

Kaygı Bozukluğu Olan Çocuklar için Bilişsel Davranışçı Terapide Anne Babaların Tedaviye Katılımı



Psik. Arzu AYDIN¹

ÖZET

Amaç: Çocuklarda kaygı bozukluklarının ortaya çıkması ve sürmesinde anne babaların önemli bir rolü olduğunu gösteren çok sayıda çalışma vardır. Bu çalışmanın amaçlarından biri kaygı bozukluğu olan çocuklarla bilişsel davranışçı terapide (BDT) anne baba katılımı koşulunda yaygın olarak kullanılan teknikleri ve anne babadan kaynaklanan güçlükleri incelemektir. Çalışmanın ikinci amacı anne baba katılımı olan ve olmayan bilişsel davranışçı terapileri gözden geçirmektir.

Yöntem: PsycARTICLES, MEDLINE ve PubMed veri tabanlarında 1990 ve 2012 (Ekim) yılları arasında yayınlanan İngilizce makaleler; “kaygı”, “bilişsel davranışçı terapi”, “anne baba katılımı” anahtar sözcükleri kullanılarak taranmıştır. Taramaya sadece çocuk odaklı BDT ve anne baba katılımlı tedavilerin etkililik açısından karşılaştırıldığı çalışmalar dahil edilmiştir.

Bulgular: On üç çalışma yöntem (tanı, yaş aralığı, izlem, sonuçlar gibi) ve terapi özellikleri (seansların sayısı, sıklığı, çocukta ve anne babada kullanılan teknikler gibi) bağlamında incelenmiştir.

Sonuç: Anne baba katılımı koşulunda yaygın olarak kullanılan teknikler psikoeğitim, davranış yönetimi, bilişsel yeniden yapılandırma, anne babanın kaygısını azaltma, anne baba çocuk ilişkisini iyileştirme ve nüksü önleme olarak belirlenmiştir. Anne babada psikopatoloji düzeyi, anne babanın uygunsuz beklentileri, aile işlevselliğinin bozuk olması terapide anne babadan kaynaklanan önemli güçlükler olarak sıralanmıştır. Araştırma sonuçları, bilişsel davranışçı terapide ebeveyn katılımının özellikle küçük çocuklarda ve anne babadan en az birinde kaygı bozukluğu olduğu durumlarda terapinin etkililiğini artırdığını göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Kaygı, bilişsel davranışçı terapi, anne baba katılımı

SUMMARY

Parental Involvement in Cognitive-Behavioral Therapy for Children with Anxiety Disorders

Objective: A growing body of literature suggests that parents play a critical role in the development and/or maintenance of child anxiety. One of the main purposes of this article is to identify common parental involvement techniques and most common obstacles derived from parents in cognitive behavioral therapy (CBT) with anxious children. Another purpose of the present study is to revise empirical studies comparing child-focused CBT with and without parental involvement.

Method: The PsycARTICLES, MEDLINE and PubMed databases were searched to identify articles in English that were published between the years of 1990 and 2012 (October) using the following keywords; (1) anxiety, (2) cognitive behavioral therapy, (3) parental involvement. Studies were only included in this review if they were comparing the treatment effect of child-only CBT and CBT with additional parental components.

Results: Thirteen studies were introduced in the context of method (diagnosis of children, age range of children, follow-up, results, etc.) and therapy characteristics (number of sessions, frequency of sessions, treatment components both child focused CBT and CBT with parental involvement, etc.).

Conclusion: The common techniques of therapy with parental involvement are psychoeducation, contingency management, cognitive restructuring, reducing parental anxiety, improving parent-child relationship, and relapse prevention. Parental psychopathology, parental inappropriate expectations and family dysfunctions are important difficulties derived from parents in CBT with anxious children. The results of the studies suggested that parental involvement have increased the efficacy of the treatment in CBT especially working with young children and having at least one anxious parent.

Key Words: Anxiety, cognitive behavioral therapy, parental involvement

Geliş Tarihi: 27.11.2012 - **Kabul Tarihi:** 21.08.2013

¹Psik. Yrd. Doç., Psikoloji Bl., Mersin Üniv., Mersin.

Psik. Arzu Aydın, e-posta: arzuquay@hotmail.com

GİRİŞ

Çocuklarda kaygı bozukluklarının tedavisinde bilişsel-davranışçı terapi yaygın bir biçimde kullanılmaktadır. Terapilerin etkililiğini değerlendiren çalışmaların sonuçları, çocuk odaklı bilişsel-davranışçı terapinin %50-%80 oranında kaygı belirtilerini azaltmada başarılı olduğunu göstermektedir (Barrett ve ark. 1996, Ishikawa ve ark. 2012, Silverman ve ark. 1999, Walkup ve ark. 2008). Bazı araştırmacılar çocuk odaklı bilişsel-davranışçı terapilere anne babaların aktif katılımıyla tedavi sonuçlarının daha da iyileştirilebileceğini ileri sürmektedirler (Cobham ve ark. 1998, Creswell ve Cartwright-Hatton 2007). Araştırmacıların terapiye anne babaların dahil edilmesi ile ilgili önerileri birkaç nedene dayanmaktadır. Bunlardan biri, anne babanın aşırı koruyuculuk, aşırı kontrol, otonomiye izin vermeme, eleştirme, reddetme gibi olumsuz davranışları ya da kaçınma davranışlarını pekiştirmeleri yoluyla çocukta kaygının gelişimi ve sürmesindeki rolleridir (Hudson ve Rapee 2001, Siqueland ve ark. 1996).

Leib ve arkadaşları (2000) ergenlerde algılanan ebeveyn koruyuculuğu ile sosyal fobi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında sosyal fobisi olan ergenlerin anne babalarını sosyal fobisi olmayan ergenlere kıyasla daha fazla koruyucu algıladıklarını bulmuşlardır. Breinholst ve arkadaşlarına (2012) göre ebeveynlerin aşırı müdahaleciliği çocuğun yaşına uygun etkinliklere, zorlayıcı ve stresi tetikleyen yeni durumlara girişmesini engelleyebilmektedir. Böylece çocuk, “deneme yanılma” yoluyla öğrenmeye dayalı yeni başa çıkma becerilerini geliştirme fırsatlarından mahrum edilmektedir. 1990-2002 yılları arasında yapılan 6 farklı çalışmada da çocukta kaygı düzeyi ile anne babanın aşırı kontrol ediciliği arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu kaydedilmiştir (Wood ve ark. 2003).

Anne babanın olumsuz davranışları ile çocuğun kaygı düzeyi arasında da güçlü bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir. (Ginsburg ve ark. 2004, Muris ve Merckelbach 1998). Örneğin Ginsburg ve Schlossberg (2002) ebeveynlerin reddetme/eleştirme tarzı ile çocuğun kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmişlerdir.

