

Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi: Sistemik Bir Gözden Geçirme

Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review

Seda Sapmaz Yurtsever, Serap Tekinsav Sütcü

Öz

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup terapisinin etkililiğini değerlendiren çalışmaların sistematik olarak gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla belirlenen ulusal ve uluslararası veri tabanlarında 2000-2015 (Şubat) yılları arasında İngilizce ve Türkçe olarak yayınlanmış makaleler belirlenen anahtar kelimelerle taranmıştır. Ölçütleri karşılayan 30 çalışma bu gözden geçirmeye dahil edilmiştir. Sonuç olarak bilişsel davranışçı grup terapisinin obsesif kompulsif bozukluk belirtilerini azaltmada etkili bir tedavi olduğu ve tedavi kazanımlarının uzun süre korunduğu görülmüştür. Ayrıca bilişsel davranışçı grup terapisinin obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde ilaç tedavileri ve bireysel bilişsel davranışçı terapi kadar etkili bir müdahale biçimi olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, bilişsel davranışçı terapi, grup terapisi.

Abstract

The aim of the study was to review empirical studies that evaluate effectiveness of cognitive behavioral group therapy for obsessive compulsive disorder. For this purpose, the articles in English and Turkish published between the years of 2000 and 2015 (February) in national and international databases were searched for. Thirty articles that met the search criteria were included this study. Consequently, the finding showed that cognitive behavioral group therapy was effective in reducing obsessive compulsive disorder symptoms and gains of cognitive behavioral group therapy have been maintained for a long time. Besides, cognitive behavioral group therapy was as effective as individual cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for treatment of obsessive compulsive disorder.

Key words: Obsessive compulsive disorder, cognitive behavioral therapy, group therapy.

YAKIN zamana kadar anksiyete bozuklukları içerisinde tanımlanmış ancak nihayet ayrı bir bozukluk kategorisi olarak kabul edilmiş olan obsesif kompulsif bozukluk (OKB), sürekli tekrarlayan dürtü, düşünce ya da imajların zorlayıcı ve rahatsız edici bir biçimde deneyimlenmesi ve sıklıkla bu deneyime tepki olarak verilen tekrarlayıcı davranışsal ya

da zihinsel eylemlerle betimlenir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013). Tedavi edilmediğinde ise zaman zaman artan ve azalan belirtilerle birlikte genelde kronik bir seyre sahiptir. OKB tedavisi için en sık başvurulan tedavi yaklaşımları bilişsel davranışçı terapi (BDT), farmakolojik tedaviler (seçici serotonin geri alım inhibitörleri-SSRI) ya da her ikisinin kombinasyonudur (Krone ve ark. 1991, Fals-Stewart ve Lucente 1994). Her iki tedavi biçiminin de tedavi sonrasında ve çeşitli aralıklarla takibinde alınan değerlendirmelere dayanarak en azından hastaların üçte ikisinde OKB belirtilerini hafifletmede etkili oldukları bilinmektedir (Rasmussen ve ark. 1993, Mancebo ve ark. 2006).

OKB'nin en iyi ifade edilen bilişsel açıklaması Beck'in (1976) duygudurum bozukluklarının bilişsel kuramından büyük ölçüde esinlenmiş olan Salkovskis (1985, 1989) tarafından önerilmiştir. Salkovskis (1985, 1989) istenmeyen bilişlerin genel popülasyonun yaklaşık %90'ı için normal yaşantılar olduğunu, ancak OKB'li kişilerin bu yaşantıları farklı yorumladığını bildirmiştir. Normal kişiler bu zorlantılara sadece şaşırıp onları görmezden gelirken, OKB'li kişiler onlara özel bir anlam atfetmektedir. Salkovskis'e göre, alta yatan bir dizi inanç, OKB'li kişilerin olumsuz zorlantılı yaşantılara tepkisini belirlemektedir. Bu alta yatan inançlar bir kişinin kendisine ya da başka insanlara zarar vermekten sorumlu olduğu ve bunu önlemek için harekete geçmesinin gerektiğine ilişkin abartılı bir his ile tanımlanmaktadır. İstenmeyen düşünce, bireyin bazı nötrleştirme çabaları (örn., kompulsiyon, bastırma ya da kaçırma) yoluyla azaltılmaya çalışılmaktadır. OKB'nin kendini ortaya koyuş doğası obsesyonlar ve kompulsiyonlar olmak üzere iki bileşenlidir. Bu iki bileşen kabaca ve yüzeysel olarak bilişsel ve davranışsal öğeler olarak değerlendirilebilir. Bu anlamda BDT'nin bu bileşenleri içererek etkili bir müdahale gerçekleştirmesi beklenir. Nitekim bunu kanıtlayan pek çok çalışma vardır (Fals-Stewart ve Lucente 1994, Braga ve ark. 2005, Whittal ve ark. 2005, Anderson ve Rees, 2007).

OKB'nin tedavisinde BDT'nin etkili bir müdahale olduğu bilinmesine karşın uygulamalarda pratik problemlerle karşılaşmaktadır. OKB toplumun %2.5'inde görülen yaygın bir bozukluktur (Karno ve ark. 1998) ve BDT ile tedavisi için bu formasyonla eğitilmiş terapist ve zaman problemi yaşanmaktadır. Bu nedenle, BDT'nin grup formunun OKB'de etkililiği bir başka ilgi odağı olmuştur (Jaurrieta ve ark. 2008a, Jaurrieta ve ark. 2008b, Şafak ve ark. 2014). Hastaları grup halinde tedavi etmek uzun bekleme listeleri ihtiyacını ortadan kaldırmaktadır ve terapistin zamanını daha etkin kullanmasına olanak sağlamaktadır (Raffin ve ark. 2009). Anderson ve Rees (2007) bu kazanımı kendi çalışmaları üzerinden örnekendirerek somutlaştırmışlardır. Araştırmacılar, 25 hastanın bilişsel davranışçı grup terapisi (BDGT) ile tedavisi için terapistin toplamda 88 saatini harcadığını ancak bireysel tedavide aynı sayıdaki hastanın tedavisi için 275 saate ihtiyaç duyulacağını bildirmişlerdir. Bireysel terapi grup tedavisinin gerektirdiğinin 3 katı zamanı gerektirmektedir ve BDGT her bir hasta için terapistin ayırdığı zamanda %75'ten fazla azalma sağlamaktadır (Himle ve ark. 2003, Anderson ve Rees 2007). BDGT aynı zamanda maliyet tasarruflu bir uygulamadır ve her bir hasta için tahminen 600 dolarlık tasarruf sağladığı düşünülmektedir (Himle ve ark. 2003).

Daha önce OKB'de BDGT'nin etkililiğini inceleyen ve İngilizce yayınlanmış olan iki gözden geçirme çalışması mevcuttur. Bunlardan birinde Himle ve arkadaşları (2003) OKB'nin tedavisinde ergenler (4) ve yetişkinler (12) için uygulanan BDGT ya da maruz bırakma/tepki önlemeyi (MTÖ) içeren 16 grup tedavisini derlemiştir. Jónsson ve Hougaard (2009) daha güncel olarak OKB'nin tedavisinde 13 BDGT çalışmasını göz-

den geçirerek bir meta analiz çalışması gerçekleştirmişlerdir. Ancak literatür tarandığında bu iki yayın sonrasındaki OKB'de BDGT'ye ilişkin yayınlanan makalelerin çokluğu ve önceki çalışmaların izlemine ilişkin yayınlanan bilgilerin tedavi sonrasındaki kazanımlardan farklılaşmış olması gibi nedenler ile yeni bir gözden geçirme çalışmasına ihtiyacın olduğu düşünülmüştür.

Bu çalışmanın amacı daha çok sayıda hastaya ulaşma ve sınırlı sayıdaki terapistle uygulama imkânı sağlayan bilişsel davranışçı grup terapisinin OKB tedavisinde etkililiğine ilişkin genel bir bakış sağlamaktır. Bu amaçla bu çalışmada OKB'de BDGT'nin etkililiğine ilişkin son 15 yılda yapılan ampirik çalışmalar sistematik olarak gözden geçirilmiştir.

Yöntem

Çalışmanın amacı doğrultusunda incelenecek yayınların tüm dahil etme ve dışlama kriterleri önceden belirlenmiştir. Bu doğrultuda PubMed, PsycINFO, PsycARTICLES, PsycNET, MEDLINE, ScienceDirect ve ULAKBİM Tıp ve Sosyal Bilimler veri tabanlarında 2000-2015 (Şubat) yılları arasında yayınlanan konuyla ilgili İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Tarama aşağıdaki anahtar kelimeler kullanılarak yapılmıştır 1- obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel grup terapisi; obsessive compulsive disorder and group cognitive therapy, 2- obsesif kompulsif bozukluk ve davranışçı grup terapisi; obsessive compulsive disorder and group behavioral therapy, 3- obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel davranışçı grup terapisi; obsessive compulsive disorder and cognitive behavioral group therapy, 4- obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel grup tedavisi; obsessive compulsive disorder and group cognitive treatment 5- obsesif kompulsif bozukluk ve davranışçı grup tedavisi; obsessive compulsive disorder and group behavioral treatment, 6- obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel davranışçı grup tedavisi; obsessive compulsive disorder and cognitive behavioral group treatment.

