarında giriş)	16 seans	Haftada 2	?	?
Weiss ve ark. (2009)	60 dk	?	12 seans	Haftada 1	?	?
Wetzel ve ark. (2004)	90 dk	?	24 seans	1.ve 2. haftada 3 3. ve 4. Haftada 5 Sonra haftada 1	2	?
Worley ve ark. (2012)	?	Dönen grup	36 seans	İlk 3 ay haftada 2 Sonraki 3 ay haftada 1	?	?
Zlotnick ve ark.(2009)	90 dk	?	18-24 seans	Haftada 3	2	3-5

İşlevsel Olmayan Öfkenin Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Etkililiği: Sistemik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Dysfunctional Anger: A Systematic Review

Nimet Serap Görgü, Serap Tekinsav Sütçü

Öz

Bu çalışmanın amacı işlevsel olmayan öfkenin tedavisinde uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini değerlendirmek için yapılmış ampirik çalışmaların gözden geçirilmesidir. Belirtilen ulusal ve uluslararası veri tabanlarında ve belirtilen anahtar kelimelerle 2000-2015 (Mart) yılları arasında yayımlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Dışlama ve dahil etme ölçütlerini karşılayan 17 makale bu çalışmada gözden geçirilmiştir. Bu makaleler terapi özellikleri, araştırma yöntemleri ve çalışma sonuçları bakımından sunulmuştur. Sonuçlar farklı örneklerde öfke problemini azaltmada ve öfke kontrolünü artırmada bilişsel davranışçı grup terapisinin etkili olduğunu göstermiştir.

Anahtar sözcükler: Öfke, bilişsel-davranışçı terapi, grup terapisi.

Abstract

The aim of the study was to review empirical studies that evaluate the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for the treatment of dysfunctional anger. Articles in English and Turkish that were published between the years of 2000 and 2015 (March) have been searched in the national and international databases. Seventeen studies that met the exclusion and inclusion criteria were included this article. These studies were examined in terms of research method, therapy characteristics and results. The results showed that cognitive behavioral group therapy is effective in reducing anger problems and increasing anger control in different sample.

Key words: Anger, cognitive behavior therapy, group therapy.

ÖFKE herkes tarafından zaman zaman hissedilen insanların temel duygularından biridir. Öfke kendini korumak, amaca ulaşmak ya da engelleri aşmak için, bireyi motive ettiği için uyumsal işlevleri de olan sağlıklı bir duygusal durumdur. Sıkıntı karşısında sorunu düzeltmek için harekete geçmede kişiye enerji vermekte ve bu davranışı sürdürmeyi kolaylaştırmaktadır (Novaco 2011). Ancak ılımlı düzeyde yaşandığında, düşmanca olmayan ve yapıcı bir tavırla ifade edildiğinde, problemlerin tanımlanmasını ve etkili davranışların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir (Novaco 1975). Yoğun olarak yaşandı-

ğında, kontrol edilemediğinde ve düşmanca, saldırganca ya da işlevsel olmayan yollarla ifade edildiğinde, pek çok probleme yol açabilir. Bu problemler arasında kalp damar rahatsızlıkları, gastrointestinal bozukluklar ve çeşitli ağrıları içeren birçok fiziksel rahatsızlık (Durak-Batıgün ve ark. 2011, Kucharska-Newton ve ark. 2014) uyuşturucu madde ve alkol kullanımı (Leibsohn ve ark. 1994) kişilerarası ilişkilerde sorunlar, iş yaşamında sorunlar ve uygunsuz risk alma, şiddet ve suç işleme davranışları da yer almaktadır (Kassinove ve Sukhodolsky 1995, Tsytsarev ve Grodnitzky 1995). Pek çok soruna yol açmasına rağmen yoğun ve kontrol edilmeyen öfke tek başına psikiyatrik bir tanı değildir. Bununla birlikte yoğun ve kontrol edilmez öfke; kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, duygudurum bozuklukları gibi bazı ruhsal bozukluklarda yaygın olarak görülmektedir. (Novaco 2011).

Bilişsel kurama göre pek çok ayrıntılı açıklaması olmakla birlikte, en basit şekliyle öfke; duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenlerden oluşan bir durum olarak tanımlanmaktadır. Buna göre düşmanca düşünce ve tutumlar (bilişler) öfke duygusuna (duygusal) ve bu da saldırgan davranışa (davranışsal) neden olmaktadır. Başka bir deyişle öfke duygusunun ve saldırgan davranışın altında çeşitli uyarınların düşmanca yorumlanması yatmaktadır (Spielberger ve ark. 1995, Deffenbacher 2011). Öfkeyi azaltmaya yönelik bilişsel davranışçı terapide (BDT) genellikle öfkenin hem bilişsel, hem duygusal hem de davranışsal bileşenlerinde değişimi hedefleyen teknikler kullanılmaktadır. Son yıllarda BDT grup uygulamalarının yaygınlaştığı görülmektedir. Daha fazla kişiye aynı anda ulaşma imkanı vermesinin yanı sıra, benzer sorunu yaşayan kişilerle paylaşımı ve normalleştirmeyi sağlaması ve öfkenin kişilerarası bir sorun olduğu düşünüldüğünde edinilen yeni becerilerin denenmesine olanak vermesi gibi nedenlerle grup terapileri tercih edilebilir tedavi yöntemleridir.

Bu doğrultuda, bu çalışmada öfke ve ilişkili sorunların azaltılmasında bilişsel davranışçı grup terapilerinin (BDGT) etkililiğini değerlendiren ampirik çalışmaları gözden geçirmek amaçlanmıştır. Literatürde konuyla ilgili gözden geçirme çalışmalarının oldukça az olduğu göze çarpmıştır. Konuyla ilgili yapılmış en güncel gözden geçirme çalışması Kulesza ve Copeland (2009) tarafından yapılmıştır. Adı geçen çalışmada 1980-2008 yılları arasında yayınlanmış olan hem bireysel hem de grup BDT etkililiğine ilişkin çalışmalar gözden geçirilmiş olup, çalışmanın amacı ve ulaşılan makaleler bu çalışmadan oldukça farklıdır. Bu çalışmada ilgili literatürde 2000 yılı sonrası durumun ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışmada öfke problemi yaşayan yetişkin kişilerin tedavisinde kullanılan BDGT programlarının etkililiğini değerlendirmek için PsycINFO, PsyARTICLES, PubMed, ULAKBİM veri tabanlarında 2000-2015 (Mart) yılları arasında yayımlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Taramada (1) "cognitive therapy and anger" (2) "group cognitive therapy and anger" (3) "cognitive group therapy and anger" (4) "cognitive intervention and anger and group" (5) "cognitive anger management" (6) "cognitive treatment and anger" anahtar kelimeleri kullanılmıştır.

Ulaşılan makalelerden doğrudan BDGT'nin etkililiğini değerlendirmeyenler, uygulanan terapi yöntemi grup temelli olmayanlar, BDT dışında başka bir yöntem ya da BDT'ye ek bir yönelimi belirlemiş olanlar ve çocuk ve/veya ergen grubuyla yapılmış çalışmalar bu gözden geçirmeye dahil edilmemiştir. Yapılan taramada, bazı çalışmaların

örnekleminde; psikoz, öğrenme güçlüğü, beyin hasarı gibi bozukluklara sahip bireylerin yer aldığı görülmüştür. Bu bozukluklar bilişsel bozulmalar içerdiğinden, bu tür örneklemelere sahip çalışmalar da, bu gözden geçirmenin kapsamı dışında bırakılmıştır. Çalışmanın ölçütlerini karşılayan 17 yayımlanmış makaleye ulaşılmıştır. Bu çalışmada araştırmaların bulgularının yanı sıra her bir çalışmada yer alan katılımcıların varsa tanıları ve tanı koymak için kullanılan ölçüt sistemi, sayıları gibi örnekleme ilişkin bilgiler, seçkisiz atamanın olup olmaması, kullanılan ölçme araçları gibi çalışmanın yöntemiyle ilgili bilgiler, seans süresi, sayısı, sıklığı, psikoterapist sayısı ve her bir gruptaki üye sayısı gibi uygulanan BDT programına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Bulgular

Çalışmalar ilişkin bilgiler Tablo 1 ve Tablo 2'de incelenmiştir. Tablo 1'de Türkçe uyarlaması olan ölçme araçlarının isimleri ve kısaltmaları Türkçe verilirken, Türkçe uyarlaması olmayan ölçekler ise karışıklık yaratmaması için orijinal isimleri ve kısaltmaları ile verilmiştir. (Tablolar metnin sonunda yer almaktadır.)

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Örneklem

Bu çalışmada, gözden geçirilen çalışmaların katılımcılarının yaş aralığının 16-76 arasında değiştiği görülmüştür. Aslında araştırmaların büyük çoğunluğunda 18 yaş ve üstü bireylerle çalışıldığı ifade edilirken, sadece iki çalışmada (Siddle ve ark. 2003, Wilson ve ark. 2011) 16 yaş ve üstü bireylerin çalışmaya dâhil edildiği bildirilmiştir. Öfke problemi bir tanı olarak ele alınamadığı için çalışmaların popülasyonları da oldukça geniş bir yelpazededir.

Çalışmalarda yer alan katılımcılar incelendiğinde; 10 çalışmada katılımcıların psikiyatrik tanı (travma sonrası stres bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları) almış hastalardan oluştuğu, diğer 7 çalışmada ise herhangi bir psikiyatrik tanı almamış ama öfke kontrolünde sorun yaşayan bireylerden oluştuğu anlaşılmıştır. Bu gruptaki katılımcılar incelendiğinde, Alzheimer ya da ileri düzeydeki demans hastalarına bakım veren kişiler, savaş gazileri, polisler, suçlular ve üniversite öğrencileri gibi geniş bir ranjda yer aldığı görülmüştür. Katılımcıların seçimi genel olarak öz bildirim ölçeklerinden alınan puanlara ve /veya klinisyen değerlendirmelerine göre yapılmıştır. Çalışmaların örneklemleri 4 kişiden (McMurran ve ark. 2001) 169 (Coon ve ark. 2003) kişiye kadar oldukça geniş bir dağılıma sahiptir.

Tedavi ve Kontrol/Karşılaştırma Grupları

Çalışmaların çoğunluğunda (10 çalışma) karşılaştırma ya da kontrol grubu bulunurken, 7 çalışmada terapi etkililiğinin ön test, son test ve/veya izlem sonuçlarına göre değerlendirildiği anlaşılmıştır (Reilly ve Shopshire 2000, Fuller ve ark. 2010). Kontrol grubu kullanan çalışmalar incelendiğinde BDGT alan grubun iki çalışmada (Deffenbacher ve ark. 2000, Naemm ve ark. 2009) sadece tedavi almayan kontrol grubu ile iki çalışmada ise (Gerzina ve Drummond 2000, Gallagher-Thompson ve ark. 2001) sadece bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırıldığı anlaşılmıştır. Farklı terapi biçimlerini karşılaştıran dört çalışmada da karşılaştırma gruplarına ek olarak bekleme listesi ve tedavi almayan kontrol gruplarının bulunduğu görülmüştür. Karşılaştırma grubu kullanan çalışmaların hiçbirinde BDGT grubu BDT dışında başka bir kuramsal yönetime sahip bir

terapi grubuyla karşılaştırılmamıştır. Bunlar içinde yalnızca bir çalışmada BDGT bireysel BDT ile karşılaştırılmıştır (McCloskey ve ark. 2008).