Anne babaların çocuğun kaçma/kaçınma davranışlarını pekiştirerek kaygının sürmesinde rol oynadıkları bilinen bir başka olumsuz etkidir. Barret ve arkadaşları (1996) kaygı ve davranım bozukluğu olan çocukların herhangi bir duygusal ve davranışsal sorunu olmayan çocuklara kıyasla belirsiz durumları daha fazla tehdit edici algıladıklarını bulmuşlardır. Belirsiz durumlara verdikleri tepkileri incelediklerinde ise normaller daha fazla prososyal çözümlere yönelirken davranım bozukluğu olan çocukların saldırganlık içeren çözümleri, kaygılı çocukların ise daha fazla kaçınma odaklı çözümleri tercih ettiklerini görmüşlerdir. Çalışmada ailenin süreçteki rolünü belirlemek için araştırmacılar, belirsiz durumlardan ikisi üzerine çocuğun yaptığı yorum ve seçtiği çözümü anne babasıyla konuşmasını istemişlerdir. Anne babalarıyla yaptıkları

konuşmanın ardından normal çocuklar prososyal çözümleri tercih etmeye devam ederken, davranım bozukluğu olan çocuklar daha saldırgan çözümlere, kaygılı çocuklar ise daha fazla kaçınma içeren çözümlere yönelmişlerdir.

Araştırmacıların terapiye anne babaların dahil edilmesi ile ilgili önerilerini dayandırdıkları bir başka önemli nokta kaygılı çocukların kaygılı anne babalara sahip olduğu yönündeki gözlem ve araştırma sonuçlarıdır (Last ve ark. 1987, Silverman ve ark. 1988). Gerek ülkemizde gerekse yurt dışında anne babanın mizacı, psikopatoloji düzeyi ve ebeveyn-çocuk bağlanma örüntüsü ile çocuklardaki kaygı düzeyi arasında ilişkiyi vurgulayan pek çok çalışma vardır (Aslan ve ark. 1998, Erenmiş ve ark. 2009, Hughes ve ark. 2009, Sümer ve Şendağ 2009, Türkbay ve Söhmen 2001).

Çocuklarda kaygı belirtileri ve ailesel faktörler arasındaki ilişkiyi gösteren pek çok çalışma olmasına ve anne babanın terapi sürecine katılımıyla terapi etkililiğinin artacağına dair öngörülere karşın, bu türden kombine bir tedavinin terapi sonuçlarını olumlu yönde etkileyip etkilemediği konusu tartışmalıdır. Kaygı bozukluğu olan çocuklarla bilişsel-davranışçı terapiye anne babaların dahil edildiği bazı çalışmalarda, hem müdahalenin ardından hem de üç yıla kadar uzayan izleme verilerinde etkili bulunduğu dair sonuçlar göze çarpmaktadır (Barrett 1998, Cobham ve ark. 1998, Rapee 2003, Spence ve ark. 2006, Wood ve ark. 2006). Bunun aksine bazı çalışmalarda ise anne baba katılımının çok az etkili olduğu ya da hiç etkili olmadığı bildirilmektedir (Nauta ve ark. 2003, Spence ve ark. 2000).

Bu çalışmanın amaçlarından biri, kaygı bozukluğu olan çocuklar için anne baba katılımının sağlandığı bilişsel-davranışçı terapilerde anne baba katılımının mantığını özetlemek, bu tür terapi uygulamalarında süreci, içeriği ve anne babalardan kaynaklanan güçlüklerin neler olduğunu gözden geçirmektir. Bir diğer amacı ise, kaygı bozukluğu olan çocuklarda anne baba katılımı olan ve olmayan bilişsel-davranışçı terapilerin karşılaştırıldığı çalışmaları sistematik bir biçimde gözden geçirmek ve sonuçlarını tartışmaktır.

YÖNTEM

Çalışmada öncelikle kaygı bozukluğu olan çocuklara yönelik bilişsel-davranışçı terapide anne babaların tedavi sürecine olumlu/olumsuz katkıları ve terapide kullanılan teknikler özetlenmiştir. Ayrıca 1990-2012 (Ekim) yılları arasında yapılmış anne baba katılımı olan ve olmayan terapi etkililik çalışmaları PsycARTICLES, PUBMED ve MEDLINE veri tabanlarından “kaygı”, “bilişsel-davranışçı terapi” ve “anne baba katılımı” anahtar sözcükleriyle taranmıştır. İngilizce makalelerin yanı sıra anahtar sözcüklerin Türkçe karşılıkları kullanılarak ULAKBİM ulusal veri tabanı taranmış, ancak ülkemizde konuyla ilgili bir çalışmaya rastlanamamıştır. Tarama sonucunda ulaşılan makalelerden terapi etkililik çalışması

olmayanlar dışlanarak toplam 13 araştırmaya ulaşılmıştır. Her bir etkililik çalışmasında örneklem sayısı, kaygı bozukluğunun türü, terapinin bireysel mi grup olarak mı uygulandığı, terapi süresi ve sıklığı, ağırlık verilen teknikler, anne baba katılımı koşulunda terapi seanslarının süresi ve sıklığı, kullanılan teknikler ve etkililik bulguları gözden geçirilmiştir.

Anne baba katılımında süreç ve içerik nasıldır?

Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde bilişsel-davranışçı terapi yazını incelendiğinde anne baba katılımının çeşitli biçimlerde gerçekleştiği görülmektedir. Terapistler için uygulama el kitabı olan bazı programlarda, anne babalarla çocukların kine paralel oturumların yürütüldüğü görülmektedir (ör. Kendall 2000). Spence ve arkadaşları (2000) çocuklarla yürütülen oturumlara benzer içerikte bir uygulamayı da anne ve baba ile gerçekleştirmektedir. Buna ek olarak ise anne babaların aynalı odadan çocuklarının terapi oturumlarını izlemelerini önermektedir. Mendlowitz (1999) ise anne babanın çocuklarıyla birlikte aynı oturumda buldukları uygulamalarda anne babanın çocuğun becerilerini pekiştirme ve onu teşvik etme gibi fırsatları yakalayabileceğini varsaymaktadır. Başka çalışmalarda çocuk ve anne babalarla gerçekleştirilen paralel seansların yanı sıra çocukla yürütülen terapi oturumlarının son 5-10 dakikasında anne babanın odaya alınarak bilgilendirildiği ve seansın özetlendiği uygulamalar olduğu görülmektedir (Albano ve DiBartolo 2007, Sorias ve ark. 2009). Bu uygulamaların yararı, anne babaların terapinin gidişi hakkında düzenli olarak bilgilendirilmesi ve çocuğun edindiği yeni becerileri terapi dışı ortamlara genellemesinde ona nasıl yardımcı olacaklarını öğrenmeleridir.

Kaygı bozukluğu olan çocuklara yönelik bilişsel-davranışçı terapileri içerik açısından incelediğimizde psiko eğitim, davranış yönetimi, anne babanın kaygı düzeyini azaltma, bilişsel yeniden yapılandırma, anne baba çocuk ilişkisini iyileştirme ve nüksü önlemenin temel bileşenler olduğu görülmektedir. Aşağıda sözü edilen tekniklerin içeriği kısaca özetlenmektedir.

