

# Anksiyete Tanısı Almış Çocuklar Üzerinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Etkililiği

Nilgün ÖNGİDER<sup>1</sup>, Burak BAYKARA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yard. Doç. Dr., Vanderbilt University, Kennedy Center, Nashville, Tennessee, USA.

<sup>2</sup>Yard. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Psikiyatrisi AD, İzmir

## Özet

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, anksiyete bozukluğu tanısı almış çocukların, terapi öncesi ve sonrasında değerlendirilerek bilişsel davranışçı grup terapisi (BDGT) etkililiğinin incelenmesidir.

**Yöntem:** Araştırmanın amacı doğrultusunda, bir üniversite hastanesinin çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine ayaktan başvuran; anksiyete bozukluğu tanısı almış çocuklar terapisi öncesi ve sonrasında değerlendirilmiştir. Araştırma örneklemini, bilişsel davranışçı terapi (BDT) grubuna atanan 12 çocuk ve bekleme listesindeki 12 çocuk ile onların anne ve babaları olmak üzere toplam 72 kişiden oluşmuştur. Araştırmaya katılan her iki gruptaki çocuklara, terapiye başlamadan önce ve terapi sonlandıktan sonra Çocuklar İçin Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçekleri (STAI-I ve II) ile Bireysel Bilgi Formu; çocukların anne ve babalarına da, STAI-I ve II ile Bireysel Bilgi Formu uygulanmıştır.

**Bulgular:** Verilerin analizi non-parametrik bir test olan Wilcoxon ile yapılmıştır. Tedavi grubundaki çocukların BDGT sonrasındaki hem durumluk hem de süreklilik kaygı düzeylerinin terapi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ( $z=-2.549$   $p<0.01$ ;  $z=-2.828$   $p<0.001$ ) bulunmuştur. Bunun yanı sıra, tedavi grubundaki çocukların terapi sonrasındaki anksiyete düzeylerinin karşılaştırma grubundakilerden de düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca çocukları tedavi grubundaki hem annelerin hem de babaların anksiyete düzeylerinin çocuklarına uygulanan terapi sonrasında terapi öncesine ve karşılaştırma grubundaki anne-babalara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur.

**Sonuç:** Çocuklara uygulanan BDGT ardından çocukların anksiyete düzeylerinin hem tedavi öncesine göre hem de karşılaştırma grubuna göre düşük bulunması, BDGT'nin çocuklarda anksiyete düzeyini azaltmada etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca hem annelerin hem de babaların kaygı düzeylerinin çocuklarına uygulanan BDGT ardından düşmesi, anksiyete tedavisinde tüm ailenin önemli olduğunu göstermektedir. Literatürdeki birçok araştırmada da, çocukların anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasında ailelerinin rolü olduğu bulunmuştur. (**Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2015; 1: 26-37**)

**Anahtar Sözcükler:** Anksiyete bozuklukları, bilişsel davranış terapisi, çocuk, grup terapi

## Abstract

### Efficacy of Cognitive Behavioral Group Therapy among Children with Anxiety Disorders

**Objective:** It was aimed to investigate efficacy of Cognitive behavioral group therapy (CBGT) in childhood anxiety disorders by pre and post therapy.

**Method:** Trial sample was obtained from an university outpatient child psychiatry clinic. Therapy group (n=12) was selected from children and their parents whom was diagnosed as DSM-IV childhood anxiety disorder. And comparison group (n=12) was selected from children and their parents whom was in the waiting list. The total sample includes 72 individual. Before and after CBGT; sociodemographic data questionnaire and State-Trait Anxiety Inventory for Children was applied to children, State-Trait Anxiety Inventory was applied to parents.

**Results:** Data analysis was done by Wilcoxon non-parametric test. Children whom in therapy group both state and trait anxiety levels was significantly reduced after CBGT sessions ( $z=-2.549$   $p<.01$ ;  $z=-2.828$   $p<.001$ ). There were significant differences between children of therapy group and the comparison group in wich state and trait anxiety levels . For parents from therapy group, state and trait anxiety levels was significantly reduced after CBGT sessions which were applied to their offsprings. Also there were significant differences between parents of therapy group and the comparison group both state and trait anxiety levels .

**Conclusion:** Anxiety levels were reduced significantly after CBGT sessions and also differences between therapy and the comparison groups were important. Therefore it was interpreted that CBGT was effective for reducing anxiety levels in children. Anxiety levels of parents were reduced after their children's CBGT sessions; it is showed that whole family is playing an important role in anxiety treatment. Many research in the literature highlights that parents play crucial role in emerging anxiety symptoms of their children. (**Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2015; 1: 26-37**)

**Key words:** anxiety disorders, cognitive behavior therapy, child, group psychotherapy

## GİRİŞ

Anksiyete bozuklukları, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde görülen en yaygın bozukluklardan birisidir. Çocuklarda yaygınlığının %5-18 arasında; ergenlik döneminde ise, %0,3-12,9 arasında değiştiği bildirilmektedir (Albeno ve ark. 1996, Kandil ve Tanrıöver 2007, Almerigogna ve ark. 2007 Oltmans ve Emery 2012).

Çocukluk döneminde görülen geçici korkular ve anksiyete, çocuğun gelişiminin normal bir parçası olarak kabul edilir. Ancak normal çocukluk dönemi korkuları ile patolojik düzeydeki anksiyeteyi birbirinden ayırt etmenin çok kolay olmadığı belirtilmektedir (Kramer ve ark. 2010, McLeod ve Mathews 2012, Oltmans ve Emery 2012). Kişinin, kendisine ya da başkalarına zarar gelmesinden korkması, belli bir durum hakkında yoğun olarak endişelenmesi, belirgin düzeyde stres hissetmesi, akademik ya da sosyal işlevsellik düzeyinde bozulmalar gibi durumlara yol açan korkular ise, patolojik anksiyete olarak sınıflandırılabilir (Kandil-Tanrıöver 2007, Oltmans ve Emery 2012). Çocuklarda sıklıkla, baş ağrısı, karın ağrısı ve irritabl bağırsak sendromu gibi fiziksel belirtiler görülür. Bu fiziksel belirtilerin anksiyeteye eşlik eden somatik semptomlar olduğu göz ardı edilmemelidir. Çocuklarda görülen anksiyete bozuklukları içinde, yaygın anksiyete ve ayrılık anksiyetesi bozukluklarının sık görüldüğü; ancak, anksiyete bozukluklarının alt tiplerinde ayırıcı tanı yapmanın oldukça zor olduğu bildirilmektedir (Ehrenreich-May ve Bilek 2012, Epkins 2002, Velting ve ark. 2004, Spence 1998, Stirling ve ark. 2006, Storch ve ark. 2006, Birmaher ve Brent 2007, Kandil-Tanrıöver 2007).

DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) ve DSM-V (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013)'te bebeklik, çocukluk ve ergenlik döneminde ilk defa tanınan bozukluklar başlığı altında yer alan ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sadece çocukluk dönemine ait tek anksiyete bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır. Çocukluk döneminde görülen diğer anksiyete bozuklukları (yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, vb) ise, yaşam boyu olan ve çocukları da içerip yetişkinlikte tanı konulan bozukluklar olarak sınıflandırılmıştır.

Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde oldukça sık görülen anksiyete bozukluklarının tedavisinde bilişsel davranışçı terapi uygulamalarının önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir (Ehrenreich-May ve Bilek 2012, Hallion ve Ruscio 2011, Hofmann ve ark. 2012, Kendall ve ark. 2008, McLeod ve Mathews 2012, Öngider

2014, Richardson ve ark. 2010, Seligman ve Ollendick 2011, Weersing ve ark. 2012). Bireysel Bilişsel Davranışçı Terapi, aileye yönelik BDT ve grup Bilişsel Davranışçı Terapi formları etkili yöntemler olarak görülmektedir. BDT, birçok bileşenden oluşur, bunlardan bazıları; değerlendirme, psiko-eğitim, başa çıkma yöntemleri (örneğin, bedensel eğitim ve başa çıkma yöntemleri, kendisiyle konuşma, olumsuz düşüncelerin daha olumlu ve yapıcı düşüncelerle değiştirilmesi ve sorun çözme teknikleri) maruz bırakma (exposure), anksiyeteyi yönetmek gibidir (Chorpita ve ark.2004, Friedberg ve ark. 2010, Gosch ve ark. 2006, Nakamura ve ark. 2009, Hofmann ve ark. 2012, Kelly ve ark. 2012, McLeod ve Mathews 2012, Öngider 2014).

Ayrıca çocuklardaki anksiyete bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin etkili olduğu bildirilmektedir (Barrett 1998, Barrett ve ark. 2011). Bu terapilerden birisi de, Rose ve ark. (1985) tarafından geliştirilen Bilişsel Davranışçı Grup Terapisidir. İki yönüyle diğer BDT'lerden farklıdır. İlk farkı, terapi sırasında model alma ve operant stratejiler daha fazla kullanılmaktadır. Diğer fark ise, grup üyeleri arasındaki etkileşimin terapiye katkısı daha yoğun olmasıdır (Rose ve ark. 1985).

BDT programları uygulanırken son derece dikkatli olunmalıdır. Çünkü programda yazılanlar harfiyen uygulanmaya çalışılırken, çocuğun bilişsel ve duygusal düzeyi, ihtiyaçları ve bakış açısı göz ardı edilirse programın etkili olmayacağı, daha da kötüsü çocuğa zarar verebileceği belirtilmektedir (Gosch ve ark. 2006).

Çocukların, birçok davranışında ebeveynlerini model aldıkları bilinmektedir. Ebeveynlik stillerinin kuşaklar boyu incelendiği bir araştırmada, anne ve babaların ebeveynlik stillerinin kendi ebeveynlerinden etkilendiği bildirilmiştir (Tanaka ve ark. 2009).

Bunun yanı sıra, birçok araştırmada çocukların anksiyete semptomlarının ortaya çıkmasında ailelerinin rolü olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerin, çocuklarının uyumunu bozacak şekilde anksiyetelerini provake ettikleri belirtilmektedir. Bunu, çocuklarla tartışarak, aşırı kontrolcü olarak ya da çocuklarına model olarak doğrudan ya da dolaylı biçimde yapabilirler (Ginsburg ve ark. 2004, Wood ve ark. 2003). Ayrıca, ailenin terapi sürecine dahil edilmesi, çocukların tedavisinde oldukça önemlidir (Suveg ve ark. 2006).

Son yıllarda, ülkemizde de çocuklara yönelik bilişsel davranışçı terapiye yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bunlardan bir tanesi, Sorias ve arkadaşları (2009) tarafından "Korku Avcısı" adlı bireysel bilişsel

davranışçı terapi programıdır (Sorias ve ark. 2009).

Bu çalışmada, bilişsel davranışçı grup terapisinin anksiyete bozukluğu tanısı almış çocuklar üzerindeki etkililiğinin incelenmesi için, terapisi öncesi ve sonrasında hem çocukların hem de anne ve babalarının anksiyete düzeyleri üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Araştırmada cevap aranan sorulardan ilki, anksiyete bozukluğu tanısı almış çocukların anksiyete düzeyi, bilişsel davranışçı grup terapisinin ardından farklılaşmakta mıdır? İkinci soru ise, çocuklara uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisinin ardından anne ve babaların anksiyete düzeylerinde bir farklılaşma olacak mıdır?

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Örneklem

Araştırmanın örneklemini, Dokuz Eylül Üniversitesi ÇERSAH Polikliniği'ne başvuran ve anksiyete bozukluğu tanısı almış çocuklar arasından seçilmiştir. Bu çocuklardan 12 tanesi 2 ayrı terapi grubuna atanmıştır. Kalanlar arasından ilk grupla yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey açısından benzer olanlar, bekleme listesine alınarak karşılaştırma grubu olarak belirlenmiştir. Ayrıca, bu çocukların anne ve babaları da araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan, hem terapi hem de karşılaştırma gruplarındaki çocuklara, terapiye başlamadan önce ve terapi sonlandıktan sonra Çocuklar İçin Durumluk ve Süreklilik Kaygı Ölçeği (STAI-I ve II) ile Bireysel Bilgi Formu uygulanmıştır. Çocukların anne ve babalarına ise, çocuklarının terapisi başlamadan önce ve terapi sonlandıktan sonra STAI-I ve II ile Bireysel Bilgi Formu uygulanmıştır.

### Araştırmada Kullanılan Ölçekler

**I. Çocuklar İçin Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri:** Spielberger tarafından 1973'te geliştirilen bu ölçeklerin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Özusta (1995) tarafından gerçekleştirilmiştir.

9-12 yaş grubu çocuklarında durumluk ve sürekli kaygı düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ilköğretimin 3, 4, 5 ve 6. sınıflarına devam eden toplam 724 çocukla yapılmıştır. Bireysel ya da grup olarak uygulanabilmektedir.

**1. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I):** Kaygıya yatkınlığın yanı sıra, kalıcı bireysel farklılıkları ölçmeyi amaçlar. Ölçek toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Çocuğun genellikle nasıl hissettiğini oluş sıklığına göre değerlendirir. "Evde sınırlarım bozulur" ya da

"Ellerim titrer" gibi ifadeler, "hemen hemen hiç", "bazen" ve "sık sık" seçeneklerinden biriyle yanıtlanır. Ölçekten alınacak puanlar 20-60 arasındadır ve puanlardaki artış, sürekli kaygıdaki artışı ifade eder.

