

Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanı Varlığında Bilişsel Davranışçı Terapi

ÖZET

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), tedavi edilmediğinde çocuk ve ergenlerde sosyal, duygusal ve akademik gelişimi olumsuz etkileyebilen yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Bu çalışmada, 8–16 yaşları arasında OKB tanısı almış, eş tanısı olan veya olmayan 54 katılımcıda bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkinliği araştırılmıştır. Hastalar başlangıçta, 3. ayda ve 6. ayda değerlendirilmiştir. Katılımcıların %57,4'ünde en az bir eş tanı mevcuttu. Yaş grupları arasında başlangıç belirtileri açısından anlamlı fark bulunmamasına rağmen, ergenlerde eş tanı görülme oranı daha yüksekti. Altı aylık BDT sonrasında, Çocuk Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği puanları her iki grupta da anlamlı olarak iyileşmiştir; ancak iyileşme eş tanı olmayan grupta (29,56–1,56) eş tanısı olan gruba kıyasla (35,22–17,29) daha belirgin olmuştur. Bulgular, BDT'nin her iki grup için etkili olduğunu, ancak eş tanı varlığında iyileşmenin daha sınırlı olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel davranışçı terapi, obsesif kompulsif bozukluk, eş tanı, çocuk, ergen

GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), yineleyici obsesyon ve kompulsiyonların varlığıyla tanımlanan ve belirgin duygusal sıkıntıya neden olan yaygın bir bozukluktur (DSM-5). Çocuk ve ergenlerde OKB'nin yaygınlığının yaklaşık %2 olduğu tahmin edilmektedir (Rapoport ve ark., 2000; Heyman ve ark., 2001). Tedavi edilmediği takdirde OKB sıklıkla yetişkinliğe kadar devam eder ve sosyal, akademik ve duygusal alanlarda önemli düzeyde işlev bozulmasına yol açar. Pediatrik OKB ile ilgili en önemli klinik kaygılardan biri, diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek eş tanı oranıdır. Sık görülen eş tanımlar arasında depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, özgül fobiler, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu yer almaktadır (Weidle ve ark., 2014; Storch ve ark., 2010). OKB'li çocukların yaklaşık %80'inde en az bir eş tanı bulunmaktadır (Ercan ve ark., 2015; Storch ve ark., 2010). Önceki araştırmalar, OKB'li hastalarda eş tanıların sık görüldüğünü tutarlı biçimde vurgulamıştır (Franklin ve ark., 2012; Weidle ve ark., 2014; Sanchez-Meca ve ark., 2014). Bu tür eş tanıların varlığı yalnızca klinik tabloyu ağırlaştırmakla kalmaz, aynı zamanda tedavi planlamasını ve uygulanmasını da karmaşılaştırır. Bir hastada iki veya daha fazla bozukluğun eşzamanlı bulunması, farmakolojik ve psikolojik müdahaleler sonrasında azalmış tedavi yanıtı ve daha yüksek nüks oranları ile ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle, eş tanıların dikkatle değerlendirilmesi ve doğru şekilde tanılanması klinik uygulamada kritik öneme sahiptir.

Storch ve ark. (2008), OKB ile ilişkili belirli psikiyatrik eş tanıların, örneğin yıkıcı davranış bozuklukları, depresyon ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuklarda OKB şiddetini artırabileceğini, psikososyal işlevselliği, tedavi yanıtını ve BDT ile remisyon oranlarını eş tanısı olmayanlara kıyasla olumsuz etkileyebileceğini belirtmiştir. Çoklu eş tanı durumlarında tedaviye uyum ve tedavi yanıtı tutarlı bir şekilde azalmıştır. Eş tanımlar, farmakolojik ve psikoterapötik tercihleri zorlaştırmakta ve kroniklik, daha yüksek intihar riski ve işlevsellik bozulmasını öngörmektedir (Pallanti ve ark., 2011). Farrell ve ark. (2012), bir

veya daha fazla eş tanıya sahip çocukların BDT'ye daha zayıf yanıt verdiğini ve eş tanı sayısı arttıkça tedavi sonuçlarının daha da kötüleştiğini bildirmiştir. Benzer şekilde Garcia ve ark. (2011) ile Ginsburg ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmalar ve Storch ve ark. (2008)'in bulguları, DEHB, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi dışavurumcu bozuklukların daha kötü tedavi yanıtını öngördüğünü göstermiştir. Ayrıca dışavurumcu ve depresif bozuklukların daha düşük remisyon oranlarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Farmakolojik müdahaleler, daha ciddi belirtilere sahip olan ağır OKB hastaları için önerilmektedir. Mancuso ve ark. (2010) tarafından yapılan ve 1.300'den fazla çocuk hastayı içeren 21 çalışmayı kapsayan yakın tarihli bir derleme, OKB'nin kısa ve orta vadeli tedavisinde serotonerjik ilaçların etkinliğini göstermiştir. Pediatrik OKB Tedavi Çalışması (POTS, 2004), 7-17 yaş arası 112 gençte sertralin, BDT ve bunların kombinasyonunu değerlendirmiştir. On iki hafta sonunda tüm tedavi grupları plaseboyu geride bırakmış; en yüksek remisyon kombine tedavi grubunda (%53,6), ardından BDT (%39,3), sertralin (%21,4) ve plasebo (%3,6) olarak bildirilmiştir. BDT, plasebodan üstün bulunmuş ancak sertralin ile anlamlı bir fark göstermemiştir; öte yandan sertralin tek başına plasebodan ayrılmamıştır.

AACAP (2012), hafif ve orta şiddette OKB'li çocuklar için ilk basamak tedavi olarak BDT'yi önermektedir. Reynolds, Wilson, Austin ve Hooper (2012) tarafından yapılan bir meta-analiz, BDT'nin pediatrik OKB tedavisinde büyük etki büyüklükleri ürettiğini göstermiştir. Deneysel kanıtlar, özellikle maruz bırakma ve tepki önleme (ERP) ile birleştirildiğinde BDT'nin OKB için etkili bir tedavi olduğunu güçlü şekilde desteklemektedir (Farrell ve ark., 2016). Ayrıca BDT, bekleme listesine alınan kontrollere (Williams ve ark., 2010; Storch ve ark., 2010) ve plaseboya (POTS, 2004) kıyasla OKB belirti şiddetini önemli ölçüde azaltmaktadır. Randomize kontrollü çalışmalar, BDT'nin OKB tedavisinde anlamlı terapötik faydalar sağladığını göstermektedir (Watson & Rees, 2008). Etkili programlar tipik olarak psiko-eğitim, bilişsel yeniden yapılandırma ve ERP'yi bir araya getirir. Beş hafta kadar kısa süren müdahaleler bile

CY-BOCS puanlarını ve genel işlevselliği önemli ölçüde iyileştirebilmektedir (Bolton ve ark., 2011). Haftalık seanslar, günlük seanslar kadar etkili bulunmuştur (Storch ve ark., 2008). Ebeveyn katılımı sonuçları güçlendirmekte; Pozitif Aile Etkileşimi Terapisi gibi modeller, ebeveyn katılımının sınırlı olduğu geleneksel BDT'ye kıyasla daha yüksek yanıt oranları sağlamaktadır (Peris & Piacentini, 2013). Telefon ve web tabanlı BDT programları, erişilebilirlik sorunlarını çözmek için yüz yüze terapi kadar etkili bulunmuştur; grup BDT'si de benzer şekilde etkilidir (Storch ve ark., 2010; Turner ve ark., 2014). Son olarak, küçük çocuklarda (5–8 yaş) ERP içeren aile temelli BDT, gevşeme eğitimine kıyasla daha üstün sonuçlar üretmekte ve hem belirtileri hem de günlük işlevselliği iyileştirmektedir (Freeman ve ark., 2012). Ön çalışma niteliğindeki bir randomize deneyde Merlo ve ark. (2009), BDT ile motivasyonel görüşmenin (MI) birlikte uygulandığı çocuk ve ergenlerin CY-BOCS puanlarında, tedavinin orta aşamalarında (5. ve 9. seanslar) BDT + psiko-eğitim alanlara kıyasla belirgin derecede daha büyük düşüşler olduğunu ve etki büyüklüklerinin MI lehine büyük olduğunu göstermiştir. Tedavi sonu sonuçları gruplar arasında benzer olsa da MI grubunun aynı kazanımlara ulaşmak için ortalama üç seans daha az gereksinim duyduğu ve hiç tedaviden ayrılma olmadığı bildirilmiştir.

