

# Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Üçüncü Kuşak Terapilerin Etkililiği: Bir Gözden Geçirme

## Effectiveness of Third Wave Therapies for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review

Gizem Onaral<sup>1</sup>

### Öz

Tekrarlayan obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize olan Obsesif-Kompulsif Bozukluk tedavisinde ilaç tedavisi ve Bilişsel Davranışçı Terapi olmak üzere 2 ana tedavi yaklaşımının etkililiği kanıtlanmış görünmektedir. Ancak tedaviyi yarıda bırakma oranlarının yüksek olması ve BDT sonrası kalıntı belirtilerin görülmesi, araştırmacıları farklı tedavi yaklaşımlarına yöneltmiştir. Bu bağlamda ortaya çıkan yeni gelişmeler, 3. Kuşak Terapiler açısından umut vermektedir. Bu gözden geçirme çalışmasında; Obsesif-Kompulsif Bozukluk'un tedavisinde kullanılan 3. Kuşak Terapilerin kuramsal alt yapısının özetlenmesi, bu bağlamdaki terapi yaklaşımlarının etkililiğine dair araştırmaların yöntemsel ve terapi süreci açısından gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla bu gözden geçirme çalışmasında; 2004-2020 yılları arasında İngilizce/Türkçe dilinde yayımlanmış ve Ebscohost, Ulakbim, Google Akademik, Science Direct ve Web of Science olmak üzere 5 veri tabanından ulaşılan Kabul ve Kararlılık Terapisi, Bilinçli Farkındalık Temelli Terapi, Üstbilişsel Terapi, Şema Terapi ve Diyalektik Davranış Terapisi'nin obsesif-kompulsif bozukluk'taki etkililiğini inceleyen araştırmalara yer verilmiştir. Yapılan gözden geçirme sonucunda, 3. Kuşak Terapiler'in genel olarak obsesif kompulsif belirtileri azalttığı görülmüştür. Buna ek olarak, depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinde azalma; öz-şefkat ve bilinçli farkındalık gibi becerilerde ise artış sağladığı belirlenmiştir. Buradan yola çıkarak, Obsesif-Kompulsif Bozukluk tedavisinde 3. Kuşak Terapiler'in yetişkin örneklemindeki etkililiğine dair ilk kanıtların birikmeye başladığı ancak daha büyük örneklerle ile bilişsel davranışçı terapi, maruz bırakma ve tepki önleme ya da ilaç tedavisi ile karşılaştırmalı olarak yapılan seçkisiz kontrollü klinik çalışmalara ihtiyaç olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Obsesif-kompulsif bozukluk, kabul ve kararlılık terapisi, farkındalık, üstbiliş, kuşaklar

### Abstract

In the treatment of obsessive-compulsive disorder, the effectiveness of two main treatment approaches, pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy, has been proven. However, the high rates of drop out from treatment and the presence of residual symptoms after CBT direct researchers to look for different treatment approaches. Therefore, emerging developments show that Third Wave Therapies are promising. In this review; it is aimed to summarize the theoretical background of Third Wave Therapies used in the treatment of obsessive-compulsive disorder and to review the effectiveness of these approaches and examine these studies in terms of methodological perspective and therapy content. In accordance with this purpose, studies which examine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness-Based Therapy, Metacognitive Therapy, Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy which are published in English/Turkish between 2004-2020 years and accessed from 5 databases: Ebscohost, Ulakbim, Google Scholar, Science Direct and Web of Science are included. As a result of this review, it has been determined that Third Wave Therapies generally reduce obsessive-compulsive symptoms and result in both reductions on depression, anxiety and stress symptoms and improvements on skills such as self-compassion and mindfulness. Based on these results, it was concluded that the first evidences about the effectiveness of Third Wave Therapies in the adult population in the treatment of obsessive-compulsive disorder begin to accumulate, but there is a need for randomize clinical controlled trials which is performed with larger samples and compared with cognitive behavioral therapy, exposure and response prevention or pharmacotherapy.

**Keywords:** Obsessive-compulsive disorder, acceptance and commitment therapy, mindfulness, meta-cognition, waves

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi, Kayseri, Türkiye

✉ Gizem Onaral, Erciyes Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Kayseri, Türkiye  
gonaral07@gmail.com | 0000-0003-0438-2416

Geliş tarihi/Received: 11.08.2020 | Kabul tarihi/Accepted: 13.10.2020 | Çevrimiçi yayın/Published online: 15.12.2020

2013 yılında yapılan Hastalıkların Küresel Yükü Çalışması'na göre; maluliyete yol açan başlıca nedenler arasında, obsesif-kompulsif bozukluğun da (OKB) içinde yer aldığı Anksiyete Bozuklukları ilk 10'da yer almaktadır (Mokdad ve ark. 2016). Anksiyete Bozuklukları, Dünya Sağlık Örgütü'nün tüm bölgeleri içerisinde, ölümcül olmayan hastalıklara katkıda bulunan faktörler arasında ise 6. sırada yer almaktadır (Dünya Sağlık Örgütü 2017). Anksiyete Bozuklukları arasında, OKB sıklıkla şiddetli sonuçlar yaratan bozukluklardan birisidir ve anksiyete nedeniyle hastaneye yatışı yapılan hastalar, büyük bir olasılıkla OKB tanısı almaktadır (Steketee ve Barlow 2002).

Daha önce DSM-IV'te Anksiyete Bozuklukları sınıfında yer alan OKB (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000), DSM-5'te Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk adı altında başlı başına ayrı bir sınıfta yer almıştır. Buna göre; OKB; obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da hem obsesyonlar hem de kompulsiyonların varlığı ile karakterize olan ruhsal bir bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013). DSM-5'te obsesyonlar; girici ve istenmedik olarak deneyimlenen tekrarlı ve ısrarcı düşünceler, imajlar ya da dürtüler olarak tanımlanmıştır. Kompulsiyonlar ise; bireyin bir obsesyon karşısında kendisini yapmaya mecbur hissettiği tekrarlı davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyonlar genellikle korkulan bir olayın önüne geçme ya da sıkıntıyı azaltma amacıyla gerçekleştirilir. Ancak kompulsiyonlar, önlemeye niyetlenen durumla bağlantılı olarak aşırıdır ya da gerçek dışıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

Tekrarlı obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize olan ve işlevsellikte anlamlı düzeyde bozulma ile ilişkili olduğu görülen (Gururaj ve ark. 2008, Ruscio ve ark. 2010) OKB'nin 12 aylık yaygınlığı DSM-5'te %1,2 olarak belirtilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2013). Ulusal Komorbidite Anket Tekrarlaması'nda (2010) ise yaşamboyu yaygınlığı %2,3 ve 12 aylık yaygınlığı %1,2 olarak bulunmuştur (Ruscio ve ark. 2010). Benzer şekilde ülkemizde 18 yaş üzerinde bireylerle yapılan genel bir toplum taraması çalışmasında 12 aylık yaygınlık oranı %3 olarak belirlenmiştir (Çilli ve ark. 2004).

OKB için ilk sıra ilaç tedavisi, seçici seretonin geri alım inhibitörüdür (SSRI) ve OKB tedavisinde bu ilaçların etkililiği yıllardır kanıtlanmış durumdadır (Dougherty ve ark. 2004). Ancak OKB kronik bir tedavi gerektiren, kronik bir bozukluktur ve OKB tanılı bireylerde ilaç kesme denemelerinin nüks ve yaşam kalitesinde azalma ile sonuçlandığı görülmektedir (Fineberg ve ark. 2012). Bununla birlikte OKB tanısı almış olan bireylerin %80-90'ının Davranışçı Terapi'den (DT) fayda sağladığı belirtilmektedir (Ersoy ve ark. 2003). Birinci kuşak olarak da adlandırılan DT'nin temel özelliği klasik koşullama ve edimsel öğrenmeye odaklanmasıdır (Kahl ve ark. 2012). OKB'nin davranışçı terapisi'nde belirti azaltma amaçlı kullanılan ana teknik maruz bırakma ve tepki önlemedir. Ancak MBTÖ'nün maruz bırakma aşamasında yüksek düzey anksiyete yaratması gibi zorluklar, bazı klinisyen ve araştırmacıların korku ipuçlarına daha az uzun süreli maruz bırakmayı içeren ve diğer anksiyete bozukluklarının tedavisinde yardımcı olan Bilişsel Terapi (BT) tekniklerine yönelmesine yol açmıştır (Abramowitz 2006).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT); DT ile ikinci kuşak olarak da adlandırılan ve bilgi işleme süreçlerine odaklanan bilişsel terapi tekniklerinin birleşiminden oluşmaktadır

(Kahl ve ark. 2012). BDT; etkililiği, terapötik kazanımların tedavi sonrası sürdürülmesi, tolere edilebilirlik, güvenli olma gibi nedenlerle yetişkin ve çocuklardaki OKB için birinci sıra tedavi olarak görülmektedir (Brauer ve ark. 2011). İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE, 2006); OKB tanısı almış olan ve işlevselliği hafif düzeyde bozulmuş yetişkinler için başlangıç tedavisine düşük yoğunluklu psikolojik tedaviler (maruz bırakma ve tepki önlemeyi içeren) ile başlanmasını; işlevselliği orta düzeyde bozulmuş olanlara ise SSRI ya da yoğun BDT seçeneklerinin sunulmasını önermektedir.

OKB tanılı bireylerin önemli kısmında, ilaç tedavisine yanıtın yetersiz olduğu ve tedaviye BDT eklenmesinin faydalı olduğu görülmektedir. Bu doğrultudaki, ilaç tedavisine dirençli OKB tanılı bireylerde BDT'nin etkililiğini incelemeyi amaçlayan sistematik bir gözden geçirme çalışmasında; BDT'de tedavi yanıtının oldukça iyi olduğu, gözden geçirilen bütün çalışmalarda daha önce ilaç tedavisi görmüş ancak yeterli yanıt alınamamış bireylerde BDT sonrasında OKB belirtilerinde anlamlı azalmaların elde edildiği belirlenmiştir (Sijercic ve ark. 2020). Benzer şekilde ilaç tedavisi sonrası kalıntı belirtileri olan OKB tanılı bireylerde Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (MBTÖ) ile birlikte BDT'nin de OKB belirtilerini azaltmada etkili olduğu görülmektedir (Simpson ve ark. 2008).

En sık kullanılan tedaviler SSRI, MBTÖ ve BDT olsa da bu yaklaşımların da kısıtlılıkları bulunmaktadır. Dougherty ve arkadaşlarının (2004) belirttiği üzere, OKB için ilaç tedavisi çalışmalarının pek çoğunda tedaviye yanıt ölçütü olarak, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) puanının temel orandan %25-30 aşağı düşmesi hedeflenmektedir. Bu nedenle, ilaç tedavisine yanıt verdiği bildirilen hastaların pek çoğu hala anlamlı düzeyde kalıntı belirtiler göstermektedir. Bununla birlikte, Ong ve arkadaşları (2016) yaptıkları gözden geçirme çalışması sonucunda; MBTÖ'de ağırlıklandırılmış tedaviyi yarıda bırakma oranının %14,7, MBTÖ'yi reddeden hasta oranının ise %9,2 olduğunu belirtmiş ve buna dayanarak MBTÖ'de genel kayıp oranının %18,7 olduğunu tahmin ettiklerini bildirmişlerdir.

BDT'nin OKB için birinci sıra tedavi olduğu görülmektedir ancak standart BDT'nin temel sınırlılıklarından birisi hastanın tedaviye uyumunun zayıf olmasıdır (Brauer ve ark. 2011, Didonna ve ark. 2019). OKB tedavisinde BDT'ye yönelik tedavi uyumuna ilişkin yapılan bir meta analizde; BDT'yi reddetme oranının %15.6 ve yarıda bırakma oranının %15.9 (Leeuwerik ve ark. 2019) olduğu, antidepresan tedavisinde ise yarıda bırakma oranının %30.3'e çıktığı görülmüştür (Öst ve ark. 2015). Ayrıca BDT'nin uzun süreli ve maliyetli olduğu (Fineberg ve ark. 2018) ve bununla birlikte BDT sonrası kalıntı belirtilerin devam ettiği de görülmektedir (Fisher ve Wells 2005).

Şiddetli düzeydeki OKB'nin anlamlı düzeyde malüliyet, düşük yaşam kalitesi, yüksek aile yükü ve sosyal işlevsellikte yüksek düzeyde bozulma ile ilişkili olması (Bystritsky ve ark. 2001, Gururaj ve ark. 2008), OKB tanısı alan bireylerin yaygınlığının tahmin edildiğinden daha çok ve OKB'nin hastaların yaşam kalitesini oldukça düşüren bir bozukluk olduğunun anlaşılması üzerine de etkili tedavi seçeneklerine olan ihtiyaç artmıştır. Dolayısıyla bütün hastalar tarafından BDT'nin kabul edilmemesi, yüksek bırakma oranları ve tedaviyi reddetme gibi MBTÖ'de karşılaşılan güçlükler gibi kısıtlılıklar, 3. Kuşak Terapilerin uygulamaya geçirilmesi ile sonuçlanmıştır (Manjula ve Sudhir 2019).

