

Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi ve Aripiprazol Birlikteliği: Olgu Sunumu

Sevim Berrin İNCİ^{1*}, Ülkü AKYOL ARDIÇ², Melis İPCİ³, Eyüp Sabri ERCAN⁴

¹ Madde Bağımlılığı Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir

² Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği, Denizli Devlet Hastanesi, Denizli

³ Edebiyat Fakültesi, Ege Üniversitesi, İzmir

⁴ Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Ege Üniversitesi, İzmir

Özet

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyeteye yol açan yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtü ve düşlemler şeklinde tanımlanan obsesyonlar ve kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlar ile belirli psikiyatrik bir bozukluktur. Hem bilişsel hem de davranışsal boyutları barındıran OKB için çeşitli ilaç tedavileri ve psikososyal tedaviler önerilmiştir. OKB için kanıtlanmış birinci seçenek tedaviler bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve serotonin geri alım inhibitörlerinin kullanıldığı tedavilerdir. Bu yazıda iki olguda Aripiprazol kullanımı ve bilişsel davranışçı terapi birlikteliği çalışılmıştır. Aripiprazol ile OKB belirtilerinde azalma olurken, BDT ile terapiye direnç ortadan kalkmış, olguların tedaviye motivasyonları sağlanarak işlevselliklerinde belirgin düzelme sağlanmıştır. (**Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2016; 44-49**)

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Aripiprazol, Bilişsel Davranışçı Terapi

Abstract

Aripiprazole and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: Case Study

Obsessive compulsive disorder is an anxiety disorder characterized by presence of obsessions and compulsions. Obsessions are defined by recurrent and persistent thoughts, urges or images that experienced at some time during the disturbance, as intrusive and unwanted and that cause marked anxiety. Repetitive behaviors or mental acts that individual feels driven to perform in response to an obsession or according to rules that must be applied rigidly because of preventing or reducing anxiety. Several drugs and psychosocial treatments have been suggested for OCD, including both cognitive and behavioral aspects. Cognitive behavioral therapy and serotonin reuptake inhibitors are first-line treatment for OCD. In this case we studied the association of cognitive behavioral therapy and Aripiprazole treatment. While OCD symptoms was reduced with the use of Aripiprazole, treatment resistance was disappeared and significant improvements in functionality and motivation to treatment achieved through CBT. (**Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2016; 44-49**)

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Aripiprazole, Cognitive Behavioral Therapy

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Dr. Sevim Berrin İNCİ, Madde Bağımlılığı Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye
e-posta: inciberrin@gmail.com – Alınma Tarihi:07/10/2015 – Kabul Tarihi:07/12/2015

GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyeteye yol açan yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtü ve düşlemler şeklinde tanımlanan obsesyonlar ve kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlar ile belirli psikiyatrik bir bozukluktur (Sadock ve Sadock, 2007).

OKB ile ilgili yapılan çalışmalar dünya genelinde sıklığının % 2-3 olduğunu, (American Psychiatric Association, 2000) kadın ve erkek cinsiyet arasında fark olmadığını göstermektedir. Yapılan araştırmalar, erişkin yaştaki OKB'li hastaların kadın ve erkek oranlarının eşit bir dağılıma sahip olduğunu göstermektedir (Foa ve Kazak, 1995; Kolada, Bland ve Newman, 1994; Rasmussen ve Eisen, 1992). Çocuk ve ergenler ile yapılan çalışmalarda ise erkeklerin kızlardan daha fazla etkilendiği görülmüştür (Hanna, 1995; Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane ve Cheslow, 1989). Erişkin hastaların 1/3-1/2 kadarında OKB belirtilerinin çocukluk çağında başladığı bilinmektedir (Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen ve Leckman, 1995). OKB'nin başlangıç yaşının ortalama 9 ile 11 yaşlar arasında değiştiğini gösteren pek çok araştırma bulunmaktadır (Rettew, Swedo, Leonard, Lenane ve Rapoport, 1992; Riddle ve ark., 1990; Swedo ve ark., 1989). Sonuçta, etkilenen kişilerin yaklaşık 2/3'ünde belirtiler 25 yaşından önce başlamaktadır. Tükel ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre OKB'nin başlangıç yaşının, 20'li yaşların başları olduğu bildirilmiştir.