Farklı terapi gruplarını karşılaştıran çalışmalar incelendiğinde karşılaştırma gruplarının birbirinden oldukça farklı olduğu görülmüştür. Örneğin; Stefen (2000) çalışmasında ev temelli bilişsel davranışçı grup terapisiyle, sınıf temelli bilişsel davranışçı grup terapisini; Morland ve arkadaşları (2011) çalışmalarında video konferans yoluyla yapılan ve yüz yüze yapılan bilişsel davranışçı grup terapisini karşılaştırmıştır. Dahlen ve Deffenbacher (2000) farklı BDT tekniklerini kullanan grup terapilerini karşılaştırmıştır. Ayrıca bir çalışmada depresyonu yönetmeye yönelik BDGT ile öfkeyi yönetmeye yönelik BDGT'nin sonuçları karşılaştırılmıştır (Coon ve ark. 2003). Bir başka çalışmada ise madde kötüye kullanımı olan hastalarda BDGT ile madde kullanımına yönelik nüksü önleme grubunun sonuçları karşılaştırılmıştır (Gonzales-Prendes 2008).

Tedavi Gruplarına Atama

Kontrol ya da karşılaştırma grubu içeren çalışmaların bir tanesi hariç hepsinde gruplara yerleştirmenin seçkisiz atama yöntemi kullanılarak yapıldığı görülmüştür. Sadece Gallagher-Thompson ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında seçkisiz atama yapılmadığı bildirilmiştir.

Kullanılan Ölçme Yöntemleri

Çalışmaların hepsinde ön test ve son test ölçümleri alınmıştır. Ek olarak sekiz çalışmada izlem değerlendirmelerinin de alındığı görülmüştür. İzlem süreleri 1 hafta (Dahlen ve Deffenbacher 2000) ile 15 ay (Deffenbacher ve ark. 2000) gibi geniş bir zaman aralığında farklılaşmaktadır. Hargrave ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında izlem değerlendirilmesinin alınmadığı bildirilmiştir ancak son test olarak ifade edilen değerlendirme terapi bittikten 90 gün sonra gibi bir zaman diliminde yapılmıştır. Bu da terapinin uzun süreli etkisi konusunda fikir vericidir. İki çalışmada (Reilly ve Shopshire 2000, McCloskey ve ark. 2008) tedavinin etkililiği terapi devam ederken yapılan ara ölçümlerle değerlendirilmiştir.

Gözden geçirilen makalelerde öfke ve ilgili değişkenlerin düzeylerini sadece öz bildirim ölçekleriyle belirleyen çalışmalar olduğu gibi (Dahlen ve Deffenbacher 2000, Morland ve ark. 2011), hem öz bildirim araçları hem de klinisyen değerlendirmelerini kullanan çalışmalar da vardır. Çalışmalardaki popülasyonlar çok farklı oldukları için kullanılan ölçme araçları da farklı amaçlara hizmet etmektedir. Bununla birlikte kullanılan ölçme araçları incelendiğinde dört çalışma hariç, çalışmaların tümünde Sürekli Öfke Tarzı Ölçeğinin (SÖÖTÖ) kullanıldığı görülmüştür. Ölçek; Durumluk Öfkeyi, Sürekli Öfkeyi ve Öfke İfade Tarzını değerlendiren üç alt ölçekten oluşmaktadır. Öfke İfade Tarzı Ölçeğinden de Öfke Kontrolü, Dışa Yöneltilen Öfke ve İçte Yöneltilen Öfke olmak üzere 3 alanda puan alınabilmektedir.

Çalışmalardaki BDGT İçeriği ve Uygulanışı

Uygulanan Teknikler

Çalışmalarda uygulanan BDGT içerik olarak incelendiğinde en sık karşılaşılan tekniklerin; bilişsel yeniden yapılandırma, psikoeğitim ve gevşeme eğitimi olduğu görülmektedir. Bunlara ek olarak kendini izleme tekniği (self monitoring) (8 çalışma), baş etme teknikleri (8 çalışma), kendine yönerge verme (self instructional training) (4 çalışma) gibi tekniklerin de sıklıkla uygulandığı anlaşılmaktadır.

Seans Özellikleri ve Sayısı

Çalışmalardaki seans sayıları, en az 2 seans (Wilson ve ark. 2011) ile en fazla 16 seans (Fuller ve ark. 2010) aralığında değişmektedir. Beş çalışmada seans sayısının 8 -12 olduğu, üç çalışmada 6 olduğu, bir çalışmada 15 olduğu görülmüştür. Yapılan BDGT'in seans süresi incelendiğinde 60 dakika ile 150 dakika aralığında değiştiği görülmüştür. Çalışmalarda en sık rastlanan terapi süresi ise 90 dakikadır. Bir çalışmada araştırmacılar net bir süre belirtmeyip 90 ile 105 aralığında değiştiğini bildirmişlerdir (Gerzina ve Drummond 2000). İki çalışmada ise seans süreleriyle ilgili bir bilgi sunulmamıştır (Reilly ve Shopshire 2000, Wilson ve ark. 2011).

Üye ve Terapist Sayısı

Çalışmalardaki grupların üye sayısı incelendiğinde, bazı çalışmaların bu konu ile ilgili bilgi verilmediği gözlenmiştir. Bilgi veren çalışmalar da grupların 3 üye (Stefen 2000) ile 9-11 üye (Dahlen ve Deffenbacher 2000) aralığında olduğu görülmüştür. Yedi çalışmada bir gruba liderlik eden terapist sayıları hakkında bilgi verilmemiştir. Bilgi veren çalışmalarda ise çoğunlukla gruplara 2 terapistin liderlik ettiği anlaşılmıştır.

Çalışmaların Bulguları

Herhangi bir karşılaştırma ya da kontrol grubu bulunmayan çalışmalarda ön ve son test ölçümlerine dayalı analizler BDGT alan grubun (madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve çeşitli psikiyatrik bozuklukları olan) sürekli öfke, durumluk öfke gibi parametrelerinde ve saldırganlık ya da şiddet içeren davranışlarında anlamlı azalmalar olduğunu ve öfke kontrolünde artış olduğunu ortaya koymuştur (Reilly ve Shopshire 2000, McMurrin ve ark. 2001, Siddle ve ark. 2003, Marshall ve ark. 2010, Fuller ve ark. 2010, Wilson ve ark. 2011).

BDGT'yi tedavi almayan kontrol grubu ya da bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştıran çalışmalarda, BDGT alan grubun (üniversite öğrencileri, polisler, çeşitli psikiyatrik bozukluğu olanlar) kontrol grubuna oranla durumluk öfke, sürekli öfke, içe yöneltilen öfke, dışa yöneltilen öfke, öfke kontrolü gibi parametrelerinde anlamlı biçimde daha fazla değişimlerin olduğu bulunmuştur (Deffenbacher ve ark. 2000, Gerzina ve Drummond 2000, Naeem ve ark. 2009). Gerzina ve Drummond (2000), polislere uygulanan BDGT'nin öfkenin tüm bu parametrelerinde değişim yaratmasına rağmen, öfke uyarımında (anger arousal) tedavi grubu ile kontrol grubunun farklılaşmadıklarını bulmuştur. Buna karşılık Gallagher-Thompson ve arkadaşları (2001) Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerde BDGT ve kontrol grubu arasında sürekli öfke, içe ve dışa yöneltilen öfke gibi parametrelerin değişiminde anlamlı bir fark bulamadıklarını, BDGT alan grubun sadece öfke kontrolünde kontrol grubundan daha iyi puanlara sahip olduğunu bildirmiştir. Farklı BDGT biçimlerini kontrol grubuyla karşılaştıran çalışmalarda da tüm tedavi gruplarının öfkenin çeşitli parametrelerinin azalmasında kontrol grubundan daha etkili olduğu bulunmuştur (Dahlen ve Deffenbacher 2000, Steffen 2000, Coon ve ark. 2003, McCloskey ve ark. 2008, Morland ve ark. 2011, Gonzales-Prendes 2008).

Farklı grupların etkinliğini karşılaştıran çalışmalar incelendiğinde öfke ve ilişkili değişenleri azaltmada grupların birbirine üstünlüğü olmadığı görülmüştür. Yani üniversite öğrencilerine uygulanan kendini izleme, rol canlandırma, bilişsel yeniden yapılandırma gibi teknikleri kullanan BDGT ile sadece bilişsel yeniden yapılandırmayı içeren grup terapisi (Dahlen ve Deffenbacher 2000) birbirinden farklılaşmamıştır. Hatta travma

sonrası stres bozukluğu gösteren savaş gazilerine video konferans yoluyla uygulanan BDGT ile yüzyüze uygulanan BDGT arasında da öfkenin çeşitli parametrelerini azaltmada bir farklılaşma bulunamamıştır (Morland ark. 2011). Diğerlerinden farklı bir çalışma yürüten Coon ve arkadaşları (2003) demans hastalarına bakım verenlere uygulanan öfke yönetimine yönelik BDGT ile depresyonu yönetmeye yönelik BDGT'nin öfke ve düşmanlık gibi puanları azaltmada birbirinden farklılaşmadığını ortaya koymuştur. Gruplar arası tek farklılaşma Gonzales-Prendes'in (2008) çalışmasında olup, bu çalışmada madde kötüye kullanımı olan kişilerde öfkeyle baş etmeye yönelik BDGT, nüksü önlemeye yönelik yapılan grup terapisinden sürekli öfkeyi azaltmada daha etkili bulunmuştur.

Geleneksel bireysel BDT ile grup BDT'nin sonuçlarını karşılaştıran tek çalışma olan McCloskey ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında öfke ve saldırganlıkla ilişkili birçok ölçümde bireysel BDT ile BDGT'nin benzer etkinliğe sahip olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin evde eğitim videolarını izleyip, izleme ve ev ödevlerinin telefon görüşmeleri ile takip edildiği BDT ile yine video izlemeye ek olarak terapistin liderlik ettiği BDGT sonuçları arasında da öfke ve saldırganlık açısından farklılaşma bulunamamıştır (Steffen 2000).

Gözden geçirilen çalışmalarda izlem değerlendirmelerine dayanan sonuçlar incelendiğinde, 8 hafta, 3 ay, 15 ay gibi çeşitli zamanlarda yapılan izlem ölçümlerinde genellikle terapi sonrası elde edilen kazanımların korunduğu bulunmuştur. Reilly ve Shopshire'in (2000) çalışmasında, madde bağımlılığı olan hastaların tedavi sonrası sürekli öfke ve öfke kontrolü puanlarındaki değişim izlem değerlendirmesinde de korunmasına rağmen, şiddet davranışındaki tedavi sonrası düşme korunamamıştır.

Tartışma

Bu çalışmada, 2000-2015 (Mart) yılları arasında yayımlanmış ve çalışmanın kriterlerini karşılayan toplam 17 ampirik araştırma makalesi gözden geçirilmiştir. Anksiyete bozukluğu, depresyon gibi sorunların tedavisine yönelik olarak yapılan BDGT etkililik çalışmalarıyla kıyaslandığında, bu alanda yapılan çalışmaların sayıca az olduğu söylenebilir. Ülkemizdeki duruma bakılırsa, literatür taraması sırasında Türkiye'de öfke problemini azaltmaya yönelik BDGT etkililiğini araştırarak tek bir çalışmaya rastlanmıştır (Sütcü ve ark. 2010). Ancak bu çalışmanın örneklemini çocuk ve ergenlerden oluşturduğu için bu gözden geçirmenin dışında bırakılmıştır. Ülkemizde yetişkinlerde öfke problemine yönelik BDGT etkililiğini araştırarak bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yoğun ve kontrol edilemeyen öfkenin pek çok soruna eşlik ettiği düşünüldüğünde, bu sorunu azaltmaya yönelik BDGT çalışmalarının yetersiz olduğu söylenebilir.