Psiko eğitim: Bilişsel-davranışçı terapide gerek çocuk gerekse yetişkinlerle çalışırken, tedavinin en önemli parçalarından biri psiko eğitimdir. Ebeveynlere yönelik olduğunda psiko eğitimin amacı, çocuğun gelişimsel özellikleri, duygusal ya da davranışsal problem, problemin olası nedenleri ve davranış değiştirme yöntemleri gibi konularda ebeveynleri bilgilendirmek, farkındalıklarını arttırmak ve böylece değişim sürecini kolaylaştırmaktır. Ancak psiko eğitim, anne babanın pasif olduğu bir teknik değildir. Psiko eğitimde temel araçlardan biri olan yazılı ya da görsel malzemeler (terapi el kitapları, çocuk gelişimiyle ilgili notlar, videolar, davranış değiştirme yönergeleri gibi), ebeveynlerin sadece okuduğu ya da izlediği değil, üzerinde düşündüğü ve terapistin tartışmaya teşvik ettiği kaynaklardır (Friedberg ve ark. 2009). Bunun yanı sıra psiko eğitim materyallerinin kullanılması terapinin seans dışında da sürdüğü ya da terapide anne-baba olarak edinmeleri gereken bilgi ve beceriler olduğu şeklindeki mesajları da içermektedir.

Davranış Yönetimi: Terapide en fazla kullanılan tedavi araçlarından biri olan davranış yönetimi, anne babaları öğrenme ilkeleri çerçevesinde eğitmektir (Khanna ve Kendall 2009). Bu teknik, pozitif ve negatif pekiştirme, biçimlendirme, söndürme gibi temel davranış değiştirme yöntemlerini içermektedir. Burada amaç, çocuğun olumlu davranışlarına ve yeni kazandığı becerilere olan dikkati ve ödüllendirmeyi arttırmak, işlevsel olmayan davranışları, özellikle de kaçınma davranışlarını göz ardı etmeyi öğretmektir. Ginsburg ve Schlossberg (2002) anne babalara uygun ödüller kullanarak çocuklarında istenen davranışları nasıl arttırabileceklerini ve başa çıkmayı nasıl cesaretlendirebileceklerini açıklamayı önermektedirler. Yazarlar arzu edilen davranışları pekiştirirken, söndürme yoluyla anne babanın dikkati ve ilgisi gibi farkında olmadıkları pekiştiricileri ortadan kaldırarak çocuğun kaçınma davranışlarını azaltmayı öğretmektedirler. Breinholst ve arkadaşlarına (2012) göre davranış yönetimi teknikleri çocuğun kaygı düzeyini azaltmakla birlikte anne babanın kaygıya model olma, pekiştirme gibi olumsuz davranışlar ile biliş ve beklentileri üzerinde de etkili olmaktadır.

Anne babanın kaygı düzeyini azaltma: Ginsburg ve Schlossberg (2002), yaptığı bir gözden geçirmede kaygı bozukluğu tanısı olan anne babaların çocuklarında kaygı bozukluğu oranının %60 olduğunu kaydetmişlerdir. Anne babada kaygı düzeyinin yüksek olmasının aşırı kontrol edici ve olumsuz ebeveynlik davranışları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Bögels ve Brechman-Toussaint 2006). Anne babanın kaygı düzeyi ile çocuktaki kaygı bozuklukları arasında sıkı bir ilişki olması nedeniyle terapide anne babanın kaygısını azaltmak hedeflenmektedir. Anne babanın kendi yaşadıkları kaygının duygusal ve davranışsal yönlerini fark etmesi, kendi davranışının çocuk üzerindeki etkisini anlaması, kaygıyı tetikleyen düşünceleri kaygıyı azaltan başa çıkma düşünceleriyle değiştirmesi, kendi korku ve kaygılarıyla yüzleşmesi, cesur davranışa ve yararlı becerilere model olmayı öğrenmesi müdahalenin bileşenlerini oluşturmaktadır (Stallard 2005).

Bilişsel yeniden yapılandırma: Anne babaların çocuklarına ilişkin beklentileri ve inançlarının çocukta kaygı bozukluğu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kortlander ve arkadaşları (1997) kaygı bozukluğu olan çocuklarla normal gruptaki çocukların annelerini stres verici bir durum karşısında çocuklarının baş etme becerilerine ilişkin beklentileri ve atıfları açısından karşılaştırmışlardır. Bulgulara göre, klinik olarak kaygılı çocuğu olan anneler kendi çocuklarının daha çok üzüleceğini, başa çıkma düzeylerinin düşük olduğunu ve verilen görevdeki becerisine daha az güvendiklerini bildirmişlerdir. Anne babaların "çarpıtılmış" inançlarının çocuklarını desteklemedeki becerilerini de sınırlayarak tedavide engel oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle düşüncenin gerçekçi olup olmadığını sistematik bir yolla test etme (Sokratik sorgulama, kanıtları gözden geçirme), olumsuz ya da işe yaramayan düşünceleri daha gerçekçi ve cesaretlendirici düşüncelerle

değiştirme gibi çocuğa öğretilen bilişsel teknikler anne babalara da uygulanmaktadır.

Ebeveyn-çocuk ilişkisini iyileştirme: Anne babanın dahil edildiği çocuk odaklı terapilerin önemli bir parçası da anne baba-çocuk arasındaki ilişkinin iyileştirilmesidir. Burada amaç, iletişim ve problem çözme becerilerinin artırılması, anne baba ve çocuk arasındaki çatışmanın azaltılmasıdır (Long ve ark. 2009). Eleştirme, suçlama, konuşma hakkı tanımama gibi olumsuz iletişim örüntüleri yerine ilgiyle dinleme, göz teması kurma, empati, yeniden ifade etme ve özetleme gibi yolların anne baba çocuk arasındaki iletişimin kalitesini arttıracığı bilinmektedir (Stallard 2005).

Anne baba çocuk ilişkisinde çatışma çözümü için ise öncelikle yüksek düzeydeki çatışmanın çocuğun kaygısını arttırabileceğini anlatmak önerilmektedir. Çatışma çözümü eğitimi; çatışmada her birinin rolünü tartışmayı, evde çatışmayı azaltmak için bazı yöntemler öğretmeyi (ör. hem kendileri hem çocukları için öfkeyi tetikleyen durumları belirlemek, gevşeme, uzaklaşma) ve çatışma sırasında öfkelerini arttıran ve problem çözümünü engelleyen bilişleri belirlemelerini içermektedir (Ginsburg ve Schlossberg 2002).

Oyun ve çeşitli sosyal etkinlikleri devreye sokmak, bozulmuş olan anne baba çocuk ilişkilerini onarıp aralarında sevgi ve sıcaklığın gelişmesine yardımcı olabilecek bir başka yol olarak önerilmektedir. Oster'e göre (2007) anne babalar çocuklarıyla rekabet etmek, onlara bir şeyler öğretmeye çalışmak, onları düzeltmek ve denetlemek yerine aralarındaki ilişkiyi yeniden yapılandırmaya çalışmak için yönlendirilmelidirler.