Obsesif kompulsif bozukluk, bilişsel ve davranışsal boyutları olan heterojen bir bozukluktur (Sadock ve Sadock, 2007). OKB için çeşitli ilaç tedavileri ve psikososyal tedaviler önerilmiştir. Çok sayıda araştırma obsesif kompulsif belirtilerin tedavisinde ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapinin etkinliğini desteklemektedir (Albert, Aguglia, Bramante, Bogetto ve Maina, 2013; Alonso ve ark., 2001; Arumugham ve Reddy, 2014; Eddy, Dutra, Bradley ve Westen 2004; Houghton, Saxon, Bradburn, Ricketts ve Hardy, 2010). Bilişsel Davranışçı Terapi davranışlar ve bilişler üzerinde değişiklik yaparak kaygı uyandırıcı düşünmeyi ve belirtilerin sürmesinde etkili olan davranışları değiştirmeyi/azaltmayı amaçlamaktadır (Anthony ve Swinson, 2001; Türkçapar ve Şafak, 2012). OKB için kanıtlanmış birinci seçenek tedaviler bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) kullanıldığı tedavilerdir.

Psikiyatrik hastalıkların tedavisindeki son dönemdeki gelişmelere rağmen günümüzde ilaç tedavileri ile OKB hastalarının belirtilerinde düzelme % 30-60 düzeyindedir (Hurley, Saxena, Rauch, Hoehn-Saric ve Taber, 2002). Klinik pratikte OKB tedavisinde en sık kullanılan farmakolojik ajanlar olan SSRI'lar OKB belirtilerinde % 20-40 iyileşme sağlamaktadır (Pigott ve Seay, 1999). Yapılan çalışmalar OKB hastalarının % 40-60'ının ilk basamak tedavi yöntemlerinden fayda gördüğünü göstermektedir (Abudy, Juven-Wetzler ve Zohar, 2011). Son yıllarda Aripiprazol'un özellikle dirençli OKB olgularında SSRI lar ile birlikte kullanıldığında olumlu sonuçlar ortaya koyduğunu gösteren çalışmalar önem kazanmaktadır (Ercan, Ardic, Ercan, Yuce ve Durak, 2015). Aripiprazol, dopamin D2 reseptörü (D2) ve serotonin 1A reseptörü (5-HT1A) üzerine kısmi agonistik ve serotonin 2A reseptörü (5-HT2A) üzerine antagonistik etkisi olan bir atipik antipsikotik ilaçtır. Aripiprazolun D2 reseptörleri üzerine kısmi agonist olması dopamin düzeyinin yüksek olduğu durumlarda D2 reseptörlerine antagonistik etki göstermesine ve pozitif belirtilerin iyileşmesine; dopamin düzeyinin düşük olduğu durumlarda ise agonistik etki göstermesine ve kognitif fonksiyonlarda iyileşmeye; ek olarak nigrostriatal sistemde dopaminerjik aktiviteyi azaltarak ekstrapiramidal belirtiler oluşturmaktansa dopaminerjik nöronları dengelemesine neden olmaktadır (Kastrup, Schlotter, Plewnia ve Bartels, 2005). Aripiprazol'un OKB hastalarında tek başına ya da SSRI'larla birlikte kullanılabilirliği düşünülmektedir (Connor, Payne, Gadde, Zhang ve Davidson, 2005; da Rocha ve Correa, 2007). Storch ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada kombine BDT ve sertraline tedavisine yanıt vermeyen bir ergenin tedavisine 5mg/gün Aripiprazol ekleyerek yanıt sağlamışlardır. Yapılan başka bir çalışmada, 12 haftalık SSRI ve BDT kombine tedavisine yanıt vermeyen çocuklarda Aripiprazol tedavisi ile belirgin düzelme olduğu belirtilmiştir (Öztürk ve Coşkun, 2009).

