



## OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN ETKİNLİĞİ ÜZERİNE İNCELEME: BİR DERLEME ÇALIŞMASI

### A STUDY ON THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER: A REVIEW

Kardelen RUSO

European University of Lefke Doctorate Program, Lefke, Northern Cyprus.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0499-6602>

[kardelenruso\\_07@hotmail.com](mailto:kardelenruso_07@hotmail.com)

Received: June 27, 2022

Accepted: December 16, 2022

Published: December 31, 2022

#### Suggested Citation:

Ruso, K. (2022). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı terapinin etkinliği üzerine inceleme: Bir derleme çalışması. *International Journal of Su-Ay Development Association (IJOSDA)*, 1(2), 96-116.



This is an open access article under the [CC BY 4.0 license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

#### Öz

Obsesyonlar istemsizce ortaya çıkan, yineleyici, önlenmeyen ve sıkıntı veren düşünceler olarak tanımlanırken, kompulsiyonlar, obsesyonların neden olduğu sıkıntı hissini ortadan kaldırmak için ritüeller şeklinde gerçekleştirilen davranışlardır. Obsesif kompulsif bozukluk, kişilerin günlük hayatındaki fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir. Bu bozukluğun tedavi aşamasında kullanılan yaklaşımlara göre uygulanan yöntemler ve seans süreci değişmektedir. Bu yaklaşımlardan biri olan bilişsel davranışçı terapi, düşünce, duygu ve davranış arasındaki ilişkiyi ele almaktadır. Bilişsel davranışçı tedavinin genel amacı obsesyon ve kompulsiyonların semptomlarını azaltmak ve durumu kontrol altında tutabilmek için kognitif (bilişsel) ve davranışlarda değişimlere neden olmaktır. Obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) bilişsel davranışçı terapi, bireylerin alternatif düşünme ve davranma biçimlerini keşfetmesine, anlamasına ve uygulamasına yardımcı olacak öğretim tekniklerine odaklanır. Obsesif kompulsif bozukluk için bilişsel davranışçı terapi, kanıta dayalı Maruz Kalma ve Tepki Önleme terapisi (ERP) ve Bilişsel Terapi (BT) olmak üzere iki yöntem kullanılır. Bilişsel davranışçı terapide kullanılan maruz bırakma ve yanıt önleme (ERP) tekniği, hastaların istenmeyen düşüncelere yanıt olarak alternatif davranışları keşfetmelerine yardımcı olmak için kullanılan bir tür maruz bırakma terapisi obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) tedavisinde etkinlik göstermiştir. Bu çalışmada, OKB için maruz bırakma ve yanıt önleme ve bilişsel davranışçı terapinin etkililiği üzerine yapılan araştırmaları inceleyerek obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel davranışçı terapi kavramlarının ele alındığı görülmektedir.

**Anahtar Terimler:** Obsesyon, Kompulsiyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Bilişsel Davranışçı Terapi, Maruz Bırakma ve Yanıt Önleme.

#### Abstract

While obsessions are defined as involuntary, repetitive, unavoidable, and distressing thoughts, compulsions are behaviors performed in the form of rituals to eliminate the feeling of distress caused by obsessions. Obsessive compulsive disorder negatively affects of people in their daily lives. The methods applied and the session process vary according to the approaches used in the treatment phase of this disorder. Cognitive behavioral therapy, one of these approaches, deals with the relationship between thought, emotion and behavior. The general aim of cognitive behavioral therapy is to reduce the symptoms of obsessions and compulsions and to cause changes in cognitive (cognitive) and behaviors in order to keep the situation under control. Cognitive behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder (OCD) focuses on teaching techniques that help individuals discover, understand and practice alternative ways of thinking and behaving. Two modalities are used for obsessive compulsive disorder: cognitive behavioral therapy, evidence-based Exposure and Response Prevention therapy (ERP), and Cognitive Therapy (CT). The exposure and response prevention (ERP) technique used in cognitive behavioral therapy has shown efficacy in the treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD), a type of exposure therapy used to help patients explore alternative behaviors in response to unwanted thoughts. In this study, it is seen that the concepts of obsessive compulsive disorder and cognitive behavioral therapy are discussed by examining the researches on the effectiveness of exposure and response prevention and cognitive behavioral therapy for OCD.

**Keywords:** Obsession, Compulsion, Obsessive Compulsive Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Exposure and Response Prevention.

## GİRİŞ

### 1. Obsesiyon ve Kompulsiyon Kavramının Tanımı ve Obsesif Kompulsif Bozukluğun DSM V Tanı Kriterinin Tanımlanması

Obsesif kompulsif bozukluk, popülasyonun yaklaşık %2'sini etkileyen, dalgalı bir şiddet seyri, belirgin sıkıntı ve işlevselliğin bozulmasına neden olan kronik bir nörodavranışsal bir psikolojik rahatsızlıktır (Bloch vd., 2002; Okray, 2021). Obsesyonlar, istemsizce gelişim gösteren ve sürekli devam eden düşünce, dürtü ya da imgelerle endişe ortaya çıkmakta, bedensel veya zihinsel davranışlarla etkisizleştirilmeye çalışılmaktadır (Bayar & Yavuz 2008; Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal 2011). Kompulsiyonlar ise obsesyonların oluşturduğu rahatsızlıklara tepki oluşturan, motor ya da mental eylemlerle bunu azaltan girişimleridir (Bayar & Yavuz 2008). Kompulsiyonlar bedensel ve zihinsel olarak kendini gösteren sayı sayma, el yıkama, dua etme gibi davranışlardır. Obsesyon ve kompulsiyonlar, bireyin zamanının büyük çoğunluğunu harcamasına sebep olmakta, mesleki ve sosyal hayatını olumsuz etkilemektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Obsesif Kompulsif Bozukluk her kişide farklı belirtiler ortaya çıkarmaktadır. Bu belirtilerden obsesyonun alt boyutları; kirlenme, bulaşma, kesinlik ihtiyacına bağlı olarak ortaya çıkan kuşku, saldırganlık, cinsel, dini, simetri ve kişinin doktorlar tarafından herhangi bir tanı konmamasına rağmen hastalığı olduğuna yönelik düşüncelerinin olduğu somatik obsesyonlardır (Çelikel, 2007; Yılmaz, 2018). Kompulsiyon alt boyutları ise temizlik, kontrol, sayma, nesnelerin tamamen düzenli olacak şekilde saatlerce sıralandığı simetri ve işe yaramayacak halde olan nesnelerin çöpten yahut sokaktan alması biriktirme kompulsiyonlarıdır (Çelikel, 2007; Karamustafalıoğlu, 2010).

OKB, obsesyon ve kompulsiyonlardan bir yahut ikisinin oluşturduğu, kronik ve nöropsikiyatrik bir anksiyete bozukluğudur. Obsesif kompulsif bozukluk, bilişsel ve davranışsal boyutları olan heterojen bir bozukluktur (Sadock ve Sadock 2007). Obsesif kompulsif belirtilerin tedavisinde ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapinin etkinliğini desteklemektedir (Houghton vd. 2010). Obsesyon bireyin düşüncelerinden dolayı stres yaşamasına neden olurken kompulsiyonlar stres yaratan ve saçma olan düşüncelerini bastırmak için tekrarladığı davranış ve eylemlerdir (Miguel vd., 2005). OKB hem yetişkinler hem de çocuklar arasında yaygın olarak görülmektedir (Stein, 2002). OKB'nin, çocukluk ve ergenlik dönemleri içerisinde görülen yaygınlık oranlarının %1 ile %3,6 aralığında olduğu saptanmıştır. OKB gelişme riski diğer duygudurum bozuklukları ve kaygı bozukluklarında olduğu gibi kadınlarda daha yüksek görülmektedir. Yetişkinlik döneminde ortaya çıkan OKB olgularının ortalama olarak üçte biri ile yarısı çocukluk yahut ergenlik dönemine bağlı olarak gelişim göstermektedir (Al-Sharbatı, Al-Sharbatı, & Gupta, 2014). OKB, 6 ya da 7 yaşındaki çocuklar karakteristik bozulma belirtileri göstermektedir. Bozukluğu olan yetişkinlerin çoğu, çocukluk veya ergenlik döneminde başladığı görülmekte ve bu durumdan dolayı çocuklar eğitimi bırakabilir ve yetişkinler eve kapanabilir (Heyman, Mataix-Cols & Fineberg, 2006). Markarian vd. (2010), zayıflatıcı bir psikiyatrik durum olarak tanımlanan obsesif kompulsif bozukluğu üç farklı bileşenle açıklamaktadırlar. İlk bileşen olan takıntılar, müdahaleci ve istenmeyen düşünceler, imgeler, fikirler ile eylemler hakkındaki şüpheler olarak tanımlanmıştır. İkinci bileşen olan kompulsiyonlar, obsesyonları etkisiz hale getirmeyi veya şüphe konusu olan davranışları doğrulamayı amaçlayan, gizli zihinsel ritüelleri içeren belirli davranışsal eylemler olarak tanımlanmıştır. Bu iki ana bileşene ek olarak, bozukluğu olan bireyler, obsesyonların ve bunlarla ilişkili kompulsiyonların provokasyonunu önlemek için yoğun bir kaçınma davranışı sergilemektedirler. OKB tanısının hasta üzerinde ciddi etkileri vardır çünkü bu bozukluk, fonksiyonların neredeyse tüm yönlerini kapsayan yaygın bir yetersizlik, artan sağlık hizmetleri kullanımı ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Markarian vd., 2010). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association, APA) 1952 de yayınlamış olduğu Ruh Hastalıkları I.Tanı ve İstatistik Kılavuzunda (DSM- I) Obsesif-Kompulsif Reaksiyon; 1968'de DSM II'de Obsesif-Kompulsif Nevroz ve 1978'de DSM- III'de Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) olarak tanımlanırken obsesyonların neden olduğu anksiyetenin kompulsiyonlar tarafından giderilmeye çalışmasından dolayı DSM-IV-TR'de ise OKB, anksiyete bozuklukları içerisinde yer almaktadır (APA, 2000). DSM-5'te ise OKB, anksiyete bozuklukları altında sınıflandırılmaktan çıkarılmış ve yeni bir başlık olan "obsesif-

kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmıştır (İskenderoğlu, 2022). Obsesif kompulsif bilişsel davranışçı yaklaşımda, kişinin katı, tekrar eden düşünce, imge ve dürtülere verdiği tepkinin işlevi olmayan inançlardan etkilenmektedir. DSM-5’e göre OKB Tanı Kriterleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013):

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar yahut her ikisinin varlığı:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1) Obsesyonlar bazı zamanlarda güçlükle ve istem dışı gelerek, sıkıntı veya kaygıya sebep olan, tekrarlayıcı ve kesintisiz devam eden dürtü, düşünce veya imgelerdir.

2) Obsesyona neden olan bu düşünceleri kişi, önemsizleştirmeye, baskılamaya veya farklı bir düşünce yahut davranışlarla etkisiz duruma getirmeye çalışmaktadır.

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1) Obsesyona tepki olarak bireyin kendini engelleyemediği tekrar eden davranışlardır. Bu davranışlar; el yıkama, kontrol etme, sayı sayma ve benzeridir.

2) Davranışlar veya zihinsel hareketler, rahatsızlığı azaltma, sıyrılmaya veya korunmayı içermektedir. Fakat rahatsız edici durumdan korunma tasarısı gerçekçi değil de aşırı düzeydedir.

B. Obsesyon veya kompulsiyonlar belirgin şekilde rahatsız edici, gün içinde 1 saatten fazla zaman alarak sürecin kötü değerlendirilmesine neden olan, günlük işleri, iş yaşamını ve eğitim sürecindeki fonksiyonlarını veya çevresel ilişkilerini bozucu etkiye sahiptir.

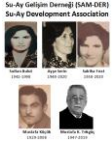
C. Obsesif kompulsif bozukluk kötü madde yahut genel tıbbi durumun fizyolojik etkinliklerinden bağımsızdır.