Nüksü önleme: Kimi zaman başarılı bir biçimde tamamlanmış bir terapinin ardından bile çocuklarda gerileme ya da belirtilerin nüksettiği bilinmektedir. Eisen ve Schaefer (2005) terapistin anne babalara çocuklarında kaygının geri gelen belirtilerini dikkatlice izlemeleri, aşırı koruyuculuktan kaçınmalarını hatırlatması gerektiğini bildirmektedirler. Ayrıca daha genel kaygıyla başa çıkma yöntemlerinin (gevşeme gibi) yanı sıra, tedavi boyunca kullanılan temel tekniklerden yararlanmayı (ödüllendirme gibi) ve belirtileri görmezden gelmemeleri konusunda onları uyarmayı önermektedirler. Ginsburg ve Schlossberg (2002) anne babaları problemin tekrar ortaya çıkmasına neden olabilecek bazı tetikleyicilere hazırlamayı ve bu potansiyel tetikleyiciler ve başa çıkma yöntemleri ile ilgili "gelecekte uygulanabilecek bir eylem planı" oluşturulmasını tavsiye etmektedirler.

Terapide anne babalardan kaynaklanan sorunlar nelerdir?

Kaygı bozukluğu olan çocukların bilişsel davranışçı terapiyi sürdürmeleri ve terapistten yararlanmalarını engelleyebilecek anne babadan kaynaklı bazı güçlükler olduğu bilinmektedir. Aşağıda en sık karşılaşılan sorunlar ve altında yatan nedenlerin neler olabileceği üzerinde durulmaktadır.

Yazında çocuk ve ergenlerin terapiyi %40-60'a varan oranlarda erken sonlandırdıklarını bildiren çalışmalar dikkati çekmektedir (Wierzbicki ve Pekarik 1993). Önceki çalışmalarda çocuğun terapiye düzenli olarak devam edememesi ya da vaktinden önce sonlandırmasında aile ya da anne babadan kaynaklanan güçlüklerin olası nedenleri olarak anne babanın stres ve psikopatoloji düzeyi, sosyoekonomik kısıtlılıklar, eğitim düzeyi ve anne babanın tedaviden beklentileri sıralanmaktadır (Nock ve Kazdin 2001, Wilansky-Traynor ve ark. 2010). Kazdin (1990) 7-13 yaş aralığında antisosyal çocuklarla yürüttüğü çalışmasında terapiyi vaktinden önce bırakan çocukların annelerinde depresyon ve kendinden hoşnutsuzluğun daha yüksek, çocuklarına bağlanma düzeylerinin ise daha düşük olduğunu bildirmektedir. Bir başka çalışmada da, okul öncesi çocuklarda terapiyi sürdürme ile anne babanın stres düzeyi arasında negatif ilişki olduğu rapor edilmiştir. Aynı çalışmada stres düzeyi yüksek olan anne babaların, daha depresif ve çocuklarına duygusal bağlanma düzeylerinin de daha düşük olduğu bildirilmektedir (Andra ve Thomas 1998).

Çocuğun terapiyi sürdürmesine engel olan anne babadan kaynaklı bir diğer olumsuz etken, anne babada psikopatolojinin varlığıdır. Ginsburg ve arkadaşları (2004) anne babadaki kaygı belirtilerinin terapide "kontrolün geçişini" (transfer of control) engellediğini öne sürmektedirler. Kontrolün geçişi; çocuğun davranışlarındaki uzun vadeli ve etkili bir değişimin (ör. anksiyetenin ve kaçınma davranışlarının azalması) olabilmesi için bilgi ve becerilerin aşamalı olarak terapistten anne babaya, onlardan da çocuğa aktarılmasıdır (Suveg ve ark. 2006).

Anne babaların bildirdikleri yaşam stresi düzeyi de çocuğun terapiye devamını etkilemektedir. Örneğin depresyonu olan çocukların annelerinin çocuklarıyla ilişkilerinden kaynaklanmayan ancak yaşamdaki başka güçlüklerle ilişkili stres düzeyi düşükçe terapiye devamını arttırdığı bildirilmektedir (Wilansky-Traynor ve ark. 2010).

Bunların dışında çocuğun terapiye devamını etkileyen bazı sosyoekonomik etkenlerden de söz edilmektedir. Bunların arasında çocuğun tek ebeveyni olması, ailedeki çocuk sayısının fazla olması, anne babanın eğitim düzeyinin düşük olması gibi etkenler sayılabilir. Bazı ailelerde ise burada sıralanan birden çok etkenin varlığı söz konusu olabilmektedir. Tahmin edileceği gibi birden çok etkenin bir arada olduğu çocuklar için terapiye devam etme olasılığı daha da düşmektedir (Andra ve Thomas 1998).

Wilansky-Traynor ve arkadaşları (2010) anne babanın eğitim düzeyinin yüksek olduğu ailelerde çocukların terapiye devamının daha fazla olduğu bulgusuna ulaşmışlardır. Bu durum eğitim düzeyi yüksek olan anne babaların psikiyatrik ya da psikolojik müdahalelerin önemini daha iyi anlamlarıyla açıklamıştır.

Nock ve Kazdin (2001) yüksek ya da düşük beklentilere sahip olan anne babaların katıldıkları terapi seanslarının sayıca daha fazla olduğunu, terapiyi vaktinden önce bırakma oranlarının ise düşük olduğunu bildirmektedirler. Buna karşılık ortalama düzeyde beklentileri olan anne babaların daha az sayıda terapi seansına katıldıklarını ve terapiyi daha erken sonlandırdıklarını ortaya koymaktadırlar. Araştırmacılar hem yüksek hem de düşük beklentili anne babalar için benzer bir sonucun bulunmasını, beklentileri yüksek olanların değişimi büyük oranda terapiye atfetmelerine, beklentileri düşük olanların ise ilerlemeyi memnuniyet verici bulmalarına bağlamaktadırlar.

BULGULAR

Çalışma kapsamında yapılan taramada toplam 13 çalışmada çocuk odaklı bilişsel davranışçı terapinin anne baba katımlı bilişsel davranışçı terapi ile karşılaştırılarak incelendiği görülmüştür. Çalışmalara ilişkin bilgiler Tablo 1’de yazar adına göre sıralanarak özetlenmiştir.

Örneklem: Tablo 1’de de görüleceği gibi çalışmalardan sadece birinde (Spence ve ark. 2000) sosyal fobi tanılı çocuklarla; geri kalanında ise yaygın kaygı bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluk gibi farklı kaygı bozuklukları olan çocuklarla çalışılmıştır. Çalışmaların tümü dikkate alındığında 6-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerin dahil edildiği ve katılımcı sayısının da 18 ile 161 arasında değiştiği görülmüştür.

