

# Çekingen Kişilik Bozukluğunun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Terapi ve Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Karşılaştırılması

## *Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Cognitive Behavioral Group Therapy in the Treatment of Avoidant Personality Disorder*

Esra Amet<sup>1</sup>, Tuğba Hüseyin Muhtar<sup>2</sup>, Fatma Nur Özçelik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa

<sup>2</sup>İstanbul Üsküdar Üniversitesi, İstanbul

### ÖZ

Çalışmanın ilk amacı, çekingen kişilik bozukluğunun tedavisinde bilişsel davranışçı terapi yöntemini ele alan çalışmalarını derlemek, verilerini sunmaktır. Çalışmanın diğer amacı ise, bilişsel davranışçı grup terapilerinin, bilişsel davranışçı bireysel terapilere göre bu bozukluk üzerinde daha etkili olabileceğine dair nedenleri ile birlikte önerileri sunmak ve çekingen kişilik bozukluğu üzerinde bilişsel davranışçı grup terapilerinin uygulandığı çalışmalarını derlemektir. Bu çalışmada çekingen kişilik bozukluğu ile sosyal anksiyete bozukluğuna sahip örneklem grubuyla yapılmış olan yerli ve yabancı kaynaklardaki araştırmalar incelenmiş ve çalışma, ikincil veri toplama tekniklerinden literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır. Literatürde çekingen kişilik bozukluğuna dair çok fazla çalışma bulunmaması sebebi ile çekingen kişilik bozukluğunun, sosyal anksiyete bozukluğu ile yüksek benzerliği ve komorbiditesi göz önünde bulundurularak sosyal anksiyete bozukluğu ile ilgili bilişsel davranışçı grup terapilerinin ele alındığı çalışmalar da derlenmiştir. İncelenen araştırmalar sonucunda çekingen kişilik bozukluğunda ortaya çıkan belirtilerin kişilerin çarpık bilişi ile ilgili olması ve bilişsel davranışçı terapilerin de danışanların akıllarından geçen otomatik düşüncelerin farkındalığını artırması, doğruluğunu sorgulaması ve yerine alternatif düşüncelerin koyulmasını sağlaması sebebiyle oldukça etkili bir yaklaşım olduğu bulunmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Çekingen kişilik bozukluğu, bilişsel davranışçı terapi, bilişsel davranışçı grup terapisi

### ABSTRACT

The primary aim of this study is to compile studies on cognitive behavioral therapy method in the treatment of avoidant personality disorder and present their data. Another aim is to discuss with the reasons, cognitive behavior group therapies may be more effective on this disorder than cognitive behavioral individual therapies, since the main problem in avoidant personality disorder stems from interpersonal communication and because the cognitive behavioral therapies applied as a group were found to be quite effective when the avoidant personality disorder was first defined. The aim of this study is to present recommendations together and to compile studies in which cognitive behavioral group therapies were applied on avoidant personality disorder. In this study, studies in domestic and foreign sources, which were conducted with a sample group with avoidant personality disorder and social anxiety disorder, were examined and the study was prepared by reviewing the literature, which is one of the secondary data collection techniques. Since there are not many studies on avoidant personality disorder in the literature, considering the high similarity and comorbidity of avoidant personality disorder with social anxiety disorder, studies on cognitive behavioral group therapies related to social anxiety disorder have also been compiled. As a result of the studies examined, it has been found that the symptoms of avoidant personality disorder are related to the distorted cognition of individuals and cognitive behavioral therapies are a very effective approach because they increase the awareness of the automatic thoughts in the minds of the clients, question their correctness and provide alternative thoughts to replace them.

**Keywords:** Avoidant personality disorder, cognitive behavioral therapy, cognitive behavioral group therapy

## Giriş

Kişilik, bireyi başkalarından ayıran doğuştan getirdiği özelliklerinin yanı sıra sonradan edinilen bireyin aile yapısı, kültürü, çevresi, sosyal deneyimleri ve fiziksel özelliklerinin bir bütünü olarak ortaya çıkan ve o bireyin çevresine uyumu ve yaşam tarzını sürekli olarak etkilemeye devam eden bir yapıdır. Bu yapı bireyin duygu, inanç, davranış, düşüncelerinin tümüne öngörülebilirlik kazandırır (Güleç ve Köroğlu 2007). Diğer bir yandan kişilik bozuklukları, bireyin içerisinde bulunduğu kültürün özelliklerinden uzaklaşmış, değişime dirençli, işlevsel bozukluk ve sıkıntılara neden olan içsel deneyim ve davranış örüntüleri ile karakterize bir durumdur (American Psychiatric Association 2013).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından tanımlayıcı özelliklerinin benzerliğine göre kişilik bozuklukları üç alt kümeye ayrılmıştır. A kümesi bozukluklarından birine sahip olan kişilerin genellikle ayrık ve acayip; B kümesi bozukluklarına sahip olanların genellikle duygusal, dengesiz ve dramatik; C kümesi bozukluklarına sahip olanların ise ürkek ve endişeli özellikler sergilediği belirtilmektedir (APA 2013). Bu derlemede ele alınacak olan çekingen kişilik bozukluğu (ÇKB), yetersizlik duyguları, yaygın bir sosyal ketlenme durumu ve olumsuz değerlendirilmeye karşı aşırı duyarlılık ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur. ÇKB'ye sahip bireyler kendilerinin diğerleri tarafından istenmediği ve onlardan izole olduğu düşüncesine kapılarak sosyal etkileşimlere karşı belirgin bir kaçınma gösterirler. Bu semptomlar da günlük yaşamı devam ettirme konusunda önemli sorunlara neden olmaktadır (Cramer ve ark. 2006, Ullrich ve ark. 2007). ÇKB'ye sahip bireylerde günlük işlevsellikte bozulma oranları diğer kişilik bozukluklarına göre çok daha yüksek bulunmuştur (Grant ve ark. 2004, Crawford ve ark. 2005). ÇKB'nin toplum örneklemelerinde medyan yaşam boyu yaygınlığının %1,7 olduğu düşünülmektedir ve ayaktan psikiyatri hastalarında komorbid bir bozukluk olarak görülme ihtimali ise yaklaşık %14,7'dir (Zimmerman ve ark. 2005, Torgersen 2009).

ÇKB'nin, sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) ve diğer bazı kişilik bozuklukları ile ortak özellikleri bulunmaktadır. Literatürde ÇKB'nin tedavisi konusunda yeterli bilgi birikimi olmaması ve diğer bozukluklar ile arasındaki yüksek örtüşme oranları göz önüne alındığında ÇKB'nin tedavi yaklaşımı genellikle, SAB gibi ortak özelliklere sahip olduğu diğer bozuklukların tedavi yaklaşımı ile belirlenmiştir (Sevinçok ve ark. 1998). Bir meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre ÇKB'nin, SAB'ye sahip bireylerin %46'sında teşhis edildiği bulunmuştur (Friborg ve ark. 2013). Birçok çalışma ÇKB ve SAB komorbiditesinin açıklamasında semptom şiddetinin sürekliliği hipotezini desteklemektedir. Bu hipoteze göre, her iki bozukluk da sosyal kaygının klinik temsillerini gösterir; bununla birlikte, ÇKB'ye sahip hastalar, SAB'ye sahip hastalardan daha şiddetli semptomlar ve yitimler göstermektedir (Alden ve ark. 2002, Reich 2014).

ÇKB'nin psikoterapötik tedavisine dair deneysel çalışmalar 1980'li yılların sonlarına doğru başlamıştır. ÇKB'nin birçok ortak özellik barındırdığı SAB doğrultusunda belirlenen psikoterapötik tedavi yaklaşımlarında genellikle bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikodinamik terapi ve şema terapi yöntemlerinden yararlanılmıştır. Daha önceden yapılan çalışmalar ÇKB'nin davranışsal teknikler ile belirlenen tedavi yaklaşımında hastaların oldukça iyi yanıtlar vermekte olduğunu bulmuşlardır (Renneberg ve ark. 1990, Stravynski ve ark. 1994). Ancak daha sonradan yapılan araştırmalar bilişsel teknikleri de içeren davranış terapilerine odaklanmaya başlamış ve BDT'nin tek başına uygulanan davranış terapilerinden daha etkili olduğunu bulmuşlardır. BDT, "şimdi ve burada" ilkesini temel alan, kısa süreli, maladaptif düşünce ve davranışları değiştirmeye yönelik bir psikoterapi yaklaşımıdır (Beck 1970). Bu terapi yöntemiyle amaç soruna yol açan bilişleri ve buna eşlik eden maladaptif davranışları işlevsel hale getirmeye yöneliktir. ÇKB'nin BDT ile tedavisindeki bilişsel unsurlar bireyselleştirilmiş bir sosyal korku modelinin geliştirilmesini, işlevsiz temel inançların tanımlanmasını, daha uyumlu bilişlerin ve inançların geliştirilmesini ve güvenlik davranışlarına meydan okumak için oluşturulan davranışsal deneyleri kapsamaktadır (Emmelkamp ve ark. 2006, Strauss ve ark. 2006).

