

Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisinde Güncel Psikoterapi Yaklaşımları

Pelin KARACA,¹ Seda OKTAY,² Merve KOÇAK,³ Gülsen ERDEN⁴

¹Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

²Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

³Arş. Gör., Çankırı Karatekin Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Çankırı, Türkiye

⁴Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi: Pelin KARACA, Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara / Türkiye.

Telefon: +9(0312) 310 3280 / 1070 - 1253

Faks: +9(0312) 310 57 13 - 309 36 73

E-mail: pelinkaraca35@gmail.com

Pelin KARACA ORCID No: <https://orcid.org/0000-0003-2434-6703>

Seda OKTAY ORCID No: <https://orcid.org/0000-0002-6829-6181>

Merve KOÇAK ORCID No: <https://orcid.org/0000-0002-7713-3173>

Gülsen ERDEN ORCID No: <https://orcid.org/0000-0002-7596-9479>

Geliş tarihi: 18 Nisan 2020

Kabul tarihi: 21 August 2020

ÖZ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) bireyde istenmeyen düşüncelerin (obsesyonlar) ve zaman zaman bunlara eşlik eden istem dışı yineleyici davranışların (kompulsyonlar) bulunduğu, bireyin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen bir rahatsızlıktır. OKB'nin tedavisinde bilişsel davranışçı terapi müdahalelerinin etkili olduğu bilinmektedir. Son yıllarda da bilişsel davranışçı terapiye alternatif olarak farklı psikoterapötik yaklaşımların OKB üzerindeki etkililiği incelenmektedir. OKB'nin gerek toplumdaki yaygınlığı, gerekse erken başlangıçlı olması ve bireylerin yaşamında tedavi edilmediğinde kronik bir seyir izlemesi göz önünde bulundurulduğunda psikolojik tedavi yaklaşımlarının önemi belirginleşmektedir. Bu derleme çalışmasında OKB'nin tedavisindeki güncel yaklaşımlardan olan ve son dönemde yaygınlaşan farkındalık temelli terapilerin, kabul ve kararlılık terapisinin ve metakognitif terapisinin OKB'ye bakış açısına değinilmiş ve etkililik çalışmalarına yer verilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Farkındalık, kabul ve kararlılık terapisini, metakognitif terapi, obsesif kompulsif bozukluk

ABSTRACT

Current Psychotherapy Approaches for Treatment of Obsessive Compulsive Disorder

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is an illness that has intrusive thoughts (obsessions) in the individual and involuntary repetitive behaviors (compulsions) that accompany them from time to time, negatively affecting the functionality of the individual. It is known that cognitive behavioral therapy interventions are effective in the treatment of OCD. In recent years, as an alternative to cognitive behavioral therapy, the effectiveness of different therapeutic approaches on OCD has been studied. Considering the prevalence of OCD in the society as well as its early onset and a chronic course when individuals are not treated in their lives, the importance of psychological treatment approaches is remarkable. In this review, the perspective of awareness-based therapies, acceptance and commitment therapy, and metacognitive therapy, which are among the current approaches in the treatment of OCD, and which have become widespread recently, are mentioned and effectiveness studies are included.

Keywords: Mindfulness, acceptance and commitment therapy, metacognitive therapy, obsessive compulsive disorder

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), süreklilik gösteren, istenmeyen ve kabul edilmeyen obsesyonlar ve bu obsesyonların yarattığı kaygıyı azaltmak için tekrarlanan ve ritüeller şeklinde görülen kompulsiyonlarla tanımlanan bir bozukluktur.¹ Obsesyonlar (saplantılar), istenç dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı, bilinçli çaba ile kovulmayan, ısrarcı biçimde tekrarlayan düşünce, imge ya da dürtülerdir.² Bunlar kişinin mantığına, görüşlerine, ahlak anlayışına, inançlarına ters düşmekte ve kabul edilememektedir.² Kompulsiyonlar (zorlantılar) ise çoğu zaman obsesyonları uzaklaştırmak için yapılan istenç dışı yinelenen hareketler olup obsesyonların yarattığı rahatsızlığı azaltmak için başlamaktadır; ancak zamanla denetlenemez boyuta ulaşmakta ve kişiye rahatsızlık verir.²

Epidemiyolojik çalışmalar OKB'nin yaygınlığının %1 ile %3 arasında değiştiğini göstermektedir.³⁻⁵ Cinsiyete göre görülme sıklığıyla ilgili bulgulara bakıldığında, OKB'nin başlangıç yaşının erkeklerde daha erken olduğu,⁶⁻⁸ kadınlarda kirlenme obsesyonu ve temizlik kompulsiyonunun, erkeklerde ise cinsellik ve dini içerikli obsesyonlar ile kontrol etme kompulsiyonunun daha yaygın olduğu görülmektedir.⁸⁻¹⁰ OKB'nin kendine özgü, dirençli ve mantıktan uzak doğası, ruh sağlığı uzmanları için OKB'nin anlaşılmasını ve tedavi edilmesini zorlaştırmaktadır.^{11,12} OKB tedavi edilmediğinde kronik bir seyir izlemektedir,¹³ işlevsellikte ve yaşam kalitesinde ciddi düzeyde bozulmaya yol açmaktadır.^{14,15} OKB, bireylerin benlik saygısını ve eğitim, istihdam, sağlık gibi pek çok alanda sosyal ilişkilerini önemli ölçüde etkilemektedir.¹⁶ OKB'nin yaygınlığı, erken başlangıçlı olması ve tedavi edilmediğinde kronik bir seyir izlemesi dikkate alındığında,¹³ müdahale yaklaşımları kritik düzeyde önem kazanmaktadır.

OKB ve Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

OKB'nin tarihçesine bakıldığında farklı yaklaşımlarla ele alındığı görülmektedir. Rachman, OKB'de kompulsiyonların (özellikle kontrol etme) ortaya çıkmasında en önemli faktörün kişideki artmış kişisel sorumluluk duygusu olduğunu vurgulamaktadır.¹⁷ Artmış sorumluluk durumu farklı olaylarda kendini göstermektedir. Örneğin kişi hiçbir bilgisi olmayan kazada bile kendini sorumlu hissedebilir ve bunun için polisi ikna etmeye çalışabilir. Daha ciddi OKB problemi yaşayan bireyler, başka insanların davranışlarından da kendilerini sorumlu hissetmektedir. Bireyler zihinlerine gelen istenmeyen obsesif düşüncelerden kendilerini sorumlu tutmakta ve bu nedenle kompulsiyonlar ortaya çıkmaktadır.¹⁷ Rachman kaynaşma (fusion) terimini takıntılı düşünce ve yasaklı aktiviteyi gerçekleştirmenin aynı şekilde görülmesi şeklinde tanımlamaktadır.¹⁷ Örneğin, kaynaşmayı ahlaki olarak bir adamı tren raylarının altına itmeyi düşünmeyi, gerçekte itmiş gibi ele almak şeklinde belirtmektedir. Ek olarak Rachman takıntılı düşünce ve eylemin birbirinden ayrıştırılmasının obsesyonların önemini azaltmak açısından önemli olduğunu vurgulamaktadır.¹⁷ Rachman obsesyonların tedavisinde abartılı yanlış yorumlamaların düzeltilmesinin en doğru ve tatmin edici yöntem olduğunu belirtmektedir.¹⁸ Tedavide birinci aşama olarak psikoeğitimden sonra ikinci aşamanın, istenmeyen düşüncelerin, obsesyonların kişinin karakteriyle ilgili olmadığı yönünde kişiyi bilgilendirmek gerektiğini ifade etmektedir. Danışanların istenmeyen düşünceleri gerçek birer işaret olarak almak yerine sadece bir gürlütü olarak algılaması konusunda cesaretlendirilmesi gerektiği vurgulamaktadır.¹⁸

OKB'nin etiolojisini açıklayan bir diğer model Clark tarafından önerilen "Bilişsel Kontrol Modeli"dir.¹⁹ Modele göre, obsesyonların sürmesinin temel nedeni kişinin bu istem dışı girici düşüncelerini kontrol edemeyeceğine yönelik hatalı değerlendirmeleridir. Kişinin obsesif düşüncelerini kontrol etme yönündeki aşırı çabası ve kontrol etmede başarısız olacağı yönündeki hatalı bilişsel değerlendirmesi, yaşadığı stresi, obsesif düşüncelerin yoğunluğunu ve zorlayıcı kompulsif

davranışlara başvurma ihtiyacını arttırmaktadır.¹⁹ Modelde OKB'nin ortaya çıkmasında iki farklı değerlendirme sürecinden bahsedilmektedir. Birincil değerlendirme sürecinde kişi istem dışı girici düşüncelerinin uygunsuz olduğunu, kişisel değerlerine ve benliğine yönelik bir tehdit oluşturduğunu (ege-distonik) fark etmektedir. Örneğin, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanacağından endişe duyan bir kişi test yaptırdıktan sonra bu düşüncesinin gerçekçi olmadığını bilincindedir ve zihninden uzaklaştırmaya çalışır. Ancak uzaklaştırmayı başaramazsa bu düşüncesini kontrol etme çabası ve gerçekleşeceği yönündeki tehdit algısı giderek artmaktadır.²⁰ "Bu düşüncemi kontrol edemezsem hastalığa yakalanabilirim" şeklindeki düşüncelerinin kontrolünü kaybederse davranışlarının da kontrolünü kaybedebileceği üzerine yaptığı hatalı bilişsel değerlendirme modele göre ikincil değerlendirmedir.²⁰ OKB'nin ortaya çıkmasındaki temel etken, ikincil düzey değerlendirmedeki hatalı bilişsel yorumlamalardır.

OKB'nin tedavisinde farmakolojik müdahalelerin yanısıra davranış terapisi, ve bilişsel davranışçı terapi gibi yaklaşımların sıklıkla kullanıldığı görülmektedir.²¹⁻²⁴ Bilişsel davranışçı yaklaşımların kronolojik olarak gelişimine bakıldığında birinci, ikinci ve son olarak üçüncü dalga terapi yaklaşımların olduğu görülmektedir. Birinci dalga terapiler gözlenebilen ve analiz edilebilen davranışsal yöntemlere (klasik ve edimsel koşullama gibi) dayanmaktadır. İkinci dalga bilişsel davranışçı terapiler davranışa ek olarak bilişsel süreçlere, işlevsel olmayan ve irrasyonel düşüncelere, şemalara ve hatalı bilgi işleme süreçlerine dikkat çekmektedir.²⁵ Bilişsel terapi danışanın hatalı düşünme şeklini değiştirmeye yönelik bir dizi tekniği içeren terapötik yaklaşımdır.²⁶ Bilişsel davranışçı terapi ise belirtilerin hafifletilmesinin yanı sıra kişilikte belirli değişimleri hedeflemektedir.²⁷ Üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapilerde ise farklı geleneklerden gelse de hepsinde ortak olan müdahale etmeni farkındalık olarak ifade edilmektedir.²⁵ Üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapilerin kabul, farkındalık, bilişsel ayrışma, diyalektik, değerler ve ilişkiyi vurguladığı; kullanılan yöntemlerin didaktikten ziyade deneyimsel olduğu, mekanikten çok bağlamsal bir felsefenin altını çizdiği belirtilmektedir.²⁸ Üçüncü dalga yöntemlerinin içeriksel hedefleri arasında farkındalık, kabul, değerler, bilişsel ve psikolojik esneklik, motivasyon, üstbiliş, destekleyici ilişkiler, deneyimleme yolları ve adanmışlık bulunmaktadır.²⁹ Klasik BDT ve üçüncü dalga yaklaşımın her ikisi de hedef odaklıdır, klasik BDT mevcut belirtilere daha fazla odaklanırken, üçüncü dalga yaklaşımlar danışanın gelişimine, farkındalık odağına ve daha geniş yaşam hedeflerine yönelik çalışmayı hedeflemektedir.³⁰ Klasik bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve üçüncü dalga yaklaşımlar davranış ilkelerine odaklansalar da, davranış stratejilerinin hedefleri farklılaşmaktadır. Klasik BDT'deki davranış stratejileri işlevsel olmayan inançlar ve belirtileri azaltmak için kullanılırken, üçüncü dalga yaklaşımlarda davranış stratejileri üstbilişsel süreçleri hedeflemektedir.³⁰ BDT'nin her zaman üstbilişsel unsurları olmuştur. Örneğin, danışanın anlık deneyimi üzerine bir an durup düşünmesini, bunu gözlemlemesi ve kaydetmesine gerek duyulabilmektedir. Klasik BDT'deki üstbilişsel unsurlar alternatifler bulma, kanıtlar sunma ve daha işlevsel çözüm yolları bulma gibi değişim yararına iken, üçüncü dalgadaki üstbilişsel bakış düşünce, duyguların tanınmasına ve değişimden ziyade kabul odağına yöneliktir.³¹ İkinci ve üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapistlerin kullandıkları müdahale yöntemlerine ilişkin gerçekleştirilen çalışmada da kullanılan yöntemler arasındaki farklılıklar desteklenmektedir. Üçüncü dalga terapistlerinin farkındalık odaklı, kabul temelli ve maruz bırakma tekniklerini daha fazla kullandıkları, ikinci dalga terapistlerin ise daha fazla bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullandıkları ifade edilmektedir.³²

OKB tedavisinde, tüm yaklaşımların bu bozukluğa ilişkin ortak varsayımı, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesidir. Güncel yaklaşımlardan başta Kabul ve Kararlılık Terapisi olmak üzere,

Metakognitif Terapi ve Farkındalık Temelli Bilişsel Terapinin OKB tedavisinde klasik bilişsel terapi yaklaşımına alternatif olarak ön plana çıktığı gözlenmektedir.³³ Bu derlemenin amacı, OKB tedavisinde Farkındalık Temelli Terapiler, Kabul ve Kararlılık Terapisi ve Metakognitif Terapi güncel yaklaşımlar hakkında ayrıntılı ve sistematik biçimde okuyuculara bilgiler sunmaktır.