D. Eksen 1 rahatsızlığı bulunan, obsesyon veya kompulsiyonların bütünü bu durumlarla sınırlanmamıştır.

## 2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi

OKB etiyolojik ve fenomenolojik olarak heterojendir (Matsunaga, 2012). Obsesif kompulsif bozukluğun ortaya çıkış sebebinin ne olduğu bilinmiyor olsa da genetik, çevresel ve gelişimsel etkenlerin etkili olabileceği düşünülmektedir (Stein vd., 2019). Bireyin sosyal ve aile ortamında karşılaştığı stresli durumlar hastalığın ortaya çıkışını tetiklemekte ve bu bozukluğa sahip olan kişiler belirli çevresel faktörlerle semptomlarını arttırabilmektedir. Cinsel taciz, kişinin yaşamında köklü değişikliklere neden olan evlilik, taşınma, hastalık, sevilen birinin kaybı, okul veya iş yaşamındaki sorunlar, travmalar, kaygılar, çocuk sahibi olma, erken dönem psikososyal olumsuzluklar ve psikososyal stres gibi faktörler gelecekteki OKB şiddetinin güçlü bir belirleyicisidir (Grisham, Anderson & Sachdev, 2008; Leckman, Bloch, & King, 2022; Lin vd., 2007).

İnsan zihni karmaşık bir yapıya sahip olduğundan dolayı normal fonksiyonlarını sürdürmek için ihtiyaç duydukları nöranlar sayesinde elektrik sinyalleri aracılığıyla iletişim kurmaktadır. Bu iletişim sürecinde ise birbirleriyle bilgi alışverişini sağlayan kimyasallar nörotransmitterlerdir (Yılmaz, 2018). Bu transmitterler arasında yer alan serotoninin seviyesindeki bloke olması veya bozulması obsesif kompulsif bozukluğun ortaya çıkmasına sebep olurken serotoninin miktarındaki değişimin ebeveynlerden çocuğa geçmesi de obsesif kompulsif bozukluğun genetik olabileceğini düşündürmektedir (Aouizerate vd., 2004; Szeszko vd., 2008). Beyindeki serotoninin dengesizliği beynin planlama ve sağduyu ile ilgili bölgelerini olumsuz etkilerken, streptokok bakterisi nedeniyle oluşan enfeksiyonun da obsesif kompulsiyonu ortaya çıkarmaktadır (MacMaster vd., 2008; Saxena & Scott, 2000). Bazal gangliyon patolojilerinde obsesif kompulsif belirtilerin artması, dopaminin normal işleyişinden çıkararak artmasıyla OKB etyolojisinde rol oynamaktadır (Güllüoğlu, 2005).



Ayrıca OKB'si olan bireylerin beynin uyarıcı nöratransmitteri olan glutamat işlevi bozukluğu olduğu ve beyine giden omurilik sıvısında yüksek olduğu bazı çalışmalarda görülmektedir (Chakrabarty vd., 2005). OKB'si olan kişilerde Klomipramin ya da Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörlerinin (SSRI'lar) kullanımı semptomları azaltmaktadır (Stein, 2002). Bu durum beynin OKB etiyolojisine dahil olduğunu göstermektedir (Saxena & Scott, 2000). OKB'yi teşhis etmek için kişiler arasında aynı tanı kriterleri kullanılsa da obsesyon ve kompulsyonların belirtileri kalıtsal olduğundan dolayı başlangıç ve şiddeti kişiden kişiye değişim göstermektedir (Mataix-Cols, Pertusa, & Leckman, 2007; Pauls, 2008). OKB'nin başlangıcının hem genetik hem de çevresel etkileşimler sonucu meydana geldiği ancak biyolojik ya da psikolojik savunmasızlığı olan kişilerin yaşadığı olumsuz yaşam olaylarının OKB'nin başlangıcını tetiklediği görülmektedir (Gothelf vd., 2004).

Aile genetiği çalışmalarına göre pediatrik başlangıçlı OKB'nin etiyolojik olarak heterojen olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (Nestadt, 2000; Pauls, 2008). İkiz ve aile çalışmaları, genetik faktörlerin OKB'nin ifadesinde rol oynadığını göstermektedir (Pauls, 2008). OKB güçlü bir genetik geçişe sahip olduğu ve tek yumurta ikizlerde eş hastalanma oranı %67 iken çift yumurta ikizlerde bu oranın %31 olduğu görülmektedir. Van Groothest vd. (2005), genetiğin çocukluk çağındaki OKB semptomları üzerine etkisinin %45-65 arasında olduğunu saptadılar. Ayrıca OKB olgularının birinci derece akrabalarında OKB görülme sıklığı daha yüksektir (Karaman, Durukan ve Erdem, 2011). Nörolojik aberasyonlar genetik mutasyonlarla ilişkilendirilebilirken, çevresel faktörler OKB semptomlarının ifadesinde rol oynayabilir (Aouizerate vd., 2004).

### **3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi**

Güncel araştırmalar doğrultusunda OKB yaygın olarak görülen dördüncü psikolojik rahatsızlıktır (Kafes, 2021). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar farklı kültür ve toplumlarda OKB'nin yaşam boyu prevalansının %2-3 civarında iken bu bozukluğun oranının çocuk ve ergenlerde arttığını göstermektedir (Karaman, Durukan ve Erdem, 2011). Flament vd. (1990), OKB'nin yaşam boyu yaygınlığını %2 olarak saptamışlardır. Zohar vd. (1999), ergenlerde %4 oranında, Stewart vd. (2004) erişkinlik dönemi %41 oranında OKB tanısı aldığını saptamıştır. Üç yaşında başlayan olgular olduğu bildirilmekle birlikte çocuklarda hastalığın başlangıç yaşının ortalama 9-11 yaş arasında olduğu ve belirtilerin niteliği ve şiddeti yaşla birlikte değiştiği görülmektedir (Karaman, Durukan, & Erdem, 2011). Diğer duygudurum ve kaygı bozukluklarında olduğu gibi, kadınlarda OKB görülme sıklığının daha yaygın olduğu, erken başlangıcın erkeklerde, geç başlangıcın ise kadınlarda olduğu görülmektedir (Russell, Fawcett, & Mazmanian, 2013).

Çocuk ve ergenlerde OKB yaygınlığı %1-4 aralığında ortalama %2 olduğu saptanmıştır. Ergenlik dönemi öncesi OKB yaygınlığı erkek çocuklarda daha yüksek, ergenlik dönemi kız ve erkeklerde eşit, ergenlik sonrası ise kızlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (Karaman, Durukan, & Erdem, 2011). Türkiye'de OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2,5-6,2 arasında bulunurken 12 aylık yaygınlığı %0,5-5,6 arasında bulunmaktadır (Bayar & Yavuz 2008). Ayrıca Türkiye'de çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastaların %2,7'sinde OKB saptanmış ve bu hastaların sadece %15'inin ilk şikayetlerinin yalnızca obsesyon ya da kompulsyon olduğu görülmüştür (Öner & Aysev, 2001).

### **4. Obsesif Kompulsif Bozukluk Ayrıcı Tanı Kriterleri**

OKB, şizofreniden ve obsesif-kompulsif semptomları görülen psikotik hastalardan sanrı ve varsanılıların olmaması ile ayrılır. Şizofreninin başlangıcında OKB'ye benzer semptomlar görülmektedir. Ancak şizofrenideki obsesyon ve kompulsyonlar stereotipik ve yaşamı sınırlandırmayan, kaygı seviyesi düşük ve duygular künt iken OKB'deki kaygı seviyesinin yoğun olmasıyla şizofreni ve OKB birbirinden ayrılır (Karaman, Durukan, & Erdem, 2011). Tik bozukluklarının ve Tourette Sendromlu hastaların %90'ında ağır kompulsif belirtiler görülür ve bu hastaların üçte ikisi yanlış olarak OKB tanısı alırlar. OKB'de rahatsızlık duygusu varken dürtü kontrol bozukluğunda haz alma duygusu yer alır bu nedenle benzer özellikleri barındıran OKB ile dürtü kontrol bozukluğu birbirinden ayrılır. Obsesif düşünceler, depresif bozukluklarda görülebilir ancak depresyonun diğer semptomları ve vejetatif



semptomları depresyona özgü bütünlük gösterir. Bu bağlamda önem arz eden durum OKB'ye eşlik eden depresyondur. Fobi, trikotilomani, dismorfofobi, hipokondriazis olguları OKB benzeri özellikler taşır. Fobik bozuklukta sürekli olarak bir durumdan korkma ve korkulan durumdan kaçma davranışı görülmektedir. Bundan dolayı OKB ve fobik bozuklukta görülen obsesyon ve kompulsiyon arasındaki ilişki farklıdır. Trikotilomani rahatsızlığı olan bireyde bölgesel kellikler olacak şekilde saçları çekerek dirençli bir yolma davranışı görülmektedir. Hipokondriaziste kişinin herhangi bir hastalığı olmadığı halde doktora gidip hastalığı olmadığını kanıtlaya bile hasta olduğunu düşünür ve bu takıntılı düşüncesinden vazgeçemez. Hastalığa yakalanmadığı halde hastalığa bir hastalığa yakalanmış olduğunu düşünür. Temporal lob epilepsisi, kafa travmaları, postensefalitik komplikasyonlar ve atipik antipsikotikler gibi bazı ilaçların kullanımı sonucunda obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkabilir (Karaman, Durukan, & Erdem, 2011).

## 5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Tedavi

İstenmeyen, müdahaleci düşünceler genel popülasyonda yaygın olarak görülmektedir (Grant, 2014). Rahatsız edici ve zaman alan obsesyonlar, hastanın kişisel olarak sorumlu olduğu bir tehdit olarak değerlendirildiğinde ortaya çıkar. Kişi daha sonra istenmeyen düşünceyle ve onu kontrol etmeye çalışmakla meşgul olur. OKB'si olan hastaların kendileri, dünya ve gelecek hakkında kaygılarını üreten ve sürdüren çarpık, işlevsiz düşünceler yaşadıklarını ve OKB'nin, kendine veya başkalarına zarar verebilecek olaylarla ilgili şişirilmiş bir kişisel sorumluluk duygusuyla ilişkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle bilişsel davranışçı terapi, kişinin bu işlevsiz fikirleri tanımlamasına, sorgulamasına ve değiştirmesine ve daha işlevsel davranışlar benimsemesine yardımcı olmayı amaçlar.

BDT, psikolojideki öğrenme kuramları ve bilişsel psikoloji ilkeleri temelinde geliştirilen ve bu ilkelere bağlı olarak psikoterapötik yöntem ve tekniklerle, duyguları ve uyumsuz davranışları değiştiren psikoterapi türüdür (Türkçapar, 2009). Bilişsel davranışçı terapi süreci ruhsal hizmet alanında uzmanların danışanlarıyla yaptığı keşfetme sürecidir. Bu keşif sürecinde vaka formülasyonunun yol gösterici olduğu savunulmaktadır. (Görmez, 2016). Bu yaklaşımda formülasyonda olan tüm etmenler, kaçınma eylemleri ve kompulsiyonlar üzerinde danışan ve danışan her ikisinde çalışmaktadır. OKB tedavisi sürecinde semptomlarla baş etmek için uygulanan bilişsel davranışçı terapi için kısa ve yapılandırılmıştır. Yapılandırılmış süreç içerisinde uygulanan korkulu uyaranlara maruz kalma, tepki önleme, işlevsel olmayan hatalı inançlara meydan okuma, psiko-eğitim ve semptom izleme ve maruz bırakma egzersizleri gibi ev egzersizlerini içeren bilişsel ve davranışsal yöntemler kullanılmaktadır (Blanco vd., 2006; Koran vd., 2007). OKB semptomları hafif olduğunda ve herhangi bir komorbidite ile ilişkili olmadığında, BDT genellikle 13-20 seans arasında kısa sürmektedir (Koran vd., 2007). BDT sürecinde başlangıçta iyileşmeler gözlemlenene kadar seanslar haftada iki kez yapılırken durum düzeldikçe seans sürelerinin aralandığı görülmektedir. BDT sürecinde davranışsal maruz bırakma teknikleri, korkuya alışmaya yardımcı olurken, bilişsel teknikler, obsesyonların baskın olduğu hastalarda işlevsel olmayan inançları tanımlamayı ve düzeltmeye odaklanmaktadır (Abramowitz, 2006; Greist vd., 2003; Sukhodolsky vd., 2013).

