

# Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Grup Psikoterapisinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi



Dr. Yasir ŞAFAK<sup>1</sup>, Dr. Mehmet Emrah KARADERE<sup>2</sup>, Dr. Kadir ÖZDEL<sup>3</sup>, Dr. Türkan ÖZCAN<sup>4</sup>,  
Dr. Mehmet Hakan TÜRKÇAPAR<sup>5</sup>, Dr. Erkan KURU<sup>6</sup>, Dr. Bengü YÜCENS<sup>7</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin (BDGT) etkinliği değerlendirilmiştir.

**Yöntem:** Çalışma için Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR) ölçütlerine göre OKB tanısı konulmuş 82 hasta değerlendirilmiştir. Değerlendirme görüşmesi sonrası uygun olan ve grup terapisine katılmayı kabul eden 37 hasta grup terapisine alınmıştır. Bu gruba 14 seans haftalık 90-120 dakika süren bilişsel davranışçı grup terapisi (BDGT) uygulanmıştır. BDGT'ye katılan hastalara Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) ve Belirti Kontrol Listesi (Y-BOCS-SC), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) uygulanmıştır. Ölçekler, değerlendirme aşamasında ve 2, 5, 8, 12 ve 14'ncü seanslardan sonra tekrar uygulanmıştır.

**Bulgular:** Grup terapileri sırasında 8 kişi çeşitli nedenlerle tedaviyi bırakmıştır ve 29 hasta grup terapilerini tamamlamıştır. Çalışmayı tamamlayan hastaların başlangıç-sonuç puanları arasındaki fark incelendiğinde tüm gruplarda ortalama BAE, BDE ve Y-BOCS puanında anlamlı düzeyde azalma tespit edilmiştir. Grup terapisi sonuçlarının cinsiyet, yaş ve eğitim süresi bakımından farklılık göstermediği bulunmuştur.

**Sonuç:** Bu çalışmada BDGT uygulamasının OKB belirtilerinde anlamlı iyileşme sağladığı saptanmıştır. Ayrıca tedavi sonuçlarının sosyodemografik özellikler, hastalık özellikleri, eş tanı bakımından farklı gruplarda farklılık göstermediği saptanmıştır. Tüm bu sonuçlar göz önünde tutulduğunda BDGT, incelenen tüm faktörlerden bağımsız bir şekilde OKB'nin tedavisinde etkin görünmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Obsesif kompulsif bozukluk, bilişsel terapi, davranış terapisi, grup psikoterapisi

## SUMMARY

### The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Psychotherapy For Obsessive-Compulsive Disorder

**Objective:** The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive behavioral group therapy (CBGT) in the treatment of the obsessive-compulsive disorder (OCD).

**Materials and Methods:** The study included 82 patients diagnosed as OCD according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). In all, 37 patients that had their diagnosis confirmed via the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and agreed to participate were provided group therapy as 14 weekly 90-120-min sessions. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Symptom Checklist (Y-BOCS-SC), Beck Depression Inventory (BDI), and Beck Anxiety Inventory (BAI) were administered to the patients prior to group therapy (baseline) and again after sessions 2, 5, 8, 12, and 14.

**Results:** In all, 8 patients dropped out of the study for various reasons and 29 completed the group therapy. There were significant reductions in BAI, BDI, and Y-BOCS scores in the patients that completed the group therapy. Additionally, BAI, BDI, and Y-BOCS score did not differ according to age, gender, or level of education.

**Conclusions:** CBGT was associated with significant improvement in OCD symptoms. Neither demographic characteristics (age, gender, and education level), nor clinical characteristics (disease duration, type of obsession, compulsion type, treatment history, and comorbidity pattern) had an effect on treatment outcome. In light of these findings, we think CBGT is an effective option for the treatment of OCD.

**Key Words:** Obsessive-compulsive disorder; cognitive therapy; behavior therapy; psychotherapy, group

**Geliş Tarihi:** 22.04.2013 - **Kabul Tarihi:** 21.08.2013

<sup>1</sup>Uzm., <sup>3</sup>Uzm., <sup>6</sup>Asis., Psikiyatri AD., Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ankara. <sup>2</sup>Uzm., Psikiyatri AD., T.C. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniv. Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum. <sup>4</sup>Uzm., Psikiyatri AD., Aksaray Devlet Hastanesi, Aksaray. <sup>5</sup>Prof., Hasan Kalyoncu Üniv. Psikoloji Bl., İstanbul. <sup>7</sup>Uzm., Psikiyatri AD., Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.

Dr. Yasir Şafak, e-posta: [dr.yasirshafak@yahoo.com](mailto:dr.yasirshafak@yahoo.com)

doi: 10.5080/u7510

## GİRİŞ ve AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) genellikle süregelen, dönemseller alevlenmelerle giden, kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde belirgin bozulmaya yol açan obsesyon ve kompulsiyonlarla seyreden heterojen bir bozukluktur (Sadock ve Sadock 2007, Öztürk ve Uluşahin 2008, Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). OKB tedavi edilmezse kronik seyirli, işlevselliği bozan bir hastalıktır (Tükel ve ark. 2006, Tezcan ve ark. 1998). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre OKB, işlevselliği olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasında ön sıralarda yer almaktadır (Dünya Sağlık Örgütü 1999).

Obsesif kompulsif bozukluk, bilişsel ve davranışsal boyutları olan heterojen bir bozukluktur (Sadock ve Sadock 2007). Çok sayıda araştırma obsesif kompulsif belirtilerin tedavisinde ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapinin etkinliğini desteklemektedir (Abramowitz 1997, Alonso ve ark. 2001, Eddy ve ark. 2004, Houghton ve ark. 2010). Psikolojik bakış açısından OKB hastalarında; durumları, nesnelere, girici düşünceleri yanlış şekilde tehlikeli yorumlama eğilimi olduğu kabul edilmektedir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), davranışlar ve bilişler üzerinde değişiklik yaparak kaygı uyandırıcı düşünmeyi ve belirtilerin sürmesinde etkili olan davranışları değiştirmeyi/azaltmayı amaçlamaktadır (Antony ve Swinson 2001, Türkçapar ve Şafak 2012).