Erken BDT programları ağırlıklı olarak grup formatında uygulanmaktaydı. Grup terapisi, bireysel terapinin grupta yapılan şekli olarak tanımlanabilir. Grup terapisinde danışanlar, kendilerinininkine benzer problemler yaşayan diğer danışanlarla birlikte, ilgili alanda eğitimini tamamlamış lider bir psikoterapist eşliğinde ortak bir amaca yönelik olarak çalışmalar yürütürler. Grup terapisi, belirli bir terapi türünde kullanılan yaklaşımların bireysel olarak değil de bir grup danışan üzerinde eş zamanlı olarak uygulanan şeklidir. Bireysel davranışçı grup terapisi (BDGT)'de danışanlara, BDT'deki amaç doğrultusunda grup terapisindeki ilkeler temel alınarak BDT teknikleri uygulanır. ÇKB'nin tedavisi için grup formatında oluşturulan BDT yaklaşımı, aşamalı maruz bırakma egzersizleri veya sistematik duyarsızlaştırma, rol canlandırma deneylerindeki davranışsal provalar, video geri bildirimini içeren kendilik imaj çalışması, sosyal beceri eğitimi gibi teknikleri içermekte ve sonuçlar orta ila iyi derecede ve kalıcı iyileşmeleri göstermektedir (Renneberg ve ark. 1990, Stravynski ve ark. 1994). Buradan yola çıkarak, ÇKB'ye sahip olan kişilerin sosyal ortamlardan fazlasıyla kaçınmaları, yakın ilişkiler kurmaktan

çekinceleri, eleştiriye karşı aşırı derecede hassasiyetleri olsa da bir bakıma maruz bırakma tekniği gibi BDGT'nin de ÇKB'ye sahip olan bireylerde maruz bırakma tekniği ile benzer etkililik göstermesi beklenebilir.

Bireysel olarak uygulanan BDT, ÇKB'ye sahip bireyler için çeşitli zorluklar barındırmaktadır çünkü ÇKB'de kişilerarası ilişkilerin karakteristiği olan uyumsuz davranışlar ve düşünce süreçleri, terapistle olan ilişkiye de uzanmaktadır. ÇKB'ye sahip olan bireyler genellikle terapist tarafından reddedilmekten korkarlar, terapistin endişesinin gerçekliğinden şüphe duymaya eğilimlidirler ve tüm bu sebeplerden dolayı terapiye başvurmayı da reddetmektedirler (Sanislow ve ark. 2012). ÇKB semptomları genellikle sosyal ortamlarda ortaya çıkmaktadır. BDGT'deki grup ortamının bu kişilere doğal bir yüzleştirme ortamı sağlaması ve bu bozuklukta kişilerin en büyük problemlerinin sosyal yaşantıları ile ilgili olması nedeniyle BDGT'nin bu kişilerde bireysel olarak uygulanan ve ÇKB'ye sahip bireyler için çeşitli dezavantajlara sahip olan BDT'ye göre daha faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bu bozuklukta kişiler oldukça az sosyal ilişkiye sahiptir ve kendilerini yalnız hissederler. Grup formatında uygulanan BDT bu anlamda bu kişilerin yalnızlık hissini gidermesi ve onların "Bu bozukluğa sahip olan tek kişiyim" gibi doğruluğu sorgulanmadan inanılmış bir olumsuz otomatik düşünceye kapılmaması açısından hastalar üzerinde etkili olabilir. Ayrıca sosyal becerilerde bir artış, umut hissini artırması, diğerleri tarafından kabul görme ve kendini kabul etme düşüncesinin artması, başkalarına karşı hoşgörü ile önyargısız yaklaşma, iç görü kazanma gibi olumlu katkılarda bulunabilir. Grup terapileri bu bireylerin iyileşmesi için, pekiştirme, sosyal durumlara maruz kalma ve sosyal destek, rol model alma gibi birçok fırsat sağlaması bakımından bireysel olarak uygulanan terapilere göre daha olumlu görünmektedir (Manassis ve ark. 2002). Bu kişiler, bireysel olarak uygulanan psikoterapilerden aynı verimi alamayabilir çünkü zaten birçoğu terapiye isteksizdir ve terapistle karşı önyargılı olma eğilimindedir. Sahip oldukları düşüncelerin terapist tarafından yargılanacağını düşünmeye meyillidirler. Bu şekilde bir önyargı ile başlanılan bir terapiden verim alınması çok zor ya da çok uzun sürede olacak gibi gözükmektedir. ÇKB'de var olan olumsuz değerlendirilmekten korkma ve çekingenlik özellikleri, bireylerin damgalanma endişesi ile herhangi bir terapiye başvurmayı geciktirmesine ya da reddetmesine neden olabilmektedir. Grup terapilerinin danışanlara sunduğu benzer problemler yaşayan bireyleri bir araya getirme imkânı sayesinde bu kişilerin grup terapisine başvurma ihtimalleri bireysel terapiye nazaran daha çok sağlanabilir niteliktedir. Toplumsal utangaçlığı azaltmak için sosyal becerilerin artırılması ve duygusal yaşantıların düzenlenmesi bu hastaların terapi ortamı dışında da yakın ilişkiler kurabilmesine yardımcı olur. Grup terapi ortamı da kişilere bu desteği sağlar niteliktedir. Grup terapilerinin amaçları arasında, hastaların kendi kişilik özelliklerini tanımaları, kişilerarası ilişkilerinde sorunlu alanları tanımaları, uygun olmayan davranışlarını fark etmeleri, sorunla baş etme becerilerini geliştirmeleri ve sorun alanlarının nedenleri ile ilgili iç görü kazanmaları gibi faktörler bulunmaktadır. ÇKB'ye sahip olan kişiler diğer toplumsal ortamlarda olduğu gibi grup terapisinden de endişe duyabilirler fakat daha önce yapılan çalışmalar, grup terapilerinin, ÇKB hastalarında maruz kaldıkları yüzleştirmeye baş edebilmelerini sağlaması açısından bu terapi türünün etkin olduğunu göstermektedir (Sevinçok ve ark. 1998).

**Tablo 1. C kümesi kişilik bozukluklarında temel inançlar ve stratejiler (Beck ve ark. 2004)**

Kişilik Bozukluğu	Temel İnanç	Strateji
Çekingen	Kırılabilirim	Kaçınma
Bağımlı	Acizim	Bağlanma
Obsesif-Kompulsif	Hata yapmamalıyım	Mükemmelliyetçilik

ÇKB'nin içerisinde bulunduğu C kümesi kişilik bozuklukları arasında işlevsellikte bozulmaya neden olan en önemli bozukluk olması, depresif bozukluklar ile yüksek komorbidite oranına sahip olması nedeniyle intihar gibi hayati risk taşıyan davranışlara yol açması ve tedavisi konusunda yapılmış çok az sayıda çalışmanın olması da göz önüne alındığında, bu çalışmadaki amaçlardan bir tanesi ÇKB üzerinde uzun zamandır etkili bir tedavi olan BDT yaklaşımı ve etkililiğini, BDGT ile karşılaştırarak daha önceden bu konuda yapılmamış olan karşılaştırmaların yapıldığı bir çalışmayı literatüre kazandırmaktır böylece belirli bir sürede daha fazla danışana ulaşarak zaman ile efor tasarrufu ve ÇKB üzerinde etkili tedavi yaklaşımlarının kullanılması sağlanabilir. ÇKB'de temel problem kişilerarası ilişkilerden kaynaklanmakta ve BDGT de kişilerarası etkileşimi kapsayan konularda oldukça etkili bir yaklaşım sunmaktadır. Bu nedenle BDGT'nin BDT'ye göre daha etkili olabileceği önermesi sunulabilir. Buradan yola çıkarak diğer bir amaç da BDT ve BDGT'yi karşılaştırarak BDGT'nin ÇKB üzerinde daha etkili bir yaklaşım sağlayabileceğine dair önerileri ve literatürde yer alan bulguları sunmaktır.