OKB tedavisinde standart tedavi yöntemleri olarak SSRI tedavisi ve BDT yöntemleri önerilmektedir. İlaç tedavisinin yanısıra BDT tedavisinin etkinliğini değerlendiren çok sayıda gözden geçirme ve meta analiz makaleleri bulunmaktadır. Gözden geçirme ve meta analiz makalelerinde BDT'nin hem kaygı belirtilerinin azaltılmasında hem de OKB'de etkili olduğu ve bu etkilerin kalıcı olduğu belirtilmektedir (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill ve Harrington, 2004; James, Soler ve Weatherall, 2005). Anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda BDT, farkındalık temelli bilişsel terapi ve gevşeme

eğitiminin etkili olduğu bilinmektedir. Cazard ve Ferreri (2013) tarafından işlevsellik ve yaşam kalitesinin artırılmasında psiko eğitim ve BDT'nin önemli olduğu vurgulanmıştır. Çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi ile Aripiprazol kullanımının birlikte olduğu az sayıda olgu örneği bulunmaktadır. Bu yazıda OKB tanısıyla izlenen 13 ve 14 yaşlarındaki iki ergenin Aripiprazol tedavisi ile bilişsel davranışçı terapinin birlikte kullanımının sunulması amaçlanmıştır. Olguların klinik değerlendirmeleri "Klinik Global İzlenim Ölçeği- Şiddet" (CGI-S) ve "Klinik Global İzlenim Ölçeği Düzeltme" (CGI-I) ile yapılmıştır.

OLGU 1

13 yaş 11 aylık 8. sınıf öğrencisi olan kız hasta kliniğe, annesi tarafından cinsel içerikli rahatsız edici düşünceleri ve aklına gelen bu düşünceleri annesine o anda söyleme isteği nedeni ile getirildi. Bebekken evlat edinilen S'nin ilköğretim döneminde de evhamlarının olduğu öğrenildi. Ebeveynlerinden ilköğretim döneminde yaptıklarından emin olamayıp annesine 'Yapmıştım değil mi?' diye onaylattığı bilgisi alındı. Evhamlarından dolayı 9 yaşında Fluoksetin 10 mg/gün kullanımı olmuş, düzeltme olmayınca 20 mg/g dozuna çıkarılmış ancak belirti şiddetinde herhangi bir fark olmayınca aile Fluoksetin tedavisini bırakmış. Olgu kliniğimize başvurduğunda, 'Yoldan geçen adamla beynim sevişmemi söylüyor', 'Elim cinsel organıma değdi, bir şey olur mu?', Sert bir yere oturduğunda 'Cinsel organın üzerine mi oturdum', 'Beynim babamla sevişmemi söylüyor', 'Garsonla sevişme hissi geldi' gibi tekrarlı düşünceleri vardı. S, aklına cinsel içerikli düşünceler geldiğinde hemen annesine söyleme zorunluluğu hissediyordu ve olağan günlük aktivitelerini zihnine gelen olumsuz düşünceler nedeniyle yapamaz hale gelmişti (Örn: aklına düşünce gelir diye film izlemekten, dışarıya çıkmaktan, babasıyla aynı odada oturmaktan kaçınma). Okulda arkadaşları tarafından izletilen cinsel içerikli film sonrasında evhamlarında artış olduğu öğrenildi. Yapılan klinik görüşme sonrasında olgunun aklına gelen bu tekrarlı düşünceler suçluluk duygusuna ve depresif duygu durumuna neden olduğu gözlemlendi. Olgunun yapılan psikiyatrik değerlendirme testlerinin sonuçları Beck Depresyon Derecelendirme Ölçeği: 28, Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçek (CY-BOCS) puanı 29 (orta düzey), Global Klinik İzlenim Ölçeği (CGS)-Hastalık Şiddeti: 5 puan (Belirgin düzeyde hasta) olarak belirlenmiştir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre "OKB" bozukluğu olan olguya bilişsel davranışçı terapi ile birlikte daha önce etkin doz ve sürede kullanılan Fluoksetin tedavisinden yarar görmediği