OKB için çeşitli ilaç tedavileri ve psikososyal tedaviler önerilmiştir. Çok sayıda kontrollü çalışmada “maruz bırakma-yanıt önleme” (exposure-response prevention/ERP) gibi davranışçı müdahalelerin OKB’de etkin bir tedavi olduğu gösterilmiştir (Foa ve Kozak 1996, Abramowitz 1996, 1998).

Geçen birkaç on yılda ERP, OKB’nin psikolojik tedavisinde önemli bir seçenek haline gelmiştir. Maruz bırakma (exposure), korkulan bir durumla yüzleşmeyi ifade eder (ör. kirli objelere dokunma, yazılı ödevde kasten yanlış yapma, yanlış sayıda iş yapma, kişiyi anksiyete oluşturan düşüncelere, kelimelere, imajlara maruz bırakma). Yanıt önleme (response prevention) ise kompulsiyon, ritüel ve koruyucu davranışların ortadan kaldırılmasını amaçlar. On iki ERP çalışması ve yaklaşık 330 hastayı içeren bir incelemede OKB’si olanların % 83’ünün tedaviye cevap verdikleri saptanmıştır (Foa ve Kozak 1996). Bir başka çalışmada hastaların %76’sının (16 çalışmada 376 hastalık grup) gördükleri fayda tedavi bitiminden sonra ortalama 2,4 yıllık izlemde devam etmiştir. Ancak ERP tedavilerinde tedavi bırakma oranlarının yüksek oluşu ve tedaviye uyumsuzluk görülmesi bilişsel tekniklerin de OKB tedavisinde kullanılmasını gündeme getirmiştir. Bilişsel terapinin etkinliğiyle ilgili yapılan araştırmalar çoğu olguda bilişsel terapinin, ERP için etkin bir alternatif olduğunu göstermiştir (van Oppen ve ark. 1995, Abramowitz 1998, Cottraux ve ark. 2001, Houghton ve ark. 2010).

Çoğu çalışma OKB’nin psikolojik tedavisinde bireysel tedavi protokollerinin etkin olduğu üzerinde dursa da bazı çalışmalar OKB’nin grup ortamında da etkin bir şekilde tedavi edildiğini göstermiştir (Himle ve ark. 2001, Cordoli ve ark. 2002, Bieling ve ark. 2006, Anderson ve Rees 2007, Jonsson ve Hougaard 2009). Yazında tanımlanan grup tedavileri; bilişsel terapiyi, davranışçı terapiyi, ERP ve bilişsel terapinin kombinasyonunu, aile üyeleriyle birlikte bireysel terapiyi ve destek grubunu içermektedir (Black ve Blum 1992) van Noppen 1997, Himle ve ark. 2001, Cordoli ve ark. 2002, Bieling ve ark. 2006, Anderson ve Rees 2007, Jonsson ve Hougaard 2009). Yapılan bir çalışmada OKB için ERP ve bilişsel yöntemler içeren grup terapisi değerlendirilmiştir (Cordoli ve ark. 2002). Her grupta ortalama 6 hasta ile 12 seans yapılan bu çalışmada 32 hastanın %78,1’i Y-BOCS ile ölçülen puanda en az %35 iyileşme göstermiştir. Takip eden kontrollü çalışmada BDT grup tedavisinde iyileşme gösteren hastaların oranı %69,6 iken bekleme listesinde bu oran %4,2 olarak bulunmuştur (Cordoli ve ark. 2002). Yapılan bir meta analizde OKB’de bireysel tedavinin grup tedavisine göre daha büyük değişim yaptığı gözlenmiştir (O’Connor ve ark. 2005). Başka bir çalışmada tedaviyi tamamlayan hastalardan bireysel tedavi alanların %44’ünde, grup tedavisi alanların %28’inde iyileşme olduğunu göstermişlerdir. Bu oranlar tüm hastalar dâhil edildiğinde sırasıyla %37 ve % 22 (tedaviyi tamamlayanlar da dâhil) bulunmuştur (Eddy ve ark. 2004). Başka bir meta analizde de bekleme listesi kontrollü grup BDT’nin etkin olduğu saptanmıştır (Jonsson ve Hougaard 2009). Aynı meta analizde bireysel terapi ile grup terapisi arasında bir fark olmadığı söylenmiştir (Jonsson ve Hougaard 2009). Daha sonra yapılan araştırmalarda grup ortamında bilişsel davranışçı terapinin OKB için etkili bir şekilde uygulanabileceği, ancak bireysel terapinin etkinlik açısından küçük bir üstünlüğünün olabileceği ileri sürülmüştür (Jonsson ve ark. 2011). Buna rağmen bireysel ve grup tedavisini bire bir karşılaştırma-ya sağlayan araştırmalar düzenlenmeden hangi girişimin daha etkin olduğunu bilmek çok zordur.

Yazında OKB tedavisinde BDT etkinliğine ilişkin birçok karıştırıcı faktör gözden geçirilmiştir (Mataix-Cols ve ark. 2002, Rufer ve ark. 2006). Bunlar; eş tanılar ve belirti örtüşmesi, belirti içeriğinin farklılığı, rahatsız edici ya da utandırıcı belirti içeriği, zaman içinde belirti dönüşümü, tedaviye yanıt etkileyebilecek sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim süresi), klinik özellikler (belirti süresi, kaçınma, kesin doğruluk ihtiyacı, şüphe, obsesyonel yavaşlık) ve iç görü kısıtlılığını içermektedir. İlaç tedavisi kullanıyor olmak da tedaviye etki edebilecek faktörler arasında sayılabilir. Ancak ilaç tedavisinin BDT etkinliği üzerine etkisi ile ilgili çalışmalar çelişkilidir (van Balkom ve ark. 1994, Abramowitz 1997, van Balkom ve van Dyck 1998, O’Connor ve ark. 1999). Çalışmalardan elde edilen sonuçlar, pek çok faktörün tedavi etkinliğini etkilediğini

göstermektedir. Bu açıdan etkinlik değerlendirmesinde bu faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Bu gerekçelere uygun olarak düzenlediğimiz bu çalışmanın ilk amacı bilişsel davranışçı grup terapisinin (BDGT) OKB belirtilerini azaltmadaki etkinliğini değerlendirmek, ikinci amacı ise tedavi sonuçlarının BDGT’de etkisi olabilecek sosyodemografik faktörler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi) ve klinik özellikler (hastalık süresi, obsesyon tipleri, kompulsiyon tipleri, ek tanı ve tedavi öyküsü) açısından farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmektir.