Çalışmaların bulguları incelendiğinde, sadece sürekli öfke düzeyi yüksek olan üniversite öğrencilerinden, demans hastalarına bakım veren kişilere, çeşitli psikiyatrik hastalıkları gösterenlere, hatta kişilik bozukluğu gösterenlere kadar çok farklı örneklerde uygulanan BDGT'nin öfkenin çeşitli parametreleri ile saldırganlığı azaltmada ve öfke kontrolünü artırmada etkili olduğu anlaşılmıştır. Çalışmalarda ölçülen parametreler genellikle durumluk öfke, sürekli öfke, içe yöneltilen öfke, dışa yöneltilen öfke gibi parametrelerdir. Bazı çalışmalarda öfke günlüğü gibi her gün yaşanan öfkenin yoğunluğunu ve sıklığını değerlendiren ölçümler de alınmıştır. Bu öz bildirim ölçümlerinin yanı sıra yaşanan yoğun öfke sonucu dışa vuran davranışlardaki değişimi değerlendirmek için katılımcıları tanıyan kişilerden değerlendirme alan az da olsa çalışma vardır. Örneğin,

Hargrave ve arkadaşları (2007) öfke problemi yaşayan çalışanlarla yaptıkları çalışmada, çalışanların amirlerinden işyerinde öfke içeren olayları bildirmeleri istenmiştir. Video konferans yoluyla uygulanan BDGT sonrası amirlerin %74'ü çalışanlar arasında artık öfkenin yol açtığı olaylar yaşanmadığını ifade ettikleri, %17' sinin ise bu olaylarda orta düzeyde bir azalma olduğunu belirttikleri görülmüştür. Gerzina ve Drummond'un (2000) çalışmasında da öz bildirim ölçümlerine ek olarak öfke sorunu yaşayan polislerin arkadaşlarından alınan ölçümler kullanılmıştır. Arkadaşlardan alınan sürekli öfke ölçümünün öz bildirim ölçümüyle benzer sonuçlar gösterdiği anlaşılmıştır. Sayıca çok olmamakla birlikte bu bulguların, BDGT sonrası değişimin sadece içsel düzeyde olmadığını kanıtladığı, öfkenin davranışsal yansımalarının da BDGT sonrası azaldığını ortaya koyduğu söylenebilir. Ayrıca çok farklı örneklerde uygulanan çalışmaların hepsinde de BDGT sonrası en azından öfkeyle ilgili bir kaç parametrede değişimin olması; öfkeyle ilişkili sorunların azalmasında BDGT'nin etkisinin genellenilebilirliğine ilişkin bir kanıt olarak düşünülebilir.

Farklı grup terapilerini birbiriyle karşılaştıran çalışmalar BDGT'nin farklı uygulama biçimlerinin öfkeyle ilgili sorunları azaltmada birbirlerine üstünlüklerinin olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte bu tip çalışmalar sayıca az ve her bir çalışma birbirinden çok farklı olduğu için bu sonucun nedenine ilişkin bir yorum yapmak zordur.

Bu gözden geçirmede özellikle son yıllarda yaygınlaşmaya başlayan, terapide teknolojiyi kullanan yenilikçi yaklaşımları uygulayan çalışmalar da yer almıştır. Örneğin; Steffen (2000) demans hastalarına bakım verenlerden oluşan bir gruba BDT tekniklerini video izleterek öğreten, telefon ile videodaki eğitimin anlaşılıp anlaşılmadığını ve ev ödevlerini kontrol eden bir terapi yaklaşımını yine video sunumları üzerine kurulu ancak bu defa gruba yüz yüze liderlik eden bir terapistin bulunduğu BDGT ile karşılaştırmıştır. Bir başka yenilikçi uygulama Hargrave ve arkadaşlarının (2007) telekonferans yoluyla yaptıkları grup terapisidir. Bu terapide katılımcılara çalışma kitabı, gevşeme eğitimi CD'si gibi materyaller e-posta yoluyla iletilmiştir. Morland ve arkadaşları (2011) da benzer şekilde BDGT'yi telekonferans yoluyla uygulamışlardır. Sonuçlar tüm bu yenilikçi yaklaşımların da öfke ile ilişkili sorunları azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Hatta Morland ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında telekonferansla uygulanan ve geleneksel olarak yüz yüze uygulanan BDGT karşılaştırılmış ve sonuçların birbirinden farklılaşmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca beklenenin aksine telekonferans aracılığıyla uygulanan terapinin, terapiye bağlılık, terapistten beklenti, terapistten tatmin olma gibi değişkenler açısından da geleneksel terapistten anlamlı olarak farklılaşmadığı belirtilmiştir. Bu bağlamda birçok kişinin coğrafi konum, iş koşulları, zaman vs. gibi sebeplerle geleneksel terapi hizmetinden faydalanamadığı düşünüldüğünde, benzer etkinlik düzeyine sahip görünen bu yenilikçi uygulamaların önemli bir alternatif olacağı düşünülebilir. Ancak bu gözden geçirmede yer alan bu tip çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu nedenle bu alanda daha fazla etkinlik çalışmasının yapılmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Yüz yüze, telekonferansla ya da video yoluyla gibi farklı uygulama biçimleri olmakla birlikte çalışmalarda uygulanan BDGT'lerin içeriklerinin temelde birbirine çok benzediği söylenebilir. Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, kendine yönerge verme eğitimi, kendini izleme gibi teknikler programların olmazsa olmazı gibi görünmektedir. Beck ve Fernandez (1998) yaptıkları meta analiz çalışmasında, öfke problemine yönelik en yaygın kullanılan müdahale programının Meichenbaum'un geliştirmiş olduğu (1975)

Stres Aşılama Eğitimi (Stress Inoculation Training) yöntemini temel alarak Novaco'nun (1975) uyarladığı öfke kontrol programı olduğunu bildirmişlerdir. Nitekim bu gözden geçirmede de çoğu makalede, uygulanan tedavinin, bu program veya bu program geliştirilmiş hali olduğu anlaşılmıştır.

Yoğun ve kontrolsüz öfke hayatın pek çok alanında zorluklara hatta suç işleme gibi önemli sorunlara yol açabilen bir problem olmasına rağmen, bu problem anksiyete bozukluğu, depresyon vb. gibi bir tanı olarak değerlendirilmemektedir. Yoğun ve kontrolsüz öfke bazen kişilik bozuklukları, aralıklı patlayıcı bozukluk gibi bazı ruhsal bozukluklara eşlik etmekte, bazen de herhangi bir psikiyatrik tanı almayan kişilerde görülmektedir. Sorunun doğası gereği bu gözden geçirmede ulaşılan makaleler örneklemi ve terapinin uygulama biçimleri bakımından birbirinden oldukça farklılaşmıştır. Genel olarak öfke düzeyi yüksek çalışanlar, polisler, üniversite öğrencileri, demans hastalarına bakım verenler gibi psikiyatrik tanı almayan kişilerle yapılan çalışmalarda 6-8 seans gibi kısa süreli programların uygulandığı ve bunların da etkili olduğu anlaşılmıştır. Ancak aralıklı patlayıcı bozukluk, kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı gibi tanılar alan daha zor gruplarla yapılan çalışmalarda terapi programlarının 12-15 seans uzunluklarında olduğu görülmüştür. Her iki grup için de bilişsel davranışçı grup terapilerinin nispeten kısa ve etkili bir terapi yöntemi olduğu söylenebilir. Kısa zaman diliminde etkili sonuçlar veren BDGT'nin ülkemizde de yaygınlaşmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde özellikle son yıllarda daha da artan şiddet olayları ve gerginlik nedeniyle yoğun öfke ve saldırgan davranışlar gösterme açısından risk taşıyan kişilere ve meslek gruplarına bu kısa süreli ve etkili terapi yönteminin uygulanması önerilmektedir.

Sonuç

Bu çalışma, öfke ve ilişkili sorunları azaltmaya yönelik BDGT'nin etkililiğini değerlendiren çalışmaların çok geniş bir yelpazedeki örneklem grupları üzerinde yapıldığını göstermiştir. Bunlar arasında kişilik bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk ve çeşitli psikiyatrik bozukluklar gibi tanılara sahip hastalar olduğu gibi, öfke düzeyi yüksek üniversite öğrencileri, polisler, demans hastalarına bakım veren kişiler gibi herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişiler de yer almaktadır. Çalışmalar bu farklı örneklemelerde BDGT'nin öfke ve ilişkili sorunları azaltmada etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur.

Kaynaklar

- Batıgün AD, Şahin NH, Demirel EK (2011) Bedensel hastalıkları olan bireylerde stres, kendilik algısı, kişilerarası tarz ve öfke ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 22:2-10.
- Beck R, Fernandez E (1998) Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. *Cognit Ther Res*, 22:63-74.
- Coon D W, Thompson L, Steffen A, Sorocco K, Gallagher-Thompson D (2003) Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist*, 43:678-689.
- Dahlen ER, Deffenbacher JL (2000) A partial component analysis of Beck's cognitive therapy for the treatment of general anger, *J Cogn Psychother*, 14:77-95.
- Deffenbacher JL (1999) Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Psychotherapy in Practice*, 55:295-309
- Deffenbacher JL (2011) Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cogn Behav Pract*, 18:212-221.
- Deffenbacher JL, Dahlen ER, Lynch RS, Morris CD, Gowensmith WN (2000) An application of Beck's cognitive therapy to general anger reduction. *Cognit Ther Res*, 24,689-697.
- Fuller JR, DiGiuseppe R, O'Leary S, Fountain T, Lang C (2010) An open trial of a comprehensive anger treatment program on an outpatient sample. *Behav Cogn Psychother*, 38:485-490.

- Gallagher-Thompson D, Arean P, Rivera P, Thompson LW (2001) A psychoeducational intervention to reduce distress in Hispanic family caregivers: results of a pilot study. *Clin Gerontol*, 23:17-32.
- Gerzina MA, Drummond PD (2000) A multimodal cognitive-behavioural approach to anger reduction in an occupational sample. *J Occup Organ Psychol*, 73:181-194.
- González-Prendes AA (2008) Anger-control group counseling for women recovering from alcohol or drug addiction. *Res Soc Work Pract*, 18:616-625
- Hargrave GE, Hiatt D, Dannenbaum SE, Shaffer IA (2007) Effectiveness of a telephone-based EAP anger management program for referred employees. *J Workplace Behav Health*, 22:17-27.
- Kassinove H, Sukhodolsky DG (1995) Anger disorders: basic science and practice issues. In *Anger Disorders: Definition, Diagnosis and Treatment*, (Eds Kassinove H):1-26. Washington, Taylor- Francis.
- Kucharska-Newton AM, Williams JE, Chang PP, Stearns SC, Sueta CA, Blecker SB et al. (2014) Anger proneness, gender, and the risk of heart failure. *J Card Fail*, 20:1020-1026.
- Kulesza M, Copeland A L (2009) Research forum-cognitive-behavioral treatment for anger problems: a review of the literature. *Behavior Therapist*, 32:102-108
- Leibsohn MT, Oetting ER, Deffenbacher JL (1994) Effects of trait anger on alcohol consumption and consequences. *J Child Adolesc Subst Abuse*, 3:17-32.
- Marshall AD, Martin EK, Warfield GA, Doron-Lamarca S, Niles BL, Taft CT (2010) The impact of antisocial personality characteristics on anger management treatment for veterans with PTSD. *Psychol Trauma*, 2:224-231.
- McCloskey MS, Nobilett KL, Deffenbacher JL, Gollan JK, Coccaro EF (2008) Cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder: a pilot randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 76:876-886.
- McMurrin M, Charlesworth P, Duggan C, McCarthy L (2001) Controlling angry aggression: a pilot group intervention with personality disordered offenders. *Behav Cogn Psychother*, 29:473-483.
- Morland LA, Greene CJ, Grubbs K, Kloezeman K, Mackintosh MA, Rosen C et al. (2011) Therapist adherence to manualized cognitive-behavioral therapy for anger management delivered to veterans with PTSD via videoconferencing. *J Clin Psychol*, 67:629-638.
- Naeem F, Clarke I, Kingdon D (2009) A randomized controlled trial to assess an anger management group programme. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2:20-31.
- Novaco RW (1975) *Anger Control: The Development and Evaluation of Experimental Treatment*. Michigan, Lexington Books.
- Novaco RW (2011) Perspectives on anger treatment: discussion and commentary. *Cogn Behav Pract*, 18:251-255.
- Reilly PM, Shopshire MS (2000) Anger management group treatment for cocaine dependence: preliminary outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 26:161-177.
- Siddle R, Jones F, Awenat F (2003) Group cognitive behaviour therapy for anger: a pilot study. *Behav Cogn Psychother*, 31:69-83.
- Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman S J (1995) Measuring the experience, expression and control of anger. *Anger: Disorders Definitions, Diagnosis and Treatment* (Ed H Kassinove):49-67. Washington D.C., Taylor-Francis.
- Steffen AM (2000) Anger management for dementia caregivers: a preliminary study using video and telephone interventions. *Behav Ther*, 31:281-299.
- Sütücü S T, Aydın A, Sorias O (2010) Ergenlerde öfke ve saldırganlığı azaltmak için bilişsel davranışçı bir grup terapisi programının etkililiği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 25(66):57-72.
- Tsytsarev SV, Grodnitzky GR (1995) Anger and criminality. In *Anger Disorders: Definition, Diagnosis and Treatment*, (Ed. H Kassinove):91-108. Washington, Taylor Francis.
- Park YJ, Lee SJ, Shin NM, Shin H, Kang HC, Jin YT et al. (2015) Anger, anger expression, cardiovascular risk factors, and gastrointestinal symptoms by hwa-byung symptoms in Korean adult women. *Appl Nurs Res*, 28:398-403
- Wilson H, Barton L, Maguire T (2011) Implementation of anger management interventions in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 7:35-39.