için yakınmalarına yönelik 0.50 mg/gün Aripiprazol tedavisi başlandı. S'nin tedaviye yönelik direnci kırılıp, tedavi motivasyonu sağlandıktan sonra terapi sürecinde olgunun sorununu ortaya çıkaran ya da sürmesine neden olan psikolojik mekanizmalarla ilgili varsayımlardan oluşan olgu formülasyonu hazırlandı. Hasta ile birlikte günlük aktivitelerini engelleyen düşünce ve davranış tekrarlarının ve kaçınmaların azalması ve ortadan kalkması şeklinde hedefler belirlendi. Bilişsel model hastanın yaşantıları üzerinden hastaya aktarılarak temel sorunun düşüncelerden ziyade bunlarla ilgili yorumlar olduğu belirtildi. Yapılan ikinci görüşmede danışana, klinik olmayan durumlarda en sık görülen obsesyonlar ve oranlarını içeren bir liste gösterilerek aklına gelen düşünceleri normalleştirme ve aklına gelen düşüncelere isim vermesi istenerek düşüncelerin dışsallaştırılması sağlandı. İlerleyen seanslarda sorunun düşüncenin kendisi mi yoksa düşünce hakkında yaptığı yorumlar mı olduğu ele alınarak kanıt toplama ve inceleme, çifte standart gibi bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullanılarak düşüncenin tehlikeli olması, düşünmek ile yapmış olmanın farklı şeyler olduğu üzerinde çalışıldı. Tedavinin ikinci ayından itibaren Aripiprazol 0.50 mg/gün kullanımı ile giden bilişsel davranışçı terapiler ile Beck depresyon puanında 18 ve Y-BOCS puanında 17 azalma olduğu ve CGI: 2 belirgin düzeltme görüldüğü, suçluluk duygularında ve tekrarlı düşüncelerin ve telafi davranışının sıklığında azalma olduğu, günlük aktivitelere katılımın arttığı gözlemlendi. Olgunun tedavisi ayda bir yapılan seanslar ve ilaç kontrolü ile devam etmektedir.

OLGU 2

14 yaş 6 aylık 9. sınıf öğrencisi olan kız hasta kliniğe, anne ve babası tarafından sıkıntı verici ve istenmeden gelen düşünceler ile sıkıntıyı azaltmak için yapılan davranış tekrarları sonucunda ev yaşamalarının olumsuz etkilenmesi yakınmaları ile getirildi. Anne ve babasının gaz çıkardığını ve bunun üzerine yapışacağına dair kirlenme obsesyonları ve bu düşüncenin yarattığı sıkıntıdan kurtulmak için odaların kapılarını kapatma, anne ve babasının yanında oturma, yemin ettirme kompulsiyonları vardı. Ders çalışırken özellikle belirli bir pijamayı giyme ve onu yıkatmak istememe ile anne ve babasının yanında otururken giydiği kıyafetler ile odasına girmeme ve o kıyafetleri annesine en az beş kez yıkatma davranışları vardı. Yapılan klinik görüşme sonrasında olgunun aklına gelen bu tekrarlı düşüncelerin ve yapılan telafi davranışlarının aile ilişkilerine zarar verdiği gözlemlendi. Olgunun yapılan psikiyatrik değerlendirme testlerinin