Bununla paralel olarak çalışmamızın ana hipotezi bilişsel davranışçı terapinin grup ortamında OKB tedavisinde etkin olduğu, ikincil hipotezi ise klinik ve sosyodemografik faktörlerin tedavi etkinliği açısından farklılık göstermediğidir.

Her ne kadar grup BDT uygulamasının OKB tedavisinde etkinliği ve bu etkinliğin bireysel BDT ile karşılaştırılabilir düzeyde olduğu birkaç çalışmada gösterilmişse de ülkemizden herhangi bir örnekleme böyle bir çalışma yapılmamıştır.

## YÖNTEM

### Örneklem

Çalışmada, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine Ocak 2011 ile Kasım 2011 tarihleri arasında başvuran; DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alan 82 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmaya katılan hastalar ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş ve onam yazısı alınmıştır. Hastalara SCID-I uygulanarak OKB tanısı doğrulanmış ve birlikte bulunabilecek eksen-I tanıları belirlenmiştir. Seksen iki hastanın tamamı BDGT için değerlendirme görüşmesine alınmıştır. Değerlendirme görüşmesi ve SCID-I tanılarına göre grup terapisine dâhil edilecek hastalar tespit edilmiştir.

### *Grup terapisine hasta seçiminde kullanılan dışlama ölçütleri sunlardır*

1. Hastanın 14 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olması,
2. Birincil nörolojik bozukluk veya zekâ geriliği bulunması,
3. DSM-IV TR tanı ölçütlerine göre halen ve yaşam boyu psikotik bozukluk, bipolar bozukluk eş tanısının bulunması,
4. Halen bilişsel mental bozukluk (demans, deliryum) bulunması,
5. Halen madde kullanımına bağlı psikiyatrik hastalık bulunması,
6. Antisosyal kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu gibi ağır eksen-II eş tanısı bulunması,

7. Çalışmada kullanılacak ölçekleri doldurabilecek düzeyde okuma-yazma bilmemesi.

### Çalışmanın aşamaları

Araştırma için Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu’na başvuru yapılmış ve etik kurul onayı alınmıştır.

Veri toplanması aşamasında, araştırmaya katılan OKB hastalarına Sosyodemografik Bilgi Formu, Değerlendirme Görüşmesi, DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID-I), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) ve Belirti Kontrol Listesi (Y-BOCS-SC), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) uygulanmıştır.

Değerlendirme görüşmesi ve SCID sonucu çalışma ölçütlerine uygun olan ve grup terapisine katılmayı kabul eden 37 hasta grup terapisine alınmıştır. Değerlendirmeye alınan hastalardan 19’u çalışmada kullanılacak ölçekleri doldurabilecek düzeyde okuma-yazma bilmemesi, 8’i psikotik bozukluk ek tanısı, 2’si bipolar bozukluk ek tanısı, 4’ü antisosyal kişilik bozukluğu, 2’si borderline kişilik bozukluğu, 3’ü madde kullanımına bağlı psikiyatrik hastalık, 3’ü zekâ geriliği, 4’ü grup şeklinde terapiyi kabul etmemesi nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Çalışma dışında bırakılanlarla çalışmaya alınan hastalar sosyodemografik ve klinik özellikler açısından benzerdir. Gruplar 8-10 kişiden oluşturulmuştur. Hastalar obsesyon tiplerine göre sınıflanmamış, gruplara rastgele dağıtılmıştır. Hastaların kullandıkları ilaç tedavisine müdahale edilmemiştir ve terapistler ilaç tedavisi kullanan hastalardan haberdar edilmemiştir. Hastalara bilişsel davranışçı terapi teorik ve süpervizyon eğitimi almış 4 farklı terapist tarafından 14 seans BDGT uygulanmıştır. Seanslar haftada bir kez 90-120 dakika uygulanmıştır. David A. Clark (2004), Gail Steketee’nin (1993) modelleri temel alınarak kliniğimiz tarafından oluşturulmuş tedavi protokolüne göre bilişsel davranışçı terapi; psikoeğitim, bilişsel müdahaleler, davranışçı müdahaleler (maruz bırakma-yanıt önleme), yineleme (relaps) önleme bölümlerinden oluşmaktaydı (Türkçapar ve Şafak 2012). Grup terapisinin ilk 2 seansı psikoeğitime, 3-5. seanslar yalnızca bilişsel müdahalelere, 6-8. seanslar bilişsel ve davranışçı müdahalelerin birlikte uygulanmasına, 9-12. seanslar yalnızca davranışçı müdahalelere ve 13-14. seanslar yineleme önlemeye ayrılmıştı (Tablo 1). Hastalara değerlendirme görüşmesi sonrası ve her müdahale sonrası (2, 5, 8, 12, 14. seanslar sonrası) toplam 6 kez ölçekler yeniden uygulanmıştır.

### Araç ve gereçler

*Sosyodemografik Bilgi Formu:* Hastalara verilen bu form sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ait klinik özellikleri sorgulamak amacıyla kliniğimiz tarafından hazırlanmıştır. Bu form ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek,

**TABLO 1.** OKB İçin Uygulanan Grup BDT Tedavi Protokolü.

Seans	Ana stratejiler
Tedavi öncesi değerlendirme görüşmesi	Grubun nasıl çalışacağını ve ne beklediğini anlatma Grubun normlarını ve kurallarını öğretme Obsesyon, kompulsiyon, nötralizasyon, güvence arama davranışlarının tespiti ve hastaların formülasyonunun yapılması
1-2. Seanslar	Grup üyeleri ile tanışma Tedaviden ne beklenildiğini anlatma Grup kurallarının üzerinden geçme Psikoeğitim: OKB modelini ve anahtar terimleri tanımlama Tedavi stratejilerinin üzerinden geçme Ödev: Ölçekleri doldurma (izlemde kullanılan formlar) Kendi okuyacakları kaynaktan okuma Potansiyel engelleri tartışma
3-5. Seanslar	Ödevleri gözden geçirme Bilişsel Müdahaleler: OKB'nin bilişsel modelini gözden geçirme Bilişsel çarpıtmaları öğretme ve bilişsel çarpıtmalarla baş etme stratejilerini gözden geçirme Ödev: Bilişsel çarpıtma kaydı tutma Düşünce kaydı ile bilişsel çarpıtmalarla baş etmeye yönelik pratik yapma
5-8. Seanslar	Ödevleri gözden geçirme Bilişsel Müdahaleler: Maruz bırakma (exposure) ve yanıt önlemeyi (ritüel prevention) tanıtmaya Bilişsel yeniden yapılandırma Davranışçı Müdahaleler: Seans içi maruz bırakma ve yanıt önleme pratiği yapma Ödev: Düşünce kaydına devam edilmesi Maruz bırakma ve yanıt önleme ile ilgili deneme yapma
9-12. Seanslar	Ödevleri gözden geçirme Davranışçı Müdahaleler: Seans içi maruz bırakma ve yanıt önleme pratiği yapma Ödev: Bilişsel yeniden yapılandırma Düşünce kaydına devam edilmesi Maruz bırakma ve yanıt önleme
13-14. Seanslar	Ödevleri gözden geçirme Yineleme (relaps) Önleme: Hastalığın tekrarlamasına neden olabilecek tetikleyicileri tartışma ve tekrarlamasını önleyecek stratejileri gözden geçirme Ödev: Yineleme (relaps) önleme stratejilerinin pratiğinin yapılması