OKB ve Farkındalık Temelli Terapiler

Farkındalık, o an meydana gelen içsel ve dışsal deneyimlere karşı tüm odağını yargılayıcı olmadan ve kabul edici bir şekilde verebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır.³⁴⁻³⁵ Bilinçli farkındalık ya da bilgece farkındalık olarak da adlandırılmaktadır. Farkındalık temelli yaklaşımların temelinde düşünce, duygu ve algılar üzerinde yargılayıcı olmadan bir farkındalık yaratma amacı yatmaktadır.³⁶ Tedavide ise meditasyon aracılığıyla kişilerin şimdi ve burada ilkesiyle ana odaklanmaları ve düşüncelerini yargılamadan kabul etmesi sağlanmaya çalışılmaktadır.³⁷ Böylelikle kişinin deneyimlerini bastırmak veya bunlardan kaçınmak yerine yargılamadan özşevkatle ve samimiyetle kabul etmelerini sağlanmaktadır.³⁸ Özşevkat, kişinin kendisinin acılarına, başarısızlıklarına ve yetersizliklerine dokunması ve açık olması, kaçınmaması ve bağlantıyı koparmaması, nazıkçe acılarını hafifletmesi ve kendini iyileştirme arzusudur.³⁹ Özşevkat, özellikle cinsellik ve saldırganlık içerikli obsesyonları olan kişilere utanç veren düşüncelerinden dolayı kendini yargılamak yerine kabul ederek başa çıkması açısından faydalı olabilir.⁴⁰ OKB tedavisinde ise benzer şekilde danışanlara farkındalık kazandırılarak obsesyonları ve kompulsyonlarını yargılamadan kabul etmeleri hedeflenmektedir.⁴¹ Örneğin, nefes uygulamasıyla "Ocağın kapalı olup olmadığıyla ilgili obsesif bir düşüncem var" ya da "Ellerimi yıkama isteğim beni çok zorluyor" gibi zihninde dolaşan düşüncelerle ilgilenmeden o anda dikkatini kontrol edebileceği ve nefesine vermesi öğretilmeye çalışılmaktadır. Terapide, gelişen farkındalık becerisiyle obsesif düşünceler ve kompulsyonlardan kaçınmak veya bunları bastırmak yerine, onları tanımaları ve birer yaşam deneyimi olarak kabul edilmesi sağlanmaktadır.⁴¹

Farkındalık temelli yaklaşımlar yaklaşımlar, danışanlara düşüncelerin aslında gerçek olmadığını öğretmek üstbilişsel bir değişim deneyimi sunmaktadır.⁴² Kazanılan farkındalık becerisi, kişileri davranış değişimlerine yönlendirmekte ve kompulsif davranışlar yerine alternatifler üreterek daha yararlı davranışlar edinmesine yardımcı olmaktadır.⁴³

Eski Budist ve yoga uygulamalarına dayanan farkındalık temelli yaklaşımlar, modern psikoterapi yöntemlerinde kabul görmektedir. Bu yaklaşımlar Farkındalık Temelli Stres Azaltma (Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR)³⁷ ve Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT)⁴⁴ gibi farklı modeller içermektedir. Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (MBSR), farkındalık meditasyonu ile algılanan stresi azaltmayı hedeflemektedir. Bireyin stresli yaşam olayları karşısında farkındalığını bir başa çıkma mekanizması olarak kullanmasına yardımcı olmaktadır. Sekiz haftalık beceriye dayalı ve psikoeğitim içeren bu program, Jon Kabat-Zinn ve arkadaşları tarafından Massachusetts Üniversitesi Tıp Merkezi'nde geliştirilen yapılandırılmış bir grup müdahale yaklaşımıdır.³⁷ Haftalık yürütülen 2-2,5 saat süren grup seanslarına ek olarak "Farkındalık Günü" adı verilen ve tüm gün süren bir oturum içermektedir.³⁸ Grup seansları, farkındalık tekniklerinin öğrenilmesini ve kişilerin kendilerine özgü durumlarında uygulamalar yapılmasını ve bunun üzerine tartışılmasını içermektedir.³⁸ Farkındalık gününde ise kişi saatlerce bölünmeden ve dikkati dağılmadan öznel deneyimini meditasyonla yoğun ve sessizce gözden geçirme fırsatı bulmaktadır.³⁸ Farkındalığın kazandırılmasıyla kişinin bunu bir teknik olarak kullanmasından ziyade hayatında bir yaklaşım tarzı olarak benimsemesi sağlanmaktadır. Kişinin çeşitli farkındalık yöntemlerini (nefes egzersizleri, beden tara-

ması, yürüme meditasyonu, dikkatli farkındalık) yemek yeme, ev işleri yapma gibi günlük yaşam aktiviteleriyle bütünleştirmelerinin yanında stresli yaşam olaylarıyla başa çıkmaları hedeflenmektedir.³⁸

MBSR oturumlarında, kişi seanslarda 45 dakika ile 1 saat aralığında bir zamanını farkındalık tekniklerini uygulamayla (örneğin, meditasyon, yoga, nefes alıp verme) geçirmektedir. Ancak günlük yaşamda ise farkındalık dikkatini farklı durumlara ve o anki deneyimine vermeyi içermektedir. OKB için düşünüldüğünde farkındalık meditasyonunun tüm duygu, düşünce ve hisleri yargılayıcı olmadan kabul edilmesini içermesi ve rahatsız edici düşüncelerin ve duyguların yalnızca zihinde olduğunun ve gerçek olmadığı farkında olunması istem dışı girici düşüncelere verilen aşırı önem ve kontrol etme çabasında azalmayı sağlayabilmektedir.³⁸

Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (MBCT), Segal, Williams ve Teasdale tarafından düzleme döneminde olan majör depresif bozukluk tanılı kişilerde rahatsızlığın geri gelmesini önlemek amacıyla geliştirilmiştir.⁴⁴ Sekiz hafta boyunca yaklaşık iki saat süren haftalık oturumlardan oluşmaktadır. Oturumların içeriği farkındalık ve otomatik pilotu tanıma, kendi elleriyle yaşama (living in our hands), zihni toplama (gathering the scarred mind), kaçınmayı tanıma (recognizing aversion), izin verme (allowing/letting be), düşüncelerin gerçek olmadığını fark etme, kendine nasıl daha iyi bakacağını öğrenme ile bu yeni kazanımı sürdürme ve genelleme şeklindedir. Seanslar aynı zamanda vücut tarama (body scan), oturma ve yürüme meditasyonu, 3 dakikalık nefes boşluğu, farkında hareket etme (mindful movement) gibi farkındalık egzersizleri içermektedir. İstenmeyen düşünce duygulardan kaçınmaya çalışmanın depresyonun sürmesine yol açacağını göstermesi açısından bilişsel terapi yönü de vardır. Depresyon ile ilgili psikoeğitim de içermektedir. Müdahalenin OKB'ye uyarlanması, seanslar OKB hakkında psikoeğitim, semptomların tartışılması ile obsesyon ve kompulsyonlara yönelik farkındalığın artırılmasını içermektedir. Danışanlar, düşüncelerini (yani obsesyonlarını), geçici ve kısa süreli zihinsel olaylar olarak gözden geçirmeleri öğretilir ve dikkatlerini o ana yani şimdiki zamana döndürmeleri için teşvik edilir. Depresyon uygulamasına benzer biçimde her bir grup oturumu didaktik ve yaşantısal farkındalık egzersizleri içermektedir.⁴⁵

Orijinal MBCT'nin ardından Didonna ve arkadaşları tarafından OKB'ye özgü on bir oturumdan oluşan Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı geliştirilmiştir (bkz. Tablo 1).⁴⁶ Bu programda, genel çerçevesi ve uygulanan egzersizler açısından depresyon için geliştirilen orijinal MBCT'den pek çok yönüyle esinlenilmiştir. Ancak, OKB için MBCT'de farklı olarak oturumlardan dokuz 6-12 kişilik grup terapisi şeklinde sürdürülürken, üçüne aile üyeleri ve eşler katılmaktadır. Aile üyelerinin dahil edilmesi, OKB'yi tanımları ile bu bozukluğun devam etmesinde etkili olan davranışları anlamaları ve önlemelerine yardımcı olmaktadır. Toplamda 25 egzersiz uygulaması içermektedir ve tüm uygulamalarda OKB'nin temel yönlerine odaklanılmaktadır. Her bir oturum bir önceki haftanın özeti ile başlamaktadır. Farkındalık egzersizi, öğrenme, deneyimin değişimi ile devam eden seans, haftanın ev ödevi verilerek sonlandırılır. Katılımcılara ödev uygulamaları için verilen çalışma kağıtlarının yanı sıra seanslar dışında yararlanabilmeleri için temel farkındalık egzersizleriyle ilgili ses kayıtları da sağlanır. Böylelikle katılımcılar gerektiğinde ses kayıtlarından yararlanarak günde bir saat farkındalık egzersizlerini alıştırma yapma şansı bulmaktadırlar.⁴⁶ Çalışma kağıtlarına ise katılımcılar ödev uygulamalarındaki deneyimlerini kaydeder ve terapist bu deneyimleri değerlendirerek sonraki hafta katılımcılara geribildirimler sunar.

MBCT'nin OKB tedavi modelinin yedi bileşeni bulunmaktadır. Bunlar; OKB ile ilgili psikoeğitim, zayıflık ve suçluluk duygularına karşı normalleştirmeyi destekleme, özellikle bellek ve algısal deneyimlerle bağlantılı olarak kendini doğrulama ve güveni geliştirme, danışanlara

düşünceleri bastırmak ya da onlarla mücadele etmek yerine basit, geçici ve zararsız zihinsel olaylar olduğunu gösteren bilişsel müdahale, aşırı düzeyde suçluluk, mükemmeliyetçilik ve abartılmış sorumluluk duygularını önlemek için özsevgi, obsesyonların ve diğer tetikleyici uyarıların durdurulması ve gerçeğin ne olduğunun fark edilmesini sağlamak için farkındalığa maruz bırakma ve son olarak sıkıntılarını diğer insanlardan gizleme eğilimine karşı OKB'den tanılı kişilerin yaşadıklarını diğer insanlarla paylaşma olarak belirtilmektedir.⁴⁶

Tablo 1. OKB için Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programı⁴⁶

Seansların Temaları	Hedefler ve İçerikler
1. Seans: Şimdiki zamanda kalmak	Farkındalığın ne olduğunu anlamak Otomatik pilotun ¹ içeriğini açıklamak ve zihnin uzaklaşma eğilimini tanımak.
2. Seans: OKB'yi ve farkındalığın nasıl yardımcı olduğunu anlama	OKB ve farkındalık arasındaki ilişkiyi anlama üzerine psikoeğitim
3. Seans: OKB tanılı bireyleri destekleme konusunda ailelere yardımcı olma	Farkındalık, OKB ve programın nasıl yardımcı olacağı konusunda psikoeğitim Aile üyelerine sevdikleri kişiyi nasıl etkili bir şekilde destekleyecekleri ve yardımcı olacaklarını öğretme
4. Seans: Kişinin güvensizlik duygularını tanıma ve gerçek güveni geliştirmesini sağlama	Güvensizliği ve OKB'deki rolünü anlama Kendi içsel deneyimiyle ilgili farkındalıkla başlayarak kendine güveni geliştirme
5. Seans: Gerçek güven geliştirmek için duyuları kullanma	Obsesyonlara neden olan bilişsel çarpıtmaları önlemek için duyuları kullanma ve onaylama
6. Seans: Düşüncelerle sağlıklı ilişkiler geliştirme	Katılımcıların düşünceleriyle olan ilişkilerini anlamalarına yardımcı olma Düşünceleri merkezden uzaklaştırma ve kimliksizleştirme
7. Seans: Değişimin ilk adımı olarak kabul	İçsel deneyime karşı kabulü geliştirmek Duyuları ve bilişleri yargılamadan ve yorum yapmadan deneyimlemelerine yardımcı olma
8. Seans: Dikkatli "Yapma" ve dikkatli maruz kalma	Niyetler ve eylemler arasındaki sağlıklı ilişkiye teşvik etme Buradalık, güven ve emniyette olma duygularıyla "obsesif" uyarana maruz kalmayı destekleme
9. Seans: Özsevgi ve kendini affetmeyi geliştirme	Acı çekmeye karşı farklı bir yaklaşım geliştirme İşlevsel olmayan suçluluk ve abartılmış sorumluluk duygularını normalize etme
10. Seans: Risk almayı öğrenme	Farkında olarak yapıcı riskler karşısında gerçek güven ve uygun sorumluluk duygusu geliştirme
11. Seans: Hayata güvenle bakma ve engellerle etkin bir şekilde başa çıkma	Geçmiş deneyimleri gözden geçirmek ve motivasyonu arttırmak için bir günlük farkındalık geri çekilmesi uygulamak

1 Ne yaptığımızın ve ne yaşadığımızın farkında olmadan hareket etmektir. Örneğin araba kullanırken yol boyunca gördüklerimizin farkında değildir. Otomatik pilota iken harekete geçme eğilimizdeyizdir, ne yaptığımızın sonradan farkında oluruz ve gerçekten bunu yapmak isteyip istemediğimizi sonradan fark ederiz. Rutin görevler sırasında farkındalık olursa otomatik pilot devreden çıkar ve deneyimlerimiz daha canlı ve ilginç hale gelir. Sonunda bizi daha sakin kılar ve daha az yorar.³⁷

OKB'nin Tedavisinde Farkındalık Temelli Yaklaşımların Etkililik Çalışmaları

Son yıllarda OKB tedavisinde farkındalık temelli yaklaşımların yaygınlaştığı dikkat çekmektedir. Farkındalık temelli yaklaşımlar, kişileri istenmeyen ve rahatsız edici obsesyonları içeren yaşantısal deneyimlerini gözden geçirmeye teşvik etmektedir.⁴² OKB tedavisinde bilişsel yaklaşımda istem dışı girici düşünceye verilen aşırı önem ve kontrol etme çabası azaltılarak kişinin duyduğu kaygı ve kompulsif davranışlarda bulunma dürtüsü azaltılmaya çalışılır.¹⁸⁻¹⁹ Farkındalık temelli yaklaşımlarda ise kişinin obsesyon ve kompulsiyonların yalnızca düşünce boyutunda olduğu, bunlara izin verilmesi ve birer yaşam deneyimi olarak kabul edilmesi öğretilmeye çalışılır.