Buna rağmen, OKB ve eş tanısı olan çocukların %23–49'u tedaviye zayıf yanıt vermekte ve neredeyse üçte ikisi terapiyi erken bırakmaktadır. Bu zorluğu aşmak için BDT'ye MI tekniklerinin entegrasyonu, tedaviye uyumu artırmak amacıyla önerilmiştir (Ögel & Coşkun, 2011). Ön bulgular, BDT ile MI'nin birlikte kullanılmasının pediatrik OKB'de tedavi sonuçlarını iyileştirebileceğini göstermektedir (Franklin ve ark., 2015).

Eş tanıli psikiyatrik durumların belirlenmesi ve değerlendirilmesi, OKB'li çocuklarda etkili tedavi planlamasının temel bir bileşenidir. Türkiye'de bu konuda klinik temelli çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışma, eş tanıli veya eş tanı olmayan OKB'li çocuk ve ergenlerde BDT'nin etkililiğini araştırmayı amaçlamıştır.

YÖNTEM

Bu kesitsel çalışma örneklemini, İzmir, Türkiye’de bulunan Çocuk ve Ergen Özel Psikiyatri Kliniği’nden, DSM-5 ölçütlerine göre OKB tanısı konmuş, yaşları 8–16 arasında değişen ($12,00 \pm 2,69$), 25’i kız ve 29’u erkek toplam 54 çocuk ve ergenden oluşmuştur.

İlk psikiyatrik başvuruda, ebeveynler ve çocuklar, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5 (K-SADS-PL) kullanılarak görüşülmüştür. Obsesif ve kompulsif davranış belirtileri, Çocuklar için Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (CY-BOCS) ile değerlendirilmiştir. Depresyon envanterleri çocuklara ve ergenlere uygulanmıştır. İkincil sonuç ölçütleri olarak, Klinik Global İzlenim–İyileşme (CGI-I) ölçeği (Guy, 1976) ve Klinik Global İzlenim–Şiddet (CGI-S) ölçeği kullanılmıştır.

Değerlendirme Prosedürü

Çalışmanın amacı, ebeveynlere ve ergenlere ayrı ayrı açıklanmıştır. Çalışmanın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiş ve toplanan verilerin çalışmada kullanılacağına, kimlik bilgilerinin gizli tutulacağına dair sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Tüm ebeveynler, çocuklar ve ergenler çalışmaya katılmaya onay verdikten sonra veriler toplanmıştır. Toplam 54 çocuk ve ergene, BDT’ye ERP’nin dâhil edildiği bir tedavi uygulanmış olup bu tedavi, eğitimli bir BDT terapisti ile 6 aylık süreç boyunca 24 oturumdan oluşmuştur. Katılımcılar başlangıçta, tedavinin 3. ayı sonunda ve 6. ayı sonunda değerlendirilmiştir. Zihinsel yetersizliği olan, bilinç kaybı içeren kafa travması öyküsü bulunan, nörolojik bozukluğu veya başka ciddi tıbbi durumu olan ya da antipsikotik veya antidepresan ilaç kullanan (metilfenidat hariç) çocuk ve ergenler çalışmadan dışlanmıştır. Daha önce tedavi almamış çocuk ve ergenler çalışmaya dâhil edilmiştir. Çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından K-SADS-PL, CGI-I ve CGI-S uygulanmıştır. Değerlendirici yanlılığını önlemek amacıyla CY-BOCS değerlendirmeleri iki psikolog

tarafından eşzamanlı olarak yapılmıştır. Ayrıca örneklemin yaş aralığı dikkate alınarak Beck Depresyon Envanteri (BDI) ve Çocuklar için Depresyon Envanteri (CDI) depresif belirtileri değerlendirmek için kullanılmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüştür. Etik onay, İnönü Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Onay numarası: 17-04; Tarih: 16 Ağustos 2025).

Terapi Prosedürü

BDT, March ve Mulle (2012) tarafından belirtilen ilkelere dayanmıştır. Birincil tedavi amacı, hastaların istenmeyen zorlayıcı düşüncelerinin önemine ilişkin yanlış yorumlarını düzeltmek ve kompulsiyonlar ile kaçınmanın kaygıyı sürdürdüğü ve tehlike ile ilgili inançları pekiştirdiği davranış döngüsünü bozmak olarak belirlenmiştir. Tedavi, terapistin başlangıç bir vaka formülasyonu geliştirmesiyle başlar. Bu formülasyon, terapi boyunca sürekli olarak geliştirilir ve müdahale için temel oluşturur. Bu çalışma, OKB'nin ortaya çıkışı ve ilerlemesine ilişkin tarihsel bilgilerin yanı sıra bozukluğu sürdüren bilişsel çarpıtmaları içermektedir. Bir sonraki adım psiko-eğitimidir. OKB, hastalara yaşlarına uygun metaforlar kullanılarak açıklanmıştır. Psiko-eğitim; kaygı eğrisinin tanımlanmasını ve çizilmesini, ayrıca neredeyse herkesin zorlayıcı düşünceler yaşayabileceğinin gösterilmesini içerir. Aileye, çocuğun OKB belirtilerine yönelik aile uyumunun önemi de açıklanmıştır. Ailelere verilen ödevler, çocuğa/ergene yönelik davranışsal beklentilerin azaltılmasına, aile aktiviteleri ve rutinlerinin yeniden yapılandırılmasına ve çocuğun sıkıntı yaratan deneyimlerden, yerlerden veya nesnelerden kaçınmasına olanak tanıyan yardımın sınırlandırılmasına odaklanmıştır. Terapi sürecinin üçüncü adımı bilişsel yeniden yapılandırmadır. Bu aşama, zorlayıcı düşüncelerin yanlış yorumlanmasına neden olan ve bu yanlış yorumlamalardan ortaya çıkan inançların değiştirilmesini içerir. Obsesyonların altında yatan yaygın bilişsel çarpıtmalar arasında düşünce-eylem kaynaşması, zararı önleme konusunda artmış sorumluluk duygusu, katı siyah-beyaz düşünme ve belirsizliğe tahammül güçlüğü ile birleşen mükemmeliyetçilik yer alır; bu

çarpıtmalar, olumsuz sonuçlardan kaçınmak için görevlerin kusursuz şekilde tamamlanması gerektiği inancını güçlendirir. Bu tepkiler, felaketi önlemeye yönelik bastırma ve kompulsif davranışları içerir. Son olarak, davranışsal teknikler (tepki önleme ile maruz bırakma, ERP) sıkıntıya neden olan durumlara herhangi bir kompulsif davranış veya güvenlik arayıcı davranış olmaksızın maruz bırakılmayı planlamak için kullanılmıştır. Davranışsal teknikler, çocukların kontrol ve öngörülebilirlik duygusu geliştirmelerine ve inançlarını ile yorumlarını değiştirmelerine yardımcı olmayı amaçlar. ERP uygulanırken önce tetikleyiciler (durum, yer, kişi vb.) belirlenmiştir. Daha sonra en az sıkıntı yaratan tetikleyiciden başlayarak bir kaygı hiyerarşisi oluşturulmuştur. Maruz bırakma sırasında çocuk veya ergenin herhangi bir dikkat dağıtıcı unsur veya kompulsiyon kullanması engellenmiştir. Maruz bırakma öncesinde düşünceleri, sıkıntı düzeyleri ve duyguları belirlenmiş; maruz bırakma sonrasında bu alanlarda meydana gelen değişiklikleri not etmeleri istenmiştir. Ayrıca maruz bırakma çalışmalarının sıklığı ve süresi bireysel olarak planlanmıştır. Son aşamada, nüks önleme stratejileri belirlenmiştir. Seansların sonunda ebeveynler sürece dâhil edilmiştir. Tüm katılımcılara, eş tanıları olsun veya olmasın aynı terapi protokolü uygulanmıştır. Katılımcıların seanslara katılımı ve değerlendirmeleri tamamlama durumları ileriye dönük olarak izlenmiştir. Seanslar, devamsızlığı en aza indirmek için okul saatleri dikkate alınarak planlanmış; telafi seansları düzenlenmiş, ebeveynler rutin olarak seanslara dahil edilmiş, kısa hatırlatma iletişimleri kullanılmış ve tedaviye uyumu artırmak amacıyla motivasyonel görüşme (MI) unsurları uygulanmıştır. Tüm katılımcılar 3. ve 6. ay değerlendirmelerini tamamlamıştır.