kullanılan ilaç tedavileri, hastalığın başlangıcındaki ve son dönem stresör varlığı, alkol-madde kullanımı ve diğer fiziksel hastalıkları sorgulanmıştır.

*Değerlendirme görüşmesi:* Klinikteki psikiyatri hekimleri tarafından bireysel olarak yapılan bu görüşmede güncel belirtiler [obsesyonlar, kompulsiyonlar, nötralizasyon (düşünsel etkisizleştirme çabası), kaçınma davranışları, katastrofik yorumlar], OKB öyküsü (başlangıcı, süreci, işlev düzeyi, aile öyküsü), tedavi öyküsü ve ilaç tedavileri (kullandığı tedaviler ve etkileri), eş tanılar (eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıklar) değerlendirilmiş ve hastanın bilişsel davranışçı formülasyonu geliştirilmiştir.

*Tanı için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I):* DSM-IV'e göre Eksen I psikiyatrik bozukluk tanısını araştırmak amacıyla, görüşmecinin uyguladığı yapılandırılmış klinik görüşmedir. Klinik görüşme konusunda deneyimli, ruh sağlığı alanında uzman kişilerin kullanması içindir (First ve ark. 1997). Türkçeye uyarlanması Özkürkçügil ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

*Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Y-BOCS):* OKB tanılı hastalarda obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla, psikopatoloji bilen görüşmeci tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Goodman ve arkadaşları

**TABLO 2.** Grup Terapisine Katılan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.

Sosyodemografik özellikler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	9	% 24,3
Kadın	28	% 75,7
Yaş		
16-24	8	%21,6
25-40	24	%64,9
41-65	5	%13,5
Ortalama	32,13 ± 9,85	
Eğitim süresi		
8 yıl≤	12	%32,5
9-11 yıl	14	%37,8
12 yıl≥	11	%29,7
Ortalama	10,59±3,58	
Medeni durum		
Evli	24	%64,9
Bekâr	13	%35,1
Aile öyküsü		
Var	6	%16,2
Yok	31	%83,8
Başlangıç yaşı		
Ortalama	23,24 ± 5,89	
Hastalık süresi		
Ortalama	8,89±9,09	

(1989a, 1989b) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Karamustafaloğlu ve arkadaşları (1993) tarafından yapılmıştır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır, ancak belirti şiddetini ölçmek amacıyla yalnızca ilk 10 madde kullanılmaktadır. Y-BOCS'un puanlanmasında obsesyon ve kompulsyonlar beşer madde ile ve her bir madde dört puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlanmakta, obsesyon ve kompulsyon alt toplam puanları ve sonunda en fazla 40 puan üzerinden toplam bir puan elde edilmektedir.

Ölçekten elde edilen puanlar ise kendi içinde şu şekilde sınıflandırılmaktadır: 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli.

*Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Belirti Kontrol Listesi (Y-BOCS-SC):* Goodman ve arkadaşları tarafından (1989a) Y-BOCS-SC oluşturulmuştur. Bu ölçek obsesyon ve kompulsiyon tiplerini belirlemeye yardımcı olan, sekiz obsesyon ve yedi kompulsiyon sınıfı içermektedir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Karamustafaloğlu ve arkadaşları (1993) ile Tek ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır.

*Beck Depresyon Envanteri (BDE):* Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen, depresif belirtilerin şiddetini değerlendiren, 21 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. Toplam puanı 0-63 arasında değişmektedir. Türkçeye uyarlaması Hisli (1988) tarafından yapılmıştır.

*Beck Anksiyete Envanteri (BAE):* Beck ve arkadaşları (1988) tarafından anksiyete belirtilerinin şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilen 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Türkçeye uyarlaması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

### İstatistiksel Analiz

Tüm veriler (kategorik ve süreklili), SPSS (Statistical Package for Social Science) Windows sürümü 15.0 yazılımı kullanılarak analize tabi tutuldu. Nicel veriler, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak belirtildi. Analizler sırasında ortalamaların karşılaştırılması için örneklem sayısının küçüklüğünden ve bazı değişkenlerin normal dağılım özelliği göstermemesinden dolayı non-parametrik testler kullanılmıştır (Wilcoxon, Kruskal Wallis). Etki büyüklüğünün hesaplanmasında ilişkili örneklem için kullanılan  $R = Z / \sqrt{N}$  formülü kullanılmıştır.

## BULGULAR

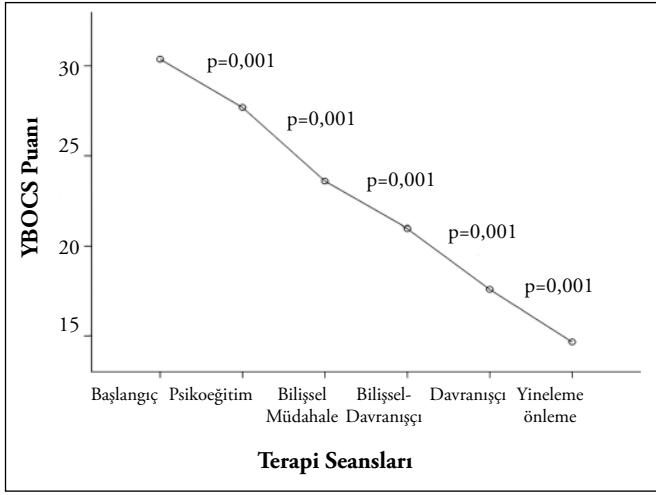
### Sosyodemografik ve klinik veriler

Grup tedavisine katılan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların %75,7'si (28) kadın, %24,3'ü (9) erkekti. Hastaların ortalama yaşı 32,13 ± 9,85 olarak, ortalama eğitim yılı 10,59 ± 3,58 yıl olarak saptandı. Ortalama hastalık süresi 8,89 ± 9,09 yıl olarak belirlendi. Hastaların hastalık başlangıç yaşı ortalama 23,24 ± 5,89 yaş olarak hesaplandı.