Nimet Serap Görgü, Araş.Gör., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir; **Serap Tekinsav Sütücü**, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütücü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.

E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 3 Mart/March 3, 2015 - **Kabul tarihi/Accepted** 19 Eylül/September 19,2015

Tablo 1. Çalışmaların yöntem ve sonuçlarına ilişkin bilgiler

Çalışma	Örneklem	Tedavi Grupları	Bdt Teknikleri	Seçkisiz Atama	Ölçümler	Çalışmayı bırakan	Sonuçlar
Coon ve ark. (2003)	Demans hastalarına bakım veren SMMT'den > 25 puan alan kadınlar (169)	1.ÖYG(41) 2.DYG (45) 3.BL (44)	1.GE BET KYV RC 2.Kİ DG PÇB GYP	Var	Ön test Son test 3 aylık izlem SMMT, SÖÖTÖ, MA-ACL(HD), WCCL-R	39	<u>Son testte:</u> Öfke ve düşmanlıkta ÖYG, DYG> BL İzlem sonuçları hakkında bilgi verilmemiştir.
Dahlen ve Deffenbacher (2000)	SÜ-ÖFKE'den yüksek alan üniversite öğrencileri (86) (E=20,K=66)	1.BDGT (E=8,K=20) 2.SBYYG (E=8,K=24) 3.KG (E=4,K=22)	1.PE BYY Kİ RC 2.PE BYY	Var	Ön test Son test 1 haftalık ve 5 haftalık izlem SÜ-ÖFKE, ASR, BDÖ, ÖTÖ, NÖE, AL, ASS	?	Öfke ölçümlerinde <u>son testte:</u> BDGT=SBYYG>KG <u>İzlemde:</u> BDGT=SBYYG
Deffenbacher ve ark. (2000)	SÜ-ÖFKE'den yüksek alan Üniversite Öğrencileri 69 (E=25,K=44)	1.BTG (33) 2.KG (36)	1.PE Kİ BYY	Var	Ön test Son test (terapi bitiminden 4 hafta sonra) 15 aylık izlem SÜ-ÖFKE, AI, ASR, AL, ASR, AE (AI, NG, PE), DSKE, BDÖ	?	Öfkenin tüm alınan ölçümlerinde <u>son testte:</u> BDGT>KG <u>İzlemde:</u> Kazanımlar sürdürülmüştür.
Fuller ve ark. (2010)	Öfke problemi yaşayan ayaktan hastalar	BDGT	PE BEK BYY	?	Ön test Son test	?	<u>Son testte:</u> TAS, ASF, ASF, ADS ölçümlerinde anlamlı

	(12) (E=5,K=7) SCID I SCID II		GE KYV HM TÖ		WAI, BDI-II, STAXI-II(TAS), ADS, ASF, ASF, OQ		azalma var.
Gallagher- Thompson ve ark. (2001)	Alzheimer veya ileri düzey demans hastalarına bakım verenler. Hastanın SMMT <25 puan alması (70)	1.BDGT (43) 2.BL (27)	1.PE GE KYV BYY	Yok	Ön test Son test GDÖ, GBDS, STAXI	?	Öfke kontrolünde BDGT>BL Sürekli öfke, Durumluk öfke, içe yöneltilmiş ve dışa yöneltilmiş öfkede BDGT=BL
Gerzina ve Drummond (2000)	SÜ-ÖFKE'den yüksek alan Polis Memuru (26)	BDGT (13) BL (13)	PE GE BT BET	Var	Ön test Son test 8 haftalık İzlem SÖÖTÖ, AAS, ÖTÖ, ASR, DSKE (SK)	yok	<u>Son testte:</u> Sürekli öfke, öfke ifadesi ölçümlerinde BDGT > BL Öfke uyarımında (anger arousal) BDGT = BL <u>İzlemde:</u> kazanımlar korunmuştur.
Gonzales- Prendes (2008)	Madde ve alkol kötüye kullanım öyküsü olan kadınlar (13)	1.BDGT(8) 2.NÖTG(5)	1.BYY, PE, BET Kİ, GE, RC, ÇÇB	Var	Ön test Son test SÖÖTÖ HCOM	7	<u>Son testte</u> Sürekli öfkede BDGT > NÖTG NÖTG' de sürekli öfkede anamlı bir değişim gözlenmemiştir.
Hargrave ve ark. (2007)	Öfke problemi olan çalışanlar SCL-90-R	TG (59)	BET GE BYY	?	Ön test Son test SCL-90-R (ÖD)	22	<u>Son testte:</u> Anamlı gelişmeler var

	(59) (E=46,K=13)						
Marshall ve ark. (2010)	PTSB tanısı almış erkek gaziler. (86)	BDGT	PE BYY GE DD	?	Ön test Son test SÖÖTÖ, CTS, MMPI-II	?	<u>Son testte:</u> Durumluk ve sürekli öfke ve fiziksel saldırganlıkta anlamlı azalma var
McMurrin ve ark. (2001)	Kişilik Bozukluğu olan erkek hastalar (4) ICD - 10 DSM - III-R	BDGT (4)	PE Kİ GE BYY KAPÇ	?	Ön test Son test SÖÖTÖ, BDHI-D, BR,S M	?	4 Hastadan 3'ünde öfke ve şiddet düzeylerinde anlamlı gelişme var.
McCloskey ve ark. (2008)	Aralıklı Patlayıcı bozukluk SCID (45) (E=30,K=15)	1.BDGT(15) 2.Bireysel BDT(15) 3.BL (15)	1.BYY GE BET 2.BYY GE BET	Var	Ön test 7 haftalık ara ölçüm Son test 3 aylık izlem İEDİ, İGD, LHA, OAS-M, HAT, STAXI-II, BDI-II, BAÖ, QLESQ, WAI	4	<u>Son testte:</u> Sürekli öfke, bastırılmış öfke ve saldırganlıkta Bireysel BDT = BDGT >BL Düşmanca düşüncelerde; bireysel BDT >BL BDGT=BL <u>İzlemde:</u> Kazanımlar korunmuştur
Morland ve ark. (2011)	PTSB tanısı almış erkek gaziler DSM-IV STAXI-2 (T-ANG) (125)	1.VTKG (64) 2.GTG (61)	1.PE BET 2.PE BET	Var	Ön test Son test STAXI-2 (AX), STAXI-2 (T-ANG), TSSB-Ö	?	Öfke ölçümlerinde VTKG = GTK
Naemm ve ark. (2009)	Öfke Problemi olan	1.BDGT (37) 2.KG (35)	1.PE PÇB BYY	Var	Ön test Son test 6 aylık izlem	24	<u>Son testte:</u> Sürekli öfke, içe ve dışa yöneltilen öfke, öfke

	psikiyatri hastaları (72)		EE		NÖE, SÖÖTÖ, HADÖ, EBS, CORE		kontrolü ve öfkenin bilişsel, davranışsal alanlarında BDGT>KG. İzlem hakkında bilgi verilmemiştir.
Reilly ve Shopshire (2000)	Madde Bağımlılığı DSM 91 (E=59, K=32)	BDGT	PE BET Kİ ÇÇB GE BYY	Yok	Ön test 4hafta 8 hafta Son test (12 hafta) 3 aylık izlem DP, SÜ-ÖFKE , ÖK(ÖİTÖ), ABS	41	<u>Son teste:</u> Öfke kontrolünde, sürekli öfke, şiddet davranışında anlamlı azalma var. <u>İzlemde:</u> Öfke kontrolü ve sürekli öfkedeki değişim korunmuş, şiddet davranışındaki değişim korunmamıştır.
Siddle ve ark. (2003)	Öfke problemi yaşayan psikiyatri hastaları DSM IV (34)	BDGT	PE Kİ RC BYY	Var	Ön test Son test SÖÖTÖ Öfkeyle ilgili Yarı yapılandırılmış görüşme formu	33	<u>Son teste:</u> Durumluk öfke, sürekli öfke, öfkeyi ifade etme, öfkenin bastırılması boyutlarında anlamlı farklılık var.
Stefen (2000)	Alzheimer ya da diğer demans hasta bakıcıları (28)	1.EBDT (10) 2.SBDG (9) 3.BL (9)	1.(video ve telefonla) GE,BYY, Kİ, RC, KYV 2.(video ve yüz yüze görüşme) Aynı teknikler	Var	Ön test Son test CAI, BDÖ, CSE	5	<u>Son test:</u> Öfke ölçümlerinde EBDG, SBDG > BL

Wilson ve ark. (2011)	Psikiyatri Kliniğinde bulunan hastalar (12) (E=10,K=2)	BDGT	PE BET GE BYY	?	Ön test Son test Şiddet veya saldırganlıkla ilgili yaşanan olayların sıklığı (diğer insanlara yönelik küfür, saldırı)	?	<u>Son test:</u> Şiddet ve saldırganlık içeren olaylarda anlamlı azalma var.
-----------------------	--	------	------------------------	---	---	---	---

Genel kısaltmalar: E=erkek, K=Kadın, ?:belirtilmemiş; **Ölçekler:** AAS: Anger Arousal Scale, ABS: Assaultive Behavior Survey, AE: Anger Expression (AI: Anger- In, NG:Negative Expression, PE : Positive Expression), AL: Anger Log, , AI : Anger- In, AI: Anger Inventory, ASR: Anger Symptom Rating, ASR: Anger Situation Rating, , ASS: Anger Symptom Scale, ADS:Anger Disorder Scale, ASF:Anger Symptom Form, ASF: Anger Situation Form, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BDI-II: Beck Depression Inventory, BDHI-D:Bus-Durkee Hostility Inventory – Dutch Adaptation, BR:Behaviour Rating, CAI: Caregiver Anger Interview, , CORE: Core System Handbook, CSE:Caregiving Self-Efficacy, CTS:Conflict Tactics Scale,DP: Duygudurum Profili, DSKE: Durumluluk-süreklilik kaygı envanteri DSKE (SK):Durumluluk-süreklilik kaygı envanterinin süreklilik kaygı boyutu, EBS: Evaluative Beliefs Scale, GDÖ: Geriatric Depresyon Ölçeği, GBSD: Given's Burden Scale Domain, HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, HAT: Hostile Automatic Thoughts Questionnaire, HCOM:Helping and Coping Orientations Measures, LHA: Life History Of Aggression, İEDİ: İntermittent explosive disorder interview, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, MAACL(HD): The Multiple Affect Adjective Checklist (Hostility and depression subscales), MAI: Multidimensional Anger Inventory, MMPI-II: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri II, NÖE: Novaco Öfke Envanteri, OAS-M : Overt aggression scale-modified, ÖK(ÖİTÖ):Öfke İfade Tarzı Ölçeğinin Öfke Kontrol Boyutu, ÖTÖ: Öfke İfade Tarzı Ölçeği, SCL-90-R (ÖD): Belirti Tarama Listesi Öfke Ve Düşmanlık Boyutu, SM: Self Monitoring, SMMT: Standardize Mini Mental Test, SÖÖTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği, SÜ-ÖFKE: Sürekli Öfke Ölçeği, STAXI- II:State-Trait Anger Expression Inventory -2, STAXI-II (AX) : Anger Expression Subscale of the STAXI II, STAXI-2 (T-ANG): Trait Anger Subscale Of the STAXI II, STAXI-II (TAS):Trait Anger Scale of the State-Trait Anger Expression Inventory II, TSSB-Ö: Klinisyen tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, QLES-Q: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, OQ=Outcome Questionnaire, WAI: Working Alliance Inventory, WCCL-R: Ways of coping checklist –revised,; **Tedavi:** BDGT: Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi, BL: Bekleme Listesi, BTG: Bilişsel Terapi Grubu, EBDT: Ev Temelli Bilişsel Davranışçı Terapisi, KG: kontrol grubu, DYG: Depresyonu Yönetme Grubu, GTG: Geleneksel Terapi Grubu (Yüzyüze Terapi), ÖYG: Öfkeyi Yönetme Grubu, SBYYG: Sadece Bilişsel Yeniden Yapılandırma, SBDG: Sınıf Temelli Yapılan Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi, TG: Telekonferans Grubu, VTKG: Video telekonferans grubu, NÖTG: Nüksü Önleme Tedavi Grubu