Tedavi ve kontrol grupları: Çalışmaların ikisinde (Khanna ve Kendall 2009, Kendall ve ark. 2008) araştırmacıların çocuklarda kaygı ile ilgili eğitim/destek/dikkat adını verdikleri anne babalara yönelik bilgilendirme temelli bir eğitime katıldığı aktif kontrol grubu kullanılmıştır. Bir çalışmada (Heyne ve ark. 2002) çocukla BDT (1), anne baba/öğretmen eğitimi (2) ve çocukla BDT’ye ek olarak anne baba/öğretmen eğitimi (3) koşulları karşılaştırılmıştır. Dört çalışmada kontrol grubu kullanılmamış (Cobham ve ark. 1998, Nauta ve ark. 2001, Silverman ve ark. 2009, Wood ve ark. 2006), geri kalan

TABLO 1. Kaygı Bozukluğu Olan Çocuklarda BDT’nin Ebeveyn Katımlı BDT ile Karşılaştırıldığı Çalışmaların Yöntemsel Özeti.

Çalışma	S/Yaş	Tanı	Çocuk BDT seanslar ve teknikler	Çocuk BDT + Anne Baba Katımlı seanslar ve teknikler	Kontrol grubu	İzlem (ay)	Sonuçlar
Barret (1998)	S=60 7-14	AA, SF, AAB	12 hafta, 2 saat, grup Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, yüzleştirme, performansını değerlendirme ve kendini ödüllendirme	12 hafta çocuk+ 12 hafta çocuk ve anne baba, Grup Aile Kaygı Yönetimi: Psikoeğitim, davranış yönetimi, model olma, problem çözme, iletişim eğitimi	Bekleme Listesi	12	Tedavi grupları arasında anlamlı fark yok.
Barret ve ark. (1996)	S=79 7-14	AA, SF, AAB	12 hafta, 60-80 dakika, bireysel Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, yüzleştirme, performansını değerlendirme ve kendini ödüllendirme	12 hafta çocuk + 12 hafta çocuk ve anne baba, Aile Kaygı Yönetimi: Psikoeğitim, davranış yönetimi, model olma, problem çözme, iletişim eğitimi	Bekleme Listesi	6-12 6 yıl	Tedavi grupları arasında anlamlı fark yok. 12 aylık izlemde ebeveyn katımlı BDT>çocuk BDT 7-10 yaş ve kızlarda ebeveyn katımlı BDT>çocuk BDT 6 yıllık izlemde çocuk BDT ve ebeveyn katımlı BDT arasında fark yok (Barret ve ark. 2001).
Bodden ve ark. (2008)	S=128 8-18	OKB ve TSSB dışındaki kaygı bozuklukları	13 seans, 60-90 dakika, bireysel Psikoeğitim, Sokratik sorgulama, davranışsal deneyler, aşamalı yüzleştirme, alıştırmalar, pekiştirme sistemi, nüksü önleme	13 seans: 3 seans sadece çocuk, 2 seans çocuk ve anne baba birlikte, 5 seans sadece anne baba, 3 seans tüm aile bireyleri Psikoeğitim, kaygı yönetimi, işlevsel olmayan inançları değiştirme, iletişim ve problem çözme eğitimi	Bekleme Listesi	3	Çocuk BDT>aile odaklı BDT, İzlemde tedavi grupları arasında fark yok.
Cobham ve ark. (1998)	S=67 7-14	AA, SF, YAB, AAB, ÖF	10 seans, 90 dakika, grup Temel gevşeme eğitimi, bilişsel yeniden yapılandırma, yüzleştirme, davranış yönetimi	4 seans çocuk+ anne baba katımlı Anne Baba Kaygı Yönetimi: Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme eğitimi, davranış yönetimi	Yok	6-12 3 yıl	Tedavi grupları arasında anlamlı fark yok Sadece anne babada kaygı düzeyi yüksek olduğu koşulda ebeveyn katımlı BDT>çocuk BDT, 6-12 aylık İzlemde ebeveyn katımlı BDT>Çocuk BDT 3 yıllık izlemde ebeveyn katımlı BDT>çocuk BDT (Cobham ve ark. 2010)
Heyne ve ark. (2002)	S= 61 7-14	YAB,OKB, AA, SF, PB, ÖF, UB	8 seans, 50 dakika, bireysel Gevşeme eğitimi, sosyal beceri eğitimi, bilişsel terapi, duyarsızlaştırma	8 seans, 50 dakika Psikoeğitim, anne baba kaygı yönetimi, çocuğu desteklemeleri için teşvik etme, pekiştirme	Yok	Ortalama 4.5	Tedavi grupları arasında fark yok.

TABLO 1'in devamı.

Kendall ve ark. (2008)	S=161 7-14	YAB, AA, SF	16 hafta, 60 dakika, bireysel Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme teknikleri, yüzleştirme, kendi kendini pekiştirme	16 hafta, 60 dakika, çocuk ve anne baba birlikte, Çocuk BDT teknikleri ile birlikte anne babanın uygunsuz inanç ve beklentilerini değiştirme, çocuğun kaygısına yapıcı tepkiler vermeyi öğretme, çocuğu desteklemeleri için teşvik etme, iletişim becerileri	Aktif Kontrol	12	Öğretmen değerlendirmelerine göre çocuk BDT>ebeveyn katımlı BDT ve aktif kontrol grubu Çocuk değerlendirmelerine göre anne babada kaygı bozukluğu var ise; ebeveyn katımlı BDT> çocuk BDT
Khanna ve Kendall (2009)	S=53 7-13	YAB, SF, AAB	16 hafta, 60 dakika, bireysel Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme teknikleri, yüzleştirme, kendi kendini pekiştirme	16 seans, iki seans hariç anne baba çocuk birlikte. Anne baba kaygı yönetimi, kontrolün aşamalı olarak terapistten anne babaya ve çocuğa geçişi, davranış yönetimi, iletişim becerileri eğitimi	Aktif Kontrol	-	Çocuğun genel işlevselliği açısından aile odaklı BDT>çocuk BDT, kaygı düzeyi açısından tedavi grupları arasında fark yok.
Mendlowitz ve ark. (1999)	S= 62 7-12	Kaygı Bozukluğu	12 seans, 90 dakika, grup Gevşeme eğitimi, olumsuz içsel konuşmayı değiştirme, performansını değerlendirme ve kendi kendini pekiştirme	12 seans, 90 dakika, grup Psikoeğitim, davranış yönetimi, sistematik duyarısızlaştırma, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme eğitimi, aile etkileşimini geliştirme.	Bekleme Listesi	-	Baş çıkma becerileri açısından ebeveyn katımlı BDT>çocuk BDT
Nauta ve ark. (2001)	S= 18 8-15	AA, SF, YAB, PB	12 hafta, 45-60 dakika, bireysel Gevşeme teknikleri, başa çıkma teknikleri, kendi kendini pekiştirme	7 seans, 45-60 dakika Psikoeğitim, problem çözme, davranış yönetimi, bilişsel yeniden yapılandırma, nüksü önleme	Yok	3 ve 15	Tedavi grupları arasında anlamlı fark yok.
Nauta ve ark. (2003)	S=79 7-18	AA, YAB, SF, PB	12 hafta, 45-60 dakika, bireysel Gevşeme teknikleri, başa çıkma teknikleri, kendi kendini pekiştirme	7 seans, 45-60 dakika Psikoeğitim, problem çözme, davranış yönetimi, bilişsel yeniden yapılandırma, nüksü önleme	Bekleme Listesi	3	Tedavi grupları arasında anlamlı fark yok.
Silverman ve ark. (2009)	S=119 7-16	AA, SF, ÖF, YAB, OKB	12-14 seans, 60 dakika, bireysel (her seansta 10 dakika ebeveyn katılımı) Yüzleştirme, yüzleştirmeyi kolaylaştırıcı bilişsel-davranışsal stratejiler	12-14 seans, 60 dakika çocuk ve anne birlikte Çocuğun davranışlarını yönetme eğitimi, ebeveyn çocuk iletişimi, problem çözme eğitimi	Yok	12	Tedavi grupları arasında anlamlı fark yok.
Spence ve ark. (2000)	S=50 7-14	SF	12 hafta, 90 dakika + 2 takviye seans, grup Sosyal beceri eğitimi, gevşeme teknikleri, sosyal problem çözme, bilişsel başa çıkma teknikleri, sosyal durumlara aşamalı yüzleştirme ve 3 ve 6 hafta sonra teknikleri gözden geçirme seansları	12 hafta çocuk+ 12 hafta anne baba katılımı, 30 dakika, grup Çocuğun hedef becerileri seans dışında denemesine model olma, teşvik etme ve pekiştirme eğitimi, sosyal kaygı ve kaçınma davranışlarını göz ardı etme, çocuğun sosyal etkinliklere katılımını teşvik etme ev ödevlerini tamamlaması için pekiştirme, sosyal davranışları geliştirme	Bekleme Listesi	6-12	Tedavi grupları arasında anlamlı fark yok.
Wood ve ark. (2006)	S=40 6-13	YAB, AA, SF	12-16 seans, 60-80 dakika, bireysel Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme teknikleri, yüzleştirme, kendi kendini pekiştirme	12-16 hafta, her seansta 15-30 dakika sadece çocuk, 25-30 dakika anne baba katılımı, 10-15 dakika tüm aile Başa çıkma becerileri, yüzleştirme, iletişim becerileri eğitimi	Yok	-	Bağımsız değerlendiricilere göre çocuğun kaygı düzeyi, okul işlevleri, sosyal ve aile ilişkileri açısından anne baba katımlı BDT> çocuk BDT. Anne baba bildirimlerine göre çocuktaki kaygı belirtileri açısından anne baba katımlı BDT>çocuk BDT Çocukta alınan bildirimlere göre tedavi grupları arasında fark yok.