Hafif düzeyde OKB'de bilişsel davranışçı terapi önerilirken, orta düzeydeki vakalarda BDT'nin ilaçla desteklenmesi önerilmektedir (Geller & March, 2012). Yapılan bazı çalışmalar OKB'nin psikolojik tedavisinde bireysel tedavi oturumlarının etkinliğini savunurken bazı çalışmalar ise OKB'nin grup ortamında da etkili olduğunu göstermiştir (Anderson & Rees 2007; Jonsson ve Hougaard 2009). Bilişsel davranışçı tedavide, davranışçı terapiler Thorndike, Watson ve Bandura'nın teorilerine bağlı olarak, davranış bozukluklarını klasik ve edimsel koşullandırma yoluyla, duygusal ve davranışsal sorunların tedavisinde kullanılırken öğrenme kuramında olumsuz pekiştirme ile kompulsiyonlar, obsesyonun tetiklediği sıkıntıyı azaltmasına neden olan tedavi yöntemi kullanılmaktadır.

Davranışçı kuramın temelleri 1800'li yılların sonlarına doğru köpeklerin sindirim sistemlerine yönelik araştırma yapan fizyolog Ivan Pavlov'un klasik koşullanmayı keşfetmesine dayanmaktadır. Davranışçı kuramı Amerika'da başlatan John Broadus Watson ise deneyler sonucunda insanlarda klasik koşullanmanın geçerli olduğunu ve psikolojinin amacının davranışları gözlemlemek olması gerektiğini



dile getirmiştir. Davranışçılığı sistemleştiren Burrhus Frederic Skinner edimsel koşullanma ve pekiştirme ilkeleri doğrultusunda insanların davranışlarının nedenini tanımlamıştır (Türkçapar & Sargın, 2012). 1950'li yıllardan sonra etkililiği güçlenen davranışçı yaklaşımın amacı, zihinsel süreçleri değerlendirmeden bireyin çevresel uyarıcılara göstermiş olduğu tepki sonucunda ilişkiyi saptamak ve davranışa müdahale etme sürecidir (Sargın & Sargın 2015). Bu yaklaşıma göre dışsal uyarıcılar denetim altına alınabilirse davranışların da denetlenebilir olduğunu savunmaktadır. Kişinin yaşamındaki sorunlarda davranış değişikliği sağlamak için öğrenme ilkeleri olan klasik ve edimsel koşullanmadan faydalanılmaktadır (Kafes, 2021).

Davranışçı yaklaşımda, korku öğreniminin klasik ve edimsel yöntemle kazanılması ve sürdürülmesi iki faktörlü modele dayanmaktadır (Lewin vd.,2014). Korkular (takıntılar), önceden nötr olan bir uyarıcı (örn. bir kapı kolu) itici bir uyarıcıyla (örneğin; bir virüs bulaşma endişeleri) eşleşir. Böylece, daha önce nötr olan bir uyarıcı, itici uyarıcılarla (örneğin, virüs bulaşmış bir kapı koluna dokunma korkusu) ilişkilendirilen koşullu bir korku tepkisi üretir ve ortaya çıkarmak için koşullanır. Edinilen korkunun bir sonucu olarak, kişi obsesyonel sıkıntısını hafifletmek için kompulsif ritüellere girişir (örneğin; ritüelleştirilmiş el yıkama) ve/veya obsesyonel endişeleri tetikleyen uyarıcılardan kaçınmaya girişir (örneğin; kirlenmiş kapı kollarından kaçınma). Sıkıntının azaltılmasıyla ilişkili ritüel davranışlar (örneğin; el yıkama, kaçınma) negatif olarak pekiştirilir ve negatif pekiştirme yoluyla güçlendirilmesine veya sürdürülmesine yol açar (Lewin vd.,2014).

Joseph Wolpe, modern davranışçı tekniklerinden kaçınma davranışını azaltmak için kaygıya neden olan uyarıcıya maruz kaldığı sistematik duyarsızlaştırma yöntemini geliştirmiştir. Sistematik duyarsızlaştırma yönteminde, yerinde alıştırma, hayali alıştırma, psiko eğitim, sanal gerçeklik gibi uygulamaların yanında nefes ve kas gevşeme egzersizleri kullanılmaktadır. Sistematik duyarsızlaştırma kullanılan yöntemlerin kavramsal anlamı ve teknikleri farklı olmasına rağmen ortak amaç davranış değişikliğini sağlamaktır. Sistematik duyarsızlaştırma, kaygıya neden olan uyarıcıların bireyin kaygı miktarına göre en az korku uyandıran kaygıdan en çok kaygı uyandıran duruma ilgili davranışlara yönelik tepki vermeyi öğrenmesi ve sonunda bireyin kaygı duyduğu durumlara daha az duyarlı olmasıdır.

Davranışçı yaklaşım teknikleri OKB tedavisinde kullanılmaya amacı bireyin obsesif düşünceleri sonucunda ortaya çıkan kaygısını davranışçı yöntemlerle engellemektir (Bayar & Yavuz 2008). Bu durum karşısında alıştırma tekniği; kişinin kaygılandığı duruma yaşamında ya da klinik ortamda maruz bırakılması sonucunda kaygı düzeyini azaltmaktır. Sistematik duyarsızlaştırma ise en az kaygı duyulan durumdan en çok kaygıya neden olan duruma aşama aşama maruz kalma sürecidir. Sanal gerçeklik yönteminde klinik ortamda bilgisayardan bireye kaygı uyandıran uyarıcıların olduğu videolar izleterek kaygıya maruz kalmasıdır. Gevşeme egzersizleri ise kaygı düzeyini azaltmakta ve kaygının kontrol altında tutulmasına neden olmaktadır (Bayraktutan, 2007; Köse 2010).

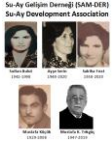
OKB'de en etkili davranış teknikleri, maruz kalma ve tepki önlemenin bir kombinasyonudur. Maruz kalma korkulan bir durumla yüzleşmeyi ifade eder (örneğin; kirli objelere dokunma, yazılı ödevde kasten yanlış yapma, yanlış sayıda iş yapma, kişiyi anksiyete oluşturan düşüncelere, kelimelere, imajlara maruz bırakma). Davranışçı tedavide kişiye kaygı yaratan uyarıcılara maruz kalması tavsiye edilir ve tekrarlanan uygulamalardan sonra kaygının azalması beklenir. Maruz kalma sırasında kişi ritüellerden ve kaçınma davranışlarından kaçınmalıdır. Bu aşamada, yanıt önleme kullanılır. Yanıt önleme aşamasında ise kompulsiyon, ritüel ve koruyucu davranışların ortadan kaldırılmasını amaçlanır. Uygulamalar gerçek veya hayali şekillerde olabilir. Uygulamadan önce kaygı uyandıran uyarıcıların bir listesi yapılmalıdır. Alıştırma listedeki kolay görevlerle başlar ve görevlerin zorluğu adım adım artırılmaktadır (Houghton vd.,2010; Şafak vd., 2014; Bulut Serin & Genç, 2011). Maruz kalma yaklaşımında kullanılan tedavi yönteminde bireyin obsesyonlarını ve kompulsiyonlarını tetikleyen durumlardan en az korku yaratandan en çok korku yaratan semptomlara kadar olan bir semptom sunumu hiyerarşisi geliştirmeyi ve ardından en yüksek seviyedeki maddeler kolayca tolere edilene kadar hiyerarşideki maddelere maruz kalması yoluyla danışana rehberlik etmeyi içermektedir. Buna paralel



olarak, danışandan aksi takdirde kaygıyı veya sıkıntıyı ortadan kaldıracak kompulsyonları tamamlamaktan kaçınmasının istendiği yanıt önlem yöntemi kullanılmaktadır (McKay vd., 2015).

Maruz kalma ve tepki önlemede ilk adım, OKB'si olan kişinin terapistte obsesyonlarının ve kompulsyonlarının ayrıntılı bir tanımını sağlamasının ardından en az rahatsız ediciden en zora doğru sıralanır. Yapılan sıralamanın ardından terapist en kolay semptomlardan başlayarak, bireyi saplantılarını tetikleyen durumlara karşı meydan okumalar tasarlar. Bu maruz kalmalar sırasında, süreç ilerledikçe kişi tepki önleme ile kompulsif davranışlar yapmaktan kaçınır. OKB'si olan bireyler, tekrarlanan maruz kalmalar yoluyla kompulsyonları yapmaktan kaçındıklarında kaygılarının geçici olarak arttığını ancak listenin en zor seviyesine gelince tepkilerinin azaldığına yönelik farkındalık kazanırlar. Terapistler, bazı kişilerde obsesyonu tetikleyen gerçek durumu yaratmanın imkânsız olduğu durumlarda maruz kalma ve tepki önleme egzersizleri için kaygı düzeylerini etkili bir şekilde artırabilen hayali maruz bırakma, görselleştirmeleri ve kayıtları kullanılmaktadır. Maruz kalma zamanla tekrarlandığında bağlantılı olan kaygıyı fark etmek zorlaşana ya da tamamen yok olana kadar devam etmektedir. Zaman içerisinde kişi kaygıyı yönetilebilir hale getirene kadar daha da zorlu riskler üstlenir. Etkili maruz kalma ve tepki önleme "alışkanlığa" yol açar, bu da insanların ritüelleri yapmayı bıraktıklarında kötü bir şey olmadığını öğrenmeleri anlamına gelir. Örneğin, maruz kalma ve tepki önleme tedavisinde mikroplara karşı saplantılı bir korkusu olan danışanın, danışan tarafından kirli olduğuna inandığı masanın üstüne dokunmasını isteyerek ardından danışanın ellerini yıkaması için her oturumda daha uzun süre beklemesine sağlar. Zamanla, bu kademeli maruz kalma ve gecikmiş tepki, mikroplarla ilgili korku veya düşüncelere farklı tepki vermeyi öğrenmenize yardımcı olacak ve bu da aslında saplantının sıklığında ve yoğunluğunda bir azalmaya yol açacaktır.

Bilişsel terapiler ise 1970'lerde Aaron Beck tarafından geliştirilmiştir (Tamar, 2009). Bilişsel teorisine göre, kişilerin duygu ve davranışlarını ortaya çıkaran bilişsel süreçlerdir. Bilişsel süreçler, kişinin dış dünyayı, çevresindeki olayları, kendi yaşamını ve diğer insanlarla ilişkilerini değerlendirmesine neden olmaktadır. Kişinin dünyaya bakışını ve yorumlarını belirleyen bilişsel yapıyı oluşturan temel varsayımlar ve inançlar çarpıtıldığında veya işlevselliğini yitirdiğinde sorunlar ortaya çıkar. Bu nedenle kişiyi rahatsız eden sorunlar, olay ve deneyimlerin algılanması ve değerlendirilmesinden ortaya çıkmaktadır (Türkçapar, 2009). Bilişsel terapi sayesinde duruma uygun algılama ve değerlendirme yapılarını ortaya çıkarmaya çalışılmaktadır (Türkçapar, 2009). Ayrıca bilişsel terapi, çarpıtılmış bilişsel yapıların, zihinsel rahatsızlıkların meydana gelmesinde ve devam etmesinde önem arz ettiği savunulmaktadır. Bilişsel teoriye göre, obsesyonların kaynağı, istenmeyen ve rahatsız edici düşüncelerin, dürtülerin ve görüntülerin olumsuz değerlendirilmesi sonucunda anksiyete oluşmakta ve ritüeller, ruminasyonlar veya kaçınmalar sayesinde anksiyete düşürülmeye çalışılır. Obsesyon tedavi sürecinde olumsuz ve yanlış değerlendirmenin düzeltilmesi gerekir. BDT'ye göre, bireyin çevresi, sosyal ilişkileri, biyolojik yapısı, duyguları, biliş ve davranışların karşılıklı etkileşimi zihinsel durumunu belirlemektedir (Bulut, 2007; Bozkurt, 2004; Kircanski, Peris, & Piacentini, 2011). OKB'nin bilişsel özellikleri, duygu ve düşünceleri abartma, aşırı düzeyde sorumluluk duygusu, düşünce ve dürtülerin olası sonuçlarının yıkıcı yorumlanmasıdır ve bu özellikler yanlış yorumlara yol açar (Swedo vd., 1989). Olumsuz otomatik düşüncelerin temelinde, bilişsel hataların önemli rol oynamaktadır. Olumsuz bilişler, işlevsel olarak depresif durum ile bağlantılıdır ve depresif kişiler, bilinçlerinde yer alan otomatik düşünceleri değiştiremeyeceklerini düşünerek kendilerini sürekli olarak olumsuz algılama eğilimindedirler (Serin & Aysan, 2021). Bilişsel terapi duygu, davranış ve düşünce arasında ilişki kurmaya çalışmaktadır. Psikoterapötik yöntemler bireyin biliş ve davranışlarına uygulanabilir (Türkçapar, 2009). Bilişsel tedavide, bireyin ortada bir tehlike algıladığı durumun kendi kişisel değerlendirmesi sonucunda ortaya çıktığını tanımlayarak, kendi düşüncelerindeki tehdit düzeyini azaltacağı yeni yorumlar oluşturmasını sağlama amacı vardır. Kişi düşüncelerinin gerçek olduğunu düşündüğünden dolayı tedavi sürecinde belirli şeyleri düşündüğünde gerçek hayatta bunların gerçekleşme ihtimalinin kanıtlanması için test edilmeye teşvik edilir. Bilişsel tedavide amaç gerçekçi ve tehdit edici olmayan düşüncelerin gelişmesini sağlamak için hatalı inançların saptanması ve işlevsiz düşüncelerin yaşanılan durum karşısında gerçekçi düşüncelerle değiştirilmesi öğretilir (Kahveci &