**2. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-II):** Çocuklardan, o anda kendilerini nasıl hissettiklerini değerlendirmeleri beklenmektedir. "Kendimi çok öfkeli hissediyorum", "öfkeli hissediyorum ya da "öfkeli hissetmiyorum" gibi ifadelerden kendileri için en uygununu işaretlemeleri istenir. Toplam madde sayısı 20'dir. Alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 60'tır.

## II. Yetişkinler İçin STAI Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri

Durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger tarafından 1983 yılında geliştirilmiş olan Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri, kısa ifadelerden oluşan bir öz - değerlendirme anketidir. Türkçeye Öner ve Le Compte (1985) tarafından uyarlanmıştır.

Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri toplam kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir.

### İşlem

Araştırmanın yapılabilmesi için, önce araştırma önerisi, Dokuz Eylül Üniversitesi ÇERSAH Polikliniği'nde sunulmuş ve Anabilim dalı akademik kurulundan olur alınmıştır. Daha sonra, ÇERSAH Polikliniği'ne ayaktan başvuran ve bir çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından DSM-IV tanı ölçütlerine göre anksiyete bozukluğu tanısı almış çocuklar ve ebeveynleri, BDGT için kısaca bilgilendirilmiştir. Tedavi için istekli olanlar belirlenerek, çocuğu izleyen çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından bir bilgi formu düzenlenerek dosyasına eklenmiştir. Ardından, klinikte çalışan klinik psikologun değerlendirmesi talep edilmiştir. Yönlendirilen her çocuğun dosyası ve bilgi formu klinik psikolog tarafından incelenmiş; ardından çocuk ve anne-babayla ayrı ayrı görüşme yapılarak bilgi alınmıştır. Görüşme sonrasında, terapi grubu için uygun olduğu düşünülen çocuk ve anne-babasına grup süreci hakkında bilgi verilmiş; ardından tedavi sürecine katılmak isteyip istemedikleri tekrar sorulmuştur. BDGT'ye ve araştırmaya katılmayı kabul eden anne-babalarından bilgilendirilmiş onam formları alınmıştır. Grup terapisi için seçilen 12 çocuk tedavi grubuna atanırken, oluşturulan bekleme listesindeki

çocuklardan 12 tanesi karşılaştırma grubuna atanmıştır. Bu atama sırasında tedavi grubundaki çocuklarla yaş, cinsiyet, sosyo-demografik özellikler gibi araştırma sonuçlarını etkileyebilecek değişkenler açısından bir eşleme yapılmıştır. Böylece, çalışmanın tedavi ve karşılaştırma grupları belirlenmiştir. Ardından her 2 grupta yer alan çocuklara ve onların anne-babalarına araştırmada kullanılan ölçekler uygulanmıştır. Ayrıca çocukların öğretmenlerine grup sürecini ve tedavi amaçlarını anlatan birer mektup gönderilerek öğretmenler de çocukların tedavi sürecini ile ilgili bilgilendirilmiştir.

#### *Terapi için seçim kriterleri*

Anksiyete bozukluğu tanısı alan (OKB hariç) çocuklar terapi ve karşılaştırma gruplarına atanmıştır. Homojen bir grup olması için OKB hariç, sadece anksiyete bozukluğu tanısı alan çocuklar seçilmiştir. Diğer seçim kriterleri ise şunlardır: 11-13 yaş arasında, her hafta 1,5 saat terapiye katılabilecek, ayrıca hem ebeveyn hem de çocuk tarafından grup terapisine katılım için onay verenler. Bir diğer seçim kriteri ise, terapist tarafından grup etkileşiminden yararlanabileceği öngörülen (agresif, saldırgan ve kaçınan özellikleri grup etkileşimini bozacak düzeyde olan çocuklar gruba dahil edilmemiştir) çocuklardır. BDGT için uygun olan çocukların seçiminin ardından terapi gruplarına başlanmıştır. Bekleme listesinde yer alan karşılaştırma grubuna ise, ölçekler uygulandıktan sonra kısaca bilgi verilerek yaklaşık 3 aylık bir bekleme süreleri olacağı açıklanmıştır. Ayrıca bu sürenin sonunda ölçeklerin uygulanması için tekrar polikliniğe davet edilecekleri de belirtilmiştir.

#### *Terapi grubunun özellikleri*

Gruplar, 3'ü kız, 3'ü erkek olmak üzere toplam 6 kişilik 2 grup olmak üzere toplamda 12 üyeden oluşmuştur. Çocuklarda grubun etkililiği ve homojenliği açısından, eğer grup her iki cinsiyetten olacaksa iki cinsiyetten eşit sayıda üye içermesinin daha uygun olacağı belirtilmektedir (Rose 1985). Araştırma örneklemini oluşturan çocuklar 11-13 yaş arasındadır. Yaş aralığının dar tutulmasının nedeni de, grup etkileşiminde yaşça akran çocukların daha rahat iletişim kurabilmelerini sağlamaktır.

#### **Grup Terapisine Hazırlık Süreci**

Terapist tarafından, grup üyelerinin seçim görüşmelerinden sonra, gruba uygun olduğu düşünülen her çocuk ve anne babaları ile tekrar bireysel görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelerde çocuklar hakkında daha fazla bilgi alınmaya çalışılmış; ayrıca grup süreci hakkında

da daha ayrıntılı bilgi verilmiştir. Bu görüşmelerin bir amacı da, ilk grup seansı öncesinde terapist ile çocuklar arasındaki bir ilişkinin oluşturulmasına da yardımcı olmaktır. Gruba dahil edilen çocukların anksiyete bozukluğu tanısı aldıkları ve çoğunun sosyal anksiyete semptomları gösterdiği göz önünde bulundurulduğunda, çocukların grup öncesinde terapistle birden çok defa bir araya gelmesinin bir ilişki kurulmaya başlaması için etkili olabileceği öngörülmüştür. Terapi grubundaki çocuklar ailelerinin ve kendi okullarının uygun olduğu zamanlar sorularak 2 gruba ayrılmıştır. Gruplardan birinin saati sabah, diğeri ise öğleden sonra saatlerine ayarlanmıştır.