sonuçları Beck Depresyon Derecelendirme Ölçeği: 36, Çocuklar için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçek (CY-BOCS) puanı 22 (orta düzey), Global Klinik İzlenim Ölçeği (CGS)-Hastalık Şiddeti: 5 puan (Belirgin düzeyde hasta) olarak belirlenmiştir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre 'Major Depresyon ve OKB' tanısı alan olguya bilişsel davranışçı terapi ile birlikte yakınmalarına yönelik 10mg/gün Fluoksetin tedavisi başlandı. OKB'ye dair psikoeğitim verilerek olgunu bu rahatsızlığın tedavisi olmadığına, içinde bulunduğu tedavi sürecinin faydasız ve boşuna olduğuna dair düşünceleri üzerinde durulup tedavi motivasyonu sağlandıktan sonra devam eden seanslarda hasta ile birlikte günlük aktivitelerini engelleyen düşünce, davranış tekrarlarının ve kaçınmaların azalması ve ortadan kalkması şeklinde hedefler belirlenerek bilişsel model hastanın yaşantıları üzerinden hastaya aktararak temel sorunun düşüncelerden ziyade bunlarla ilgili yorumlar olduğu üzerinde duruldu. Fluoksetin tedavisi ile eşlik eden BDT seanslarının olgunun belirtilerini söndürmede yetersiz kaldığı gözlemlendi için Fluoksetin 20mg/gün olarak yükseltildi. 1,5 ay sonra yapılan değerlendirmede obsesyonların şiddetinde biraz azalma görülmesine rağmen belirgin düzelme görülmeyen olguda Fluoksetin azaltılıp bırakılarak Aripiprazol 2.5mg/gün eklenerek tedavisi düzenlenmiştir. İlerleyen seanslarda düşünce yorum ve davranış döngüsü üzerinde duruldu, sıkıntıya yol açan değerlendirmenin doğru olduğunu kabul etmek yerine bunu destekleyen ve desteklemeyen nesnel kanıtların incelenmesini içeren kanıt toplama tekniği ve kompulsiyon, ritüel ve koruyucu davranışların ortadan kaldırılmasını amaçlayan davranışçı ödevler verildi. Bilişsel modele göre OKB'nin sürmesine neden olan düşünceye verilen abartılı önem ve tehdidi fazla algılama ve mükemmeliyetçilik temaları üzerinde çalışıldı. Davranışçı müdahale olarak, maruz bırakma ve tepki engelleme tekniği uygulanarak danışanın olmasını beklediği durum ile gerçekte ortaya çıkan sonucu karşılaştırması sağlandı. BDT seansları sürecinde Fluoksetin kesilerek Aripiprazol dozu 5mg/gün olarak yükseltildi ve Beck depresyon puanı 15 ile Y-BOCS puanı 10'a düşen olgunun tedavisi belirgin iyileşme CGI: 2 göstererek devam etmektedir.

TARTIŞMA

Bu sunumda BDT ve farmakoterapi birlikteliğinin tedavi süreci üzerindeki etkisinin tartışılması amaçlanmıştır. OKB için kanıtlanmış birinci seçenek tedaviler bilişsel davranışçı terapi ve serotonin geri alım inhibitörlerinin kullanıldığı tedavilerdir. Klinik pratikte OKB tedavisinde en sık kullanılan SSRI teda-

visi ile OKB belirtilerinde % 20-40 oranında azalma elde edildiği bildirilmektedir (Pigott ve Seay, 1999). Aripiprazol'un ise, parsiyel D2 reseptör agonisti, aynı zamanda parsiyel 5HT1A agonisti, 5HT2C agonisti ve 5HT2A antagonistik farmakolojik etkilerinin olması nedeniyle tedaviye dirençli OKB belirtilerinin üzerine daha etkili olduğu bildirilmiştir (Storch ve ark., 2008). Sunulan ilk olguda da Fluoksetin ile fayda görülmediği için Aripiprazol başlanmıştır. Literatür incelendiğinde, Aripiprazol'un OKB hastalarında tek başına ya da SSRI'larla birlikte kullanılabilceği vurgulanmaktadır (Connor ve ark., 2000; Ercan ve ark., 2015; da Rocha ve Correa, 2007). Sunulan ikinci olguda benzer şekilde sadece Fluoksetin ile fayda görülmediği için Aripiprazol eklenmiştir. 2011 yılında OKB tanısı alan 15 yaşındaki erkek hastada standart BDT ve farmakolojik tedavilerden yanıt alınamaması üzerine SSRI kullanımına eklenen aripiprazol ile belirgin düzelme olduğu bildirilmiştir (Akay-Pekcanlar, Cengizhan ve Akdede-Kıvrırcık, 2011). Bizim olgularımızda ise BDT ile birlikte Aripiprazol'un tek başına kullanımı ile obsesyonlarda ve kompulsiyonlarda belirgin azalma görülmüş olup hastanın günlük işlevselliğinde düzelme olduğu belirlenmiştir. Çocukluk çağı başlangıçlı OKB'de BDT'nin etkinliği ile ilgili kontrollü çalışmalardan elde edilen veriler sınırlı olmakla birlikte çocuk hastalarda BDT'nin etkinliği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Pişgin ve Özen, 2010). Literatür incelendiğinde, BDT tedavisinin etkinliğini değerlendiren gözden geçirme ve meta-analiz çalışmalarında BDT'nin hem kaygı belirtilerinin azaltılmasında hem de OKB'de etkili olduğu ve bu etkilerin kalıcı olduğu belirtilmektedir (Cartwright-Hatton ve ark., 2004; James ve ark., 2005). Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuk OKB olgularının tedavisinde BDT ilaçla birlikte ya da tek başına ilk seçenek olarak bildirilmiştir (Blanco ve ark., 2006). Kuru ve Türkçapar (2013) farmakoterapi ve EKT tedavisine dirençli şiddetli bir OKB hastasında bilişsel davranışçı terapi ile fayda gördüğünü aktarmıştır. Bizim olgularımızda psikoeğitim ve bilişsel davranışçı müdahaleler ile kaygı düzeylerinde azalma, tedavi motivasyonunda artış ve günlük işlevselliklerinde düzelme olduğu gözlenmiştir. Alonso ve arkadaşları (2001), davranışçı tedavinin en önemli yararının ritüelistik davranışlar üzerine olduğunu vurgulamışlardır. Sunulan olgularda da literatürle uyumlu olarak BDT ve ilaç birlikteliği ile ritüelistik davranışların belirgin şekilde azaldığı gözlenmiştir. Literatür incelendiğinde, BDT ve ilaç tedavisini karşılaştıran çalışmalar genelde iki yaklaşımın hemen hemen eşit etkinlikte olduğunu göstermekle birlikte (Abramowitz, 1997; Eddy ve