Tarama sonucunda ulaşılan makaleler çalışmanın amacı doğrultusunda bazı dışlama ve dahil etme kriterlerine göre değerlendirilmiştir:

Dahil etme kriterleri

1. Birincil tanının OKB olması (Standart tanı sınıflaması sistemine göre; DSM-IV/TR)
2. Katılımcıların yetişkin olması
3. En az 1 bilişsel davranışçı grup terapisi müdahalesinin olması (maruz bırakma tepki önleme, davranışçı terapi, bilişsel terapi gibi BDT'nin bileşenlerinin tek başına yer aldığı grup müdahaleleri dahil)
4. BDGT etkililiğine ilişkin bilgi vermesi

Dışlama Kriterleri

1. Birincil tanısının OKB olmaması (farklı bozukluklara eşlik eden OKB belirtilerinin tedavisinin içermesi)
2. Çalışmaların çocuk ve ergen örneklemleri üzerinde gerçekleştirilmesi
3. BDT'nin ya da bileşenlerinin uygulandığı en az bir grup uygulamasının olmaması (örneğin bireysel ve grup müdahalelerini birleştiren çalışmalar)
4. Tedavinin spesifik bir obsesyon ya da kompulsiyona yönelik olması (örn. sadece dini içerikli obsesyonların olması gibi)
5. Katılımcıların beden dismorfik bozukluk, biriktirme bozukluğu olan kişilerden oluşması (DSM-5 öncesinde bu bozukluklar OKB spektrumunda değer-

lendirilirken artık ayrı tanı grupları olması nedeniyle OKB başlığında değerlendirilmesi uygun bulunmamıştır)

6. Uygulanan müdahalelerin bilişsel-baş etme, metakognitif terapi ve farkındalık temelli BDT müdahalelerinden oluşması
7. Çalışmanın BDGT'nin etkililiğinde ilişkin ampirik bilgi vermemesi

Tarama sonucunda ulaşılan 8 makale farklı nedenlerle bu gözden geçirmeye dahil edilmemiştir. Örneğin bir çalışma BDGT içeren diğer bir çalışmanın (McLean ve ark. 2001) bulguları üzerinden OKB'nin teması üzerine bir sonuç elde etmeyi amaçlamıştır (Norton ve Whittal 2004). Bir çalışma BDGT ve ilaç tedavisinin OKB'deki etkililiğini karşılaştıran (Sousa ve ark. 2006) bir çalışmaya eleştiri niteliğinde olup, burada ampirik araştırma sonuçları verilmemiştir (Schruers 2007). Açık grup ile gerçekleştirilen 1 çalışmada ise hastaların tercihen bireysel müdahale de alabildikleri bildirilmiş ancak bunların sayısı ve süresi bildirilmemiştir. Müdahalede ani kazanımları değerlendiren bu çalışmanın bulguları doğrudan BDGT ile açıklanamayacağı gerekçesiyle dışlanmıştır (Heinzel ve ark. 2014). Bir çalışma daha önce yayınlanan çalışmalarının uzun dönemli sonuçlarını bildirmeyi amaçlamıştır ancak tedavi sonrasında bireyleri diğer tedavi protokollerinden de yararlanmıştı bu nedenle uzun dönemli sonuçların doğrudan BDGT ile açıklanamayacağı gerekçesiyle çalışma dışlanmıştır (Jakubovski ve ark. 2013). Bir çalışmada OKB hastalarının belirtilerine aile üyelerinin ne kadar uyum sağladığı ve eşlik ettiği araştırılmış ancak tedavinin etkililiğine ilişkin bilgi verilmemiştir (Gomes ve ark. 2014). Yine bir başka çalışma travma öyküsü olan ve travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan OKB'lilerin BDGT sonrası tedaviye yanıtlarını karşılaştırmış ancak öntest-sontest değerlendirmelerine ilişkin bilgi vermemiştir (Shavitt ve ark. 2010). Benzer bir şekilde diğer bir çalışma ise tedaviye yanıtı yordayan değişkenleri bulmak için tedaviden cevap alınan ve alınmayan grupları karşılaştırmış ancak bu grupları belirlemenin öncesinde öntest-sontest değerlendirmelerinin anlamlılığına ilişkin bilgi vermemiştir (Raffin ve ark. 2009) Sadece yöntem bildiren bir başka çalışma ise tedavi sonuçlarını rapor etmemesi nedeniyle bu çalışmanın kapsamı dışında bırakılmıştır (Hoexter ve ark. 2009).

Tüm bu aşamalar sonunda ölçütleri karşılayan toplam 30 çalışma bu gözden geçirmeye dahil edilmiştir. Bununla birlikte birkaç makalenin aynı çalışmanın farklı bulgularını ya da aynı çalışmanın izlem ölçümlerini yayınladıkları gözlenmiştir, ancak her biri farklı sonuçlar bildirdiği için bu makalede her biri ayrı çalışmalar olarak ele alınmıştır.

Bulgular

Çalışmalara ilişkin bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir (Tablo metin sonunda yer almaktadır.).

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Örneklem

Çalışmalardaki katılımcılar, DSM-IV ve DSM-IV-TR'ye göre OKB tanı ölçütlerini karşılayan 16-75 yaş aralığındaki yetişkinlerdir. Bununla birlikte çalışmaların birçoğunda katılımcılar Yale-Brown Obsesif Kompulsif Derecelendirme Ölçeğinden (Y-BOCS) 16 ve üzerinde puan alma koşuluna göre de değerlendirilmişlerdir. Hastaların ikinci bir değerlendirmesini SCID (I, II, IV) veya MINI aracılığı ile yapan çalışmaların çoğunda olduğu gözlenmiştir (Cordioli ve ark. 2002, Sousa ve ark. 2006, Prasko ve ark. 2009, Haaland ve ark. 2011). OKB birincil tanı olmak üzere çalışmaların birçoğunda

hastalar ek tanıya sahiptir (Fenger ve ark. 2007, Belotto-Silva ve ark. 2012). Ancak çalışmalarda temel olarak intihar riski yüksek olan major depresif bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu, çeşitli kişilik bozuklukları (özellikle A küme kişilik bozuklukları), mental retardasyon, psikotik bozukluklar gibi ek tanıların olması ve varsa ilaç kullanımının en az 3 ay boyunca stabil dozda olmaması (çoğu çalışmada) katılımcıların dışlanma kriteri olarak değerlendirilmiştir (McLean ve ark. 2001, Cordioli ve ark. 2002, Braga ve ark. 2005, Håland ve ark. 2010, Belloch ve ark. 2011). Çalışmaların örneklem büyüklükleri, en az 24 (Fenger ve ark. 2007, Kearns ve ark. 2010) en çok 158 OKB hastasının (Belotto-Silva 2012) yer aldığı geniş bir aralığa sahiptir.

Tedavi ve Kontrol/Karşılaştırma Grupları

Karşılaştırma ya da kontrol grubu olmayan BDGT etkililik çalışmaları: Çalışmalar incelendiğinde BDGT'nin herhangi bir kontrol ya da karşılaştırma grubu ile karşılaştırılmadığı ve etkililiğin sadece müdahale öncesinde ve sonrasındaki ölçümlere göre değerlendirildiği 8 makalenin olduğu görülmektedir (Cordioli ve ark. 2002; Fenger ve ark. 2007; Prasko ve ark. 2009; Haraguchi ve ark. 2011). Sekiz çalışmanın altısı BDGT'nin hem bilişsel hem de davranışçı tekniklerini içeren (psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma tepki önleme, nüks önleme) tedavi protokolleri uygulamışlardır. İki çalışma bilişsel davranışçı tedavinin sadece psikoeğitim, MTÖ gibi davranışçı tekniklerini kullanarak grup müdahalesi yapmıştır (Himle ve ark. 2006, Håland ve ark. 2010). Bu sekiz çalışmanın dışındaki iki çalışmada ise BDGT'nin etkililiğini bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştıran Cordioli ve arkadaşlarının (2003) çalışmasının farklı aralıklardaki izlem sonuçları bildirilmiştir. Ancak bu çalışmalarda, izlemede sadece BDGT grubundaki değişim analiz edildiği için bu grupta değerlendirilen iki çalışma olmuştur (Braga ve ark. 2005, Braga ve ark. 2010)

BDGT ile bekleme listesi ya da plasebo kontrol grubu karşılaştırmaları: BDGT'nin etkililiğini değerlendirirken bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırma yapan dört çalışmaya rastlanmıştır. Cordioli ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında BDGT sadece bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırılarak etkililiği değerlendirilmiştir. Diğer üç çalışmada farklı müdahalelerin karşılaştırılması ek olarak bekleme listesi kontrol grubu kullanılmıştır (McLean ve ark. 2001, Anderson ve Rees 2007, Jaurrieta ve ark. 2008a). Tek bir çalışma ise (Fineberg ve ark. 2005) BDGT, gevşeme eğitiminin olduğu grup müdahalesiyle karşılaştırılmıştır. Buradaki gevşeme eğitimi grup olmanın etkisini kontrol etmek amacıyla kullanılan plasebo uygulaması olarak kabul edilmiştir.

BDGT ile farmakoterapi karşılaştırmaları: Dahil edilme ölçütlerini karşılayan çalışmaların 5 tanesinin OKB'de BDGT'nin etkililiğini farmakolojik tedaviler ile karşılaştırarak değerlendirdiği görülmüştür (Sousa ve ark. 2006, Belotto-Silva ve ark. 2012). Bu 5 çalışmadan biri araştırmacıların daha önce yayınladıkları çalışmalarının 5 yıllık izlem ölçümlerine ilişkin ikinci yayınlarıdır ve OKB'de BDGT ile farmakoterapinin etkililiğini karşılaştıran çalışmalar arasındaki tek izlem ölçümüne sahip çalışmadır (Borges ve ark. 2011). Çalışmalardan ikisi ise aynı uygulama gruplarından alınan farklı ölçümlerin yayınlarıdır (Hoexter ve ark. 2012, Hoexter ve ark. 2013). Dolayısıyla 5 makaleden sadece 3'ü ayrı tedavi gruplarının sonuçlarıdır. BDGT ve farmakoterapilerin karşılaştırıldığı bu çalışmaların tümünde bilişsel davranışçı grup terapisinin tüm bileşenlerini içeren (psikoeğitim, bilişsel teknikler, MTÖ, nüks önleme) aynı tedavi el kitabı kullanılmıştır (Cordioli ve ark. 2002). Sertralinin kullanıldığı tek bir çalışma haricinde (Sou-

sa ve ark. 2006) farmakoterapi uygulamalarının hepsi fluoksetin tedavisidir. Fluoksetin tedavileri ilk haftada 20mg'dan başlayan ve her hafta 20mg'lık doz artışı ile 12. Haftada 80 mg ile sonlanan bir prosedür içermektedir. Sertralin tedavisi ise 50mg'dan 100mg'a kadar yükselerek sonlandırılmıştır (Sousa ve ark. 2006). Sağlıklı kontrollerle karşılaştırma yapan bu çalışmalardan biri dışında (Hoexter ve ark. 2012) diğer çalışmaların hiçbirinin kontrol grubu yoktur.