#### *Terapi Seansları*

Grup terapisi seanslarının, haftada bir gün olması, 1,5 saat sürmesi ve 12 hafta boyunca devam etmesi planlanmıştır. Toplam 1,5 saat süren gruplarda, yaklaşık 70 dakika çalışıldıktan sonra kalan son 20 dakikanın 10 dakikası grup oyununa, 10 dakikası ise, yeme-içme etkinliğine ayrılmıştır. Oyunlar, grubun hep birlikte oynayabileceği (tabu, adam asmaca, isim-şehir, vb) oyunlar arasından grup kararı ile seçilmiştir. Yeme-içme etkinliği için ise, her hafta bir çocuk gönüllü olarak görev almış ve gruba yiyecek-içecek bir şeyler getirmiştir. Yeme-içme faaliyeti için anne-baba ile yapılan görüşme sırasında bilgi verilmiş ve ebeveynlerle birlikte gruplara gönderecekleri yiyeceklerin özelliklerine karar verilmiştir.

İlk grubun temel amacı oryantasyon, grup bağlılığının oluşturulması ve motivasyonun güçlendirilmesidir. İlk grup seansına üyelerin tanışması ile başlanmıştır. Tanışma alıştırmaları ile üyelerin hem birbirini tanıması hem de gruba ısınması amaçlanmaktadır. Bu amaçla çocukların tek tek kendilerini tanıtmaları yerine birbirlerini tanıtmaları istenmiştir. Bizim gruplarımızdaki çocukların hepsinin sosyal fobik özelliklerinin olması nedeniyle, birbirlerini tanıtma egzersizi oldukça zor ancak çok yararlı olmuştur.

Çocuklara verilen birbirlerini tanıtma görevi şu şekildedir: öncelikle grup ikiye bölünmüş ve çocukların birbirlerini tanıtacak şekilde 5'er dakikalık görüşmeler yapmaları istenmiştir. Bu görüşmelerde alacakları bilgiler hakkında bir şablon verilmiş; ancak bu şablondaki bilgiler dışında istedikleri başka bilgileri de alabilmeleri konusunda serbest bırakılmışlardır. Daha sonra aldıkları bilgilerle birbirlerini tanıtacakları kısa konuşmalar yapmaları istenmiştir.

Terapi programındaki bu standart uygulamaya rağmen, bizim grubumuzda çocukların birbirlerini tanıtma sırasında yaşadıkları zorluklar üzerine terapist göreve dahil olmuş ve önce kendisini tanıtmıştır. Bu



lerinin, bilişsel davranışçı grup terapisi öncesi ve sonrasında farklılaşıp farklılaşmadığıdır. Elde edilen bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, çocukların BDGT sonrasındaki durumluk (STAI-I) ve süreklilik kaygı

(STAI-II) puan ortalamalarının (40.00, 41.17) terapi öncesindeki STAI-I ve STAI-II puan ortalamalarına (54.50, 56.17) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ( $z=-2.549$   $p<0.01$ ;  $z=-2.828$   $p<0.001$ ) bulunmuştur. Başka bir deyişle, çocukla-

**Tablo 2.** Çocukların Durumluk ve Süreklilik Ön Test- Son Test Kaygı Puanları

|  | 1                     | 2                         | 3                     | 4                           | 5                   | 6                   | 7                    | 8                    |
|--|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| <b>1. Tedavi Grubundaki Çocukların STAI-I Ön-test</b>          | -                     | -                         | Z=-2.549<br>p=0.010** | -                           | Z=-1.732<br>p=0.083 | -                   | Z=-1.903<br>p=0.094  | -                    |
| <b>2. Tedavi Grubundaki Çocukların STAI-II Ön-test</b>         | -                     | -                         | -                     | Z=-2.828<br>p=0.000***      | -                   | Z=-1.512<br>p=0.131 | -                    | Z=-.730<br>p=0.62    |
| <b>3. Tedavi Grubundaki Çocukların STAI-I Son-test</b>         | Z=-2.549<br>p=0.010** | -                         | -                     | -                           | -                   | -                   | Z=-2.214<br>p=0.027* | -                    |
| <b>4. Tedavi Grubundaki Çocukların STAI-II Son-test</b>        | -                     | Z=-2.828<br>p=0.000***    | -                     | -                           | -                   | -                   | -                    | Z=-2.208<br>p=0.031* |
| <b>5. Karşılaştırma Grubundaki Çocukların STAI-I Ön-test</b>   | Z=-1.732<br>p=0.083   | -                         | -                     | -                           | -                   | -                   | Z=-1.897<br>p=0.548  | -                    |
| <b>6. Karşılaştırma Grubundaki Çocukların STAI-II Ön-test</b>  | -                     | Z=-1.512<br>p=0.131       | -                     | -                           | -                   | -                   | -                    | Z=-1.069<br>p=0.285  |
| <b>7. Karşılaştırma Grubundaki Çocukların STAI-I Son-test</b>  | Z=-1.903<br>p=0.094   | -                         | Z=-2.214<br>p=0.027*  | -                           | Z=-1.897<br>p=0.548 | -                   | -                    | -                    |
| <b>8. Karşılaştırma Grubundaki Çocukların STAI-II Son-test</b> | -                     | Z = - 0 . 7 3 0<br>p=0.62 | -                     | Z = - 2 . 2 0 8<br>p=0.031* | -                   | Z=-1.069<br>p=0.285 | -                    | -                    |
| $\bar{X}$  | 54.50                 | 56.17                     | 40.00                 | 41.17                       | 53.70               | 55.39               | 53.20                | <b>55.23</b>         |
| ss   | <b>3.51</b>           | <b>3.94</b>               | <b>0.63</b>           | <b>1.17</b>                 | <b>3.27</b>         | <b>3.79</b>         | <b>3.23</b>          | <b>3.67</b>          |

STAI-I: Durumluk kaygı puanları; STAI-II: Süreklilik kaygı puanları

$\bar{X}$ , ortalama; ss: Standart sapma

\* $p<0.05$  \*\*\* $p<0.001$

rın hem durumluk (STAI-I) hem de süreklilik kaygı (STAI-II) düzeylerinin, BDGT sonrasında anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Araştırmamanın hipotezi, bilişsel davranışçı grup terapisi uygulanan çocukların anksiyete düzeyinin terapi sonrasında düşeceği yönündedir. Böylece araştırmamanın hipotezi doğrulanmıştır.

Araştırmada cevap aranan ikinci soru ise, tedavi grubundaki çocuklar ile karşılaştırma grubundaki çocukların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı farklılaşma olup olmadığıdır. Tedavi ve karşılaştırma gruplarındaki çocukların anksiyete düzeyleri arasında tedavi öncesinde (ön-testte) fark bulunmazken ( $z=-1.732$   $p>0.05$ ;  $z=-1.512$   $p>0.05$ ); tedavi grubundaki çocukların terapi sonrasındaki anksiyete düzeylerinin, karşılaştırma grubundakilerden de düşük olduğu bulunmuştur  $z=-2.214$   $p<0.01$ ;  $z=-2.208$   $p<0.01$ ) (bulgular Tablo 2’de sunulmuştur).