Serin, 2017; Yılmaz, 2018). OKB'nin bilişsel yaklaşımı, takıntılı belirtilerin, bilişsel süreçlerin yanlış değerlendirmelerinden dolayı (örneğin; işlevsiz şema, bilişsel çarpıtmalar) ortaya çıktığını savunur. Örneğin; bir kişinin kapı kolunun üzerine öksürdükten sonra bir kapı koluna dokunmak hastalığa ve hatta ölüme yol açacaktır düşüncesini geliştirmesi sonucunda kapı koluna maruz kaldıktan sonra kaygı ve endişeleri artacaktır. Bundan dolayı kaçınma, bilişsel hataları etkisizleştirecek ya da etkinliğini azaltabilecek yeni öğrenme fırsatlarını engelleyecektir. Korkulan sonuçları etkisiz hale getirme girişiminde, bireyler ritüel davranışları (örneğin, ritüelleştirilmiş el yıkama) başlatır ve/veya negatif olarak pekiştirilen ve semptomların devam etmesine yol açan kaçınma davranışlarında bulunur (Bozkurt, 1998; Lewin vd., 2014).

Bilişsel terapinin ilk aşamasında, hastalara takıntılar olarak endişeleri ve kompulsiyonlar olarak ritüelleri hakkında bir farkındalık geliştirmeleri öğretilir. Hasta, düşünce kaydı adı verilen günlük sayesinde obsesyonlarını ve obsesyonlarla ilişkili yorumlarını obsesyon günlüğüne yazar. Bu günlükte kaydedilmesi gereken önemli ayrıntılar, obsesyon başladığında hastanın ne yapmakta olduğunu, obsesyonun içeriğini, obsesyona atfedilen anlamı ve hastanın obsesyona (genellikle bir kompulsiyon) tepki olarak ne yaptığını içerebilir. Terapist, danışanıya birlikte oturum esnasında düşünce kaydını ve takıntının nasıl yorumlandığını gözden geçirecektir. Akıl yürütme ve sokratik sorgulama kullanarak, terapist sözlü olarak gerçekçi olmayan bir inanca karşı gelecektir. Bu durum danışanın bilişsel çarpıtmayı, hatalı bir tehlike değerlendirmesi, abartılı bir sorumluluk duygusu ya da olumsuz bir şey düşünmenin onu gerçekleştireceği korkusunu (düşünce-eylem kaynaşması) tanımlamasına yardımcı olacaktır (Foa, 2022). Bilişsel teknikler, hastanın spesifik semptomlar ve hastanın gelişim aşamasına ve bilişsel yeteneklerine uygun olmalıdır (Kircanski, Peris, & Piacentini, 2011). Danışan obsesyonlarının ve kompulsiyonlarının semptomlarını hızlıca tanımlayabildiklerinde, terapist sebep ve sonuç hakkındaki düşünme hatalarını çürütmek için birkaç davranışsal deney başlatacaktır (örneğin, bir hastadan ellerini yıkamadan bir dizi kirli nesneye dokunması ve bunu yaptıktan sonra hastalığın ne sıklıkta takip ettiğine dair bir kayıt tutması istenir). Terapist daha sonra bu deneyin sonuçlarını diğer düşünce türleri hakkında tartışmak için materyal olarak kullanabilir. Bilişsel terapide kullanılan davranışsal deneyler, maruz bırakma ve tepki önleme terapisinde kullanılan egzersizlerden farklıdır. Çünkü hastalar korkulan davranışla meşgul olurken kaygıyı azaltmaya odaklanmazlar (maruz bırakma ve tepki önlemede olduğu gibi) bunun yerine korkulan davranışa meydan okurlar (ellerini yıkanmadıkları takdirde sonunda hastalanabileceklerine dair inanç). Zamanla, hastalar kompulsif davranışlarda bulunmanın veya bunlardan kaçınmanın potansiyel sonuçlarına ilişkin inançları tanımlamayı ve yeniden değerlendirmeyi öğrenirler ve ardından kompulsiyonları ortadan kaldırmaya başlarlar (Topses & Serin, 2018; Sözlü & Serin, 2001; Foa, 2022). OKB semptomlarının gelişimi ve sürdürülmesi hakkında çeşitli bilişsel davranışçı teoriler öne sürülmüştür. Bu teoriden ilki, Dollard ve Miller (1950), OKB'de korku/endişe ve kaçınmanın gelişimini ve sürdürülmesini açıklamak için Mowrer'in iki aşamalı teorisini benimsemiştir. Mowrer teorisinde, nötr bir olay uyarıcısının (koşullu uyarıcı), doğası gereği ağrıya/sıkıntıya neden olan bir olayla (koşulsuz uyarıcı) tekrar tekrar sunulduğunda korku uyandırmaya başladığını iddia eder. Koşullu uyarıcı, düşünce, zihinsel bir olay yahut banyo veya çöp kutuları gibi fiziksel bir nesne olabilir. Koşullu uyarıcıya yönelik korku/endişe/sıkıntı kazanıldıktan sonra, kaygıyı azaltmak için kaçma yahut kaçınma davranışları geliştirilir. OKB'de davranışsal kaçınma ve kaçış, tekrarlanan zorlamalar veya ritüeller şeklini alır. Diğer kaçınma davranışları gibi kompulsiyonlar da sıkıntıyı gerçekten azalttıkları için sürdürülür. Mowrer'in teorisi korku edinimini yeterince açıklamakla kalmaz, aynı zamanda ritüellerin nasıl sürdürüldüğüne dair tutarlı sonuçlar elde etmiştir (Foa, 2022).

Diğer bir teoride ise Foa ve Kozak (1985), OKB'nin hatalı bilişlerle karakterize olduğunu öne sürdü. İlk olarak, OKB hastaları, nispeten güvenli olan durumlara yüksek bir tehlike olasılığı atfeder. Örneğin, OKB'si olan bir kişi, ellerini iyice yıkamadan umumi bir kapı koluna dokunursa, kapı kolundaki mikropların kendisi ve/veya dokunduğu kişiler için ciddi hastalıklara neden olacağına inanacaktır. İkincisi, OKB'si olan kişiler olabileceklerini düşündükleri kötü şeylerin ciddiyetini abartırlar. Örneğin, hafif bir soğuk algınlığına yakalanmak korkunç bir şey olarak görülür. Ayrıca Foa ve Kozak (1985),



OKB'si olan bireylerin, bir durumun veya bir nesnenin güvenli olduğuna dair kanıt eksikliği karşısında bunun tehlikeli olduğu sonucuna vardığına ve bu nedenle OKB hastalarının sürekli güvenlik kanıtına ihtiyaç duyduklarına dikkat çektir. Örneğin, obsesif kompulsif bozukluğa sahip bir birey kendini güvende hissetmek için belirli bir restoranda yemek yemeden önce o restorandaki yemeklerin son derece temiz olduğuna dair bir garanti ister (Foa, 2022).

## 6. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisi

### 6.1. Hasta değerlendirilmesi

Ayırıcı tanıyı ve herhangi bir ilişkili bozukluğu ayırmak amacıyla danışanlara detaylı olacak şekilde psikiyatrik ve psikolojik değerlendirme yapılır (Goodman vd.1989; Akt. Van Noppen, 2021). Değerlendirme sürecinde bazı durumlarda, organik nedenleri dışlamak için belirli beyin görüntüleme incelemeleri bu değerlendirme içerisine dahil edilebilir. Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS), OKB belirtilerini detaylı tanımlamak, obsesyon ve kompulsyonların biçimi ve şiddetini ölçmek için uygulanır. Bu ölçek sonucunda bozukluğun şiddet ölçüsü, sıklığını ve yaşam aktivitelerine müdahale düzeyleri değerlendirilir. Kullanılan ölçeğe ek olarak Beck Depresyon Envanteri (Beck vd.,1961) veya Beck Anksiyete Envanteri (Beck vd., 1988) kullanılarak depresyon ve kaygı ölçümleri de uygulanabilir. Çünkü depresyon ve anksiyete semptomları sıklıkla OKB ile birlikte görülür (Akt. Van Noppen, 2021). OKB'ye şiddetli anksiyete veya depresyon, psikoz ve bağımlılık gibi diğer komorbid durumlar eşlik ettiğinde BDT'nin etkinliği azalmaktadır (Raffin vd., 2009).

### 6.2. Bilişsel Davranışçı Tedavinin Başlatılması

*Psikoeğitim:* OKB teşhisi doğrulandıktan sonra terapist, hastayı OKB'nin doğası, BDT tedavi modeli, kısır bakım döngüleri ve bozukluğu sürdürmede kaçınma ve korkunun rolü hakkında eğitmek için psikoeğitim derslerinden yararlanılmaktadır (Van Noppen vd., 2021). Ek olarak, hastalara yardımcı olan ve olmayan başa çıkma stratejileri, kaçma ve kaçınma, maruz bırakma terapisi, korku hiyerarşisinin gelişimi ve maruz bırakma ilkeleri hakkında eğitim verilecektir. Ev ödevinin kritik rolü göz önüne alındığında, hastalar ve aileleri terapi çerçevesinde ev ödevinin rolüyle tanıştırılır. Aile üyelerinin günlük rutinlerini değiştirmede karşılaştıkları zorluk ve hastaya uyum sağlamak için sorulara güvence vererek yanıt vermeleri göz önüne alındığında, bu aşamada aile üyelerini dahil etmek çok önemlidir (Houghton & Saxon, 2007;Topses & Serin,2017).

*Motivasyon:* Motivasyon eksikliği ya da düşük düzeyi, özellikle OKB'si olan pediatrik hastalarda bir problemdir ve olumsuz terapötik sonuçlarla ilişkilidir. Bu nedenle, motivasyonel görüşme tekniklerinin terapi çerçevesi içinde iç içe geçmesi, hastaların tedavi hakkındaki kararsızlıklarını azaltmalarına yardımcı olur. Yakın zamanda yapılan bir araştırma, terapi seanslarında motive edici görüşmeyi kullanmanın, hızlı iyileşmeyi kolaylaştırmada ve ailelerin yükünü en aza indirmede yararlı olduğunu bulmuştur (Merlo vd., 2010).

#### 6.2.1. Hiyerarşi Listesinin Detaylandırılması

BDT'deki ilk görev, OKB belirtilerini ortaya çıkaran kaygılı durumların bir listesini oluşturmak için danışan ve danışan birlikte çalışır. Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (Y-BOCS), klinisyenler tarafından detaylı bir liste oluşturmak amacıyla kullanılır. Kaygı uyandıran durumlar, oluşturduğu kaygı düzeyine göre 1'den (hafif kaygı) 4'e (yüksek kaygı düzeyi) kadar hasta tarafından sıralanır. Hastanın öz yeterliliğini artırmak için maruz bırakma egzersizleri en az kaygı uyandıran durumla başlar (Williams vd., 2002).

*Değerlendirme Önlemleri:* Terapötik süreç boyunca hastaların ilerlemesini izlemek için, tedavi sırasında çeşitli noktalarda değerlendirme önlemlerinin kullanılması gerekmektedir. Yaygın olarak kullanılan hassas ölçeklerden biri, obsesif kompulsif bozukluğun şiddetini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olan Yale-Brown Ölçeği ve Obsesif Kompulsif Envanteri kullanılmaktadır (Foa vd., 2002; Goodman vd., 1989).