Teknikler: BE: Beceri Eğitimi, BT: Başa Çıkma Tekniği, BYY: Bilişsel Yeniden Yapılandırma, ÇÇB: Çatışma Çözme Becerisi, DD: Dikkat Dağıtma, DG: Davranışçı Görevler, EE: Empati Eğitimi, GE: Gevşeme Eğitimi, GYPP: Geleceğe Yönelik Pozitif Planlar Yapma, HM: Hayali Maruz Bırakma (in-vitro), KAPÇ: Kişiler Arası Problem Çözme, KYV: Kendine Yönerge Verme, KI: Kendini izleme, PE: Psikoeğitim, PÇE: Problem Çözme Eğitimi, RC: Rol Canlandırma, TÖ: TepkiÖnleme

Tablo 2. Çalışmalardaki bilişsel davranışçı grup terapi özellikleri

Çalışma	Seans Süresi	Seans Sayısı	Terapi Sıklığı	Terapist Sayısı	Üye Sayısı
Coon ve ark. (2003)	120 dk.	8	Haftada bir	2	8 - 10 kişi
Dahlen ve Deffenbacher (2000)	60 dk.	8	Haftada bir	1	9 - 11 kişi
Deffenbacher ve ark.(2000)	60 dk.	9	Haftada bir	1	5 – 8 kişi
Fuller ve ark. (2010)	120 dk.	16	?	?	?
Gallagher-Thompson ve ark.(2009)	120 dk.	8	Haftada bir	?	4-8 kişi
Gerzina ve Drummond (2000)	90 – 105 dk	6	Haftada bir	1	6-7 kişi
Gonzales-Prendes ve ark. (2015)	90 dk.	8	?	?	?
Hargrave ve ark.(2007)	60 dk	6	Haftada 2	?	?
Marshallve ark.(2010)	90 dk	12	Haftada bir	2	?
McMurran ve ark.(2001)	150 dk	15	Haftada bir	2	4
McCloskey ve ark. (2008)	75 dk.	12	Haftada bir	2	?
Morland ve ark. (2009)	90 dk	12	Haftada iki	1	?
Naemm ve ark. (2009)	90 dk.	12	Haftada bir	?	?
Reilly ve Shopshire (2000)	?	12	Haftada bir	?	8
Siddle ve ark. (2003)	60 dk	6	Haftada bir	2	?
Stefen (2000)	90 dk.	8	Haftada bir	3	3
Wilson ve ark.(2011)	?	2	Haftada iki	?	?

Genel Kısaltmalar: ? : Belirtilmemiş

İnfertilitede Bilişsel Davranışçı Grup Terapilerinin Etkililiği: Sistemik Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy in Infertility: A Systematic Review

Ezgi Göcek Yorulmaz, Serap Tekinsav Sütçü

Öz

Bu çalışmanın amacı infertil bireylerin yaşadığı psikolojik sorunlara ilişkin bilişsel davranışçı yaklaşım temelli grup terapilerinin etkililiğini değerlendiren çalışmaları gözden geçirmektir. Belirlenen ulusal ve uluslararası veri tabanlarında 2000-2015 (Şubat) yılları arasında yayınlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Tarama sonucunda infertil bireylerdeki psikolojik faktörlerde bilişsel davranışçı grup terapilerinin etkililiğini inceleyen, dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan 11 çalışma yöntem, terapi ve örneklem özellikleri ve bulgular açısından değerlendirilmiştir. İnfertilitede yaşanan psikolojik sorunlara yönelik geliştirilen bilişsel davranışçı grup terapilerinin soruna eşlik eden stres, depresyon ve kaygı gibi psikolojik sorunlarda azalmaya yol açtığı görülmüştür. Ayrıca olumlu baş etme yollarının geliştirmesi, iyimserlik ve dayanıklılığın artmasında da bilişsel davranışçı grup terapilerinin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özetle gözden geçirilen tüm çalışmalarda infertil bireylere yönelik geliştirilen bilişsel davranışçı grup terapi programlarının, bireylerin psikolojik durumları üzerinde olumlu etkilerinin olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: İnfertilite, bilişsel-davranışçı terapi, grup terapisi.

Abstract

The aim of this study is to make a systematic review the effectiveness of cognitive behavioral group therapy which is designed to decrease psychological distress of individuals with infertility problem. The articles published between 2000 and 2015 (February) were screened in the certain national and international scientific databases. Eleven studies that met the research criteria of inclusion and exclusion were evaluated in terms of the method, psychotherapeutic techniques and results. The findings of the current studies revealed that the cognitive behavioral group therapy designed for psychological distress in individuals with infertility is effective to reduce stress, anxiety, depression and relevant psychological problems. Moreover, this approach seems to be lead an increase in use of more adaptive ways of coping, optimism and resilience. In sum, it can be concluded that cognitive behavioral group therapy for infertile individuals has a positive impact on psychological well-being of those people.

Key words: Infertility, cognitive behavior therapy, group therapy.

İNFERTİLİTE, 12 ay boyunca korunmasız cinsel ilişki gerçekleştirilmesine rağmen hamileliğin gerçekleşmediği duruma işaret eden üreme sistemi hastalığı olarak tanımlanır. Bu durum kadınlarda hamile kalamama, hamileliği sürdürmemeye ve hamileliği canlı doğumla sonuçlandıramama şeklinde ortaya çıkmaktadır (Faramarzi ve ark. 2008a).

İnfertilite tedavisi tıbbi takip, hormon tedavisi ve tüp bebek yöntemlerini içermekle birlikte hem ekonomik hem de duygusal açıdan çiftleri yıpratıcı bir süreç olarak görülebilir (Cwikel ve ark. 2004). Tedavi sürecinin getirdiği zorlukların yanı sıra istedikleri halde çocuk sahibi olamamak, çiftlerde artan stres düzeyi (Csemiczky ve ark. 2000) ve kendini suçlama duygularıyla birlikte (Anderson ve ark. 2003) kaygı ve depresyon (Domar ve ark. 1993) gibi psikolojik sorunlarda da artışa yol açabilmektedir. Cinsiyetler arası farka bakıldığında, infertil kadınların eşlerinden daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı bildirilmektedir (McNaughton-Cassill ve ark. 2002, El Kissi ve ark. 2013).

Yaşanan psikolojik sıkıntı ile ilişkili bir dizi faktörden söz edilebilir. Bunlar arasında baş etme stratejilerinin türü, suçluluk duyguları ile problem veya durumun gelişimi üzerindeki kişisel kontrol algısındaki düşüş dikkat çekmektedir. Örneğin kaçınma stratejilerinin kullanımı (Marrow ve ark. 1995, Gourounti ve ark. 2012), kendini suçlama (Marrow ve ark. 1995) ve düşük kontrol algısı, infertil kadınlarda artan kaygı ve stres ile ilişkili bulunmuştur (Gourounti ve ark. 2012). İnfertilitede artan kaygı ve stres ise, gelecekteki tedavi başarı oranlarını olumsuz yönde etkileyerek bir kısır döngü oluşturmaktadır (Pasch ve ark. 2012).

İnfertilitede biyolojik tedavilerin rolü tartışmasız olsa bile, bu tedaviye eşlik eden psikolojik destek sistemlerinin önemi son yıllarda giderek artmaktadır; bu nedenle bu tür uygulamalar infertilite tedavisinde sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Bireysel, çift ya da grup temelli psikolojik destek ve müdahale programlarının infertilitede hem doğum oranlarını hem de psikolojik sağlığı olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir. Bu tür programlarda kullanılan terapi yaklaşımlarından biri de bilişsel davranışçı terapidir. Ampirik araştırma bulguları bu terapi yaklaşımının, infertil kadınlarda stres düzeyinin azaltılması ve bunun sonucunda doğum oranlarının artmasını (Hosaka ve ark. 2002, Gorayeb ve ark. 2012) yanı sıra, duygusal problemlerin azalmasında da etkili olduğunu göstermektedir (McNaughton-Cassill ve ark. 2002).

Günümüzde farklı sorunlara yönelik geliştirilen terapi yöntemlerinin bireysel uygulamalarının yanı sıra grup uygulamalarının bazı avantajlarından söz edilmektedir. Daha uygun maliyetli olması (Flannery-Schroeder ve ark. 2005), diğer grup üyelerinin varlığının ve grup etkileşiminin kişi için yalnız olmadığını hissetme ve bir motivasyon kaynağı olma olasılığı (Anderson ve Ress 2007) gibi faktörler grup terapisinin bireysel terapilere göre güçlü olduğu yönleri oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı, infertilitede tıbbi tedaviye ek olarak geliştirilen bilişsel davranışçı grup terapisi (BDGT) programlarının etkinliğinin, yalnızca tıbbi tedavi gören kontrol grubu hastaları ve diğer psikososyal müdahale programları ile kıyaslandığı kontrollü etkililik çalışmalarını sistematik bir çerçevede gözden geçirmektir. Özellikle BDGT'nin infertil bireylerde stres ve psikolojik sıkıntılar üzerindeki etkilerini ele alan çalışmalar üzerinde durulacaktır.