ark., 2004), farmakoterapi ve psikolojik tedavi yaklaşımlarının birlikteliğini değerlendiren çalışmalar iki tedavinin birlikte kullanılmasının herhangi bir avantajını saptayamamışlardır. Bizim olgularımızda ise her iki yaklaşımın birlikte kullanılmasının tedaviye devamlılığın sağlanması, direncin aşılması ve tedavi motivasyonunun artırılması açısından etkili olduğu gözlemlenmiştir.

Sonuç olarak; BDT'nin doğru ve etkili uygulanması ile Aripiprazol kullanımının birlikteliğinin OKB'nin belirti şiddetinde azalmaya ve günlük işlevsellikte belirgin düzelmeye yol açtığı görülmüştür. Bilebildiğimiz kadarıyla literatürde BDT ve Aripiprazol birlikte kullanımıyla ilgili çalışma ya da olgu sunumları sınırlı sayıdadır. Bu olgu sunumu, sonuçlarının geniş örneklemler ve kontrol grubu olan çalışma sonuçlarıyla desteklenmesinin gerekmesi ile birlikte ileride yapılacak çalışmalara ışık tutması açısından önem kazanmaktadır.

KAYNAKLAR

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative Review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 65(1), 44-52. doi:10.1037/0022-006X.65.1.44
- Abudy, A., Juven-Wetzler, A., & Zohar, J. (2011). Pharmacological management of treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *CNS Drugs*, 25(7), 585-596.
- Akay Pekcanlar, A. T., Cengizhan, S. T., & Akdede Kıvırcık, B. T. (2011). Aripiprazol ile iyileşen 'iç görüşü kısıtlı' obsesif kompulsif bozukluk tanılı bir ergen ve literatürün gözden geçirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 48(3), 215-220.
- Albert, U., Aguglia, A., Bramante, S., Bogetto, F., & Maina, G. (2013). Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (OCD): Current knowledge and open questions. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(1), 19-30.
- Arumugham, S., & Reddy, Y. (2014). Commonly asked questions in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, 14(2), 151-163.
- Alonso, P., Menchon, J. M., Pifarre, J., Mataix-Cols, D., Torres, L., Salgado, P., & Vallejo, J. (2001). Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 62(7), 535-540. doi:10.4088/JCP.v62n07a06
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Text Revision, 4th edition (DSM-IV TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anthony, M. M., & Swinson, R. P. (2001). Comparative and combined treatments for obsessive-compulsive disorder. In M. T. Sammons, N. B. Schmidt, M. T. Sammons, N. B. Schmidt (Eds.), *Combined treatment for mental disorders: A guide to psychological and pharmacological interventions* (pp. 53-80). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi:10.1037/10415-003
- Blanco, C., Olfson, M., Stein, D. J., Simpson, H. B., Gameroff, M. J., & Narrow, W. H. (2006). Treatment of obsessive-compulsive disorder by U.S. Psychiatrists. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 67(6), 946-951. doi:10.4088/JCP.v67n0611
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal Of Clinical Psychology*, 43(4), 421-436. doi:10.1348/0144665042388928
- Cazard, F., & Ferreri, F. (2013). Bipolar disorders and comorbid anxiety: prognostic impact and therapeutic challenges. *L'encéphale*, 39(1), 66-74. doi:10.1016/j.encep.2012.04.005
- Connor, K. M., Payne, V. M., Gadde, K. M., Zhang, W., & Davidson, J. T. (2005). The Use of Aripiprazole in Obsessive-Compulsive Disorder: Preliminary Observations in 8 Patients. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 66(1), 49-51. doi:10.4088/JCP.v66n0107
- da Rocha, F. F., & Correa, H. (2007). Successful augmentation with aripiprazole in clomipramine-refractory obsessive-compulsive disorder. *Progress In Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 31(7), 1550-1551. doi:10.1016/j.pnpbp.2007.07.008