## Çekingen Kişilik Bozukluğu

ÇKB ilk olarak 1969 yılında Millon tarafından tanımlanmış ve daha sonradan ilk olarak DSM-III'e girmiştir. DSM-III ÇKB'nin temel özelliklerinden yoğun utangaçlık duygusu, kaçınma davranışı, ketlenme olarak bahsetmiş ve 5 tanı ölçütü tanımlamıştır (APA 1980). Günümüzde kullanılmakta olan DSM-V tanı kriterlerine

göre ÇKB tanısında, kişilerarası etkileşimi kapsayan mesleki faaliyetlerden eleştiri ya da onaylanmama korkusu ile kaçınma, sevileceğinden emin olmama korkusu ile insanlarla ilişkiye girmede isteksizlik, utanacağı ya da dalga geçileceği korkusuyla samimi ilişkilerde kendini kısıtlama, eleştirilme ya da reddedilme korkusu nedeni ile kişisel ilişki kurmayı gerektiren etkinliklerden kaçınma, yetersizlik hissettikleri için yeni kişilerarası durumları sınırlama, kendini sosyal açıdan yetersiz konumda görme, utançlarını kanıtlayabileceği için yeni aktiviteleri denemeye karşı isteksiz olma gibi faktörler yer almaktadır (APA 2013). ÇKB'nin toplumda görülme olasılığı %0,5-1 arasında iken yaygınlığının ise %10 olduğunu bildiren kaynaklar da vardır (Koroğlu ve Bayraktar 2010).

ÇKB'ye sahip olan bireyler ilişki kurmada çok istekli olmalarına rağmen diğerlerine yaklaşımdan çok fazla korkup çekinir ve başkalarına karşı duygularını ifade etmekte zorlanırlar. Bu kişiler gergin davranışlar sergiler, genelde yüzlerinin kızaracağından veya ağlayacaklarından endişe duyarlar ve ideal sosyal ilişkiler ile ilgili hayal kurarlar (Sadock ve Sadock 2007). Çekingen kişilerde sadece çok kalabalık ortamlarda değil tek bir kişinin bulunduğu ortamlarda bile kaygı ve huzursuzluk gözlenebilir. Bireyler sahip oldukları endişeleri ile yüzleşmek yerine sürekli kaçınma davranışı gösterirler ve bu kaçınmalar da kişide rahatlatma hissi yarattığından, kaygısını azalttığından dolayı çekingen kişiliklerinin sürdürülmesine uygun ortamı sağlamış olur. Özgüvenlerini geliştirebileceği ortamlardan sürekli kaçındıkları için kendilerine olan güvenleri oldukça düşüktür. Stone'a göre çekingen kişilik yapılanması ve kişilerarası çekingenliğin altında sarkıntılık, ensest ve fiziksel istismar gibi çocukluk çağı travmaları yatıyor olabilir (Stone 1993).

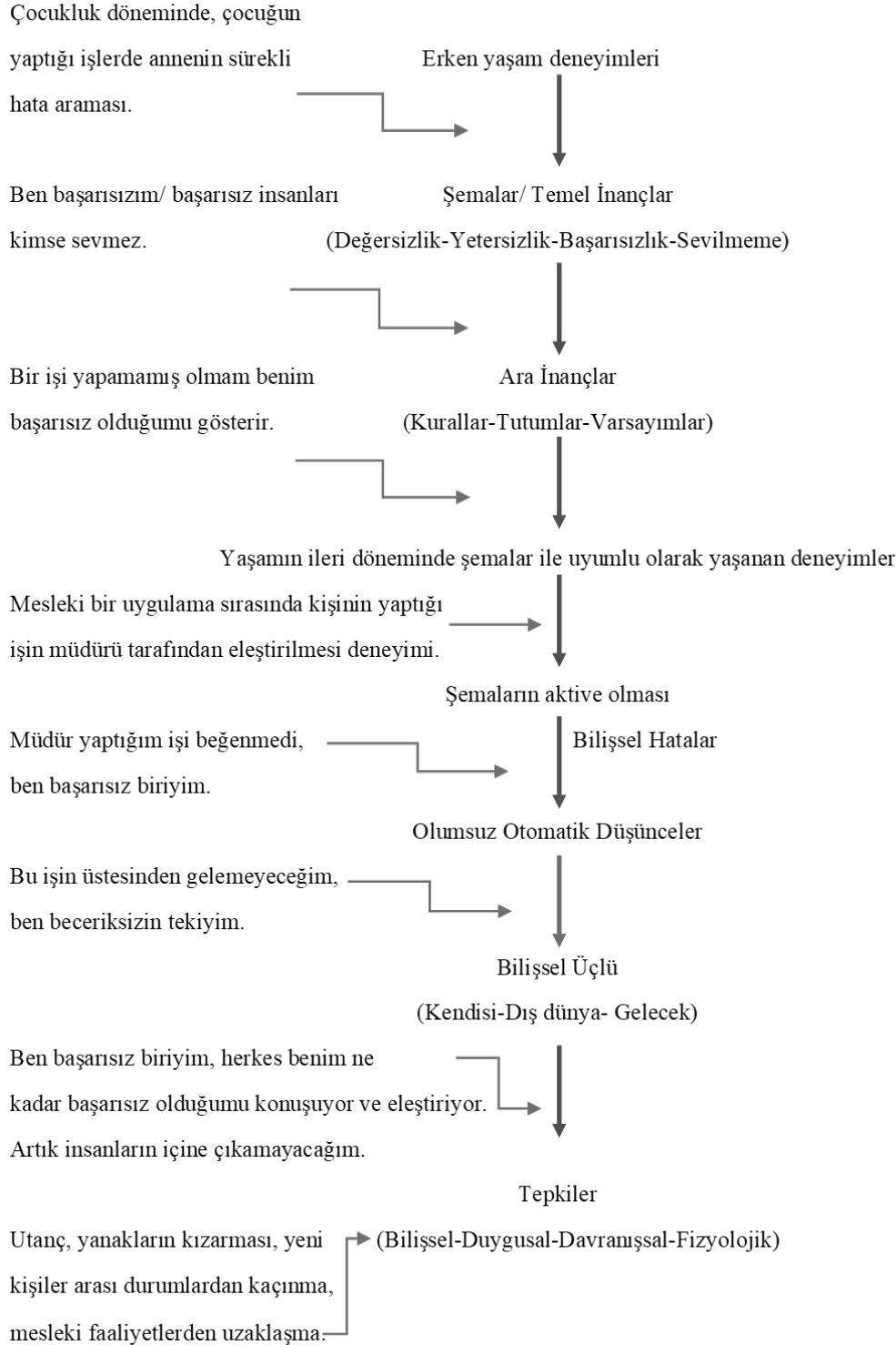
### **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)**

BDT, ne hissettiğimiz ve nasıl davrandığımızın, düşüncelerimiz tarafından belirlendiğini vurgulayan yapılandırılmış bir terapi şeklidir. İlk olarak, Aaron Beck tarafından 1960'lı yıllarda depresyonu tedavi etmek amacıyla geliştirilmiştir (Beck 2005). Daha sonra diğer bozukluklar üzerinde de değerlendirilmiş ve etkililiği onaylanmış bir terapi yöntemi olmuştur. BDT, "şimdi ve burada" ilkesini temel alan, kısa süreli, maladaptif düşünce ve davranışları değiştirmeye yönelik bir psikoterapi yaklaşımıdır (Beck 1970). Bu terapi yöntemiyle amaç soruna yol açan bilişleri ve buna eşlik eden maladaptif davranışları işlevsel hale getirmeye yöneliktir. Bilişsel yaklaşıma göre işlevsel olmayan inançlar işlevsel olmayan duygu ve davranışlara neden olmaktadır. Bu nedenle BDT'nin öncelikli amacı danışanın kendi düşünce süreçlerinin farkındalığını sağlamaktır. Terapist bu amaç ile danışanın aklından geçen otomatik düşünceleri yakalamaya çalışır. Danışanın bu düşüncelerindeki bilişsel çarpıtmalarını test etmesini ve bunların yerine alternatif düşünceler üretmesini amaçlayarak davranışsal müdahaleler kullanır (Leahy ve Holland 2000).