Hayes (2004), 3. Kuşak Terapiler'in geleneksel bilişsel davranışçı yaklaşımların üzerine inşa edildiğini ancak birkaç kritik açıdan farklılık gösterdiğini öne sürmüştür. Onun bakış açısına göre, bilimsel olarak elde edilen kuramsal ilke ve klinik yöntemlerin önemini vurgulayan Birinci Kuşak Davranışçı Terapiler, Psikoanalitik ve Hümanistik Terapi yaklaşımlarının özünde yer alan klinik zenginliklerin bir kısmını gözden kaçırmaktadır. Bilişsel Terapi hareketi olarak da belirtilen İkinci Kuşak Terapiler ise, düşünce ve duygular gibi içsel deneyimlerin rolüne odaklanmaktadır ancak alanyazın, bilişleri değiştirmeyi hedefleyen tekniklerin etkililiğine ve anksiyetenin bilişsel modellerine ilişkin önemli eksiklikler olduğuna işaret etmektedir. Ayrıca bilimin temel felsefesinde meydana gelen değişiklikler ve gelişmeler mekanistik bakış açısından, daha bağlamsal bakış açısına doğru ilerlemenin gerekliliğine işaret etmektedir.

Geleneksel bilişsel davranışçı yaklaşımlarla benzer şekilde bu yeni müdahaleler de kurama dayalıdır ve ilişkili temel ilke, süreç ve sonuçların deneysel olarak değerlendirilmesine dayanmaktadır. Ancak bu terapiler, sonuç olarak davranışsal değişime odaklanmakla birlikte, psikolojik olayların doğrudan biçim ya da sıklığına müdahale etmeden, işlevini değiştiren bağlamsal ve deneysel değişim yöntemlerini de vurgulamaktadır. 3. Kuşak Terapiler, genel olarak hedefini, belirtileri azaltmaktan, yaşam kalitesini anlamlı düzeyde artırmaya yönelik uygulanabilir becerileri geliştirme yönünde genişletmiştir. Ayrıca 3. Kuşak Terapiler; psikopatolojinin altında yattığı düşünülen süreçlerin her yerde var olan doğasını ve de terapistin de aynı danışanı gibi pek çok temel meseleyle ilişkili zorluk yaşayan bir insan olduğu varsayımını vurgulamaktadır (Hayes 2004).

Hayes ve arkadaşları (2004); 3. Kuşak Terapiler olarak adlandırılan bu yeni yöntemleri bir araya getiren öğeleri tanımlamanın kolay olmadığını ancak geleneksel olarak klinik çalışmaların daha az deneysel kollarına mahsus olduğu kabul edilen kabul, bilinçli farkındalık, bilişsel kaynaşma, diyalektikler, değerler, maneviyat ve ilişki gibi konuları çalışma girişiminde bulduklarını ve yöntem olarak eğitici olmaktan ziyade daha yaşantısal bir yaklaşım benimsediklerini belirtmektedir. 3. Kuşak Terapiler'in; sadece birinci sıra değişime yönelik bağlılıktan uzaklaşmak, daha bağlamsal varsayımları benimsemek, doğrudan stratejilere ek olarak daha yaşantısal ve dolaylı değişim stratejilerini benimsemek ve değişimin odağını genişletmek açısından önceki kuşak terapilerden farklılaştığını söylemek mümkündür (Hayes 2004).

Hangi terapi türlerinin 3. Kuşak Terapiler bağlamında değerlendirileceğine ilişkin alanyazında farklı görüşler olduğu görülmekle birlikte Kabul ve Kararlılık Terapisi, Diyalektik Davranış Terapisi, Şefkat Odaklı Terapi, Farkındalık Temelli Müdahaleler, İşlevsel Analitik Terapi, Şema Terapi ve Üstbilişsel Terapi'nin bu bağlamda değerlendirildiğine dair bir fikir birliği olduğunu belirtmektedir (Linardon ve ark. 2017). Buna ek olarak, Bütünleştirici Duygu Düzenleme Terapisi (Mennin 2010) ve Duygu Düzenleme Terapisi (Berking 2014) başta olmak üzere duygu odaklı terapilerin de bu bağlamda ele alındığı görülmektedir (Vatan 2016).

Alanyazında İşlevsel Analitik Psikoterapi, Şefkat Odaklı Terapi ve Duygu Düzenleme Terapileri'nin OKB tanıılı yetişkin bireylerdeki etkililiğine ilişkin çalışmaya rastlanmamış

olmakla birlikte, OKB tedavisinde en sık kullanılan terapi türlerinden birinin Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) olduğu görülmektedir. KKT; bağlamsal bir tedavidir ve klinik düzeyde problemlili davranışların sadece biçimi (örneğiN: Bu düşünce mantıklı mı? Hangi sıklıkla ortaya çıkıyor?) ile değil, işlevi (örneğin Düşünce, duygu, dürtü ve davranış neye hizmet eder? Hangi koşullar altında bu şekilde işlev gösterir?) ile de ilgilenir. Bu, birinci ve İkinci Dalga Davranışçı Terapiler'in pek çoğunun altında yatan örtük felsefelerden, önemli bir felsefi farklılıktır (Hayes ve ark. 2004).

KKT; kabullenme ve farkındalık süreçleri ile daha fazla psikolojik esneklik yaratmak için bağlılık ve davranışsal değişim süreçlerini kullanan bir terapi yaklaşımıdır (Hayes ve ark. 2004). Psikolojik esnekliği güvenilir olarak üreten, kuramsal olarak psikolojik esneklik kuramına dayanan her yöntemi kullanmayı içerir (Hayes ve ark. 2012). KKT bir yöntemler seti değildir, tümü davranışsal esnekliği kuvvetlendiren 6 özgül psikolojik süreci hedefleyen terapötik bir yaklaşımdır. Bu süreçler: kabul, ayrışma, bağlamsal benlik, anda olmak, değerler ve adanmış eylemdir (Hayes ve ark. 2006). Kabul; düşünce, duygu ve bedensel duyular ortaya çıktığında bu deneyimlere karşı yargılayıcı olmayan farkındalık içeren bir tutum takınmayı ve onları etkin bir şekilde kucaklamayı içerir (Hayes ve ark. 2004). Ayrışma; bilişsel süreçlerin davranış üstündeki işlevsellikte bozulmaya yol açacak düzeyde mevcut olan hakimiyetini azaltmayı içermektedir. Bu durumda, düşüncelerin içeriği ile ilgilenilmez. Farkındalık içeren bir konum olarak dikkat, düşünme eylemine ve düşüncelerin varlığını fark etmeye yönlendirilir (Yavuz 2018). Bağlamsal benlik, zarar verilemeyecek ve her zaman mevcut olan değişmez bir benlik duyumunun var olduğunu deneyimlemeyi içermektedir. Bu aşkın benlik duyumu düşüncelerin, duyguların ve geçmiş deneyimlerin ötesine geçen ve bu deneyimlerin meydana geldiği bir bağlam ya da gözlemcidir (Twohig 2009). KKT'de anda olmak, içsel ve dışsal olayları bir bağlanma, değerlendirme ya da yargılama olmaksızın meydana gelen olaylar olarak bilinçli bir şekilde deneyimlemek anlamına gelmektedir (Twohig 2009). Değerler ise; bireyin seçtiği, sözel olarak ifade edilen, devimsel ve değişebilen uzun süreli yaşam amaçlarıdır (Yavuz 2018). Değer verdiğimiz ve uğruna çabalamaya gönüllü olduğumuz şeylerdir. KKT, kabul ve ayrışma süreçleri aracılığıyla, bireyin içsel deneyimlerinin eylemleri üzerindeki etkisini büyük oranda azaltmaya çalışır. Ayrıca bireyi değerleri doğrultusunda eylemde bulunmaya teşvik eder (Twohig 2009).

OKB'de etkililiği incelenen 3. Kuşak Terapiler arasında yer alan bir diğer terapi türü ise, Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi'dir (BFT BT). Bilinçli farkındalık temelli müdahaleler, dikkatle ilgili becerileri artırmak ve de yargılayıcı olmayan ve öz-şefkat içeren bir tutum geliştirmek amacıyla, bilinçli farkındalık meditasyonunun formal olarak uygulanmasını vurgulamaktadır (Key ve ark. 2017). BFT BT'de, katılımcılar nağoş deneyimler ortaya çıktığında, MBTÖ'nün aksine, bunları gözlemlemeye ve düşünceler, duygular ya da bedensel deneyimler olarak etiketlemeye cesaretlendirilir ancak bu nağoş deneyimler kasti olarak ortaya çıkarılmaz. İşlevsel olmayan düşüncelerin belirlenmesinin ve yeniden yapılandırılmasının hedeflendiği geleneksel BT'nin aksine, düşüncelerin içeriği değil düşüncelere yönelik tutumlar hedeflenir. BFT BT'de hastalara, ortaya çıkan

her düşüncesini dikkatli bir şekilde gözlemlemesi, bunları bir düşünce olarak etiketlemesi, yargılamaktan ve bu düşünce doğrultusunda kompulsif olarak eyleme geçmekten kaçınmaya çalışması öğretilir (Hertenstein ve ark. 2012).

Bir diğer 3. Kuşak Terapi türü olan Üstbilişsel Terapi (ÜT); ruhsal bozukluklardaki bilişsel ve duygusal düzensizlikleri sürdüren süreçleri değiştirmeyi hedefleyen tanılar üstü bir müdahale yöntemidir (McEvoy 2019). ÜT; bireylerin duygularını sürdüren ve olumsuz fikirlerini güçlendiren içsel deneyimlerine verdikleri belirli bir tepki örüntüsüne yol açan üstbilişleri nedeniyle duygusal rahatsızlığa hapsedikleri fikrine dayalıdır (Well 2008). ÜT; bilişlerin nasıl çalıştığını ve bizim ve etrafımızdaki dünyanın bilinçli deneyimlerini nasıl ürettiğini anlamak açısından üstbilişin çok önemli olduğu ilkesi üzerine kuruludur. Üstbiliş, dikkatimizi neye yönelttiğimizi ayarlar ve düşünce ve duyguları düzenlemek için kullandığımız strateji türlerini etkiler (Wells 2008). ÜT'de dikkat kontrolünü değiştirmek amacıyla dikkat eğitimi tekniği, düşüncelere mesafeli farkındalık gibi tedavi teknikleri kullanılmaktadır (Wells 2008).

OKB tedavisinde etkililiği incelenen diğer bir 3. Kuşak Terapi olan Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) ise Linehan (1993) tarafından Sınırdaki Kişilik Bozukluğu tanısı alan ve kronik olarak intihar eğilimi sergileyen bireyler için geliştirilmiştir. DDT; bilişsel ve davranışsal terapi stratejilerini içermekte ve diyalektiklere vurgu yapmaktadır. Zıt uçların süreklilik üzerinde uzlaştırılması olarak tariflenen diyalektiklerin başında kabul ve değişim gelmektedir. Kabul ve değişim ile kastedilen terapide Zen Budizmi'nin ilkelerinden uyarlanan kabul stratejileri ile davranışsal değişim stratejileri arasındaki dinamik dengeyi kurmaktır. Bununla birlikte terapide, bilinçli farkındalık, stresi tolere etme, duygu düzenleme ve kişilerarası etkililik gibi özgül becerilerin öğretilmesine odaklanılmaktadır (Linehan 1993).

3. Kuşak Terapiler arasında ele alınan bir diğer terapi türü ise temelleri Young (1990) tarafından atılan Bilişsel Davranışçı Terapi ile yaşantısal tekniklere dayanan Şema Terapi'dir (ŞT). Aslen kişilik bozuklukları ve diğer kronik ruhsal bozuklukları tedavi etmek amacıyla geliştirilen ŞT; kökenini klasik BT'den almış olsa da, BT'ye kıyasla şema ve mod kavramlarına daha fazla odaklanılmaktadır. Hastanın mevcut ve geçmiş yaşamındaki ve de terapi esnasındaki duygu, düşünce ve davranışlarına yönelik geniş bir yelpazedeki teknikleri içermektedir. Şema Terapi'de ele alınan en belirgin becerilerden birisi, içinde bulunulan andaki işlevselliğin işlevsel olmayan modlarının farkına varabilmektir (Arntz ve van Genderen 2009).

Günümüzde artan şekilde OKB'nin tedavisinde 3. Kuşak Terapi türlerini de içeren bütüncül tedavilere doğru bir eğilim olduğu göz önüne alındığında, bu gözden geçirme çalışmasında OKB tedavisinde kullanılan 3. Kuşak Terapiler'in etkililiğine ilişkin bütünsel bir bakış açısı sağlanmasının alanyazındaki bir eksikliğin tamamlanmasına katkıda bulunacağı düşünülmüştür. Ülkemizde farklı türdeki 3. Kuşak Terapiler'in psikoz sağaltımında, cinsel işlev bozukluğunda ya da kanserli bireylerdeki etkisine dair gözden geçirme çalışmaları (Yıldız 2018, Durna ve ark. 2018, Yastıbaş ve Dirik 2018) olduğu görülmekle birlikte, OKB'de 3. Kuşak Terapiler'in etkililiğine dair mevcut araştırmaları gözden geçiren bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Buradan yola çıkarak bu çalışmada, OKB'de 3. Kuşak Terapiler'in etkililiğine ilişkin son 16 yılda yapılan çalışmaların gözden geçirilip derlenmesi ve böylece

etkililiklerine dair bulguların ortaya koyulması ve de kullanılan terapi süreçlerine dair bilgilerin özetlenmesi amaçlanmıştır.