Grup tedavisine katılan hastaların klinik özellikleri Tablo 3'de gösterilmiştir.

**TABLO 3.** Grup Terapisine Katılan Hastaların Klinik Özellikleri.

Özellikler	Sayı	Yüzde
Obsesyon tipi		
Bulaş-kirlilik	17	%45,9
Dini-cinsel	7	%18,9
Zarar verme-saldırganlık	5	%13,5
Şüphe	4	%10,8
Kesinlik ihtiyacı-simetri	4	%10,8
Kompulsiyon tipi		
Temizlik-yıkama	17	%45,9
Tekrarlama	9	%24,3
Kontrol	6	%16,2
Zihinsel	5	%13,5
Komorbidite		
Yok	16	%43,2
Depresyon	9	%24,3
Distimi	4	%10,8
Sosyal anksiyete bozukluğu	4	%10,8
Yaygın anksiyete bozukluğu	3	%8,1
Panik bozukluk	1	%2,7
İlaç kullanımı		
Var	20	%54,1
Yok	17	%45,9



**ŞEKİL 1.** Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinde Müdahalelere Göre Y-BOCS Puanındaki Düşüş.

Hastaların klinik özellikleri incelendiğinde; en sık obsesyon tipi bulaş-kirlilik tipi obsesyon, en sık kompulsiyon tipi temizlik-yıkanma tipi kompulsiyondu. Hastaların 23'ünde (%62,2) tek tip obsesyon varken, 14 (%37,8) hastada ikinci bir obsesyon mevcuttu. Hastalar eş hastalanma açısından değerlendirildiğinde; hastaların 16'sında (%43,2) aynı zamanda başka bir eksen-I tanısı yokken, en sık eş tanı depresyon olarak tespit edildi.

### Bilişsel davranışçı grup terapisinin sonuç verileri

Grup terapileri sırasında 8 kişi çeşitli nedenlerle tedaviyi bıraktı. Hastalardan 3'ü terapi randevularına zaman bulamadığından, 3 hasta maruz bırakma alıştırmalarına katlanamadığından, 2 hasta da yarar görmediği için tedaviden ayrıldı. Geri kalan 29 hasta grup terapilerini tamamladı. Grup terapisini tamamlayan hastalar seansların büyük çoğunluğuna katıldılar (katıldıkları ortalama seans sayısı: 12,89±1,08).

Grup terapisini tamamlayan hastaların başlangıç-sonuç puanları arasındaki fark incelendiğinde tüm gruplarda ortalama BAE ( $p=0,001$ ;  $z=-3,73$ ;  $R=0,69$ ), BDE ( $p=0,001$ ;  $z=-4,19$ ;  $R=0,77$ ) ve YBOCS ( $p=0,001$ ;  $z=-4,70$ ;  $R=0,87$ ) puanında anlamlı düzeyde azalma saptandı (Tablo 4).

Tedavi etkinliğinin daha tutucu bir şekilde değerlendirilmesi amacıyla tedaviden ayrılan hastaların son BAE, BDE ve Y-BOCS puanları sonraki ölçümlere taşınarak bir değerlendirme daha yapıldı (last observation carried forward-LOCF). Buna göre tüm gruplarda ortalama BAE ( $p=0,001$ ;  $z=-3,61$ ;  $R=0,67$ ), BDE ( $p=0,001$ ;  $z=-4,19$ ;  $R=0,77$ ) ve Y-BOCS ( $p=0,001$ ;  $z=-5,08$ ;  $R=0,94$ ) puanında anlamlı düzeyde azalma tespit edildi.

Bilişsel davranışçı terapi; psikoöğretim, bilişsel müdahaleler, davranışçı müdahaleler (ERP), yineleme önleme bölümlerinden oluşmaktaydı. Her müdahale sonrası hastalara uygulanan ölçekler sonucu müdahalelerin her birindeki değişim incelendiğinde tüm müdahaleler öncesi ve sonrası uygulanan Y-BOCS puanlarındaki düşüş anlamlı bulundu (Şekil 1).

BDGT toplam dört terapist tarafından 4 farklı grup ortamında uygulandı. Her grup kendi içinde değerlendirildiğinde tüm gruplardaki Y-BOCS puan düşüşleri anlamlıydı (her bir grup için  $p=0,001$ ). Dahası gruplar arasında Y-BOCS puanındaki düşüşler birbirine benzerdi.

Grup terapisi sonuçlarının ilaç kullanımına göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla BDGT sırasında ilaç alan ve almayan hastalar iki gruba ayrıldı. Gruplar karşılaştırıldığında iki grubun başlangıç Y-BOCS değerleri benzerdi ve her iki grupta da başlangıç ve sonuç Y-BOCS puanları arasındaki değişim anlamlıydı (her iki grup için,  $p=0,001$ ). Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında Y-BOCS puanlarındaki düşüşler arasında anlamlı fark bulunamadı.

Cinsiyet açısından karşılaştırıldığında başlangıç ve sonuç Y-BOCS puanları arasındaki değişim her iki grupta da anlamlıydı (her iki grup için,  $p=0,001$ ). Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında Y-BOCS puanlarındaki düşüşler arasında anlamlı fark bulunamadı.

Grup terapisi sonuçlarının farklı yaş grupları için benzer olup olmadığını incelemek amacıyla hastalar üç gruba ayrıldı (16-24 yaş, 25-40 yaş, 41-65 yaş). Gruplar karşılaştırıldığında başlangıç ve sonuç Y-BOCS puanları arasındaki değişim her üç grupta da anlamlıydı (her üç grup için,  $p=0,001$ ), gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında Y-BOCS puanlarındaki düşüşler arasında anlamlı fark bulunamadı.

