

ÇOCUK VE ERGENLERDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ: ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

P. Öner*, H. Türkçapar**, Ö.Ş. Üneri***

ÖZET

Amaç: Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) erişkinlerde uzun yıllardır kullanılan, etkinliği deneysel çalışmalarla kanıtlanmış bir psikoterapi yöntemidir. Çocuk ve ergenlerde BDT uygulamaları görece daha yenidir. Bu gözden geçirme yazısında çocuk ve ergen yaş grubunda BDT ile ilgili kaynakça bilgisinin özetlenmesi, çocuk ve ergenlerde sık görülen psikopatolojilerde BDT uygulamasıyla ilgili özelliklerin tartışılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmada pubmed arama motoru kullanılarak çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi ile ilgili kaynakça bilgisi çocuk, ergen, bilişsel davranışçı terapi anahtar sözcükleri kullanılarak taranmış, ek olarak konu ile ilgili temel kaynak kitaplardan yararlanılmıştır. Giriş kısmında kaynak kitap bilgilerine, özgül bozukluklardan bahsedilirken de tam metnine ulaşılabilen, kontrollü çalışmalar ve gözden geçirme yazılarına ağırlık verilmiştir. **Bulgular:** Kaynakçada, yetişkinlikte görülen bir

çok bozukluğun temelinde yer alan uyum bozucu şemaların çocukluk döneminde yerleştiği vurgulanmakta; çocuk ve ergenlerde BDT uygulaması sırasında başvuranların gelişim düzeylerine uygun olarak yapılması gereken girişimlerin üzerinde durulmaktadır. **Sonuç:** BDT'nin basitleştirilmiş, gelişimsel dönemlere göre uyarlanmış aileyi de içine alan şekilde çocuklara uygulanmasının yararlı olacağına; bu uygulamaların çocuk ve ergen psikiyatristlerinin günlük pratiğinde artarak yer alacağına dair veriler hızla artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Ergen, Bilişsel Davranışçı Terapi

Cognitive Behavioral Therapy in Children and Adolescents Anxiety Disorders

ABSTRACT

Objective: Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is a psychotherapy method which has been used in adults for a long time and has established efficacy in experimental studies. Application of CBT is more recent in children and adolescents. In this review our aim was to summarize the literature of CBT applications in

* Dr., Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk-Ergen Psikiyatrisi Bölümü.

** Doç. Dr., Dışkapı Hastanesi, Psikiyatri Bölümü.

*** Dr., Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk-Ergen Psikiyatrisi Bölümü.

children and adolescents and to discuss CBT use in common psychopathologies. **Method:** We used pubmed search motor and child, adolescent, and cognitive behavioral therapy key words to search for the relevant literature in addition to textbooks on the subject. We emphasized the textbook knowledge in the introduction part and full-text controlled studies and review articles for the respective specific disorders. **Results:** The literature indicated that maladaptive cognitive schemas that underlie various adult psychiatric disorders begin in childhood. The need to adapt CBT techniques to the developmental level of the children and adolescent subjects is also emphasized. **Conclusion:** The data indicating that use of simplified, developmentally adapted and CBT in which the family also participates is effective in children and adolescents and that CBT will be increasingly included in the daily practice of child and adolescent psychiatrists are accumulating.

Key Words: Child, Adolescent, Cognitive Behavioral Therapy

GİRİŞ

Epidemiyolojik çalışmalar çocukların % 15-22'sinde tedavi gerektirecek düzeyde duygusal ve davranışsal sorunlar yaşadıklarını göstermektedir (Reinecke ve ark 1996). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2-18 yaş arası yaklaşık 6000 çocuk üzerinde yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında (Neşe Erol ve ark 1998) uygulanan ÇGDÖ (4-18 yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği) (Child Behavior Checklist for Ages 4-18, CBCL) ne göre sorun davranış sıklığı %16.5 bulunmuş ve yine aynı örnekleme klinik düzeyde sorun davranış sıklığı ise %10.9 olarak saptanmıştır. Kendi gözlemlerimiz çocuk ve ergenlerimizde duygusal ve davranışsal sorunların, özellikle anksiyete bozukluklarının sık görüldüğünü düşündürmektedir. Yetişkin kaynakça bilgisi çocuklara göre oldukça uzun bir geçmişe sahiptir ve erişkinlerden farklı olarak çocuklarda gelişimsel