## Yöntem

OKB tedavisinde kullanılan 3. Kuşak Terapiler'in etkililiğine ilişkin bir bakış açısı sağlamakla birlikte, yapılan araştırmaların yöntemsel özelliklerini ve kullanılan müdahalelerin içeriklerini de incelemek amacıyla yapılan bu gözden geçirme kapsamında yer verilecek araştırmaların dahil edilme ve dışlanma ölçütleri önceden belirlenmiştir. Bu ölçütlere uygun olarak; EBSCOHOST (TR Dizin ve Medline dahil olmak üzere), Science Direct, Google Scholar, Ulakbim ve Web of Science veri tabanlarından ulaşılabilen, 2004-2020 (Temmuz) yılları arasında İngilizce ve Türkçe olarak yayınlanmış tüm çalışmalara bu derlemede yer verilmiştir.

Veri tabanlarından tarama yapılırken kullanılan anahtar kelimeler şu şekildedir:

1. obsesif kompulsif bozukluk ve kabul ve kararlılık terapisi; obsessive-compulsive disorder and acceptance and commitment therapy,
2. obsesif-kompulsif bozukluk ve bilinçli farkındalık; obsessive-compulsive disorder and mindfulness,
3. obsesif-kompulsif bozukluk ve bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi; obsessive-compulsive disorder and mindfulness based cognitive therapy,
4. obsesif kompulsif bozukluk ve üstbilişsel terapi; obsessive-compulsive disorder and metacognitive therapy
5. obsesif-kompulsif bozukluk ve şema terapi; obsessive-compulsive disorder and schema therapy,
6. obsesif-kompulsif bozukluk ve diyalektik davranış terapisi; obsessive-compulsive disorder and dialectical behavior therapy,
7. obsesif-kompulsif bozukluk ve şefkat odaklı terapi; obsessive-compulsive disorder and compassion focused therapy,
8. obsesif-kompulsif bozukluk ve işlevsel analitik psikoterapi; obsessive-compulsive disorder and functional analytic psychotherapy,
9. obsesif-kompulsif bozukluk ve bütünleştirici duygu düzenleme terapisi; obsessive-compulsive disorder and integrative emotion regulation therapy,
10. obsesif-kompulsif bozukluk ve duygu düzenleme terapisi; obsessive-compulsive disorder and emotion regulation therapy,
11. obsesif-kompulsif bozukluk ve üçüncü kuşak terapiler; obsessive-compulsive disorder and third wave therapies,
12. obsesif-kompulsif bozukluk ve yeni dalga terapiler; obsessive-compulsive disorder and new wave therapies anahtar kelimeleri kullanılmıştır.

Bu derleme kapsamında yer verilecek araştırmaların dahil edilme ve dışlanma ölçütleri aşağıdaki gibidir:

Dahil etme ölçütleri:

1. Katılımcıların 18 yaş üstü olması
2. Katılımcıların birincil olarak OKB tanılı olması
3. OKB tedavisi kapsamında uygulanan müdahalenin 3. Kuşak Terapiler olarak adlandırılan Kabul ve Kararlılık Terapisi, Farkındalık Temelli Müdahaleler, Üstbilişsel Terapi, Şema Terapi, Diyalektik Davranış Terapisi, Şefkat Odaklı Terapi, İşlevsel Analitik Psikoterapi, Bütünleştirici Duygu Düzenleme Terapisi veya Duygu Düzenleme Terapisi'ni içermesi

#### 4. 3. Kuşak Terapiler'in OKB'deki etkililiğine dair bilgi vermesi

Dışlama ölçütleri:

1. Çalışmaların çocuk ve ergen örneklemi üzerinde gerçekleştirilmesi
2. Katılımcıların birincil tanılarının OKB olmaması
3. Araştırmanın 3. Kuşak Terapiler'in OKB'deki etkililiğine dair bilgi vermemesi
4. OKB tedavisi kapsamında uygulanan müdahalenin 3. Kuşak Terapi temelli olmaması (doğrudan sadece bilişsel ya da davranışçı temelli müdahaleleri içermesi)
5. Araştırmanın İngilizce ve Türkçe dilleri dışındaki dillerde yayınlanmış olması

Yukarıda bahsedilen dahil edilme ve dışlanma ölçütleri göz önüne alınarak yapılan tarama sonucunda, OKB tanılı yetişkin bireylerdeki Şefkat Odaklı Terapi, İşlevsel Analitik Psikoterapi, Bütünleştirici Duygu Düzenleme Terapisi ve Duygu Düzenleme Terapisi'nin etkililiğine ilişkin bir araştırmaya ulaşılamamıştır.

Yapılan tarama sonucunda ulaşılan 15 araştırmaya ise bu gözden geçirmede yer verilmemiştir. 9 araştırmanın (Arch ve ark. 2012, Arch ve Ayers, 2013, Arch ve ark. 2013, Bos ve ark. 2013, Davies ve ark. 2015, Ritzert ve ark. 2016, Villatte ve ark. 2016, Pleger ve ark. 2018, Sado ve ark. 2018) dahil edilme ölçütü olarak katılımcıların psikolojik stres düzeyleri, Kaygı Bozukluğu, ruhsal bir bozukluk ya da Eksen-1 bozukluklarından birinin tanılarını karşılamalarının belirlendiği ve örneklemelerinde OKB tanılı bireylerin yer aldığı belirlenmiştir. Ancak bu araştırmalar, 3. Kuşak Terapiler'in OKB tanılı bireylerin OKB belirtileri üzerindeki etkisine dair doğrudan bir bilgi vermediği için bu gözden geçirmeye dahil edilmemiştir. Bir diğer araştırmada (Moritz ve Jelinek 2011) ise, katılımcıların OKB tanısına yönelik bir değerlendirme yapılmayarak, katılımcılardan daha önce bir sağlık profesyoneli tarafından kendilerine OKB tanısı koyulduğunu onaylamaları istenmiştir. Ancak araştırmanın örnekleminde bunu onaylayamayan 1 katılımcı olması nedeniyle bu araştırma da dışlanmıştır. 3 diğer araştırma (Moritz ve ark. 2016, Moritz ve ark. 2019a, Moritz ve ark. 2019b) ise, OKB tanısına yönelik bir değerlendirme yapılmaması ya da daha önce bir uzman tarafından OKB tanısı koyulmuş olması şartı koşulmaması nedeniyle gözden geçirmeye dahil edilmemiştir. Bir başka araştırma (Ong ve ark. 2020) da, Twohig ve ark.'nın (2018) araştırma bulguları ile yapıldığı ancak etkililiğe ilişkin daha fazla bilgi vermediği için dışlanmıştır. Son olarak Grotte ve ark.'nın (2015) çalışması ise, katılımcıların küçük bir kısmına ÜT bileşenlerini içeren müdahaleler uygulandığı, çoğunluğuna sadece MBTÖ müdahalesi uygulandığı için dışlanmıştır.

Tarama esnasında ulaşılan araştırmaların dahil edilme ve dışlanma ölçütleri açısından değerlendirilmesi sürecinden sonra toplam 47 araştırmaya bu gözden geçirmede yer verilmiştir.

## Bulgular

Araştırmaların yöntemsel özelliklerine ilişkin bilgiler, incelenen terapi türüne göre kategorize edilerek KKT için Tablo 1, BFT Terapiler için Tablo 2, ÜT için Tablo 3'te, ŞT için Tablo 4'te, DDT için Tablo 5'te özetlenmiştir.



**Tablo 1. Kabul ve kararlılık terapisinin etkililiğini inceleyen araştırmaların yöntemsel özellikleri**

Araştırma (desen)	Araştırma amacı	Örneklem	Ölçüm aracı (tanı aracı)	Ölçüm zamanı	Sonuç	Tedaviyi yarıda bırakma
Twohig ve ark. 2006 (EOÇTOD)	KKT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, yaş ort: 33,5, K: %50, N: 4	OKE, BAÖ, BDÖ-II, KEÖ, KÖ (klinik görüşme)	Ön-test Son-test 3 aylık takip	Tüm katılımcıların kompülsiyonları, anksiyete ve depresyon düzeyleri azalmış, yaşantısal kaçınma, obsesyonlarının inanırlılığı ve obsesyonlara tepki verme ihtiyaçları azalmış ve kazanımları takipte korunmuştur. Katılımcılar tedaviyi oldukça kabul edilir olarak bulduklarını bildirmiştir.	Yok
Eifert ve ark. 2009 (VÇ)	KKT'nin 3 farklı Anksiyete Bozukluğu'ndaki etkililiğini incelemek	OKB ve ikincil Panik Bozukluk tanılı 52 yaşında 1 kadın katılımcı	KEÖ, BAE, KRÖ, BFDFÖ, YKE, KKÖ, DKBÖ, GG PEWS, KHÖ (KBOÖ)	Ön-test Son-test 6 aylık takip	Katılımcıların stres düzeyi azalmış, anksiyeteleri üzerindeki algılanan kontrol düzeyleri artmış, OKB şiddetleri klinik altı düzeye inmiş ve kazanımları takipte sürdürdükleri belirlenmiştir.	Yok
Twohig ve ark. 2010a (RKKÇ)	KKT'nin, İKG'ye kıyasla, OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, yaş ort: 37, K: %61, N: 79 KKT (41) İKGE (38)	Y-BOCS, BDÖ-II, YKÖ, KEÖ, DKÖ, DEKÖ (SCID)	Ön-test Son-test 3 aylık takip	KKT; OKB şiddeti ile tedavi öncesinde en az hafif düzeyde depresyon bildirenler için depresyon düzeyi ve yaşam kalitesinde daha fazla değişime yol açmıştır.	KKT: %9,8 İKG: %13,2
Twohig ve ark. 2010b (TDDD)	KKT, BT ve MBTÖ'nün değişim mekanizmalarını belirlemek	OKB tanılı, yaş ort: 30,17, K: %66,66, N: 6 KKT (2) BT (2) MBTÖ (2)	(SCID, Y-BOCS)	Ön-test Her seans öncesi Son-test	Her 3 gruptaki katılımcıların OKB belirtileri azalmış; KKT grubundaki 1 katılımcı psikolojik esneklikteki en yüksek genel değişimi göstermiştir.	Yok
Dehlin ve ark. 2013 (ÇTOD)	KKT'nin dinsel temelli-OKB'deki etkililiğini incelemek	Din temelli-OKB tanılı, yaş ort: 32,4, K: %60, N: 5 KKT (5)	GG OKE, PDE, YKÖ, Y-BOCS, BDÖ-II, SCIDÖ, KEÖ-II (SCID)	Ön-test Son-test 3 aylık takip	KKT; OKB ve depresyon belirtilerinde azalmaya, yaşam kalitesinde artışa yol açmış, kazanımlar takibe kadar artarak devam etmiş ve tedavi kabul edilirliliği yüksek olarak belirlenmiştir.	Yok
Vakili ve Gharraee, 2014 (TDDD)	KKT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, yaş: 39, 1 erkek katılımcı KKT (1)	Y-BOCS, BAÖ, BDÖ-II (SCID-I, SCID-II)	Ön-test Tedavi esnasında Son-test 1, 3, 6 aylık takip	KKT; OKB, depresyon ve anksiyete belirtilerinde azalmaya yol açmış, kazanımlar takiplerde korunmuştur.	Yok

**Tablo 1. Devamı**

Araştırma (desen)	Araştırma amacı	Örneklem	Ölçüm aracı (tanı aracı)	Ölçüm zamanı	Sonuç	Tedaviyi yarıda bırakma
Twohig ve ark. 2015 (RKÇ)	KKT'nin, İKG'ye kıyasla, OKB tanılı bireylerin psikolojik esneklik düzeyleri üzerindeki etkisini incelemek	OKB tanılı, yaş ort: 37, K: %61, N: 79 KKT (41) İKGE (38)	Y-BOCS, KEÖ, DEKÖ, DKÖ (SCID)	Ön-test Son-test 3 aylık takip	Tedavi etkisinin aşamalı olduğu, KKT'nin son 2 seansta anlamlı olarak daha etkili olduğu belirlenmiştir.	KKT: %9.8 İKG: %13.2
Vakili ve ark. 2015 (DD)	KKT, SSRI ve KKT+SSRI'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, yaş ort: 26,96, K: %44,4, N: 27 (yarıda bırakılanlar dahil değil) KKT + SSRI (11) SSRI (11) KKT (10)	Y-BOCS, KEÖ (SCID-I/P, SCID-II)	Ön-test Son-test	KKT ve kombine tedavi, OKB belirtileri ve deneyimsel kaçınma üzerinde aynı oranda düzelmeye yol açmıştır. Tam remisyon oranı: KKT'de %22, KKT+SSRI'da %20, SSRI'da %0	SSRI: 3 KKT: 1 Kombine: 1
Wheeler 2017 (VÇ)	MBTÖ+KKT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, 20'lerinin ortasında 1 kadın katılımcı KKT + MBTÖ (1)	(Y-BOCS KF, OKE)	Ön-test Seanslar boyu	OKE'de güvenilir ve klinik, Y-BOCS'ta güvenilir değişim olmuştur. Danışanın, iyi oluşu düzelmiş ve ritüelleri azalmıştır.	Yok
Rohani ve ark. 2018 (RKÇ)	SSRI kullanan OKB tanısı almış bireylerin tedavisine grup KKT'yi eklemenin etkililiğini incelemek	OKB tanılı, yaş ort. 27,91 olan, K: %100, N: 46 SSRI + grup KKT (23) SSRI (23)	Y-BOCS ÖB, BDÖ-II, RYÖ, KEÖ (SCID)	Ön-test Son-test 2 aylık takip	Her iki tedavi, Y-BOCS ve BDÖ-2 puanlarında azalmaya yol açmış, takipte SSRI+KKT'deki azalma daha fazla olmuştur. Son-test ve takipte, SSRI+KKT koşulunda, RYÖ ve KEÖ'de daha fazla düzelmeye olmuştur.	Son-test ve takip: KKT: 7 BL: 7
Twohig ve ark. 2018 (RKÇ)	MBTÖ+KKT'nin kabul edilebilirliğini ve tamamlanma oranını incelemek	OKB tanılı, yaş ort: 27.80, K: %68, N: 58 KKT + MBTÖ (30) MBTÖ (28)	Y-BOCS, BOKÖ, BDÖ-II, KEÖ-II, OİÖ-44 (KUNG)	Ön-test, Son-test, 6 aylık takip	Her iki tedavi, OKB ve depresyon belirtilerinde, obsesif inançlarda azalmaya yol açmış, bu kazanımlar takipte de korunmuş ancak kazanımlar, tedavi kabul edilirliliği, tedaviyi yarıda bırakma oranında gruplar arası fark bulunmamıştır.	KKT + MBTÖ: %17 MBTÖ: %17,9

**Tablo 1. Devamı**

Araştırma (desen)	Araştırma amacı	Örneklem	Ölçüm aracı (tanı aracı)	Ölçüm zamanı	Sonuç	Tedaviyi yarıda bırakma
Thompson ve ark. 2021 (EOÇTOD)	MBTÖ ve KKT kombine tedavisinin OKB tanılı bireylerin psikolojik esneklik düzeyi üzerindeki etkisini incelemek	OKB tanılı, K: %100, N: 4	SCID-R, Y-BOCS, GG OKE, KEÖ-II, BKÖ-7, FFÖ (SCID-R)	Ön-test Tedavi ortası Son-test	Y-BOCS'a göre, 4 katılımcıdan 3'ü tedaviye yanıt vermiş ve 2 katılımcı remisyonuna ulaşmıştır. Tüm katılımcıların ritüellere günlük harcadıkları zamanın azalmıştır.	