## 6.2.2. Maruz kalma ve tepki önleme egzersizleri (EX/RP)

Tedavinin ilk birkaç seansında obsesyonları tetikleyen ve kaygıya neden olan uyarıcıların hiyerarşisinin belirlenmesi ve sıralaması oluşturulur. Hasta, hiyerarşideki her bir öğenin neden olduğu sıkıntı düzeyini belirtmek için 1-10 veya 1-100 arasında sayısal bir değer sağlar. Maruz bırakma terapisinin amacı obsesyonları ortaya çıkarmaktır. Böylelikle kaygıya neden olan uyaranlara uzun süre maruz kalma ve buna bağlı olarak zorlamanın önlenmesi yoluyla kişi, zorlamalara girmeden artan sıkıntı artışlarını göz ardı etmeyi öğrenir. Terapist, danışanın kompulsiyonları yerine getirmek için direnmesine yönelik cesaretlendirmektedir (Foa, Franklin, & Moser, 2002). Ayrıca, terapist danışanın kompulsiyonları gerçekleştirmek istediğinde yapabileceği alternatif davranışlar kazandırır. İlk maruz kalmalar için, uyaranların obsesyonları ve kompulsiyonu gerçekleştirme arzusunu uyandıracak kadar güçlü, ancak hastanın ilgili kompulsiyonu yapmaktan kaçınabileceği veya erteleyebileceği kadar zayıf olması önerilmektedir (Van Noppen vd., 2021).

Tedavi sürecinde iki tür maruz kalma kullanılabilir. Bunlar; gerçek hayat “in vivo” ve hayali maruz kalmadır. İn vivo maruz kalma, gerçek hayattaki uyaranlardan oluşur (örneğin; kirliliğe dokunmak). Hayali maruz bırakmada hasta, kompulsiyonları gerçekleştirmesi engellenirse ortaya çıkacak korkulan uyaranlardan ve sonuçlardan oluşan ayrıntılı bir senaryo oluşturur (örneğin, hasta tezgâha dokunduğu için hastalanır ve hastaneye kaldırılır). Hayali maruz bırakma, bir hastayı bazı korkulan sonuçlara (örn. agresif, cinsel saplantılar) maruz bırakmanın zor olduğu veya tavsiye edilmediği durumlarda fayda sağlamaktadır (Van Noppen vd., 2021). Hastalar tarafından korkulan uyaranlara kademeli, imgesel, hayali ya da hızlı olarak maruz kalma yöntemleri vardır. Optimal sonuç için ERP seanslarının sıklığı ve sayısı belirsizdir (Sassano-Higgins vd., 2015). Tedavi süreci genellikle haftada bir veya iki kez 90-120 dakikalık seanslardan oluşan toplam 12-20 seanstan oluşmaktadır. Uygulamada, seansların sayısı, sıklığı ve süresi, hastanın uygunluğu, motivasyonu ve tedavi süresince iyileşme derecesi ışığında değerlendirilmelidir. Halihazırda geliştirilen hiyerarşi listesini kullanarak, hasta ve terapist orta düzeyde kaygı uyandıran bir durum seçerek terapiyi başlatır. Terapi seansları, ev ödevi alıştırmaları tasarlayarak kazanımları diğer durumlara genellemeye ve genişletmeye odaklanır. Hastayla, kaygıyla yüzleşmenin kaygıyı artırabileceğini, ancak zamanla kaygının dağılacakını tartışmak çok önemlidir. Tepki önleme kaygı düzeyini artırır, ancak giderek azalır böylelikle kompulsiyonlar azalır (Cottraux vd., 2001). Maruz kalma ve tepki önleme egzersizlerinin temel etkisi, ilk egzersizde doruğa ulaşan ve sonraki 15-180 dakika boyunca azalan hatta kaybolan kaygının seanstaki anlık artışıdır (Iniesta-Sepúlveda vd., 2017).

## 6.2.3. Bilişsel Yeniden Yapılandırma

OKB'si olan hastalar uyumsuz inançlara sahip olma eğilimindedir. Uyumsuz inançları ele almak için bilişsel yeniden yapılanma uygulanmaktadır (Sassano-Higgins vd., 2015). Uyumsuz bilişleri ele almanın en doğrudan yöntemi, maruz bırakma egzersizlerinden önce ve sonra tartışmaktır. Bu bilişler doğrudan maruz bırakma egzersizi sırasında test edilir ve maruz bırakma tamamlandıktan sonra hastalardan uyumsuz bilişlerine olan inanç derecelerini derecelendirmeleri istenir. Terapist, tedavinin başlarında güçlü bir şekilde sahip olunan uyumsuz bilişe tamamen inanmama hedefini oluşturmalıdır. Çünkü bireyde yüksek derecede değişim olacağı için tedaviye direnç gösterebilir.

Güçlü bir şekilde tutulan uyumsuz bilişlerin olduğu durumlarda, terapistin, hastanın korkulan sonuca alternatiflerin varlığını kabul etmesini sağlamak gibi daha basit hedefleri olmalıdır (Van Noppen vd., 2021). Seanslar arasında hastalar, maruz bırakma egzersizleri yaparken düşüncelerini test etme pratiği yapabilir. Bilişsel terapide hastalara uyumsuz düşüncelerine daha uyumlu ve yardımcı düşüncelerle meydan okumayı öğreten standart bir teknik olan düşünce kaydı, bu amaç için yararlı bir egzersiz olabilir. En temel haliyle, bir düşünce kaydı, uyumsuz bilişleri bir sütuna ve daha dengeli, uyarlanabilir ve yardımcı düşünceleri ikinci bir sütuna yazmayı içerir. Bu egzersiz, hastaları saplantılı düşüncelerine alternatiflerin var olduğunu belirlemeye zorlar ki bu da kendi içinde saplantılara olan inanç derecesini azaltır. Daha karmaşık biçimlerde, düşünce kaydı, alternatif düşünceler yazılmadan önce ve sonra, saplantılara olan inanç derecesinin yanı sıra kaygı veya mutluluk düzeyini derecelendirmeyi içerir.

#### 6.2.4. Zihinsel Kompulsiyonlar

Zihinsel zorlamalar konuşulmaz ve hastanın zihninde içsel olarak meydana gelir. Zihinsel zorlamalar, dua etme, belirli kelimeleri veya cümleleri tekrar etme, sayma, olası sonuçları analiz etme ve kişinin kafasında zihinsel kontrol listeleri oluşturma şeklini alabilir. Tedavi sağlayıcı, içsel oldukları ve başka türlü fark edilmeyebilecekleri için, bu tür zorlamaların varlığını sorgulamalıdır. Bir kez tanımlandıktan sonra, zihinsel zorlamaları tedavi etmek için özel teknikler gerekli olabilir. Maruz kalma, daha önce tarif edilenle aynı yöntemi takip etse de, tepki önleme, hastanın rakip bir zihinsel sürece girmesini sağlayarak zihinsel zorlamaların engellenmesini içerir. Örneğin, yarışan zihinsel süreç, şiir okumayı, akşam yemeği planlamayı veya bir teşhir senaryosunu zihinsel olarak gözden geçirmeyi içerebilir (Whittal vd., 2010).

#### 6.3. Bilişsel Egzersizler

Bilişsel egzersizlerin başlatılması için bireyin obsesyonlar ile normal düşünceler arasında ayırım yapabilmesi gerekmektedir. Bu alıştırmalarda, hoş olmayan düşünceler, arka plan ve duygusal, fizyolojik ve davranışsal kaygılar gibi çeşitli değişkenler netleşir. Hastalara bu inançların alanlarına göre sınıflandırılması öğretilir. Bilişsel teknikler arasında hoş olmayan düşüncelerin tanınması, sokratik sorgulama, aşağı ok ve sorumluluk pastası bulunmaktadır (Højgaard vd., 2017).

#### 6.4. BDT'yi Sonlandırmak Ve Nüks Önleme

OKB semptomları önemli ölçüde düzeldiğinde, ara seansları önerilir ve BDT durdurulur. OKB'nin yüksek nüksetme oranlarına sahip kronik bir hastalık olduğu düşünülürse (Braga vd., 2015), hem terapistler hem de hastalar nüksetmeyi önleme planları oluşturarak nüksetmeyi önlemek için birlikte çalışmaktadırlar. Takviye seansları, terapötik kazanımların sürdürülmesinin izlenmesine destek olmaktadır (Wagner, 2011).

### TARTIŞMA VE SONUÇ

Yapılan literatür taraması sonucunda OKB'un BDT ile ERP tedavisinde etkili olduğu gözlemlenmiştir. Iniesta-Sepúlveda vd. (2017), obsesif-kompulsif bozukluk, otizm spektrum bozukluğu olan gençlere özgü modifikasyonlara sahip bilişsel-davranışçı terapiyi incelediler. Mevcut çalışma, OSB'li ergenlerde OKB için bireyselleştirilmiş yoğun bir BDT protokolünün ön etkinliğini incelenmiştir. 9 ergen (yaşları 11-17), maruz kalma ile tepki önlemeyi (ERP) birleştiren yoğun bir BDT (günlük 24-80 seans aralığında) rejimini tamamlamıştır. 9 katılımcıdan 7 katılımcının birincil sonuçları doğrultusunda, OSB'li ergenler arasında OKB için yoğun bir BDT yaklaşımının etkili olduğunu göstermiştir. Belirtilerin şiddeti ve çevresel faktörlerden; aile dinamikleri, finansal hususlar, coğrafi konum tedavi süresini değiştirdiği bulunmuştur.

Iniesta-Sepúlveda vd. (2017), tedavinin başında ilk olarak, duygusal eğitim sayesinde kaygıyla ilişkili fizyolojik ipuçlarını belirlemede bireylere yardımcı olmuştur (sığ hızlı nefes alma, vücudun çeşitli bölgelerinde rahatsızlık vb.). Ayrıca çevresel tetikleyicileri belirleme teknikleriyle katılımcıların deneyimleri artırılmıştır. Anksiyete ile ilgili bilgiler toplanarak duygusal eğitim süreci boyunca tedavinin diğer yönlerinden hiyerarşi oluşturma, başa çıkma becerisi geliştirme gibi beceri kazandırılmaya çalışılmıştır. İkinci olarak ise terapi, somut terapötik egzersizleri (in vivo maruz kalma aktiviteleri) sayesinde düşünce süreçlerini ele alan bilişsel tekniklere odaklanarak sokratik sorgulama uygulandı. Maruz kalma uygulaması sonucunda kişisel bakımdaki eksiklikler ve örgütsel uyum becerileri kazandırılmış ancak korkulan durumlarla başa çıkmak katılımcıları olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle bu olumsuz başa çıkma kaygı ve başarısızlık deneyimleri artırabilir. Bu durumdan dolayı tedavi planlama süreci genişletilmiştir. OSB'li gençlerde yaygın olarak görülen tedaviye yönelik daha küresel engelleri hedefleyen modifikasyonları içermekteydi. Üçüncü olarak, tedavi metaforları ve literatür (ders notları) gelişimsel olarak uygun bir dil kullanmak üzere değiştirildi. Dördüncü olarak, hayati tedavi bileşenlerinin soyutlanmasını azaltmak için manipülatifler kullanıldı. Bu manipülatif *duygular termometresidir*. Duygular termometresinin amacı, adımları ve davranışsal



sürecin tamamlanmasını izlemek için basit bir çizelge sistemi, maruz kalma görevleri, vb. oluşturuldu. Son olarak ise uygun problem çözme ve başa çıkma adımları, kalıcılığı ve beceri geliştirmeyi en üst düzeye çıkarmak için basitleştirilmiş ve tekrarlayan bir şekilde açıklanmış ve modellenmiştir. Böylelikle tedavinin ilk gününde, ebeveyn/bakıcı katılımı artırılarak çocuklara ve ailelerine OKB ve bilişsel-davranışçı tedavi modeli hakkında psiko eğitim, davranışsal yönetim eğitimi, problem çözme eğitimi ve ödüllü modelleme/yardım sistem kullanımı kazandırılmıştır. İkinci görüşmede gün boyunca meydana gelen nispeten kolay tetikleyicilere maruz kalma ile bir korku hiyerarşisi geliştirildi. Tedavi edilmesi ve giderek daha zor hale gelmesi tedavinin seyri için OSB'li gençlere yönelik bakımı kişiselleştirmek için bu tedavi yaklaşımında değişiklikler yapılmıştır. Tüm işlemler, uygulama ve araştırma kanıtlarına dayandırılarak, eşlik eden OSB'li gençlerde kullanılmak üzere uyarlanmıştır. Tüm katılımcılar için tedavi, nüksün önlenmesi, bakımın uygun şekilde eğitilmiş ayakta tedavi sağlayıcılarına transferi ve hastalar ve aileleri için nüksün önlenmesi ile ilgili faaliyetler ve eğitim ile sona erdi. Tedavi, gençlerle çalışma konusunda en az 1 yıl deneyime sahip lisansüstü (yüksek lisans ve doktora) seviyesindeki terapistler tarafından verildi. Lisanslı klinik psikologlar ile düzenli klinik süpervizyon sağlandı. Çalışmanın birincil sonuçlarında şiddetli semptomları olan katılımcılarda bilişsel davranışçı terapi sayesinde önemli düşüş saptanırken, çalışmanın ikincil sonuçlarında bilişsel davranışçı terapinin işlevsel bozulma, yaşam kalitesi, kaygı ve depresif açıdan önemli gelişmeler gösterdiği saptanmıştır.