Araştırmada cevap aranan üçüncü soru ise, anksiyete bozukluğu tanısı almış çocukların anne ve babalarının kaygı düzeylerinin, çocuklarına uygulanan terapi öncesi ve sonrasında farklılaşıp farklılaşmadığıdır. Bu amaçla, anne ve babaların durumluk ve süreklilik Kaygı Envanteri (STAI-I ve STAI-II) sonuçları, çocuklarına uygulanan terapi öncesi ve sonrasında karşılaştırılmıştır. Cevap aranan sorulardan birisi, çocuklarına uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisinin ardından annelerin anksiyete düzeylerinde bir farklılaşma olacak mıdır? Elde edilen bulgular incelendiğinde, çocukları tedavi grubundaki annelerin anksiyete düzeyleri ile karşılaştırma grubundaki annelerin anksiyete düzeyleri arasında terapi öncesinde anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Ancak çocukları tedavi grubundaki annelerin anksiyete düzeyleri, çocuklarına uygulanan terapi sonrasında, karşılaştırma grubundaki annelerin anksiyete düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşmüştür. Babalardan elde edilen sonuçlar da benzerdir. Elde edilen bulgular Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3’te sunulan sonuçlara göre, çocuklarına uygulanan terapi sonrasında annelerin hem durumluk hem de süreklilik kaygı (STAI-I ve STAI-II) puan ortalamalarının (39.83, 40.50) terapi önceki STAI-I ve STAI-II puan ortalamalarına (51.67, 52.33) göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ( $z= -2.207$   $p<0.05$ ,  $z= -2.207$   $p<0.05$ ) bulunmuştur.

Araştırmada cevap aranan son soru ise, anksiyete bozukluğu tanısı almış çocukların babalarının kaygı düzeylerinin, çocuklarına uygulanan terapi öncesi ve sonrasında farklılaşıp farklılaşmadığıdır. Babalardan elde edilen bulguların annelerin bulgularına benzer

olduğu görülmüştür. Çocukları tedavi grubundaki babaların anksiyete düzeyleri ile karşılaştırma grubundaki babaların anksiyete düzeyleri arasında terapi öncesinde anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır. Ancak çocukları tedavi grubundaki babaların anksiyete düzeyleri, çocuklarına uygulanan terapi sonrasında karşılaştırma grubundaki babaların anksiyete düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşmüştür. Elde edilen bulgular Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4’te görüleceği üzere, çocuklarına uygulanan terapi sonrasında babaların durumluk ve süreklilik kaygı (STAI-I ve STAI-II) puan ortalamalarının (37.17, 38.50) terapi öncesindeki STAI-I ve STAI-II puan ortalamalarına (44.33, 46.00) göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ( $z= -2.232$   $p<0.05$ ,  $z= -2.214$   $p<0.05$ ) bulunmuştur.

## TARTIŞMA

Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre, anksiyete bozukluğu tanısı almış çocukların BDGT sonrasında durumluk ve süreklilik kaygı düzeylerinin, terapi öncesine göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca, tedavi ve karşılaştırma gruplarındaki çocukların terapi öncesindeki anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark yokken; terapi sonrasında, son-test sonuçları açısından anlamlı farklılaşma vardır. BDGT almış çocukların, durumluk ve süreklilik kaygı düzeyleri bekleme listesinde yer alan karşılaştırma grubundaki çocuklara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşmüştür. Bu bulgular, BDT’nin çocuklarda anksiyete düzeyini azaltmada etkili olduğu yönündeki literatürde yer alan bilgilerle paraleldir (Ehrenreich-May ve Bilek 2012, Hallion ve Ruscio 2011, Hofmann ve ark. 2012, Kendall ve ark. 2008, McLeod ve Mathews 2012, Richardson ve ark. 2010, Seligman ve Ollendick 2011, Weersing ve ark. 2012).

Benzer şekilde, anne ve babaların kaygı düzeylerinin de, çocuklarına uygulanan BDGT’nin ardından terapi sonrasında düştüğü bulunmuştur. Çocukları tedavi grubunda yer alan hem anne hem de babaların anksiyete düzeyleri, çocukları karşılaştırma grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde azalmıştır. Ayrıca, anne ve babaların tedavi öncesindeki puan ortalamaları incelendiğinde, istatistiksel olarak bir farkları olmamakla birlikte, annelerin ortalamalarının babalarinkine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle, annelerin anksiyete düzeyleri babalarinkine göre daha yüksektir. Ancak, tedavi sonrasında annelerin puan ortalamaları sayısal olarak, babalarinkine göre daha fazla düşmüştür. Çocuklarının anksiyete düzeyi azalan anne-babaların anksiyete düzeyleri de çocuklarınıninkine paralel olarak azalmaktadır. Burada

**Tablo 3.** Annelerin Durumluk ve Süreklilik Ön Test- Son Test Kaygı Puanları

|  | 1                   | 2                        | 3                    | 4                          | 5                   | 6                       | 7                    | 8                   |
|--|---------------------|--------------------------|----------------------|----------------------------|---------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|
| <b>1. Tedavi Grubundaki Çocukların STAI-I Ön-test</b>          | -                   | -                        | Z=-2.45<br>p=0.014*  |                            | Z=-1.30<br>p=0.194  | -                       | Z=-1.89<br>p=0.059   | -                   |
| <b>2. Tedavi Grubundaki Çocukların STAI-II Ön-test</b>         | -                   | -                        |                      | Z=-2.45<br>p=0.014*        | -                   | Z=-1.63<br>p=0.102      | -                    | Z=-1.70<br>p=0.057  |
| <b>3. Tedavi Grubundaki Çocukların STAI-I Son-test</b>         | Z=-2.45<br>p=0.014* | -                        | -                    | -                          | -                   | -                       | Z=-2.23<br>p=0.026** | -                   |
| <b>4. Tedavi Grubundaki Çocukların STAI-II Son-test</b>        | -                   | Z=-2.45<br>p=0.014*      | -                    | -                          | -                   | -                       | -                    | Z=-2.23<br>p=0.026* |
| <b>5. Karşılaştırma Grubundaki Çocukların STAI-I Ön-test</b>   | Z=-1.30<br>p=0.194  | -                        | -                    | -                          | -                   | -                       | Z=-.414<br>p=0.679   | -                   |
| <b>6. Karşılaştırma Grubundaki Çocukların STAI-II Ön-test</b>  | -                   | Z=-1.63<br>p=0.102       | -                    | -                          | -                   | -                       | -                    | Z=0.000<br>p=1.00   |
| <b>7. Karşılaştırma Grubundaki Çocukların STAI-I Son-test</b>  | Z=-1.89<br>p=0.059  | -                        | Z=-2.23<br>p=0.026** | -                          | Z=0-.414<br>p=0.679 | -                       | -                    | -                   |
| <b>8. Karşılaştırma Grubundaki Çocukların STAI-II Son-test</b> | -                   | Z = - 1 . 7 0<br>p=0.057 | -                    | Z = - 2 . 2 3<br>p=0.026** | -                   | Z = 0 . 0 0 0<br>p=1.00 | -                    | -                   |
| $\bar{X}$  | 51.67               | 52.33                    | 39.83                | 40.50                      | 51.68               | 52.35                   | 51.69                | <b>52.34</b>        |
| ss   | <b>3.42</b>         | <b>3.78</b>              | <b>1.14</b>          | <b>1.52</b>                | <b>3.43</b>         | <b>3.79</b>             | <b>3.45</b>          | <b>3.79</b>         |