**Tablo 2. Bilinçli farkındalık temelli terapilerin etkililiğini inceleyen araştırmaların yöntemsel özellikleri**

Patel ve ark. 2007 (VÇ)	BFT stres azaltma tedavisinin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, 25 yaşında, 1 erkek katılımcı	Y-BOCS, TFÖ	Ön-test Tedavi ortası Son-test	OKB belirti şiddetinde anlamlı azalmalar olduğu belirlenmiştir.	Yok
Wilkinson-Tough ve ark. 2010 (TDDDS)	BFT T'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	BFT T: OKB tanılı, yaş ort: 37.7, K: %33.33, N: 3 Gevşeme eğitimi (kontrol)	OİÖ-44, KFBE, DEKÖ (Y-BOCS)	Ön-test Son-test 2 aylık takip	Katılımcıların OKB belirtileri klinik düzeyin altına düşmüştür ve 2 katılımcı kazanımlarını takipte de korumuştur.	Yok
Zoysa, 2011 (VÇ)	Budist farkındalık alıştırması uygulanan OKB tanılı vakadan elde edilen sonuçları sunmak	OKB tanılı, 21 yaşındaki, 1 erkek katılımcı	Danışanın öznel bildirimleri	Ön-test Son-test Takip	Danışanın ruminasyona gerek kalmadan düşüncesinin ilk ortaya çıkışı fark etme; belirtilerinin tekrar belirmeye başladığını erken belirleme ve farkındalık tekniklerini kullanarak düzeltici eylemlerde bulunma becerisi artmıştır.	Yok
Hertenstein ve ark. 2012 (PÇ)	OKB tanılı katılımcıların BFT BT'ye ilişkin öznel deneyimlerini niteliksel olarak değerlendirmek	OKB tanılı, son 2 yıl içerisinde MBTÖ ile birlikte DT tamamlamış, yaş ort: 41.8, K: %25, N: 12	Y-BOCS (DSM-IV, SCID-IV)	Ön-test Son-test	Katılımcıların 2/3'ünün OKB belirtileri azalmış, katılımcılar olumsuz duygularının yüzeye çıkmasına izin verme ve şuanda daha bilinçli yaşama becerilerinde artış olduğunu bildirmiştir.	N: 4
Wahl ve ark. 2012 (DD)	BFT yönergenin OKB tanılı bireylerin obsesif düşünceleri üzerindeki etkililiğini incelemek	OKB tanılı N: 30 Farkındalık: yaş ort 30,67, K: %60, N: 15 Dikkat dağıtma: yaş ort 39,73, K: %40, N: 15	GG OKE, BDÖ-II, BAÖ, STAI, GAÖ (SCID-I, Y-BOCS)		Bilinçli farkındalık temelli strateji, anksiyeteyi ve nötrale etme dürtüsünü azaltmıştır.	

**Tablo 2. Devamı**

Madani ve ark. 2013 (DD)	BF grup eğitiminin OKB belirti oranı üzerindeki etkisini incelemek	OKB tanılı N: 24 BF grup eğitimi (12) Kontrol koşulu (12)	(DSM-IV R tanı görüşmesi, Y-BOCS)	Ön-test Son-test 2 aylık takip	Son-test ve takipte; BF'nin obsesyon ve yıkama/ temizleme, onaylanma, yavaşlama, obsesif tereddüt belirtileri üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu belirlenmiştir.	
Cludius ve ark. 2015 (DD)	Kendine yardım formunda uygulanan bilinçli farkındalık temelli eğitimin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı N: 87 BF (49) = K: 30, yaş ort: 39,88 İKG (38) = K: 28, yaş ort: 41,37	PKL, EÇDÖ, GG OKE (İTÖ)	Ön-test Son-test (tedaviden 6 hafta sonra)	Hiçbir koşulda katılımcıların herhangi bir ölçüm sonucunda değişiklik olmamış ancak bilinçli farkındalık egzersizlerini yapan tüm katılımcılar el kitapçığının faydalı olduğunu bildirmiştir.	BF: 23 İKG: 15
Kumar ve ark. 2016 (AÇ)	Obsesyonları baskın olan OKB tanılı bireylerde BFB BDT'nin etkililiğini incelemek	OKB tanılı, yaş ort: 29.67, K: %22,2, N: 27	Y-BOCS, KGIÖ, STAI MADPÖ, TFÖ KGIÖ, SMÖ, DSÖ YKÖ (KUNG)	Ön-test Tedavi ortası Son-test 3 aylık takip	Son-testte; katılımcıların obsesyon şiddeti %56 azalmış ayrıca depresyon ve anksiyete düzeyleri de azalmıştır. Takipte, katılımcıların obsesyon şiddeti %63 azalmış ve %67'si remisyona ulaşmıştır.	Son-test: 1 Takip: 2
Key ve ark. 2017 (RKÇ)	OKB için BDT sonrası kalıntı belirtiler için BFT BT'nin etkisini ve uygulanabilirliğini incelemek	OKB tanılı, MBTÖ + BDT tamamlamış ve kalıntı belirtileri olan, yaş ort: 40,53, N: 36 BFT BT = yaş ort: 40,53, K: %50, N: 18 BL = yaş ort: 46,06, K: %44,4, N: 18	Y-BOCS ÖB, BBFÖ, ÖŞÖ, BDÖ, BAÖ, OİÖ-44 (SCID-I, YBOCS)	Ön-test Son test	BFT BT koşulunda; katılımcıların %23.1'inin OKB belirtileri azalmış, depresyon ve anksiyete belirtilerinde daha fazla azalma ve farkındalık becerileri ile öz-şefkat düzeylerinde daha fazla artış olmuştur.	BFT BT: 5 (%27,7) BL: 3 (%16,7)
Squazzin ve ark. 2017 (Niteliksel)	BDT sonrası kalıntı belirtileri olan OKB tanılı bireylerde BFT BT'nin kabul edilirliliğini ve algılanan faydasını değerlendirmek	OKB tanılı, yaş ort: 44,04, K: %42,9, N: 32 BFT BT koşulu (28) Bekleme listesi koşulu	(SCID-I, YBOCS)	Ön-test Son-test	Katılımcıların yaklaşık %63'ü tedavinin OKB belirtilerini orta düzeyde azalttığını, %37'si azaltmadığını bildirmiştir. Katılımcılar; bilinçli farkındalık ve başa çıkma becerileri ile yaşam kalitesinin arttığını, tedaviyi kabul edilebilir bulduklarını bildirmiştir.	
Selchen ve ark. 2018 (DD)	BFT BT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, yaş ort: 42, K %60, N: 37 BDT öncesi BFT BT = yaş ort: 40,68, K: %63,2, N: 19 BDT sonrası BFT BT = yaş ort: 43,61, K: %55,6, N: 18	BDÖ-II, BBFÖ, OİÖ-44 (SCID-5, Y-BOCS-ÖB)	Ön-test Son-test	Her iki grubun da, depresyon belirtilerinde, bilinçli farkındalık düzeyinde ve obsesif inançlarında anlamlı düzelmeler olmuştur.	Her iki koşulda: 1 (%5)

**Tablo 2. Devamı**

Strauss ve ark. 2018 (RKÇ)	Grup BFT MBTÖ ile grup MBTÖ'nün OKB'deki etkililiğini karşılaştırmak	OKB tanılı, N: 37 BFT MBTÖ = yaş ort: 33, K: %79, N: 19 MBTÖ = yaş ort: 27, K: %50, N: 18	Y-BOCS-II, WRIÖ, BDÖ-II, BBFÖ KF, OİÖ-44 (KUNG)	Ön-test, Son-test, 6 aylık takip	Her iki grubun da OK belirti şiddetinde düzelme olmuştur. BFT MBTÖ; OK belirtiler, depresyon, iyi oluş ya da OKB ile ilişkili inançlar açısından daha fazla fayda sağlamamış ancak bilinçli farkındalık düzeyinde orta/orta-büyük düzelme sağlamıştır.	BFT MBTÖ: 4 (%21) MBTÖ: 1 (%5,6)
Didonna ve ark. 2019	BFT BT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, yaş ort: 37,2, K: %43, N: 35	Y-BOCS-ÖB, BBFÖ, BDÖ-II, SCL-90-R, DYÖ, PDAÖ, TAÖ	Ön-test, Müdahale ortası, Son-test	OKB belirti şiddeti ve Y-BOCS toplam puanı azalmış, katılımcıların 1/3'ü tedaviye yanıt vermiş, %40'ı daha düşük belirti şiddeti kategorisine geçmiştir. Depresif belirtileri azalmış, bilinçli farkındalık becerileri artmıştır.	%10
Külz ve ark. 2019 (RKKÇ)	BFT BT'nin tamamlayıcı tedavi seçeneği olarak (BDT sonrası kalıntı belirtileri için) OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, son 3 yıl içinde en az 20 seans BDT tamamlamış ancak klinik olarak anlamlı OK belirtileri olan, yaş ort: 38,62, K: %61,6, N: 125 BFT BT (61) Psikoeğitim (64)	GG OKE, BDÖ-II, DSÖ YKÖ-KF, SCL-90-R, STÖ, KFBE, ÖŞÖ, ÜBÖ-30, OİÖ-44, KUNG (DSM-5, Y-BOCS)	Ön-test Tedavi ortası Son-test 6 aylık takip	Y-BOCS'a göre; BFT BT'nin, MBTÖ+BDT'nin üzerinde anlamlı bir etkisi olmamıştır. BFT BT'de; tedavi yanıt oranı, obsesif inançlar ve yaşam kalitesindeki düzelme daha fazla olmuştur. Takipte OK belirtiler her iki grupta da daha fazla düzelmiş ancak grup farklılıkları anlamlılığını yitirmiştir.	BFT BT: %6.6 PE: %9.4
Rupp ve ark. 2019 (RKÇ)	BYY ile Düşüncelere Mesafeli Farkındalık müdahalelerinin OKB'deki etkililiğini karşılaştırmak	OKB tanılı N: 43 BL olmayan koşul: BYY = yaş ort: 31,23, K: %45,45, N: 12 ve DF = yaş ort: 30.81, K: %71,43, N: 10 BL koşulu: yaş ort: 30,42, K: %57,14, N: 21	BDÖ-II (SCID-I, Y-BOCS)	Ön-test Son-test 1 aylık takip	2 tedavi de OKB belirtilerini azaltmada, BL'ne kıyasla, eşit derecede daha etkili olmuş, katılımcıların %40'ı klinik olarak anlamlı değişim göstermiştir.	N: 3
Cludius ve ark. 2020 (RKKÇ)	OKB için BDT sonrası kalıntı belirtileri olan katılımcılarda BFT BT'nin uzun süreli etkililiğini incelemek	OKB tanılı, son 3 yıl içinde en az 20 seans BDT tamamlamış ancak yanıt vermemiş, yaş ort: 38,62, K: %61, N: 125 BFT BT (61) Psikoeğitim (64)	GG OKE, DSÖ YKÖ-KF, BDÖ-II, SCL-90-R, OİÖ-44, ÜBÖ-KF, STÖ, KFBE, ÖŞÖ (DSM-5, Y-BOCS)	Ön-test Son-test 6 ve 12 aylık takip	12 aylık takipte belirti azalması, her 2 koşulda benzer olmuş ancak BFT BT'de, obsesif düşüncelerle geçen zaman, obsesif düşünceler ile ilişkili stres ve obsesif düşünceler nedeniyle engellenme puanında daha fazla azalma olmuştur.	12 aylık takipte tamamlama oranı %80