Lapsekili ve Ak (2012), bilişsel terapi yöntemleri kullanarak OKB hastası üzerinden çalışma yürüttüler. Bilişsel davranışçı yaklaşımla yürüttükleri çalışmada tehlikeyi abartılı algılama, düşünce, eylem kaynaşması ve sıkıntıya tahammül edemeyeceği ile ilgili olarak, bilişsel yeniden yapılandırma yöntemi kullanılırken, katastrofik beklentilerin gerçekleşip gerçekleşmeyeceği ile ilgili maruz bırakma ve tepki önleme tekniği uygulanmıştır. Olgu 32 yaşında, bekar, üniversite mezunu, erkek hasta, günde yaklaşık 6 saatini alan ve 3 yıldır devam eden obsesyon ve kompulsiyonları bulunmaktadır. Erkek hasta obsesyonları ve onay araması nedeniyle özel hayatında sorunlar yaşamaktadır. Kompulsiyonlarından dolayı ise başladığı işlerde devamlılık sağlayamamakta ve sosyal yaşamından kendini uzaklaştırmaktadır. Tedavide kullanılan yöntem ise tehlikeyi abartılı algılama, düşünce eylem kaynaşması, sıkıntıya tahammül edemeyeceği ile ilgili olarak kullanılan bilişsel yeniden yapılandırma yöntemi ve katastrofik beklentilerin gerçekleşip gerçekleşmeyeceği ile ilgili maruz bırakma ve tepki önleme tekniği uygulanmıştır. Aşağıda erkek hastanın problem oluşturan durumların listesi ele alınmıştır. Bunlar:

- 1) İntusiv düşünceler ve bu düşüncelerin patolojik yorumlanması,
- 2) Kompulsif davranışlar (aksini ispat etmeye çalışma, yıkama, tükürme, yazma),
- 3) Onay arama davranışı nedeniyle ailesi ve kız arkadaşı ile çatışmalar,
- 4) Sosyal ilişkisinin olmaması; kaçınma davranışı. Presipitan (tetikleyici) aileden ayrılma ve yeni bir ortama girmek.

Olgunun ilgili inançları şu şekildedir;

- Herkes bana her zaman en doğruyu söylemeli, aksi takdirde bu benim değersiz olduğum anlamına gelir,
- Kötü olduğumu düşündüğüm insanların yakınında durup aynı havayı solursam onların olumsuz özellikleri bana da geçebilir bende de bu olumsuz özellikler baş gösterebilir; hatta benden de kız arkadaşımın geçer-kız arkadaşım o kişiye dokunmuş gibi olur ve bu beni aldattığı anlamına gelebilir. Bu benim namussuz ve değersiz olduğum anlamına gelir.

Marsden vd. (2017), çalışmalarında maruz kalma ve tepki önlemeye dayalı bilişsel davranışçı terapi (CBT) ile karşılaştırıldığında, obsesif-kompulsif bozukluğun (OKB) bir tedavisi olarak göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) incelediler. Çalışmanın sonucunda, OKB semptomlarında klinik olarak anlamlı iyileşme elde edilmiş ancak gruplar arasında anlamlı bir fark





saptanmamıştır. Tedavi sonrası 6 aylık takipte Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği şiddeti açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Buna göre BDT ve EMDR etkinliğinin aynı düzeyde etkili olduğu söylenebilir.

McLean vd. (2001), obsesif kompulsif bozukluğun grup tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin (BDT) geleneksel davranışçı terapiye (maruz kalma ve tepki önleme [ERP]) kıyasla etkilerini inceledi. Tedaviye başlayan 76 katılımcıdan 38'i olası kurs etkilerini değerlendirmek için tedaviden önce 3 ay bekleme listesine alındı. Yapılan çalışmada kullanılan iki tedavi yönteminin belirtileri azaltmada etkili olduğunu ve tedaviden sonra 3 aylık takip sürecinde maruz kalma ve tepki önlemenin daha etkili olduğu gözlemlenmiştir.

Okumuş, Berk ve Yücel (2019), obsesif kompulsif bozuklukta gevşeme eğitimi ve bilişsel davranışçı tekniklerin uygulanmasını olgu sunumu üzerinde incelediler. OKB vakasında düşük doz psikofarmakoterapiyle birlikte gevşeme eğitimi ve BDT tekniklerinin kullanımı aktarılmıştır. 40 yaşlarında 10 yıllık hastalık öyküsü bulunan kadın vakanın temel olarak bulaşma olmak üzere kuşku ve kurallara uyma ile ilgili obsesyonları ve bunun yarattığı sıkıntıdan kurtulmak için yaptığı tekrarlayıcı davranışları bulunmaktadır. Ayaktan takip edilen vakaya önce ilaç tedavisi başlanmış farklı antidepresanlar denenmiş ancak özellikle fotosensitivite yan etkisi sebebiyle doz artımı yapılamadığı için kombine tedavi planlanmıştır. 2 seanslık değerlendirme ve vaka formülasyonunun ardından 6 seanslık gevşeme eğitimi ve psikoeğitimi içeren tedavinin ilk aşaması gerçekleştirilmiştir. Sonrasında 12 seanslık BDT modülünde bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma, tepki önleme, sosyal beceri eğitimi, imgesel teknikler uygulanmıştır. Çalışmanın bilişsel davranışçı tedavinin sonucunda; vakanın temizlik obsesyonları ve kompulsiyonları tamamen ortadan kalkmış, 3 ve 6 ay sonrasında iki izlem seansı yapılmıştır. İzlemlerde kazanımların korunduğu ve gelişimin devam ettiği gözlemlenmiştir. Buna göre BDT'nin kuşku ve kurallara obsesyonlarına yönelik tedavisinde etkili olduğu söylenebilir.

Simpson vd. (2008), OKB'nin tedavisinde bir bilişsel-davranışçı terapi (CBT) olan maruz kalma ve ritüel önleme ile serotonin geri alım inhibitörleri SSGI'lerini artırmanın etkilerini incelediler. Haftanın iki günü 27 seans olmak üzere SSGI'leri maruz bırakma ve ritüel önleme ile artırmanın etkilerini, BDT'nin başka bir biçimi olan stres yönetimi eğitimine karşı karşılaştırdılar. Çalışmanın sonucunda maruz kalma ve tepki önleme, OKB semptomlarını azaltmada stres yönetimi eğitiminden daha etkili bulunmuştur.

Şafak vd. (2014), obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin etkinliği değerlendirmek için Ankara'da bir hastanede OKB tanısı konulmuş hastalar üzerinden çalışmayı yürüttüler. Çalışmada yapılan değerlendirme görüşmesi sonrasında grup terapisine katılmayı kabul eden 37 hasta, 8-10 kişiden oluşan gruplar halinde grup terapisine alınmıştır. Araştırma devam ederken hastaların kullandıkları ilaç tedavisine müdahalede bulunmamış ve araştırmacılara hastaların ilaç kullandığı bilgisi verilmemiştir. Çalışmaya katılan hastalara bilişsel davranışçı terapi teorik ve süpervizyon eğitimi almış 4 farklı terapist tarafından 14 seans, hafta bir kez, 90-120 dakika süren bilişsel davranışçı grup terapisi uygulanmıştır. Clark (2004), Gail Steketee'nin (1993) modelleri temel alınarak oluşturulmuş tedavi protokolüne göre bilişsel davranışçı terapi; psikoeğitim, bilişsel müdahaleler, davranışçı müdahaleler (maruz bırakma-yanıt önleme), yineleme önleme bölümlerinden oluşmaktaydı (Türkçapar & Şafak 2012). Grup terapisinin ilk 2 seansı psikoeğitime, 3-5. seanslar yalnızca bilişsel müdahalelere, 6-8. seanslar bilişsel ve davranışçı müdahalelerin birlikte uygulanmasına, 9-12. seanslar yalnızca davranışçı müdahalelere ve 13-14. seanslar yineleme önlemeye ayrılmıştır. Çalışmanın sonucunda bilişsel davranışçı grup terapisi uygulamasının OKB belirtilerinde anlamlı iyileşme sağladığı saptanmıştır.

Üzümcü ve İnozu (2021), çalışmalarında OKB tanısı ile gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği farklı içerikteki obsesyonlara sahip olan danışanın formülasyonu ve terapi sürecini incelemişlerdir. Terapi süreci, aşamalı maruz bırakma ile hatalı değerlendirmelere ilişkin bilişsel yeniden yapılandırma ve davranış deneylerini içeren bilişsel davranışçı psikoterapi uygulamalarından oluşmuştur. Terapi sürecinde düşünce-eylem kaynaşması, abartılmış tehdit, kontrol ihtiyacı ve belirsizliğe



tahammülsüzlüğü içeren hatalı değerlendirmelere yönelik bilişsel ve davranışsal müdahalelerden yararlanılmıştır. 25 görüşmeden oluşan 50 dakikalık psikoterapi süreci gerçekleştirilmiştir. Olgu sunumunda; 24 yaşında, evli, erkek danışan lise çağında din ile ilgili aklına gelen istem dışı ve rahatsız edici düşünceleri bulunan ve aklına istem dışı gelen, yoğun rahatsızlık yaratan, kontrol etmeye ve bastırmaya çalıştığı düşünceler nedeniyle terapiye başvurmuştur. Yalnız kaldığında, çalıştığında ya da herhangi bir durumsal tetikleyicinin olmadığı durumlarda danışanın aklına istem dışı düşünceler geldiğini dile getirmiştir. Yapılan çalışmadaki olgu sunumdaki danışanın düşüncelerini kontrol edememesi sonucunda bazı değerlendirmelerde bulunmuştur. Örneğin; “Ben düşüncelerine hâkim olamayan, güçsüz, zayıf, hastalıklı bir insanım, akıl sağlığı bozulmuş biriyim” şeklinde yorumlamaktadır. Bu tür değerlendirmeler kaygının daha çok artmasına ve algılanan kontrolün azalmasına neden olurken istem dışı düşüncelerin daha fazla akla gelmesine neden olmakta ve bir kısır döngü oluşturmaktadır. Tedavi sürecinin sonunda danışanın istem dışı düşüncelerinin sıklığının belirgin biçimde azaldığı, düşüncelerin önemi ve kontrolüne ilişkin hatalı değerlendirmelerin gerçekçi düşünceler ile yer değiştirdiği, danışanın düşünceleri kontrol etme ve bastırma girişimlerinin ve OKB belirtilerinin azaldığı ve BDT’nin etkili olduğu gözlenmiştir.

Whittal vd. (2005), çalışmaya katılım gösteren katılımcıların bireysel olarak maruz kalma ve tepki önleme (ERP) ile bilişsel davranış terapisini (BDT) karşılaştırmaktadır. Katılımcılar, maruz kalma ve tepki önleme (ERP) ile bilişsel davranış terapisini seanslarına rastgele atanmıştır. Çalışma, arka arkaya süren 12 haftalık seans sürecinden oluşmaktadır. Tedavi sürecini tamamlayan 59 kişiye yapılan obsesif kompulsif bozukluğu ölçeği sonuçları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Tedavi sonrası ve üç aylık takip sürecinde ise alınan puanlar ERP katılımcılarına kıyasla (sırasıyla %59 ve %58), BDT katılımcılarında tedavi sonrası (%67) ve takipte daha yüksek (%76) yüzdeler olarak saptanmıştır. Takip sürecinde iyileşme görüldü ancak BDT ve ERP arasında anlamlı fark görülmemiştir.