Bilişsel kuram, bilişi, bilişin akışını sağlayan sözel ve imgesel birer yapı olan otomatik düşünceler ve şemalar olmak üzere iki ana başlıkta inceler. Otomatik düşünceler, bireyin aklında istemsizce ve aniden beliren düşünce veya imgeler şeklinde ortaya çıkabilmektedir. BDT'de de stresli bir anda ortaya çıkan olumsuz otomatik düşünceler üzerine yoğunlaşılır. Genellikle bu düşüncelerin ortaya çıktığı anda düşüncenin farkında olmaksızın eşlik eden duygunun farkına varılır. Bu yüzden BDT'de öncelikle duygular ele alınmakta ve ardından altında yatan düşünce ortaya çıkarılmaya çalışılmaktadır. Şemalar da ara inançlar ve temel inançlar olarak iki gruba ayrılabilir. Ara inançlar; temel inanca dair birey tarafından, olumsuz temel inançlardan korunmak için geliştirilen kurallar, tutumlar ve varsayımlardır. BDT'de bu katı kuralların işlevsel olmadığı farkındalığı sağlanarak bunların yerine alternatif düşünceler koyulur ya da bu katı kurallar esnetilmeye çalışılır. Temel inançlar ise, bireyin kendisi, diğerleri ve dünya ile ilgili varsayımlarını ve bireyin elde ettiği bilgiyi nasıl düzenleyeceğini içeren, en derindeki zihinsel yapı taşlarıdır. Geçmiş yaşantılar ile birlikte biçimlenirler. Bilişsel yapı topografik bir katman şeklinde ele alınacak olursa; en üstte en derinde yer alan, ulaşılması en zor olan temel inançlar; bir alt katmanda ara inançlar ve en alt katmanda ise ulaşmanın en kolay olduğu, genellikle, kısa, gelip geçici ve örtük olan otomatik düşünceler yer almaktadır. Bilişsel formülasyona göre, bireyin sahip olduğu işlevsiz şema yaşanan bazı durumlar sonucunda aktive olmaktadır. Bunun sonucunda da, birey dikkatini şema ile ilgili konuya odaklayarak, yaşadığı olayı şemaya göre değerlendirir ve sonrasında bir duygu deneyimler. Deneyimlenen duyguyla ilgili bir baş etme stratejisi belirlerken, aynı zamanda oluşan duygu ve düşünce ile ilgili ikincil değerlendirmeler de şemanın etkisi altındadır (Özdel 2015). Terapide öncelikle olumsuz otomatik düşünceler üzerinde yoğunlaşarak altında yatan temel inancın işlevsel olmadığı anlaşılması sağlanılır.

BDT'de terapi sürecine başlarken bireylerin, bilişsel, bedensel duygusal ve davranışsal belirtilerin birbirleri ile ilişkili olduğunun ve bir tanesinde yaşanacak değişimin diğerlerini de etkileyeceğinin kavranması ile bilişsel modeli tanımları sağlanır. BDT genellikle üç aşamadan oluşur. Başlangıç aşamasında hastanın terapiye getirdiği problem değerlendirilir. Psikoeğitim ile hastalara bilgilendirme yapılır. Belirtiler, belirtilerle ilgili faktörler, bilişsel ve duygusal özellikler belirlenerek tedavi planı oluşturulur. Değerlendirme sürecinden sonra daha aktif bir aşama başlar. Bu aşamada, hastanın temel belirtilerine uygun bilişsel davranışçı tekniklere karar verilerek

uygulamaya geçilir. Belirtiler anlamlı derecede azaldığında ikinci aşama çalışmaları tamamlanır ve son aşamada, hastalar tedavinin kazanımlarını sürdürme ile yinelemeyi önleme için hazır hale gelir. Bu aşamada ise tedavinin yoğunluğu azaltılarak hastaya daha çok sorumluluk verilir (Özcan ve Çelik 2017). Değişimlerin uzun süre korunabilmesi amacıyla bazen “güçlendirici seanslar” uygulanabilir (Boettcher ve Piacentini 2007).



**Şekil 1. Bilişsel formülasyona göre çekingen kişilik bozukluğu**

BDT, ayaktan tedavi gören hastalarda genellikle haftada 1 veya 2 kez uygulanır. Yatarak tedavi gören hastalarda ise günlük seanslar şeklinde yoğun bir BDT programı gerekli olabilir. Bu nedenle bireyin terapiye gelme nedeni, belirtilerin yoğunluğu, ortaya çıkma şekli, eşlik eden stres faktörleri, bireyin tanısı ve içgörüsü gibi etkenler göz

önünde bulundurulması çalışma süresine karar verilmesi gereklidir. Terapi sıklığını terapistler danışanları ile birlikte belirler. Terapi seans süresi ortalama 45-50 dakika olup tedavi yaklaşık 3-6 ay sürmektedir. BDT, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, kişilik bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları gibi birçok çeşitli ruhsal bozukluğun tedavisinde kullanılmaktadır (Türkçapar 2015). Aynı zamanda ergenlerde ve çocuklarda da kullanılan bir yöntemdir. BDT seansları yapılandırılmış, terapistin aktif ve yönlendirici olduğu, zaman sınırlı ve danışanla iş birliğine dayalı bir yaklaşımdır.

**Kullanılan Teknikler:** BDT'de en sık kullanılan teknikler sokratik sorgulama ve yönlendirilmiş keşiftir (Türkçapar 2015). Sokratik sorgulamanın uygulamada kullanılan bir şekli olan yönlendirilmiş keşif tekniğinde, arka arkaya gelen birçok soru ile danışanın cevabını bildiği ancak o anda duygudurumu sebebi ile farkındalık alanında olmayan bir bilginin farkına varması amaçlanmaktadır. Bunların yanında, işlevsel olmayan inançların alternatif davranışlar sayesinde değiştirilebileceğinin ya da esnetilebileceğinin birey tarafından anlaşılmasının sağlandığı davranış deneyleri; danışanın terapi ortamı dışındaki hayatında işine yarayacak, zorlandığı durum veya davranışları rol yaparak canlandırdığı rol oynama tekniği; bireyin korkulan durum ya da nesne ile aşamalı bir şekilde karşı karşıya getirilerek sonrasında ortaya çıkan kaçınma davranışının önlenmeye çalışıldığı aşamalı maruz bırakma tekniği; yeni bir davranışı öğrenmek ya da öğrenilmiş bir davranışı ortadan kaldırmak amacı ile kullanılan modelleme tekniği ve hayal kurma yolu ile baş etmekte zorlanılan bir durumun hayal edilerek danışanın olumsuz otomatik düşüncelerinin terapist tarafından belirlenmeye çalışıldığı zihinde canlandırma gibi teknikler de sıkça kullanılmaktadır.

ÇKB'nin SAB ile birçok ortak özellik barındırması ve SAB'nin komorbid olarak ÇKB ile beraber görülmesi sebebiyle SAB ile ilgili yapılmış çalışmalar ÇKB'nin de tedavisine ışık tutabilecek niteliktedir ve ÇKB'nin tedavisinde bu durumu dikkate alarak değerlendirme yapmak önem taşımaktadır (Brooks ve ark. 1989, Turner ve Beidel 1989, Widiger 1992).