Ölçekler

**Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi–
Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli–DSM–5 (KSADS-PL)**

Bu ölçek, DSM-III-R ve DSM-IV ölçütlerine dayanan, çocuk ve ergenlerde geniş bir yelpazedeki psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. KSADS-PL, bir çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından aileler ve çocuklarla yapılan birebir görüşmeler aracılığıyla uygulanmış ve puanlanmıştır. Oldukça güvenilir bir araç olarak kabul edilmektedir ve ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliği Gökler ve ark. (2004) tarafından doğrulanmıştır.

Çocuklar için Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (CY-BOCS)

CY-BOCS, OKB tanısı olan daha büyük çocuklar ve ergenlerde (8–18 yaş) OKB belirti şiddetini değerlendirmek için standart bir ölçüm aracı olarak kabul edilmektedir (Freeman ve ark., 2011). İki psikolog, aileler ve çocuklarla yapılan birebir görüşmeler sırasında CY-BOCS’u puanlamıştır. Bu ölçeğin Türkçe versiyonu, çocuklarda OKB belirtilerini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Yücelen ve ark., 2006). Bu çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,85 olarak bildirilmiştir.

Klinik Global İzlenim Ölçeği- Şiddet (CGI-S)

CGI-S, benzer popülasyonlarla ilgili klinik deneyime dayanarak bir hastanın ruhsal hastalığının genel şiddetini değerlendiren, klinisyen tarafından puanlanan tek maddelik bir ölçektir. CGI-S, bir çocuk ve ergen psikiyatristi ile bir psikolog tarafından aileler ve çocuklarla yapılan birebir görüşmelerden sonra puanlanmıştır. Ölçek, 1 (normal, hiç hasta değil) ile 7 (en ağır hastalar arasında) arasında değişen 7 puanlı bir derecelendirme kullanır (Busner & Targum, 2007).

Klinik Global İzlenim Ölçeği- İyileşme (CGI-I)

CGI-I, tedavinin başlamasından sonraki her takipte uygulanır. Klinik uzman, hastanın mevcut klinik durumunu, tedavi başlangıcındaki temel durumla karşılaştırarak değerlendirir. CGI-I, bir çocuk ve ergen psikiyatristi ile bir psikolog tarafından aileler ve çocuklarla yapılan birebir görüşmelerden sonra puanlanmıştır. Ölçek, 7 puanlı tek bir sorudan oluşur: 1 = çok fazla

düzelmiş, 2 = oldukça düzelmiş, 3 = biraz düzelmiş, 4 = değişiklik yok, 5 = biraz kötüleşmiş, 6 = oldukça kötüleşmiş, 7 = çok fazla kötüleşmiş (Busner & Targum, 2007).

Beck Depresyon Ölçeği (BDI)

Bu öz bildirim ölçeği, depresif belirtileri ve tutumları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 0 ile 3 arasında Likert tipi puanlanan 21 maddeden oluşur ve toplam puan 0 ile 63 arasında değişir (Beck ve ark., 1961). Şiddet düzeyleri şu şekilde kategorize edilmiştir: 0–9 = minimal depresyon, 10–16 = hafif, 17–29 = orta, 30–63 = ağır depresyon. Ölçek, bir psikolog eşliğinde çocuklar ve ergenler tarafından tamamlanmıştır. Ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerliği Hisli (1988) tarafından doğrulanmıştır. Bu çalışma örnekleminde ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,84 bulunmuştur.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (CDI)

Bu öz bildirim anketi, çocuklardaki bilişsel, davranışsal ve duygusal depresyon belirtilerini değerlendirmek için geliştirilmiş 27 maddelik bir ölçektir (Kovacs, 1981). Toplam puan 0 ile 54 arasında değişmektedir. Ölçek, bir psikolog eşliğinde çocuklar ve ergenler tarafından tamamlanmıştır. Türkçe versiyonun geçerlik ve güvenirlik çalışması Oy (1991) tarafından yapılmış ve depresyon belirlemede 19 puanlık bir kesme noktası önerilmiştir. Bu çalışma örnekleminde ölçek 0,81 iç tutarlılık katsayısı göstermiştir.

Veri Analizi

İstatistiksel analizler SPSS sürüm 18 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veri toplanmadan önce, iki grup (eş tanısı olan ve eş tanısı olmayan) ve üç zaman noktası (başlangıç, 3 ay ve 6 ay) içeren karma tekrarlayan ölçümler ANOVA'sı için a priori bir G-power analizi yapılmıştır (Faul ve ark., 2007). Orta düzeyde bir etkileşim etkisi varsayımı ($f=0,25$), $\alpha=0,05$, hedef güç= $0,80$, tekrarlayan ölçümler arasındaki korelasyon= $0,50$ ve $\epsilon=1,0$ kabul edilerek yaklaşık 48–52 katılımcıya ihtiyaç olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, ≥ 50 katılımcı hedeflenmiş ve birincil

hipotez için yeterli, ikincil sonuç ölçütleri (CGI-S/CGI-I, BDI/CDI) için ise ek hassasiyet sağlayacak şekilde toplam n=54 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

Tanımlayıcı istatistikler, OKB’li katılımcıların özelliklerini özetlemek için uygulanmıştır. Grup karşılaştırmalarından önce sürekli değişkenler normal dağılım ve varyans homojenliği açısından değerlendirilmiştir. Artıkların normalliği Shapiro–Wilk testleri ve Q–Q grafikleri ile; varyans homojenliği ise Levene testi ile $p>0.05$ ölçütü kullanılarak değerlendirilmiştir. Ek olarak, küresellik varsayımı Mauchly testi ile test edilmiştir. Verilerin normal dağılım varsayımlarını karşılaması nedeniyle ANOVA ve bağımsız örneklem t-testleri uygulanmıştır. Tedaviye bağlı değişiklikleri değerlendirmek için tekrarlayan ölçümler analizleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık, p değerinin 0.05’in altında olması kriteriyle tanımlanmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $12,07\pm2,69$ idi; örneklem 8–16 yaşları arasında 54 çocukta oluşmakta olup bunların 25’i kız, 29’u erkektir. Kızların yaş ortalaması $12,36\pm2,76$, erkeklerin yaş ortalaması ise $11,8\pm2,64$ idi. Sosyodemografik özellikler Tablo 1’de gösterilmektedir. Başlangıç grupları arasındaki farklar Tablo 2’de sunulmaktadır.

En sık gözlenen obsesyonlar, aile ve bireysel düzeyde felaket niteliğindeki olaylarla ilgili korkuları içeren sağlık temalı obsesyonlardı; en sık bildirilen kompulsyonlar ise kontrol etme davranışları ve biriktirme/saklama davranışlarıydı. Gözlenen obsesyon ve kompulsyonlara göre cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca, çocuklar (8–10 yaş) ve ergenler (11–16 yaş) arasında bu obsesyon ve kompulsyonlara ilişkin istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Psikiyatrik eş tanıların değerlendirilmesi, OKB’li çocukların %57,4’ünde en az bir eş tanı bulunduğunu göstermiştir. En yaygın eş tanı DEHB olup vakaların %50’sinde mevcuttu. Sonuçlar, kızların %60’ının ve erkeklerin %55,2’sinin en az bir psikiyatrik eş tanıya sahip

olduğunu göstermiştir. Psikiyatrik eş tanıya göre cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.13$; $p>0,05$). Eş tanı dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur. Eş tanı oranı ergenlerde (11–16 yaş) %61,3 iken çocuklarda (8–10 yaş) %38,7 idi; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.124$; $p>0,05$).

Başlangıçta, gruplar arasında kompulsiyonlar ($t(52) = -3.87$, $p<0,001$) ve obsesyonlar ($t(52) = -3.54$, $p<0,001$) açısından anlamlı farklar gözlenmiştir. Başlangıç kompulsiyon ve obsesyon ortalamaları, eş tanısı olan grupta eş tanısı olmayan gruba kıyasla daha yüksekti. Ayrıca, 3. ay BDT kompulsiyon ortalamaları ($t(52) = -10.26$, $p<0,001$) ve obsesyon ortalamaları ($t(52) = -10.56$, $p<0,001$) ile 6. ay BDT kompulsiyon ($t(52) = -12.25$, $p<0,001$) ve obsesyon ($t(52) = -12.36$, $p<0,001$) ortalamaları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. Hem 3. hem 6. ay kompulsiyon ve obsesyon ortalamaları, eş tanısı olan grupta eş tanısı olmayan gruptan daha yüksekti.

Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar, OKB şiddetinin başlangıçtan 3. aya ($M_{diff}=13.65$, $SE=1.05$, %95 GA [11.05, 16.25], $p<0,001$), 3. aydan 6. aya ($M_{diff}=8.57$, $SE=0.56$, %95 GA [7.20, 9.95], $p<0,001$) ve başlangıçtan 6. aya ($M_{diff}=22.22$, $SE=1.06$, %95 GA [19.60, 24.84], $p<0,001$) anlamlı şekilde azaldığını göstermiştir. Buna göre, obsesyon ve kompulsiyonlara ilişkin CY-BOCS puanları, eş tanı durumundan bağımsız olarak, BDT'nin 3. ayından sonra her iki grupta da önemli düşüşler göstermiştir. Ayrıca iyileşmeler 6. ay takip değerlendirmesinde de devam etmiştir. Genel olarak toplam CY-BOCS puanları, tedavi süresinin bir fonksiyonu olarak istatistiksel olarak anlamlı bir gelişme göstermiştir ($p<0,05$). Başlangıç CY-BOCS toplam puanı eş tanısı olan çocuklarda $35,22\pm5,02$ 'den tedavinin 6. ayında $17,29\pm5,16$ 'ya düşmüştür. Eş tanısı olmayan OKB'li çocuklarda başlangıç CY-BOCS toplam puanı $29,56\pm4,87$ 'den 6. ayda $1,56\pm4,25$ 'e düşmüştür. Tedavinin 3. ayı sonunda ($t(52) = -10.77$, $p<0,001$) ve 6. ayı sonunda ($t(52) = -11.90$, $p<0,001$) eş tanısı olan ve olmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. Şekil 1, toplam CY-BOCS ortalamalarındaki iyileşmeleri göstermektedir.

Eş tanısı olmayan grupta CY-BOCS puanlarına tedavinin etkisini değerlendirmek için tekrarlayan ölçümler ANOVA'sı yapılmıştır. Mauchly testi küresellik varsayımının karşılandığını göstermiştir, $\chi^2 (2) = 0,71$, $p = 0,07$. Ortalama CY-BOCS puanları arasında anlamlı farklar bulunmuştur ($F (2, 44) = 259,014$, $p < 0,001$, partial $\eta^2 = 0,92$). Toplam CY-BOCS puanlarındaki varyansın yaklaşık %92'si BDT tarafından açıklanmaktadır. Buna ek olarak, eş tanılı grup için Mauchly testi küresellik varsayımının karşılandığını göstermiştir, $\chi^2 (2) = 0,60$, $p < 0,001$. Analiz, CY-BOCS ortalama puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğunu ortaya koymuştur ($F (2, 60) = 204,60$, $p < 0,001$; partial $\eta^2 = 0,87$). Tablo 3, CY-BOCS puanlarının başlangıç, 3. ay ve 6. ay sonuçlarına ilişkin ayrıntılı grup karşılaştırmalarını özetlemektedir.

Gruplar CY-BOCS alt ölçeklerinde başlangıçta farklı olsa da başlangıç CY-BOCS toplam puanını kovaryans olarak içeren tekrarlayan ölçümler ANCOVA duyarlılık analizi, kovaryansın anlamlı bir yordayıcı olmadığını ve grup $\times$ zaman etkileşimine ilişkin sonuçların değişmediğini göstermiştir ($F (2,50) = 2,23$, $p = 0,142$). Eş tanı varlığı ve üç zaman aralığını içeren tekrarlayan ölçümler ANOVA'sında zamanın ana etkisi çok güçlü bulunmuştur ($F (2,51) = 392,98$, $p < 0,001$, partial $\eta^2 = 0,94$). Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar iyileşmenin $D06 > D03 > D36$ şeklinde olduğunu göstermiştir (tüm karşılaştırmalar $p < 0,001$); yani 0–6 ay arasındaki toplam iyileşme en büyük, 0–3 ay arasındaki iyileşme orta düzeyde ve 3–6 ay arasındaki ek iyileşme en küçük düzeydedir. Zaman $\times$ grup etkileşimi anlamlı bulunmuştur ($F (2,104) = 21,66$, $p < 0,001$, partial $\eta^2 = 0,30$). Eş tanısı olmayan çocuklar, eş tanılı çocuklara kıyasla 0–3 ve 0–6 ay aralıklarında çok daha fazla iyileşme göstermiştir; buna karşın 3–6 ay aralığındaki ek kazanımlar her iki grupta da benzer düzeydedir. Düzeltilmiş değişim ortalamalarına göre, eş tanısı olmayan grup, eş tanılı gruba kıyasla 0–3 ayda 13,69 puan ($SE = 1,60$, $p < 0,001$) ve 0–6 ayda 14,40 puan ($SE = 1,49$, $p < 0,001$) daha fazla iyileşme göstermiştir (partial $\eta^2 = 0,589 - 0,646$). Gruplar arasındaki genel fark da anlamlı bulunmuştur ($F (1,52) = 37,04$, $p < 0,001$, partial $\eta^2 = 0,42$). Çalışma, eş tanı durumunun BDT'ye yanıt üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya

koymuştur. Ayrıca eş tanı, erken kazanımları ve genel tedavi etkisini zayıflatmakta; 3–6 ay arasındaki ek iyileşme ise benzer bir seyir izlemektedir.

Ergenlerde BDI toplam puanları, eş tanıların olup olmasına göre değerlendirildiğinde, BDT'nin 3. ayı sonunda ($t(30) = -2,11, p < 0,05$) ve 6. ayı sonunda ($t(30) = -3,13, p < 0,01$) BDI ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur (şekil 2). Eş tanısı olmayan ergenlerin BDI puanları, eş tanılı olanlara kıyasla BDT sonrasında daha belirgin şekilde azalmıştır. Ayrıca,  ocuk ve ergenlerde eş tanı olup olmasına göre toplam CDI puanlarının değerlendirilmesinde, başlangıçta ($t(13,29) = -2,15, p = 0,05$), BDT'nin 3. ayı sonunda ($t(12,84) = -3,92, p < 0,01$) ve 6. ayı sonunda ($t(13,16) = -5,87, p < 0,001$) CDI ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur (şekil 3). Ergenlerde olduğu gibi, eş tanısı olmayan çocuklar da BDT sonrasında CDI puanlarında eş tanılı çocuklara göre daha belirgin bir azalma göstermiştir.

CGI-S ve CGI-I alt ölçekleri de BDT sonrasında anlamlı iyileşmeler göstermiştir. Özellikle, obsesyon ve kompulsiyonların şiddeti tedavi ile belirgin şekilde azalmıştır (Tablo 4). Toplamda, OKB ve eş tanısı olan çocukların %16,1'i tedavinin başlangıcından itibaren dramatik iyileşmeler göstermiş, %61,3'  ise önemli düzeyde iyileşme göstermiştir. Ayrıca, eş tanısı olmayan OKB'li çocukların %95,6'sı tam iyileşme göstermiş, geri kalan %4,3'  minimal iyileşme göstermiştir. Eş tanılı gruptaki  ocukların CGI-I puanları, yalnızca OKB olan çocuklara göre daha düşüktü. Özellikle, eş tanı varlığından bağımsız olarak OKB belirtilerinin şiddeti, BDT'nin 3. ayında anlamlı düzeyde azalmış ve CGI-S ve CGI-I alt ölçekleriyle değerlendirildiğinde 6. ayda da önemli iyileşmeler görülmüştür.

TARTIşMA

Bu  alışma, psikiyatrik eş tanısı olan ve olmayan katılımcılarda pediatrik OKB için BDT'nin etkinliğini değerlendirmiştir. Her iki grupta da BDT'nin etkili olduğunu, ancak eş tanısı olan

hastalarda iyileşmenin daha sınırlı olduğunu göstermiştir. Liber ve ark. (2010), belirti şiddetinin ve eş tanı varlığının tedavi yanıtını etkilediğini belirtmiştir. Bununla birlikte, bazı çalışmalar, eş tanısı olsun veya olmasın, BDT'nin anksiyete bozukluğu olan çocuklarda eşit derecede etkili olduğunu bildirmiştir (Southam-Gerow ve ark., 2008). Bazı çalışmalar ise eş tanı varlığının çocukların tedavi yanıtını olumsuz etkilediğini vurgulamıştır (Kennard ve ark., 2005; Startevic, 2005).