Yöntem

Bu çalışmada sistematik bir gözden geçirme yaklaşımı hedeflediği için önceden belirlenen veri tabanları yine önceden belirlenen tarih aralıkları ve anahtar kelimeler kullanı-

larak incelenmiştir. Başka deyişle, infertilite tedavisine ek olarak geliştirilen BDGT'nin etkililik çalışmalarını incelemek amacıyla PsycINFO, PubMed, PsycArticles veri tabanlarında 2000- 2015 yılları arasında yayınlanan İngilizce ve ULAKBİM Tıp ve Sosyal Bilimler veri tabanında yayınlanan Türkçe makaleler taranmıştır. Kullanılan anahtar kelimeler 1- infertilite ve bilişsel davranışçı terapi (infertility and cognitive behavioral therapy), 2- infertilite ve grup psikoterapisi (infertility and group psychotherapy), 3- infertilite ve grup psikolojik müdahaleler (infertility and group psychological interventions), 4- infertilite ve bilişsel grup terapi (infertility and cognitive group therapy). Çalışmanın amacı BDGT programlarının infertiliteye eşlik eden psikolojik faktörler üzerindeki etkililiğini incelemek olduğu için tarama sonucunda ulaşılan ve bu amaca hizmet etmeyen bazı araştırmalar bu çalışmaya dahil edilmemiştir. Gebelik oranlarıyla BDGT ilişkisini inceleyenler, uygulanan terapi yöntemi bireysel bilişsel davranışçı terapi (BDT) olanlar ve çift terapisi ile birlikte farkındalık temelli (mindfulness based) grup terapisi uygulayanlar, internet üzerinden uygulanan BDT eksenli terapi uygulayanlar dışlanan çalışmalardır. Dışlama ölçütleri kullanılarak yapılan tarama sonucunda, görece özgül bir konu olan, infertilitede BDGT'nin psikolojik sıkıntılar üzerindeki etkisini inceleyen çok fazla sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Ölçütleri karşılayan 11 ampirik araştırma makalesi bu çalışmaya dahil edilmiştir. Yayınları genel olarak bakıldığında, özellikle 3 araştırmacı grubunun bu konuda birbirine benzer yayınları olduğu görülmüştür. Yine de, söz konusu yayınların her biri uluslararası geçerliği olan indekslerdeki dergilerde basıldığı ve farklı bulgular sunduğu için hepsi ayrı ayrı bu çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular

Gözden geçirilen çalışmaların yöntemsel özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2'de yazar adına göre sıralanarak listelenmiştir. (Tablolar metnin sonunda yer almaktadır)

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Örneklem

Gözden geçirilen çalışmalarda katılımcıların, yaşları 18- 45 arasında en az bir yıldır infertilite tanısı almış olan kişilerden oluştuğu görülmüştür. Çalışmalardan ikisinde infertil kadınlar eşleriyle birlikte çift olarak araştırmaya dahil edilirken (McNaughton-Cassill ve ark. 2002, Tarabusi ve ark. 2004), diğer çalışmalardaki örneklem yalnızca infertil kadınlardan oluşmuştur. Araştırmalardaki örneklem sayısı 31 (Moslanejad ve ark. 2012a, Moslanejad ve ark. 2012b) ile 184 (Domar ve ark. 2000) arasında değişmektedir.

Tedavi ve Kontrol /Karşılaştırma Grupları

Gözden geçirilen çalışmaların tümünde, BDGT grubunun yanı sıra bekleme listesi kontrol grubu kullanılmıştır. Bekleme listesi kontrol grubunda yer alan katılımcılara rutin tıbbi tedavilerinin dışında herhangi bir psikolojik müdahalede bulunulmadığı görülmektedir. Çalışmaların altı tanesi BDGT ile tedavi almayan kontrol grubunu karşılaştırarak etkinliğini incelerken (örn. Hosaka ve ark. 2002, Tarabusi ve ark. 2004), diğer çalışmaların BDGT de dahil olmak üzere 3 farklı müdahale biçimini kıyasladığı görülmektedir. Bu çalışmalardan dört tanesi BDGT, antidepresan tedavisi ile kontrol grubunu karşılaştırmaktadır (örn. Faramarzi ve ark. 2008a, Pasha ve ark. 2013). Domar ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada ise farklı olarak BDGT ile destek grubu ve

kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Söz edilen destek grubu müdahalesinin içeriğine bakıldığında, katılımcıların haftada iki saat bir araya gelerek, öncelikle birbirlerinin infertilite tedavileri ve geçen hafta içerisinde hayatlarında gelişen olaylar hakkında konuştukları, sonrasında ise infertilitenin öz saygı, evlilikleri ya da arkadaş ilişkileri üzerindeki etkisi gibi farklı konular üzerinde durdukları görülmektedir.

Gruplara Atama

Çalışmaların grupları belirleme koşulları incelendiğinde, neredeyse hepsinde katılımcıların deney ve kontrol koşullarına seçkisiz atandığı söylenebilir. İstisna olarak Facchinetti ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında BDGT grubuna alınan kişiler ön testte kalp atım hızları yüksek çıkan kişiler olarak belirlenirken, McNaughton-Cassill ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise müdahale ve kontrol gruplarına atanma koşuluna ilişkin net bir bilgiye yer verilmemiştir.

Kullanılan Ölçüm Araçları ve Ölçüm Zamanları

Gözden geçirilen çalışmalarda, psikolojik sıkıntı ve infertilite ilişkisi, farklı kavramlarla incelenmiştir. Örneğin sekiz çalışmada depresyon düzeylerine ilişkin ölçümlere yer verildiği görülürken (Domar, ve ark. 2000, Faramarzi, ve ark. 2013), altı çalışmada (Hosaka ve ark. 2002, Mosalanejad ve ark. 2012a) kaygıya ilişkin ölçümler alınmıştır. Bunun yanı sıra infertiliteyle ilişkili sorunlar (Faramarzi ve ark. 2013), baş etme yolları (Tarabusi ve ark. 2004), öz saygı, dayanıklılık (Mosalanejad ve ark. 2012a), McNaughton-Cassill ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında da optimizm ve pesimizm boyutlarından oluşan yaşam yönelimi gibi kavramlar da araştırmalarda ele alınan faktörler arasında yer almıştır.

Gözden geçirilen araştırmaların tamamına yakınında (10) katılımcıların stres ve psikolojik sıkıntı düzeylerini değerlendirmek amacıyla öz bildirim dayanan ölçüm araçları kullanılmıştır. Gözden geçirilen araştırmalarda kullanılan ölçüm araçlarından Türkçe uyarlamaları bulunanların Türkçe isimleri ve kısaltmaları kullanılmış olup, Türkçe'ye uyarlaması bulunmayan ölçeklerin isimleri, karışıklık olmaması için orijinal isimleriyle verilmiştir. Bunlar arasında Duygudurum Profili (DP; McNair ve ark. 1971), Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI; Spielberger ve Vagg 1984), infertiliteyle ilgili beş faktörü (sosyal endişeler, evlilikle ilgili endişeler, cinsellikle ilgili endişeler, çocuksuz bir yaşamın reddi, ebeveynlik ihtiyacı) ölçen Fertilite Sorunu Envanteri (FSE; Gourounti 2011), Beck Depresyon Envanteri (BDE; Beck ve Steer, 1987), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ; Beck ve ark. 1988), Depresyon Kaygı Stres Skalası (DASS, Lovibond ve Lovibond 1995), Yaşam Yönelimi Testi (YYT; Scheier ve Carver 1985), Cattell Anksiyete Envanteri (Cattell 1962), Genel Sağlık Anketi (GSA; Goldberg ve Hiller 1979), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ; Zigmond ve Sanith 1983), İnfertilite Öz Yeterlilik Envanteri (TISE, Cousineau ve ark. 2006), Symptom Rating Test (SRT, Fava ve ark. 1983), Ahvaz Hardiness Test (AHT, Kiyamarcy ve ark. 2007) ve Westbrook Coping Scale (WCS) yer almaktadır.

Çalışmaların hemen hepsinde öz bildirim ölçekleri kullanılmış olmasına rağmen, Tarabusi ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, strese ilişkin fizyolojik ölçüm alınabilmesi amacıyla katılımcılara stres yaratan bir durum oluşturmak amacıyla Stroop testi uygulanmış ve müdahale programının öncesinde ve sonrasında, strese ilişkili olduğu bilinen kan basıncı ve kalp atım hızı gibi biyolojik ölçümler alınarak BDGT programının etkililiği araştırılmıştır. Gözden geçirilen çalışmalarda kullanılan ölçüm araçlarına ilişkin bilgilere Tablo 1'de yer verilmiştir.

Uygulanan tedavilerin etkinliğini değerlendirmek amacıyla çalışmalarda genellikle ön test ve son test ölçümlerinin alınmış olduğu görülmektedir. Domar ve arkadaşlarının çalışmasında (2000) ise yapılan araştırmanın bulgularına yönelik uzun süreli izlem çalışması yapılmış ve tüm katılımcılardan uygulamanın başlangıcında, 6 ay ve 12 ay sonrasında ölçümler alınmıştır.

Çalışmalardaki BDGT Programlarının İçeriği ve Uygulanışı

Gözden geçirilen çalışmaların çoğunda BDGT programının ilk seanslarında alanında uzman bir sağlık personeli yönetiminde infertilite, infertilite tedavi süreci ve nedenleri gibi konulara ilişkin bilgilendirme oturumlarına yer verildiği görülmektedir (Tarabusi ve ark. 2004, Faramarzi ve ark. 2013). Tüm çalışmalarda infertiliteye ilişkin yanlış inançların çalışıldığı, olumsuz otomatik düşüncelerin ve bilişlerin farkına varma, pozitif yeniden yorumlama, düşünce durdurma ve bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerinin uygulandığı dikkat çekmektedir. Tarabusi ve arkadaşları (2004) ve Facchinetti ve arkadaşlarının (2004) çalışmaları dışındaki diğer 9 çalışmada bilişsel müdahalelere ek olarak, gevşeme egzersizleri kullanılmıştır. Dört çalışmada problem çözme becerileri ve baş etme yollarına yönelik uygulamalara yer verilirken (Hosaka ve ark. 2002, Facchinetti ve ark. 2004), 5 çalışmada da duyguları tanımaya ve duyguların doğru ifade edilmesine yönelik teknikler tedavi programına dahil edilmiştir (Facchinetti ve ark. 2004, Mosalanejad ve ark. 2012b). Ayrıca gözden geçirilen çalışmalardan ikisinde (Hosaka ve ark. 2002, Mosalanejad ve ark. 2012a) stres ve stres yönetimi gibi konularda psiko-eğitime yer verildiği görülmüştür.

Seans Süre ve Sayıları

Ele alınan çalışmalardan 5 tanesinde uygulanan BDGT seans sayısı 10 iken, en az seans sayısının 5 (Hosaka ve ark. 2002) ve en çok seans sayısının 15 (Mosalanejad ve ark. 2012a, Mosalanejad ve ark. 2012b) olduğu belirlenmiştir. Seanslar genellikle haftada 1 gün olarak belirlense de, seans süreleri 1.5 ile 2 saat arasında değişmektedir. Öte yandan, McNaughton-Cassill ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında uygulanan terapi programı açık grup şeklinde düzenlenmiş olup, 5 hafta boyunca haftada 2 seans olarak planlanmıştır. Bu çalışmada tedavi grubuna giren kişilerin tüm seanslara katılma şartının olmadığı görülmüştür.

Seanslardaki Katılımcı Sayıları

Belirilen BDGT seanslarına katılan kişi sayısı genellikle 8 ile 12 arasında değişmekle birlikte, iki çalışmada (Mosalanejad ve ark. 2012a, Mosalanejad ve ark. 2012b) katılımcı sayısının 16 olduğu rapor edilmiştir.

Çalışmaların Bulguları

BDGT ile kontrol grubunu karşılaştıran çalışmalar incelendiğinde, 6 çalışmanın tümünde BDGT grubunda yer alan kişilerden farklı ölçüm araçları yoluyla edinilen veriler doğrultusunda, ön test ve son test puanlarında anlamlı değişim olduğu görülmüştür. Örneğin bahsedilen bu çalışmalardan üç tanesinde (Hosaka ve ark. 2002, McNaughton-Cassill ve ark. 2002, Mosalanejad ve ark. 2012a) kaygı puanlarının BDGT programından sonra azaldığı belirtilmiştir. Hosaka ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları çalışmada da benzer şekilde kaygı puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu, bunun yanı sıra saldırganlık-düşmanlık ve yorgunluk gibi boyutlar açısından da BDGT'nin kontrol grubuna kıyasla etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yukarıdaki bulguların aksine, Tara-

busi ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada BDGT grubunda yer alan kişilerin kaygı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı azalma gözlenmezken, bekleme listesi kontrol grubundaki kişilerin kaygı puanlarında bir artış bildirilmiştir.