**Tablo 2. Devamı**

Landmann ve ark. 2020 (RKÇ)	BFT BT sonrasında günlük yaşam deneyimlerinde meydana gelen değişimleri incelemek	OKB tanılı, BDT sonrası kalıntı belirtileri olan, N: 38  FTBT = yaş ort: 36,47, K: %64,70, N: 17  Psikoeğitim = yaş ort: 36, K: %57,14, N: 21	Y-BOCS, OSO, BDÖ-II, İDÖ, KUNG (Y-BOCS)	Ön-test Son-test	BFT BT; olumlu-olumsuz duygudurum, anlık duyguları kabullenme ya da obsesif kompulsif belirtiler ile ilişkili stres açısından değişime yol açmamış ancak anlık obsesif kompulsif belirtilerin varlığı, artmış içgörüyü yordamıştır.	Son-test sonrası: 1  Son-test: 1
--------------------------------	---	---	---	---------------------	---	--

**Tablo 3. Üstbilişsel terapinin etkililiğini inceleyen araştırmaların yöntemsel özellikleri**

Araştırma (Desen)	Araştırma amacı	Örneklem	Ölçüm aracı (tanı aracı)	Ölçüm zamanı	Sonuç	Tedaviyi yanında bırakma
Fisher ve Wells 2008 (VÇ)	ÜT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, yaş ort: 38,5, K: %50, N: 4	Y-BOCS, PE, BDÖ, BAÖ, OKİÖ, MOKE, DEKÖ	Ön-test Son-test 3 ve 6 aylık takip	Tüm katılımcılar Y-BOCS'a göre iyileşme ölçütünü karşılamıştır. Y-BOCS'a göre; 1. katılımcı %75, 2. katılımcı %63, 3. katılımcı %69 ve 4. katılımcı %74 oranında düzelmiştir.	Yok
Rees ve ark. 2008	Grup ÜT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, yaş aralığı: 21-58, K: 6, N: 8	ÜBÖ-KF, BDÖ, Y-BOCS (KUNG)	Ön-test Son-test 3 aylık takip	Tüm katılımcıların OKB belirti şiddeti ve üstbilişlerinde düzelme olmuş ve takipte Y-BOCS'a göre 7 katılımcı iyileşmiştir.	
Moritz ve ark. 2010 (DD)	myMCT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	Sağlık profesyoneli tarafından konulmuş OKB tanılı, N: 86  myMCT (43) = yaş ort: 34,95, K: %62,79 BL (43) = yaş ort: 34,09, K: %72,39	Y-BOCS-ÖB, BDÖ-KF, GG OKE	Ön-test Son-test (4. hafta)	myMCT, OK belirtilerde daha fazla düzelmeye; GG OKE ve BDÖ-Kısa Formunda da orta-güçlü düzeyde farklılığa yol açmıştır.	Yok
Shareh ve ark. 2010 (DD)	ÜT, SSRI ve ÜT+SSRI'nin OKB'deki etkililiğini karşılaştırmak	OKB tanılı, yaş ort: 26,84, K: 10, N: 21	Y-BOCS, BDÖ-II, BAÖ, (SCID-I/P, SCID-II)	Ön-test Son-test	ÜT ve kombine tedavi grubundaki tüm hastaların OKB şiddeti, depresyon ve anksiyeteleri eşit derecede, ilaç tedavisine kıyasla, daha fazla düzelmiştir.	N: 2
Andouz ve ark. 2012 (TDDD)	ÜT'nin sadece obsesyonu olan OKB tanılı hastalardaki etkililiğini incelemek	Sadece obsesyonları olan 6 katılımcı	GG OKE, Y-BOCS, ÜBÖ, DEKÖ, BDÖ-II (SCID-I)	Ön-test Son-test 3 aylık takip	ÜT; OK belirtilerini azaltmada ve üstbilişsel inançlar ile düşünce kaynaşması inançlarını değiştirmede etkili olmuştur. İyileşme oranı: OKE'de; son-testte %60, takipte %70, Y-BOCS'ta; son-testte %68, takipte %74. Kazanımlar takipte büyük oranda korunmuştur.	Yok

**Tablo 3. Devamı**

Araştırma (Desen)	Araştırma amacı	Örneklem	Ölçüm aracı (tanı aracı)	Ölçüm zamanı	Sonuç	Tedaviyi yarıda bırakma
Fitt ve Rees 2012 (TDDS)	Video konferans temelli ÜT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, N: 4 Yaşlar: 34, 55, 66, 57 K: %50	Y-BOCS, ÜBÖ-KF, DASS-21 (SCID)	Ön-test Son-test 6 haftalık takip	Katılımcıların OK belirti, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri azalmıştır. Y-BOCS'a göre 2 katılımcı iyileşmiş, 1 katılımcı düzelmiştir.	1
Hauschildt ve ark. 2016 (RKÇ)	myMCT ile psikoeğitimin OKB'deki etkililiğini karşılaştırmak	OKB tanılı 128 katılımcı myMCT (64) = yaş ort: 38,41, K: %67,18 Psikoeğitim (kontrol) (64) = yaş ort: 39,64, K: %67,2	BDÖ, OKİÖ (KUNG ve Y-BOCS)	Ön-test Son test (4. hafta) 6 aylık takip	myMCT; Y-BOCS toplam puanı, obsesyon, depresyon ve bilişsel yanlılıklar açısından OKB belirtilerini azaltmada daha güçlü etkiye yol açmıştır. Takipte de, katılımcıların BDÖ puanları azalmıştır.	Değerlendirme: myMCT = 10 PE = 6
Van der Heiden ve ark. 2016 (AÇ)	ÜT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, yaş ort: 32,3, K: %68, N: 25	PE, Y-BOCS, BDÖ-II, DEKÖ (SCID-I)	Ön-test Son-test 3 aylık Takip	ÜT; tüm sonuç değişkenlerinde büyük azalma sağlamıştır. Katılımcıların Y-BOCS'a göre son-testte %74'ü, takipte %80'i iyileşmiştir. Son-testte %63'ü, takipte %80'i artık OKB tanı ölçütlerini karşılamamıştır.	Tedavi esnasında: 6 (%24) Takipte: 3 (%12)
Jelinek ve ark. 2018a (KOPÇ)	Üstbilişsel Eğitim'in OKB tedavisinde kabul edilirliliğini değerlendirmek	OKB tanılı, yaş ort: 33,73, K: %50, N: 44	GG OKE, D HSÖ (KUNG, Y-BOCS)	Ön-test Son-test	Katılımcıların %89.7'si tedaviyi faydalı ve anlaşılabilir ve başkalarına tavsiye edebileceği bir tedavi türü olarak değerlendirmiş; %44.7'sinin kompülsiyon, %42.1'inin obsesyonları azalmıştır.	N: 40 (%9.09)
Jelinek ve ark. 2018b (RKKÇ)	MBTÖ ile birlikte BDT'ye ek olarak ÇB'nin OKB'deki kabul edilirliliğini ve faydalarını incelemek	OKB tanılı, N: 109 BDT + Çağırışım Bölme = yaş ort: 33.30, K: %63, N: 54 BDT + Bilişsel İyileştirme (aktif kontrol) = yaş ort: 35,78, K: %49,1, N: 55	Y-BOCS, GG OKE, HDDÖ (KUNG)	Ön-test, Son-test, 6 aylık takip	ÇB'nin katılımcılar tarafından kabul görme oranının iyi olduğu ancak genel belirti şiddeti açısından faydalarının, Bİ'den daha iyi olmadığı belirlenmiştir. ÇB hakkında bilgi edinen kontrol hastalarının dışlandığı ikincil analizler, ÇB'nin üstünlüğüne işaret etmiştir.	ÇB: 2 Bİ: 7
Melchior ve ark. 2018 (VÇ)	ÜT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	57 yaşındaki, 1 erkek katılımcı	Y-BOCS, GG PE, SCID-I, DKE	Ön-test Son-test 3 aylık takip	Katılımcının artık DSM-IV'e göre OKB tanı ölçütlerini karşılamadığı; ölçüm araçlarındaki puanlarının azaldığı; kazanımlarını 3 aylık takipte de sürdürdüğü belirlenmiştir.	Yok

**Tablo 3. Devamı**

Araştırma (Desen)	Araştırma amacı	Örneklem	Ölçüm aracı (tanı aracı)	Ölçüm zamanı	Sonuç	Tedaviyi yarıda bırakma
Moritz ve ark. 2018 (RKKÇ)	myMCT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB belirtileri olduğunu bildiren, N: 70 myMCT (35) = yaş ort: 38.17, K: %71,42 BL (35) = yaş ort: 39,34 olan, K: %82,85	Y-BOCS-ÖB, HMÖ, DHSÖ, GG OKE, İOABÇÖ, BYÖ	Ön-test Son-test (6 hafta sonra)	myMCT grubunda; Y-BOCS, GG OKE, DHSÖ ve BYÖ puanlarında daha fazla azalma olmuştur.	Son-test: %20 myMCT: %26 Kontrol: %14
Papageorgiou ve ark. 2018 (Kohort)	BDT tedavisi alan bireylerde Grup ÜT'nin avantajlarını değerlendirmek	OKB tanılı N: 220 1. BDT kohortu (125) = yaş ort: 34.98, K: %52,8 2. Ardından uygulanan grup ÜT kohortu (95) = yaş ort: 31,76, K: %47,4	Y-BOCS, BDÖ, İSUÖ, KGI (SCID)	Ön-test Son-test	ÜT, önceki grup BDT'nin üzerinde/eş değerinde klinik olarak anlamlı sonuçlar sağlamıştır. ÜT koşulunda; ölçüm puanları azalmış, daha fazla anlamlı düzelme ve tedaviye yanıt oranı elde edilmiştir.	ÜT: 7 (%7,4) BDT: 12 (%9,6)
Miegel ve ark. 2020 (KOPÇ)	Üstbilişsel Eğitimi'nin OKB'deki seansa özgü etkilerini incelemek	OKB tanılı, yaş ort: 33,73, K: %50, N: 44	GG OKE, D HSÖ (KUNG, Y-BOCS)	Ön-test, Son-test, Seans öncesi ve sonrası	Düşünce izleme, düşünce kontrolü, obsesyon ve kompulsiyonlarda azalma olmuştur.	%9,09

**Tablo 4. Şema Terapisi'nin Etkililiğini İnceleyen Araştırmaların Yöntemsel Özellikleri**

Araştırma (Desen)	Araştırma Amacı	Örneklem	Ölçüm Aracı (Tanı Aracı)	Ölçüm Zamanı	Sonuç	Tedaviyi Yarıda Bırakma
Leahy 2007 (VÇ)	Duygusal Şema Terapisi'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı, 38 yaşındaki kadın olgu			Olgunun kontrol etme kompulsiyonları ortadan kalkmıştır.	Yok
Sokman ve Steketee 2007 (VÇ)	Şema Temelli Terapisi'nin OKB'deki etkililiğini incelemek	OKB tanılı 60 yaşındaki kadın olgu			Olgunun Y-BOCS puanının azaldığı ve 5 yıllık takipte kazanımlarını koruduğu belirlenmiştir	Yok
Thiel ve ark. 2016 (KOPÇ)	ŞT ile güçlendirilmiş MBTÖ'nün etkililiğini incelemek	OKB tanılı, yaş ort: 35,26, K: %50, N: 10	Y-BOCS, GG OKE, BDÖ-II (SCID-I)	Ön-test Son-test 6 aylık takip	Ölçüm araçlarında büyük etki boyu ile birlikte azalma olmuş, kazanımlar takipte korunmuş ve 5 katılımcının Y-BOCS puanlarında %35 azalma olmuştur.	1



**Tablo 5. Diyalektik davranış terapisinin etkililiğini inceleyen araştırmanın yöntemsel özellikleri**

Araştırma (Desen)	Araştırma amacı	Örneklem	Ölçüm aracı (tanı aracı)	Ölçüm zamanı	Sonuç	Tedaviyi yarıda bırakma
Ahovan ve ark. 2016 (Yarı DD)	DDT'nin OKB tanılı bireylerin klinik bulgular ve duygu düzenleme becerileri üzerindeki etkililiğini incelemek	Dirençli OKB tanılı, N: 30 Deney koşulu (15): K: %100 Kontrol koşulu (15): K: %100	Y-BOCS, BDDÖ	Ön-test Son-test	DBT'nin belirtileri azalttığı ve bilişsel duygu düzenleme becerilerini iyileştirdiği belirlenmiştir.	

## Çalışmaların yöntemsel özellikleri

### Örneklem

Bu gözden geçirmeye dahil edilen araştırmalardaki örneklem özellikleri incelendiğinde; katılımcıların yaşları 18-75 aralığında ve yaş ortalaması 26.96 ile 44.04 arasında değişen, çoğunluğu kadın ve DSM-IV, DSM-IV-TR veya DSM-5'e göre OKB tanı ölçütlerini karşılayan yetişkin bireyler olduğu görülmüştür.

Katılımcıların OKB tanılarınin çoğunlukla Y-BOCS (Külz ve ark. 2019, Landmann ve ark. 2020) ile koyulduğu belirlenmiştir. Bazı araştırmalarda ise Y-BOCS'a ek olarak ya da tek başına Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (Rees ve ark. 2008, Hauschildt ve ark. 2016), SCID (Dehlin ve ark. 2013, Rohani ve ark. 2018), SCID-I (Wahl ve ark. 2012), SCID-R (Thompson ve ark. 2021), SCID-I/P (Vakili ve ark. 2015), SCID-V (Selchen ve ark. 2018) ve Kaygı Bozuklukları Görüşme Ölçeği-IV (Eifert ve ark. 2009) gibi tanı değerlendirme araçları kullanılarak OKB tanısı koyulduğu belirlenmiştir. Y-BOCS'ta kesme puanlarının ise toplam puan üzerinden 16 (Selchen ve ark. 2018), 14 (Key ve ark. 2017), 12 ve üstü puan (Külz ve ark. 2019) ya da Y-BOCS toplam puan üzerinden 12 ya da alt ölçek puanı üzerinden 8 (Cludius ve ark. 2020) olmak üzere farklılıklar gösterdiği gözlemlenmiştir.