özelliklerin göz önüne alınması yakın zamana kadar ihmal edilmiştir. 20. yüzyıl ile birlikte çocuklar ve ergenler ayrı bir fenomen olarak ele alınıp değerlendirilmeye başlanmıştır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), deneysel araştırmalara dayanan bir terapi olmasının yanı sıra çocuk ve ergenlerdeki gelişimsel farklılıklara da duyarlıdır (Reinecke ve ark 1996). Çocuklarda bilişsel terapi, tıpkı erişkinlerde olduğu gibi bireyin düşünceleri, duyguları ve davranışları arasında etkileşim olduğu ve davranışın uyuma yönelik olduğu varsayımlarına dayanır (Kendall ve ark 1990). Bilişsel terapinin temel amacı, bireyin davranışsal dağarcığının ve eşlik eden bilişsel süreçlerin anlaşılmasıdır. Bilişler (cognitions), uyuma yönelik olarak kullanılacak inançlar ve stratejilerdir. Biliş, tek ve merkezi bir kavram değildir, daha çok kişinin güncel düşünceleri, kendine ait tanımlamaları, algılamaları, dile dökemediği inançları, şemaları, tutumları, hatıraları, amaçları, değer yargıları, beklentileri ve atıflarının hepsini içerir (Beck ve Weishaar 1989). Pratikte bilişsel terapinin üzerine dayandığı temel varsayım, duygu ve davranışlarımız üzerine bilişlerimizin etkisi olduğu biçimindedir. Yani insanlar, olayın kendisine değil, olayın zihinlerindeki temsiline tepki verirler. Bu önemlidir çünkü eğer bir davranış ya da duygu değişikliği olması hedefleniyorsa bilişsel değişiklik bu sağlanabilir. Bu basitçe tüm duygusal davranışsal sorunların nedeni bilişsel etkenlerdir anlamına gelmez. Çocuklarda sorun çıkması, bir çok unsurun etkileşimi sonucudur (Rutter 1989). Biyolojik, sosyolojik ve çevresel etkenler karşılıklı etkileşim halindedir. Sonuç olarak, zorlayıcı bir yaşam olayı ile karşılaştığında bazı çocuklar bunu hafif bir sıkıntı şeklinde yaşarken bazıları göreceli olarak ağır uyum sorunları gösterebilir. Aslında biyolojik ve çevresel etkenlerin bilişsel durumumuzu, onun da sonucu belirlediği; bilişsel yapının ara kademe olduğu söylenebilir. Klinisyenler bilişsel, biyolojik ve çevresel etkenlerden, çocuğun psikopatoloji geliştirmesine etkide bulunanları saptayıp müdahale etmektedir. Bu görevi yaparken gelişimin

farklı evrelerinde farklı etkenlerin daha az ya da daha fazla önem kazanması, durumu daha da karmaşık hale getirmektedir. Çocuklarda da bilişsel terapi, çocuğun şu andaki davranışında uyum bozucu ve yanlış olan tutum ve inançlarının düzeltilmesine odaklanır (Kendall ve ark 1990). Çocuğun tepkisinin olayın kendisine değil olaya verdiği anlama bağlıdır ve bu anlamı biçimlendiren bilişsel süreçler altta yatan inançlarımızdan etkilenir. Dile dökmediğimiz bu inançlar, şemalar gelişimimiz boyunca bizim olayları, durumları algılamamızı etkileyen "gözlükler," "şablonlar" gibidir. Eğer bir çocuk bir olaya karşı uygun duygusal veya davranışsal yanıtlar veremiyorsa, bu çocuğun sosyal ve akademik olarak olumsuz etkilenmesiyle sonuçlanabilir (Kendall 1990). Bilişsel içerik olarak çocuğun daha uygun davranışsal becerileri mevcut olmayabilir ya da bilişsel süreçte sorun çözme kapasitesinde sorun olabilir. Örneğin deprese bir ergenin kendi yapabileceklerini sürekli azımsaması, kendisine yönelik olumlu davranışları sürekli seçici olarak göz ardı etmesinde olduğu gibi gerçekçi olmayan bir şekilde mantık yürütebilir (bilişsel çarpıtmalar) ya da dikkat eksikliği olan bir çocukta aniden, düşünmeden davranmasında gördüğümüz gibi bilişsel süreçler uygun işlemeyebilir (bilişsel yetersizlikler) (Reinecke ve ark 1996).