STAI-I: Durumluk kaygı puanları; STAI-II: Süreklilik kaygı puanları

$\bar{X}$ , ortalama; ss: Standart sapma

\*p<0.05 \*\*p<0.001

dikkat çeken nokta, anne-babalara bilgilendirme dışında herhangi bir teröpatik müdahalenin yapılmamasıdır. Ayrıca, dikkat çeken bir diğer nokta ise, tedavi öncesinde annelerin ortalamalarının babalarınkine göre daha yüksek olmasına karşın, tedavi sonrasında sayısal olarak daha fazla düşmesidir. Bu durum, genellikle, annelerin babalara göre, çocukları ile daha fazla vakit geçirmeleri ve birbirlerinin aksiyete düzeylerini daha fazla etkiliyor olabilecekleri şeklinde

yorumlanabilir. Bu nedenle, çocukların anksiyete tedavisi sırasında, ebeveynlerin, özellikle de annelerin tedaviye dahil edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu bulguların yanı sıra, terapi sonrasında tedavi grubundaki çocukları anne ve babalarıyla bir değerlendirme toplantısı yapılmıştır. Bu toplantıda anne ve babalar, terapi süreci hakkında bilgilendirilmiş;



**Tablo 4.** Babaların Durumluk ve Süreklilik Ön Test- Son Test Kaygı Puanları

|  | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    | 5                  | 6                   | 7                    | 8                            |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|---------------------|----------------------|------------------------------|
| <b>1. Tedavi Grubundaki Çocukların STAI-I Ön-test</b>          | -                    | -                    | Z=-2.264<br>p=0.024* |                      | Z=-1.27<br>p=0.083 | -                   | Z=-1.96<br>p=0.059   | -                            |
| <b>2. Tedavi Grubundaki Çocukların STAI-II Ön-test</b>         | -                    | -                    |                      | Z=-2.232<br>p=0.026* | -                  | Z=-1.69<br>p=0.092  | -                    | <b>Z=-1.063<br/>p=0.288</b>  |
| <b>3. Tedavi Grubundaki Çocukların STAI-I Son-test</b>         | Z=-2.264<br>p=0.024* | -                    | -                    | -                    | -                  | -                   | Z=-2.264<br>p=0.024* | -                            |
| <b>4. Tedavi Grubundaki Çocukların STAI-II Son-test</b>        | -                    | Z=-2.232<br>p=0.026* | -                    | -                    | -                  | -                   | -                    | <b>Z=-1.054<br/>p=0.292</b>  |
| <b>5. Karşılaştırma Grubundaki Çocukların STAI-I Ön-test</b>   | Z=-1.27<br>p=0.083   | -                    | -                    | -                    | -                  | -                   | Z=-1.94<br>p=0.054   | -                            |
| <b>6. Karşılaştırma Grubundaki Çocukların STAI-II Ön-test</b>  | -                    | Z=-1.69<br>p=0.092   | -                    | -                    | -                  | -                   | -                    | <b>Z=-2.207<br/>p=0.027*</b> |
| <b>7. Karşılaştırma Grubundaki Çocukların STAI-I Son-test</b>  | Z=-1.96<br>p=0.059   | -                    | Z=-2.264<br>p=0.024* | -                    | Z=-1.94<br>p=0.054 | -                   | -                    | -                            |
| <b>8. Karşılaştırma Grubundaki Çocukların STAI-II Son-test</b> | -                    | Z=-1.063<br>p=0.288  | -                    | -                    | -                  | Z=-1.054<br>p=0.292 | -                    | -                            |
| $\bar{X}$  | 44.33                | 46.00                | 37.17                | 38.50                | 53.70              | 55.39               | 53.20                | <b>55.23</b>                 |
| ss   | <b>2.94</b>          | <b>2.61</b>          | <b>0.69</b>          | <b>1.52</b>          | <b>3.51</b>        | <b>3.74</b>         | <b>3.64</b>          | <b>3.67</b>                  |

STAI-I: Durumluk kaygı puanları; STAI-II: Süreklilik kaygı puanları

$\bar{X}$ , ortalama; ss: Standart sapma

\*p<0.05 \*\*\*p<0.001

ardından da çocuklarında ve kendilerinde herhangi bir değişiklik olup olmadığı ebeveynlere sözel olarak sorularak bir kere daha değerlendirilmiştir. Tüm anne ve babalar, terapi sonrasında çocuklarında çok olumlu değişiklikler olduğunu gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca, çocukların öğretmenlerinden de, çocuklarının okuldaki olumlu değişiklikleri hakkında bilgi aldıklarını vurgulamışlardır. Bunun yanı sıra, tüm anne ve babalar, çocuklarıyla iletişimindeki değişikliklerin kendilerini de olumlu etkilediğini ve terapi öncesine göre, kendilerini daha az gergin hissettiklerini sözel olarak ifade etmişlerdir.

Terapi öncesi ve sonrasının istatistiksel olarak değerlendirilmesinin yanı sıra, hem çocukların kendi sözel bildirimleri (self-report) hem de ebeveynlerinin sözel bildirimleri çocuklara uygulanan terapi sürecinin etkililiğini ispatlar niteliktedir.

BDT ile ilgili literatür incelendiğinde, anksiyete bozukluklarında çocuklara uygulanan terapi sonrasında benzer birçok araştırma bulgusu olduğu görülmektedir (Creswell ve ark. 2008, Ehrenreich-May ve Bilek 2012, Hallion ve Ruscio 2011, Hofmann ve ark. 2012, Kendall ve ark. 2008, McLeod ve Mathews 2012, Richardson ve ark. 2010, Seligman ve Ollendick 2011, Weersing ve ark. 2012).

Bunun yanı sıra, literatürde çocuklarda anksiyete bozukluğunun tedavisinde BDGT etkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Bu tip benzer araştırmaların, Çocuklarda BDGT'nin anksiyete bozukluğunun tedavisinde bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulguları destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir (Barret ve ark. 1996, Barrett 1998, Ehrenreich-May ve Bilek 2012, Hallion ve Ruscio 2011, Hoag ve Burlingame 1997, Hofmann ve ark. 2012, Kelly ve ark. 2012, Kendall 2000, Lumpkin ve ark. 2002, Silverman ve ark. 1999).