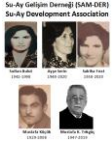
Alan yazı taramaları sonucunda obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde kullanılan bilişsel davranışçı yaklaşımın genel olarak ortak aşamaları; psikoeğitim, ev ödevleri, bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma ve alıştırma, yanıt önlemedir (Bozkurt, 2003; Yılmaz, 2018). OKB’de uygulanan BDT’nin aşamalarına başlamadan önce ilk görüşmede danışanın temel yakınmaları, yakınmalarının tarihçesi ve aile öyküsüne ilişkin bilgiler, istem dışı düşüncelerinin içeriği, sıklığı ve danışanın işlevselliğine olan etkisi değerlendirilecektir. Bunun yanı sıra, danışanın istem dışı düşüncelerine ilişkin değerlendirmeleri, düşünceleri kontrol etme ve bastırma stratejileri ele alınması gerekmektedir. Danışanın düşünce kontrolüne ilişkin hatalı değerlendirmeleri ve terapi hedefleri belirlenecektir. Psikoeğitimde danışana fiziksel gerginlik, düşünce-duygu süreçleri ile OKB semptomları arasındaki bağlantı ve yürütülecek olan tedavi süreci hakkında bilgi verilir. Kendini izleme ve ev ödevleri olarak danışana obsesif düşünceleri ve kompulsif davranışlarını gün gün yazarak değerlendirdiği bir günlük tutması ve ev ödevini her oturumun başında değerlendirilmesi gerekmektedir. Seans süreci ilerledikçe danışanın içinde bulunduğu durumları, düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını not ettiği A-B-C-D modeli verilerek doldurulması sağlanır. BDT modülünde danışanın otomatik düşünce ve bilişsel çarpıtmalarını bulmak için kanıt arama, derine inme gibi bilişsel yeniden yapılandırma ve sokratik sorgulama yöntemleri kullanılır. Böylelikle danışanın ortaya çıkan bilişsel çarpıtmalarıyla çalışılır. Örneğin; ‘eğer en ufak bir başarısızlık dahi gösterirsem başarılı bir insan sayılamam’ (hep ya da hiç tarzında düşünme), ‘tam anlamıyla bir skandal olur’ (felaketleştirme), ‘içlerinden bana deli demişlerdir’ (akıl okuma). İlerleyen seans sürecinde danışanın obsesyonları için maruz bırakma yöntemi, kompulsiyonları için de yanıt önleme yöntemleri kullanılır. Bunun dışında BDT seanslarında sosyal beceri eğitimi, model alma, imgesel tekniklerde kullanılmaktadır. Danışanın obsesyonları ve kompulsiyonları ortadan kalkınca BDT sonlandırılmaktadır (Okumuş vd., 2019). BDT’nin ulaşılır ve kazanç sağlayan bir tedavi yöntemi olduğu fakat danışanın tedavi sürecinde obsesyonlarıyla yüzleşme ve kompulsiyonlarını kontrol altında tutmaya çalışması onun bu süreç içerisinde etkin olmasını gerektirmektedir. Bu zorlayıcı durum ise danışanların tedavi sürecinin tamamlamadan bırakmasına neden olmaktadır (Okumuş vd., 2019). Yapılan araştırmalar sonucunda OKB’nin bilişsel davranışçı tedavileri, bozukluğun prognozunu önemli ölçüde iyileştirdiği görülmüştür. ERP’ye vurgu yapan BDT,



ilaçlı yahut ilaçsız OKB'nin sağlam ve etkili bir tedavi yöntemi olduğu yukardaki çalışmalardan saptanmıştır. Bazı çalışmalarda ise bireylerin hem BDT'den hem de ERP tedavisinden fayda gördüğü gözlemlenmiştir. Buna göre OKB tedavisinde BDT ve ERP yaklaşımlarının uygulanabilirliği, hastalara etkin bir tedavi yöntemi için olanak sağlamaktadır.

## KAYNAKLAR

- Abramowitz, J. S. (2006). The psychological treatment of obsessive—compulsive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 407-416. <https://doi.org/10.1177/070674370605100702>
- Al-Sharbaty, Z., Al-Sharbaty, M., & Gupta, I. (2014). Cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. In *Obsessive-Compulsive Disorder-The Old and the New Problems*. V. Kalinin (Ed.), *Intech Open*. <http://dx.doi.org/10.5772/57332>
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı*, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). (Çeviri ed. E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5) (Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 123-137. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.016>
- Aouizerate, B., Guehl, D., Cuny, E., Rougier, A., Bioulac, B., Tignol, J., & Burbaud, P. (2004). Pathophysiology of obsessive—compulsive disorder: a necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Progress in neurobiology*, 72(3), 195-221. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2004.02.004>
- Bayar, R., & Yavuz, M. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 62, 185-192.
- Bayraktutan, E. (2006). *Grupla psikolojik danışmanın lise öğrencilerinin atılgnlık düzeyine etkisi* (Yayınlanmamış Yüksek İsans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. J. A. G. P. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch gen psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Blanco, C., Olfson, M., Stein, D. J., Simpson, H. B., Gameroff, M. J., & Narrow, W. H. (2006). Treatment of obsessive-compulsive disorder by US psychiatrists. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(6), 946-951.
- Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1532-1542. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08020320>
- Bozkurt, N. (1998). Lise öğrencilerinin okul başarısızlıklarının altında yatan depresyonla ilişkili otomatik düşünce (Doktora tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>
- Bozkurt, N. (2003). Depresyonda bilişsel-davranışçı yaklaşımlar: Beck'in bilişsel kuramı. *Ege Eğitim Dergisi*, 2(3), 59-64.
- Braga, D. T., Cordioli, A. V., Niederauer, K., & Manfro, G. G. (2005). Cognitive-behavioral group therapy for obsessive—compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(3), 180-186. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00559.x>
- Bulut, N. (2007). Relations between school psychological counselors' life satisfaction, strategies of coping with stress and negative automatic thoughts. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(27), 1-13.
- Bulut Serin, N. & Genç, H. (2011). Grupla öfke denetimi eğitiminin ergenlerin öfke denetimi becerilerine etkisi. *TED- Eğitim ve Bilim Dergisi*, 36 (159),236-254.
- Chakrabarty, K., Bhattacharyya, S., Christopher, R., & Khanna, S. (2005). Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*, 30(9), 1735-1740. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300733>
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S. N., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., ... & Dartigues, J. F. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 70(6), 288-297. <https://doi.org/10.1159/000056269>



- Çelikel H. (2007). *Klinik olmayan örnekleme çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiyasyon ve obsesif-kompulsif belirtiler* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Yüzüncü Yıl Üniversitesi.
- Flament, M. (1990). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *L'encephale*, 16, 311-316.
- Foa, E. B. (2022). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues In Clinical Neuroscience*, 12(2), 199-207. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/efoa>
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Moser, J. (2002). Context in the clinic: how well do cognitive-behavioral therapies and medications work in combination?. *Biological Psychiatry*, 52(10), 987-997. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01552-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01552-4)
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T., & Apter, A. (2004). Life events and personality factors in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45(3), 192-198. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2004.02.004>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives Of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Grant, J. E. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *New England Journal of Medicine*, 371(7), 646-653. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1402176>
- Greist, J. H., Bandelow, B., Hollander, E., Marazziti, D., Montgomery, S. A., Nutt, D. J., ... & Zohar, J. (2003). WCA recommendations for the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. *CNS spectrums*, 8(1), 7-16. <https://doi.org/10.1017/S1092852900006908>
- Grisham, J. R., Anderson, T. M., & Sachdev, P. S. (2008). Genetic and environmental influences on obsessive-compulsive disorder. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 258(2), 107-116. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0789-0>
- Güllüoğlu M.Ç. (2005). *Obsesif kompulsif bozukluğu tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin ebeveynlerindeki psikopatolojik belirtileri* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi.
- Heyman, I., Mataix-Cols, D., & Fineberg, N. A. (2006). Obsessive-compulsive disorder. *Bmj*, 333(7565), 424-429. <https://doi.org/10.1136/bmj.333.7565.424>
- Houghton, S., & Saxon, D. (2007). An evaluation of large group CBT psycho-education for anxiety disorders delivered in routine practice. *Patient education and counseling*, 68(1), 107-110. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.010>
- Houghton, S., Saxon, D., Bradburn, M., Ricketts, T., & Hardy, G. (2010). The effectiveness of routinely delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A benchmarking study. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 473-489. <https://doi.org/10.1348/014466509X475414>
- Højgaard, D. R., Hybel, K. A., Ivarsson, T., Skarphedinsson, G., Nissen, J. B., Weidle, B., ... & Thomsen, P. H. (2017). One-year outcome for responders of cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(11), 940-947. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.002>
- Iniesta-Sepúlveda, M., Nadeau, J. M., Ramos, A., Kay, B., Riemann, B. C., & Storch, E. A. (2017). An initial case series of intensive cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in adolescents with autism spectrum disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 49(1), 9-19. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0724-1>
- Iniesta-Sepúlveda, M., Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Parada-Navas, J. L., & Rosa-Alcázar, Á. (2017). Cognitive-behavioral high parental involvement treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 53-64. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.03.010>
- İskenderoğlu, İ. (2022). *Obsesif kompulsif belirtiler, belirsizliğe tahammülsüzlük ve kaygı arasındaki ilişki: Covid-19 sürecine özgü bir çalışma* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Işık Üniversitesi.
- Jónsson, H., & Hougaard, E. (2009). Group Cognitive Behavioural Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(2), 98-106. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01270.x>
- Kafes, A. Y. (2021). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tedavisinde Kullanılan Davranışçı Müdahale Teknikleri: Sistemantik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 726-738. <https://doi.org/10.18863/pgy.875418>





- Kahveci, G., & Serin, N.B. (2017). Conjoint behavioral consultation, cognitive behavior therapy and schema-based instruction: enhancing mathematical resilience. *EURASIA J. Math., Sci Tech. Ed* 2017;13(8):5543–5556
- Karaman, D., Durukan, İ., & Erdem, M. (2011). Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 278-295. <https://doi.org/10.18863/pgy.133410>
- Karamustafaloğlu, O. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *The Journal of Turkish Family Physician*, 1(1), 1-10.
- Kircanski, K., Peris, T. S., & Piacentini, J. C. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 239–254. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.014>
- Koran, L., Hanna, G., Hollander, E., & Nestadt, G. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(7), 5–53.
- Köse, Ç. (2010). *Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuklara uygulanmış olan bilişsel davranışçı terapi, ilaç tedavisi ve kombinasyonunun etkililiklerinin karşılaştırılması* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Maltepe Üniversitesi.
- Lapsekili, N., & Ak, M. (2012). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi Sürecinde Yol Gösterici Formülasyon. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 21-27.
- Lewin, A. B., Wu, M. S., McGuire, J. F., & Storch, E. A. (2014). Cognitive Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 415–445. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.002>
- Matsunaga, H. (2012). Current and emerging features of obsessive-compulsive disorder--trends for the revision of DSM-5. *Seishin Shinkeigaku Zasshi= Psychiatria et Neurologia Japonica*, 114(9), 1023-1030.
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., ... & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 225(3), 236-246. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058>
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W. J., Paterson, R., & Anderson, K. W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of Obsessive-Compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 205–214. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.205>
- Leckman, J. F., Bloch, M. H., & King, R. A. (2022). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues In Clinical Neuroscience*, 11(1), 21-23. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/jfleckman>
- Lin, H., Katsovich, L., Ghebremichael, M., Findley, D. B., Grantz, H., Lombroso, P. J., ... & Leckman, J. F. (2007). Psychosocial stress predicts future symptom severities in children and adolescents with Tourette syndrome and/or obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 157-166. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01687.x>
- Lin, H., Williams, K. A., Katsovich, L., Findley, D. B., Grantz, H., Lombroso, P. J., ... & Leckman, J. F. (2010). Streptococcal upper respiratory tract infections and psychosocial stress predict future tic and obsessive-compulsive symptom severity in children and adolescents with Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, 67(7), 684-691. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.08.020>
- MacMaster, F. P., O'Neill, J., & Rosenberg, D. R. (2008). Brain imaging in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(11), 1262-1272. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318185d2be>
- Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., ... & McKay, D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 78-88. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.005>
- Mataix-Cols, D., Pertusa, A., & Leckman, J. F. (2007). Issues for DSM-V: how should obsessive-compulsive and related disorders be classified?. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1313-1314. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040568>
- Merlo, L. J., Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., & Geffken, G. R. (2010). Cognitive-behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(1), 24-27. <https://doi.org/10.1080/16506070902831773>
- Miguel, E. C., Leckman, J. F., Rauch, S., do Rosario-Campos, M. C., Hounie, A. G., Mercadante, M. T., ... & Pauls, D. L. (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 10(3), 258-275. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001617>