**TABLO 4.** Grup Terapisini Tamamlayan Hastaların BAE, BDE ve Y-BOCS Puanları.

Ölçek puanı	Sayı	Ortalama	Std. sapma	p	z	R
BAE başlangıç-sonuç	29	8,65 (20,37-11,72)	9,98	0,001	-3,73	0,69
BDE başlangıç-sonuç	29	7,37 (21,31-13,93)	6,37	0,001	-4,19	0,77
Y-BOCS başlangıç-sonuç	29	15,72 (30,37-14,65)	6,04	0,001	-4,70	0,87

Grup terapisi sonuçlarının farklı eğitim düzeyine sahip hastalarda farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek üzere hastalar üç grup ( $\leq 8$  yıl, 9-12 yıl,  $\geq 13$  yıl) olarak karşılaştırıldığında başlangıç ve sonuç Y-BOCS puanları arasındaki değişim her üç grupta da anlamlıydı (her üç grup için,  $p=0,001$ ). Gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında Y-BOCS puanlarındaki düşüşler arasında anlamlı fark bulunmadı.

Grup terapisi sonuçlarının hastalık sürelerine göre etkisinin farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek amacıyla hastalar dört grup ( $\leq 5$  yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl,  $\geq 16$  yıl) olarak karşılaştırıldığında başlangıç ve sonuç Y-BOCS puanları arasındaki değişim her dört grupta da anlamlıydı (her dört grup için,  $p=0,001$ ), gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında Y-BOCS puanlarındaki düşüşler arasında anlamlı fark bulunamadı.

Hastalar eş hastalıkları olması bakımından iki grup (var, yok) olarak karşılaştırıldığında hastaların başlangıç ve sonuç Y-BOCS puanları arasındaki değişim her iki grupta da anlamlıydı (her iki grup için,  $p=0,001$ ) gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında Y-BOCS puanlarındaki düşüşler arasında anlamlı fark bulunamadı.

Hastalar obsesyon tiplerine göre 5 gruba (bulaş-kirlilik, şüphe, kesinlik ihtiyacı-simetri, dini-cinsel, zarar verme-saldırganlık), kompulsiyon tiplerine göre de 4 gruba (temizlik-yıkama, kontrol etme, tekrarlanma, zihinsel işlemler) ayrıldı. Gruplar tedavi etkisi bakımından karşılaştırıldığında başlangıç ve sonuç Y-BOCS puanları arasındaki değişim tüm obsesyon ve kompulsiyon gruplarında anlamlıydı (tüm gruplar için,  $p=0,001$ ), gruplar birbirleriyle karşılaştırıldığında Y-BOCS puanlarındaki düşüşler arasında anlamlı fark bulunmadı.

## TARTIŞMA

Grup terapisini tamamlayan hastaların başlangıç-sonuç puanları arasındaki fark incelendiğinde tüm gruplarda ortalama Y-BOCS, BAE ve BDE puanlarında anlamlı düzeyde azalma tespit edildi ( $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ,  $p<0,001$ ). Bu veriler ışığında BDGT'nin OKB belirtilerinin düzelmesinde, depresyon ve anksiyete belirtilerinin azalmasında etkin olduğu söylenebilir. Bu etkinlik BDGT ile ilgili önceki yazınla uyumludur. Ayrıca bu çalışmada terapi uygulanan 4 grupta da tüm puanlardaki iyileşme anlamlıydı. Bu durum yapılan uygulamanın aynı protokole sadık kalınarak benzer nitelikte yapılmasıyla ve yüksek tedaviye devam oranıyla (bir grup üyesi için 12,89±1,08 seans) ilişkili olabilir.

Tedavi bırakma oranı yazındakine benzerlik göstermektedir (Franklin ve Foa 2002).

Uygulanan protokole göre her müdahale dönemi sonrası (2, 5, 8, 12 ve 14'ncü seanslar) Y-BOCS puanlarındaki düşüşler anlamlıydı. Bu veriler ışığında BDGT'nin etkinliğinde tüm müdahalelerin etkisi olduğu görülmektedir. Ancak hangi

müdahalenin nerede etkili olduğu (obsesyon-kompulsiyon-katastrofik inanç düzeyi), ne kadar etkin olduğu ve etki gücünün daha geniş çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Ayrıca bu çalışmada tedavi etkinliğinin farklılık gösterebileceği durumlar 3 kategoride değerlendirilmiştir: Demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi), OKB belirtilerinin durumu (hastalık süresi, obsesyon tipleri, kompulsiyon tipleri ve tedavi öyküsü), eş tanı özellikleri (eşlik eden depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu gibi ek eksen-I bozuklukları).

Demografik özellikler açısından incelediğimizde; değerlendirdiğimiz hiçbir demografik özelliğin (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi) tedavi sonucu açısından farklılık göstermediğini saptadık. Yazına bakıldığında çok az demografik faktörün tedavi sonucu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Yapılan yetişkin çalışmalarında, o anki yaşın tedavi yanıtında öngörücü değeri olmadığı saptanmıştır (Mataix-Cols ve ark. 2002). İstisna olarak bir yetişkin çalışmasında tedavi sonrası takipte genç yaşın daha iyi sonuç için öngörücü olduğu bulunmuştur (Benazon ve ark. 2002). Yaş faktörü için anlamlı fark bulunmaması yazınla ve bilişsel davranışçı terapinin yapısıyla uyumludur.

Yazında hangi cinsiyetin terapiden daha fazla yarar gördüğüne ilişkin, cinsiyetin tedavi üzerine etkisini araştıran çalışmalarda cinsiyetler arası bir farklılık bildirilmemiştir (Foa ve ark 1983, Benazon ve ark. 2002, Mataix-Cols ve ark. 2002). Ancak bir çalışmada erkek cinsiyetin daha iyi tedavi sonucu eğilimi açısından yordayıcı olduğu bildirilmiştir (Zohar ve ark. 1999). Yetişkin hastalardaki eğitim düzeyi de tedavi sonucu için yordayıcı bulunmamıştır. Bu bulgu da bireyin terapiye devam etmeye yetecek eğitim düzeyine sahip olmasının daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlar kadar BDGT'den yararlanabileceğini düşündürür.