Bilişsel terapistler, çocuğun deneyimler yaşayarak ve yeni beceriler kazanarak olumsuz bilişlerini değiştirmeyi hedefler. Ellis (1962) ve Beck (1967, 1976) kaynakçaya "Bilişsel Yeniden Yapılandırma" terimini kazandırmışlardır. Bu terim, uyum bozucu, "sorunlu" düşünceleri sokratik sorgulama ve gerçekçi tartışma ile değiştirme anlamına gelir. Diğer bilişsel müdahaleler içerisinde sosyal sorun çözme, gevşeme eğitimi, yönlendirilmiş imgelem, kendi baş etme deneyimlerini kullanma, strese karşı aşılama ve kendini kontrol alıştırmaları yer alır. Bunlar bireyin ihtiyacına göre, esnek biçimde kullanılır. Bu teknikler sosyal, dilsel ve bilişsel karmaşıklığı ile çocuk ve ergenlere, yetişkinlerdeki haliyle olduğu gibi uygulanırsa faydalı olma

olasılığı düşüktür. Örneğin okul çağı çocukları, o andaki durumda aklına gelen düşünceleri tanımlayamaz veya özgün duygusal tepkilerini ayırt edip belirtmezler. Çocuklar çevresel olaylardan ayrı olarak kendi duygusal durumlarını yeterince ayıramazlar. "İşlevsel olmayan düşüncelerin kaydının tutulması" yöntemi bu nedenle verimli olmayabilir. "Olasılıkların tartışılması" yöntemi ise çocuklarda erişkinlerdekinin aksine daha olumlu sonuçlar vermektedir. Gelişimsel döneme göre belli teknikler ön plana geçmekte bazılarının ise yararı daha kısıtlı olmaktadır (Reinecke ve ark 1996). İlişkilerin güvenilirliği, bireyin kendi güvenliği ve ailenin tutarlılığına dair inançların gelişimi, çocuklarda özellikle önemlidir. Bunlar, "ilişkileri sürdürmek için esas olan" ile ilgili inançların olumsuz yerleşmesiyle ve "ilişkiler doğası gereği tutarsızdır" şeklinde uyum bozucu (maladaptif), çökkünlüğe yönelik (depresojenik) şemaların gelişmesiyle sonuçlanabilir.

Değerlendirme aşamasında geçerli ölçekler ve yarı yapılandırılmış görüşmeler şeklinde nesnel ölçüm araçlarının kullanılması, BDT kanıta dayalı bir psikoterapi olduğu için özellikle önem taşımaktadır (Ronan 1996). Bu şekilde hem tedavinin başında doğru ve ayrıntılı olgu formülasyonu yapılması sağlanmış olur hem de ilerleme ve düzelleme nesnel olarak belgelenerek hastanın tedavisinde kullanılır. Örneğin okul reddi sadece bir belirtidir. Bazı çocuklarda ayrılma kaygısı ve olumsuz pekiştirmenin bir sonucudur. Bir grup çocukta ise belirtiler, normal fizyolojik uyarılmayı korku-heyecan kaynaklı şekilde yanlış yorumladığı için ortaya çıkabilir. Bir başka çocukta öğretmeninden gelen yansız bir uyarıyı yanlış bir şekilde reddedici, küçük düşürücü algıladığı için korku ve kaçınma geliştirebilir. Diğer çocuklarda ise okul reddi gibi bir belirti, akademik başarısızlık endişeleri, arkadaş reddi, sosyal beceri eksikliği gibi etkenlerin birleşimi sonucu ortaya çıkmış sosyal fobi ile ilişkili olabilir. Ayrıntılı bir işlevsel değerlendirme, gelişimsel düzey, sorunun içsel ve dışsal öncülleri, beklentiler gibi bir çok ayrıntıyı, geçerli