Araştırmalarda sıklıkla kullanılan dışlanma ölçütlerinin; psikotik belirtiler, manik epizod, aktif intihar düşüncesi, bipolar bozukluk, majör depresyon, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı, son dönemde ilaç dozajında değişiklik yapılmış olması, borderline kişilik bozukluğu ve mental retardasyon (Van der Heiden ve ark. 2016, Rohani ve ark. 2018, Cludius ve ark. 2020) olduğu görülmüştür.

Araştırmaların örneklem büyüklüklerinin ise, vaka çalışması desenindeki araştırmalar (Patel ve ark. 2007, Vakili ve Gharræe 2014, Melchior ve ark. 2018) haricinde, 10 (Thiel ve ark. 2016) ile 220 (Papageorgiou ve ark. 2018) arasında çok geniş bir aralıkta değiştiği belirlenmiştir.

Araştırmaların hangi ülkelerde yapıldığı incelendiğinde; ağırlıklı olarak Almanya (Hauschildt ve ark. 2016, Miegel ve ark. 2020) ve ABD'de (Twhig ve ark. 2010a, Dehlin ve ark. 2013) yapıldığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, Kanada (Sguazzin ve ark. 2017, Selchen ve ark. 2018), Birleşik Krallık (Papageorgiou ve ark. 2018), Hollanda (Van der Heiden ve

ark. 2016), İran (Vakili ve ark. 2015, Rohani ve ark. 2018) ve Avustralya'da (Rees ve ark. 2008) da bu konu ile ilgilenen araştırmacıların olduğu görülmüştür.

## Değerlendirme araçları

Tedavi sonucunda OKB belirtilerinde meydana gelen değişimleri belirlemek amacıyla başta Y-BOCS olmak üzere, Gözden Geçirilmiş Obsesif Kompulsif Envanteri'nin (Thompson ve ark. 2021) de kullanıldığı görülmüştür.

Tedavi yanıtı olarak ise farklı ölçütlerin kullanıldığı belirlenmiştir. Araştırmaların çoğunda ölçüt olarak Y-BOCS skorunda %35 azalma (Hauschildt ve ark. 2016) alınırken, bazı araştırmalarda buna ek olarak Klinik Genel İzlenim-İyileşme Ölçeği'nden 1/2 puan almanın (Külz ve ark. 2019, Cludius ve ark. 2020) ölçüt olarak belirlendiği görülmüştür. Didonna ve arkadaşları (2019) ise Y-BOCS'taki azalmaya ek olarak; 5 betimsel kategoriye atama yaparak (klinik altından aşırıya), tedavi sonrasında katılımcıların yüzde kaçının kategorisinin değiştiğini belirlemiştir. Remisyon ölçütlerinin ise, Y-BOCS toplam puanınının 14'ün (Thompson ve ark. 2021) ya da 8'in altına düşmesi (Vakili ve ark. 2015) olarak belirlendiği görülmüştür. İyileşme ölçütü olarak ise; Y-BOCS'ta en az 10 puan azalma ve son-testte 14 ve altı puan alma (Van der Heiden ve ark. 2016), 7 ve altı puan alma (Melchior ve ark. 2018) olarak belirlenmiştir.

Araştırmalarda 3. Kuşak Terapi'lerin hedeflediği süreçleri ölçmeye yönelik kullanılan değerlendirme araçları incelendiğinde ise sıklıkla Öz-şefkat Ölçeği (Key ve ark. 2017), Kentucky Bilinçli Farkındalık Becerileri Envanteri (Wilkinson-Tough ve ark. 2010), Kabul ve Eylem Ölçeği-2 (Twohig ve ark. 2010a, Rohani ve ark. 2018), 5 Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği'nin (Key ve ark. 2017, Strauss ve ark. 2018) kullanıldığı görülmüştür.

Obsesif kompulsif belirtilere eşlik eden diğer ruhsal sıkıntıları ölçmek amacıyla ise Beck Depresyon Envanteri-2 (Twohig ve ark. 2018, Didonna ve ark. 2019) ve DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısaltılmış Form (Külz ve ark. 2019) kullanıldığı belirlenmiştir.

## Değerlendirme zamanı

Araştırmaların çok büyük kısmında değerlendirme araçlarının tedavi öncesinde, tedavi sonrasında ve takipte uygulandığı görülmüştür. Takip zamanlarının ise farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bazı araştırmalarda takipler tedaviden 6 ve 12 ay (Cludius ve ark. 2020), 1, 3 ve 6 ay (Vakili ve Gharraee, 2014) sonra şeklinde birden çok ya da 1 ay (Rupp ve ark. 2019), 2 ay sonra (Rohani ve ark. 2018), 3 ay (Twohig ve ark. 2010a), 6 ay sonra (Hauschildt ve ark. 2016) olmak üzere sadece 1 kez yapılmıştır. Bazı araştırmalarda ise değerlendirmelerin sadece tedavi öncesinde ve sonrasında yapıldığı ancak takip değerlendirmesinin yapılmadığı görülmüştür (Vakili ve ark. 2015, Key ve ark. 2017).

## Araştırma deseni

Araştırmaların ağırlıklı olarak seçkisiz kontrollü çalışma (Moritz ve ark. 2010, Key ve ark. 2017, Rupp ve ark. 2019, Landmann ve ark. 2020) ve vaka çalışması deseni (Wheeler 2017) olduğu belirlenmiştir.

Diğer araştırma desenlerinin ise kontrollü olmayan çalışma deseni (Miegel ve ark. 2020),

kohort çalışma deseni (Papageorgiou ve ark. 2018), A-B-C replikasyon vaka serileri deseni (Wilkinson-Tough ve ark. 2010), açık çalışma deseni (Van der Heiden ve ark. 2016) ve internet temelli seçkisiz bekleme listesi koşullu çalışma deseni (Moritz ve ark. 2018) şeklinde düzenlendiği anlaşılmıştır.

Görüldüğü üzere araştırmaların çok büyük kısmı niceliksel olsa da, niteliksel araştırmaların da yapıldığı görülmüştür (Sguazzin ve ark. 2017).

### Çalışmalardaki 3. Kuşak Terapilerin içeriği ve uygulanışı

Gözden geçirmede yer verilen araştırmalarda etkililiği incelenen 3. Kuşak Terapi türünün terapi sürecine ilişkin bilgiler, incelenen terapi türüne göre kategorize edilerek Kabul ve Kararlılık Terapisi için Tablo 6, Biklinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler için Tablo 7, Üstbilişsel Terapi için Tablo 8, Şema Terapi için Tablo 9 ve Diyalektik Davranış Terapisi için Tablo 10'da özetlenmiştir

**Tablo 6. KKT'nin etkililiğini inceleyen araştırmalardaki terapi sürecine ilişkin özellikler**

Araştırma	Terapi türü (terapi protokolü)	Terapi formatı (üye sayısı)	Seans sayısı	Seans süresi (haftalık sayı)	Terapist sayısı (ünvanı)
Twohig ve ark. 2006	KKT (Hayes ve ark. 1999)	Bireysel	8	60' (1)	1 (KKT terapisti)
Eifert ve ark. 2009	KKT (Eifert ve Forsyth 2005)	Bireysel	12	60' (1)	1 (klinik psikolog)
Twohig ve ark. 2010a	KKT (Twohig ve ark. 2006)	Bireysel	8	60' (1)	2 (klinik psikolog)
Twohig ve ark. 2010b	KKT (Twohig ve ark. 2006)	Bireysel	12	60' (1)	1 (KKT terapisti)
Dehlin ve ark. 2013	KKT (Twohig 2006, Twohig ve ark. 2009, Twohig ve ark. 2010)	Bireysel	8	60-90' (1)	2 (terapist)
Vakili ve Gharræe 2014	KKT (Twohig 2007)	Bireysel	8		
Twohig ve ark. 2015	KKT (Hayes ve ark. 2013)	Bireysel	8	60' (1)	(klinik psikologlar)
Vakili ve ark. 2015	KKT (Twohig 2007)	Bireysel	8		1 (klinik psikolog)
Wheeler 2017	KKT ve MBTÖ kombine	Bireysel	13	60'	1 (psikolog)
Rohani ve ark. 2018	KKT (Twohig ve ark. 2010)	Grup	8		1 (KKT terapisti)
Twohig ve ark. 2018	KKT (Twohig ve ark. 2015)	Bireysel	16	120' (2)	10 (klinik psikolog)
Thompson ve ark. 2021	KKT ile birlikte MBTÖ (Eifert ve Forsyth 2005)	Bireysel	4	45'	1 (terapist)

**Tablo 7. BFT terapilerin etkililiğini inceleyen araştırmalardaki terapi sürecine ilişkin özellikler**

Araştırma	Terapi türü (terapi protokolü)	Terapi formatı (üye sayısı)	Seans sayısı	Seans süresi (haftalık sayı)	Terapist sayısı (ünvanı)
Patel ve ark. 2007	BFT Stres Azaltma Tedavisi (Kabat-Zinn 1990 uyarlama)	Bireysel	8	120-150' (1)	1
Wilkinson-Tough ve ark. 2010	BFTT (Linehan 1993)	Bireysel	6	60' (1)	2 (klinik psikolog)
Zoysa 2011	Budist farkındalık	Bireysel	8	20-50' (10-15 günde 1)	2 (farkındalık araştırmalarında uzman BDT terapistleri)
Hertenstein ve ark. 2012	BFT BT (Segal ve ark. 2002 uyarlama)	Grup	8	120' (1)	
Wahl ve ark. 2012	Bilinçli Farkındalık Temelli Yönerge	Bireysel			
Madani ve ark. 2013	Bilinçli Farkındalık Eğitimi	Grup	8	120' (2)	
Cludius ve ark. 2015	Bilinçli Farkındalık	Kendine Yardım	6 hafta		
Kumar ve ark. 2016	BFB BDT	Bireysel	12-16	90' (2)	2 (1 klinik psikolog, 1 BDT terapisti)
Key ve ark. 2017	BFT BT (Segal ve ark. 2002)	Grup (yaklaşık 8)	8	120' (1)	2 (ruh sağlığı profesyoneli)
Sguazzin ve ark. 2017	BFT BT (Segal ve ark. 2002 uyarlama)	Grup (8)	8	120' (1)	2 (psikolog)
Selchen ve ark. 2018	BFT BT (Segal ve ark. 2013 uyarlama)	Grup (8-10)	8	120' (1)	1 (psikiyatrist / klinik psikolog)
Strauss ve ark. 2018	BFT MBTÖ	Grup	10	120'	2 (klinik psikolog)
Didonna ve ark. 2019	BFT BT (Didonna 2019)	Grup (6-12)	11	150' (1)	2 (öncü ve eş eğitmeni)
Külz ve ark. 2019	BFT BT	Grup	8 + 2	120' (1)	(sertifikalı terapistler)
Rupp ve ark. 2019	Düşüncelere Mesafeli Farkındalık (Wells 2011)	Bireysel	4	100' (2)	2 (uzman psikolog)
Cludius ve ark. 2020	BFT BT (Segal ve ark. 2013 uyarlama)	Bireysel	8	120' (1)	(sertifikalı terapistler)
Landmann ve ark. 2020	BFT BT (Külz ve Rose 2014, Segal ve ark. 2013 uyarlama)	Grup	8	120' (1)	

**Tablo 8. ÜT'nin etkililiğini inceleyen araştırmalardaki terapi sürecine ilişkin özellikler**

Araştırma	Terapi türü (terapi protokolü)	Terapi formatı (üye sayısı)	Seans sayısı	Seans süresi (haftalık sayı)	Terapist sayısı (ünvanı)
Fisher ve Wells 2008	ÜT (Wells 1997, 2000)	Bireysel	12	60' (1)	1 (terapist)
Rees ve ark. 2008	ÜT (Rees ve van Koesveld 2006)	Grup	12	120' (1)	2 (klinik psikolog)
Moritz ve ark. 2010	ÜT (myMCT)	Kendine Yardım	4 hafta		
Shareh ve ark. 2010	ÜT (Wells 2009)	Bireysel	10	45-60' (1)	1 (klinik psikolog)
Andouz ve ark. 2012	ÜT (Wells 2009)	Bireysel	14	50' (1)	1 (terapist)
Fitt ve Rees 2012	Video konferans temelli ÜT (Rees ve van Koesveld 2009, Wells 2000)	Bireysel	4	60'	1 (terapist)
Hauschildt ve ark. 2016	ÜT (myMCT)	Kendine Yardım	4 hafta		
Van der Heiden ve ark. 2016	ÜT (Wells 1997, 2009)	Bireysel	15	45' (1)	7 (psikolog)
Jelinek ve ark. 2018a	Üstbilişsel Eğitim (Moritz ve Jelinek 2011, Moritz ve Russo 2013, Moritz ve ark. 2007)	Grup (3-10)	4	90' (1)	2 (klinik psikolog)
Jelinek ve ark. 2018b	ÇB (Moritz ve Jelinek 2007, Moritz ve ark. 2007)	Bireysel	6	50' (2)	(terapistler)
Melchior ve ark. 2018	ÜT (Wells 1997, 2009, van der Heiden ve ark. 2016)	Bireysel	10-15		1 (terapist)
Moritz ve ark. 2018	ÜT (myMCT) (Moritz 2010)	Kendine Yardım	6 hafta		
Papageorgiou ve ark. 2018	ÜT (Wells 1997, 2009)	Grup	12	120' (1)	2 (klinik psikolog ve danışan)
Miegel ve ark. 2020	ÜT (myMCT) (Moritz ve ark. 2007, Moritz ve Jelinek 2011, Moritz ve Russo 2013)	Grup (3-10)	4	90' (1)	2 (deneyimli terapist ve asistanı)