Farkındalık temelli yaklaşımlar tarihsel olarak eskilere dayanmasına rağmen OKB'nin tedavisinde kullanımı oldukça yenidir ve bu nedenle bu terapi modelinin etkililiğine yönelik alanyazında sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Wilkinson-Tough ve arkadaşları, daha önce-

den OKB için bilişsel davranışçı terapi alan üç kişiyle gerçekleştirdiği çalışmada, iki ay süren farkındalık temelli terapi sürecinin ardından, bu kişilerin gözlem yapma ve farkındalık, düşüncelerin bastırılması yerine kabul edilmesi, baş etme ve stres yönetimi alanlarında olumlu gelişmeler gösterdiklerini, katılımcılardan ikisinin bu gelişimi iki ay sonra da sürdürdüğünü bildirmektedir.⁴⁷ Singh ve arkadaşları tarafından dört defa hastaneye yatan ve ilaç tedavisiyle beraber bilişsel davranışçı terapi gören bir kişiyle gerçekleştirilen vaka çalışmasında, meditasyon

içerikli farkındalık temelli terapi uygulanmıştır.¹⁶ Bu çalışmada danışanın OKB'yi kabul etmesiyle yaşam kalitesinin arttığı, tedaviden üç yıl sonra bile, danışanın uyum düzeyinin oldukça iyi olduğu, obsesyonlarının bir kısmının devam ettiği fakat onun davranışlarını kontrol etmediği belirtilmektedir.¹⁶ Hanstede ve arkadaşları farkındalık temelli yaklaşımda özellikle düşüncelere izin vermenin (letting go) düşünce eylem kaynaşmasını (thought-action fusion) azaltarak OKB belirtilerinde azalmaya yol açtığını göstermiştir.⁴⁸

OKB'nin tedavisinde Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının (MBSR) etkililiğiyle ilgili alanyazında yapılmış tek bir vaka çalışmasına rastlanmıştır. Patel, Carmody ve Simpson, MBSR'yi OKB için uyarlayarak gelecekteki tedavilerinde (ilaç tedavisi ya da maruz bırakma ve tepki önleme) reddeden OKB tanılı bir kişiye uygulamışlardır.⁴⁹ Tedavinin sonunda, kişinin belirti düzeyinde klinik olarak anlamlı bir düşüş ve farkındalık becerisinde ise artış gözlemlendiğini bildirmişlerdir.

Alanyazında yukarıda söz edilen çalışmaların dışında MBCT'nin OKB tedavisinde etkililiğiyle ilgili çalışmalar da mevcuttur. Külz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada OKB tanısı alan ve bilişsel davranışçı terapinin ardından kalıntı semptomlar gösteren kişiler MBCT ve psikoeğitim alan iki gruba ayrılmışlardır.⁵⁰ MBCT ve kontrol grubu arasında tedavi sonrasında OKB belirtileri arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, MBCT alan grup yaşam kalitesinde önemli ölçüde artış bildirmiştir.⁵⁰ Benzer şekilde Landmann ve arkadaşları ise daha önce bilişsel davranışçı terapi alan OKB tanısı alan kişileri MBCT ve psikoeğitim olmak üzere iki gruba ayırarak günlük yaşamlarındaki değişimler açısından karşılaştırmıştır.⁵¹ Araştırmanın bulgularına göre iki grup OKB belirtileri açısından farklılık göstermezken MBCT uygulanan grubun OKB belirtileri ortaya çıktığı zaman kendilerini uzaklaşmaya yönünde daha fazla içgörüyü sahip oldukları bulgulanmıştır.⁵¹ Bir başka deneysel çalışmada, OKB tanı ölçütlerini karşılayan kişiler, MBCT alan ve bilişsel davranışçı terapinin ardından MBCT alan olmak üzere iki gruba ayrılmışlardır.⁵² Her iki grupta da MBCT'nin ardından OKB belirtilerinde istatistiksel olarak anlamlı bir

azalma görülmüştür; ancak bu azalma bilişsel davranışçı terapinin ardından MBCT alan grupta daha fazla gözlenmiştir.⁵² Bilişsel davranışçı terapi alan ve OKB tanı ölçütlerini karşılayan kişilerle yapılan bir diğer çalışmada, MBCT'nin OKB tanılı kişilerde bozukluğa ait belirtilerinde azalmanın yanı sıra obsesif inançlar, depresyon ve kaygı belirtilerinde azalma, öz şefkat ve farkındalık becerilerinde artış sağladığı görülmüştür.⁴⁵ Yousefi ve arkadaşları ise zihinsel ruminasyonlar, üstbilişsel inançlar ve mükemmeliyetçilik üzerinde MBCT'nin etkili olduğunu göstermiştir.⁵³ Buraya kadar bahsedilen etkililik çalışmaları, 8 haftalık orijinal MBCT'nin OKB'ye uyarlanmasıyla gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte 11 haftalık OKB'ye özgü MBCT'nin etkililiğinin değerlendirildiği tek bir deneysel çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada, OKB tanılı kişilere uygulanan MBCT'nin ardından katılımcıların kontrol grubuna göre, OKB, depresyon, kaygı, aleksitimi, disosiasyon, belirtileri ve genel psikopatolojilerinde azalma görülmüştür.⁴⁶

Tablo 2. OKB Tedavisinde ACT'nin Kullanımı için Kısaltılmış Tedavi El Kitabı⁶⁰

	Temel Müdahaleler
	<p>Terapinin nasıl yapılacağına dair bilgiler alınır. OKB semptomlarının değerlendirmesi yapılır. Yaratıcı çaresizlik (Creative hopelessness) adı verilen kavram ortaya atılır. Yaratıcı çaresizlik, danışanın repertuarında bulunan ve obsesyonlarla ilişkili kaygı ya da endişe duygularından kaçma ya da kaçınma işlevine sahip davranış sınıflarına ortaya çıkarılmasıyla başlar.</p>
1. Seans	<p>Obsesyonlarını azaltmak için danışanın neler denediği ve bunların etkililiği tartışılır. Buradaki amaç kompulsyonların etkililiğinin uzun süreli olmadığını danışana fark ettirmektir. Obsesyon ve kompulsyonların farkı konuşulur. Ödev olarak ise, OKB'nin danışana olan zararlarından bahsedilir. Obsesyonlarını kontrol etmek için danışandan ne gibi kompulsyonları kullandığını yazması istenir ve her bir davranışının sıkıntılarını çözmek için ne kadar işe yaradığını not etmesi istenir.</p>
2. Seans	<p>Obsesyonlarını kontrol etmede kullandığı stratejilerin etkililiği değerlendirilir. Halat metaforu anlatılır ve ödev olarak obsesyonları yok etmek için kullandığı stratejileri değiştirmek yerine sadece onları gözlemlemesi, nasıl ortaya çıktıklarını keşfetmesi istenir. Birinci ve ikinci seanslarda amaçlanan danışanın kontrol davranışlarına olan tutumunu bir derece kırmaktır.</p>
3. ve 4. Seans	<p>Problemin aslında kontrol etme olduğu gündemine giriş yapılır. Süpermarkette tutturun çocuk örneği bu aşamada kullanılır (bir şeyi alması için tutturun çocuğun isteği yapıldıkça her defasında tutturma davranışının daha şiddetli geri gelmesi). Kontrol alternatif olarak isteklilik (willingness) konuşulur. İsteklilik, rahatsız eden durumları deneyimlemeyi isteme bunları deneyimlemeye gönüllü olma şeklinde tarif edilmektedir. Ödev olarak danışandan kendisini rahat hissedebileceği bir yer bulup tüm düşünceleri, hisleri deneyimlemesi istenmektedir. İstek günlük şeklinde ödev verilebilir gün içerisinde rahatsız eden obsesyonları deneyimlemeye istekli olduğu belirli saatler belirlenebilir ve bu saatler zamanla artırılabilir.</p>
5. ve 6. Seans	<p>Bağlamsal benlik ve bilişsel ayrışma kavramlarına giriş yapılır. OKB'de bağlamsal benlik düşüncelere sadece düşünce, hislere sadece birer his olarak davranabilmeyi içerir. Bilişsel ayrışma obsesyonlardan kaçmadan, onlarla savaşmadan farklı bir şekilde ele almayı içerir örneğin "Kızgınlığım" yerine "Kızgın hissediyorum", "İçimde kızgınlık hislerim var." şeklinde bir bakışa sahip olabilmek. En yaygın kullanılan bilişsel ayrışma egzersizi "süt" egzersizidir. Bağlamsal benliğin daha iyi anlaşılması için gözlemci ödevi verilir. Bu ödevde kişiden bir gözlemci gibi kendisinin farkına varması, tüm beden duyularını hissetmesi öğretilir.</p>
7. ve 8. Seans	<p>Danışanın hayatındaki değerler belirlenir ve değerler belirlendikten sonra bu değerlere uygun davranmaya odaklanması sağlanır.</p>

sıra alanyazında nitel araştırmalara da rastlanmıştır. Hertenstein ve arkadaşları, OKB tanısı olan ve daha öncesinde maruz bırakma ve tepki önlemeyi içeren davranışçı terapi alan 12 kişiyle MBCT grup tedavisinin ardından yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirmişlerdir.⁵⁴ Katılımcılar tedaviyi OKB ve OKB ile ilgili problemlerin çözümünde faydalı bulmuşlardır. Zorlayıcı duygulara izin verme becerisinin artması, günlük yaşantıda OKB belirtilerine karşı daha sakin bir tutumun izlenmesi ile duygudurum ve uyku düzeninde iyileşmelerin olması olumlu gelişmeler olarak ifade edilirken yalnızca 4 katılımcı OKB belirtilerinde bir gelişme olmadığını bildirmektedir. Sguazzin ve arkadaşları, son 10 yıl içerisinde bilişsel-davranışçı terapi alan ve önemli ölçüde kalıntı semptomlar gösteren (Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği puanları 14 ve üzeri olan) kişilere MBCT tedavisi uygulamış ve ardından programa yönelik geribildirimleri ve tedaviden memnuniyetleri üzerine nitel görüşmeler gerçekleştirmişlerdir.⁵⁵ Katılımcıların %63'ü OKB belirtilerinde orta düzeyde azalma olduğunu, olumsuz düşünce ve/veya obsesyonlarına otomatik tepki vermeyi durdurabileceklerini bildirmektedir. %41'i OKB'yle ilgili düşüncelerinin değiştiğini ve bilgilerinin arttığını, zihnin nasıl çalıştığının öğrenilmesiyle obsesyonlarını, kompulsyonlarını ve etkileşimlerini anladıklarını ifade etmektedir. %72'si tarafından kabul edilen en faydalı egzersizler 30 dakikalık standart meditasyon ve 3-5 dakikalık kısa meditasyon tekniğidir. %17'si OKB ile nasıl baş edeceklerini öğrenmenin kendilerini daha üretken ve aktif hissettirdiğini vurgulamaktadır. %49'u bu tedaviyi OKB'si olan kişilere önerebileceğini, %78.5'i programa katıldığı için memnun olduklarını bildirmektedir. Son olarak, %41'i OKB tedavisinde MBCT'yi daha kolay ve rahatlatıcı bulduğunu ifade ederken, diğer katılımcılar bilişsel davranışçı terapinin OKB tedavisine daha fazla odaklanan bir yaklaşım olması ve adım ilerlemesi nedeniyle daha etkili olduğunu belirtmektedir. %72'si ise her iki müdahalenin bir araya getirildiğinde çok daha etkili olacağını bildirmektedir.⁵⁵

Özetle, OKB tedavisinde farkındalık temelli yaklaşımlar oldukça yeni olmasına karşın alternatif bir tedavi yaklaşımı olarak olumlu sonuçlar verdiği görülmektedir. Özellikle MBCT'nin, OKB tanılı kişilerin yaşam kalitesini artırdığı yönündeki bulgular dikkat çekmektedir.

OKB ve Kabul ve Kararlılık Terapisi

Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), özünde davranışçı bir psikoterapi yaklaşımıdır.⁵⁶ ACT'nin geliştiricilerinden biri olan Steven Hayes ACT'nin kuramsal altyapısını oluşturan ilişkisel çerçeve kuramını ortaya atmıştır. İlişkisel Çerçeve Kuramı (Relational Frame Theory), insan dilinin ve bilişinin temelinde bireyin olayları öğrenerek ilişkilendirme yeteneğinin yattığını ifade etmektedir.⁵⁷ İlişkisel çerçeve kuramı isim ve nesnelerin biçimlerinden bağımsız olarak karşılıklı ilişkili bir şekilde öğrenildiğini ifade etmektedir.⁵⁸ Örneğin "kedi" kelimesi bizim için bir kedi görüntüsünü oluşturabilir, tam tersi bir

MBCT'nin etkililiğiyle ilgili bahsedilen nicel araştırmaların yanı

kedinin görüntüsü de "kedi" kelimesini çağrıştırmalıdır. Kişi büyüdükçe,

geliştikçe nesnelere bağımsız olarak soyut kavramları da birbirleriyle ilişkilendirmeyi öğrenmektedir. Örneğin bir para boyutundan bağımsız olarak miktar belirtebilir ve kişi bunu öğrenebilir. İlişkisel çerçeve kuramına göre bu öğrenilen ilişkiler belirli bağlar eşliğinde oluşmaktadır ve bağlamsal özellikler olaylarla nasıl ilişkilendiğimizi etkilemekte ve düzenlemektedir.⁵⁸ İlişkisel çerçeve kuramının anlaşılmasını kolaylaştıracak başka bir örnek daha vermek faydalı olacaktır. Örneğin bir kişinin ormanlık alanda herhangi bir hareket fark ettiğinde korku hissettiğini ve kaçtığını varsayalım. Kişi burada ormanlık alanı, yılanla, yılanı da tehlikeyle eşleştirmiş olabilir. Kişi gerçek hayatta ormanda bir yılanla karşılaşmış ve tehlike yaşamış olmayabilir fakat yaşam boyu bu şekilde anlatılmış, görmüş, duymuş ve bunu ilişkilendirmiş olabilir. Ormanlık alan ve yılan tek başına bir şey ifade etmezken ilişkilendirildiğinde kişide çeşitli tepkilere yol açabilmektedir. Kişi yılan korkmasını doğrudan öğrenemese bile dolaylı bir şekilde korku ve yılanı ilişkilendirmiştir.⁵⁹ Bu ilişkisel bağların yıkılmasının zor olma-

rilmesini, ona göre hissetmeyi ve davranmayı öne sürmektedir.⁵⁷ İlişkisel çerçeve kuramına göre değiştirilmesi zor olan ilişkilerin kabulünü vurgulayan Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) ortaya atılmıştır. ACT'nin bakış açısına göre, insanlar bir uyarının işlevini diğer uyarılara taşımayı öğrenirler ve bu durum benzerlik, zaman, ilişki vb. şeklinde belli çerçeveler eşliğinde gerçekleşmektedir.⁶⁰ Örneğin, bir kişinin kirlenme obsesyonları varsa, kirlilik tehlikeli olarak deneyimlenmektedir ve bir süre sonra kirlilik tehlike işlevine sahip olmaktadır. Kişi yaşantısında deneyimlemese bile birçok gelişigüzel uyarın kaygıyı tetikleyici hale gelebilmektedir. Bu, birçok davranışımızın çevremizle etkileşimimizin dışındaki süreçlerden etkilendiğini göstermektedir. Bunun sonucunda, davranışların ortaya çıkmasındaki bilişsel tesadüfler (cognitive contingencies) kavramı ortaya atılmıştır. Bilişsel tesadüfler tarafından yönlendirilen (bir uyarınla ilişki sonucu öğrenilmeyen) davranışlar problem haline gelmektedir; çünkü uyarınlar olmasa bile aynı davranış sürdürülmektedir.