güvenilir ölçüm araçlarıyla elde etmemizi sağlar. Ayrıca BDT uygulamasında ev ödevlerini belirlerken ilerlemeyi hem terapistin ölçebilmesine hem de hastaya gösterirken kullanabilmesine olanak verir. Wilkes ve arkadaşları (1994) ergenlerde BDT uygulayacak terapistlere yaş grubu özelliklerini dikkate alarak tedavi sırasında çoklu seçenek sunma konusunda özel bir özen göstermelerini, örneğin ev ödevleri ile ilgili bilgisayarda yazma, teybe kaydetme gibi farklı alternatifler sunmalarını, yargılayıcı yaklaşımlarını, aileyi tedaviye dahil etmelerini, bireye özgü tedavi düzenlemelerini önermektedirler. Aşağıda çocukluk çağında sık görülen bazı psikiyatrik bozukluklara BDT yaklaşımı 5 ana rahatsızlık grubuna ayrılarak özetlenmiştir;

Anksiyete Bozukluklarında BDT

Tıpkı yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da anksiyete bozuklukları BDT'nin en etkili olduğu psikiyatrik bozukluklardır. Anksiyete bozukluğu olan çocukların anne-babalarında yapılan bir çalışmaya göre ebeveynler çocuklarının tedavisinde BDT'yi farmakolojik tedavilere tercih etmektedirler (Brown ve ark 2007).

Anksiyete bozukluğu olan çoğu çocukta baskın olan şema, kayıp yaşayacağı, zarar geleceği ya da eleştirileceği tehditidir. Bir yandan katastrofik beklentiler diğer yandan kendi baş edebilme gücünün yetersiz olduğu kanısı bir araya geldiğinde anksiyete kaçınılmaz olur.

Kendall'in ortaya koyduğu varsayıma göre anksiyeteli çocuklar içinde buldukları durumu değerlendirirken belirsizliğe ve tehdiye odaklanma eğilimi gösterirler; aşırı kendine odaklı, aşırı eleştirel, başkalarının değerlendirmelerine aşırı önem veren (hem kendileri hem diğerleri için) bozuk bir düşünce tarzı gösterirler (Kendall ve ark 1992). Anksiyete bozukluğu olan çocuk ve gençlerde çağdaş BDT yaklaşımları, Kendall'in "Coping Cat" (başta çıkabilen kedi) programına dayanmaktadır (Kendall ve ark 1990). Bu programda katastrofik bilişlerin belirlenmesi ve yeniden değerlendirilmesi, gevşeme, ödüllendirme ve korkulan durumlarla aşamalı olarak karşı karşıya bırakma yöntemleri temel alınmaktadır.

BDT'nin çocuk odaklı şeklinin mi yoksa aileyi de içine katan şeklinin mi daha üstün olduğu hakkındaki araştırmalar devam etmektedir. Günümüze kadar ayrılma anksiyetesi bozukluğu, sosyal fobi, ya da yaygın anksiyete bozukluğunda yapılan bazı çalışmalarda ikisinin birbirinden üstün olmadığı öne sürülürken (Barret 1998, Barret ve ark 1996, Cobham ve ark 1998, Mendlowitz ve ark 1999), bazı çalışmalarda ise aileyi dahil eden BDT daha üstün bulunmuştur (Natua ve ark 2003, Spence ve ark 2000, Wood ve ark 2006).

Yetişkinlerde anksiyete ve depresif bozukluklarda amigdalanın hiperaktif olduğunun tutarlı bir şekilde gösterilmesinden sonra çocuklarda da yakın zamanda bunu inceleyen bir araştırma gerçekleştirilmiş; yaygın anksiyete bozukluğu olan çocuklara fluoksetin ve BDT öncesi ve sonrası iMRG (işlevsel Manyetik Rezonans Görüntüleme) yapılmıştır. Tedaviye iyi yanıt vermenin, başlangıçtaki amigdala hiperaktivitesi ile doğru orantılı olduğu saptanmıştır (McClure ve ark 2007). Bu araştırmanın, terapiye alınan yanıtın görüntüleme çalışması ile gösterilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