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 1011-1030. doi:10.1016/j.cpr.2004.08.004
- Ercan, E. S., Ardic, U. A., Ercan, E., Yuce, 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. doi:10.1089/cap.014.0128
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1, 90.
- Hanna, G. L. (1995). Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 34(1), 19-27.
- Houghton, S., Saxon, D., Bradburn, M., Ricketts, T., & Hardy, G. (2010). The effectiveness of routinely delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A benchmarking study. *British Journal Of Clinical Psychology*, 49(4), 473-489. doi:10.1348/014466509X475414
- Hurley, R. A., Saxena, S., Rauch, S. L., Hoehn-Saric, R., & Taber, K. H. (2002). Predicting treatment response in obsessive-compulsive disorder. *The Journal Of Neuropsychiatry And Clinical Neurosciences*, 14(3), 249-253. doi:10.1176/appi.neuropsych.14.3.249
- James, A., Soler, A., & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (4), CD004690.

- Kastrup, A., Schlotter, W., Plewnia, C., & Bartels, M. (2005). Treatment of Tics in Tourette Syndrome With Aripiprazole. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*, 25(1), 94-95. doi:10.1097/01.jcp.0000150229.69124.66
- Kolada, J. L., Bland, R. C., & Newman, S. C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 376, 24-35.
- Kuru, T., & Türkçapar, M. H. (2013). Farmakoterapi ve elektrokonvulsif tedaviye dirençli bir obsesif kompulsif bozukluk hastasının bilişsel davranışçı tedavisi. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 2, 173-181.
- Öztürk, M., & Coskun, M. (2009). Successful aripiprazole augmentation in a child with drug-resistant obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 29(6), 607-609. doi:10.1097/JCP.0b013e3181bfe068
- Pauls, D. L., Alsobrook, J. I., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1, 76.
- Pigott, T. A., & Seay, S. M. (1999). A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 60(2), 101-106. doi:10.4088/JCP.v60n0206
- Pişgin, İ., & Özen, D. Ş. (2010). Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Current Approaches In Psychiatry / Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2(1), 117-131.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics Of North America*, 15(4), 743-758.
- Rettew, D. C., Swedo, S. E., Leonard, H. L., Lenane, M. C., & Rapoport, J. L. (1992). Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, (6), 1050.
- Riddle, M. A., Scahill, L., King, R., Hardin, M. T., Towbin, K. E., Ort, S. I., & ... Cohen, D. J. (1990). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(5), 766-772. doi:10.1097/00004583-199009000-00015
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Anksiyete Bozuklukları (Çev. H. Aydın, A. Bozkurt). Güneş Kitabevi, İstanbul.
- Storch, A., Milsom, V. A., Merlo, L. J., Larson, M., Geffken, G. R., Jacob, M. L., & ... Goodman, W. K. (2008). Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: Associations with clinical presentation. *Psychiatry Research*, 160, 212-220. doi:10.1016/j.psychres.2007.07.005
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives Of General Psychiatry*, 46(4), 335-341.
- Tükel, R., Ertekin, E., Batmaz, S., Alyanak, F., Sözen, A., Aslantaş, B., & ... Özyildirim, İ. (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 21(3), 112-117. doi:10.1002/da.20065
- Türkçapar, M.A. & Şafak, Y. (2012). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel özellikler ve bilişsel tedaviler. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(3), 69-75.