Ayrıca daha önce de belirtildiği gibi, hem annelerin hem de babaların kaygı düzeyleri çocuklarına uygulanan BDGT ardından düşmüştür. Ancak, çocuklarının durumu ve terapi süreci ile ilgili bilgi verilmesi dışında, anne ve babalara herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Bu bağlamda, anne ve babaların anksiyete düzeyindeki azalmanın sadece çocuklarının terapi sürecine bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu bulgu, çocukların anksiyete düzeyinin azalması ile anne ve babaların anksiyete düzeylerinin de azalmasını sağlanabildiği şeklinde yorumlanabilir.

Literatürde, benzer şekilde bulgular vardır. Ebeveynlerin, çocuklarla tartışması, aşırı kontrolcü olmaları, çocukların ebeveynleri model alması gibi yollarla doğrudan ya da dolaylı olarak çocuklarının uyumunu

bozacak şekilde anksiyetelerini provoke ettikleri belirtilmektedir (Ginsburg ve ark. 2004, Wood ve ark. 2003).

Ayrıca, bizim çalışmamızdaki bulgulara benzer şekilde çocukların anksiyete tedavisinde ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin rolü olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Barrett 1998, Cobham ve ark. 1998, Choate ve ark. 2005, Chorpita 2004 ). Çocukların anksiyete tedavisinde ebeveynlerin rolü üzerine farklı çalışmalar da vardır. Örneğin çocukların anksiyete tedavisinde ebeveyn eğitiminin etkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır (Hoag ve Burlingame 1997, Eisen ve Silverman 1993). Ülkemizde yapılan bir çalışmada anne ve çocukların anksiyete düzeyleri değerlendirilmiş; sonuçta anne ve çocukların anksiyete düzeylerinin birbirinden etkilendiği belirtilmiştir (Öngider 2011).

Bu araştırmadan elde edilen bulgular ve literatürde bu bulguları destekleyen araştırma bulguları göz önünde bulundurulduğunda, anksiyete bozukluğu olan çocukların değerlendirilmesinde ve tedavisinde ailenin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Literatürde de, terapiye başlamadan önce aileden değerlendirme alınmasının ve ailenin terapi sürecine dahil edilmesinin, çocuğun anksiyetesinin nedeninin anlaşılması ve ayrıca, tedavi süreci için önemli olduğu belirtilmektedir (Kendall 2000, McLeod ve ark. 2007, Suveg ve ark. 2006, Weersing ve ark. 2012).

## SONUÇ

Araştırmamız sonucunda, hem çocukların hem de anne ve babalarının anksiyete düzeylerinin, çocuklara uygulanan BDGT sonrasında, terapi öncesine göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Ancak anne ve babalara çocuklarının anksiyete düzeyleri ve terapi süreci hakkında bilgi verilmesi dışında herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Buna rağmen anne ve babaların anksiyete düzeylerinin azalmasının oldukça anlamlı olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde daha önce yapılan bir çalışmada kadınlara uygulanan BDT sonucunda anksiyete düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır (Öngider 2013). Bundan sonra yapılacak çalışmalarda, farklı örneklem gruplarıyla çalışılmasının; örneğin, anksiyete bozukluğu tanısı almış hem ebeveynler hem de çocuklarına uygulanacak BDT ile yapılacak bir araştırmanın, ebeveynlere müdahaleyi de içermesinin, çocuklar açısından daha etkili sonuçlar ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir. Anksiyete bozuklukları dışında depresyon, yeme bozuklukları, gibi farklı psikopatoloji gruplarında yer alan çocuklarla sürdürülecek BDGT'nin etkili sonuçlar verebileceği; ayrıca, bu çalışmaların ülkemizdeki bu alandaki

literatür ve uygulama alanlarına önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Bunlardan ilki, örneklem grubunun küçük olmasıdır. Ancak, bilindiği gibi, terapi çalışmalarında çok büyük bir örneklem grubu ile çalışmak her zaman kolay olmamaktadır. Ayrıca, çalışmamız uygulanan iki grup ile bekleme listesindeki karşılaştırma grubunun karşılaştırmasını içermektedir. Araştırmamızın bir diğer kısıtlılığı ise, terapi grubunu tek bir terapistin yürütmesidir. Birden çok terapistin ayrı ayrı yaptığı grupların karşılaştırılmasının araştırma yöntemleri açısından daha yararlı olacağı düşünülmektedir. Tüm bu nedenlerle, bundan sonra yapılacak araştırmalarda, daha geniş bir örneklem ile ve birden çok terapistin yaptığı grupların karşılaştırılması önerilebilmektedir.

Sonuç olarak, bu araştırmada elde edilen bulgular ve bu bulguları destekleyen literatürdeki benzer çalışmalar, çocuklarda anksiyete bozukluklarının tedavisinde BDGT'nin etkinli bir yöntem olduğunu göstermektedir.