BDGT ile bireysel BDT karşılaştırmaları: Dahil edilme ölçütlerini karşılayan çalışmaların 8 tanesinde OKB'nin tedavisinde BDT'nin bireysel ve grup biçimlerinin sonuçlarının karşılaştırıldığı görülmektedir (Jaurrieta ve ark. 2008a, Jónsson ve ark. 2011a). Bu çalışmalardan biri araştırmacıların daha önce yayınladıkları çalışmalarının 1 yıllık izlem ölçümlerine ilişkin ikinci yayınlarıdır (Jaurrieta ve ark., 2008b). Çalışmalardan 2 çiftinin aynı uygulama grubu üzerinden elde edilen farklı ölçümlerin yayınları olduğu anlaşılmaktadır (Belloch ve ark. 2011, Cabedo ve ark. 2011, Jónsson ve ark. 2011a, Jónsson ve ark. 2011b) Dolayısıyla 8 çalışmadan farklı örneklemeler üzerinde yapılmış çalışma sayısı sadece 5'tir. Bununla birlikte Haaland ve arkadaşlarının (2011) sadece MTÖ bileşenini kullandığı çalışmaları dışındaki diğer tüm çalışmalarda uygulanan bireysel BDT ve BDGT programları bilişsel davranışçı terapinin pek çok ögesini içermiştir (psikoegitim, bilişsel teknikler, MTÖ, nüks önleme) BDT'nin bireysel ve grup müdahalelerini karşılaştıran çalışmalar arasında sadece 2 çalışmada ek olarak bekleme listesi kontrol grubu kullanılmıştır (Anderson ve Rees, 2007, Jaurrieta ve ark. 2008a).

Farklı grup terapilerinin karşılaştırılması: Gözden geçirilen çalışmaların 2 tanesinin amacının motivasyonel görüşme (MG) ve düşünce haritalama (DH) tekniklerinin BDGT'nin etkisini artırıp artırmadığını incelemek olduğu anlaşılmıştır (Meyer ve ark. 2010a, Meyer ve ark. 2010b) Bu çalışmalarda standart BDGT, MG ve DH içeren 2 bireysel seansın eklendiği BDGT ile karşılaştırılmıştır. Bu gözden geçirmede farklı bilişsel ve/veya davranışçı teknikleri içeren grup terapilerini karşılaştıran sadece 3 çalışma yer almıştır. Bu çalışmalardan ikisinde bilişsel teknikleri içeren grup terapisi ile sadece davranışçı teknikleri (MTÖ) içeren grup terapisi karşılaştırılmıştır (McLean ve ark. 2001, Whittal ve ark. 2008). Bu çalışmaların ikincisi ilkinin iki yıllık izlem çalışması olup aynı örnekleme ait bulguları rapor etmiştir. Bir diğer çalışmada ise davranışçı teknikleri içeren iki farklı uzunluktaki grup terapisinin karşılaştırıldığı görülmüştür. Bu gruplardan biri 12 diğeri 7 seans uzunluğundadır (Himle ve ark., 2001).

Tedavi Gruplarına Atama

Birden fazla müdahale grubunun ya da kontrol grubunun olduğu çalışmaların her birinde ya sıralı yerleştirme (sequentially allocated) ya da seçkisiz atama yönteminin kullanıldığı görülmüştür.

Kullanılan Ölçme Yöntemleri

Temel olarak OKB'nin belirtilerindeki azalmaların tespiti için Y-BOCS (Goodman ve ark. 1989, Karamustafaloğlu ve ark. 1993) ölçeğinin kullanıldığı görülmektedir. Bu ölçeğin sürekli değişken formunda değerlendirilebildiği gibi çoğu çalışmanın, ölçeğin kesme puanlarını temel alarak ya da öntest-sontest arasındaki farka dayalı bir ölçüt kullanarak "iyileşme" "ilerleme" gibi kategorik veriler üzerinden iyileşme oranları değerlendirmesi yaptığı da görülmüştür. Bununla birlikte doğrudan OKB belirtileri olmayan ancak OKB belirtileriyle ilişkili ölçümlerin (OKB'ye ilişkin temel işlevsiz inançlar, sorumluluk tutumu, depresyon ve endişe gibi) değerlendirildiği çalışmalara da rastlan-

miştir (McLean ve ark. 2001, Belloch ve ark. 2011). Ayrıca beyindeki gri madde ölçümlerinin alındığı ve tedavi sonrası kazanımların müdahale koşulları açısından ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı nörolojik çalışmalar da mevcuttur (Hoexter ve ark. 2012, Hoexter ve ark. 2013). Genel olarak çalışmaların depresyon, anksiyete gibi eşlik eden sorunları değerlendirmek için de en çok Beck Depresyon Envanteri (BDE; Beck ve ark. 1979) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE; Beck ve ark. 1988) gibi ölçüm araçlarını kullandıkları gözlenmiştir (Cordioli ve ark. 2002, Haraguchi ve ark. 2011, Jónsson ve ark. 2011a, Jónsson ve ark. 2011b).

Çalışmalardaki BDGT'nin İçeriği ve Uygulanışı

Uygulanan Teknikler

Gözden geçirilen çalışmalarda uygulanan BDGT programlarının farklı terapi protokollerine dayandığı görülmektedir (Kozak ve Foa, 1998, McGinn ve Sanderson 1999, Rees ve Nathan 2001, Cordioli ve ark. 2002). Bununla birlikte 30 çalışmadan 13'ünün Cordioli ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen ve BDT'ninpsikoeğitim, MTÖ alıştırmaları, bilişsel teknikler ve nüks önleme bileşenlerini içeren tedavi protokolünü uyguladıkları gözlenmiştir (Meyer ve ark. 2010a). Bunlar dışındaki çalışmaların çoğunda benzer şekilde adı geçen tüm bilişsel ve davranışçı teknikler kullanılırken sadece 4 çalışmada psikoeğitim, MTÖ tekniklerinin yer aldığı tedavi protokolü uygulanmıştır (Himle ve ark. 2001, Himle ve ark. 2006, Håland ve ark. 2010, Haaland ve ark. 2011). İki çalışmada BDT'nin bilişsel ve davranışçı öğeleri (MTÖ) ayrı gruplarda uygulanmıştır (McLean ve ark. 2001, Whittal ve ark. 2008). Bu çalışmaların ikisi de aynı örneklemle farklı sonuçlardır.

Bununla birlikte 6 çalışmada ev ödevleri ve nüksü önleme çalışmaları için terapinin 1 ya da 2 seansında aile üyelerinin bir ya da daha fazlasının yer alabileceği bildirilmiştir (Himle ve ark. 2001, Himle ve ark. 2006, Jónsson ve ark. 2011a, Jónsson ve ark. 2011b, Hoexter ve ark. 2012). Bir çalışmada (Fenger ve ark. 2007) ise grup tedavisi öncesi tedaviden beklentilerin ne olduğu ve grupla çalışmanın açıklamasının yapıldığı 1 ya da 2 bireysel seans uygulamasının olduğu görülmüştür. Yine bir çalışmada (Prasko ve ark. 2009) ise BDT'nin tüm bileşenlerine ek olarak otobiyografik grup seanslarına katılma olanağı iletişim becerileri pratiği, ergoterapi ve spor ile tamamlama unsurlarının yer aldığı görülmüştür.

Seans Özellikleri ve Sayısı

Gözden geçirilen çalışmalarda, BDGT'nin 5 seanstan (Prasko ve ark. 2009) 20 seansa (Jaurieta ve ark. 2011a) uzanan farklı uzunluktaki uygulamalara sahip olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte BDGT'lerin genellikle 12 haftalık, haftada 1 gerçekleştirilen seanslar olarak uygulandığı gözlenmiştir. 12 haftalık seansların uygulama süresinin 90dk ile 120dk arasında değiştiği görülmüştür. En kısa tedavi uzunluğuna sahip olan çalışmada seans süreleri belirtilmemiştir (Prasko ve ark. 2009). MTÖ'nün uygulandığı 4 çalışmanın ikisi 12 haftalık ve 150 dakikalık seanslardan oluşmaktadır (Håland ve ark. 2010, Haaland ve ark. 2011). Sadece davranışçı tekniklerden oluşan grup müdahalesi uygulayan iki çalışmanın ise 7 haftalık ve 120 dakikalık uygulamaları olduğu görülmüştür (Himle ve ark. 2001, Himle ve ark. 2006).

Üye ve Terapist Sayısı

BDGT gruplarındaki üye sayılarının en az 5 (Cordioli ve ark. 2002), en çok 10 (Şafak ve ark. 2014) arasında değiştiği ve gruplara liderlik eden terapist sayılarının en çok 3

olduğu (Haraguchi ve ark. 2011) görülmüştür. Bununla birlikte üye sayısının çoğunlukla 6-8 arasında değiştiği görülmektedir. Gözden geçirilen çalışmaların sadece 6 tanesinde terapi gruplarına tek bir terapistin liderlik ettiği buna karşılık 17 çalışmada müdahalelerin 2 terapist tarafından, 1 çalışmada ise 3 terapist tarafından (Haraguchi ve ark. 2011) yürütülmüş olduğu anlaşılmaktadır. Bir çalışmada bazı gruplara 1, bazılarında 2 terapistin liderlik rapor edilmiştir (Kearns ve ark. 2010). Bununla birlikte 5 çalışma uygulamayı yürüten terapist sayısını (Jaurrieta ve ark. 2008a) 4 çalışma ise BDGT'lerdeki üye sayısını (Anderson ve Rees, 2007) bildirmemiştir.