Tablo 3. Metakognitif Terapinin OKB Tedavi Aşamaları ve İçeriği⁹¹

Aşamalar	Temel Müdahaleler ve Hedefler
Vaka Formülasyonu	İstemsiz düşüncelerin ve bunlara eşlik eden duygular, istemsiz düşüncelerin nasıl yorumlandığı, bu düşünceler hakkındaki üstbilişsel inançlar, ritüeller ve bunlar hakkındaki inançlar, ritüellere yönelik içsel kriterler ve durma sinyallerinin ortaya çıkarılmasına yönelik sorular sorularak danışanla birlikte vaka formülasyonu gerçekleştirilir.
Sosyalizasyon	Problemin obsesif düşünce, duygu ve dürtülerin ortaya çıkması olmadığı vurgusu yapılır. Danışanın düşünce-duygularına ilişkin inançlarının ve bunlarla ilişkilene şekillerinin OKB'ye neden olduğu ifade edilir. İşlevsel olmayan davranışların etkilerini göstermek amacıyla düşünce baskılama ve düşünce izlemeye ilişkin davranışsal deneyler gerçekleştirilir.
Ayrık Farkındalık Eğitimi (Metakognitif moda geçme)	Serbest çağrışım görevi, bulut imajı, yolcu –tren metaforu gibi farklı teknikler aracılığıyla danışanın düşüncelerini kendisinden ayrı bir şekilde deneyimleyebilmesi ve düşünceleri ile kendisi arasında mesafe koyabilmesi hedeflenir. Bu aşamada ayrık farkındalığın yanı sıra ritüellere ilişkin maruz bırakma ve tepki yönlendirme (Exposure and Response Commission) uygulamalarına geçilir. ERC tekniği ile kişiden obsesif düşüncesini aklında tutması istenerek, obsesif düşünce ile ilişkisi değiştirilmeye ve düşüncenin önemliliği hakkındaki inancını sorgulatılmaya başlanır.
İstemsiz düşünceler hakkındaki üstbilişsel inançları değiştirme	Düşünce-eylem, düşünce-nesne ve düşünce-nesne kaynaşmasıyla ilgili inançlara yönelik sözel yeniden atf yöntemine ve davranışsal yöntemlere yer verilir. Sözel yöntemler ile obsesif düşüncelerle ilişkili örtük inançlar (genellikle önemli ve güçlü olduğuna yönelik örtük inançlar) ortaya çıkarılır. Standart kanıt sorgulama tekniklerinden yararlanır, bu inançların test edilmesine yönelik seans içerisinde davranışsal deneylere de yer verilir.
Ritüeller ve durma sinyalleri hakkındaki inançları değiştirme	Danışana ritüellerin yardımcı olmayan rolü hatırlatılarak, ritüellerin sonuçlarının farkındalığına yönelik sokratik sorgulamaya başlanır. Ritüellere ilişkin fayda ve zarar analizi gerçekleştirilir ve bu davranışlardan dolayı ortaya çıkan problemler hakkında farkındalık kazanımı sağlanır.
İşleme süreci için yeni planları teşvik etme	Terapist ve danışan dikkat, davranışlar ve istemsiz düşüncelere yönelik asıl planın yerine alternatif planı geliştirir. Örneğin; Eski OKB Planı Tamamen arabanın kapısının kilitlenmesine odaklanıyorum ve onun hissini hatırlamaya çalışıyorum. Canlı bir şekilde hatırlayamazsam, bunu uygun bir şekilde yapmadığım şeklinde yorumluyorum Geri dönüyorum ve kontrol ediyorum o hissi yaratmaya çalışıyorum. Yeni OKB Planı Kapıyı kilitlediğimi görmek için o anda dikkat ediyorum. Herhangi bir şüpheye katlanabiliyorum, kendime bunların sadece düşünce olduğunu söylüyorum. Sonraki süreçte zihnimde gelen herhangi istemsiz bir düşünceye ayrık farkındalık uyguluyorum.
Geri Gelmeyi Önleme	Vaka formülasyonu, danışanın istemsiz düşünceler hakkındaki üstbilişsel inançlarının listesi, bu inançlara yönelik sözel ve davranışsal yöntemlerle elde edilen kanıtlar, ritüellerin dezavantajları ve eski –yeni planların detaylı anlatımlarını içeren terapi planı üzerine çalışılır. Gelecekteki obsesif düşüncelerle baş etmeye yönelik oluşturulan yeni plan pekiştirilir.

sı üçüncü dalga fikrini ortaya çıkarmıştır. İlişkisel çerçeve kuramının üçüncü dalga alternatifi, düşüncenin desteklediği bağlamın değişti-

celeri bastırmaya onları yok etmeye çalışması deneysel kaçınmaya örnek olabilir. Deneysel kaçınma yerine duygusal kaçınma, bilişsel

İlişkisel çerçeve kuramının penceresinden bakıldığında psikopatoloji, var olan ilişkilerin davranış düzenlememizin önüne geçmesi ve daha baskın gelmesi olarak tanımlanmaktadır.⁵⁸ Örneğin bir düşüncüyü ele aldığımızda, düşüncüyü ilişkilendirdiğimiz olaylarla birlikte ele alırız ve bu durum bizim davranışımızı etkilemektedir, sonucunda ise düşüncüyü sadece bir düşünce olarak ayırtırmak zorlaşmaktadır.⁵⁸ ACT'ye göre bilişle- rimiz patolojiyi iki farklı şekilde beslemektedir bunlar; içsel deneyimlerin tehlikeli olduğuna dair olumsuz bir değerlendirme ve olumsuz değerlendirilen bu içsel deneyimlerin azaltılması veya kontrol edilmesi ihtiyacıdır. ACT'nin bakış açısından OKB patolojisini ele alırken deneysel kaçınma (experiential avoidance) kavramı önemli hale gelmektedir. Deneysel kaçınma (experiential avoidance) bir kişinin bedensel duyular, duygular, düşünceler gibi çeşitli öznel deneyimleriyle temas etmek istememesi sonucu ortaya çıkan kaçınma durumudur.⁶¹ Örneğin, rahatsız edici düşüncelerden kaçınmak için kişinin tekrarlayıcı davranışlar sergilemesi veya düşün-

kaçınma terimleri de kullanılmaktadır. Deneysel kaçınma ile istenen sonucun tutarlı olmamasına en iyi örnek OKB'dir. Örneğin, "X'i düşünmemeliyim" şeklinde kişinin düşüncelerini bastırmaya çalışması bir şekilde "X" düşüncesini zihne getirmektedir. OKB'de bireyler ritüel davranışlarla, bastırmayla düşünceden kaçınmaya çalışırken yaşadıklarını çok daha kısıtlayıcı bir durumun içine girmiş olurlar.⁶¹ Sonuç olarak ACT'ye göre OKB, obsesyonların kontrol edilmesi ve düzenlenmeye çalışılması sonucu ortaya çıkmaktadır.⁶⁰ Bu nedenle bu terapi, kişinin obsesyonlarını kontrol etmesinden çok onları kabul etmesine ve değerler yolunda davranmasına odaklanmaktadır. OKB'nin tedavisinde ACT uygulaması hem obsesyonların ve kaygının oluşturduğu bilişleri hem de bu bilişsel deneyimlere verilen tepkileri hedeflemektedir.⁶⁰ ACT belirli tekniklerin kullanıldığı bir terapi değil, altı psikolojik sürecin hedeflendiği bir terapötik yaklaşımdır. Bunlar: kabul (acceptance), bilişsel ayrışma (defusion), bağlamsal benlik (self as context), ana odaklanma (contact with present moment), değerler (values) ve adanmış eylemdir (committed action).⁶²

ACT'de kabul sürecinden önce terapist danışanda ilk olarak "yaratıcı çaresizlik (creative hopelessness)" adı verilen durumu ortaya çıkarmaya çalışmaktadır. Yaratıcı çaresizlikte danışan denediği çözümlerin işe yaramadığını söyleyene kadar danışanın tüm duygusal ve bilişsel deneyimleri, kontrol çabaları detaylı bir şekilde incelenmektedir. Danışanlar bunun sonucunda çaresiz bir durumun içinde olduğuna dair bir korku duymaya başlamaktadırlar. Terapist tarafından da danışanın çaresizlik içinde sıkışıp kalması onaylanmaktadır.⁶³ Duyguları ve düşünceleri kontrol etmenin problemin kendisi olmaya başladığını göstermek için terapist "yalan makinesi metaforunu" kullanabilir. Bu metafor şu şekildedir:⁶³

"Varsayalım ki şimdiye kadar yapılmış en iyi yalan makinesine bağlandın. Burada çok basit bir görevin var. Tek yapman gereken rahat kalmak. Çok az bile endişeli olursan, makine bunu bilecek ve kafana doğrulttuğum silah patlayacak. Sadece rahat olursan, sana zarar vermeyeceğim, ama gerginleşirsen (ve makineye bağlandığın için bunu bileceğim), seni öldürmek zorunda kalacağım. Yani, sadece rahatla!" Böyle bir durumda endişelenmemeye çalışırken muhtemelen endişeleneceksiniz ve silah paylayacak. Bu metaforunda amaç kendi sinir sistemimizi bu yalan makinesine benzetmektedir. Duyguları ve düşünceleri kontrol etmeye çalışmakta kendimize silah tutup rahatla demek gibidir.

Kabul düzenlemekten veya kontrol etmekten çok içsel deneyimlerin yaşantılanmasına izin vermek demektir. OKB açısından ele alındığında obsesyonları kontrol etmeye çalışmak için yapılan kompulsiyonlar, kaçınmalar, bilişsel teknikler kısa süre içinde obsesyonları azaltabilir fakat uzun dönemde etkisi sürmemektedir.⁶⁴⁻⁶⁶ ACT'nin bakış açısına göre ise obsesyonları kontrol etmeye çalışmak bir çözümden çok, problemin kendisi olmaktadır. Terapist, obsesyonlarla ilgili şu tarz bir örnek verebilir:⁶⁰ "Basketbol maçında karşıdakiler profesyonel ve sayıca fazla, sen deneyimsizsin ve yıllarca onları yenmeye çalışıyorsun, bu neredeyse imkansız. Onun yerine farklı bir takımla oynayabilirsin, bunlar senin değerlerin olabilir." Terapist bu örnekte obsesyonları yok etmeye çalışarak hayattan kopmak yerine obsesyonlarla birlikte zengin anlamlı bir hayat yaşamanın gerekliliğini, kabul etmenin önemini vurgulamaktadır.

Bilişsel ayrışma, obsesyonlar için baktığımızda onların sadece bir düşünce olduğunu kabul etmek ve farklı bir pencereden bakmaktır.⁶⁰ ACT'de düşüncelerin doğrudan tartışılması, sokratik sorgulama gibi teknikler yerine bilişsel ayrışma için metaforlar kullanılır. Bilişsel ayrışmayı (cognitive defusion) daha iyi tanımlayabilmek için önce bilişsel kaynaşmadan (cognitive fusion) söz etmek gerekmektedir. Zihnimize dokunmasak da zihnimizden geçen kelimeler bizi farklı açılardan etkilemektedir. Örneğin, bir danışan "Ben depresyondayım" dediğinde

bu cümle bize bir açıklama gibi görünse de aslında danışanın bu cümleyle kaynaştığını, davranışlarının ve kimliğinin bu cümleyle şekillendiğini görebiliriz. Bu durum bilişsel kaynaşmayı ifade etmektedir, kısaca zihnimizden geçen duygu ve düşüncelerle kaynaşmamız, onları içselleştirmemiz ve o şekilde davranmamız olarak tanımlanmaktadır. "Ben depresyondayım" ifadesinden bir adım uzaklaşmak için "Şu anda 'depresyon' denilen bir duyguya sahibim" ifadesinin kullanılması önerilmektedir. ACT'de temel amaçlardan biri bu bilişsel kaynaşmayı çözmektir. Bilişsel ayrışma ise bilişsel kaynaşmayı çözmek için bir dizi tekniği veya yöntemi tanımlayan bir terimdir.^{67,68}

Bağlamsal benlik, bir kişinin kendi psikolojik deneyimlerini gözlemleyebileceği bir bakış açısına sahip olma, bu deneyimlerden ayrılmayı tanımlamaktadır, ayrıca zararsız olan, her zaman mevcut olan ve değişmeyen bir kendilik hissini deneyimlemeyi içermektedir.^{41,69} Kendilik hissi düşüncelerin, hislerin ve geçmiş deneyimlerin ötesine geçen bir gözlemci gibidir. Kişi aklından geçen düşüncelerin kendisini tanımladığını düşünebilir ve buna inanabilir. Bunun yerine kişinin zihninden geçen düşüncelere sadece bir düşünce olarak yaklaşması hedeflenmektedir. Örneğin; "ben kötü bir insanım" demek yerine "ben kötü bir insanım şeklinde düşüncelere sahibim" diyebilmek önemlidir.