Bulgularımız, en sık gözlenen obsesyonların aile ve bireysel düzeyde felaket niteliğindeki olaylara ilişkin sağlık temalı obsesyonlar olduğunu ve en sık gözlenen kompulsiyonların kontrol etme ve biriktirme/saklama olduğunu göstermiştir. Hojgaard ve ark. (2018), simetri ve biriktirme belirti boyutlarının çocuklara kıyasla ergenlerde daha yaygın olduğunu bildirmiştir. Ayrıca önceki çalışmalar, simetri ve biriktirme boyutlarının genel olarak daha yüksek eş tanı riski ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Torres ve ark., 2016; Hojgaard ve ark., 2018).

Eş tanılar sıklıkla OKB'nin ilerleyişine ve klinik yönetimine karmaşıklık eklemektedir. Garcia ve ark. (2011), başlangıçtaki OKB şiddetinin, işlevsellikteki bozulmanın, içgörünün, eş tanı dışavurumcu belirtilerin ve aile uyumunun BDT tedavi yanıtını azalttığını bildirmiştir. Mevcut çalışma ile uyumlu olarak, Storch ve ark. (2008), herhangi bir eş tanısı olan OKB'li çocukların BDT'ye daha düşük yanıt verdiğini belirtmiştir. Bu çalışmanın aksine Farrell ve ark. (2012), eş tanıya sahip olmanın tedavi yanıtını olumsuz etkilemediğini bulmuştur. Daha yakın tarihli olarak Farrell ve ark. (2020), OKB+DEHB'li çocukların, DEHB olmayan çocuklara kıyasla BDT sonrası yanıtlayıcı veya remisyona giren olma olasılıklarının daha düşük olduğunu gözlemlemiştir. Garcia ve ark. (2011), Ginsburg ve ark. (2008) ve Storch ve ark. (2008), DEHB, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi eş tanı dışavurumcu bozuklukların daha zayıf BDT yanıtı ile ilişkili olduğunu ve dışavurumcu ve depresif eş tanıların daha düşük remisyon oranlarıyla bağlantılı olduğunu bildirmiştir. Bu bulgu, çalışmamızın sonuçları ile tutarlıdır.

OKB'ye eşlik eden bozukluğun tedavi içeriği, tedavi yanıtı üzerinde farklı etkiler göstermektedir. Pallantini ve ark. (2011)'e göre, pediatrik OKB'de eş tanılar yaygındır ve tedavi uyarlanmadığı sürece BDT/ERP yanıtını sıklıkla azaltır. Eş tanılı depresyon, motivasyon ve öğrenmeyi azaltarak davranışçı terapi ile daha kötü sonuçlarla ilişkilidir. Bipolar spektrum eş tanısı ise uyumu zayıflatmakta ve öncelikle duygu durumunun stabilize edilmesini gerektirmektedir—aksi halde standart OKB tedavileri (BDT ile birlikte kullanılan SSRI'lar dahil) duygu durumunu bozabilir. Buna karşılık, tik bozukluğu olan gençler SSRI'lara daha az yanıt verme eğilimindedir, ancak BDT/ERP'den benzer fayda sağlarlar; bu nedenle tedavide daha dereceli ve uzun süreli maruz bırakmalar ile sıkı tepki önleme uygulanmalıdır. Eş tanılı anksiyete bozuklukları (örn. Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu) kaçınmayı ve kararsızlığı artırır; bu da daha açık kavramsallaştırmalar ve aile uyumunu azaltmak için daha yoğun ebeveyn eğitimi gerektirir. DEHB/Tourette eş tanısı dikkat ve organizasyon güçlükleri (ve daha fazla biriktirme davranışı) getirir; bu nedenle seansların daha sıkı yapılandırılması, daha kısa ve tekrarlı maruz bırakma çalışmaları ve ödevler için dış destek gerekir. Psikotik spektrum eş tanısı (zayıf içgörü ve sanrısız temalar) tanıyı karmaşılaştırır ve psikotik belirtiler stabilize edilene kadar BDT hedeflerini sınırlayabilir. Genel olarak, eş tanılar daha yüksek belirti şiddeti ve kroniklik öngörür; bu nedenle etkinliğin korunması için standartlaştırılmış BDT sadakatle uygulanmalı ancak ebeveyn modülleri, ödev yapılandırmaları, dikkatli tempo ayarlaması ve duygu durumunun izlenmesiyle bireyselleştirilmelidir.

Psikiyatrik eş tanılı durumlar, OKB'li çocuklarda yaygındır. Storch ve ark. (2008), OKB'li ergenlerin %74'ünün en az bir ek psikiyatrik tanıya sahip olduğunu bildirmiştir. AACAP klinik uygulama parametreleri (2012) ile uyumlu olarak, bulgularımız OKB'li çocukların %47,1'inin en az bir eş tanıya sahip olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada en sık görülen eş tanılar DEHB ve depresyon olup, pediatrik OKB'de yüksek anksiyete, DEHB ve tik bozuklukları oranlarını

bildiren önceki araştırmalarla tutarlıdır (Geller ve ark., 2001; Huang ve ark., 2014; Peris ve ark., 2017). Ayrıca, Geller ve ark. (2001), OKB'nin daha erken başlangıcının eş tanıli DEHB olasılığını artırdığını bildirmiştir. Bazı çalışmalar OKB'li çocuk ve ergenlerde yüksek anksiyete bozukluğu oranları bildirmiş olsa da çalışmamızda DEHB en baskın eş tanı olarak görülmüştür (%42,6). Çalışmalardaki oran farklılıkları metodoloji, örneklem büyüklüğü, katılımcı yaşı ve dahil etme/dışlama kriterlerindeki farklılıklardan kaynaklanabilir. Peris ve ark. (2017) ayrıca ergenlerin, çocuklara kıyasla içselleştirici eş tanıları göstermeye daha eğilimli olduğunu belirtmiştir. İlginç olarak, çalışmamız ergenlerde çocuklara göre daha yüksek eş tanı oranları bulmuş olsa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

OKB'nin BDT ile tedavisinde üç temel unsur müdahalenin köşe taşı oluşturur: psiko-eğitim, bilişsel terapi ve ERP. Psiko-eğitim, hastalara ve ailelerine OKB'nin mekanizmalarını açıklayarak yanlış anlamaları ve damgalanmayı azaltır ve tedaviye aktif katılım için hazırlık sağlar. Bilişsel terapi, zorlayıcı düşüncelerin yanlış yorumlanmasına yol açan uyumsuz inançları belirlemeye ve yeniden yapılandırmaya odaklanır; böylece obsesyonlarla ilişkili tehdit algısını azaltır. ERP, altın standart davranışçı teknik olarak kabul edilir ve kaçınma ile kompulsif ritüelleri doğrudan hedef alarak korkulan uyaranlara sistematik ve tekrarlı maruz bırakma yoluyla alışma ve düzeltici öğrenmeyi kolaylaştırır. Bu yerleşik bileşenlere ek olarak, güncel literatür BDT'ye yardımcı bir yaklaşım olarak motivasyonel görüşmenin (MI) değerini vurgulamaktadır. Randall ve McNeil (2017), MI'nın OKB ve çeşitli anksiyete bozukluklarında BDT ile birlikte başarıyla uygulandığını, tedaviye uyumu, katılımı ve genel sonuçları geliştirdiğini belirtmiştir. Bu çalışmada, terapi motivasyonunu ve tedaviye uyumu artırmak amacıyla BDT'ye MI teknikleri entegre edilmiştir.

Ayrıca, terapi sürecinde aile uyumunun yönetilmesi, çocuğun OKB belirtilerinin azalması ve tedaviye uyumun artırılması açısından önemli bir faktördür; çünkü aile üyelerinin çocuğun OKB belirtilerine verdiği tepkiler belirtilerin nasıl sürdürüldüğü üzerinde önemli etkilere

sahiptir. Önceki çalışmalar, yüksek aile uyumunun pediatrik OKB’de BDT, farmakoterapi (sertralin) ve kombinasyon tedavisinin (BDT+sertralin) etkinliğini azalttığını göstermiştir (Garcia ve ark., 2011; Merlo ve ark., 2009; Storch ve ark., 2010). Genel olarak, aile uyumu OKB’li çocuk ve ergenlerde tedavi sürecini kolaylaştırmak için değerlendirilmesi gereken önemli klinik ve prognostik bir değişkendir. Bu çalışmanın bulguları, eş tanı durumundan bağımsız olarak, BDT’nin çocuk ve ergenlerde OKB belirtilerini azaltmada oldukça etkili olduğunu göstermektedir.