Çalışmaların Bulguları

Karşılaştırma ya da Kontrol Grubu Olmayan BDGT Etkililik Çalışmaları

Bilişsel davranışçı grup müdahalesinin etkililiğini sadece müdahalenin öncesinde ve sonrasındaki OKB belirtilerinin azalmasına göre değerlendiren 8 makalenin tamamında tedavi sonrasında belirti düzeylerinde anlamlı bir azalmanın görüldüğü bildirilmiştir (Haraguchi ve ark. 2011). Bu çalışmalardan birisi (Himle ve ark. 2006) düşük içgörülü ve yüksek içgörülü OKB'li bireylerin davranışçı grup tedavisine yanıtını araştırmış ve her iki grubun da tedaviden yararlandıklarını ancak yüksek içgörülü OKB'lilerin tedaviden daha fazla yararlandıklarını ortaya koymuştur. Bu çalışmalar içerisinde katılımcıların anksiyete ve depresyon ölçümlerini de alan çalışmalar OKB'nin BDGT ile tedavisinde anksiyete ve depresyon belirtilerinin de azaldığını ortaya koymuştur (Kearns ve ark. 2010). Tek bir çalışma OKB hastalarının BDGT ile tedavisinde sadece OKB belirtilerinin azaldığını depresif belirtilerinde bir farklılaşma olmadığını bildirmiştir (Haraguchi ve ark. 2011)

Bu makalelerin üçünde izlem ölçümü rapor edilmiştir. Bu 8 çalışmadan farklı olarak 2 çalışma ise daha önce yayınlanan başka bir çalışmanın farklı aralıklarda alınan ölçümlerinin sonuçlarıdır. Sonuçlar en az 3 ay (Fenger ve ark. 2007) en çok da iki yıl (Braga ve ark. 2010) sonra alınan ölçümlerde terapiden elde edilen kazanımların korunduğunu ortaya koymuştur. Terapide sadece davranışçı teknikleri uygulayan Håland ve arkadaşlarının (2010) çalışması da terapiden elde edilen kazanımlarının 1 yıla kadar korunduğunu ortaya koymuştur.

BDGT ile Kontrol Grubunun Karşılaştırıldığı Çalışmalar

BDGT etkililiğini değerlendirirken bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırma yapan dört çalışmanın da sonucunda uygulanan terapilerin OKB belirtilerini azaltmada bekleme listesi kontrol grubuna kıyasla daha etkili olduğu bulunmuştur (McLean ve ark. 2001; Cardioli ve ark. 2003; Anderson ve Rees 2007; Jaurrieta ve ark. 2008a).

Plasebo kontrol grubu kabul edilen gevşeme terapisi ile BDGT'yi karşılaştıran Fineberg ve arkadaşları (2005) her iki grubun da OKB belirtilerini hatta anksiyete, depresyon gibi belirtileri azaltmada etkili olduğunu ve bu iki grubun sonuçlarının birbirinden istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte plasebo grubundaki tedaviyi bırakma oranlarının BDGT'ne devam etmeme oranlarından anlamlı bir şekilde daha yüksek olması, araştırmacılar tarafından OKB hastaları için BDGT'nin daha kabul edilebilir bir tedavi olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

BDGT ile Farmakoterapinin Karşılaştırıldığı Çalışmalar

Tedavi sonrasında alınan ölçümlere dayanarak analiz yapan beş çalışma incelendiğinde, bunlardan dört tanesinde OKB belirtilerinin azalmasında her iki tedavi biçiminin

de etkili olduğunun ancak müdahale grupları arasında fark olmadığını bildirdiği görülmüştür. (Sousa ve ark. 2006, Hoexter ve ark. 2012, Hoexter ve ark. 2013). Belotto-Silva ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise tedaviler sonrasında Y-BOCS puanlarında anlamlı düzeye ulaşmayan bir azalma olduğu ancak tedavi koşulları arasında bu açıdan fark bulunmadığı bildirilmiştir. Ancak aynı zamanda bu çalışmada ilaç tedavisi alan grubun tedaviyi bırakma oranının BDGT alan grubun iki katı olduğu da rapor edilmiştir. OKB'ye eşlik eden depresyon ve anksiyete belirtilerinin tedavi sonrasında durumu ise farklı sonuçlara sahiptir. Hoexter ve arkadaşları (2012, 2013) hem ilaç hem de BDGT'nin bu ikincil belirtileri azalttığını ama sadece BDGT alan grupta azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir. Sousa ve arkadaşlarının (2006) çalışması ise benzer biçimde her iki müdahale biçiminin de anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltmada etkili olduğunu ancak bu açıdan müdahaleler arasında fark olmadığını ortaya koymuştur.

BDGT'nin farmakoterapi ile karşılaştırıldığı çalışmalar içerisinde tek izlem ölçümü alan çalışma, Sousa ve arkadaşlarının (2006) çalışmasının 5 yıllık izlem sonucunu rapor eden Borges ve arkadaşlarının (2011) çalışmasıdır. Çalışmada 5 yıl sonunda her iki tedavinin de kazanımlarının korunduğu bildirilmiştir. Ancak 5 yıllık süreçte ilaç grubunda yer alan hastaların bir bölümünün BDT'ye başladıkları, benzer biçimde BDGT grubunda yer alan hastaların bir kısmının da ilaç kullanmaya başladıkları da bildirilmiştir. Bu sonuçlar OKB hastalarının önemli bir bölümünün uzun süreli iyileşmeyi sağlamak ya da korumak için ek bir tedaviye gereksinim duydukları şeklinde yorumlanmıştır.

BDGT ile Bireysel BDT'nin Karşılaştırıldığı Çalışmalar

OKB'nin tedavisinde bireysel BDT ile BDGT'nin etkinliklerini karşılaştıran 8 makalenin birbirinden farklı sonuçlara ulaştığı gözlenmiştir. Anderson ve Rees (2007), Haaland ve arkadaşları (2011) ile Jónsson ve arkadaşlarının (2011a) çalışmalarında OKB belirtilerini azaltmada Jónsson ve arkadaşlarının (2011b) çalışmasında ise fonksiyonel olmayan inançları azaltmada hem bireysel hem de grup BDT'nin etkili olduğu ve etkinlik düzeylerinin birbirinden farklılaşmadığı bildirilmiştir. Buna karşın Belloch ve arkadaşları (2011) fonksiyonel olmayan tutumları ve Jaurrieta ve arkadaşları (2008a) ise OKB belirtilerini azaltmada her iki terapi biçiminin de etkili olduğunu ancak bireysel BDT'nin BDGT'den daha etkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Bununla birlikte Jaurrieta ve arkadaşları (2008b) 1 yıl sonraki izlem bulgularını yayınladıkları çalışmalarında tedaviden 1 yıl sonra müdahaleler arasındaki bu farkın ortadan kalktığını ve iki terapi biçiminin de benzer etkinliğe sahip olduğunu ifade etmişlerdir. Tam tersi bir bulgu ise Cabedo ve arkadaşları (2010) tarafından bildirilmiştir. Bu çalışmada BDT'nin bireysel ve grup formlarının tedavi uygulamaları sonrasında OKB belirtilerini azaltmada benzer etkililiğe sahip oldukları ancak 1 yıllık izlemede bireysel BDT'de iyileşme oranlarının 2/3'den fazla olduğu ancak BDGT'nin iyileşme oranının yaklaşık 1/3 düzeyinde kaldığı bildirilmiştir.

Anksiyete ve depresyona yönelik ikinci bir değerlendirme alan çalışmalar hem bireysel BDT'nin hem de BDGT'nin bekleme listelerinden üstün olarak depresyon ve anksiyete üzerinde etkili olduğunu ve müdahale gruplarının birbirinden farklılaşmadığını bildirmiştir (Anderson ve Rees 2007, Jaurrieta ve ark. 2008a).

Farklı Grup Terapilerinin Karşılaştırıldığı Çalışmalar

Motivasyonel görüşme ve düşünce haritalama tekniklerinin eklendiği BDGT ile standart BDGT'yi karşılaştıran Meyer ve arkadaşlarının (2010a, 2010b) çalışmasında her iki

tedavi biçiminin de OKB belirtilerini azaltmada etkili olduğu ancak MG ve DH eklenen BDGT'nin OKB belirtilerinin azaltılmasında ve remisyonunda standart BDGT'den daha etkili olduğu bulunmuştur. MTÖ gibi sadece davranışçı teknikleri kullanan iki farklı uzunluktaki grup terapisini karşılaştıran Himle ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında her iki müdahale biçiminin de OKB ve depresyon belirtilerini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Ek olarak 7 seanslık davranışçı grup terapisiyle 12 seanslık olan arasında bir farklılaşma bulunmamış yani 7 seanslık terapinin 12 seanslık kadar etkili olduğu bildirilmiştir. Her iki grup için de tedaviden elde edilen kazanımlar yaklaşık 49 ay gibi uzun bir süre boyunca korunmuştur.

Psikoeğitim, maruz bırakma ve tepki önleme tekniklerini içeren davranışçı grup terapisiyle (DGT) psikoeğitim ve bilişsel teknikleri içeren BDGT karşılaştıran McLean ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında da her iki tedavi biçiminin de OKB belirtilerini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte tedavi sonrasında ve üç aylık izlem değerlendirmesinde DGT alan hastaların OKB belirtilerinin BDGT alan hastalara oranla daha düşük olduğu bildirilmiştir. 2 yılın sonunda alınan değerlendirmeler yine DGT'nin BDGT'den daha etkili olduğu yönünde olmuştur (Whittal ve ark. 2008)

Tartışma

OKB'de obsesyon ve kompulsiyonlara ayrılan aşırı zaman nedeniyle kişilerin işlevselliklerinde (Cramer-CandPolit ve ark. 2005) ve aile ilişkilerinde bozulmaların olduğu (Hollander ve ark. 1996, Gomes ve ark. 2014) evliliklerinde problemlerin yaşandığı (Emmelkamp ve Gerlsma 1994) ve yaşam kalitelerinin düştüğü (Gomes ve ark. 2014) bilinmektedir. Kişinin hem sosyal hem de özel hayatında önemli sorunlara yol açan bu bozukluğun belirtilerini ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik etkili tedavi yöntemlerinin bulunması oldukça önemlidir. BDT OKB'nin tedavisinde kullanılan temel yöntemlerden biridir. Ancak BDT'nin bireysel olarak uygulanmasının zaman alıcı ve maliyeti yüksek bir tedavi olması nedeniyle BDGT'nin OKB'nin tedavisinde etkili bir yöntem olup olmadığını araştırmaya yönelik çalışmalar giderek artmaktadır.