OKB belirtilerinin durumu açısından incelediğimizde; katılımcılar hastalık süresine göre gruplara ayrıldığında terapi sonuçları bakımından herhangi bir farklılık göstermediler. Yani OKB belirtileriyle geçirilen süre terapiden elde edilen yarar bakımından farklılık göstermemiştir. Yazında hastalık süresi ve tedavi sonucu arasında hiçbir ilişki bulunmamıştır (Olatunji ve ark. 2013), ancak bir çalışma hastalık süresi uzadıkça tedavi yanıtının azaldığını bulmuştur (Mataix-Cols ve ark. 2002). Ek olarak bir çalışmada daha kısa süreli OKB öyküsü olan hastaların 7 yıllık takipte belirtilerde tam düzelmeyle daha yatkin oldukları belirtilmiştir (Keijsers ve ark. 1994).

Terapi sırasında aynı zamanlı ilaç tedavisi alan hastaların grup terapisi etkinliği bakımından farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla ilaç alan ve almayan hastalar karşılaştırıldığında, Y-BOCS puanlarındaki düşüşler arasında anlamlı fark bulunamadı. Yazına baktığımızda ERP ve ilaç tedavisini karşılaştıran çalışmalar genelde iki yaklaşımın hemen hemen eşit etkinlikte olduğunu göstermekle birlikte (Abramowitz 1997, Eddy ve ark. 2004), ilaç tedavisi ve psikolojik tedavinin birlikteliğini sınavan çalışmalar iki tedavinin birlikte

kullanılmasının herhangi bir avantajını saptayamamışlar. Bizim çalışmamızdaki bulgularda yukarıdaki yazın verileriyle tutarlıdır.

Hastaların sahip oldukları güncel obsesyon ve kompulsiyonları açısından tedavi sonuçlarında bir fark olup olmadığına bakıldığında, tipler arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Yazında bazı alt tiplerin, farklı tedavi yanıt oranları vermesiyle ilgili çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Biriktirme, cinsel/dini obsesyonlar, bulaş/temizlik obsesyonları ile simetri/düzen obsesyonlarının karşılaştırıldığı birkaç çalışmada, biriktirme obsesyonuna sahip olanların daha zayıf tedavi yanıtı açısından öngörücü olduğu saptanmıştır (Rufar ve ark. 2005). Bir çalışmada bulaş korkusu veya aşırı ritüelistik davranışların tedaviden daha fazla fayda gördüğü belirtilmiştir (Franklin ve ark. 2000). Diğer iki çalışmada cinsel/dini obsesyonların tedavisinin daha zor/güç olduğu, iyileşme oranlarının az olduğu saptanmıştır (Alonso ve ark. 2001, Rufar ve ark. 2006). Yıkama ve kontrol ritüellerini karşılaştıran bir çalışmada ritüel tipi ve tedavi sonucu arasında herhangi bir yordayıcı ilişki bulunmamıştır (Foa ve ark. 1983). Her ne kadar örneklem büyüklüğü genelleme yapmak açısından yeterli değilse de bu çalışmanın sonucunda obsesyon ve kompulsiyon tiplerinin tedaviden faydalanma açısından her zaman farklılık göstermediği söylenebilir.

Yazında genel olarak belirti çeşitlerine göre daha homojen gruplar oluşturulması önerilse de (Fals-Stewart ve ark. 1993, O'Connor ve ark. 2005) biz grup üyelerinin farklı belirti çeşitlerine/özelliklerine sahip olmalarının hem diğer grup üyeleri ile kendileri arasındaki benzerlikleri görmeleri açısından hem de OKB'deki belirti genişliğini anlamaları açısından faydalı olabileceğini düşünüyoruz. Çalışmamızın sonuçları

da bunu destekler görünmektedir. Ancak belirtilerdeki benzerliğin tedavi sonucuna etkisiyle ilgili daha özgül çalışmalara gereksinim vardır.

Eş tanının tedavi etkinliği açısından önemi tartışmalıdır. OKB tedavisinde en çok araştırılan eş tanı durumlardan biri depresyondur ve eşlik eden depresyonun tedavi sonucuna etkisi ile ilgili bulgular tutarsızdır. Bazı çalışmalar eş tanı depresyonla kötü tedavi yanıtı arasında güçlü bağlantı göstermekteyken (Rufar ve ark. 2005, Steketee 1993, Keijsers ve ark. 1994, Rufar ve ark. 2006) bazı çalışmalar herhangi bir bağlantı bulaşmamıştır. Diğer eş tanı durumlarının etkisini araştıran az sayıda çalışma vardır. Anksiyete bozukluklarıyla ilgili çalışmalarda anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Eş tanının OKB tedavisindeki rolünün tedaviye katılım ve ev ödevlerin yapılması gibi doğrudan etkinlikle ilişkili unsurlardan bağımsız olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızın denek sayısının düşük olması, kontrol grubunun kullanılmaması önemli kısıtlılıklardır. Daha geniş hasta grubunda yapılacak çalışmalar etkinlik açısından daha güçlü olabilir. Çalışmamızda kontrol grubu kullanılmamasının ana nedeni ise OKB'nin plasebo yanıtının çok düşük olmasıdır (Foa ve ark. 2005). Yazında kontrol grubu olarak çoğunlukla bekleme listesi kullanılmış olup, OKB'nin kendiliğinden düzelme olasılığının da oldukça düşük olduğu bilinen bir durumdur.

Sonuç olarak bilişsel davranışçı terapinin grup ortamında uygulanmasının OKB belirtilerinin azaltılmasında etkili olduğu; psiko eğitim, bilişsel ve davranışsal müdahalelerin her birinin etkili olduğu; bu etkinin sosyodemografik ve klinik özellikler açısından farklı hastalarda benzerlik gösterdiği söylenebilir.

## KAYNAKLAR

- Abramowitz JS (1996) Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavioral Therapy* 27:583-600.
- Abramowitz JS (1997) Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive compulsive disorder: A quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 65:44-52.
- Abramowitz JS (1998) Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder?: A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavioral Therapy* 29:339-55.
- Alonso B, Menchon JM, Pifarre J ve ark. (2001) Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Clin Psychiat* 62:535-40.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Dördüncü Baskı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Baskı (DSM-IV-TR), (Çev. Ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği Ankara, 2002.
- Anderson RA, Rees CS (2007) Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 45:123-37.