Bağlandığı başlıca kişilerden ayrılma sözü konusu olduğunda yineleyen şekilde aşırı sıkıntı duyma ile kendini gösteren bu bozukluk çocuğun içinde bulunduğu gelişimsel döneme göre farklı şekillerde karşımıza çıkabilir. 5-8 yaş arasındaki dönemde okula gitmeyi reddedip, anne-babanın yanından ayrıldığı durumları şiddetle protesto ederken; ergenlikte okul günleri fiziksel yakınmaları olabilir, okula devamsızlık yapabilir, bir yandan ayrılma durumunda anksiyete yaşadığını reddederken diğer yandan aile yaşantısı dışındaki aktivitelere katılma konusunda isteksizlik gösterebilir. Kendisine ya da bağlandığı şeylere zarar geleceğinden endişe etmesi çok tipiktir.

Tedavide FEAR planı yani (Feeling Frightened) korku hissetme, (Expecting bad things to happen) kötü şeyler olacağını bekleme, (Atti-

tudes and Actions that can help) yardımı olan düşünceler ve eylemler, (Results and Rewards) sonuçlar ve ödüller adım adım izlenir. Amaç, çocuğun anksiyetesinin tetikleyicilerini ve erken belirtilerini tanıması, bu ipuçlarını erkenden fark ederek öğrendiği bilişsel ve davranışsal baş etme yöntemlerini aktif olarak başlatmasıdır. Bu kısaltmalar çocuğun her bir basamağı hatırlamasını kolaylaştırdığı için yapılmıştır. Ancak ülkemizde bu yöntemlerin çevirisi ve ülkemiz çocuklarına göre bir uyarlaması henüz bulunmamaktadır. 16-20 seans kadar süren tedavinin ilk yarısında (1-8. seanslar arası) terapist çocuğa anksiyeteyi ve somatik belirtileri tanımayı; anksiyeteli durumlarda kendi kendine iç konuşma yapmayı; gevşemeyi; baş etme planı yapmayı ve baş edebildiği zaman kendini ödüllendirmeyi öğretir. İkinci yarısında (9-16.seanslar arası) ise seans esnasında hayal ederek yüzleştirilmesi ve gerçek dünyada yüzleştirmeyi kullanarak öğrendiklerini test etmesi; FEAR adımlarını kullanarak pratik yapması sağlanır. Yapabileceğini gösterme (Show That I Can-STIC) şeklindeki ev ödevleri bu terapötik programın önemli parçalarıdır. Tamamlanan ev ödevleri başarılı olduğunda yapıştırmalar veya puanlar toplanır, bunların sonucunda da ilk önce somut ödüller (oyuncaklar, küçük oyunlar) daha ileri aşamalarda sosyal ödüller (terapistle eğlenceli bir şey yaparak zaman geçirme gibi) kazanılır (Kendall ve ark 1990, Kendal ve ark 1992, Levin ve ark 1996).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyetenin ortaya çıkmasında sosyal beceri eksikliklerinin bulunduğu ve sosyal beceri eğitimi ile bunun giderilmesi gerektiğini öngören geleneksel yaklaşımların aksine 2005'te Cartwright-Hatton ve arkadaşları ilginç bir araştırma yayınlamışlardır. Yaşları 10-11 olan iki ayrı grup çocuğu, tanımadıkları yetişkinler ile bir görüşmeye sokmuşlar, sonra bu yetişkinlerin çocukların performanslarını puanlamalarını istemişlerdir. Bu yetişkinlerin yaptıkları puanlamada anksiyetesi yüksek çocukları sos-

yal olarak düşük anksiyeteli çocuklardan ayırt edemedikleri ortaya çıkmıştır. Oysa sosyal anksiyetesi yüksek çocuklar kendilerini diğer çocuklardan anlamlı olarak sosyal yönden daha beceriksiz şeklinde puanlamışlardır. Bu çocuklar, kendilerinin sosyal ortamlarda diğerlerinden daha beceriksiz ve gergin gözüktüklerini düşünmektedirler. Sosyal fobi olanlarda sosyal beceri eksikliğinden ziyade sosyal becerilerine güvenme eksikliği bulunduğu ve BDT'de bunu göz önüne almak gerektiği bu araştırmacılar tarafından öne sürülmektedir (Cartwright-Hatton ve ark 2005).

Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), sıklığının %1-4 oranında olmasıyla eskiden sanıldığı kadar aksine çocukluk çağında göreceli olarak oldukça sık görülen bozukluklar arasında sayılabilir (Zohar 1999). OKB'un tedavisinde en sık kullanılan teknik, aşamalı olarak maruz bırakma ve tepkinin önlenmesidir (Pichianetti 1999); kaçınmanın önlenmesi esnasında anksiyete azaltıcı tekniklerden de yararlanır. Günümüzde artık Pediatrik OKB'ta BDT'nin tek başına ya da ilaç tedavisiyle birlikte birinci seçenek olarak uygulanması gerektiği konusunda fikir birliğine varılmıştır (Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study Team 2004, March ve ark 1997). BDT'nin, hem etkinlik hem de güvenilirlik açısından ilaç tedavilerinden avantajlı olduğu düşünülmektedir. Üstelik sağlanan düzelme, ilaç tedavilerine göre daha fazla devamlılık göstermektedir (Barret ve ark 2005). Ancak OKB olan hastaların çoğu, bu konuda eğitilmiş yeterli sayıda terapist bulunmadığı için almaları gereken bu tedaviden mahrum kalmaktadır (Goodwin ve ark 2002). Tedaviye ulaşma güçlüğü sadece ülkemizde değil diğer birçok ülkede de ne yazık ki halen bulunmaktadır. Bu güçlüğü yenmek amacıyla bazı yaklaşımlar geliştirilmiştir. Bunlardan birisi BDT konusunda özgülleşmiş merkezlerde hastaların kısa süreli ancak yoğunlaştırılmış olarak BDT'ye alınmasıdır. Storch ve arkadaşlarının 2007'de yayımladıkları

araştırmalarına göre pediatrik OKB'ta yoğunlaştırılmış BDT (haftada 5 gün, 90 dakikalık seanslar halinde toplam 3 hafta), haftalık BDT'den kısmen üstün bulunmuştur. Ayrıca açık çalışmalar ve olgu bildirilerinin yanı sıra pediatrik OKB'ta BDT'nin etkili olduğunu gösteren 3 rastgele kontrollü çalışma mevcuttur (Barret ve ark 2004, de Haan ve ark 1998, Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study Team 2004). Çocuklarda pediatrik OKB'un BDT ile tedavisine yönelik çalışmalar artmakla birlikte henüz yeterli sayıda olduğu söylenmez. Öncelikle küçük yaşta çocukların (5-8 yaş arası) üzerinde yapılmış araştırma bulunmamaktadır, araştırmalara çoğunlukla 7-18 yaş arası çocukta daha çok ortalama 13 yaş civarında yapılmıştır. Ayrıca çoğu çalışmada eş zamanlı ilaç kullanımı olması, değerlendirmeyi etkilemektedir. Küçük çocuklarda aile tutumları, katılımı özellikle önem kazanmaktadır ancak "ailenin temel alındığı BDT uygulamaları"nın etkinliği ise henüz üzerinde yeterli durulmamış diğer bir konudur. Sonuç olarak OKB'lu küçük çocuklarla çalışırken "tedavi modeli"nden çok klinik olarak eşik altı olguları da içine alacak şekilde "erken müdahale modeli" kullanılması; gelişimsel olarak uyarlanmış BDT'nin aileyi merkez alacak şekilde uygulanması önerilmektedir (Freeman ve ark 2007).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) travmayı takiben ortaya çıkan, ciddi bir ruhsal sağlık sorunudur (Cohen ve ark 2007). Çalışmalarda çocuklarda TSSB tanı ölçütlerinin

hepsinin karşılanmadığı durumlarda bile TSSB belirtilerinin yoğun işlev kaybına yol açtığı belirtilmektedir (Carrigon ve ark 2002). Bu nedenle çocuklarda TSSB tedavisi önem taşımaktadır. Rastgele, kontrollü bir çok çalışmada çocukluk çağı TSSB'nun tedavisinde travma odaklı BDT yönteminin etkin bir tedavi yöntemi olduğunu gösterilmiştir (Saunders ve ark 2004, Smith ve ark 2007). Travma odaklı BDT genellikle çocuk ve ebeveynleri için paralel olarak düzenlenen 12 yapılandırılmış seansı içermektedir. Bu seanslarda ebeveynlik biçimleri, psikoeğitim, duygudurum düzenlemesi, bilişsel işleyiş, travmanın öyküleştirilmesi, travmayı hatırlatan yaşantıların seans içerisinde üstesinden gelinmesi gibi yöntemler kullanılmaktadır (Cohen 2007).