Bu çalışmada 2000-2015 (Şubat) yılları arasında yayınlanan ve BDGT'nin etkililiğini değerlendiren çalışmalar gözden geçirilmiştir. Gözden geçirilen yayınların genel bulguları değerlendirildiğinde, karşılaştırma grubu olmayan öntes-sontest ölçümlerine dayalı etkililik çalışmaları ile bekleme listesi, plasebo, ilaç ve bireysel BDT uygulamaları ile karşılaştırmalı etkililik araştırmaları olmak üzere farklı araştırma yöntemlerinin uygulandığı görülmüştür. Bununla birlikte hala hastaların 1/3'ünün iyileşmeden kaldığı gerçeği ile birçok araştırmancının aynı zamanda BDGT'ye olumlu cevabın artması için ilişkili değişkenleri değerlendirildiği gözlenmiştir. Dahil etme kriterlerini karşılayan 30 makaleden 15'i 2010 ve sonrasındaki yıllara aittir. Bu çalışmalardan bazıları daha önceki yıllarda yayınlanan çalışmaların uzun bir zaman dilimi sonrası izlem ölçümlerini sunarken (Braga ve ark. 2010, Borges ve ark. 2011) bazıları ise BDGT'ye daha olumlu cevap için sosyodemografik değişkenler, erken dönem uyumsuz yaşantılar, yeterli içgörü, beyindeki gri madde düzeyi gibi çok çeşitlilikteki değişkenlerin ilişkilerini araştırmıştır (Himle ve ark. 2006, Belloch ve ark. 2011, Hoexter ve ark. 2013). Sonuç olarak, OKB'ye BDGT ile müdahalelerde daha iyi yanıt olasılıklarını arttırabilmek ve müdahalelerin zaman içerisindeki etkililiğini değerlendirebilmek üzere yapılan çalışmaların son yıllarda oldukça arttığı görülmektedir.

Bu çalışmada gözden geçirilen tüm araştırmalarda uygulanan BDGT programlarının OKB belirtilerini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca izlem değerlendirilmesi olan çalışmalar da tedavi sonucunda elde edilen kazanımların uzun süre boyunca korunduğu ortaya koymuştur. Çalışmalar kazanımların 2 yıl boyunca (Braga ve ark. 2010) hatta 49 ay boyunca (Himle ve ark. 2001) devam ettiğini göstermiştir. BDGT'yi bekleme listesi kontrol grubuyla karşılaştıran çalışmalar da BDGT'nin bekleme listesinden üstün olduğunu ortaya koymuştur.

BDGT'nin etkililiğini bireysel BDT ile karşılaştırarak inceleyen çalışmaların bulguları ise birbiriyle tutarsız görünmektedir. Bir kaç çalışma bireysel BDT'nin OKB belirtilerini ve fonksiyonel olmayan inançları azaltmada BDGT'den daha etkili olduğunu, bir grup çalışma ise iki tedavi biçiminin de OKB belirtilerini ve işlevsel olmayan inançları azaltmada benzer etkinliğe sahip olduğunu ortaya koymuştur. İzlem ölçümleri alan çalışmalar da benzer biçimde birbiriyle tutarsız sonuçlar rapor etmişlerdir. Cabedo ve arkadaşları (2010) 1 yıl sonra bireysel BDT ile BDGT arasındaki eşitliğin bozulduğunu ve bireysel BDT'de iyileşme oranlarının daha yüksek olduğunu, Jaurrieta ve arkadaşları (2008a) ise son testte daha etkili bulunan bireysel BDT'nin 1 yıl sonra BDGT ile benzer seviyeye ulaştığını bildirmiştir. Bilişsel davranışçı terapide bireysel ve grup uygulama koşullarının sonuçları, tedavi sonucunda tedavi kazanımına ilişkin alınan ölçümlerin izlem çalışmalarında değiştiğini ispatlamıştır (Anderson ve Rees, 2007, Jaurrieta ve ark. 2008b, Cabedo ve ark. 2010). Bu nedenle daha çok çalışmanın kontrol gruplarına ve izlem ölçümlerine yer vermesi önemlidir.

Bu sonuçlar aynı zamanda OKB belirtilerini ve ilişkili sorunları azaltmada bireysel BDT'nin mi yoksa BDGT'nin mi daha üstün olduğu sorusuna kesin bir yanıt vermeyi olanaksız kılmıştır. İlgili çalışmaların çoğu BDGT'nin bireysel BDT kadar etkili olduğunu gösterse de konuyla ilgili daha fazla çalışma yapmaya ihtiyaç olduğu açıktır.

Literatüre bakıldığında, OKB'nin tedavisi için ilk basamakta başvurulan tedavi müdahalelerinin BDT ve farmakolojik tedaviler olduğu bilinmektedir (Greist ve ark. 2003, Eddy ve ark. 2004). Ancak hangisinin daha etkili olduğu sorusu yanıtızsızdır. Bu çalışmada gözden geçirilen ve BDGT ile farmakoterapinin etkililiğini karşılaştıran makalelerin hepsinde de OKB belirtilerini azaltmada iki tedavi biçiminin birbirinden farklılaşmadığı bildirilmiştir. Belotto-Silva ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında farmakoterapi alan hastaların tedaviyi bırakma oranlarının neredeyse BDGT'nin iki katı olması BDGT'nin en azından hastaların tedaviye katılım motivasyonlarını daha fazla arttırdığı şeklinde yorumlanabilir. Schruers (2007) BDGT müdahalesi ile farmakoterapinin OKB belirtilerini iyileştirmede birbirinden farklılaşmadıkları bulgusu için bir eleştiri getirmiştir. Müdahale dönemlerinin eşit olmasının ilaç tedavisinden alınacak sonuçların aleyhinde olacağına yönelik olan bu eleştiriye göre, 12 haftalık bir süreçte BDT'nin etkinliğini gösterme olasılığı varken, ilaç tedavisinin etkisini görebilmek için bu süre çok kısadır. Bu nedenle gerçekten müdahalenin etkililiğini görebilmek için hem plasebo grubuna, hem de ilaç müdahalesinden alınacak sonuç ile karşılaştırma yapabilmek için daha uzun süreye ihtiyaç vardır. Bu durumda tedavinin hemen ardından alınan ölçümlerden ziyade daha uzun süreli ölçümlerin bu iki tedavi biçiminin sonuçlarının farklılaşıp farklılaşmadığını daha iyi ortaya koyması beklenir. Ancak konuyla ilgili olarak sadece bir çalışmanın izlem ölçümü aldığı anlaşılmıştır (Borges ve ark. 2011) Bu çalışmada ise tedaviden 5 yıl sonra hem farmakoterapi hem de BDGT grubunda elde edilen kazanımların korunduğunu bildirilmiştir. Bununla birlikte bu 5 yıllık izlem çalışması, geçen

süre zarfında örneklemin önemli bir kısmının başka bir müdahaleye de ihtiyaç duyduğunu ortaya koymuştur. Çünkü BDGT alanların bir kısmı ilaç tedavisine, ilaç tedavisi alanların bir kısmı da BDT'ye başlamıştır. Bu durumda beş yıl sonunda, ilk müdahaleden sonra elde edilen kazanımların mı korunduğu yoksa sonradan başlanan yeni tedavi biçiminin etkilerinin mi sürdüğü açık değildir. Belki de farklı zamanlarda da olsa iki tedaviyi birlikte almak, iyileşmenin uzun süreli olmasında etkili olmuş olabilir. Ancak bu gözden geçirmede hem farmakoterapi hem de BDGT alan bir grupta çalışan bir araştırma yer almadığından iki tedaviyi birlikte almanın etkisinin daha uzun süreli olup olmadığını söylemek mümkün değildir. Bundan sonraki çalışmalarda iki tedaviyi birlikte almanın sadece farmakoterapi ya da sadece BDGT'den daha üstün olup olmadığının araştırılması önerilmektedir.

Bu gözden geçirmede son yıllarda OKB tedavisinde BDGT ile farmakoterapiyi karşılaştıran araştırmaların beyin bölgelerindeki farklılaşma ile de ilgilendiği görülmüştür (Hoexter ve ark. 2012, Hoexter ve ark. 2013). Bu çalışmalar, OKB belirtilerinin azalmasında iki tedavi biçimi arasında Y-BOCS ölçek puanlarıyla ölçülen OKB belirtileri açısından fark olmadığını ortaya koysa da, gri madde düzeyleri açısından BDGT alan grupta herhangi bir değişim yokken, fluoksetin alan grubun sol putamendeki gri madde düzeyinin tedavi sonrasında anlamlı bir biçimde arttığını göstermiştir (Hoexter ve ark. 2012) ve tedavi biçimlerine olumlu yanıtı etkileyen farklı lokasyonlarda gri madde büyüklüğü saptanmıştır (Hoexter ve ark. 2013). Sonuç olarak, farmakoterapi ve BDGT'nin OKB belirtilerini azaltmada etkili olup olmadığı artık bir soru olmaktan çıkmıştır. Bu sorudan ziyade daha çok hangi durumlarda hangi tedavi daha etkilidir sorularının araştırıldığı ve bu konuda hala araştırmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir. Tüm bunlara ek olarak en az farmakoterapi kadar etkili bulunan BDGT, ilaç tedavisini tercih etmeyen ya da ilaç tedavisine dirençli olan hastalar için iyi bir alternatif olarak düşünülebilir. Ancak yapılacak çalışmalarda Schruers'ın (2007) eleştirisini dikkate alan bir araştırma deseni oluşturmak önemli görünmektedir.