BDT'nin SAB'yi açıklamada kullanılan yaklaşımlardan bir tanesi Clark ve Wells (1995) ve Clark ve McManus (2002) tarafından sosyal anksiyeteyi sürdüren bilişsel döngüyü açıklamada kullanılmıştır. Bu açıklamaya göre sosyal anksiyeteye sahip olan kişiler geçmişteki olumsuz sosyal hayatlarına yaptıkları atıflar ve olumsuz kendilik değerlendirmesi sebebi ile bir sosyal ortama girmeden önce olumsuz beklentiler içerisinde olabilirler. Bu beklentiler de kişinin kendisini yeterince iyi temsil edemediğine dair olumsuz inançların ortaya çıkmasına neden olur. Bu inançlar hem kişinin kendisine olan dikkatini artırır hem de başkalarının kendisini nasıl algıladığı ve gözlemediğiyle ilgili düşüncelerini artırır. Ortaya çıkan bu kendine dikkat etme süreci içerisindeyken de dışarıdan gelen objektif bilgiler işlenemez. Kişi sosyal ortamları kendisine karşı bir tehdit olarak algılar. Tehdidi azaltmak için kaçınma davranışı ve güvenlik davranışları sergileyebilir. ÇKB'ye sahip olan bireylerde de diğerleri tarafından olumsuz değerlendirilebileceğine dair bir olumsuz otomatik düşünce vardır ve bahsedilen bilişsel döngü yaklaşımı bu durumu açıklar niteliktedir. Bu doğrultuda, ÇKB'nin BDT ile tedavisinde yer alan bilişsel unsurlar, bireyselleştirilmiş bir sosyal korku modelinin geliştirilmesini, işlevsiz temel inançların tanımlanmasını, daha uyumlu bilişlerin ve inançların geliştirilmesini ve güvenlik davranışlarına meydan okumak için davranışsal deneylerin uygulanmasını kapsamaktadır. Literatür taramaları, SAB ve ÇKB için uygulanan BDT'de, bilişsel yeniden yapılandırma ile yüzleştirme teknikleri birlikte uygulandığında, tek başına uygulanan yüzleştirme tekniğinden daha iyi sonuçlar elde edildiğini göstermektedir (Heimberg 1993).

## **Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi (BDGT)**

Grup terapisi, bireysel terapinin grupla yapılan şekli olarak tanımlanmaktadır. Grup terapisinde danışanlar genellikle kendilerinininkine benzer problemler yaşayan diğer danışanlarla birlikte, ilgili alanda eğitimini tamamlamış lider bir psikoterapist eşliğinde ortak bir amaca yönelik olarak çalışırlar. Grup terapisi, belirli bir terapi türünde kullanılan yaklaşımların bireysel olarak değil de bir grup danışan üzerinde uygulanan şeklidir. BDGT, bireylerin baş etme becerilerini geliştirmek, içsel ve ilişkisel problemlerini çözümlenmek için davranışsal (örn. modelleme ve pekiştirme), bilişsel (örn. bilişsel yeniden yapılandırma ve problem çözme), ilişkisel ve grup prosedürlerinden yararlanan bir grup yaklaşımıdır. BDGT'de BDT'deki amaç doğrultusunda grup terapisi ilkeleri temel alınarak danışanlara BDT teknikleri uygulanmaktadır. BDGT iki yönüyle bireysel BDT'den farklılaşmaktadır. Bunlardan ilki, terapi esnasında modelleme ve operant tekniklerin bireysel seanslara nazaran grup seanslarında daha fazla kullanılmasıdır. İkincisi ise, grup üyeleri arasındaki etkileşim oranının terapiye katkısının çok fazla olmasıdır (Rose 1998).

Yalom (1985)'a göre, grup terapilerinin bireysel terapilere göre birçok avantajı bulunmaktadır. Grup terapisti, ikinci ağızdan aktarılan kişiler arası iletişimlerin aksine bu iletişimleri canlı olarak gözlemleme fırsatına sahiptir. Grup, danışana, rahatsız edici veya başkaları tarafından kabul edilebilir davranışlar ve çarpık bilişler hakkında bir geri bildirim kaynağı sağlar. Başkalarına yardım edebiliyor olmak terapiyi kolaylaştıran bir faktördür. Bireyler

hem hasta hem de yardımcı terapist olma fırsatına sahiptir. Grup ortamındaki danışanlar, ne kadar ciddi olursa olsun bahsedilen problemi sadece kendisinin yaşamadığını, başkalarının da benzer deneyimlere sahip olduklarını keşfederler. Böylece bireyler, sorunlarını normalleştirebilirler. Grup, özellikle BDGT’de beyin fırtınası konusunda zengin bir fikir kaynağı, alternatif stratejileri kullanmak için öneriler ve rol yapmak için modeller sağlar (Yalom 1985). Grup ortamında, danışanların davranışlarının karşılıklı olarak pekiştiriliyor olması, tek başına terapistin danışana sağladığı pekiştirmeden daha etkilidir. Bu da BDGT’de grup ortamının sağladığı avantajlardan diğer bir tanesidir.

BDGT sürecinde terapistler tarafından yapılması gereken ve aşamalı olarak ilerleyen bir dizi etkinlik bulunmaktadır. Bunlar, grup öncesi planlama, yönlendirme, değerlendirme, müdahale, genelleme, sonlandırma ve takip etkinliklerini içermektedir. Terapistler, BDGT planlamasını yaparken, grubun amaçlarını belirleme, üyeliği değerlendirme, üyeleri gruba dahil etme, grubun sosyal ortamına veya yapısına karar verme ve grubun fiziksel ortamını oluşturma gibi sorumluluklara sahiptir. Bu planlama yapılırken aynı zamanda, grubun teması, grup büyüklüğü, terapist sayısı, seans sıklığı ve uzunluğu, grup için yeterli sayıda danışanın bulunup bulunmadığı gibi faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır. Yapısı bakımından gruplar homojen (danışanların benzer probleme sahip olduğu) ya da heterojen (danışanların farklı problemlere sahip olduğu) olabilmektedir. Çoğu BDGT programı homojen bir yapıya sahiptir. BDGT için iki türde temel organizasyon tanımlanabilir. İlki, yeni grup katılımcılarının herhangi bir zamanda gelip herhangi bir zamanda ayrıldığı açık gruplardır. İkincisi ise, tüm katılımcılar için sabit bir başlangıç ve sabit bir bitiş tarihi olan kapalı gruplardır. Literatürde yer alan BDGT grupları genellikle kapalı yapıdadır. Çoğunlukla, haftada bir kez, 1,5-2 saat uzunluğunda, bir terapistin ve 8-10 katılımcının eşlik ettiği seanslar gerçekleştirilir. İlk grup oturumlarında grup üyelerine, grubun amaçlarına, kullanılacak yöntemlere, planlanan hedeflere ve grupta paylaşılan bilgileri gizli tutmanın önemine dair bilgilendirme yapılır. Değerlendirmenin amacı, her bir danışan için belirlenen genel hedefler çerçevesinde özel bir tedavi hedefinin oluşturulmasıdır. Müdahale aşamasında, belirlenen hedefler doğrultusunda, değişimi kolaylaştırmak için çeşitli terapi teknikleri seçilerek uygulamaya geçilir. Danışanlara gerekli bazı becerileri öğretmek için problem çözme, modelleme, davranış provaları, bilişsel yeniden yapılandırma, rasyonel-duygusal teknikler, sosyo-eğlence, gevşeme ve nefes egzersizleri gibi teknikler uygulanır. Genelleme aşamasında ise hastanın grup ortamında öğrendiklerini dış dünyaya aktarması ve öğrendiklerini terapi süreci sona erdikten sonra da sürdürmesi için ev ödevleri verilir. Son olarak, sonlandırma aşaması, ayrılma duygusu ile baş etme, grup deneyiminin gözden geçirilmesi, danışanların ve terapistin geri bildirim alıp vermesi ve öğrenilenlerin geleceğe aktarılması gibi faktörlerden oluşur (Rose 1999).