Çocuklarda TSSB'nun BDT yöntemi ile tedavisinde grup terapisinin de etkili olduğu iki rastgele kontrollü çalışma ile gösterilmiştir (Chemtop ve ark 2002, Stein ve ark 2003).

SONUÇ

Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluklarında BDT kullanımı ile olumlu sonuçlar elde edildiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalara dayalı olarak çocuklarda anksiyete bozukluklarının tedavisine ilişkin yönergelerde BDT ilk sırada yer almaktadır. Bu tedavi yönteminin daha çok terapist tarafından öğrenilerek kullanılması ve yaygınlaşması çok yaygın bir tablo olan çocukluk dönemi anksiyete bozukluklarının tedavisinde önemli bir ilerleme sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Abikoff H (1985) Efficacy of Cognitive Training Interventions in Hyperactive Children: A Critical Review. *Clin Psychol Rev*, 5: 479-512.

Bailey V (1998) Conduct Disorders in Young Children. In: *Cognitive-Behaviour Therapy for Children and Adolescents*, 1. baskı, Graham P (ed), Cambridge University Press, s. 95-106.

Baret P, Farrel L, Dadds M, Boulter N (2005) Cognitive-Behavioral Family Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder: Long-Term Follow-Up and Predictors of Outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44:1005-1014.

Barrett P, Healy-Farrell L, March JS (2004) Cognitive-Behavioral Family Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder: A Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43:46-62.

Barrett PM (1998) Group Therapy for Childhood Anxiety Disorders. *J Clin Child Psychol*, 27:1-468.

Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM (1996) Family Treatment of Childhood Anxiety: A Controlled Trial. *J Consult Clin Psychol*, 64: 333-342.

Beck AT, Weishaar M (1989) Cognitive Therapy. *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. A. Freeman, KM Simon, LE Beuther, H Arkowitz (Ed.) New York. Plenum Press, 221-35.

Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L (1976) Classification of Suicidal Behaviors. II. Dimensions of Suicidal Intent. *Arch Gen Psychiatry*, 33:835-7.

Brown AM, Deacon BJ, Abramowitz JS, Daman J, Whiteside SP (2007) Parents' Perceptions of Pharmacological and Cognitive-Behavioral Treatments for Childhood Anxiety Disorders. *Behav Res Ther*, 45: 819-828.

Carrigon VG, Weems CF, Ray R ve ark (2002) Toward an Empirical Definition of Pediatric PTSD: The Phenomenology of PTSD Symptoms in Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41: 166-173.

Cartwright-Hatton S, Tshernitz N, Gomersall H (2005) Social Anxiety in Children: Social Skills Deficit, or Cognitive Distortion?. *Behav Res Ther*, 43: 131-141.

Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM ve ark (2007) A Pilot Randomized Controlled Trial of

Combined Trauma-Focused CBT and Sertraline for Childhood PTSD Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46: 811-819.

Crick NR, Dodge KA (1994) A Review and Reformulation of Social Information Processing Mechanisms in Children's Social Adjustment. *Psychol Bull*, 115:74-101.

de Hann E, Hoogduin KAL, Buitelaar JK, Keijsers GPJ (1998) Behavior Therapy Versus Clomipramine for the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37: 1022-1029.

Ellis NR (1962) Amount of Reward and Operant Behavior in Mental Defectives. *Am J Ment Defic*, 66:595-9.

Emslie GJ (2004) A Feasibility Study of the Childhood Depression Medication Algorithm: The Texas Children's Medication Algorithm Project (CMAP). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43: 519-27.

Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu Ankara 1998 Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Ervin RA, Bankert CL, DuPaul GJ (1996). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In: *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice*, Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A (ed) New York: The Guilford Press, s. 38-61.