Çalışmaların bazılarında uygulanan BDGT programları hem bilişsel hem de davranışçı teknikleri içermiş, bazılarındaysa sadece davranışçı teknikler olan maruz bırakma ve tepki önleme teknikleri kullanılmıştır. Çalışmalar BDT'nin her iki biçiminin de OKB belirtilerini azaltmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Üstelik her iki yaklaşıma ilişkin izlem çalışmaları da terapilerin etkisinin korunduğunu ortaya koymuştur. Bu durum bu farklı teknikleri içeren programların birbirlerine üstünlükleri var mıdır sorusunu gündeme getirmiştir. Ancak sadece bir çalışmada bilişsel teknikleri içeren grup terapisi ile davranışçı teknikleri içeren grup terapisi birbiri ile karşılaştırılmıştır (McLean ve ark. 2001). Bu çalışmada tedavi sonrasında iki terapi biçimi benzer sonuçlar gösterse de 3 ay ve 2 yıl sonrasında OKB'nin grup tedavisinde sadece davranışçı teknikleri içeren yaklaşımın daha etkili olduğu bulunmuştur (McLean ve ark. 2001, Whittle ve ark. 2008). Tek bir çalışmadan yola çıkarak davranışçı tekniklerin OKB tedavisinde daha etkili olduğunu söylemek güç olsa da bu sonuçların OKB'nin tedavisinde MTÖ tekniklerinin önemini ortaya koyduğu söylenebilir. Bir başka çalışmada ise aynı davranışçı teknikleri içeren 7 seanslık terapi programının 12 seanslık terapi kadar etkili olduğu bulunmuştur (Himle ve ark. 2001). Bu da davranışçı teknikleri içeren programın çok kısa sürede işe yaradığını göstermektedir.

Gözden geçirilen araştırmalarda grup olmanın etkisini kontrol etmek için plasebo kontrol grubunun kullanılmayışı dikkat çekicidir. Bu araştırmaların önemli bir sınırlılığı

olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada BDGT'yi plasebo kontrol grubuyla karşılaştıran tek bir araştırma vardır. O da BDGT ile plasebonun benzer etkinliğe sahip olduğunu BDGT'nin plasebo grubuna göre sadece tedaviye devam açısından bir üstünlüğü olduğunu bildirmiştir (Fineberg ve ark. 2005). Bu durumda çalışmalarda ulaşılan sonuçların güvenilirliği için, grup etkisinin kontrol edildiği etkililik çalışmalarına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Bu gözden geçirmede Türkiye'de yapılmış tek bir çalışmaya rastlanmıştır (Şafak ve ark. 2014), bu çalışmada da herhangi bir kontrol ya da karşılaştırma grubu kullanılmamıştır. Bu da ülkemizde konuyla ilgili çalışmaların yetersiz olduğunu göstermektedir. Ülkemizde de literatürdeki yöntem eksikliklerinin giderilerek yeni çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Sonuç

Araştırmalar, BDGT'nin OKB ve eşlik eden depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmada etkili, tedaviye devam oranı yüksek ve etkisi uzun süre devam eden bir müdahale biçimi olduğunu ortaya koymuştur. Üstelik BDGT'nin OKB belirtilerini azaltmada farmakoterapi ve bireysel BDT kadar etkili bir tedavi olduğu anlaşılmıştır. Tedaviye devam avantajı sunan ve sınırlı sayıda terapist ile daha çok sayıda hastaya ulaşma imkanı tanıyan BDGT'nin OKB için uygulanabilir ve etkili bir tedavi biçimi olduğu görülmüştür.

Kaynaklar

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) (Çev ed. E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Anderson RA, Rees CS (2007) Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther*, 45:123-137.
- Beck A (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, International Universities Press.
- Belloch A, Cabedo E, Carrió C, Fernández-Alvarez H, García F, Larsson C (2011) Group versus individual cognitive treatment for obsessive-compulsive disorder: changes in non-OCD symptoms and cognitions at post-treatment and one-year follow-up. *Psychiatry Res*, 187:174-179.
- Belotto-Silva C, Diniz JB, Malavazzi DM, Valério C, Fossaluza V, Borcato S et al. (2012) Group cognitive-behavioral therapy versus selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder: a practical clinical trial. *J Anxiety Disord*, 26:25-31.
- Borges CP, Meyer E, Ferrão YA, Souza FP, Sousa MB, Cordioli AV (2011) Cognitive-behavioral group therapy versus sertraline for obsessive-compulsive disorder: five-year follow-up. *Psychother Psychosom*, 80:249-250.
- Braga DT, Cordioli AV, Niederauer K, Manfro GG (2005) Cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 11-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 112:180-186.
- Braga DT, Manfro GG, Niederauer K, Cordioli AV (2010) Full remission and relapse of obsessive-compulsive symptoms after cognitive-behavioral group therapy: a two-year follow-up. *Rev Bras Psiquiatr*, 32:164-168.
- Cabedo E, Belloch A, Carrió C, Larsson C, Fernández-Alvarez H, García F (2010) Group versus individual cognitive treatment for obsessive-compulsive disorder: changes in severity at post-treatment and one-year follow-up. *Behav Cogn Psychother*, 38:227-232.
- Cordioli, AV, Heldt E, Braga Bochi D, Margis, R., Basso de Sousa M, Tonello, J et al. (2002) Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr*, 24:113-120.
- Cordioli AV, Heldt E, Braga Bochi D, Margis R, Basso de Sousa M, Fonseca Tonello J et al. (2003) Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychother Psychosom*, 72:211-216.
- Cramer-CandPolit V, Torgersen S, Kringle E. (2005) Quality of life and anxiety disorders: a population study. *J Nerv Ment Dis*, 193:196-202.
- Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D (2004) A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev*, 24:1011-1030.

- Emmelkamp PMG, Gerlma C (1994) Marital functioning and the anxiety disorders. *Behav Ther*, 25:407–429.
- Fals-Stewart W, Lucente S (1994) Behavioral group therapy with obsessive-compulsives: an overview. *Int J Group Psychother*, 44:35–51.
- Fenger MM, Mortensen EL, Rasmussen J, Lau M (2007) Group therapy with OCD: development and outcome of diagnosis specific treatment of patients with OCD in groups. *Nordic Psychol*, 59:332–346.
- Fineberg NA, Hughes A, Gale TM, Roberts A (2005) Group cognitive behaviour therapy in obsessive-compulsive disorder (OCD): a controlled study. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 9:257–263.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL et al. (1989) The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46:1006–1011.
- Gomes JB, Van Noppen B, Pato M, Braga DT, Meyer E, Bortocello CF et al. (2014) Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 68:621–630.
- Greist JH, Bandelow B, Hollander E, Marazziti D, Montgomery SA, Nutt DJ et al. (2003) WCA recommendations for the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. *CNS Spectr*, 8(S1):7–16.
- Haaland AT, Vogel PA, Launes G, Haaland VØ, Hansen B, Solem S et al. (2011) The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 49:781–788.
- Håland ÅT, Vogel PA, Lie B, Launes G, Pripp AH, Himle JA (2010) Behavioural group therapy for obsessive-compulsive disorder in Norway: an open community-based trial. *Behav Res Ther*, 48:547–554.
- Haraguchi T, Shimizu E, Ogura H, Fukami G, Fujisaki M, Iyo M (2011) Alterations of responsibility beliefs through cognitive-behavioural group therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother*, 39:481–486.
- Heinzel S, Tominschek I, Schiepek G (2014) Dynamic patterns in psychotherapy-discontinuous changes and critical instabilities during the treatment of obsessive compulsive disorder. *Nonlinear Dynamics Psychol Life Sci*, 18:155–176.
- Himle JA, Rassi S, Haghghatgou H, Krone KP, Nesse RM, Abelson, JL (2001) Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: seven-vs. twelve-week outcomes. *Depress Anxiety*, 13:161–165.
- Himle JA, Van Etten M, Fischer DJ (2003) Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a review. *Brief Treat Crisis Interv*, 3:217–229.
- Himle JA, Van Etten ML, Janek AS, Fischer DJ (2006) Insight as a predictor of treatment outcome in behavioral group treatment for obsessive-compulsive disorder. *Cogn Ther Res*, 30:661–666.
- Hoexter MQ, Shavitt RG, D'Alcante CC, Ceconci JP, Diniz JB, Belotto-Silva C et al. (2009) The drug-naïve OCD patients imaging genetics, cognitive and treatment response study: methods and sample description. *Rev Bras Psiquiatr*, 31: 349–353.
- Hoexter MQ, De Souza Duran FL, D'Alcante CC, Dougherty DD, Shavitt RG, Lopes AC et al. (2012) Gray matter volumes in obsessive-compulsive disorder before and after fluoxetine or cognitive-behavior therapy: a randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology*, 37:734–745.
- Hoexter MQ, Dougherty DD, Shavitt RG, D'Alcante CC, Duran, FL, Lopes AC, et al. (2013) Differential prefrontal gray matter correlates of treatment response to fluoxetine or cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacology*, 23:569–580.
- Hollander E, Kwon JE, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA (1996) Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry*, 57:3–6.
- Jakubovski E, Diniz JB, Valerio C, Fossaluza V, Belotto-Silva C, Gorenstein C et al. (2013) Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 30:763–772
- Jaurrieta N, Jimenez-Murcia S, Menchón JM, Alonso MDP, Segalas C, Álvarez-Moya EM et al. (2008a) Individual versus group cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled pilot study. *Psychother Res*, 18:604–614.
- Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Alonso P, Granero R, Segalàs C, Labad J et al. (2008b) Individual versus group cognitive behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: follow up. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62: 697–704.
- 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 (2011a) Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 123:387–397.
- Jónsson H, Hougaard E, Bennedsen BE (2011b) Dysfunctional beliefs in group and individual cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord*, 25:483–489.
- Karamustafaoglu OK, Üçşık AM, Ulusoy M, Erkmen H (1993) Yale Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, 86.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA (1988) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1094–1099.