## KAYNAKLAR

- Albeno AM, Chorpina BF, Barlow DH (1996) Childhood anxiety disorders. In Mash EJ, Barkley RA ve ark (Ed) Child psychopathology. New York: Guilford Press, s. 196-241.
- Almerigogna J, Ost J, Bull R ve ark (2007) A State of High Anxiety: How Non-Supportive Interviewers can Increase the Suggestibility of Child Witnesses. *Appl Cogn Psychol*, 21: 963-74.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed. E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Mental bozuklukların tanı ölçütleri başvuru kitabı, beşinci baskı (DSM-V) (Çev. Köroğlu, E.) Hekimler Yayın Birliği, İstanbul.
- Barrett PM (1998) Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *J Clin Child Psychol*, 27: 459-68.
- Barrett PM, Dadds, MR, Rapee RM (1996) Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *J Consult and Clin Psychol*, 64: 333-42.
- Barrett PM, Duffy AL, Dadds MR ve ark (2001) Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: long-term (6-year) follow-up. *J Consult and Clin Psychol*, 69:135-41.
- Birmaher B, Brent DA (2007) Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46: 1503-26.
- Choate ML, Pincus DB, Eyberg SM ve ark (2005) Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognit Behav Pract*, 12: 126-35.
- Chorpita BF, Taylor AA, Francis SE ve ark (2004) Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Beh Ther*, 35: 263-87.
- Cobham VE, Dadds MR, Spence SH (1998) The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol*, 66: 893-905.
- Creswell C ve ark (2008) Treatment of Child Anxiety: An Exploratory Study of the Role of Maternal Anxiety and Behaviours in Treatment Outcome. *Clin Psychol Psychother*, 15: 38-44.
- Ehrenreich-May J, Bilek EL (2012) The Development of a Transdiagnostic, Cognitive Behavioral Group Intervention for Childhood Anxiety Disorders and Co-Occurring Depression Symptoms. *Cognit Behav Pract*, 19 : 41-55.
- Eisen AR, Silverman WK (1993) Should I relax or change my thoughts? A preliminary examination of cognitive therapy, relaxation training, and their combination with overanxious children. *J Cognit Psychother*, 7: 265-279.
- Epkins CC (2002) A comparison of two self-report measures of children's social anxiety in clinical and community samples. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 31: 69-79.
- Friedberg RD, McClure JM, Garcia JH (2010) Cognitive Therapy Techniques for Children and Adolescents: Tools for Enhancing Practice.
- Ginsburg GS, Siqueland L, Masia-Warner C ve ark (2004) Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognit Behav Pract*, 11: 28-43.
- Gosch EA, Flannery-Schroeder E, Mauro CF ve ark (2006) Principles of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Children. *J Cognit Psychother*, 20: 247-62.
- Hallion LS, Ruscio AM (2011) A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression. *Psychol Bull*, 137: 940-58.
- Hoag MJ, Burlingame GM (1997) Evaluating the effectiveness of child and adolescent group treatment: A meta-analytic review. *J Clin Child Psychol*, 26: 234-46.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ ve ark (2012) The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Ther Res*, 36 : 427-40.
- Kandil-Tanrıöver S (2007) Anksiyete bozuklukları ve Ayrılma Anksiyetesi bozukluğu. Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları. Soykan Aysev A, Işık Taner Y (Eds), İstanbul. Asimetri Paralel, s.441-530.
- Kelly A, O'Neil MA, Kendall PC (2012) Role of Comorbid Depression and Co-occurring Depressive Symptoms in Outcomes for Anxiety-Disordered Youth Treated with Cognitive-Behavioral Therapy. *Child Fam Behav Ther*, 34: 197-209.
- Kendall PC (1994) Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 62: 100-10.
- Kendall PC (2000) Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual (2nd Ed.). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall PC, Hudson JL, Gosch E ve ark (2008) Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J Consult Clin Psychol*, 76: 282-97.

- Kramer GP, Bernstein DA, Phares V (2010) Introduction to Clinical Psychology. Seventh Edition. Pearson, New Jersey, s: 358-95.
- Lumpkin PW, Silverman WK, Weems CF ve ark (2002) Treating a heterogeneous set of anxiety disorders in youths with group cognitive behavioral therapy: A partially nonconcurrent multiple-baseline evaluation. Behav Ther, 33: 163-77.
- McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR (2007) Examining the association between parenting and child anxiety: A meta-analysis. Clin Psychol Rev, 27: 155-72.
- McLeod C, Mathews A (2012) Cognitive Bias Modification Approaches to Anxiety. Annu Rev Clin Psychol, 8: 189-217.
- Nakamura BJ, Pestle SL, Chorpita BF (2009) Differential Sequencing of Cognitive-Behavioral Techniques for Reducing Child and Adolescent Anxiety. J Cognit Psychother, 23: 114-35.
- Oltmans TF, Emery RE (2012) Abnormal Psychology. 7th. Ed. Pearson, New Jersey, s:419-48.
- Öner N, Le Compte A (1985) Hand Book of State-Trait Anxiety Inventory. Turkey Bogazici University Press No. 333.
- Öngider N (2011) Anksiyete Düzeyleri Açısından Boşanmış ve Evli Anneler ile Çocuklarının İncelenmesi. Nöropsikiyatri Arşivi Derg, 48: 66-70.
- Öngider N (2013) Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'nin Boşanma Sonrasında Kadınların Depresyon, Anksiyete ve Yalnızlık Semptomlarında Etkinliği: Bir Pilot Çalışma. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg, 2: 147-55.
- Öngider N (2014) Bilissel Davranışçı Terapinin Duygu Durum ve Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Kullanımı: Bir Gözden Geçirme Çalışması. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg, 3: 99-108.
- Özusta HŞ (1995) Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Derg, 10: 32-44.
- Richardson T, Stallard P, Velleman S (2010) Computerised Cognitive Behavioural Therapy for the Prevention and Treatment of Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review. Clin Child Fam Psych, 13 : 275-90.
- Rose SD, Tolman R, Tallant S (1985) Group process in cognitive-behavioral therapy. the Behav Ther, 8:71-5.
- Seligman LD, Ollendick TH (2011) Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Youth. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 20: 217-38.
- Silverman WK, Kurtines WM, Ginsburg GS ve ark (1999) Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. J Consult Clin Psychol, 67: 675-87.
- Sorias O, Bildik T, Tekinsav-Sütücü S ve ark (2009) Korku Avcısı. Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuklar için Bilişsel Davranışçı Terapi Rehberi. Ege Üni. Yayınları, İzmir.
- Spence SH (1998) A measure of anxiety symptoms among children. Behav Res Ther, 36: 545-66.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE ve ark (1983) Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stirling LJ, Eley TC, Clark DM (2006) Preliminary Evidence for an Association Between Social Anxiety Symptoms and Avoidance of Negative Faces in School-Age Children. J Clin Child and Adolesc Psychol, 35: 440-5.
- Storch EA, Masia-Warner C, Heidgerken AD ve ark (2006) Factor Structure of the Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents Child Psychiatry. Hum Dev, 37: 25-37
- Suveg C, Roblek TL, Robin J ve ark (2006) Parental Involvement When Conducting Cognitive-Behavioral Therapy for Children With Anxiety Disorders. J Cognit Psychother, 20: 287-99.
- Tanaka M, Kitamura T, Chen Z ve ark (2009) Do Parents Rear their Children as they were Reared Themselves? Intergenerational Transmission of Parental Styles and Possible Mediation by Personality Traits. The Open Fam Stud J, 2: 82-90.
- Velting ON, Setzer NJ, Albano AM (2004) Update on and advances in assessment and cognitivebehavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. Prof Psychol Res Pract, 35: 42-54.
- Weersing VR, Rozenman MS, Maher-Bridge M ve ark (2012) Anxiety, Depression, and Somatic Distress: Developing a Transdiagnostic Internalizing Toolbox for Pediatric Practice. Cogn Behav Pract, 19 : 68-82.
- Wood J, McLeod BD, Sigman M ve ark (2003) Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings and future directions. J Child Psychol Psychiatry App Discip, 44: 134-51.

*Yazışma adresi/Address for correspondence:*

e-mail: nilgun.ongider@vanderbilt.edu

Alınma Tarihi : 02.12. 2014  
Received : 02.12.2014

Kabul Tarihi : 02.04.2015  
Accepted: : 02.04.2015