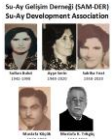
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Liang, K. Y., LaBuda, M., ... & Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 57(4), 358-363. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.4.358>
- Okray, Z. (2021). Covid-19 pandemisi ve obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(3), 588-604. <https://doi.org/10.18863/pgy.829348>
- Okumuş, F., Berk, H. Ö. S., & Yücel, B. (2019). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Gevşeme Eğitimi ve Bilişsel Davranışçı Tekniklerin Uygulanması: Vaka Örneği. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 8(1),63-68. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.10756>
- Öner, P., & Aysev, A. (2001). Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 10(11), 409-411.
- Pauls, D. L. (2008). The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *In American Journal Of Medical Genetics Part C: Seminars In Medical Genetics*, 148 (2), 133-139. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30168>
- Raffin, A. L., Fachel, J. M. G., Ferrao, Y. A., de Souza, F. P., & Cordioli, A. V. (2009). Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 24(5), 297-306. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.12.001>
- Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(4), 18438.
- Sassano-Higgins, S. A., Sapp, F., & Van Noppen, B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Focus*, 13(2), 148-161. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.130207>
- Saxena, S., & Rauch, S. L. (2000). Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 563-586. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70181-7](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70181-7)
- Serin, N. B., & Aysan, F. (2021). Lise öğrencilerinin depresyon ve olumsuz otomatik düşüncelerinin cinsiyet ile akademik başarı açısından incelenmesi. *Manisa Celal Bayar University Journal of Social Sciences*, 19 (1), 285-296. doi: 10.18026/cbayarsos.803563
- Simpson, H. B., Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Ledley, D. R., Huppert, J. D., Cahill, S., ... & Petkova, E. (2008). A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 621-630.
- Sözlü, E., & Serin, N. B. (2019). Lise öğrencilerinde olumlu ve olumsuz otomatik düşüncelerin farklı değişkenler açısından incelenmesi (kuzey Kıbrıs örnekleme). *International Journal of New Trends in Arts, Sports & Science Education (IJTASE)*, 8(3), 85-94.
- Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360(9330), 397-405. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09620-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09620-4)
- Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C., Shavitt, R. G., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-21.
- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. V. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 4-13. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00302.x>
- Sukhodolsky, D. G., Gorman, B. S., Scahill, L., Findley, D., & McGuire, J. (2013). Exposure and response prevention with or without parent management training for children with obsessive-compulsive disorder complicated by disruptive behavior: A multiple-baseline across-responses design study. *Journal Of Anxiety Disorders*, 27(3), 298-305. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.005>
- Szeszko, P. R., Christian, C., MacMaster, F., Lencz, T., Mirza, Y., Taormina, S. P., ... & Rosenberg, D. R. (2008). Gray matter structural alterations in psychotropic drug-naïve pediatric obsessive-compulsive disorder: an optimized voxel-based morphometry study. *American Journal of Psychiatry*, 165(10), 1299-1307.
- Şafak, Y., Karadere, M. E., Özdel, K., Kuru, E., Özcan, T., Türkçapar, M. H., & Yücel, B. (2014). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 225-33. <https://doi.org/10.5080/u7510>
- Topses, G., & Serin, N. B. (2018). *Psikolojik Danışma ve Kişilik Kuramları*. Nobel Akademik Yayıncılık. Ankara: 2. basım ISBN, 978-605-133-361-8.
- Topses, G., & Serin, N. B. (2017). *Grupla Psikolojik Danışmanın temel Kavram ve İlkeleri*. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara. ISBN: 978-605-320-700-9.



- Türkçapar, M. H., & Şafak, Y. (2012). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel özellikler ve bilişsel tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 5, 69-75.
- Van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8(5), 450-458. <https://doi.org/10.1375/twin.8.5.450>
- Van Noppen, B., Sassano-Higgins, S., Appasani, R., & Sapp, F. (2021). Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: 2021 Update. *Focus*, 19(4), 430-443. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20210015>
- Wagner, A. P. (2011). Cognitive-behavioral therapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Obsessive-Compulsive Disorders in Adults and Children*, 138.
- Williams, T. I., Salkovskis, P. M., Forrester, E. A., & Allsopp, M. A. (2002). Changes in symptoms of OCD and appraisal of responsibility during cognitive behavioural treatment: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 69-78. <https://doi.org/10.1017/S1352465802001078>
- Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour research and therapy*, 43(12), 1559-1576. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.012>
- Whittal, M. L., Woody, S. R., McLean, P. D., Rachman, S. J., & Robichaud, M. (2010). Treatment of obsessions: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 48(4), 295-303. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.010>
- Yılmaz, B. (2018). Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Lectio Scientific*, 2(1), 21-42.
- Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 8(3), 445-460. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30163-9](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30163-9)

## EXTENDED ABSTRACT

The aim of this study is to define whether cognitive behavioral therapy is effective in obsessive compulsive disorder by examining it with various studies. Examining the effectiveness of cognitive behavioral therapy on obsessive-compulsive disorder, the definition of obsessive-compulsive disorder, its developmental stages, what its symptoms are, which thoughts are revealed by the obsession, and which behavior is revealed by the compulsions are defined in detail. Then, information was given about the prevalence of obsessive-compulsive disorder, the effects of genetic and environmental factors in its occurrence, and its differential diagnosis. The main purpose of the subject is the definition of cognitive behavioral treatment, the definition of cognitive approach, cognitive approach methods, behavioral approach, behavioral approach methods, how cognitive behavioral treatment treats obsessive compulsive disorder, the definition of exposure and response prevention method, which is a cognitive behavioral treatment approach for obsessive compulsive disorder. and the practices process of response prevention, the presentation of studies on the effectiveness of exposure and response prevention with cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder, and that cognitive behavioral treatment has an effect on the treatment of obsessive-compulsive disorder and that this method is effective and efficient in the treatment of individuals with this disorder with or without medication. mentioned as available. Looking at the definition of obsession and compulsion, which is the first subtitle, it is seen that obsessions are involuntary, repetitive thoughts, and compulsions are defined as behaviors that occur to stop these thoughts. Obsessive compulsive disorder is a chronic and neuropsychiatric anxiety disorder. It is seen that obsessive compulsive disorder causes the individual to spend most of his time with thoughts and behaviors by disrupting his daily life functions, and brings problems that negatively affect his professional and social life. Obsessive compulsive disorder, which disrupts the daily functionality of the individual, reveals different symptoms in each person. Sub-dimensions of obsession among these symptoms; contamination, contamination, suspicion, aggression, sexual, religious, symmetry and somatic obsessions that arise due to the need for certainty. Compulsion sub-dimensions are cleaning, control, counting, symmetry and hoarding compulsions. Obsessive compulsive disorder, which is defined as a debilitating psychiatric condition, appears to be explained by three different components. The first component, obsessions, was defined as intrusive and unwanted thoughts, images, ideas, and doubts about actions. The second component, compulsions, is defined as specific behavioral actions involving hidden mental rituals aimed at neutralizing obsessions or confirming suspicious behavior. In addition to these two main components, individuals with the



disorder appear to exhibit intense avoidance behavior to avoid provocation of obsessions and their associated compulsions. The diagnostic criteria of obsessive compulsive disorder are explained as follows.

A. Presence of obsessions, compulsions, or both:

Obsessions are defined by (1) and (2) of the following:

- 1) Obsessions are repetitive and uninterrupted impulses, thoughts, or images that sometimes come with difficulty and involuntarily, causing distress or anxiety.
- 2) The person tries to trivialize, suppress or neutralize these thoughts that cause obsession with a different thought or behavior.

Compulsions are defined by (1) and (2) of the following:

- 1) Repetitive behaviors that the individual cannot prevent himself in response to the obsession. These behaviors are; hand washing, checking, counting and so on.
- 2) Behaviors or mental movements include reducing discomfort, avoiding, or avoiding. But the projection of protection from the disturbing situation is not realistic but excessive.

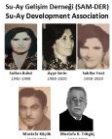
B. Obsessions or compulsions are clearly disturbing, take more than 1 hour during the day, cause poor evaluation of the process, and have an impact on daily work, work life and functions or environmental relations in the education process.

C. Obsessive-compulsive disorder is independent of the physiological activities of the substance or general medical condition.

D. All obsessions or compulsions with Axis 1 disorder are not limited to these conditions.

If we look at the other sub-title, it is seen that obsessive compulsive disorder is the fourth psychiatric disorder and its lifetime prevalence is around 2-3%, while the rate of this disorder increases in children and adolescents. As with other mood and anxiety disorders, the incidence of OCD is more common in women, with early onset in men and late onset in women. The prevalence of OCD in children and adolescents was found to be between 1-4%, on average 2%. The prevalence of OCD before puberty was higher in boys, equal in boys and girls during puberty, and higher in girls after puberty. Obsessive compulsive disorder is distinguished from schizophrenia, tic disorders, tourette syndrome, phobia, trichotillomania, dysmorphophobia, hypochondriasis and depression with certain symptoms. In the other sub-title, the definition of cognitive behavioral treatment and the treatment method and its effect on obsessive compulsive disorder were examined. Disturbing and time-consuming obsessions occur when the patient is evaluated as a threat for which they are personally responsible. The person then becomes preoccupied with the unwanted thought and trying to control it. It appears that patients with obsessive compulsive disorder experience distorted, dysfunctional thoughts that generate and perpetuate their anxiety about themselves, the world, and the future, and obsessive-compulsive disorder is associated with an inflated sense of personal responsibility for events that may harm oneself or others. Therefore, cognitive behavioral therapy aims to help the person identify, question and change these dysfunctional ideas and adopt more functional behaviors. It is short and structured for cognitive behavioral therapy applied to cope with symptoms during obsessive compulsive disorder treatment process. Cognitive and behavioral methods including home exercises such as exposure to fearful stimuli, response prevention, challenging dysfunctional false beliefs, psycho-education and symptom monitoring and exposure exercises applied in the structured process are used. In the cognitive behavioral treatment process, behavioral exposure techniques help to get used to fear, while cognitive techniques focus on identifying and correcting dysfunctional beliefs in patients with predominant obsessions. The purpose of using behavioral approach techniques in the treatment of obsessive compulsive disorder is to prevent the anxiety of the individual as a result of obsessive thoughts with behavioral methods. In the face of this situation, the practice technique; It is to reduce the level of anxiety as a result of exposing





the person to the situation he is worried about in his life or in a clinical setting. Systematic desensitization is the gradual exposure from the least anxiety to the most anxiety-provoking situation. In the virtual reality method, the individual is exposed to anxiety by watching videos with anxiety-provoking stimuli from the computer in the clinical environment. Relaxation exercises reduce the level of anxiety and cause anxiety to be kept under control. The most effective behavioral techniques in this disorder are a combination of exposure and response prevention. Exposure refers to facing a feared situation (e.g. touching dirty objects, deliberately making mistakes in paperwork, doing the wrong number of tasks, exposing the person to anxiety-provoking thoughts, words, images). During exposure, one should avoid rituals and avoidance behaviors. At this stage, response prevention is used. In the response prevention phase, it is aimed to eliminate compulsions, rituals and protective behaviors. Practices can be real or imaginary. A list of anxiety-provoking stimuli should be made prior to administration. The exercise starts with the easy tasks in the list and the difficulty of the tasks is increased step by step. According to the cognitive theory, the source of the obsessions is the negative evaluation of unwanted and disturbing thoughts, impulses and images, resulting in anxiety and attempts to reduce anxiety through rituals, ruminations or avoidance. Negative and wrong evaluation should be corrected in the obsession treatment process. When the symptoms of obsessive compulsive disorder improve significantly, breakout sessions are recommended and cognitive behavioral therapy is stopped. Cognitive behavioral treatments of obsessive compulsive disorder and the methods used have been shown to be effective and significantly improve the prognosis of the disorder. Emphasizing exposure and response prevention, CBT has been observed to be a robust and effective treatment modality for OCD with or without medication. The topics mentioned in the study discussed are explained in detail.