- Kearns C, Tone Y, Rush G, Lucey JV (2010) Effectiveness of group-based cognitive-behavioural therapy in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatrist*, 34:6-9.
- Kozak MJ, Foa EB (1998) *Mastery of Obsessive-Compulsive Disorder: Therapist Manual*. San Antonio, TX, Psychological Corporation.
- Krone KP, Himle JA, Nesse RM (1991) A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behav Res Ther*, 29:627-631.
- Mancebo M, Eisen J, Pinto A, Greenberg B, Dyck I, Rasmussen S (2006) The brown longitudinal obsessive compulsive study: treatments received and patient impressions of improvement. *J Clin Psychiatry*, 67:1713-1720.
- McGinn LK, Sanderson WC (1999) *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. New Jersey, Jason Aronson.
- McLean PD, Whittal M, Thordarson DS, Taylor S, Söchtting I, Koch WJ et al. (2001) Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol*, 69:205-214.
- Meyer E, Souza F, Heldt E, Knapp P, Cordioli A, Shavitt RG et al. (2010a) A randomized clinical trial to examine enhancing cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder with motivational interviewing and thought mapping. *Behav Cogn Psychother*, 38:319-336.
- Meyer E, Shavitt RG, Leukefeld C, Heldt E, Souza FP, Knapp P et al. (2010b) Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: results from a randomized clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr*, 32:20-29.
- Norton PJ, Whittal ML (2004) Thematic similarity and clinical outcome in obsessive-compulsive disorder group treatment. *Depress Anxiety*, 20:195-197.
- Prasko J, Raszka M, Adamcova K, Grambal A, Koprivova J, Kudrnovska H et al. (2009) Predicting the therapeutic response to cognitive behavioural therapy in patients with pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuro Endocrinol Lett*, 30:615-623.
- Raffin AL, Guimarães Fachel JM, Ferrão YA, Pasquoto de Souza F, Cordioli AV (2009) Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*, 24:297-306.
- Rasmussen SA, Eisen JL, Pato MT (1993) Current issues in the pharmacological management of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 54:4-9.
- Rees C, Nathan P (2001) *Obsessive Compulsive Disorder Group Treatment Program: A Group Cognitive Behavioural Programme*. Nedlands, Western Australia, Riobay Enterprises.
- Salkovskis PM (1985). Obsessional compulsive problems: a cognitive behavioral analysis. *Behav Res Ther*, 23:571-583.
- Salkovskis PM (1989) Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*, 27: 677-682.
- Schruers KR (2007) Group cognitive behavioural therapy increases complete remission of obsessive-compulsive disorder symptoms compared with sertraline, but not response. *Evid Based Ment Health*, 10:25.
- Shavitt RG, Valério C, Fossaluzza V, Da Silva EM, Cordeiro Q, Diniz JB et al. (2010) The impact of trauma and post-traumatic stress disorder on the treatment response of patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 260:91-99.
- Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordioli AV (2006) A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 67:1133-1139.
- Şafak Y, Karadere ME, Özdel K, Özcan T, Türkçapar MH, Kuru E et al. (2014) Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg*, 25:225-233.
- Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD (2005) Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Ther*, 43:1559-1576.
- Whittal ML, Robichaud M, Thordarson DS, McLean PD (2008) Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention: a 2-year follow-up of two randomized trials. *J Consult Clin Psychol*, 76:1003-1014.

Seda Sapmaz Yurtsever, Araş.Gör., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir; **Serap Tekinsav Sütcü**, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütcü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.

E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 4 Mart/March 4, 2015 - **Kabul tarihi/Accepted** 21 Eylül/September 21, 2015

Tablo 1. Çalışmaların terapi ve yöntem özellikleri

Çalışma	Örnek-lem	Tedavi Grupları	Seans Sayısı	Seans Süresi	Üye sayısı (terapist sayısı)	Seans İçeriği	İzlem Süresi	Sonuçlar	Tedaviyi Bırakma
KARŞILAŞTIRMA VE KONROL GRUBU OLMAYAN BDGT ETKİLİLİK ÇALIŞMALARI									
Braga ve ark. 2005	44 OKB Hastası	BDGT (n=44)	12	120'	7-8 (2)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) (Cordioli ve ark. 2002)	3, 6 ve 12 ay	Y-BOCS puanlarındaki sonestteki azalma 3, 6 ve 12 aylık izlemlerde korunmuştur.	2
Braga, ve ark. 2010	44 OKB Hastası	BDGT (n=44)	12	120'	7-8 (2)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) (Cordioli ve ark. 2002)	18 ve 24 ay	Y-BOCS puanlarındaki sonestteki azalma 2 yıllık izlemlerde korunmuştur	2
Cordioli ve ark. 2002	32 OKB Hastası	BDGT (n=32)	12	120'	5-8 (2)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) (Cordioli ve ark. 2002)	3 ay	Sonestte Y-BOCS, HAM-A, HAM-D puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır. 3 aylık izlemlerde tüm kazanımlar korunmuştur.	2
Fenger ve ark. 2007	24 OKB Hastası	BDGT (n=24)	16	120'	6 (2)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) (Clark 2004, Wells 1997)	3 ay	Sonestte Y-BOCS puanları anlamlı bir şekilde azalmış, SCL-90 ölçümlerinde ılımlı iyileşme olmuştur. İzleme ait bulgu belirtilmemiştir.	0
Haraguchi ve ark. 2011	36 OKB Hastası	BDGT (n=36)	12	90'	5-7 (3)	BDT (bt, dt) (Rees ve Nathan 2001)	Yok	Sonestte Y-BOCS, RAS ve RIQ puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır. BDI-II sonest puanlarında anlamlı bir azalma gözlenmemiştir.	8
Håland ve ark. 2010	54 OKB Hastası	DGT (n=54)	12	150'	5-7 (2)	MTÖ (Psikoeğitim, mtö)	3 ve 12 ay	Sonestte Y-BOCS puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır. 3 aylık ve 1 yıllık izlemlerde kazanımlar korunmuştur	4
Himle ve ark. 2006	69 OKB Hastası	DGT (n=69)	7	120'	6-8(?)	DT (pse, mtö + 2 saatlik aile üyeleri ile seans)	Yok	İç görüşü yüksek hastalar düşük olanlara göre terapiden daha fazla faydalanmıştır. Ancak düşük içgörülü hastalar da iyileşme göstermiştir.	DGT ?

Kearns ve ark. 2010	24 OKB Hastası	BDGT (n=24)	10	90'	4-8 (1-2)	BDT (pse, mtö, bt ve nö)	Yok	Sontestte Y-BOCS, Maudsley OCI, BDE, BAE puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır	BDGT 3
Prasko ve ark. 2009	47 OKB Hastası	BDGT	5	?	? (?)	BDT (pse, mtö, bt ve nö iletişim becerileri ergo terapi ve spor ile tamamlama)	Yok	Tüm hastalar Y-BOCS puanlarında anlamlı gelişme göstermişlerdir.	?
Şafak ve ark. 2014	37 OKB Hastası	BDGT (n=37)	14	90-120dk	8-10 (1)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) (Clark 2004; Steketee 1993)	Yok	Sontestte Y-BOCS, BDE, BDA puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır.	BDGT 8
BDGT İLE SADECE BEKLEME LİSTESİ ya da PLASEBO KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMALARI									
Cordioli ve ark. 2003	46 OKB Hastası	1. BDGT (n=23) 2. BL (n=24)	12	120'	7-8 (2)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) (Cordioli ve ark. 2002)	3 ay	Sontestte Y-BOCS, OVIS puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır. BDGT bekleme listesine göre anlamlı bir şekilde daha etkilidir. 3 aylık izlemde tedavi grubu kazanımları artarak devam etmiştir.	BDGT 1 BL 1
Fineberg ve ark. 2005	41 OKB Hastası	1. BDGT (n=24) 2.Gr. GT (n=17)	12	120'	7-9 (1)	BDT (pse, mtö, bt ve nö) GT (Kas gevşemesi, gevşeme ve nefes alma, meditasyon)	3 ay	Sontestte BDGT grubunda Y-BOCS puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır. 3 aylık izlemde tedavi grubu kazanımları artarak devam etmiştir. BDGT ve GT gruplarının sontest Y-BOCS, HAS, MADRS, SASS puanlarında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır.	BDGT 1 Grup GT 6
BDGT İLE FARMAKOTERAPİ KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMALARI									
Belotto-Silva ve ark. 2012	158 OKB Hastası	1. BDGT (n=70) 2. Fluoksetin (20mg-80mg) (n=88)	12	120'	6-8 (2)	BDT (pse, mtö bt, nö, aile seansı) (Cordioli ve ark. 2002)	Yok	İki grupta da Y-BOCS puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı düzeye ulaşmamış bir düşme vardır. Y-BOCS puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur	BDGT 18 İlaç tedavisi 33
Borges ve ark. 2011	46 OKB Hastası	1. BDGT (n=28)	12	120'	5-8 (1)	BDT (pse, mtö bt, nö) (Cordioli ve ark.	5 yıl	Sontestte Y-BOCS puanlarında anlamlı bir düşme vardır. Y-BOCS puanları açısından tedavi	BDGT 3

		2. Sertraline (50mg-100 mg) (n=28)				2002)		grupleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. 5 yıllık izlemde de kazanımlar korunmuştur	ilaç tedavisi 3 * izlemde; BDGT alan 21, Sertraline alan 25 kişiden ölçüm alınabilmiştir
Hoexter ve ark. 2012	38 OKB Hastası	1. BDGT (n=19) 2. Fluoksetin (20mg-80mg) (n=19) SK	12	120'	6-8 (1)	BDT (pse, mtö bt, nö, aile seansı) (Cordioli ve ark. 2002)	Yok	Y-BOCS, puanlarında anlamlı düşme vardır. Y-BOCS puanları açısından tedavi grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır Sadece BDGT alan grubun BDE puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır.	BDGT 6 ilaç tedavisi 6
Hoexter ve ark. 2013	38 OKB Hastası	1. BDGT (n=19) 2. Fluoksetin (20mg-80 mg) (n=19)	12	120'	6-8 (1)	BDT (pse, mtö bt, nö) (Cordioli ve ark. 2002)	Yok	Y-BOCS puanlarında anlamlı düşme vardır. Y-BOCS puanları açısından tedavi grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır Sadece BDGT alan grubun BDE ve BAE puanları anlamlı bir şekilde azalmıştır.	BDGT 4 ilaç tedavisi 5
Sousa ve ark. 2006	56 OKB Hastası	1. BDGT (n=28) 2. Sertralin (50mg-100 mg)(n=28)	12	120'	5-8 (1)	BDT (pse, mtö bt, nö) (Cordioli ve ark. 2002)	Yok	Y-BOCS, BDE ve BAE puanlarında anlamlı bir düşme vardır. Tedavi grupları arasında ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır.	BDGT 3 ilaç tedavisi 3
BDGT İLE BİREYSEL BDT KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMALARI									
Anderson ve Rees 2007	63 OKB Hastası	1. BDGT (n=25) 2. Bireysel	10	120'	? (2)	BDT (pse, mtö bt, nö) (Rees ve Nathan 2001; hem bireysel hem de gruba	1 ay	Sonsteste iki tedavi grubunun Y-BOCS ve BDE puanları anlamlı bir şekilde düşmüştür ve her iki tedavi grubu birbirinden farklılaşmazken bekleme listesi grubuna göre daha etkilidir	BDGT 5 Bireysel BDT 4