YAB: Yaygın kaygı bozukluğu, SF: Sosyal fobi, AA: Ayrılma kaygısı, OKB: Obsesif-kompulsif bozukluk, ÖF:Özgül fobi, AAB: Aşırı kaygı bozukluğu, PB: Panik bozukluk, UB: Uyum bozukluğu, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu.

altı çalışmada ise (Barret ve ark. 1996, Barret 1998, Bodden ve ark. 2008, Mendlowitz ve ark. 1999, Nauta ve ark. 2001, Spence ve ark. 2000) kontrol grubu olarak bekleme listesi kullanılmıştır.

İzlem çalışmaları: Terapilerin uzun süreli etkililiğini değerlendirmek amacıyla 3 ay ile 6 yıl arasında değişen, çoğunlukla 6-12 aylık izlem verileri toplandığı görülmüştür. Üç çalışmada ise izlem verisinden söz edilmediği görülmüştür (Khanna ve Kendall 2009, Mendlowitz ve ark. 1999, Wood ve ark. 2006).

Ölçme yöntemleri: İncelenen çalışmalardan biri hariç (Heyne ve ark. 2002) tümünde tanısıl değerlendirme amacıyla Kaygı Bozuklukları Görüşme Formu-Çocuk/Ebeveyn Formu ADIS-C/P (Anxiety Disorders Interview Schedule-Child/Parent Version) kullanıldığı görülmüştür. Bunun yanı sıra sekiz farklı kaygı ölçeği kullanılarak çocuklardan kaygı düzeylerini değerlendirmelerinin istendiği, sekiz çalışmada anne babalara çocuklarını değerlendirmek üzere Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği CBCL (Child Behavior Checklist) uygulandığı, sadece üç çalışmada öğretmenlerden Öğretmen Bilgi Formu TRF (Teacher Report Form) kullanılarak değerlendirme alındığı görülmüştür. Bunların dışında kimi çalışmalarda sosyal beceriler, genel işlevsellik, okula devam sıklığı, depresyon, girişkenlik, otomatik düşünceler ve stres gibi ölçümlere yer verildiği dikkati çekmiştir. Anne babalarda patoloji düzeyini belirlemek için ise sadece üç çalışmada ölçüm alındığı görülmüştür. Bunlardan birinde (Silverman ve ark. 2009) Psikolojik Belirti Tarama Listesi SCL-90R (Symptom Check List-90-Revised) kullanılarak genel patoloji düzeyinin değerlendirilmeye çalışıldığı, diğer ikisinde ise anne babadaki kaygı düzeyinin ölçüldüğü anlaşılmıştır. Bu çalışmalardan birinde (Cobham ve ark. 1998) yetişkinler için kaygıyı değerlendirmede öz bildirim dayalı bir araç olan Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri STAI (State-Trait Anxiety Inventory), diğerinde ise (Kendall ve ark. 2008) ADIS-IV-L (Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV, Lifetime Version) Kaygı Bozuklukları Görüşme Formu-DSM IV, Yaşam Boyu Versiyonu'nun kullanıldığı saptanmıştır.

Kullanılan teknikler: Çocuklara yönelik BDT uygulamalarında kullanılan teknikler incelendiğinde sekiz çalışmada Coping Cat (Kendall 2000) terapi el kitabının temel alındığı ya da bu el kitabının uyarlamalarından yararlandığı görülmüştür. Coping Cat; psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme teknikleri, yüzleştirme, kendi kendini pekiştirme bileşenlerinden oluşan bir programdır. Geri kalan beş çalışmada (Bodden ve ark. 2008, Heyne ve ark. 2002, Mendlowitz ve ark. 1999, Silverman ve ark. 2009, Spence ve ark. 2000) araştırmacıların geliştirdikleri terapi programları uygulanmıştır. Anne babaların katılımı koşulunda ise anne baba ya da aileye yönelik kaygı yönetimi, psikoeğitim, davranış yönetimi, iletişim becerileri, problem çözme eğitimi ve nüksü önleme tekniklerinin öğretildiği görülmüştür.