ACT'deki ana odaklanma bilişleri değerlendirmeden sadece odaklanmaktır.⁶⁰ Bu aynı zamanda bir çeşit maruz bırakma olarak da kullanılabilir. Zihninden geçen düşüncelere bir gözlemci gibi odaklanmak, duyguları serbest bırakmak ve kendini düşüncelerin ve duyguların akışına farkında bir şekilde bırakmak kişinin en güçlü duygularıyla en derinden ve tepki vermeden temas kurmasını ve bu öznel deneyimlere maruz kalmasını sağlamaktadır. Farkındalıkla kişi eninde sonunda rahatsız edici duygu ve düşüncelerinin kendiliğinden geçeceğini korkmaya veya kaçınmaya gerek kalmayacağını fark etmektedir.⁷⁰

Değerler aşamasında, kişinin hayatta değer verdiği alanlar belirlenerek o alanlarda daha doyurucu bir yaşam sağlaması amaçlanmaktadır. ACT'de değerler kişinin içsel olarak yapmaya güdülendiği davranış örüntülerini oluşturmaktadır. Örneğin bir kişi iyi bir ebeveyn olmayı değerleri arasına yerleştirmiş olsun. İyi bir ebeveynlik sonucunda çocukların akademik ve sosyal başarıları artabilir fakat bu durum her zaman böyle olmasa da ebeveynlik yapmak kişi için her zaman önemli olacaktır.⁷¹ Adanmış eylem aşamasında ise, davranış değişimine odaklanılmaktadır. ACT'nin bu aşamasında kişiyle birlikte haftalık olarak bireyin değerleriyle bağlantılı davranışsal görevler belirlenir. Adanmış eylem, adanmışlık sonuç ne olursa olsun tekrar tekrar değerlerle tutarlı ve bağlantılı şekilde davranmayı, yaşamayı sürdürmektir. Kişi seçtiği değerlerin doğrultusunda hareket ederken bu durumu bölen herhangi bir durumu dikkate almadan değerler doğrultusunda davranmaya devam etmektedir.⁷¹ Değerler yolunda davranmak için kişinin kendi hayatında önem verdiği değerlerin belirlenmesi gerekmektedir. Örneğin, iyi sosyal ilişkiler bireyin değerleri olabilir ve birey davranışlarını bu yönde şekillendirebilir.

Twohig'in OKB tedavisinde ACT'nin kullanımı için hazırlanan tedavi el kitabında tedavi toplamda sekiz hafta, haftada bir saat olacak şekilde düzenlenmiştir.⁶⁰ Tablo 2'de her bir seansın temel müdahalelerine yer verilmiştir.⁶⁰

OKB'nin Tedavisinde Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) Etkililik Çalışmaları

ACT'nin etkililiğinin incelendiği meta analiz çalışmaları, ACT'nin bilişsel terapi, bilişsel davranışçı gibi yapılandırılmış psikoterapilere kıyasla bir üstünlüğü olduğuna dair kanıt olmasa da, birçok psikolojik sıkıntı için bilişsel davranışçı gibi yapılandırılmış psikoterapiler kadar etkili bir seçenek olduğunu belirtmektedir.^{72,73}

ACT'nin OKB tedavisinde etkililiğinin incelendiği çalışmalarda çoğunlukla vaka çalışmaları ve sadece ACT'nin az sayıda kişiye uygulandığı çalışmalar göze çarpmaktadır. Bununla birlikte karşılaştırma ve

metaanaliz çalışmaları da alanyazında yer almaktadır. Sadece ACT'nin uygulandığı çalışmalar, ACT'nin OKB belirtilerine yönelik etkili olduğunu göstermektedir. Örneğin, sekiz seanslık ACT müdahalesinin OKB üzerindeki etkilerinin incelendiği bir çalışmada danışanların kompulsiyonlarında klinik açıdan anlamlı bir azalma olduğu ve bu sonuçların üç ay boyunca korunduğu belirtilmiştir.⁷⁴ Bu kişilerin kaygı ve depresyon belirtilerinde de azalma olduğu görülmüştür. ACT'nin OKB üzerindeki etkililiğini inceleyen bir vaka çalışmasında, beş danışana on seanslık ACT uygulaması yapılmıştır. Yale Brown, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçekleriyle değerlendirilen beş danışanın her üç ölçekte anlamlı düzeyde düşüş gösterdiği gözlemlenmiş ve bir aylık kontrol görüşmelerinde de bu ilerlemenin korunduğu görülmüştür.⁷⁵ 12-13 yaşları arasındaki OKB rahatsızlığı olan üç kişinin ergenler için uyarlanan 8-10 seanslık ACT tedavisine katıldığı bir çalışmada kompulsiyonlar öz bildirimle dayalı değerlendirilmiştir. Sonuçlar, tedavi öncesine göre kompulsiyonlarda ortalama %40 azalma olduğunu ve bu azalmanın üç ay sonra da devam ettiğini göstermiştir.⁷⁶ ACT sadece obsesif kompulsif bozuklukta değil aynı zamanda saç yolma bozukluğu (trikotilomani), deri yolma bozukluğu obsesif kompulsif bozukluk spektrumu içerisinde yer alan bozukluklarda da⁷⁷ etkili olmaktadır. Kronik deri yolma rahatsızlığı bulunan beş kişi ile yapılan bir çalışmada, danışanlardan deri yolma şiddeti ile ilgili kayıt tutmaları istenmiştir. Çalışmada, derinin yolunduğu alanın tedaviden önce, hemen sonra ve üç ay sonra fotoğrafı çekilmiştir. Fotoğraflardaki hasar klinik psikoloji uzmanları tarafından değerlendirilmiştir. Haftada bir saatlik seanslar şeklinde uygulanan sekiz haftalık ACT tedavisi sonucunda, beş katılımcının dördünde tedavi süresince deri yolma davranışında ciddi bir azalma görülse de üç aylık kontrol görüşmelerinde sadece bir kişinin kazanımlarını tamamen koruduğu görülmüştür. Fakat buna karşın katılımcıların hepsi bu tedavi şeklini kabul edilebilir bulmuştur.⁷⁴ Kontrol listesine kıyasla ACT'nin saç yolma bozukluğu (trikotilomani) için de etkili olduğu görülmektedir.^{78,79} Bu çalışmalar ACT'nin OKB ve ilişkili bozukluklarda etkili olduğunu göstermektedir.

ACT'nin tek başına uygulandığı çalışmaların yanı sıra, diğer tedavi yaklaşımlarıyla karşılaştırıldığı pek çok çalışmaya alanyazında yer verilmiştir. Bu çalışmaların bir kısmında ACT'nin diğer tedavi yöntemleri kadar etkili olduğu görülmektedir. Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi ile ACT'nin kaygı bozuklukları üzerindeki etkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada 128 katılımcı yer almıştır. DSM-IV'e göre katılımcıların tanıları Panik Bozukluk, Sosyal Kaygı Bozukluğu, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Özgül Fobi, OKB olarak gruplandırılmıştır. Bu kişiler ACT ve BDT olmak üzere iki müdahale grubuna ayrılmıştır. Katılımcılar tedavi öncesi, sonrası, altı ay ve on iki ay sonra değerlendirilmiştir. On iki haftalık bir terapi süreci sonucunda kişilerin kaygı düzeyleri ACT ve BDT grubun bağlı olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.⁸⁰ Yapılan bir başka çalışmada, OKB tedavisi için ACT, seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) ve ACT+SSRI karşılaştırmasının yapıldığı bir çalışmaya DSM-IV-TR'ye göre OKB tanısı almış 32 hasta dahil edilmiştir. Sonuçlara bakıldığında, ACT ve ACT+SSRI grubundakilerin sadece SSRI grubuna göre OKB belirtilerinde anlamlı düzeyde azalma görülmüştür. ACT ve ACT+SSRI arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kaygı ve depresyon düzeyleri açısından üç grupta da anlamlı farklılık görülmemiştir.⁸¹ OKB tanısı almış 79 kişiye uygulanan ACT ve aşamalı kas gevşemesinin karşılaştırıldığı bir çalışmada tedavi öncesi, tedaviden hemen sonra ve üç ay sonra değerlendirme yapılmıştır. Sonuçlarda, ACT'nin tedavi sonrası ve kontrol aşamalarında aşamalı kas gevşemesiyle karşılaştırmasında OKB'nin şiddeti üzerinde daha büyük etkisi olmuştur. Özellikle ACT grubunda, Yale Brown skorları anlamlı bir şekilde aşamalı kas gevşetme grubuna göre daha çok düşmüştür. Depresyon belirtilerinde de, ACT daha büyük bir değişime sebep olmuştur.⁸² ACT ve sadece aşamalı kas gevşeme uygulamasının olduğu benzer bir çalışmada da ACT

grubunda OKB şiddetinin haftalık olarak anlamlı düzeyde düştüğü görülmüştür.⁸³ Başka bir çalışmada ACT'nin aşamalı kas gevşeme yöntemi ile kıyaslandığında tedavi sonrası ve takip görüşmelerinde OKB şiddeti üzerinde daha etkili olduğu görülmesinin yanı sıra, tedaviyi reddeden ve bırakan kişi sayısı ACT grubunda daha az bulunmuştur ve ACT grubundaki bireylerin yaşam kalitesinde daha fazla artış gözlenmiştir.⁸⁴ Sonuç olarak, ACT'nin tek başına tedavi yöntemi olarak kullanıldığı çalışmalar ACT'nin oldukça etkili olduğunu göstermektedir. ACT'nin diğer psikoterapi yöntemleriyle karşılaştırıldığı çalışmalarda da ACT'nin klasik BDT kadar etkili olduğu görülmektedir.

OKB ve Metakognitif Terapi

Metakognitif terapi, psikolojik bozukluğa sahip hastalarda bir dizi ortak işleme süreci tanımlandıktan sonra Adrian Wells (1997) tarafından ortaya konmuştur.⁸⁵ Bu yaklaşım, dikkat yanlılıklarına ilişkin laboratuvar bulgularını açıklayabilme ve bu bulguları hastaların klinik gözlemlerleriyle uzlaştırabilme girişimleriyle geliştirilmiştir.⁸⁵ Klinik gözlemlerde hastaların baş etme olarak tanımladığı belirli işleme tarzlarının olduğu görülmüştür. Bu işleme süreçleri aşırı bir şekilde kendine odaklı dikkat, dikkat yanlılıkları, endişe ve kişinin neden, niye, bunun anlamı ne gibi ardı ardına gelen zincir düşüncelerle meşguliyetinin olduğu ruminasyon sürecidir.⁸⁶ Metakognitif terapi, bütün psikolojik bozuklukların endişe, ruminasyon ve tehdite odaklanmış dikkati içeren belirli bir düşünce tarzıyla ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Bilgi işlemelemedeki yanlılık, kişinin ne düşündüğünden çok, nasıl düşündüğü ile ilgilidir. Endişe ve ruminasyon içeriği bireyler arasında farklılıklar göstermektedir; ancak düşünce işlemelemedeki süreç sabit bir değişken olarak kalmaktadır.⁸⁶ Metakognitif terapinin psikolojik bozukluklara ilişkin bir diğer vurgusu ise, psikolojik bozukluklarda üstbilimler (metacognitions) ve üstbilisel inançların (metacognitive beliefs) önemidir. Üstbilis kavramı ilk defa Flavell (1979) tarafından ortaya konmuştur. Üstbilis, düşünme ile ilgili inançları, düşünme süreçlerini düzenleme ve kontrol edebilme yöntemlerini ifade etmektedir.⁸⁷ Düşünce üzerine düşünme süreci olup, neyi bildiğimizi ve neyi bilmediğimizi bilme, kendi düşüncelerimizi kontrol etme becerisidir.⁸⁸ Üstbilis bilis hakkındaki bilgi, bilisye yönelik farkındalık ve tüm bilisel işleme biçimlerindeki üzerindeki kontroldür.⁸⁹ Bu terapi yaklaşımı, çarpık bilislerin ve baş etme davranışlarının sıradan inançlardan meydana geldiğini varsaymaktadır. Düşünce örüntülerinin; düşünme süreçlerine etki eden üstbilislerin sonucu olduğunu savunmaktadır.⁸⁶

Metakognitif terapinin farklılıklarına bakıldığında, Beck'e göre (1976) olumsuz otomatik düşünceler ve şemalar duygusal bozukluklara neden olan etmenler olarak tanımlanırken, metakognitif yaklaşımda düşünce stiline zihinsel süreçlerine ve bilislin kontrolüne odaklanılmaktadır.⁹⁰ Bilisel davranışçı terapide, bozukluğun bilislin içeriğinden kaynaklandığı öne sürülürken, metakognitif yaklaşımda düşünme süreçlerinin kontrol edilme biçiminden ve düşünme stiline kaynaklandığı öne sürülmektedir. Metakognitif yaklaşımda da içerik önemlidir ancak önemli olan bilislin içeriğinden çok üstbilislin içeriğidir vurgusu yapılmaktadır.⁹⁰