- Antony MM, Swinson RP (2001) Comparative and combined treatments for obsessive-compulsive disorder. MT Sammons, NB Schmidt (Ed), *Combined treatments for mental disorders: A guide to psychological and pharmacological interventions*. Washington, DC: American Psychological Association, s.53-80.
- Beck AT, Epstein N, Brown G ve ark. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety. *J Consult Clin Psychol* 56:893-7.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M ve ark. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat* 4:561-71.
- Benazon NR, Ager J, Rosenberg DR (2002) Cognitive behavior therapy in treatment-naïve children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: An open trial. *Behav Res Ther* 40:529-39.
- Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM (2006) *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. The Guilford Press, s. 155-90.
- Black DW, Blum NS (1992) Obsessive-compulsive disorder support groups: The Iowa model. *Compr Psychiat* 33:65-71.
- Clark DA (2004) *Cognitive-Behavioural Therapy for OCD*. New York, The Guilford Press.
- Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB ve ark. (2002) Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. *Psychother Psychosom* 72:211-6.



- Cottraux J, Note I, Yao SN ve ark. (2001) A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom* 70:288-97.
- Dünya Sağlık Örgütü (1999) The "Newly Defined" Burden of Mental Problems. Geneva, WHO.
- Eddy KT, Dutra L, Bradley R ve ark. (2004) A multidimensional metaanalysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 24:1011-30.
- Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J (1993) A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 181:189-93.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington DC, American Psychiatric Press.
- Foa EB, Grayson JB, Steketee GS ve ark. (1983) Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *J Consult Clin Psychol* 51:287-97.
- Foa EB, Kozak MJ (1996) Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. Long-Term Treatment of Anxiety Disorders, 1. Baskı, MR Mavissakalian, RF Prien (Ed), Washington DC. American Psychiatric Press, s. 285-309.
- Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ ve ark. (2005) Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatr* 162:151-61.
- Franklin ME, Abramowitz JS, Kozak MJ ve ark. (2000) Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *J Consult Clin Psychol* 68:594-602.
- Franklin ME, Foa EB (2002) Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. A Guide to Treatments That Work, 2. Baskı, PE Nathan, JM Gorman (Ed), New York. Oxford University Press, s. 367-86.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark. (1989a) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Validity. *Arch Gen Psychiatr* 46:1006-11.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark. (1989b) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Arch Gen Psychiatr* 46:1012-6.
- Himle JA, Rassi S, Haghightagou H ve ark. (2001) Group behavioural therapy of obsessive-compulsive disorder: Seven vs. twelve-week outcomes. *Depress and Anxiety* 13:161-5.
- Hisli N (1987) Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Turkish J Psychol* 6:118-22.
- Houghton S, Saxon D, Bradburn M ve ark. (2010) The effectiveness of routinely delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a benchmarking study. *Br J Clin Psychol* 49:473-89.
- Karamustafalıoğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M ve ark. (1993) Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa. Savaş Ofset, s:86.
- Jónsson H, Hougaard E (2009) Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 119:98-106.
- Jónsson H, Hougaard E, Bennedsen BE (2011) Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 123:387-97.
- Keijsers GP, Hoogduin CA, Schaap CP (1994) Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatr* 165:781-6.
- Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH ve ark. (2002) Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychother Psychosom* 71:255-62.
- McLean PD, Whittal ML, Sochting I ve ark. (2001) Cognitive versus behaviour therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 69:205-14.
- O'Connor K, Freeston MH, Gareau D ve ark. (2005) Group versus individual treatment in obsessions without compulsions. *Clinic Psychol Psychother* 12:87-96.
- O'Connor K, Todorov C, Robillard S ve ark. (1999) Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Can J Psychiatr* 44:64-71.
- Olatunji BO, Davis ML, Powers MB ve ark. (2013) Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *J Psychiatr Res* 47:33-41.
- Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 12:233-6.
- Öztürk O, Uluşahin A (2008) Nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar, Saplantı-Zorlantı Bozukluğu. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 11. Baskı, cilt 2, Ankara. Tuna Matbaacılık, s. 480-96.
- Rufer M, Fricke S, Moritz S ve ark. (2006) Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Prediction of cognitive behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand* 113:440-6.
- Rufer M, Hand I, Alsleben H ve ark. (2005) Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: A 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. *Compr Psychiatr* 47:394-8.
- Sadock BJ, Sadock VA (2007) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, Cilt 2, Bölüm 14: Anksiyete Bozuklukları (Çev. Ed.: H Aydın, A Bozkurt). Güneş Kitabevi, İstanbul 2007.
- Steketee G (1993) Social support and treatment outcome of obsessive-compulsive disorder at 9-month follow-up. *Behav Psychother* 21:81-95.
- Summerfeldt LJ (2001) Obsessive-compulsive disorder: A brief overview and guide to assessment. *Practitioner's Guide to Empirically-Based Measures of Anxiety*, MM Antony, SM Orsillo, L Roemer (Ed), New York. Kluwer Academic/Plenum Press, s. 211-8.
- Tek C, Ulug B, Rezaki BG ve ark. (1995) Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: Reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand* 91:410-3.
- Tezcan EA, Millet B, Kuloğlu M (1998) Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1:35-41.
- Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM (2006) Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. *Anksiyete Bozuklukları*. R. Tükel (Ed), Ankara. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, s.277-98.
- Türkçapar MH, Şafak Y (2012) Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel özellikler ve bilişsel tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 5:69-75.
- Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H (1998) Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother, Int Q* 12:163-72.
- Van Balkom AJ, van Oppen P, Vermeulen AW ve ark. (1994) A metaanalysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behaviour, and cognitive therapy. *Clin Psychol Rev* 14:359-81.
- Van Balkom AJLM, van Dyck R (1998) Combination treatments for OCD. *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment*. RP Swinson, MM Antony, S Rachman, MA Richter (Ed), New York. Guilford Press, s. 349-66.
- Van Noppen B, Steketee G, McCorkle BH ve ark. (1997) Group and multifamily behavioural treatment for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *J Anxiety Disord* 11:431-46.
- Van Oppen P, de Haan E, van Balkom AJLM ve ark. (1995) Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther* 33:379-90.
- Zohar J, Gross-Isseroff R, Hermesh H ve ark. (1999) Is there sexual dimorphism in obsessive-compulsive disorder? *Neurosci Biobehav Rev* 23:845-9.