Etkililik çalışmalarının bulguları: Etkililik sonuçlarının karşılaştırıldığı on üç çalışmanın altısında, çocuk odaklı BDT'ye anne baba katılımının ek bir fayda sağlamadığı görülmüştür. Sadece bir çalışmada, Bodden ve arkadaşları (2008) çocuk odaklı BDT'nin daha üstün sonuçlar içerdiğini bildirmişlerdir. Tedavide anne baba katılımının hangi koşullarda daha etkili olduğunu yanıtlamaya çalışan araştırmaların sonuçları; çocuğun yaşı, cinsiyeti, birincil tanısı ve anne babada patolojinin varlığı gibi değişkenleri işaret etmektedir. Barret ve arkadaşları (1996) 7-10 yaş arası çocuklarda anne baba katılımının çocuk odaklı bilişsel-davranışçı terapiye kıyasla daha etkili olduğunu bildirmektedirler. Ancak 11-14 yaş arasında çocuk odaklı BDT ile anne baba katılımının eklendiği BDT arasında etkililik açısından fark olmadığını bildirmektedirler. Barret ve arkadaşlarına (1996) göre anne babalık becerilerini geliştirmek küçük yaş grubundaki çocuklar için daha önemli iken, büyük çocuklarda bilişsel görevler ve yüzleştirmenin yarımsız uygulanması yeterli olabilmektedir.

Cinsiyetin anne babanın tedaviye katılımı koşulunda terapi sonuçlarını yordayıcı olup olmadığı sorusunun birkaç çalışmada yanıtlanmaya çalışıldığı ve sonuçların birbiriyle tutarlı olmadığı görülmektedir. Barrett ve arkadaşları (1996) kızların çocuk odaklı BDT+FAM (aileye yönelik kaygı yönetimi) koşulundan daha fazla yararlandıklarını, buna karşın erkeklerin hem çocuk odaklı BDT hem de BDT+FAM koşulundan eşit şekilde yararlandıklarını bildirmektedirler. Mendlowitz ve arkadaşları (1999) aile tedavisinde kızlar ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık olmadığını belirtmektedirler. Cobham ve arkadaşları (1998) ise sadece kaygı düzeyi yüksek ebeveynleri olan kızların kombine tedaviden erkeklere kıyasla daha çok yararlandığını bildirmektedirler.

Anne babada patolojinin varlığı da anne babanın tedaviye katılımıyla ilgili sonuçlar üzerinde etkili görünmektedir. Cobham ve arkadaşları (1998) çocuk odaklı BDT ile karşılaştırıldığında, anne babadan en az birinde kaygı düzeyi yüksekse anne baba katılımının tedaviden elde edilen yararı anlamlı şekilde arttırdığını bildirmişlerdir. Ancak bu anlamlı etkinin 6 ve 12 aylık izleme sonuçlarında devamlılık göstermediği sadece bir eğilim olarak belirlenebildiği kaydedilmiştir. Bir başka çalışmada, eğer anne babada kaygı bozukluğu var ise, aileye yönelik BDT'nin bir yıllık izleme sonuçlarına göre çocuğa yönelik bireysel BDT'den daha üstün sonuçları olduğu bildirilmektedir (Kendall ve ark. 2008). Daha yakın tarihli bir çalışmada (Silverman ve ark. 2009) çocuktaki kaygı ile anne babaya ait değişkenler (çocuğa yönelik olumlu-olumsuz davranışlar, ebeveyn-çocuk ilişkisinde çatışma, anne babanın kaygı düzeyi) arasındaki değişimin dinamikleri incelenmiştir. Sonuçlar göstermiştir ki, her iki koşulda da çocuklarda kaygı düzeyi anlamlı şekilde azalmaktadır. Çalışmanın ilginç olan bulgusu ise değişim dinamiklerinin sadece anne babadan çocuğa değil, çocuktan anne babaya doğru da olabileceğidir.

SONUÇ

Bu çalışmada kaygı bozukluğu olan çocuklarla BDT'de anne babaları terapiye dahil etmenin kuramsal nedenleri, anne babanın terapiye katılımı durumunda kullanılan teknikler, terapiye anne babalardan kaynaklı güçlükler özetlenmiş ve anne baba katılımıyla terapi etkililiğinin artıp artmadığı sorusu konuyla ilgili etkililik çalışmaları gözden geçirilerek yanıtlanmaya çalışılmıştır. Etkililik çalışmaları 1990 yılı başlangıç alınarak taranmıştır. 1990'lı yılların başlarından itibaren çocuklarda BDT etkililiğine ilişkin çalışmaların sonuçları giderek artan bir biçimde yazına girmiş ancak anne baba katılımının çocuk odaklı BDT ile karşılaştırıldığı ilk çalışmanın 1996 yılında yayınlandığı görülmüştür.

Kaygı bozukluğu olan çocuklarla bilişsel davranışçı terapiye anne babaların katılımı; tedavi hedeflerinin belirlenmesi, aile ya da anne babayla ilgili terapi sürecini etkilemesi muhtemel değişkenlerin saptanması (patoloji düzeyi, ebeveynlik tarzları vb.) ve terapi tekniklerinin seans dışı ortamlarda uygulanabilmesi gibi pek çok yarar sağladığı düşünülmektedir (ör. Cobham ve ark. 1998, Creswell ve Cartwright-Hatton 2007). Yaygın klinik görüş, çocuklarda kaygının bilişsel davranışçı terapisine anne babaların dahil edilmesinin tedavi sonuçlarına

ek katkı sağlayacağı şeklinde olsa da, etkililik çalışmaları bu gözlemi güçlü bir biçimde desteklememektedir (Reynolds ve ark. 2012). Yapılan çalışmalar incelendiğinde genel olarak tanısız değerlendirmeye yönelik yapılandırılmış görüşme ve çocukta kaygı düzeyini değerlendirmeye yönelik ölçeklerden yararlanıldığı görülmüştür. Oysa tanısız değerlendirmenin yanı sıra kaygı ile ilişkili olumsuz ailesel faktörler (çatışma düzeyi, anne babada patoloji düzeyi gibi) ve bunlara yönelik tekniklerin terapiye olan katkısını değerlendirmenin anne baba katılımının mantığına daha uygun bir yaklaşım olacağı düşünülmektedir. Böylece anne babaları terapiye dahil ederek kaygının kaynağında ve sürmesindeki rollerini belirlemenin ve kullanılan tekniklerin ailesel faktörler üzerindeki etkililiğini incelemenin daha bilgi verici olacağı öngörülmektedir.