ÇKB’de olduğu gibi, özellikle kişilerarası sorunlar yaşayan bireylerde BDGT kişilerarası bir ortamda sorunun doğasını anlayarak, grup ortamında gözlem yapabilme olanağı sağlar. BDT’nin temelinde eğitimsel bir yaklaşım da yer aldığından danışanlar grup ortamında bazı beceriler edinirler ve bu grup ortamında kazanılan deneyimler ÇKB’ye sahip kişiler için dış dünyada deneyimleyerek öğrenmekten daha kolay ve güvenilirdir. Ayrıca bu öğrenmenin sonuçları dış dünyaya da genellenebilir niteliktedir. BDGT’de benzer sorunları yaşayan danışanların tecrübeleri ve sorunları için kullandıkları çözüm yollarını birbirileri ile paylaşarak modelleme yoluyla öğrenmeleri grup terapilerinin avantajlarından diğer bir tanesidir. Grup terapilerinde benzer problemler yaşayan danışanların bir arada olması kendi problemlerini normalleştirmelerini ve diğerlerinden sosyal destek almalarını sağlar. Danışanın kendi sorunu ile ilgili sahip olduğu çarpık biliş de bu yolla değiştirilebilir. ÇKB’ye sahip bireylerin diğerleri tarafından eleştirilme ve reddedilme konusunda sahip oldukları temel inançlar, grup ortamının sağladığı maruziyet ile değiştirilebilir. Danışanlar, bu tarz inançlarının doğrulanmadığını bizzat deneyimleyerek öğrenme fırsatına sahiplerdir. Grup terapisi için Yalom ve Greaves (1977)’in yaptığı tanımlamada evrensellik, grup bağlılığı ve özveri gibi özellikler BDGT’de tedavide ilerlemeyi sağlayan faktörler arasındadır.

ÇKB, C kümesi kişilik bozukluklarının içerisinde işlevsellikte en çok bozulmaya neden olan kişilik bozukluğu olarak bilinmektedir. Bireylerin işlevselliklerinde yaşanan bu bozulmalar gündelik hayatlarında yapması gereken işlerini yapamamasına, sosyal olarak içe çekilmelerine ve psikolojik sağlığımız için oldukça önemli bir etken olan sosyal destekten mahrum kalmalarına, iş yaşamları üzerinde olumsuz etkilere ve hatta işlerini kaybetmelerine neden olabilmektedir. Bu sebepler doğrultusunda da majör depresif bozukluk ile komorbiditesi oldukça yüksek düzeylerde seyretmekte ve intihar gibi hayati risk taşıyan davranışlar ile sonuçlanabilmektedir. Tüm bunlar birlikte ele alındığında böylesine önemli fakat hâlâ yeterli araştırılmalarının yapılmadığı bir bozukluk üzerinde yeni araştırmaların yapılması ve etkili bir tedavi yönteminin uygulanması önem arz etmektedir.

ÇKB’ye sahip bireyler üzerinde uzun zamandır uygulanan BDT, danışanların soruna neden olan bilişine ve bu bilişin neden olduğu davranışlara odaklandığından dolayı tek başına uygulanan davranış terapisi ve psikodinamik terapi gibi yöntemlerden daha etkili bulunmuştur (Weinbrecht ve ark. 2016). Literatürde BDT’nin ÇKB üzerinde uygulandığı ve yüksek etkililik oranlarının bildirildiği birçok çalışma bulunmaktadır. Örneğin,

Emmelkamp ve ark. (2006)'nın ÇKB'ye sahip olan bireyler üzerinde bireysel bilişsel terapi ile kısa psikodinamik terapiyi karşılaştırdıkları bir çalışmada, bilişsel terapiye randomize bir şekilde atanan 21 hasta için öz-bildirim ölçümlerinde yüksek etki büyüklükleri ve SCID II'de %91'lik bir iyileşme oranı bildirmişlerdir. Benzer şekilde, Strauss ve ark. (2006) tarafından 23 kişilik ÇKB tanısı almış bireylerle yapılan kontrolsüz bir bireysel bilişsel terapi uygulaması ve sosyal anksiyete için kişilerarası tedavi ile bilişsel terapiyi karşılaştırdığı bir çalışmada, komorbid ÇKB'ye sahip olan hastaların üçte ikisinin tedaviden 1 yıl sonra tedavi koşulları arasında fark olmaksızın ÇKB tanı kriterlerini karşılamamakta olduğu bulunmuştur.

Erken dönem BDT seansları genellikle grup formatında uygulanmıştır. ÇKB'ye sahip danışanlara uygulanan BDGT teknikleri içerisinde, dereceli maruz kalma egzersizleri, sistematik duyarsızlaştırma, rol canlandırma deneylerinde davranışsal provalar, video geribildirimini içeren kendilik imaj çalışmaları ve sosyal beceri eğitimi yer almaktadır. ÇKB'ye sahip danışanlara uygulanan BDGT'den elde edilen sonuçlara göre BDGT ile orta ila iyi derecede ve kalıcı iyileşmeler elde edilmiştir (Renneberg ve ark. 1990, Stravynski ve ark. 1994).

BDGT bireyleri sosyal bir grubun içine dahil ettiği için danışan kendisine benzer sıkıntılar yaşayan kişilerle bir araya gelmekte ve yaşadığı sıkıntıya ilişkin farklı bakış açılarını görüp sorunlarını ele almanın farklı yolları olduğunu keşfetme fırsatı bulmaktadır. Ayrıca diğer kişilerden destek almak, onlara destek olabilmek ve diğer kişiler tarafından kabullenilmek kişide güven duygusunun oluşmasını sağlar. Bunun yanında, grup arkadaşlarının benzer sorunları çözebildiğini görmek kişiye umut aşılar ve kendisinin de bu sorunları çözebileceğine dair inancı oluşturur. Bu da danışanların olumsuz temel inançlarını düzenlemek için faydalı bir yol olabilir. Örneğin, Alden (1989), Stravynski ve ark. (1982)'nin yaptıkları çalışmada da benzer şekilde, yapılandırılmış beceri eğitiminin türü fark etmeksizin, hastaların gruptaki diğer kişilerle kurduğu ilişkilerde kişilerarası davranışları hakkında geri bildirim alıp vermelerine izin veren kişilik bozukluğu için kullanılan BDGT yöntemi, kaygı, depresyon ve utangaçlık düzeylerinde iyileşme sağlamıştır. ÇKB'ye sahip olan bireylerde kişiler arası ilişki kurma zorluğu, sosyal iletişimden kaçınma, utanma, duygu ve düşüncelerini rahatça ifade edememe, diğerleri tarafından olumsuz bir şekilde değerlendirilmekten korkma ve kendini değersiz hissetme gibi özgüven problemleri görülür. Örneğin, Renneberg ve ark. (1990)'nin yaptıkları çalışmada uygulanan 4 günlük yoğun bir BDGT programından sonra negatif değerlendirme korkusu anketi tarafından değerlendirilen katılımcıların sonuçlarında %40'lık bir iyileşme oranı olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca bu katılımcılardan elde edilen izlem değerlendirmelerinin sonucunda kendileri ya da terapistleri tarafından oluşturulan raporlara göre katılımcıların içerisinde bir hasta başarılı bir şekilde iş aramaya başlayabilmiş, kendisini her zaman yetkisiz olarak gören başka bir hasta kendi video kaydını gözlemlemenin kendisini ilk kez kişiler arası yetkin bir kişi olarak görmesini sağladığını bildirmiş ve diğer ileri boyutta kaçınması olan hastalar ise derslere rahatça katılabilmekte ve fikirlerini özgür bir şekilde ifade edebilmekte olduğunu bildirmişlerdir. Yapılan bir başka çalışmada, BDGT'de bireylerin daha uygun baş etme yolları kullandığı, psikolojik sıkıntı düzeylerinin azaldığı, temel inançlarındaki yanlış bilişlerini fark etmelerini sağladığı görülmüştür (Göcek Yorulmaz ve Tekinsav Sütcü 2015). Bu bulgular da ÇKB tedavisinde BDGT ile başlıca sorun alanlarında iyileşmenin olabileceğini destekler niteliktedir. Bu çalışmanın önermesi ile çelişkili olarak, ÇKB ve komorbid SAB'ye sahip danışanlara uygulanan BDGT yöntemi SAB'ye sahip danışanlar üzerinde anlamlı derecede belirtileri azaltmış ancak ÇKB'ye sahip danışanların belirtilerini azaltmada SAB üzerinde olduğu kadar anlamlı bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur (Brown e ark. 1995, Hope ve ark. 1995). Bu farklılığın olası nedeninin, çekingen kişiliği ölçmek için kullanılan araçlardaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Öyle ki kişilik bozukluklarının ölçümleri arasındaki anlaşmazlıklar kötü bir üne sahiptir (Renneberg ve ark. 1992).