Metakognitif terapi modelinin öne sürmüş olduğu kavramlar ve bu kavramların ne gibi işlevlerinin olduğuna bakıldığında, kuramsal zemininin Wells ve Matthews (1994) tarafından önerilen Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlevler (Self-Regulatory Executive Function) modeline dayandığı görülmektedir.⁸⁶ Bu model, kişinin düşünme stiline ve kişinin düşüncelerle, duygularla ve stresle baş etme şeklinin, duygusal sıkıntının şiddetlenmesine ve sürdürülmesine yol açtığını öne sürmektedir.⁸⁶ Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlevler Modeli ve Metakognitif Terapiye göre bilisel dikkat sendromu olarak adlandırılan düşünme stili, bozuklukların evrensel bir özelliğidir. Bilisel dikkat sendromu, endişe, ruminasyon, kişi için tehdit olarak algılanan tehdit kaynaklarını izlemeyi ve uyumsuz baş etme davranışlarını

içermektedir.⁹⁰ Bilişsel dikkat sendromu endişe ve ruminasyon şeklinde ısrarcı düşünme şeklini, tehdit kaynaklarına odaklanmayı ve istenilenin aksine baş etme davranışlarını da kapsamaktadır. Bu sendrom, duygu ve düşüncelerin etkili bir şekilde kendini düzenlemesini ve düzeltici bilgilerin öğrenilmesini engellemektedir.⁸⁶ Metakognitif terapide psikolojik bozuklukların gelişiminde ve sürdürülmesinde önem verilen bir diğer kavram ise üstbilişsel inançlardır. Üstbilişsel inançlar olumlu ve olumsuz olarak ayrılmaktadır. Olumlu üstbilişsel inançlar endişelenmenin, ruminasyonun, tehdit izleme ve düşünce kontrolünün avantajları ile ilgilidir. Örneğin, “bütün tehdit kaynaklarına odaklanırsam, güvende olacağım”, “endişelenmek problemlerimden uzaklaşmama yardımcı olacak”, “gelecek hakkında endişe duymak, gelecek hakkında her zaman hazırlıklı olacağım anlamına gelmektedir”. Olumsuz üstbilişsel inançlar ise, düşüncelerin kontrol edilemezliği, düşüncelerin önemi ve olumsuz sonuçlar ile ilişkili inançlardır. Örneğin, “düşüncelerim bana zarar verecek”, “endişelerimi kontrol edemiyorum”, “aklımın kontrolünü kaybettim”, “x hakkında düşünmek aklıma kaybetmeme neden olacak”.⁹¹

Metakognitif terapinin psikolojik bozukluklara ilişkin farklı model tanımlamaları bulunmaktadır. Obsesif-kompulsif bozukluğa yönelik sunulan model, istemsiz düşüncelerin anlamı ve önemi hakkındaki inançları vurgulamaktadır. İstemsiz düşünceler hakkındaki metakognitif inançlar genel olarak üç alana ayrılır.⁹¹ Bu üç alan, düşünce-eylem kaynaşması, düşünce-olay kaynaşması ve düşünce-nesne kaynaşması şeklinde görülmektedir. Wells'in (1997) modeline göre, düşünce-eylem kaynaşması, istemsiz düşünce ve duyguların istenmeyen veya arzu edilmeyen olayların gerçekleşmesine neden olabileceğine ilişkin inançtır.⁹² “Köprüden atlamayı düşünmek, bana bunu yaptırabilir” şeklindeki bir inanç düşünce-eylem kaynaşmasıdır. Düşünce olay kaynaşması ise, düşüncenin kendisinin, olaya neden olabileceği veya olan olayın kanıtı olabileceğine ilişkin inançtır. “Eşimin kaza geçireceğini düşünmek büyük ihtimalla bu kazanın olacağı anlamına gelir” veya “arkadaşımın kaza içerisinde bir görüntüsünün zihnime gelmesi bu kazanın gerçekleşmesini olası kılar” inançları düşünce-olay kaynaşmalarıdır.⁹¹ Düşünce-nesne kaynaşması ise düşünce, duygu ve hafızanın diğer insanlara veya nesnelere aktarılabilmesine ilişkin inancı yansıtmaktadır.⁹² Benim kötü düşüncelerim eşyalarımı kirlitebilir, malımı veya varlığımı mahvedebilir şeklindeki bir inanç ise düşüncelerin nesnelere aktarılabilmesi inancıdır. Normal bir şekilde meydana gelen istemsiz düşüncelerin olumsuz inançları aktive etmesi sonucunda, bu işgalciler ve istemsiz düşünceler kişi tarafından tehlikeli veya önemli olarak yorumlanmaktadır.⁹³ Olumsuz metakognitif inançlar aracılığıyla, istemsiz düşüncenin yanlı (olumsuz) bir şekilde değerlendirilmesi ise duygusal sıkıntıyla sonuçlanmaktadır.

Ritüellere yönelik ise, ritüelleri gerçekleştirme ihtiyacı hakkındaki inançlar yer almaktadır. Ritüeller hakkındaki inançlar, düşünceleri (“Tanrı’yı düşünürsem güvende olacağız”), duyguları (“Sakin olmalıyım ve kendimi temiz hissetmeliyim, aksi takdirde hata yapacağım”) ve davranışları (“Ellerimi hiç şüphem olmayana kadar yıkamalıyım”) kontrol etme yolları ile ilişkili kuralları içermektedir.⁹¹ “Kapıyı gerçekten kilitlediğim konusunda hafızama güvenemiyorum” şeklinde ritüele ilişkin olumsuz inançlar, ‘Ritüeller obsesyonlarımı yok etmemde veya onlarla baş etmemde bana yardım ediyorlar’ şeklinde ise ritüellere ilişkin olumlu inançlar görülebilmektedir.⁹⁴ Ritüeller hakkındaki bu inançlar açık ve örtük davranışların uygulanmasına neden olmaktadır. OKB’li bireyler, açık ve örtük davranışları uygulayarak tehdit algısını ve huzursuzluklarını azaltmayı amaçlamaktadır. Kontrol etme, sıralama, nesnelere dokunma, sırayı takip etme gibi açık davranışlar ve kelimelerin içten seslendirmesi, sayma, güvenli görüntüler, bastırmaya çalışma gibi örtük davranışlar istemsiz düşüncelere ilişkin farkındalığın artmasına neden olmaktadır.⁹¹ Bir kişi obsesif düşüncelerini izlediğinde,

izleme eylemi bu düşüncelerin üretimine ve artışına neden olabilmektedir. Tedavi aşamasında da düşünce izleme ve düşünce baskılanmanın etkilerini göstermek amacıyla davranışsal deneyler gerçekleştirilir. Örneğin düşünce izleme uygulamasında, bir dakika boyunca danışanın düşünce akışını izlemesi istenir. Sonraki süreçte mavi fil gibi bazı düşüncelerin zararlı ve bunların izlenmesinin önemli olduğu varsayılır. Danışandan bir dakika boyunca düşünce akışını tekrar izlemesi istenir. Mavi fil düşüncesi ve onunla ilişkili düşüncelerin ne sıklıkta meydana geldiğini sorulur.

Kişi ritüellerini gerçekleştirdikçe, ritüellerini yerine getirmeye ilişkin inançlarının hatalı veya gereksiz olduğunu keşfedememektedir.⁹¹ Örneğin istemsiz olumsuz düşüncesine yanıt olarak zihnine olumlu görüntüler getiren bir kişi, olumsuz görüntülerin olumsuz sonuçlara neden olmayacağını keşfedememektedir. Metakognitif terapinin ritüellere ilişkin bir diğer vurgusu ise, ritüeller hakkındaki inançların metakognitif planları harekete geçirmesidir. Ritüeller hakkındaki inançlar ritüelin nasıl gerçekleştirileceğine, ne zaman sonlandırılacağına ve nasıl değerlendirileceğine yönelik metakognitif planları şekillendirmektedir.⁹¹ Örneğin, Kişi ellerini yeteri kadar yıkadığını nasıl bilebilir? Açık veya örtük ritüeli sonlandırmanın güvenli olup olmadığını belirlemek kişinin içsel kriterler ve durma sinyallerinin bulunduğu ifade edilmektedir. Örneğin, kirlenme korkusu olan birisi, rahatsız edici bir hissiyatı veya kirlenmeye ilişkin bir düşüncesi olmayana dek 5 dk boyunca ellerini yıkadıktan sonra kendisini durdurabilmektedir. Durma sinyallerine ilişkin kullanılan bilme veya tatmin olma hissiyatının da metakognitif bir deneyim olduğunu vurgulanmaktadır.⁸⁹ Metakognitif terapinin ritüellere ilişkin maruz bırakma tekniği ise klasik BDT’den daha farklıdır. Tedavi aşamasında ritüellere ilişkin maruz bırakma ve tepki yönlendirme (Exposure and Response Commission, ERC) uygulamalarına geçilir. ERC tekniğinde, ritüellerin gerçekleştirilmesine izin verilir, ancak ritüellerle uğraşının amaçları değiştirilir.⁹¹ Düşüncelerden kurtulmak ve tehlikeyi en aza indirmek amaçlı ritüellerin kullanımı yerine, kişiden ritüellerini obsesif düşünceyle eş zamanlı olarak kullanması istenir. Ritüeli gerçekleştirirken obsesif düşüncesini aklında tutması istenerek, obsesif düşünce ile ilişkisi değiştirilmeye ve düşüncenin önemliliği hakkındaki inancı sorgulanmaya başlanır.

Metakognitif terapinin OKB’ye yönelik modelini şu şekilde özetleyebiliriz. İstemsiz bir düşünce, duygu ve dürtü olumsuz ‘X hakkında düşünmek olumsuz olayın meydana gelmesini olası kılar, ‘Y’yi düşünmek bana bunu yaptırabilir’ gibi metakognitif inançları etkinleştirmektedir.⁹¹ Bu, istemsiz düşüncenin ve tetiklediği kaygının yanlış yorumlanmasına neden olmaktadır. Sonrasında veya buna paralel olarak nötrleştirme, endişelenme ve diğer baş etme/kaçınma davranışlarına ilişkin olumlu metakognitif inançlar devreye girmektedir. Bu metakognitif inançlar, endişe, ruminasyon, düşüncenin baskılanması ve tehlike işaretlerini arama gibi diğer davranışların da hakim olduğu bir tepki stiline yol açmaktadır.⁹¹ Bu tepki stili sıkıntıyı sürdürmekte veya şiddetlendirmektedir. Bu tepki stili sonraki süreçte, yıkama, tekrar etme, kontrol etme, sayma ve sihirli sözcükler kullanma gibi açık ve kapalı ritüellerle birleştirilmektedir. Bu tepkiler ile düşüncelere ilişkin karmaşık sürdürülmekte ve düşüncelerin önemsizliğinin ortaya çıkarılması engellenmektedir.

Metakognitif terapi yaklaşımında bozuklukların tedavisinde iki tür metakognitif değişime odaklanılmaktadır. Bunlar, kişinin düşünceleriyle nasıl ilişki kurduğu-düşüncelerini nasıl deneyimlediği ile kişinin düşünceleri hakkında neye inandığı yani düşünceleri hakkındaki inançlarıdır.⁹⁵ Metakognitif terapide OKB için kullanılan ana yaklaşım, danışanın metabilşsel sürecinin farkında olmasına yardım etmek ve düşüncelerin önemi hakkındaki inançlar gibi üst düzey metabilşlerin değiştirilmesini öğretmektir.⁹⁶ OKB tedavisindeki metakognitif değişimdeki ilk adımlardan biri ayrık farkındalık eğitimidir. Ayrık

farkındalık egzersizleri farklı teknikler aracılığıyla gerçekleştirilebilmektedir. Bunlardan birisi de serbest çağrışım görevidir. Bu görevde terapist danışana bir seri kelimeyi okur, danışan zihnini serbest bırakması ve bu kelimelere zihninin vermiş olduğu tepkileri ayrı bir şekilde izleyebilmesi yönergesi verilmektedir.²⁹ Ayrı farkındalık eğitimi ilk önce nötr kelime / düşünceler ile sonrasında ise obsesif kelime / düşünceler ile gerçekleştirilebilmektedir. Obsesif düşüncelere yönelik uygulanan ayrı farkındalık eğitiminde obsesif düşüncelerin zihne gelmesine izin vermesi, düşünceleriyle uğraşmadan onları ayrı bir şekilde izleyebilmesi, kendisinin düşüncelerinden nasıl ayrı olduğu ve düşüncelerin zihninde olduğuna vurgu yapılır. Ayrı farkındalık eğitimi bulut imajı, yolcu- tren gibi metaforlar aracılığıyla da gerçekleştirilebilmektedir. Örneğin istemsiz düşünceler istasyondan durmaksızın geçen bir yolcu treni gibi hayal edilebilir. Bu hızlı treni durdurabilmek veya trene binebilmek olası değildir, ancak bir izleyici olarak düşüncelerin geçişi izlenebilir.⁹⁷ Düşüncelerin gücü ve önemi hakkındaki (düşünce-eylem, düşünce-olay, düşünce-nesne) inançlar gibi üst düzey metabilizlerin değiştirilmesinde sözel ve davranışsal tekniklerden yararlanılmaktadır.⁹¹ Sözel yöntemlerde 'Düşüncelerinizin olaylara neden olma gücüne sahip olduğuna dair kanıtlarınız neler?, Bu size düşüncenizin anlamı hakkında ne söyler?, Düşüncelerinizin tek başına özel bir anlamı veya gücü olmadığını gösteren karşıt bir kanıtınız var mı?' gibi sorular ile kanıt sorgulamadaki standart teknikler yer almaktadır. Davranışsal tekniklerde ise, örneğin düşünce—obje kaynaşmasında (duygu ve hafızanın diğer insanlara veya nesnelere aktarılabilirliğine ilişkin inanç) danışandan obsesif düşünceye sahipken önüne serilmiş olan kartlardan birine elini kasti bir şekilde koyması ve kartı kirlenmesi beklenir. Aynı karta işaret konularak bu kart diğer 50 kartın arasına gönderilir. Danışandan gözlerini kapatarak kirlenmiş kartı eliyle ters çevirip tanınması istenebilir. Düşünce-olay kaynaşmasında da test edilebilir ileriye dönük bir zaman dilimindeki süre referans alınır örneğin ilk önce olumlu bir olayı düşünmesi istenebilir 'Piyango kazandığını düşünmesi ve piyango kazanması' istenebilir. Sonraki süreçte, bu davranışsal deney olumsuz bir olay için de gerçekleştirilebilir. Örneğin; eşinizin bu cumartesi günü kaza geçirmesi üzerine düşünürseniz ne olacağını görelim şeklinde bir davranışsal deney sunulabilir.