AACAP rehberleri (2012), OKB için tercih edilen başlangıç tedavi yaklaşımının BDT, psiko-eğitim ve aile danışmanlığını içerdiğini belirtmektedir. OKB’li çocuk ve ergenlerle ilgili birçok çalışma, BDT’nin plaseboya, bekleme listesine ve SSRI’lara göre üstün olduğunu göstermiştir (POTS, 2004; Barrett ve ark., 2004). Randomize kontrollü çalışmalar, BDT’nin pediatrik OKB için etkili bir müdahale olduğunu tutarlı bir şekilde göstermiştir; belirtilerde yaklaşık %40 ile %65 arasında azalma bildirilmiştir (Watson & Rees, 2008). Bu çalışmanın sonuçları da literatürle uyumludur. Bu çalışmada, eş tanı varlığından bağımsız olarak OKB belirtilerinin şiddeti BDT’nin 3. ayında anlamlı şekilde azalmış ve CGI-S ile CGI-I alt ölçekleriyle değerlendirildiğinde 6. ayda da önemli iyileşmeler gözlenmiştir.

Genel olarak, bulgularımız eş tanılsun ya da olmasın pediatrik OKB’de BDT’nin etkisini vurgulamaktadır. Psikiyatrik eş tanıların birlikte bulunması, klinik tabloların şiddetini artırma ve tedavi sürecine ile yöntemlerine karmaşıklık ekleme eğilimindedir. Bu nedenle, eş tanıların doğru tanılanması ve dikkatli değerlendirilmesi kritik öneme sahiptir. Eş tanıların belirlenmesi, tedavi stratejilerini ve terapötik yanıtı geliştirmiştir. Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı, küçük örneklem büyüklüğü ve tek merkezli oluşu nedeniyle sınırlı genellenebilirliğidir. Bu nedenle, gelecekte yapılacak çalışmalarda daha büyük örneklemle çalışmanın daha açıklayıcı olacağı düşünülmektedir. Eş tanılsu gruptaki OKB belirtilerinin başlangıç şiddeti bir diğer sınırlılıktır. Bu durum sonuçları etkileyebilir. Dolayısıyla, gelecekteki çalışmalar bu karıştırıcı değişkeni

analiz etmeli veya başlangıçta belirtilerin eşit olarak dağıldığından emin olmalıdır. Bu sınırlılıklara rağmen, bu çalışmanın bulguları klinik tedavi için önemli çıkarımlar sunmaktadır. Ayrıca, OKB ile ilişkili eş tanıların belirlenmesi prognozu olumlu yönde etkileyecektir.

SONUÇ

Bu çalışma, psikiyatrik eş tanıların varlığından bağımsız olarak, BDT'nin OKB'li çocuk ve ergenler için etkili bir müdahale olduğunu göstermiştir. Eş tanısı olan katılımcılar, olmayanlara kıyasla daha az belirti azalması göstermiş olsalar da her iki grup da 6 aylık tedavi süresi boyunca BDT'den önemli ölçüde fayda sağlamıştır. Bu bulgular, genç hastalarda belirti şiddetini azaltmak ve işlevselliği artırmak için erken dönemde kanıta dayalı psikolojik müdahalelerin uygulanmasının önemini vurgulamaktadır. Ayrıca sonuçlar, eş tanıların sistematik olarak değerlendirilmesinin klinik önemini ortaya koymaktadır; çünkü eş tanıların varlığı tedavi yanıtını karmaşıktırabilir ve uyarlanmış terapötik stratejiler gerektirebilir. Özellikle klinisyenler, eş tanı vakalarında daha küçük kazanımlar beklemeli ve BDT protokollerini buna göre uyarlamalıdır (örneğin, uyarlanmış maruz bırakma, motivasyonel destek ve daha güçlü aile katılımı). Örneklem büyüklüğü ve tek merkezli tasarım sınırlılıklarına rağmen, bu çalışma BDT'nin pediatrik OKB için birinci basamak tedavi olarak destekleyen kanıt birikimine katkıda bulunmaktadır. Daha büyük ve çok merkezli örneklemi içeren gelecekteki araştırmalar, bu bulguların genellenebilirliğini güçlendirmek ve MI ile aile odaklı müdahaleler gibi yardımcı stratejilerin tedavi sonuçlarını iyileştirmedeki rolünü araştırmak açısından gerekli olacaktır.

Table 1. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Sosyodemografik Özellikleri

	Ortalama	SS
Yaş	12,07	2,67
Yaş Grupları		
8-10 yaş	9,32	1,09
11-16 yaş	13,97	1,58
	N	%
Yaş Grupları		
8-10 yaş	22	40,7
11-16 yaş	32	59,3
Cinsiyet		
Erkek	29	53,7
Kız	25	46,3
Sosyoekonomik düzey		
Yüksek	4	7,4
Orta	21	38,9
Düşük	29	53,7
Baba Eğitim Düzeyi		
İlkokul	2	3,7
Ortaokul	-	-
Lise	2	3,7
Üniversite	37	68,5
Yüksek Lisans	13	24,1
Anne Eğitim Düzeyi		
İlkokul	2	7,4
Ortaokul	2	3,7
Lise	4	7,4
Üniversite	35	66,7
Yüksek Lisans	10	18,5
Çocuklarda Eş Tanılar		
Yok	23	42,6
DEHB	5	9,3
MD	2	3,7
YAB	6	11,1
DEHB+ KOKGB	7	13
DEHB+MD	8	14,8
DEHB + YAB	3	5,6

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu; KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu; MD: Majör Depresyon; YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Tablo 2. Temel Grup Farklılıkları

	t	df	p	Ortalama Fark	SE Fark	Cohens d
Yaş	0,54	52	0,593	0,40	0,75	0,15
Cinsiyet	0,35	52	0,727	0,0490	0,14	0,097
BDI başlangıç	-1,48	30	0,149	-4,21	2,84	-0,53
CDI Başlangıç	-1,99	20	0,061	-6,07	3,05	-0,85
CYBOCS Başlangıç	-4,14	52	<,001	-5,66	1,37	-1,14

BDI: Beck Depresyon Envanteri; CY-BOCS: Çocukluk Çağı Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği; CDI: Çocuk Depresyon Envanteri

Tablo 3. CY-BOCS puanlarının grup karşılaştırması

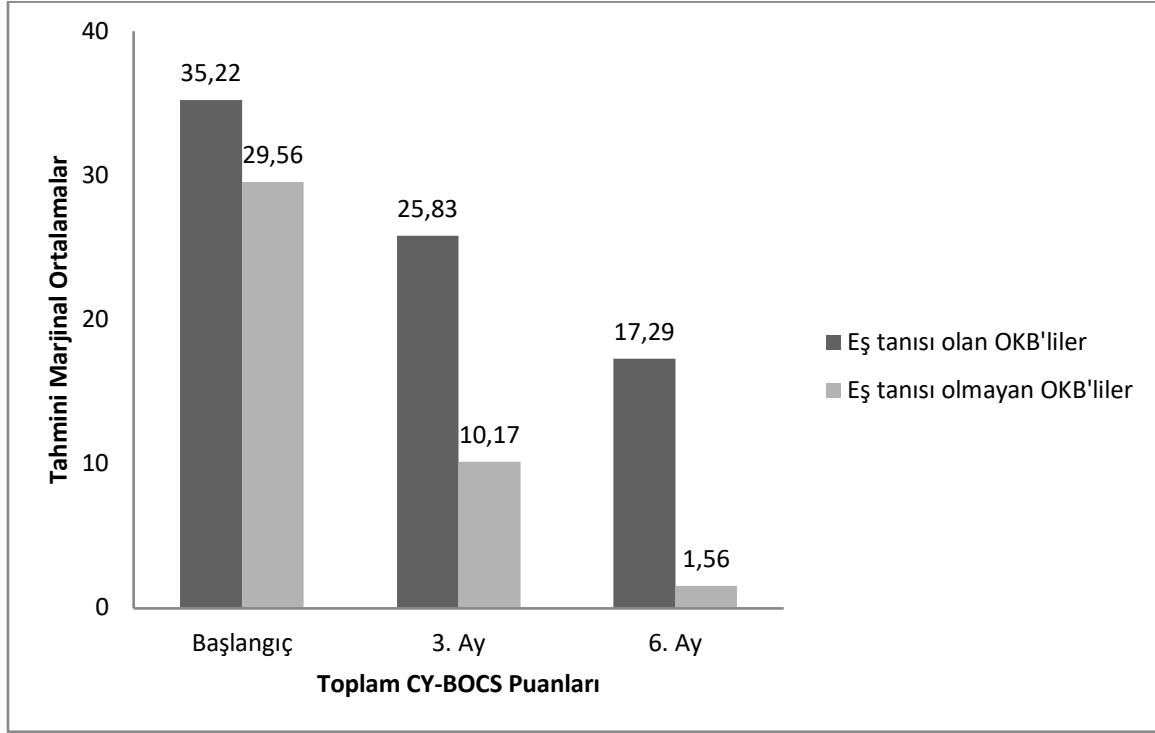
	Eş tanı olan grup		Eş tanı olmayan grup		t	df	p	Cohen's d
	M	SS	M	SS				
Başlangıçta Kompulsif davranış toplam puanı	17,58	2,46	14,70	3,02	-3,87	52	<,001	-1,06
Başlangıçta Obsesif davranış toplam puanı	17,59	3,02	14,83	2,53	-3,54	52	<,001	-0,98
3. ay Kompulsif davranış toplam puanı	12,84	2,34	5,44	2,97	-10,26	52	<,001	-2,82
3. ay Obsesif davranış toplam puanı	12,94	2,84	4,44	3,03	-10,58	52	<,001	-2,91
6. ay Kompulsif davranış toplam puanı	8,68	2,45	,83	2,14	-12,25	52	<,001	-3,37
6. ay Obsesif davranış toplam puanı	8,84	2,54	,74	2,13	-12,36	52	<,001	-3,40