Literatürde BDGT'nin ÇKB'nin tedavisinde uygulandığı ve etkililiğinin bildirildiği az sayıda ve çalışmaların gerçekleştirildiği yıl bakımından görece eski çalışmalar bulunmaktadır ancak BDGT'nin SAB tedavisinde uygulandığı ve bireysel BDT'den daha etkili olduğuna dair daha fazla çalışma bulunmaktadır. Giriş kısmında da belirtildiği gibi, ÇKB'nin SAB ile birçok ortak özellik barındırmasından ve SAB'nin komorbid olarak ÇKB ile beraber görülmesinden dolayı BDGT uygulamasının ÇKB üzerinde de BDT'ye göre daha etkili olabileceği önermesi araştırmaya değer gerekçeler barındırmaktadır.

Yalçın ve Sütcü (2016) tarafından 2005-2015 yılları arasında yayınlanan SAB'ye sahip olan yetişkinlerde BDGT'lerin etkililiğini değerlendiren makalelerin gözden geçirme çalışmasından elde edilen verilere göre, BDGT programında uygulanan teknikler genellikle psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, seans içi maruz bırakma çalışmaları, sosyal beceri eğitimi ve farkındalık eğitimlerini içermektedir. Kontrol gruplarını içermeyen ön-test, son-test ve izlem görüşmelerine dayalı olarak yapılan bu etkililik çalışmaları BDGT'nin etkili olduğunu ve sosyal anksiyete belirtilerini anlamlı bir seviyede azalttığını göstermiştir (Ashbaugh ve ark. 2007, Chen ve ark. 2007). Gözden geçirme çalışmasının sonuçlarına genel olarak bakıldığında, sosyal anksiyetenin belirsizliğe karşı tahammülsüzlük, kendine dikkat, sosyal anksiyete ile ilgili işlevsel olmayan düşünceler ve inançlar gibi bazı semptomlarına odaklanan çalışmaların yapıldığı ve bu çalışmalarda genellikle sosyal anksiyeteyle ilgili



semptomların azaldığı ve hayat kalitesinin arttığı görülmüştür (McEvoy ve Perini 2009, Mahoney ve McEvoy 2012, Koerner ve ark. 2013). SAB'nin BDGT ile tedavisinin yürütüldüğü bir başka çalışmadaki izlem değerlendirmeleri, elde edilen kazanımların tedavi bittikten sonra da halen varlığını sürdürdüğünü, hatta bazı çalışmalar BDGT'nin kazanımlarının diğer terapi tekniklerine nazaran daha uzun bir süre

Varlığını koruduğunu göstermiştir (Herbert ve ark. 2009). Bu bulgulara göre BDGT'nin SAB üzerinde oldukça etkili olduğu sonucu, yukarıda belirtilen sebeplerden dolayı ÇKB üzerine de uyarlanabilir nitelikte olduğu düşünülmektedir.

## Sonuç

ÇKB üzerinde uygulanan bilişsel yönelimli grup terapileri, bazı araştırmalarda oldukça etkili bulunmuştur. Grup terapileri, bireysel olarak uygulanan terapilerden daha farklı özelliklere sahiptir ve bu özellikler de grup ortamını daha avantajlı hale getirmektedir. Grup terapilerinin aynı anda birden fazla danışana müdahale edebilmesi nedeniyle parasal ve zamansal olarak tasarruf sağlaması, benzer probleme sahip danışanların bir araya gelmesi ile birlikte sorunların normalleştirilmesi ve bir problemin farklı çözüm yollarının keşfedilerek modelleme yolu ile öğrenilmesi, grup ortamında kurulan ilişkilerin danışanlara sosyal destek sağlaması bu avantajlara örnek olarak verilebilir.

ÇKB'ye sahip bireyler, ilişki kurmaya bir o kadar istekli olmalarına rağmen sahip oldukları çekinceler nedeniyle sosyal açıdan izole ve başkalarına karşı güvensiz bir hayat sürdürmektedir. BDGT, ÇKB'ye sahip bireylerin güvenli bir ortamda sosyal bağ kurmalarına olanak sağlayarak danışanların birbiri ile güvene dayalı bir ilişki kurmalarına fırsat sunmaktadır. Ayrıca, ÇKB'ye sahip olan bireyler, başkaları tarafından reddedilme, onaylanmama ve sevilmeme gibi olumsuz otomatik düşüncelere sahiptir. Grup ortamının bireylere sağladığı sosyal maruziyet ile bu gibi inançlarının doğrulanmadığını deneyimlemeleri sayesinde çarpık bilişleri değiştirilebilir. Yapılan çalışmalar, grup terapilerinin, ÇKB hastalarının maruz kaldıkları yüzleştirmeye baş etmelerini sağlaması açısından etkin olduğunu göstermektedir (Sevinçok ve ark. 1998).

ÇKB üzerinde hangi grup terapisinin uygulanması gerektiği konusunda literatürde yapılmış çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bilişsel-davranışçı yönelime sahip olan grup terapilerinin ÇKB üzerinde etkili olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır ancak bu çalışmalar yapıldığı yıl bakımından eski ve oldukça az sayıdadırlar (Renneberg ve ark. 1990, Stravynski ve ark. 1994). Bu yüzden bu çalışmada ÇKB ve SAB'nin ortak birçok özellik barındırması ile komorbidite oranlarının çok yüksek olması nedeniyle SAB üzerinde yapılan BDGT çalışmaları da derlenmiştir. Daha net çıkarımlar yapabilmek için BDT ve BDGT'nin etkililik oranlarının karşılaştırıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Aynı zamanda ÇKB'ye sahip bireylerin sahip oldukları çekinceler nedeniyle grup terapisine karşı sahip oldukları önyargı, terapistlere, bireysel ve grup terapi seanslarını birleştirme fikrini de düşündürebilir.

Son yıllarda ÇKB üzerinde uygulanan grup terapisi çalışmaları hız kazanmış olsa da oldukça etkili bir yaklaşım sunan bilişsel-davranışçı yönelime sahip grup çalışmalarına dair çok az veri bulunmaktadır. Bu nedenle ÇKB'ye sahip bireylerde BDT ve BDGT'nin etkililiğini inceleyen ek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu derleme makalesi ile ÇKB üzerinde uygulanan BDGT'nin önemi ve etkililiği konusunda araştırmacıların dikkati çekilmek istenmektedir. Özellikle ÇKB'ye dair literatürdeki çalışma eksikliği de göz önüne alındığında, önemli zorluklarla baş etmekte olan bireylerin semptomları üzerinde gerçekleşecek ufak bir gelişmenin bile çok önemli olduğu düşünülmektedir. ÇKB'ye sahip bireylere uygulanabilecek etkili terapiler arasında, BDGT'nin, parasal ve zamansal açıdan bir tasarruf, problemin normalleştirilmesi, çarpık bilişin değiştirilmesi, modelleme yoluyla öğrenme, sosyal açıdan destek, güvenli bir ortam, içgörü ve yüzleştirme sağlaması gibi avantajları nedeniyle BDGT'nin yaygınlaştırılması önerilmektedir. Bu alandaki çalışma eksikliğinin de araştırmacılar tarafından giderilmesi önemli görülmektedir. Bu derleme çalışması ile ÇKB üzerinde uygulanacak grup terapilerinin hazırlanmasında uygulayıcılara rehberlik edeceği düşünülmektedir.

## Kaynaklar

- Acun Kapıkıran N (2004) İdeal ve gerçek benlik kavramı ölçeğinin güvenilirliği. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 16:14-25.
- Alden L (1989) Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. J Consult Clin Psychol, 57:756-64.
- Alden LE, Lapsa JM, Taylor CT, Ryder AG (2002) Avoidant personality disorder: current status and future directions. J Pers Disord, 16:1-29.
- APA (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd Ed). Washington DC, American Psychiatric Association..

- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th. Ed.). Washington DC, American Psychiatric Association.
- Arkowitz H, Lichtenstein E, McGovern K, Hines P (1975) The behavioral assessment of social competence in male. *Behav Ther*, 6:3-13.
- Ashbaugh A, Antony MM, Liss A, Summerfeldt LJ, McCabe, RE, Swinson RP (2007) Changes in perfectionism following cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Depress Anxiety*, 24:169-177.
- Beck AT (1970) Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behav Ther*, 1:184-200.
- Beck AT, Davis DD, Freeman A (2004) *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (2nd Ed.). New York, Guilford Press.
- Beck AT (2005) The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*, 62:953-957.
- Boettcher MA, Piacentini J (2007) Cognitive and behavioral therapies. In *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 4th ed. :796-819. Philadelphia, PA, Lippincott Williams and Wilkins.
- Brooks RB, Baltazar PL, Munjack DJ (1989) Co-occurrence of personality disorders with panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: a review of the literature. *J Anxiety Disord*, 3:359-385.
- Brown EJ, Heimberg RG, Juster HR (1995) Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behav Ther*, 26:467-486.
- Chen J, Nakano Y, Ietzu T, Ogawa S, Funayam T, Watanabe N et al. (2007) Group cognitive behavior therapy for Japanese patients with social anxiety disorder: preliminary outcomes and their predictors. *BMC Psychiatry*, 7:69.
- Clark DM, McManus F (2002) Information processing in social phobia. *Biol Psychiatry*, 51:92-100.
- Clark DM, Wells A (1995) A cognitive model of social phobia. In *Social Phobia: Diagnosis, Assessment And Treatment* (Eds RG Heimberg, MR Liebowitz):69-93. New York: Guilford Press.
- Cramer V, Torgersen S, Kringlen E (2006) Personality disorders and quality of life. A population study. *Compr Psychiatry*, 47:178-84.
- Crawford TN, Cohen P, Johnson JG, Kasen S, First MB, Gordon K et al. (2005) Self-reported personality disorder in the children in the community sample: convergent and prospective validity in late adolescence and adulthood. *J Pers Disord*, 19:30-52.
- Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak OA, Çetin Ş, et al. (2019) DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonunun Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg*, 30:51-56.
- Emmelkamp PM, Benner A, Kuipers A, Feiertag GA, Koster HC, Van Apeldoorn FJ (2006) Comparison of brief dynamic and cognitive behavioural therapies in avoidant personality disorder. *Br J Psychiatry*, 189:60-64.
- Erkan Y, Güçray D, Çam Y (2002) Ergenlerin sosyal kaygı düzeylerinin ana baba tutumları ve cinsiyet açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10:64-75.
- First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL (2015) *Structured Clinical Interview for DSM-5-Research Version (SCID-5 for DSM-5, Research Version; SCID-5-RV)*. Arlington VA, American Psychiatric Association.
- Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, Overgard KT, Rosenvinge JH (2013) Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a metaanalysis of 30 years of research. *J Affect Disord*, 145:143-155.
- Göcek Yorulmaz E, Tekinsav Sütcü S (2015) İnfertilitede bilişsel davranışçı grup terapilerinin etkililiği: sistematik gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8 (Suppl 1 ):144-156.
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ et al. (2004) Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*, 65:948-958.
- Güleç C, Koroğlu E (2007) *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Heimberg RG (1993) Specific issues in the cognitive-behavioral treatment of social phobia. *J Clin Psychiatry*, 54:36-45.
- Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR (Eds) (1995) *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York, NY, Guilford Press.
- Heimberg RG, Becker RE (2002) *Treatment Manuals for Practitioners. Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Phobia: Basic Mechanisms and Clinical Strategies*. New York, NY, Guilford Press.
- Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Moitra E, Myers VH, Dalrymple KL et al. (2009) Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*, 23:167-177.
- Hope DA, Herbert JD, White C (1995b): Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Cognit Ther Res*, 19:399-417.
- Koerner N, Antony MM, Young L, McCabe RE (2013) Changes in beliefs about the social competence of self and others following group cognitive-behavioral treatment. *Cognit Ther Res*, 37:256-265.
- Koroğlu E, Bayraktar S (2010) *Kişilik Bozuklukları*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Mahoney AE, McEvoy PM (2012) Changes in intolerance of uncertainty during cognitive behavior group therapy for social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 43:849-854.
- Manassis K, Mendlowitz SL, Scapillato D, Avery D, Fiksenbaum L, Freire M et al. (2002) Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:1423-1430.
- McEvoy PM, Perin SJ (2009) Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: a controlled trial. *J Anxiety Disord*, 23:519-528.

- Millon T (1969) *Modern Psychopathology*. Philadelphia, Saunders.
- Leahy R, Holland S (2009) *Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Plânları ve Girişimleri* (Çeviri Eds Köroğlu E, Türkçapar H, Aslan S). Ankara, HYB Basın Yayın.
- Özcan Ö, Çelik G (2017) Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 3:115-120.
- Özdel K (2015) Düünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8:10-20.
- Reich J (2014) Avoidant personality disorder and its relationship to social anxiety disorder. In *Social Anxiety* 3rd ed. (Eds SG Hofmann, PM DiBartolo):27-44. San Diego, Academic Press.
- Renneberg B, Goldstein AJ, Phillips D, Chambless DL (1990) Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorder. *Behav Ther*, 21:363-77.
- Renneberg B, Chambless DL, Dowdall D, Fauerbach JA, Gracely EJ (1992) The structured clinical interview for the DSM-III-R, axis II and the millon clinical multiaxial inventory: a concurrent validity study with anxious outpatients. *J Pers Disord*, 6:117-124.
- Rose SD (1999) Group therapy: a cognitive-behavioral approach. In *A Guide to Starting Psychotherapy Groups* (Eds JR Price, DR Heschles. AR Price):99-113. San Diego, Academic Press.
- Sevinçok L, Dereboy F, Dereboy Ç (1998) Çekingen kişilik bozukluğunun klinik özellikleri ve tedavisi. *Klinik Psikiyatri*, 1:22-26.
- Sadock BJ, Sadock VA (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (10. Baskı). Philadelphia, Lippincott Williams &Wilkins.
- Sanislow CA, Bartolini E, Zoloth (2012) Avoidant personality disorder. In *Encyclopedia of Human Behavior* (Eds VS Ramachandran), 2:257-266. Academic Press, San Diego.
- Stone MH (1993) *Abnormalities of Personality: Within and Beyond the Realm of Treatment*. New York: Norton.
- Strauss JL, Hayes AM, Johnson SL, Newman CF, Brown GK, Barber JP et al. (2006) Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol*, 74:337-45.
- Stravynski A, Marks I, Yule W (1982) Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification. *Arch Gen Psychiatry*, 39: 1378-1385.
- Stravynski A, Belisle M, Marcouiller M, Lavallee YJ, Elie R (1994) The treatment of avoidant personality disorder by social skills training in the clinic or in real-life settings. *Can J Psychiatry*, 39:377-83.
- Torgersen S (2009) The nature (and nurture) of personality disorders. *Scand J Psychol*, 50:624-32.
- Türkçapar H (2015) *Bilişsel Terapi*. Ankara, HYB Yayıncılık.
- Ullrich S, Farrington DP, Coid JW (2007) Dimensions of DSM-IV personality disorders and life-success. *J Pers Disord*, 21:657-63.
- Waugh R (2001) Measuring ideal and real self-concept on the same scale, based on a multifaceted, hierarchical model of self-concept. *Educational and Psychological Measurement*, 61:85-92.
- Watson D, Friend R (1969) Measurement of social-evaluative anxiety. *J Consult Clin Psychol*, 33:448-457.
- Weinbrecht A, Schulze L, Boettcher J, Renneberg B (2016) Avoidant personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep*, 18:29.
- Yalçın M, Sütcü S (2016) Yetişkinlerde sosyal fobinin tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiği: sistematik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(Suppl 1):61-78.
- Yalom LD, Greaves C (1977) Group therapy with the terminally ill. *Am J Psychiatry*, 134:396-400.
- Yalom ID (1985) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 3rd ed. New York, Basic Books.
- Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I (2005) The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 162:1911-8.

**Yazarların Katkıları:** Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olunduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

**Danışman Değerlendirmesi:** Dış bağımsız

**Çıkar Çatışması:** Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

**Not:** Bu çalışmada bize yardımcı olan Dr. Burcu KORKMAZ'a ve İngilizce yönünden değerlendirmesini yapan Furkan ERDEM'e teşekkür ederiz.

**Authors Contributions:** The author(s) have declared that she has made a significant scientific contribution to the study and has assisted in the preparation or revision of the manuscript

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared.

**Financial Disclosure:** No financial support was declared for this study.

**Acknowledgement:** We would like to thank Dr. Burcu KORKMAZ for her help in this study and Furkan ERDEM for his English evaluation.