Freeman JB, Choate-Summers ML, Moore PS, Garcia AM, Sapyta JJ, Leonard HL, Franklin ME (2007) Cognitive Behavioral Treatment for Young Children with Obsessive-Compulsive Disorder. *Biol Psychiatry*, 61: 337-43.

Goodwin R, Koenen KC, Hellman F, Guardino M, Struening E (2002) Helpseeking and Access to Mental Health Treatment for Obsessive-compulsive Disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 106: 143-149.

Grave J, Blisset J (2004) Is Cognitive Behavior Therapy Developmentally Appropriate for Young Children? A Critical Review of Evidence. *Clin Psychol Rev*, 24: 399-420.

Hanish LD, Tolan PH, Guerra NG (1996) Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.

In: *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice*, Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A (ed), New York: The Guilford Press, s. 62-78.

Kendall PC, Chansky TE, Kane MT, Kim RS, Kortlander E, Conan KR, Sessa FM, Siqueland L (1992) *Anxiety Disorders in Youth: Cognitive Behavioral Interventions*. Allyn and Bacon, Needham Heights, Mass.

Kendall PC, Kane M, Howard B, Siqueland L (1990) *Cognitive-Behavioral Treatment of Anxious Children: Treatment Manual*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.

Levin MR, Ashmore-Callahan S, Kendall PC, Ichii M (1996) *Treatment of Separation Anxiety Disorder: A Casebook for Clinical Practice*, Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A (ed), New York: The Guilford Press, s. 153-174.

Lock J. (2005). *Adjusting Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with bulimia Nervosa: Results of Case Series*. *Am J Psychother*, 59(3): 267-81.

March J, Frances A, Kahn D, Carpenter D (1997) *The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. *J Clin Psychiat*, 58: 4-6.

Mendlowitz SL, Manassis K, Bradley S, Scapillato D, Mietzitis S, Shaw B (1999) *Cognitive-Behavioral Group Treatments in Childhood Anxiety Disorders: The Role of Parental Involvement*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 38: 1223-1229.

Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study Team (2004) *Cognitive-Behavioral Therapy, Sertraline, and Their Combination for Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: The Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial*. *JAMA*, 292: 1969-1976.

Piacentini J (1999) *Cognitive Behavioral Therapy of Childhood OCD*. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 8: 599-616.

Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS, McCracken JT, Swanson JM, Lopez M (2006) *Texas Consensus Conference Panel on Pharmacotherapy of Childhood Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. *The Texas Children's Medication Algorithm Project: Revision of the Algorithm for Pharmacotherapy of Attention-Defi-*

cit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45: 642-57.

Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A (1996) *General Issues*. In: *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice*, Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A (ed), New York: The Guilford Press, s. 1-7.

Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A (1996) *General Issues*. In: *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice*, Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A (ed), New York: The Guilford Press, s. 1-7.

Ronan KR (1996) *Bridging the Gap in Childhood Anxiety Assessment: A Practitioner's Resource Guide*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3: 63-90.

Saunders BE, Berliner L, Hanson RF (2004) *Department of Justice Office of Victims of Crime Treatment Guidelines for Sexually and Physically Abused Children*. www.musc.edu/cvc.

Schapman-Williams AM, Lock J ve Couturier J (2006). *Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents with Binge Eating Syndromes: A Case Series*. *Int J Eat Disord*, 39(3): 252-5.

Schmidt U, Lee S, Beecham J ve ark (2007). *A Randomized Controlled Trial of Therapy and Cognitive Behavior Therapy Guided Self-Care for Adolescents with Bulimia Nervosa and Related Disorders*. *Am J Psychiatry*, 164(4): 591-8.

Smith P, Yule W, Perin S ve ark (2007) *Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD in Children and Adolescent: A Preliminary Randomized Controlled Trial*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46: 1051-1061.

Spence SH, Donovan C, Brechman-Toussaint M (2000) *The Treatment of Childhood Social Phobia: The Effectiveness of a Social Skills Training-Based, Cognitive-Behavioral Intervention, withm and Without Parental Involvement*. *J Child Psychol Psychiatry*, 41: 713-726.

Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M, Chu BC, Sigman M (2006) *Family Cognitive Behavioral Therapy for Child Anxiety Disorders*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45: 314-321.

Zohar AH (1999) *The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents*. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 8: 445-460.