		BDT (n=21) 3. BL (n=17)	10			uygulanabilen tedavi protokolü)		İzlemde tedavi koşullarının etkililiği bakımından Y-BOCS ve BDE puanlarında fark yoktur. İzlemde bekleme listesindekiler ile bir karşılaştırma yapılmamıştır.	BL 3
Belloch ve ark. 2011	44 OKB Hastası	1. BDGT (n=24) 2. Bireysel BDT (n=18)	16 18	120' 90'	5-7 (2)	BDT (pse, dt, bt, nö) (Cordioli ve ark. 2002) (Salkovskis 1999; Freeston ve ark., 2001; Rachman 2003; Clark 2004)	1 yıl	Her iki tedavide OKB'yle ilişkili işlevsel olmayan inançlar anlamlı biçimde azalmıştır. Ancak, bu açıdan bireysel tedavi grup tedavisinden daha etkilidir	BDGT 2 Bireysel BDT 2
Cabedo ve ark. 2010	42 OKB Hastası	1. BDGT (n=24) 2. Bireysel BDT (n=18)	16 18	120' 60'	5-7 (2)	BDT (pse, dt, bt, nö) (Cordioli ve ark. 2002) (Salkovskis 1999; Freeston ve ark., 2001; Rachman 2003; Clark 2004)	1 yıl	Sontestte her iki tedavi grubunun da Y-BOCS puanlarında anlamlı biçimde düşme vardır. Ancak gruplar arasında fark bulunamamıştır. 1 yıllık izlemde iyileşme oranları temelinde bireysel BDT (%62.5) BDGT'den (%31.8) daha üstündür.	BDGT 2 Bireysel BDT 2
Haaland ve ark. 2011	88 OKB Hastası	1. DGT (n= 62) 2. Bireysel DGT (n=26)	12 15	150' 90'	6 (2)	Maruz Bırakma Tepki Önleme (Psikoeğitim, MTÖ) (Kozak ve Foa 1998)	Yok	Sontestte her iki tedavi grubunun da Y-BOCS puanlarında anlamlı biçimde düşme vardır. Ancak gruplar arasında fark bulunamamıştır.	Grup MTÖ 9 Bireysel MTÖ 3
Jaurrieta ve ark., 2008a	57 OKB Hastası	1. BDGT (n= 19) 2. Bireysel BDT (n=19)	20 20	90' 45'	? (?)	BDT (pse, bt, mtö ve nö) (McGinn ve Sander-son, 1999)	1, 3, 6, 12 ay	Sontestte her iki tedavi grubunun da Y-BOCS, HAM-D, HAM-A puanları anlamlı bir şekilde düşmüştür ve her iki müdahale de bekleme listesi grubuna göre daha etkili bulunmuştur. Sontestte Bireysel BDT Y-BOCS puanlarının	BDGT 3 Bireysel BDT 3

		3. BL						düşmesi açısından BDGT'ye göre daha etkilidir. HAM-A ve HAM-D açısından bireysel ve grup müdahaleleri arasında fark yoktur.	BL -
Jaurieta ve ark. 2008b	20 OKB Hastası		20	90'	? (?)	BDT (pse, bt, mtö ve nö)	1 yıl	Tedavi sonunda bireysel BDT'nin OKB belirtilerini azaltmada BDGT'ye karşı elde ettiği üstünlük 1 yıllık izlemde ortadan kalkmıştır. 1 yıllık izlemde Bireysel BDT'nin sadece depresyon semptomlarını azaltmada BDGT'ye göre daha etkili olduğu görülmüştür.	BDGT ? Bireysel BDT ?
Jónsson ve ark. 2011a	110 OKB Hastası	1. BDGT (n=47) 2. Bireysel BDT (n=46)	15 BDT +3 gs	120' 60'	6 (2)	BDT (pse, bt, mtö, nö, aile seansı) (Salkovskis 1985)	6 ve 12 ay	İki grupta da Y-BOCS puanlarında anlamlı azalma vardır. Ancak tedavi grupları arasında Y-BOCS, BDI-II, BAE açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.	BDGT 4 Bireysel BDT 9
Jónsson ve ark. 2011b	70 OKB Hastası	1. BDGT (n=37) 2. Bireysel BDT (n=33)	15 BDT +3 gs	120' 60'	6 (2)	BDT (pse, bt, mtö, nö, aile seansı) (Salkovskis 1985)	Yok	Her iki müdahale de fonksiyonel olmayan inançlarda anlamlı azalma vardır. Ancak tedavi grupları arasında bu açıdan bir fark yoktur.	-
BDGT X FARKLI GRUP TERAPİLERİNİ KARŞILAŞTIRAN ÇALIŞMALAR									
Himle ve ark. 2001	113 OKB Hastası	1. DGT (n=24) 2. DGT (n=89)	12	120' (7) +60' (5) 120'	6-8(?)	DT (pse, mtö + 2 saatlik aile üyeleri ile seans)	3 ay ve ort:49.19 ay	Son testte her iki tedavi grubu da Y-BOCS ve BDE puanlarında anlamlı azalma göstermiştir OKB ve depresyon belirtilerini azaltmada tedavi grupları arasında fark yoktur. İzlemlerde kazanımlar korunmuştur.	DGT 0 DGT 0
McLean ve ark. 2001	76 OKB Hastası	1. BGT (n=34) 2. DGT	12	150'	6-8(2)	BT (pse, bt) (Freeston ve ark., 1996; Salkovskis, 1996)	3 ay	Son testte her iki tedavi grubunun da sY-BOCS puanları bekleme listesine göre anlamlı bir şekilde daha çok düşmüştür.	BGT 3 DGT 10

		(n=42) 3.BL (n=38)				.		Son testte ve 3 aylık izlemde DGT, BGT'den etkili bulunmuştur.	
Meyer ve ark. 2010a	93 OKB Hastası	1. Bireysel 2 seans (kontrol koşulu) + BDGT (n=45) (6 grup) 2. Bireysel 2 seans (MG ve DH) + BDGT (n=48) (6 grup)	2(bireysel kontrol koşulu) + 12 BDGT 2(bireysel MG+DH) + 12 BDGT	60'(ilk iki hafta kontrol koşulu) + 120' 60'(ilk iki bireysel MG+DH haftası) + 120'	6-8 (2) 6-8 (2)	BDT (pse, mtö ve nö) (VanNoppen ve ark. 1994) BDT (pse, mtö bt, nö) Cordioli ve ark., 2002	3 ay	Her iki tedavi grubunda da OKB belirtileri azalmıştır.	Sadece BDGT 3
Meyer ve ark. 2010b	40 OKB Hastası	1. Bireysel 2 seans (kontrol koşulu) + BDGT (n=45) (6 grup)	2(bireysel kontrol koşulu) + 12 BDGT	60'(ilk iki hafta kontrol koşulu) +	6-8 (2)	BDT (pse, mtö bt, nö) Cordioli ve ark., 2002	Yok	Her iki tedavi grubunda da OKB belirtileri azaltmıştır. OKB'nin kompülsiyon alt boyutunda MG+DH + BDGT anlamlı bir şekilde daha etkili bulunmuştur.	Sadece BDGT 2

		2. Bireysel 2 seans (MG ve DH) + BDGT (n=48) (6 grup)	2 (bi-reysel MG+ DH) + 12 BDGT	120' 60'(ilk iki bireysel MG+ DHhaf tasi) +120'	6-8 (2)				
Whittal ve ark. 2008	45 OKB Hastası	1.BGT (n=24) 2.DGT (n=21)	12	150'	6-8 (2)	BT (pse, bt) (Freeston ve ark.,1996; Salkovskis, 1996) DT (pse, mtö ve nö) (VanNoppen ve ark. 1994)	2 yıl	McLean ve arkadaşlarının (2001) 2 yıllık izlem sonuçlarıdır. DGT (MTÖ) alan hastaların Y-BOCS puanları izlemde daha fazla düşmüştür.	BGT 0 DGT 0

GENEL: OKB: obsesif-kompulsif bozukluk, BDGT: Bilişsel davranışçı grup terapisi, BGT: Bilişsel grup terapisi, DGT: Davranışçı grup terapisi; DT: Davranışçı teknikler, BT: Bilişsel Teknikler, GT: gevşeme terapisi, BL: bekleme listesi, SK: sağlıklı kontroller, Gr: grup, ?: Çalışmada rapor edilmemiş bilgi; **TEKNİKLER:** mtö: maruz bırakma ve tepki önleme, , pse: psiko-eğitim, bt: bilişsel teknikler, dt: davranışsal teknikler, nö: nüks önleme, gs: güçlendirici seans, MG: motivasyonel görüşme, DH: düşünce haritalama; **ÖLÇÜM ARAÇLARI:** Y-BOCS: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDE: Beck Depresyon Envanteri (BDE), BDE-II: Beck Depresyon Envanteri-II, BAI: Beck Anksiyete Envanteri (BAE), HAM-A: Hamilton Anksiyete Ölçeği, HAM-D: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği, HAS; Hamilton Anksiyete Derecelendirme, SCL-90: Psikolojik Belirti Tarama Testi, Maudsley OCI: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi, OVIs: Overvalued ideas scale (aşırı değerlendirilmiş düşünceler ölçeği), MADRS: Depresyon değerlendirme ölçeği, SASS:Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ), RAS: Sorumluluk Tutumları Ölçeği; RIQ: Sorumluluk Değerlendirme Ölçeği