**Tablo 9. ŞT'nin etkililiğini inceleyen araştırmalardaki terapi sürecine ilişkin özellikler**

Araştırma	Terapi türü (terapi protokolü)	Terapi formatı (üye sayısı)	Seans sayısı	Seans süresi (haftalık sayı)	Terapist sayısı (ünvanı)
Leahy 2007	ŞT BDT (Frost ve Steketee 2002)	Bireysel	28	(2 haftada 1)	1 (terapist)
Sokman ve Steketee 2007	ŞT	Bireysel	15	(1-2)	1 (terapist)
Thiel ve ark. 2016	ŞT (Stelzer ve ark. 2011a, Stelzer ve ark. 2011b)	Bireysel	12	50' (1)	1 (terapist)

**Tablo 10. DDT'nin etkililiğini inceleyen araştırmadaki terapi sürecine ilişkin özellikler**

Araştırma	Terapi türü (terapi protokolü)	Terapi formatı (üye sayısı)	Seans sayısı	Seans süresi (haftalık sayı)	Terapist sayısı (ünvanı)
Ahovan ve ark. 2016	DDT (Linehan 2013)	Bireysel	8	90' (1)	

**Yöntem:** AÇ: Açık çalışma, BL: Bekleme listesi, BYY: Bilişsel yeniden yapılandırma, ÇTOD: Çoklu temel oran deseni, DD: Deneysel desen, EOÇTOD: Eşzamanlı olmayan çoklu temel oran deseni, K: Kadın, KOPÇ: Kontrollü olmayan pilot çalışma, N: Örnekleme büyüklüğü, PÇ: Pilot çalışma, RKÇ: Randomize kontrollü çalışma, RKKÇ: Randomize kontrollü klinik çalışma, TDDD: Tek denekli deneysel desen, TDDDS: Tek denekli deneysel desen serisi, VÇ: Vaka çalışması, Yarı DD: Yarı deneysel desen, Yaş. Ort: Yaş ortalaması

**Ölçüm Aracı:** BAE: Beyaz Ayı Baskılama Envanteri, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, BBFÖ: Beş Boyutlu Bilişli Farkındalık Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği, BDÖ-II: Beck Depresyon Ölçeği-II, BFDÖ: Bilişli Farkındalık, Dikkat, Farkındalık Ölçeği, BKÖ: Bilişsel Kaynaşma Ölçeği-7, BOKÖ: Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BYÖ: Bilişsel Yanlılıklar Ölçeği, DASS-21: Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği Kısa Form, DEKÖ: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği, DHSÖ: Depresyon İçin Hasta Sağlık Ölçeği, DKBÖ: Duygudurum ve Kaygı Belirtileri Ölçeği, DKE: Düşünce Kaynaşması Envanteri, DKÖ: Düşünce Kontrol Ölçeği, DMÖ: Danışan Memnuniyeti Ölçeği, DSÖ YKÖ: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, DYÖ: Dissosiyatif Yaşantı Ölçeği, EÇDÖ: Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği, FFÖ: Fildelfiya Bilişli Farkındalık Ölçeği, GAÖ: Görsel Analog Ölçeği, GG: Gözden geçirilmiş, GG OKE: Gözden Geçirilmiş Obsesif Kompulsif Envanteri,, GG PEWS: Padua Envanteri- Washing State Üniversitesi Gözden Geçirmesi, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, HMÖ: Hasta Memnuniyet Ölçeği, İDÖ: İntihar Davranışı Ölçeği İOABÇÖ: İşlevsel Olmayan ve Adaptif Başa Çıkma Ölçeği, İSUÖ: İş ve Sosyal Uyum Ölçeği, İTÖ: İnternet Tarama Ölçeği, KBGÖ: Kaygı Bozuklukları Görüşme Ölçeği-IV, KEÖ: Kabul ve Eylem Ölçeği, KF: Kısa Form, KFBE: Kentucky Farkındalık Becerileri Envanteri, KGI: Klinik Genel İyileşme Ölçeği, KGIÖ: Klinik Genel İzlenim Ölçeği, KHÖ: Kaygı Hassasiyeti Ölçeği, KKÖ: Kaygı Kontrol Ölçeği, KÖ: Kaynaşma Ölçeği, KRÖ: Korku Ölçeği, KSE: Kısa Semptom Envanteri, KUNG: Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, MADPÖ: Montgomery ve Asberg Depresyon Puanlama Ölçeği, MOKE: Maudsley Obsesif Kompulsif Envanteri, OİÖ-44: Obsesif İnançlar Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu, OKE: Obsesif Kompulsif Envanteri, OKİÖ: Obsesif Kompulsif İnançlar Ölçeği, OSO: Otizm Spektrum Oranı, ÖB: Öz-bildirim formu, ÖŞÖ: Öz-Şefkat Ölçeği, PDAÖ: Penn Durumluk Anksiyete Ölçeği, PDE: Penn Dinsellik Envanteri, PE: Padua Envanteri, PKL: Paranoya Kontrol Listesi, RYÖ: Ruminatif Yanıt Ölçeği, SC DiÖ: Santa Clara Dini İnanç Ölçeği, SCID: Eksen-I Bozuklukları için Yapısal Klinik Görüşme, SCL-90-R: Psikolojik Belirtileri Tarama Testi, SMÖ: Sheehan Malûliyet Ölçeği, STAI: Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği, STÖ: Stres Toleransı Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği, TFÖ: Toronto Farkındalık Ölçeği, ÜBÖ: Üstbilişler Ölçeği, WRİÖ: Kısa Warwick-Edinburgh Ruhsal İyi Oluş Ölçeği, Y-BOCS: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, YKE: Yaşam Kalitesi Envanteri, YKÖ: Yaşam Kalitesi Ölçeği.

## Terapi türleri

Alanyazında 3. Kuşak Terapiler bağlamında uygulanan terapi türleri incelendiğinde; araştırmalardan 17'sinin Bilişli Farkındalık Temelli Terapiler (Patel ve ark. 2007, Hertenstein ve ark. 2012, Kumar ve ark. 2016, Landmann ve ark. 2020), 12'sinin KKT (Twohig ve ark. 2006, Dehlin ve ark. 2013, Thompson ve ark. 2021), 14'ünün ÜT (Fisher ve Wells 2008, Moritz ve ark. 2010, Miegel ve ark. 2020), 3'ünün ŞT (Sokman ve Steketee 2007, Leahy 2007, Thiel ve ark. 2016) ve 1'inin DDT (Ahovan ve ark. 2016) olduğu belirlenmiştir.

Bu gözden geçirmede yer verilen araştırmalarda uygulanan 3. Kuşak Terapiler'in farklı formatlarda yürütüldüğü belirlenmiştir. Araştırmalardan 29'unun bireysel ((Twohig ve ark. 2010, Wahl ve ark. 2012, Dehlin ve ark. 2013), 14'ünün grup terapi therapy (Key ve ark. 2017, Rohani ve ark. 2018), 4'ünün ise kendine yardım (Moritz ve ark. 2010, Cludius ve ark. 2015) türünde olduğu görülmüştür.

### **Terapi sürecine ilişkin özellikler**

KKT uygulanan araştırmalar incelendiğinde; toplam seans sayılarının 4 ile 16, seans sürelerinin 45 ile 120 dakika, haftalık seans sayılarının ise 1 ile 2 arasında değiştiği belirlenmiştir (Dehlin ve ark. 2013, Wheeler 2017, Thompson ve ark. 2021).

BFT BT uygulanan araştırmalar incelendiğinde; toplam seans sayısının çoğunlukla 8, seans süresinin 2 saat, haftalık seans sayısının ise 1 olduğu (Key ve ark. 2017, Landmann ve ark. 2020), grup formatında yürütölen terapilerde grup üye sayısının 8-12 arasında değiştiği görülmüştür (Sguazzin ve ark. 2017, Selchen ve ark. 2018).

Diğer Bilinçli Farkındalık Temelli Terapiler'in uygulandığı araştırmalar incelendiğinde ise, Düşüncelere Mesafeli Farkındalık müdahalesinin toplam seans sayısının 4, haftalık seans sayısının 2 ve seans süresinin en az 100 dakika olduğu belirlenmiştir (Rupp ve ark. 2019). Bilinçli Farkındalık ile Bütünleştirilmiş BDT'nin ise, toplam seans sayısının 12-16 arasında değiştiği, haftalık seans sayısının 2 ve seans süresinin 90 dakika olduğu görülmüştür (Kumar ve ark. 2016).

ÜT uygulanan araştırmalar incelendiğinde; terapisinin ağırlıklı olarak bireysel ya da grup formatında uygulanmakla birlikte (Andouz ve ark. 2012, Papageorgiou ve ark. 2018), Üstbilişsel Terapim (myMCT) olarak adlandırılan kendine yardım formatının da sıklıkla kullanıldığı görülmüştür (Moritz ve ark. 2010, Hauschildt ve ark. 2016). Bireysel terapilerin toplam seans sayılarının 4-15, seans sürelerinin 45 ile 60 dakika arasında değiştiği ve haftalık seans sayısının 1 olduğu; grup formatında yürütölen terapilerde grup üye sayısının 3-10, seans sürelerinin ise 90 ile 120 dakika arasında değiştiği görülmüştür (Miegel ve ark. 2020).

şT uygulanan araştırmalar incelendiğinde; şT'nin bireysel olarak uygulandığı, seans sayılarının 12, 15 ve 28, seans sürelerinin 50 ve 90 dakika olarak farklılık gösterdiği görülmüştür (Sokman ve Steketee 2007, Leahy 2007, Thiel ve ark. 2016). Gözden geçirmede yer verilen ve OKB'de DDT'nin etkililiği inceleyen tek çalışmada ise; DDT'nin bireysel formatta, 8 seans, haftada 1 kez ve 90 dakika olacak şekilde uygulandığı belirlenmiştir (Ahovan ve ark. 2016).

Genel olarak 3. Kuşak Terapiler'in klinik psikologlar başta olmak üzere (Kumar ve ark. 2016) ruh sağlığı uzmanları tarafından yürütüldüğü belirlenmiştir. Grup terapisinin etkililiğini inceleyen bir araştırmada, klinik psikoloğa daha önce OKB tedavisi göröüp iyileşmiş bireyin eşlik ettiği görülmüştür (Papageorgiou ve ark. 2018).

### **Terapi protokolleri ve kullanılan teknikler**

KKT'nin etkililiğini değerlendiren araştırmalarda ise ağırlıklı olarak Twohig, Hayes ve

Masuda'nın (2006) manüelinin takip edildiği ve psikolojik ayrışma, bağlam olarak benlik, bilinçli farkındalık, değerleri netleştirme, değer temelli etkinliklerle angaje olmaya yönelik davranışsal adanmayı artırmanın ve relapsı önleme gibi süreçlerin hedeflendiği görülmüştür. Bu bağlamda; ev ödevlerinin verilmesi ve gözden geçirilmesi, davranışsal bağlılık ve ayrışma egzersizleri, metafor kullanımı gibi bileşenlere yer verildiği belirlenmiştir (Twhig ve ark. 2010a, Twhig ve ark. 2010b, Twhig ve ark. 2015, Rohani ve ark. 2018).

BFT BT'nin etkililiğinin değerlendirildiği araştırmalarda; Segal, Williams ve Teasdale'nin (2013) depresyon için geliştirdiği programın OKB için uyarlanmış versiyonunun kullanıldığı ve bu manüelde bilinçli farkındalık, ev ödevleri ve ev ödevlerinin gözden geçirilmesi, meditasyon, beden tarama, sorgulama, düşünce ve duygular egzersizi, hoş olaylar takvimi, bilinçli farkındalık gibi bileşenlerin yer aldığı görülmüştür (Selchen ve ark. 2018, Landmann ve ark. 2020).

Segal ve arkadaşları (2002) tarafından tariflenen "Depresyon için BFT BT: relapsı önlemek için yeni bir yaklaşım" programının uyarlamasının kullanıldığı bir diğer araştırmada ise; bilinçli farkındalık, dikkati yeniden odaklama, üst bilişlerle mücadele etme, beden tarama, bilinçli farkındalık, relaps önleme (Hertenstein ve ark. 2012, Key ve ark. 2017) gibi bileşenlere yer verildiği görülmüştür.

ÜT'nin etkililiğinin incelendiği araştırmalarda; Obsesif Kompulsif Bilişler çalışma Grubu'nun (1997, 2003, 2005) belirlediği 8 bilişsel yanlılığı hedefleyen ÜT tekniklerinin kullanıldığı görülmektedir. Bu bilişsel yanlılıklar; mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük, düşünce eylem kaynaşması ve düşünce kontrolü, tehlikenin olduğundan fazla tahmin edilmesi ve abartılmış sorumluluk duygusu, yanlı dikkat ve yanlı bilişsel ağ olarak bildirilmektedir (Miegel ve ark. 2020).