Metakognitif Terapinin OKB'ye yönelik tedavi seansları, haftalık görüşmelere dayanmaktadır. Tedavi süresi açısından on iki seans tipik olmakla beraber mükemmeliyetçi kişilik özellikleri bağlamında OKB'nin gelişimi gibi durumlarda daha fazla seans uygulaması gerekmektedir.⁹¹ Tablo 3'te Metakognitif Terapinin OKB'ye yönelik tedavi aşamaları ve bu aşamalarda uygulanan temel tekniklere yer verilmiştir.⁹¹

OKB'nin Tedavisinde Metakognitif Terapi Etkililik Çalışmaları

Metakognitif Terapi'nin OKB tedavisindeki etkililiğine bakıldığında vaka ve karşılaştırma çalışmalarını dikkati çekmektedir. OKB tanı ölçütlerini karşılayan dört yetişkin hasta ile yapılan bir vaka çalışmasında katılımcılara, bireysel olarak on iki seans metakognitif terapinin OKB modeli uygulanmıştır. Elde edilen bulgularda, katılımcıların tedavi sonrası, üç ve altı aylık takip ölçümlerinde obsesif-kompulsif belirtilerinde bir azalma görülmüştür. Bütün katılımcıların iyileşme için klinik anlamlılık ölçütlerini tedavi sonrasında ve üç aylık takip ölçümlerinde karşıladığı görülmüştür.⁹⁸ Bir diğer çalışmada, OKB tedavisi için klinik servislerde yatan hastalarla grup terapi uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen grup terapi formatında, 125 kişiye BDT grup terapi uygulaması yapılırken, 95 kişiye ise Metakognitif Terapi grup terapi uygulaması yapılmıştır. Yaş, cinsiyet, tanı sayısı, depresif semptomlar ve psikotropik ilaç kullanımının etkisi kontrol edildikten sonra bile Metakognitif Terapi'nin, BDT'den anlamlı düzeyde daha iyi sonuçlar verdiği görülmüştür. Uzman değerlendirmelerine göre ise

Metakognitif Terapi grubundaki hastaların %86'sı, BDT grubundaki hastaların %64'ü tedaviye olumlu yanıt vermiştir.⁹⁹ Bir diğer çalışmada ise pilot çalışma yapılarak, Metakognitif Terapi'nin etkililiğine bakılmıştır. OKB'li 25 kişiye uygulanan tedavide Metakognitif Terapi'nin el kitabı versiyonundan yola çıkılarak oluşturulan şablon uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar, tedavi sonrası ve takip süreci ölçümlerinde anlamlı klinik farklılıklara ulaşıldığını göstermiştir. Tedavi süreci sonrasında hastaların %74'ü iyileşme göstermiştir. Takip süreçlerinde, bu hastaların büyük bir çoğunluğunun OKB tanı ölçütlerini karşılamadığı görülmüştür.¹⁰⁰ Bir diğer etkililik çalışmasında ise, OKB ölçütlerini karşılayan 21 olgu seçkisiz olarak üç gruba atanmıştır. Bu gruplar, sadece Metakognitif Terapi, ilaç tedavisi (fluvoksamin) ve ikili tedavi gruplarıdır (Metakognitif Terapi + fluvoksamin). Sonuçlar, Metakognitif Terapi ve kombine tedavi grubundakilerin tedavi sonrası ölçümlerinde anlamlı düzeyde bir ilerleme görülmüştür. İlaç tedavisine göre, Metakognitif Terapi ve ikili tedavi gruplarında OKB belirtilerinin şiddetinde, depresyon ve kaygı belirtilerinde daha fazla azalma belirtilmiştir. Metakognitif Terapi ve kombine tedavi arasında ise anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır.¹⁰¹ Alanyazındaki etkililik çalışmaları değerlendirildiğinde, OKB tedavisine yönelik sunulan vaka ve karşılaştırma çalışmaları ışığında, Metakognitif Terapi, OKB tedavisinde etkili bir seçenek olarak düşünülebilir.

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), bireylerin günlük yaşantısını ve genel işlevselliğini farklı düzeylerde etkilemektedir. Bu derleme çalışmasında, OKB tedavisindeki güncel terapi yaklaşımlarına değinilmiştir. "Farkındalık Temelli Yaklaşımlar", "Kabul ve Kararlılık Terapisi" ve "Metakognitif Terapi" modellerinin OKB'yi ele alma şekillerine ve OKB tedavisindeki etkililiğine yer verilmiştir.

Farkındalık temelli yaklaşımlar, OKB tedavisinde maruz bırakma ve tepki önleme terapisi ile bilişsel terapiden farklı olarak kişinin düşüncelerini tanıması ve birer yaşam deneyimi olarak kabul etmesini içermektedir. Genel olarak, danışanlara farkındalık kazandırılarak obsesyonları ve kompulsiyonları yargılamadan kabul etmeleri sağlanmaktadır. Obsesyonların geçici ve kısa süreli zihinsel olaylar olarak gözden geçirmeleri öğretilir ve dikkatlerini o ana yani şimdiki zamana döndürmeleri için teşvik edilir. Böylelikle, istem dışı girci düşüncelere verilen aşırı önem ve kontrol etme çabasında azalma sağlanabilmektedir. Aynı zamanda, kişileri davranış değişimlerine yönlendirmekte ve kompulsif davranışlar yerine alternatifler üreterek daha yararlı davranışlar edinmesine yardımcı olmaktadır.⁴³

Farkındalık temelli yaklaşımlardan biri olan Farkındalık Temelli Stres Azaltma (MBSR) kişinin yaşamında algıladığı stresi azaltmayı amaçlayan bir programdır ve OKB'nin tedavisinde de etkili olup olmadığı henüz kesin olarak bilinmemektedir. Bir diğer yaklaşım olan Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi'nin (MBCT), nicel ve nitel¹⁵⁴⁻¹⁵⁵ araştırma bulguları OKB tedavisinde etkili bir yaklaşım olduğu görüşünü desteklemektedir. MBCT, farkındalık temelli bir yaklaşım olmasının yanı sıra obsesyonların basit, geçici ve zararsız zihinsel olaylar olduğunu göstermesi açısından bilişsel yönü de olan bir yaklaşımdır. Yapılan etkililik çalışmaları, özellikle diğer tedavi yaklaşımlarından fayda görmeyen ve kalıntı semptomlar gösteren OKB tanılı kişilerde, OKB, kaygı ve depresyon belirtilerinde⁴⁵⁻⁴⁶ azalma ve yaşam kalitesinde ise artma⁵⁰ göstermektedir. OKB tedavisinde, farkındalık temelli yaklaşımların klasik BDT'den daha etkili olup olmadığı henüz bilinmemektedir. Ancak, bu yaklaşımlardan özellikle MBCT'nin BDT protokollerini uygulamakta zorlanan, ilaç tedavisi ve/veya bilişsel davranışçı müdahalelerden fayda görmeyen OKB tanılı danışanlarda alternatif bir tedavi yaklaşımı olabileceği düşünülmektedir.

ACT'nin obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklarda kanıtla

dayalı psikoterapi yaklaşımları kadar etkili olduğunu gösteren çeşitli çalışmaların olduğu görülmektedir. ACT düşünceyle uğraşmak yerine düşüncenin ortaya çıktığı bağlama odaklanmaktadır. Kişinin kendisine ve düşüncelerine uzaktan bakabilme fırsatı sunmaktadır. Kişinin düşünceleriyle arasına mesafe koymasına yardımcı olmaktadır. OKB açısından bakıldığında ACT gibi bir psikoterapi yaklaşımı obsesyonlarla meşgul olan bir OKB danışanına farklı bir pencereden rahatsızlıkla bakma fırsatı sağlamaktadır. ACT kabul ve farkındalığın yanı sıra kişinin hayatında belirli değerlere odaklanmasını sağlayarak kişisel gelişim açısından da danışını farklı bir yolculuğa çıkarmaktadır. Yakın zamanda daha sık adını duyduğumuz ACT'nin, kısa süreli bir psikoterapi olması, bireyin yaşamında patolojinin dışındaki alanlara odaklanması, kişinin düşüncelerini yok etmeye çalışma çabasını rahatlatması, kabulü ve farkındalığı vurgulaması açılarından önemli olduğu düşünülmektedir. ACT, BDT ile kıyaslandığında OKB'nin sağaltımı açısından önemli derecede bir üstünlük sağlamasa da BDT kadar etkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda, BDT'nin yetersiz kaldığı veya danışana yeteri kadar fayda sağlamadığı durumlarda farklı bir yaklaşım olarak kullanılması önerilmektedir.

Metakognitif terapi, düşünceler hakkındaki inançlara ve düşüncelerle baş etmede kullanılan işleme süreçlerine odaklanmaktadır.¹⁰² Bu yaklaşımın obsesyon içerikleri farklılaşsa bile bilgi işleme sürecinin sabit bir değişken olduğu vurgusu, tüm OKB alt tipleri için uygulanabilir olduğu düşündürmektedir. Bu bağlamda metakognitif terapinin düşüncenin içeriğiyle değil düşünce süreçlerine odaklanması OKB'nin ele alınmasında ve tedavisinde farklı bir bakış açısı kazandırmaktadır. Düşük düzeydeki değerlendirmeler yerine yüksek düzeydeki üstbilişsel süreçlere odaklanması, ritüellere ilişkin inançlar, içsel kriterler ve durma sinyallerini kavramsallaştırması ve özgün yöntemlere yer vermesiyle (dikkat eğilimi, ayrı farkındalık gibi) klasik BDT'den farklılaşmaktadır.⁹⁸ Bu yaklaşımın OKB tedavisinde düşünce içeriğinden ayrışma, kendine odaklı dikkati azaltma, düşünce üzerinde esnek bir kontrol geliştirebilme hedeflemesi ve süreç odaklı olması obsesyon içeriği açısından dirençli belirtilere sahip OKB'li bireyler için de uygulanabileceğini düşündürmektedir. OKB'nin açıklanmasına yönelik özgün bir model ortaya koyması, psikolojik rahatsızlığının sürdürülmesinde ve şiddetlenmesindeki etmenlerin açıklaması, OKB tedavisine yönelik bir kılavuz sunması ve zaman tasarruflu olması bu yaklaşım güçlü yanları olarak düşünülebilmektedir. Sınırlılığı olarak ise, bazı danışanlar üstbilişsel süreçlerle çalışırken zorlanabilir, bahsedilen kavramları ve süreçleri kavramakta güçlük çekebilir. Bu yüzden, terapi sürecine uyumda, bireysel değişkenler terapinin etkililiğini kısıtlayabilir.

OKB'ye yönelik uygulanan klasik psikoterapilerin yanı sıra kabul etme ve farkındalığın kullanıldığı psikoterapiler de son zamanlar da etkililiğini kanıtlamış görünmektedir. Ele almış olduğumuz yaklaşımların farkındalık, kabul, düşünceyle ilişki kurma biçimlerinde yeni yolların öğrenilmesine yönelik özellikleri OKB tedavisi için etkili seçenekler olduğu düşünülmektedir. OKB tedavisinde, klasik yaklaşımların yanı sıra bahsetmiş olduğumuz güncel modellerin de uygulanabilirliği, bizlere etkin bir tedavi uygulaması için olanaklar sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Sen S, ve ark. Association of the serotonin transporter polymorphism and obsessive-compulsive disorder: Systematic review. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet* 2008;147B(6):850–858. doi:10.1002/ajmg.b.30699
2. Öztürk MO, Uluşahin A. Bunaltı bozuklukları. In: *Textbook of ruh sağlığı bozuklukları cilt 1*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008: 451-511.
3. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psych*

hiatry 2010;15(1):53–63. doi:10.1038/mp.2008.94

4. Skapinakis P, Politis S, Karampas A, Petrikis P, Mavreas V. Prevalence, comorbidity, quality of life and use of services of obsessive-compulsive disorder and subthreshold obsessive-compulsive symptoms in the general adult population of Greece. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2019;23(3):215–224. doi:10.1080/13651501.2019.1588327
5. Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Chong SA. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47(12):2035–2043. doi:10.1007/s00127-012-0507-8
6. Cherian AV, Narayanaswamy JC, Viswanath B, Guru N, George CM, Math SB ve ark. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: Findings from a large Indian sample. *AJP* 2014;9:17-21. doi: 10.1016/j.ajp.2013.12.012
7. Mahajan S, Chopra A, Mahajan R. Gender differences in Clinical Presentation of obsessive-compulsive disorder: a hospital based study. *Delhi Psychiatry J* 2014;17(2):284-90.
8. Karadağ F, Oguzhanoglu NK, Özdel O, Ateşçi FÇ, Amuk T. OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depress Anxiety* 2006;23(3):145-152. doi: 10.1002/da.20148
9. Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Jaurieta, N ve ark. Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depress Anxiety* 2008;25(10):832-838. doi: 10.1002/da.20332
10. Torresan RC, Ramos-Cerqueira ATA, Shavitt RG, do Rosário MC, de Mathis MA, Miguel EC ve ark. Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2013;209(2):186-195. doi: 10.1016/j.psychres.2012.12.006
11. Clark DA. Obsessive-compulsive disorder: a diagnostic enigma. In *Textbook of Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guilford Press, 2004:1-23.
12. Visser HA, van Oppen P, van Megan HJ, Eikelenboom M, van Balkom AJ. Obsessive-compulsive disorder; chronic versus non-chronic symptoms. *J Affect Disord* 2014;5:152–154. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.004
13. Micali N, Heyman I, Perez M, Hilton K, Nakatani E, Turner C ve ark. Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *Br J Psychiatry* 2010;197(2):128-134. doi: 10.1192/bjp.bp.109.075317
14. Eisen J, Mancebo M, Pinto A, Coles M, Pagano M, Stout R. ve ark. Impact of obsessive compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry* 2006;47:270–275. doi: 10.1016/j.comppsy.2005.11.006
15. Markarian Y, Larson MJ, Aldea MA, Baldwin SA, Good D, Berkeljon A ve ark. Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2010;30(1):78-88. doi: 10.1016/j.cpr.2009.09.005
16. Singh NN, Wahler RG, Winton ASW, Adkins AD. A Mindfulness-Based Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Clin Case Stud* 2004;3(4):275–287. doi:10.1177/1534650103259646
17. Rachman S. Obsessions, Responsibility and Guilt. *Behav Res Ther* 1993;31(2):149–154. doi: 10.1016/0005-7967(93)90066-4
18. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997;35(9):793–802. doi: 10.1016/S0005-7967(97)10041-9
19. Clark DA. Cognitive control: A new model of obsessions. In *Textbook of cognitive behavioral therapy for ocd*. New York: The Guilford Press, 2004:134-148.
20. Clark DA. The cognitive-behavioral model: Theory and research. In: *Textbook of cognitive-behavioral therapy for ocd and its subtypes*. New York: The Guilford Press, 2020:108-134.
21. Dougherty DD, Rauch SL, Jenike MA. Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol* 2004;60(11):1195-1202. doi: 10.1002/jclp.20083
22. Foa EB. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12(2):199-207. doi: 10.31887/DCNS.2010.12.2/efoa
23. Franklin ME, Kozak MJ, Cashman LA, Coles ME, Rheingold AA, Foa EB. Cognitive-behavioral treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: An open clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(4):412-419. doi: 10.1097/00004583-199804000-00019