Hangi koşullarda anne baba katılımının terapiden elde edilen kazancı arttırdığı sorusunun yanıtı için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmakla birlikte bu soru, gözden geçirilen araştırma sonuçlarına dayanarak küçük yaş grubundan çocuklar ve ebeveynlerinde kaygı bozukluğu olan çocuklar şeklinde yanıtlanabilir. Özetle, ailesel ya da anne babaya özgü faktörlerin tanımlanarak sistematik bir biçimde değerlendirileceği ve tedavide anne baba katılımının çocuğun kaygı düzeyi üzerindeki etkisinin belirleneceği yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

- Albano AM, DiBartolo PM (2007) Cognitive behavioral therapy for social phobia in adolescents: Stand Up, Speak Out Therapist Guide. New York: Oxford University Press.
- Andra ML, Thomas AM (1998) The influence of parenting stress and socioeconomic disadvantage on therapy attendance among parents and their behavior disordered preschool children. *Educ Treat Child* 21:195-208.
- Aslan SH, Aslan O, Alparslan ZN (1998) Annedeki süregen depresyonun çocukta depresyon ve kaygı düzeylerine etkisi: karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 9:32-37.
- Barrett P, Dadds MR, Rapee RM (1996) Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *J Consult Clin Psych* 64:333-42.
- Barrtt PM (1998) Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *J Consult Clin Psych* 27:459-68.
- Bodden DHM, Bögels SM, Nauta MH ve ark. (2008) Child versus family cognitive behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47:1384-94.
- Bögels SM, Brechman-Toussaint ML (2006) Family issues in child anxiety: attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clin Psychol Rev* 26:834-56.
- Breinholst S, Esbjorn BH, Reinholdt-Dunne ve ark. (2012) CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *J Anxiety Disord* 26:416-24.
- Cobham VE, Dadds MR, Spence SH (1998) The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psych* 66:893-905.
- Creswell C, Cartwright-Hatton (2007) Family treatment of child anxiety: outcomes, limitations, and future directions. *Clin Child Fam Psych* 10:232-52.
- Eisen AR, Schaefer CE (2005) Separation anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assessment and treatment. New York: Guilford Publications, s. 87-104.
- Eremiş S, Bellibaş E, Özbaran B ve ark. (2009) Ayrılmaya anksiyetesi bozukluğu olan okul öncesi yaş grubu çocukların annelerinin mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Derg* 20:14-21.
- Friedberg RD, McClure JM, Garcia JH (2009) Cognitive therapy techniques for children and adolescents. 9. Baskı, New York: Guilford Publications, s. 55-78.
- Ginsburg GS, Schlossberg MC (2002) Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *Int Rev Psychiatr* 14:143-54.
- Ginsburg GS, Siqueland L, Masia-Warner C ve ark. (2004) Anxiety disorders in children: family matters. *Cogn Behav Pract* 11:28-43.
- Heyne D, King NJ, Tonge B ve ark. (2002) Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:687-95.
- Hudson JL, Rapee RM (2001) Parent-child interactions and the anxiety disorders: An observational analysis. *Behaviour Res Ther* 39:1411-27.
- Hughes AA, Furr JM, Sood ED ve ark. (2009) Anxiety, mood and substance use disorders in parents of children with anxiety disorders. *Child Psychiat Hum D* 40:405-19.
- Ishikawa S, Motomura N, Kawabata Y ve ark. (2012) Cognitive-behavioral therapy for Japanese children and adolescents with anxiety disorders: a pilot study. *Behav & Cog Ther* 40:271-85.
- Kazdin AE (1990) Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *J Child Psychol Psych* 31:415-25.
- Kendall PC (2000) Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual, 2. baskı, Ardmore, PA: Workbook.
- 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 Psych* 76:282-97.
- Khanna MS, Kendall PC (2009) Exploring the role of parent training in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psych* 77:981-6.
- Kortlander E, Kendall PC, Panichelli-Mindel S ve ark. (1997) Maternal expectations and attributions about coping in anxious children. *J Anxiety Disord* 11:297-315.

- Last CG, Hersen M, Kazdin AE ve ark. (1987) Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *Am J Psychiat* 144:1580-3.
- Leib R, Wittchen H, Hofler M ve ark. (2000) Parental psychopathology, parenting styles and the risk of social phobia in offspring: a prospective, longitudinal community study. *Arch Gen Psychiat* 57:859-66.
- Long N, Edwards MC, Bellando J (2009) Parent-training interventions. Treating childhood psychopathology and developmental disabilities, JL Matson, F Andrasik, ML Matson (Ed). Springer Science Business Medis, New York, s.79-105.
- Mendlowitz SL, Manassis MD, Bradley S ve ark. (1999) Cognitive-behavioural group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1223-9.
- Muris P, Merckelbach H (1998) Perceived parental rearing behavior and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences* 25:1199-209.
- Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PMG ve ark. (2003) Cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical settings: no additional effect of a cognitive parent training. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:1270-8.
- Nauta MH, Scholing A, Emmelkamp PMG ve ark. (2001) Cognitive behavioral therapy for anxiety disordered children in a clinical setting: does additional cognitive parent training enhance treatment effectiveness? *Clin Psychol Psychother* 8:330-40.
- Nock MK, Kazdin, AE (2001) Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *J Child Fam Stud* 10:155-80.
- Oster CL (2007) Parent-skill building groups. *Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents*, RW Christner, JL Stewart, A Freeman (Ed). Routledge Taylor & Francis Group, New York, s. 465-84.
- Rapee RM (2003) The influence of comorbidity on treatment outcome for children and adolescents with anxiety disorders. *Behav Res Ther* 41:105-12.
- Reynolds S, Wilson C, Austin J ve ark. (2012) Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 32:251-62.
- Silverman WK, Cerny JA, Nelles WB ve ark. (1988) Behavior problems in children of parents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27:779-84.
- Silverman WK, Kurtine WM, Ginsburg GS ve ark. (1999) Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psych* 67:995-1003.
- Silverman WK, Kurtines WM, Pina AA ve ark. (2009) directionality of change in youth anxiety treatment involving parents: an initial examination. *J Consult Clin Psych* 77:474-85.
- Siqueland L, Kendall PC, Steinberg L (1996) Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *J Clin Child Psychol* 25:225-37.
- Sorias O, Bildik T, Tekinsav-Sütçü S ve ark. (2009). *Korku Avcısı: anksiyete bozukluğu olan çocuklar için terapi rehberi*, Ege üniversitesi Basımevi, İzmir.
- Spence SH, Donovan C, Brechman-Toussaint M (2000) The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *J Child Psychol and Psyc Allied Disc* 41:713-26.
- Spence SH, Holmes JM, March S ve ark. (2006) The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *J Consult Clin Psych* 71:614-21.
- Stallard P (2005) *A Clinician's Guide to Think Good-Feel Good*. John Wiley and Sons Ltd. England, s. 69-84.
- Suveç C, Roblek TL, Krain A ve ark. (2006) Parental involvement when conducting cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders. *J Cogn Psychot* 20:287-99.
- Sümer N, Şendağ MA (2009) Orta çocukluk döneminde ebeveynlere bağlanma, benlik algısı ve kaygı. *Türk Psikoloji Dergisi* 24:89-101.
- Türkbay T, Söhmen T (2001) Ayrıllık kaygısı bozukluğunda bireysel ve ailesel etmenler. *Türk J Child Adolesc Ment Health* 8:77-84.
- Walkup JT, Albano AM, Piacentini J ve ark. (2008) Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med* 9:2753-66.
- Wierzbicki M, Pekarik G (1993) A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof Psychol Res Pract* 24:190-95.
- Wilansky-Traynor P, Manassis K, Kleiman V ve ark. (2010) Cognitive Behavioral Therapy for depressed youth: Predictors of attendance in a pilot study. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 19:81-7.
- Wood JJ, McLeod BD, Sigman M ve ark. (2003) parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and the future directions. *J Child Psychol Psychiatry* 44:134-51.
- Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow ve ark. (2006) Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:314-21.