Tablo 4. Eş Tanının varlığına göre Klinik Global İzlenim-Şiddet ve İyileşme Oranı

	Eş tanısı olan OKB’liler		Eş Tanısı Olmayan OKB’liler		p	
CGI-S	n	%	n	%		
Normal, hiç hasta değil	-	-	-	-	0,000	
Sınırdaki akıl hastası	-	-	-	-		
Orta derecede hasta	-	-	-	-		
Orta derecede hasta	-	-	-	-		
Belirgin derecede hasta	2	3,2	42	91,3		
Ağır hasta	50	80,6	4	8,7		
Aşırı hasta	10	16,1	-	-		
CGI-I						
	<i>Tedavinin 3. ayı</i> n %	<i>Tedavinin 6. ayı</i> n %	p	<i>Tedavinin 3. ayı</i> n %	<i>Tedavinin 6. ayı</i> n %	p
Çok daha kötü	-	-	0,001	-	-	0,000
Çok daha kötü	-	-		-	-	
Biraz daha kötü	-	-		-	-	
Değişiklik yok	8 12,9	- -		2 4,3	- -	
Biraz daha iyi	42 67,7	14 22,6		2 4,3	2 4,3	
Çok daha iyi	12 19,4	38 61,3		22 47,8	- -	
Tamamen iyileşti	- -	10 16,1		20 43,5	44 95,6	

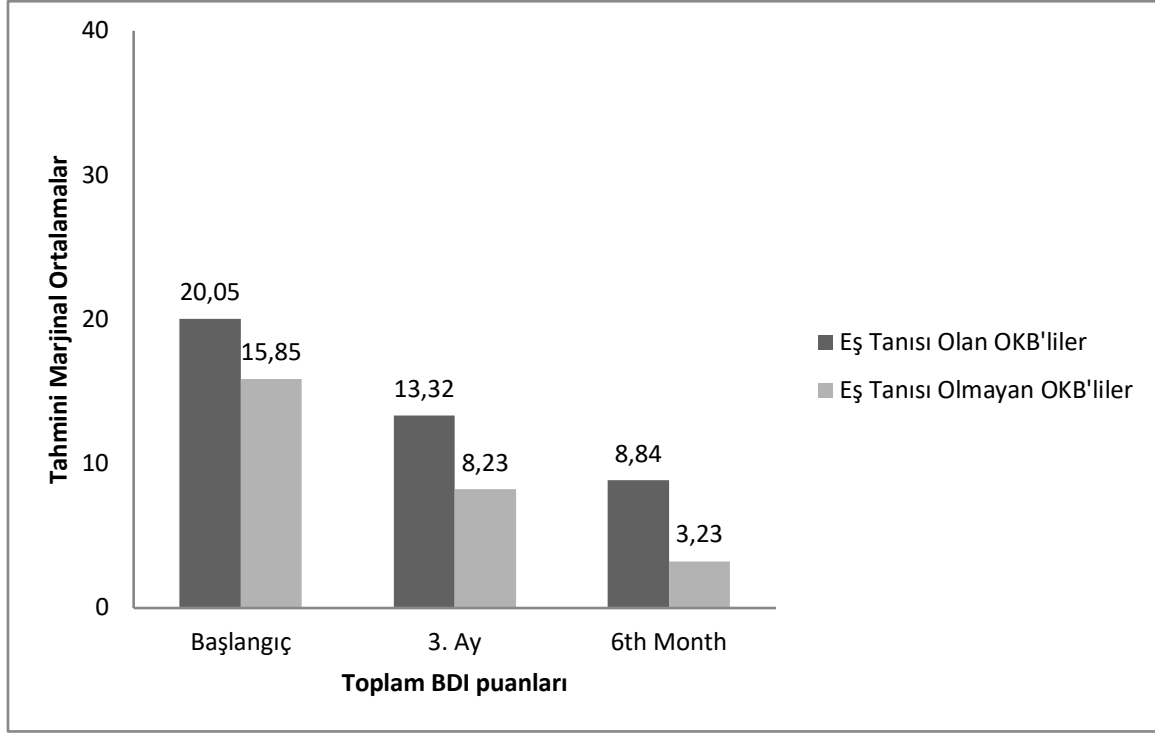
*CGI-S: Clinical Global Impressions-Severity; CGI-I: Clinical Global Impressions-Improvement

Figür 1. Toplam CY-BOCS Puanının Ortalamaları



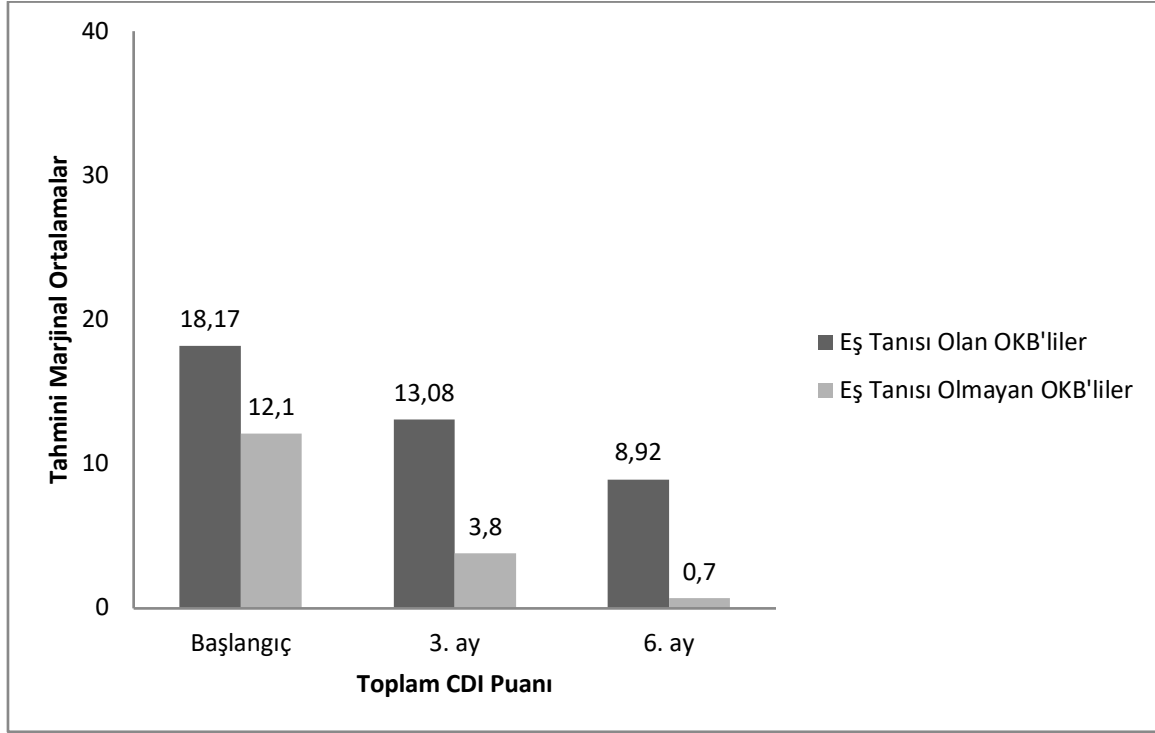
CY-BOCS: Çocuklar için Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği

Figür 2. Ergenlerde Toplam BDI Puanının Ortalaması



*BDI: Beck Depresyon Envanteri

Figür 3. Çocuklarda Toplam CDI Skorunun Ortalaması



*CDI: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

KAYNAKLAR

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). (2012). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity and gender discordance in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(9), 957–973.
- Barrett, P., Farrell, H. L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 46–62.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561–571.
- Bolton, D., Williams, T., Perrin, S., Atkinson, L., Gallop, C., Waite, P., & Salkovskis, P. (2011). Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(12), 1269–1278.
- Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry*, 4(7), 28–37.
- Ercan, E. S., Ardiç, U. A., Ercan, E., Yüce, D., & Durak, S. (2015). A promising preliminary study of aripiprazole for treatment-resistant childhood obsessive–compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(7), 580–584.
- Farrell, L. J., Sluis, R., & Waters, A. M. (2016). Intensive treatment of pediatric OCD: The case of Sarah. *Journal of Clinical Psychology*, 72(11), 1174–1190.
- Farrell, L., Waters, A., Milliner, E., & Ollendick, T. (2012). Comorbidity and treatment response in pediatric obsessive–compulsive disorder: A pilot study of group cognitive-behavioral treatment. *Psychiatry Research*, 199(2), 115–123.
- Farrell, L. J., Lavell, C., Baras, E., Zimmer-Gembeck, M. J., & Waters, A. M. (2020). Clinical expression and treatment response among children with comorbid obsessive-

compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 266, 585–594.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175–191.

Franklin, M. E., Kratz, H. E., Freeman, J. B., Ivarsson, T., Heyman, I., Sookman, D., McKay, D., Storch, E. A., March, J., & Accreditation Task Force of the Canadian Institute for Obsessive Compulsive Disorders. (2015). Cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive–compulsive disorder: Empirical review and clinical recommendations. *Psychiatry Research*, 227(1), 78–92.

Franklin, M. E., Sapyta, J., Freeman, J. B., Khanna, M., Compton, S., Almirall, D., Moore, P., Choate-Summers, M., Garcia, A., Edson, A. L., Foa, E. B., & March, J. S. (2012). Error in financial disclosure in: Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive–compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *JAMA*, 308(16), 1694.

Freeman, J., Flessner, C. A., & Garcia, A. (2011). The Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and validity for use among 5- to 8-year-olds with obsessive–compulsive disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(6), 877–883.

Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. B. (2011). Predictors and moderators of treatment outcome in the Pediatric Obsessive Compulsive Treatment Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1024–1033.

Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Cradock, K., Hagermoser, L., Kim, G., Frazier, J., & Coffey, B. J. (2001). Developmental aspects of obsessive–compulsive disorder: Findings in children, adolescents and adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(7), 471–477.

- Ginsburg, G. S., Kingery, J. N., Drake, K. L., & Grados, M. A. (2008). Predictors of treatment response in pediatric obsessive–compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 868–878.
- Gökler, B., Ünal, F., Pehlivan Türk, B., Kültür, E. Ç., Akdemir, D., & Taner, Y. (2004). Reliability and validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime Version—Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 109–116.
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (rev. ed.). National Institute of Mental Health.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 324–329.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-122.
- Højgaard, D. R. M. A., Hybel, K. A., Mortensen, E. L., Ivarsson, T., Nissen, J. B., Weidle, B., Melin, K., Torp, N. C., Dahl, K., Valderhaug, R., Skarphedinsson, G., Storch, E. A., & Thomsen, P. H. (2018). Obsessive–compulsive symptom dimensions: Association with comorbidity profiles and cognitive-behavioral therapy outcome in pediatric obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 270, 317–323.
- Huang, Y., Wu, Z., Cao, Y., Lang, M., Lu, B., & Zhou, B. (2014). Zinc binding directly regulates tau toxicity independent of tau hyperphosphorylation. *Cell Reports*, 8(3), 831–842.
- Kennard, B. D., Ginsburg, G. S., Feeny, N. C., Sweeney, M., & Zagurski, R. (2005). Implementation challenges to TADS cognitive-behavioral therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(2), 230–239.
- Kovacs, M. (1981). Rating scales to assess depression in school-aged children. *International Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 305–315.

- Liber, J. M., van Widenfelt, B. M., van der Leeden, A. J., Goedhart, A. W., Utens, E. M., & Treffers, P. D. (2010). The relation of severity and comorbidity to treatment outcome with cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(5), 683–694.
- Mancuso, E., Faro, A., Joshi, G., & Geller, D. A. (2010). Treatment of pediatric obsessive–compulsive disorder: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20(4), 299–308.
- March, J.S., & Mulle, K. (1998), *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York: Guilford.
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive–compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 355–360.
- Ögel, K., & Coskun, S. (2011). Cognitive behavioral therapy-based brief intervention for volatile substance misusers during adolescence: A follow-up study. *Substance Use & Misuse*, 46(1), 128–133.
- Oy, B. (1991). Children's Depression Inventory: Validity and reliability study. *Turkish Journal of Psychiatry*, 2(2), 132–136.
- Pallanti, S., Grassi, G., Sarrecchia, E. D., Cantisani, A., & Pellegrini, M. (2011). Obsessive–compulsive disorder comorbidity: Clinical assessment and therapeutic implications. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 70.
- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive–compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study randomized controlled trial. *JAMA*, 292(16), 1969–1976.
- Peris, T. S., & Piacentini, J. (2013). Optimizing treatment for complex cases of childhood obsessive–compulsive disorder: A preliminary trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(1), 1–8.

- Peris, T. S., Rozenman, M., Bergman, L., Chang, S., O'Neill, J., & Piacentini, J. (2017). Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 93, 72–78.
- Randall, C. L., & McNeil, D. W. (2017). Motivational interviewing as an adjunct to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A critical review of the literature. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 296–311.
- Rapoport, J. L., Inoff-Germain, G., Weissman, M. M., Greenwald, S., Narrow, W. E., Jensen, P. S., Lahey, B. B., & Canino, G. (2000). Childhood obsessive-compulsive disorder in the NIMH MECA study: Parent versus child identification of cases. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(6), 535–548.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 251–262.
- Sanchez-Meca, J., Rosa-Alcazar, A. L., Iniesta-Sepulveda, M., & Rosa-Alcazar, A. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 31–44.
- Southam-Gerow, M. A., Chorpita, B. F., Miller, L. M., & Gleacher, A. A. (2008). Are privately referred children with anxiety disorders similar to those from the public mental health system? *Administration and Policy in Mental Health*, 35(3), 168–180.
- Starcevic, V. (2005). Psychiatric comorbidity: Concepts, controversies and alternatives. *Australasian Psychiatry*, 13(4), 375–378.
- Storch, E. A., Larson, M. J., Muroff, J., Caporino, N., Geller, D., Reid, J. M., Morgan, J., Jordan, P., & Murphy, T. K. (2010). Predictors of functional impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 275–283.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Geffken, G. R., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2008). Impact of comorbidity on cognitive-

- behavioral therapy response in pediatric obsessive–compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 583–592.
- Torres, J., Burisch, J., Riddle, M., Dubinsky, M., & Colombel, J. F. (2016). Preclinical disease and preventive strategies in IBD: Perspectives, challenges and opportunities. *Gut*, 65(7), 1061–1069.
- Turner, C. M., Mataix-Cols, D., Lovell, K., Krebs, G., Lang, K., Byford, S., & Heyman, I. (2014). Telephone cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(12), 1298–1307.e2.
- Watson, H. J., & Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive–compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 489–498.
- Weidle, B., Jozefiak, T., Ivarsson, T., & Thomsen, P. H. (2014). Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 152.
- Williams, T. I., Salkovskis, P. M., Forrester, L., Turner, S., White, H., & Allsopp, M. A. (2010). A randomized controlled trial of cognitive behavioural treatment for obsessive–compulsive disorder in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 449–456.
- Yucelen, A. G., Rodopman, A. A., Topcuoglu, V., Yazgan, M. Y., & Fisek, G. (2006). Interrater reliability and clinical efficacy of the Children's Yale-Brown Obsessive–Compulsive Scale in an outpatient setting. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 48–53.