24. Himle JA, Rassi S, Haghghatgou H, Krone KP, Nesse RM, Abelson J. Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: Seventh vs. twelve week outcomes. *Depress Anxiety* 2001;13(4):161-165. doi: 10.1002/da.1032
25. Grantham P, Cowtan C. Third Wave CBT Therapies. In: SDS Seminars (ss. 1–43). <https://skillsdevelopment.co.uk/>
26. Beck AT. Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behav Ther* 1970;1:184–200. doi: 10.1016/S0005-7894(70)80030-2
27. Ellis A. Extending the goals of behavior therapy and of cognitive behavior therapy. *Behav Ther* 1997;28(3):333–339. doi: 10.1016/S0005-7894(97)80078-0
28. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies – republished article. *Behav Ther* 2016;47(6):869–885. doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3
29. Hayes SC, Villatte M, Levin ME. Open, Aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:141–168. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
30. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In: General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. O'Donohue W, Fisher JE. (Ed.). Hoboken: John Wiley, 2009:77-101.
31. Dobson KS. The science of CBT : toward a metacognitive model of change ? *Behav Ther* 2013;44(2):224–227. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.003
32. Brown LA, Gaudiano BA, Miller IW. Investigating the similarities and differences between practitioners of second- and third- wave cognitive- behavioral therapies. *Behav Modif* 2011;35(2):187–200. doi: 10.1177/0145445510393730
33. Manjula M, Sudhir PM. New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian J Psychiatry* 2019;61(1):104. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_531_18
34. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;84(4):822. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
35. Kabat-Zinn, J. Mindfulness based interventions in context: past, present and future. *Clin Psychol Sci and Pract* 2003;10(2):144-156. doi: 10.1093/clipsy/bpg016
36. Follette V, Palm KM, Pearson AN. Mindfulness and trauma: implications for treatment. *J Ration Cogn Ther* 2006;24(1):45–61. doi:10.1007/s10942-006-0025-2
37. Kabat-Zinn, J. The Practice of Mindfulness: paying attention. In *Textbook of Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell, 1990:15-146.
38. Brantley J. Mindfulness-based stress reduction. In *Textbook of Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment*, Orsillo SM, Roemer L eds. United States of America: Springer, 2005:131-145.
39. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity* 2003;2(2):85-101. doi: 10.1080/15298860309032
40. Külz AK, Landmann S, Cludius B, Hottenrott B, Rose N, Heidenreich T ve ark. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2014;14:314. doi: 10.1186/s12888-014-0314-8
41. Fairfax H. The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clin Psychol Psychother* 2008;15:53–59. doi: 10.1002/cpp.557
42. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Psychol Sci Pract* 2003;10(2):125-143. doi: 10.1093/clipsy.bpg015
43. Hale L, Strauss C, Taylor BL. The effectiveness and acceptability of mindfulness-based therapy for obsessive compulsive disorder: a review of the literature. *Mindfulness* 2013;4(4):375-382. doi: 10.1007/s12671-012-0137-y
44. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Developing mindfulness-based cognitive therapy. In *Textbook of Mindfulness based cognitive therapy for depression*. New York, NY: Guilford Press, 2004: 44-60.
45. Key BL, Rowa K, Bieling P, McCabe R, Pawluk E.J. Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive–compulsive disorder. *Clin Psychol Psychother* 2017;24(5):1109-1120. doi: 10.1002/cpp.2076
46. Didonna F, Lanfredi M, Xodo E, Ferrari C, Rossi R, Pedrini L. Mindfulness-based cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Psychiatr Pract* 2019; 25(2): 156-170. doi: 10.1097/PRA.0000000000000377
47. Wilkinson Tough M, Bocci L, Thorne K, Herlihy J. Is mindfulness-based therapy an effective intervention for obsessive–intrusive thoughts: a case series. *Clin Psychol Psychother* 2010;17(3):250-268. doi: 10.1002/cpp.665
48. Hanstede M, Gidron Y, Nyklíček I. The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *J Nerv Ment Dis* 2008;196(10):776-779. doi: 10.1097/NMD.0b013e31818786b8
49. Patel SR, Carmody J, Simpson HB. Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive-compulsive disorder: a case report. *Cogn Behav Pract* 2007;14(4):375-380. doi: 10.1016/j.cbpra.2006.08.006
50. Külz AK, Landmann S, Cludius B, Rose N, Heidenreich T, Jelinek L ve ark. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive–compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019;269(2):223-233. doi: 10.1055/s-0033-1349474
51. Landmann S, Cludius B, Tuschen-Caffier B, Moritz S, Külz AK. Changes in the daily life experience of patients with obsessive-compulsive disorder following mindfulness-based cognitive therapy: looking beyond symptom reduction using ecological momentary assessment. *Psychiatry Res* 2020;286:1-9. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112842
52. Selchen S, Hawley LL, Regev R, Richter P, Rector NA. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for OCD: Stand-Alone and Post-CBT Augmentation Approaches. *Int J Cogn Ther* 2018;11(1):58–79. doi:10.1007/s41811-018-0003-3
53. Yousefi E, Azadeh, SM, Majlesi Z, Salehi A. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention on Mental Ruminations, Metacognitive Beliefs, and Perfectionism in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder in Isfahan Province. *Int J Humanit Cult Stud* 2016;May:1943–1951.
54. Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U, Heidenreich T, Nissen C, Thiel N ve ark. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder—a qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry* 2012;12:185. doi: 10.1186/1471-244X-12-185
55. Sguazzin CM, Key BL, Rowa K, Bieling PJ, McCabe RE. Mindfulness-based cognitive therapy for residual symptoms in obsessive-compulsive disorder: A qualitative analysis. *Mindfulness* 2017;8(1):190-203. doi: 10.1007/s12671-016-0592-y
56. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther* 2004;35:639–665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
57. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther* 2004;35:639–665. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80013-3
58. Fletcher L, Hayes SC. Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *J Ration Cogn Ther* 2006;23(4):315–336. doi:10.1007/s10942-005-0017-7
59. Blackledge JT. An introduction to relational frame theory: basics and applications. *Behav Anal Today* 2003;3(4):421–433. doi:10.1037/h0099997
60. Twohig MP. The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Pract* 2009;16(1):18–28. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.02.008
61. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(6):1152–1168. doi: 10.1037//0022-006x.64.6.1152
62. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behav Res Ther* 2006; 44(10):1513–1522. doi:10.1016/j.brat.2005.10.002
63. Hayes SC, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: Altering the Verbal Support for Experiential Avoidance. *Behav Anal* 1994;17(2):289–303. doi:10.1007/BF03392677

64. Allen KJD, Krompinger JW, Mathes BM, Crosby JM, Elias JA. Thought control strategies in patients with severe obsessive-compulsive disorder: Treatment effects and suicide risk. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2016;8(3):31–37. doi:10.1016/j.jocrd.2015.11.004
65. Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behav Res Ther* 2005;43:1543–1558. doi: 10.1016/j.brat.2004.11.007
66. Purdon C, Clark DA. Metacognition and Obsessions. *Clin Psychol Psychother* 1999;6:102–110. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<102::AID-CP-P191>3.0.CO;2-5
67. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York; 2003.
68. Pilecki BC, McKay D. An experimental investigation of cognitive defusion. *Psychol Rec* 2012;62(1):19–40. doi: 10.1007/BF03395784
69. Yu L, Norton S, McCracken LM. Change in “Self-as-Context” (“Perspective-Taking”) Occurs in Acceptance and Commitment Therapy for People With Chronic Pain and Is Associated With Improved Functioning. *J Pain* 2017;18(6):664–672. doi: 10.1016/j.jpain.2017.01.005
70. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of Mindfulness. *J Clin Psychol* 2006;62(3):373–386. doi: 10.1002/jclp.20237
71. Wilson KG, Sandoz EK. Mindfulness, Values, and Therapeutic Relationship in Acceptance and Commitment Therapy. Hick SF, Bien T, ed. *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: The Guilford Press; 2008:89–106.
72. Bluett EJ, Homan KJ, Morrison KL, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *J Anxiety Disord* 2014;28(6):612–624. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.06.008
73. Powers MB, Zum Vörde Sive Vörding MB, Emmelkamp PMG. Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychother Psychosom* 2009;78(2):73–80. doi: 10.1159/000190790
74. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behav Res Ther* 2006;44(10):1513–1522.
75. Izadi R, Asgari K, Neshatdust H, Abedi M. The effect of acceptance and commitment therapy on the frequency and severity of symptoms of obsessive compulsive disorder. *Zahedan J Res Med Sci J* 2012;14(10):107–112.
76. Armstrong AB, Morrison KL, Twohig MPA. Preliminary investigation of acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive-compulsive disorder. *J Cogn Psychother* 2013;27(2):175–190. doi:10.1891/0889-8391.27.2.175
77. Köroğlu E. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
78. Twohig MP, Woods DW. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behav Ther* 2004;35(4):803–820. doi:10.1016/S0005-7894(04)80021-2
79. Woods DW, Wetterneck CT, Flessner CA. A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behav Res Ther* 2006;44(5):639–656. doi: 10.1016/j.brat.2005.05.006
80. Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Vilardaga JCP, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol* 2012;80(5):750–765. doi: 10.1037/a0028310
81. Vakili Y, Gharraee B, Habibi M, Lavasani F, Rasoolia M. The comparison of acceptance and commitment therapy with selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Zahedan J Res Med Sci* 2013;16(1):12–16.
82. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing Willingness to Experience Obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behav Ther* 2006;37(1):3–13. doi:10.1016/j.beth.2005.02.001
83. Twohig MP, Vilardaga JCP, Levin ME, Hayes SC. Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *J Context Behav Sci* 2015;4(3):196–202. doi:10.1016/j.jcbs.2015.07.001
84. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC ve ark. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(5):705–716. doi: 10.1037/a0020508
85. Wells, A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley; 1997.
86. Fisher P, Wells A. *Metacognitive therapy distinctive features*. New York: Routledge; 2009.
87. Flavell JH. Meta-cognition and cognitive monitoring - new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist* 1979;34(10):906–911. doi:10.1037/0003-066X.34.10.906
88. Irak M, Tosun A. Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *J Anxiety Disord* 2008;22:1316–1325. doi:10.1016/j.janxdis.2008.01.012
89. Fisher PL. Obsessive Compulsive Disorder: A Comparison of CBT and the Metacognitive Approach. *Int J Cogn Ther* 2009;2(2):107–122. doi:10.1521/ijct.2009.2.2.107
90. Wells, A. Metacognitive Therapy: Cognition Applied To Regulating Cognition. *Behav Cogn Psychother* 2008;36:651–658. doi:10.1017/S1352465808004803
91. Wells, A. *Metacognitive Therapy For Anxiety and Depression*. New York: The Guilford Press; 2009
92. Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behav Res Ther* 2005;43:821–829. doi:10.1016/j.brat.2004.09.002
93. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *J Anxiety Disord* 2009;23:436–442. doi:10.1016/j.janxdis.2008.08.007
94. Wells A, Simons M. Metacognitive Therapy Thinking Differently about Thinking. İçinde *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy*, Wiley-Blackwell; 2014: 107-130.
95. Wells A, Myers S, Simons M, Fisher P. Metacognitive Model and Treatment of OCD. İçinde *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*, Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2017:644-622.
96. Rees CS, Anderson RA. A review of metacognition in psychological models of obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol* 2013;17:1–8. doi:10.1111/cp.12001
97. Wells A. Detached Mindfulness in Cognitive Therapy: A Metacognitive Analysis and Ten Techniques. *J Ration Emot Cogn Behav Ther* 2005;23(4):337–355. doi:10.1007/s10942-005-0018-6
98. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008;39:117–132. doi:10.1016/j.jbtep.2006.12.001
99. Papageorgiou C, Carlile K, Thorgaard S, Waring H, Haslam J, Horne L, Wells A. Group cognitive-behavior therapy or group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder? benchmarking and comparative effectiveness in a routine clinical service. *Front Psychol* 2018;9:1–11. doi:10.3389/fpsyg.2018.02551
100. Heiden CV, Rossen, KV, Dekker A, Damstra M. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *JOCRD* 2016;9:24–29. doi:10.1016/j.jocrd.2016.02.002
101. Shareh H, Gharraee B, Atef-vahid MK, Eftekhari M. Metacognitive therapy (MCT), fluvoxamine, and combined treatment in improving obsessive-compulsive, depressive and anxiety symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2010;4(2):17–25.
102. Solem S, Tellefsen Å, Vogel PA, Hansen B, Wells A. Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behav Res Ther* 2009;47:301–307. doi:10.1016/j.brat.2009.01.003