BDGT ve kontrol grubunu karşılaştıran çalışmaların ele aldığı farklı psikolojik faktörler açısından çalışma bulguları incelendiğinde, BDGT alan grupta huzursuzluk ve stres düzeylerindeki anlamlı azalma dikkat çekmektedir (Facchinetti ve ark. 2004, Tarabursi ve ark. 2004). Mosalanejad ve arkadaşları (2012b), BDGT ve kontrol gruplarını, baş etme yollarının kullanımı açısından karşılaştıran çalışmalarında bilişsel yönelimli baş etme açısından kontrol grubu ile BDGT grubunun ön test son test sonuçları arasında BDGT grubu lehine anlamlı bir fark bulunduğunu bildirmiştir. BDGT'nin etkililiğinin incelendiği diğer çalışmalarda ise BDGT grubundaki kişilerin iyimserlik (McNaughton-Cassill ve ark. 2002) ve dayanıklılık (Mosalanejad ve ark. 2012a) puanlarının kontrol grubundaki kişilere göre müdahale sonrasında anlamlı ölçüde arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Öncekilerden farklı olarak, BDGT ve kontrol grubunun yanı sıra karşılaştırma grubu olarak antidepresan tedavisi gören grubun yer aldığı ve bağımlı değişken olarak depresyon düzeyinin ele alındığı çalışmalarda ise, antidepresan tedavisi, tedavi almayan kontrol grubuna kıyasla depresyon puanlarındaki düşüşle ilişkili bulunmuştur. Ancak, BDGT'nin antidepresan ilaç tedavisine kıyasla, depresyon ve kaygı düzeylerinde daha fazla düşmeyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Faramarzi ve ark. 2008a, Faramarzi ve ark. 2008b, Pasha ve ark. 2013). Bir diğer çalışmada da benzer şekilde, BDGT, destek grubu ve kontrol grubuyla karşılaştırılmış ve destek grubundaki katılımcıların, kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla daha fazla gelişme gösterdiği bulunmuştur. Aynı çalışmada, BDGT alan grubun depresyon puanlarında daha çok düşüş olduğu bildirilmiştir (Domar ve ark. 2000). BDGT ile antidepresan tedavisi ve kontrol grubunu karşılaştıran çalışmaların diğer faktörlerle ilgili bulguları incelendiğinde ise, BDGT, genel sağlık anketinin sosyal işlevsellik ve psikosomatik belirtiler alt boyutlarının puanlarındaki düşüşle ve fertilitate problem envanterinin tüm alt boyutlarının (sosyal kaygılar, cinsel kaygılar, evlilik kaygısı, çocuksuz yaşam tarzının reddi, ebeveyn olma ihtiyacı) puanlarındaki düşüşle ilişkili bulunmuştur (Faramarzi ve ark. 2008, Faramarzi ve ark. 2013).

Tartışma

Günümüzde infertilite yaygın olarak karşılaşılan, bireyler üzerinde yarattığı baskı ve tedavi masraflarının fazlalığı nedeniyle çocuk sahibi olmak isteyen çiftleri psikolojik açıdan da olumsuz etkileyen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. İnfertilitede psikolojik desteğin ve müdahalelerin geliştirilmesine yönelik çalışmalar son yıllarda artış göstermiş ve bu alana özgü psikolojik müdahale programları geliştirilmeye başlanmıştır. Bu gözden geçirme çalışmasının amacı da infertil bireylerin baş etme yollarını geliştirmelerini, stres düzeylerini azaltmalarını ve yaşadıkları psikolojik sorunların üstesinden gelebilmelerini sağlamak amacıyla geliştirilmiş BDGT programlarının sağlığını değerlendirilmesidir.

Gözden geçirilen yayınlarda, BDGT'nin incelenen tüm değişkenlerde etkili olmasa da, baş etme stratejileri, depresyon, dayanıklılık gibi en az bir boyutta veya faktörde olumlu etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle, her şekilde mutlak etkili olmasa da BDGT'leri, infertil bireylerde olumlu yönde değişime katkıda bulunuyor gibi

görülmektedir. Öte yandan, söz konusu çalışmaların tamamının kontrol grubu içeriyor olması, hem BDGT müdahalelerinin etkinliğinin doğru şekilde kıyaslanabilmesi hem de bu terapinin işlevselliğinin gösterilmesi açısından önemli bir durumdur.

Bu çalışmadaki yayınların genel bulguları değerlendirildiğinde, İnfertil bireylerin kendilerine yönelik olumsuz tutumlarının ve çocuk sahibi olmaya yönelik yanlış inançlarının yaşadıkları durumu daha da zorlaştırabileceği söylenebilir. Tam bu gibi nedenlerle, bilişsel davranışçı eksenli terapilerde yanlış inançlarını ve olumsuz otomatik düşüncelerini fark etmelerini sağlayıp, bunlar üzerinde çalışarak daha işlevsel yeni inançlar geliştirmelerine yardım etmenin bireylerin yaşadıkları psikolojik sorunların azalmasına ve ilişkili pek çok faktöre de katkısı olacağı düşünülmektedir. Literatürde (Gorayeb ve ark. 2012, Hosaka ve ark. 2002) azalan stres ve baskı sonucunda infertilite tedavisinde başarı oranlarının artabileceği ifade edilmektedir. İnfertilitede önemli kavramlar olarak öne çıkan başlıca faktörler arasında yeralan kontrol algısı ve baş etme stratejilerinin bireylerin psikolojik sağlığını etkilediği bilinmektedir (Gourounti ve ark. 2012). BDGT programlarında uygun baş etme stratejilerine yönelik tekniklerin öğretilmesi ile birlikte infertil bireylerin yaşadıkları stresli durumla daha etkin şekilde baş edebilecekleri, böylece hayatları üzerindeki kontrollerini arttırarak, infertilitenin getirdiği olumsuz etkilerden daha az etkilenebilecekleri düşünülmektedir. Baş etme yollarına ilişkin müdahalelerin de yer aldığı BDGT programlarının, bireylerin daha uygun baş etme yolları kullanmalarına ve psikolojik sıkıntı düzeylerinin azalmasına yol açtığı görülmüştür.

Bu çalışmaların grup ortamında yapılmasının ise, grup ortamının doğasından kaynaklanan doğal sosyal destek, yalnız olmadığı hissi, kabul görme, ortak düşünce ve inançlar ve yanlış bilişleri fark edebilme gibi avantajları sağlama açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Nitekim, Domar ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada BDGT'nin yanı sıra destek grubu olarak adlandırılan ayrı bir karşılaştırma grubu kullanılmış ve herhangi bir psikolojik müdahalede bulunulmamasına rağmen, bu grupta da psikolojik sıkıntılarda azalma olduğu rapor edilmiştir. Bu sonuçtan hareketle, grup ortamının iyileştirici etkisinden söz etmek mümkün olabilir. Aynı çalışmada, psikolojik sıkıntılarda en fazla azalma BDGT grubunda olmuştur. Bununla birlikte bu çalışmada gözden geçirilen araştırmaların hiçbirinde BDGT bireysel BDT ile karşılaştırılmamıştır. Bu nedenle grup ortamının mı yoksa kullanılan tekniklerin mi değişime yol açtığını değerlendirmek mümkün değildir. Ancak sonuçta, gözden geçirilen araştırma bulguları ve önceki literatür bulguları bir arada değerlendirildiğinde, grup ortamının iyileştirici etkisi ile birlikte bilişsel yeniden yapılandırma, olumlu yeniden yorumlama, olumsuz otomatik düşünceleri durdurma, baş etme yollarının öğretilmesi, gevşeme egzersizleri ve duygulara yönelik yapılacak bilişsel davranışçı tekniklerin bir arada kullanılmasının infertilitede psikolojik sorunların önlenmesi ya da azaltılmasına yardımcı olduğu söylenebilir.

Bu çalışmaya dahil edilen araştırmalarda kullanılan grup psikoterapi programlarının tümü bilişsel davranışçı kuram yönelimli olarak seçilmiştir. Ancak programların tümünde bilişsel tekniklere odaklanılmakla birlikte, her programda farklı teknikler öne çıkarılmaktadır. Örneğin bazı programlar infertilitenin doğasıyla ilgili psiko-eğitime, bazıları duygular üzerinde çalışmaya, bazıları ise baş etme yollarına ilişkin tekniklere yer vermiştir. Bu nedenle, infertil bireylerin psikolojik sorunlarını önleme veya azaltmaya yönelik standart bir programdan söz etmek pek mümkün değildir. Bilişsel davranışçı modeli temel alan çeşitli müdahale programları görmek mümkündür. Bu durum bir

zenginlik olarak görülebilenken, aynı zamanda etkili terapötik mekanizmanın ayrıntılı olarak gözlenebilmesini zorlaştırdığından bir sınırlılık olarak da ele alınabilir.

İncelenen araştırmaların bazılarının aynı araştırmacılar tarafından, aynı örneklem kullanılarak gerçekleştirildiği düşünülmektedir. İnfertilitede BDGT'lerin etkinliğinin değerlendirilmesine ilişkin objektif sonuçlara ulaşılabilmesi için bu programların farklı örneklem üzerinde uygulanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu durum incelenen araştırmalara ilişkin bir diğer sınırlılık olarak göze çarpmaktadır.

İnfertilite hem kadınları hem de erkekleri etkileyen ve günümüzde sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Temelde tıbbi bir durum olarak ele alınsa da, günümüze kadar yapılan çalışmalar psikolojik faktörler ve infertilite arasında karmaşık bir etkileşim örüntüsü olduğunu göstermektedir. Diğer bir ifadeyle artan stres, gebelik oranlarını olumsuz etkilemekte, sağlıklı bir gebeliğin oluşmama durumu da kişilerde stres artışına ve farklı psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (Domar ve ark. 1993, Pasch ve ark. 2012).

Bu nedenle infertilitede tıbbi tedaviye BDGT gibi psikososyal müdahalelerin eklenmesinin hastalara çok önemli yararlar sağlayacağı söylenebilir. Bununla birlikte son 15 yılda konuyla ilgili yapılan çalışmaların sayısının çok düşük olduğu, üstelik gözden geçirilen çalışmalar içinde Türkiye'de yapılmış bir çalışmanın olmadığı düşünüldüğünde bu alanın çok ihmal edilmiş bir alan olduğu anlaşılabilir. Bu nedenle gelecekte yapılacak çalışmalarda infertil bireylerin yaşadıkları psikolojik sorunları azaltmaya yönelik ülkemize özgü BDGT'lerin geliştirilmesi ve bunların etkililiğinin değerlendirilmesi, ardından programların infertilite kliniklerinde uygulanması önerilmektedir.

Sonuç

İnfertilitede BDGT'in etkililiğine ilişkin gözden geçirilen çalışmaların sonuçları bir arada değerlendirildiğinde, BDGT'lerin bireylerin psikolojik sağlıkları üzerinde olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir. İnfertilitede psikolojik sorunların yaygınlığı göz önüne alındığında infertil bireylerin yaşadıkları psikolojik sorunların en aza indirilmesinin hem bireylerin psikolojik açıdan daha sağlıklı olmalarını sağlayacağı hem de stres düzeyinin kontrol altına alınmasıyla birlikte muhtemel doğum oranlarını arttıracığı, yani tedavinin başarıyla sonlanabileceği söylenebilir. Bunun da maliyeti oldukça yüksek olan tedaviler için hastanede harcanan zamanın, tedavi masraflarının azalması ve iş gücü kaybının engellenmesi gibi kazanımlara yol açmasının yanı sıra doğumla sonuçlanabilecek olası gebelikler için psikolojik yönden de sağlıklı ebeveynlerin toplumda var olabilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Anderson RA, Rees CS (2007) Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther*, 45:123-137.
- Anderson, KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS (2003) Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res*, 54:353-355.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56:893.
- Beck AT, Steer RA (1987) *Manual for the Revised Beck Depression Inventory*. The Psychological Corporation: San Antonio, Tex.
- Cattell RBL (1962) *Echettel d' Anxiété de Cattell* les Editions du centre de. psychologic, Appliquee, Paris.
- Cousineau TM, Green TC, Corsini EA, Barnard T, Seibring AR, Domar AD (2006) Development and validation of the Infertility Self-Efficacy scale. *Fertil Steril*; 85:1684-1696.

- Csemiczky G, Landgren B, Collins A (2000) The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: Psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 79:113-118.
- Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E (2004) Psychological interactions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 117:126-131.
- Domar AD, Clapp D, Slawsby E, Kessel B, Orav J, Freizinger M (2000) The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychol*, 19:568-575.
- El Kissi Y, Romdhane AB, Hidar S, Bannour S, Ayoubi Idrissi K, Khairi H et al. (2013) General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 167:185-189.
- Facchinetti F, Tarabusi M, Volpe A (2004) Cognitive-behavioral treatment decreases cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology*, 29:162-173.
- Faramarzi M, Ahmad A, Esmailzadeh S, Kheirikhah F, Poladi K, Pash H (2008a) Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *J Affect Disord*, 108:159-164.
- Faramarzi M, Kheirikhah F, Esmailzadeh S, Ahmad A, Alipour A, Hjjahmadi M et al. (2008b) Is psychotherapy a reliable alternative to pharmacotherapy to promote the mental health of infertile women? a randomized clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 141:49-53.
- Faramarzi M, Pasha H, Esmailzadeh S, Kheirikhah F, Heidary S, Afshar Z (2013) The effect of the cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on infertility stress: a randomized controlled trial. *Int J Fertil Steril*, 7:199-206.
- Fava GA (1983) Italian validation of the Symptom Rating Test (SRT) and Symptom Questionnaire (SQ). *Can J Psychiatry*, 28:117-123.
- Goldberg DP, Hillier VF (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9:139-145.
- Gorayeb R, Borsari AC, Rosa-e-Silva ACJ, Ferriani RA (2012) Brief cognitive behavioral intervention in groups in a Brazilian Assisted Reproduction Program. *Behav Med*, 38:29-35.
- Gourounti K, Anagnostopoulos F, Potamianos G, Lykeridou K, Schmidt L, Vaslamatzis G (2012) Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reprod Biomed Online*, 24:670-679.
- Gourounti K, Anagnostopoulos F, Vaslamatzis G (2011) Psychometric properties and factor structure of the fertility problem inventory in a sample of infertile women undergoing fertility treatment. *Midwifery*, 27:660-667.
- Hosaka T, Matsubayashi H, Sugiyama Y, Izumi SI, Makino T (2002) Effect of psychiatric group intervention on natural-killer cell activity and pregnancy rate. *Gen Hosp Psychiatry*, 24:353-356.
- Kiyamarcy A, Najarian B, Meharabzade Honarmand M (2007). Development and validation of Ahvaz Hardiness. *J Psychol*; 2:271-285.
- Lovibond PF, Lovibond SH (1995) The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*, 33:335-343.
- McNair DM, Lorr M, Droppleman LF (1971) Manual for the Profile of Mood States. San Diego, CA, Educational and Industrial Testing Services.
- McNaughton-Cassill ME, Bostwick JM, Arthur NJ, Robinson RD, Neal GS (2002) Efficacy of brief couples support groups development to manage the stress of in vitro fertilization treatment. *Mayo Clin Proc*, 77:1060-1066.
- Morrow KA, Thoreson RW, Penney LL (1995) Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. *J Consult Clin Psychol*, 63:163-167.
- Mosalanejad L, Khodabakhshi Koolaee A, Jamali S (2012a) Effect of cognitive behavioral therapy in mental health and hardiness of infertile women receiving assisted reproductive therapy (ART). *Iran J Reprod Med*, 10:483-488.
- Mosalanejad L, Koolaee AK, Jamali S (2012b) Effect of group cognitive behavioral therapy on hardiness and coping strategies among infertile women receiving assisted reproductive therapy. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 2:16-22.
- Pasch LA, Gregorich SE, Katz PK, Millstein SG, Nachtigall RD, Bleil ME et al. (2012) Psychological distress and in vitro fertilization outcome. *Fertil Steril*, 98: 459-464.
- Pasha H, Faramarzi M, Esmailzadeh S, Farzan K, Salmalian H (2013) Comparison of pharmacological and nonpharmacological treatment strategies in promotion of infertility self-efficacy scale in infertile women: A randomized controlled trial. *Iran J Reprod Med*, 11:495-502.
- Scheier M. F, Carver CS (1985) Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol*, 4:219-247.
- Speilberger CD, Vagg PR (1984) Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *J Pers Assess*, 48:95-97.

Tarabusi M, Volpe A, Facchinetti F (2004) Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 25: 273-279.

Zigmond AS, Snaith RP (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67:361-370.

Ezgi Göcek Yorulmaz, Öğr.Gör., İzmir Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir;
Serap Tekinsav Sütcü, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.
Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütcü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.
E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir · No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 3 Mart/March 3, 2015 · **Kabul tarihi/Accepted** 19 Eylül/September 19,2015

Tablo 1. Çalışmaların yöntem özellikleri ve sonuçları

Çalışmalar	Gruplar	Alınan ölçümler	Bulgular
Domar ve ark. (2000)	1. BDGT (56 kadın) 2. Destek grubu (65 kadın) 3. Kontrol grubu (63 kadın)	Ön test, 6 aylık ve 12 aylık izlem DP STAI BDE	BDGT, depresyondaki anlamlı düşüşün en çok olduğu gruptur. Kontrol grubundakilerin son test ve izlem süresinde psikolojik sıkıntılarında artış olduğu gözlenmiştir.
Facchinetti ve ark. (2004)	1. BDGT (26 kadın) 2. Kontrol grubu (19 kadın)	Ön test, 17-19 haftalık izlem Kan basıncı Kalp atım hızı	BDGT grubundakilerin aynı stres durumunda (Stroop testi) kan basıncı ve kalp atım hızlarının azaldığı bulunmuştur
Faramarzi, ve ark. (2008a)	1. BDGT (29 kadın) 2. Antidepresan tedavisi (30 kadın) 3. Kontrol grubu (30 kadın)	Ön test- Son test BDE CAI	BDGT, depresyon ve kaygı puanlarındaki düşüşte ilaç ve kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha etkili bulunmuştur
Faramarzi, ve ark. (2008b)	1. BDGT (29 kadın) 2. Antidepresan tedavisi (30 kadın) 3. Kontrol grubu (30 kadın)	Ön test- Son test BDE GSA	BDGT genel sağlık anketinin kaygı, sosyal işlevsellik, depresyon ve psiko-somatik belirtiler alt boyutlarındaki düşüşle ilişkilidir
Faramarzi, ve ark. (2013)	1. BDGT (29 kadın) 2. Antidepresan tedavisi (30 kadın) 3. Kontrol grubu (30 kadın)	BDE FSE	BDGT fertilité sorun envanterinin alt boyutlarının tümünde (sosyal, cinsel, evlilik endişeleri ile çocuksuz bir yaşamın reddi ve ebeveynlik ihtiyacı) daha düşük puanlarla ilişkilidir.
Hosaka ve ark. (2002)	1. BDGT (37 kadın) 2. Kontrol grubu (37 kadın)	Ön test- son test, DP HADÖ	BDGT, depresyon, enerji azlığı, agresyon-düşmanlık, yorgunluk, toplam mod düşüklüğü ve kaygı ve HAD toplam skorlarında anlamlı bir düşüş göstermiştir.
McNaughton-Cassill ve ark. (2002)	1. BDGT (26 kadın, 17 erkek) 2. Kontrol grubu (19 kadın, 18 erkek)	Ön test-son test BDE, BAÖ, YYT	BDGT programına katılan kadınlar daha düşük anksiyete düzeyine sahipken, erkeklerde ise optimizmde artış bulunmuştur

Mosalanejad ve ark. (2012a)	1. BDGT (15 kadın) 2. Kontrol grubu (16 kadın)	Ön test-son test DASS AHT	BDGT grubunda psikolojik stres, kaygı ve depresyon puanlarında son testte anlamlı bir düşüş gözlenmiştir. Ayrıca kontrol grubuna kıyasla, BDGT grubunun dayanıklılık puanlarında da artış bulunmuştur.
Mosalanejad, ve ark. (2012b)	1. BDTG (32 kadın) 2. Kontrol grubu (33 kadın)	AHT Baş etme yolları ölçeği	Dayanıklılık puanlarında gruplar arasında BDGT grubu lehine anlamlı bir farklılık bulunmuştur. BDGT grubunda bilişsel yönelimli baş etme puanlarında müdahale sonrasında anlamlı bir artış bulunmuştur.
Pasha ve ark. (2013)	1. BDGT (29 kadın) 2. Antidepresan tedavisi (30 kadın) 3. Kontrol grubu (30 kadın)	Ön test- son test BDE ISE	Hem antidepresan hem de BDGT kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde depresyon puanlarını düşürmüştür. BDGT düşüşte etkili olan tedavi olarak belirlenmiştir.
Tarabusi, ve ark. (2004)	1. BDGT (25 kadın, 25 erkek) 2. Kontrol grubu (24 kadın, 24 erkek)	Ön test- son test SRT WCS	Kadınlarda BDGT grubunda toplam psikolojik huzursuzluk puanının anlamlı ölçüde azaldığı, kontrol grubundaki erkeklerin kaygı puanlarının anlamlı ölçüde arttığı bulunmuştur.

Ölçekler: AHT: Ahvaz Hardiness Test, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri, CAI: Cattel Anxiety Inventory, DASS: Depresyon Kaygı Stres Skalası, FSE: Fertilité Sorun Envanteri, GSA: Genel Sağlık Anketi, HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, T ISE: İnfertilite Öz Yeterlik Envanteri, DP: Duygudurum Profili, SRT: Symptom Rating Test, STAI: Durumluk Sürekli Anksiyete Ölçeği, WCS: Westbrook Coping Scale, YYT: Yaşam Yönelimi Testi

Tablo 2. Çalışmalardaki bilişsel davranışçı grup terapi özellikleri

Çalışmalar	Seans sayısı	Seans süresi	Terapi sıklığı	Üye sayısı	BDT teknikleri	Seçkisiz atama
Domar ve ark. (2000)	10	2 saat	Haftada 1	8-12	Gevşeme, Bilişsel yeniden yapılandırma, Duygu ifadeleri, Psikoeğitim	Var
Facchinetti ve ark. (2004)	12	?	Haftada 1	?	Bilişsel yeniden yapılandırma Duygu ifadeleri	Var
Faramarzi ve ark. (2008a)	10	2 saat	Haftada 1	8-12	Gevşeme, Bilişsel yeniden yapılandırma, Olumsuz otomatik düşüncelerle çalışma	Var
Faramarzi ve ark. (2008b)	10	2 saat	Haftada 1	8-12	Gevşeme, Bilişsel yeniden yapılandırma, Olumsuz otomatik düşüncelerle çalışma	Var
Faramarzi ve ark. (2013)	10	2 saat	Haftada 1	8-12	Gevşeme, Bilişsel yeniden yapılandırma, Olumsuz otomatik düşüncelerle çalışma	Var
Hosaka ve ark. (2002)	5	1,5 saat	Haftada 1	9-10	Psikoeğitim, Problem çözme, Psikolojik destek, Gevşeme, Yönlendirilmiş keşif	Var
McNaughton-Cassill ve ark. (2002)	10	1,5 saat	Haftada 2	?	İrrasyonel inançlar ve beklentilerle çalışma, Yönlendirilmiş keşif Gevşeme	?
Mosalanejad ve ark. (2012a)	15	1,5 saat	Haftada 1	16	Gevşeme, Bilişsel yeniden yapılandırma, Duygu ifadeleri, Psikoeğitim	Var
Mosalanejad ve ark. (2012b)	15	2 saat	Haftada 1	16	Gevşeme, İmajinasyon Bilişsel yeniden yapılandırma Duygu ifadeleri, Psikoeğitim	Var
Pasha ve ark. (2013)	10	2saat	Haftada 1	8-12	Gevşeme, Bilişsel yeniden yapılandırma, Duygu ifadeleri, Psikoeğitim	Var
Tarabusi ve ark. (2004)	12	?	?	8-10 çift	Bilişsel yeniden yapılandırma Duygu ifadeleri	Var

Genel Kısaltmalar: ?:Belirtilmemiş