Bu bilişsel yanlılıkların hedeflenmesi gibi Wells'in (1997, 2009) tedavi yaklaşımının da sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Bu kapsamda üst bilişsel inançlar ile mücadele etmeyi hedefleyen terapi; psikoeğitim (Papageorgiou ve ark. 2018), aile üyesi gibi hasta yakınının tedaviye katılımı (Melchior ve ark. 2018), relaps önleme (Papageorgiou ve ark. 2018), düşüncelere mesafeli farkındalık, kanıtları sorgulama, avantaj-dezavantaj analizi yapma (Papageorgiou ve ark. 2018) gibi bileşenleri içermektedir.

OKB'de ÜT'nin etkililiğini değerlendirmek için bir kendine yardım manüeli olan ve Bilişsel Terapi geleneğine dayalı olarak geliştirilen myMCT'yi (Moritz 2010, Moritz ve Hauschildt 2011, 2016) kullanan araştırmaların da ağırlıklı olduğu görülmektedir. OKB'de sıklıkla görülen bilişsel çarpıtmaları hedefleyen myMCT kapsamında psikoeğitim, üstbilişsel inançların belirlenmesini ve işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerinin alternatifleri ile değiştirilmesi, çağrışım bölme bileşenlerini içerir (Moritz ve ark. 2010, Hauschildt ve ark. 2016).

OKB'de diğer 3. Kuşak Terapiler'in etkililiğini değerlendirmek için yapılan araştırmalarda DDT'de Linehan'ın (2013) manüelinin kullanıldığı ve bu manüelde stresi tolere edebilme, duygu düzenleme, bilinçli farkındalık, kişilerarası beceriler bileşenlerinin yer aldığı görülmektedir (Ahovan ve ark. 2016).



ŞT'de ise Frost ve Steketee (2002) ile Stelzer ve arkadaşları'nın (2011a) manüellerinin kullanıldığı belirlenmiştir. MBTÖ'ye de yer verildiği görülen Şema Terapi manüellerinde psikoeğitim, şema modlarının belirlenmesi ve şemalara özgü kullanımı gibi bileşenlerin yer aldığı anlaşılmaktadır (Sokman ve Steketee 2007, Leahy 2007, Thiel ve ark. 2016).

## Çalışmalarda uygulanan terapi türlerinin etkililiği

### Kabul ve kararlılık terapisinin etkililiği

Bu gözden geçirmede yer verilen ve OKB tedavisinde KKT'nin etkililiğini inceleyen araştırmalara ilişkin bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir.

OKB için KKT'nin etkililiğini incelemek amacıyla yapılan araştırmada; tüm katılımcıların öz-bildirim halinde belirttiği kompülsiyonlarının azaldığı ve bu kazanımların 3 aylık takipte de sürdürüldüğü belirlenmiştir. Tüm katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeylerinde olumlu değişiklikler olduğu, yaşantısal kaçınma, obsesyonların inanılabilirliği ve obsesyonlara tepki verme ihtiyaçlarının azaldığı ve tedaviyi oldukça kabul edilir olarak buldukları görülmüştür (Twohig ve ark. 2006).

Biri OKB olmak üzere 3 farklı Kaygı Bozukluğu tanısı almış 3 hastada KKT'nin etkililiğini incelemek amacıyla yapılan araştırmada; 12 haftalık terapi programı sonrasında katılımcıların KKT ile ilişkili ölçüm araçlarında değişim (yaşantısal kaçınmada azalma, kabul ve bilinçli farkındalık becerilerinde artış) ve yaşam kalitelerinde artış ile birlikte anksiyete ve stres düzeylerinde anlamlı azalmalar olduğu belirlenmiştir (Eifert ve ark. 2009).

OKB tanılı bireylerde KKT ile ilerleyici kas gevşemesi eğitiminin (İKGE) etkililiğini karşılaştırmak amacıyla yapılan araştırmada; KKT'nin Y-BOCS'de OKB şiddeti açısından, tedavi sonrasında ve takipte, daha fazla değişime yol açtığı belirlenmiştir. Ayrıca tedavi öncesinde en az hafif düzeyde depresyon bildiren katılımcılar arasında depresyon açısından da daha fazla değişime yol açtığı görülmüştür. OKB şiddetinde klinik olarak anlamlı değişim de KKT grubunda daha fazla görülmüştür. Yaşam kalitesi her iki grupta da iyileşmiştir ancak çok az da olsa son-testte KKT'nin lehine bulgular elde edilmiştir. Tedavi reddinin KKT'de %2,4, İKGE'de %7,8; tedaviyi yarıda bırakma oranının KKT'de %9,8, İKGE'de %13,2 olarak her iki koşulda da düşük olduğu görülmüştür (Twohig ve ark. 2010a).

OKB tanılı 6 katılımcıda KKT, BT ya da MBTÖ tedavilerinin farklılık ya da benzerliklerini belirlemeyi amaçlayan araştırmada; istatistiksel analizler ile desteklenen görsel analizler obsesyonları, kompülsiyonları ya da her ikisi de olan katılımcıların bu belirtilerinin her 3 tedavi koşulunda da azaldığını göstermiştir. Görsel analize göre; KKT grubundaki 1 katılımcı psikolojik esneklikteki en yüksek genel değişimi göstermiştir. Diğer katılımcılar ise genel olarak benzer değişim göstermiştir (Twohig ve ark. 2010b).

KKT'nin dinsel temelli OKB'deki etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada; tedavi OKB belirtilerinde azalmaya yol açmıştır. Kazanımların 3 aylık takibe kadar artarak devam ettiği görülmüştür (Dehlin ve ark. 2013).

OKB için KKT'nin etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada; tedavinin OKB, depresyon ve anksiyete belirtilerinde azalmaya yol açtığı belirlenmiştir. Takipte de bu kazanımların korunduğu görülmüştür (Vakili ve Gharraee 2014).

OKB için KKT tedavisi gören hastaların seanslar boyu psikolojik esneklik düzeyinde meydana gelen değişimleri incelemek amacıyla yapılan araştırmada; tedavi etkisinin aşamalı olduğu, KKT'nin son 2 seansta anlamlı olarak daha etkili olduğu belirlenmiştir. Psikolojik esneklikteki değişimin OKB'deki değişimi, OKB şiddetindeki değişimin psikolojik esneklikteki değişimi yordamasına kıyasla, daha iyi yordadığı bulunmuştur. Tedavi sonrası psikolojik esneklik düzeyinin, tedavi öncesinden takibe kadarki OKB şiddetindeki azalmalara aracılık ettiği belirlenmiştir (Twhohig ve ark. 2015).

OKB tanılı bireylerde KKT, SSRI ve KKT ile SSRI kombinasyonunun etkililiğini karşılaştırmak amacıyla yapılan araştırmada; KKT (%44) ve kombine (%40) tedavinin, yalnızca SSRI (%12.5) tedavisine kıyasla, OKB belirtileri ve deneyimsel kaçınma üzerinde anlamlı olarak daha fazla iyileşmeye yol açtığı görülmüştür. KKT ile kombine tedavi arasında ise OKB belirtileri ya da deneyimsel kaçınma üzerindeki etkisi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. KKT grubundakilerin %22'si, kombine gruptakilerin %20'si tam remisyona ulaşırken, SSRI grubundaki hiçbir katılımcı ulaşamamıştır. Toplamda 5 (3 SSRI, 1 KKT, 1 kombine) katılımcının tedaviyi yarıda bıraktığı bildirilmiştir (Vakili ve ark. 2015).

Tek denekli vaka çalışması desenindeki araştırmada, OKB tanılı kadın katılımcıya MBTÖ ile birlikte KKT müdahalesi uygulanmıştır. Y-BOCS puanlarında güvenilir olumlu bir değişim olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcı iyi oluşunda da düzelmeler olduğunu bildirmiştir (Wheeler 2017).

SSRI tedavisi gören OKB tanılı hastaların tedavisine grup KKT'yi eklemenin etkilerini incelemek amacıyla yapılan araştırmada; tedavi sonrasında her iki koşulda da Y-BOCS ve BDÖ-II puanlarında anlamlı azalmalar olduğu ancak takipte SSRI ile birlikte KKT koşulundaki anlamlı azalmaların daha fazla olduğu belirlenmiştir. Tedavi sonrasında ve takipte, SSRI ile birlikte KKT koşulunda, SSRI'ya kıyasla, Ruminatif Yanıt ile Kabul ve Eylem Ölçekleri'nde anlamlı iyileşmeler olduğu bulunmuştur. KKT koşulunda tedavi esnasında yarıda bırakan olmadığı bildirilmiştir (Rohani ve ark. 2018).

Geleneksel MBTÖ ile KKT ve MBTÖ kombinasyonunun etkililiğini karşılaştırmak amacıyla yapılan araştırmada; her iki tedavi de OKB ve depresyon belirtilerinde azalmaya yol açmıştır. Ancak gruplar arası fark bulunmamıştır. Kazanımların takipte de korunduğu görülmüştür (Twhohig ve ark. 2018).

OKB tanılı bireylerde bireysel MBTÖ ve KKT kombine tedavisi esnasında psikolojik esneklikte meydana gelen değişimlerin KKT'ye özgü olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan vaka çalışmasında; katılımcılar rastgele önce daha kısa MBTÖ (4 seans) takiben KKT (4 seans) ve son olarak daha uzun MBTÖ (8 seans) ya da önce daha uzun MBTÖ'yü (8 seans) takiben KKT (4 seans) ve son olarak daha kısa MBTÖ (4 seans) koşullarından birine atanmıştır. Ölçek puanları, 4 katılımcıdan 3'ünün tedaviye yanıt verdiğini göstermiştir. Her iki koşulun da psikolojik esneklik üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (Thompson ve ark. 2021).

## Bilinçli farkındalık temelli terapilerin etkililiği

OKB tedavisinde BFT Terapiler'in etkililiğini inceleyen araştırmalara ilişkin bilgiler Tablo 2'de özetlenmiştir.

İlaç ve MBTÖ tedavisini reddeden OKB tanılı vakada Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma programının etkililiğini değerlendirmeyi amaçlayan araştırmada, olgunun OKB belirtilerinde klinik olarak anlamlı azalmalar ve bilinçli farkındalık durumuna geçme kapasitesinde artış olduğu belirlenmiştir (Patel ve ark. 2007).

Farkındalık temelli terapinin etkililiğini incelemek amacıyla yapılan araştırmada, 3 katılımcı önce gevşeme kontrol müdahalesi, ardından 6 seanslık bilinçli farkındalık temelli müdahale almıştır. Terapi sonrasında tüm katılımcıların Y-BOCS puanları klinik düzeyin altına inmiştir. 2 katılımcı terapi kazanımlarını takipte de sürdürmüştür. Terapi sonrasında alınan geribildirimlerle ilişkin niteliksel analizler; gözlem, farkındalık ve kabul gibi bilinçli farkındalık becerilerinin katılımcılar tarafından düşünce-eylem kaynaşması ve bastırma ile başa çıkmada yardımcı olarak değerlendirildiğine işaret etmiştir. Elde edilen bulgular; girici istenmeyen düşünce deneyimleyen bazı bireylerde bilinçli farkındalığın faydalı olabileceğine işaret etmiştir (Wilkinson-Tough ve ark. 2010).

Budist farkındalık uygulamasını terapide kullanmanın etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılan vaka çalışmasında; danışan ruminasyona başlamak zorunda kalmadan önce düşüncenin ilk ortaya çıkışını fark etme becerisinin arttığını; bazı belirtilerinin tekrar belirmeye başladığını erkenden belirleyebildiğini ve terapide öğrendiği farkındalık tekniklerini kullanarak düzeltici eylemlerde bulunabildiğini bildirmiştir (de Zoysa 2011).

Son 2 yıl içerisinde MBTÖ ile birlikte DT almış olan OKB tanılı bireylerin grup BFT BT'ye ilişkin öznel deneyimlerini değerlendirmeyi amaçlayan niteliksel araştırmada; katılımcıların tedaviyi OKB ve OKB ile ilişkili problemlerle başa çıkmalarında yardımcı olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Katılımcıların 2/3'ü OKB belirtilerinde düşüş bildirmiş ve tedavinin faydalarını olumsuz duygularının yüzeye çıkmasına izin verme ve şuanda daha bilinçli yaşama becerilerinde artış olarak sıralamışlardır. İlk 3 seans içerisinde 4 katılımcının tedaviyi yarıda bıraktığı görülmüştür (Hertenstein ve ark. 2012).

Obsesif düşüncelere kısa süreli maruziyet esnasında bilinçli farkındalık temelli yönergenin, dikkat dağıtma yöntemine kıyasla, OKB tanılı bireylerin obsesif düşünceleri üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlayan deneysel çalışmada; bilinçli farkındalık temelli stratejinin anksiyeteyi ve nötrale etme dürtüsünü azalttığı belirlenmiştir (Wahl ve ark. 2012).

Bilinçli farkındalık grup eğitiminin OKB belirti oranları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla OKB tanılı bireylerle yapılan araştırmada; eğitimin obsesyon ve yıkama/temizleme, onaylanma, yavaşlama, obsesif tereddüt belirtileri üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür (Madani ve ark. 2013).

Kendine yardım formatında uygulanan bilinçli farkındalık temelli eğitimin, ses kayıtları halinde kendi kendine uygulanan ilerleyici kas gevşemesine kıyasla, OKB'deki etkililiğini incelemek amacıyla yapılan araştırmada, hiçbir koşulda herhangi bir ölçüm aracında değişiklik

olmadığı görülmüştür. Ancak bilinçli farkındalık egzersizlerini yapan tüm katılımcılar el kitapçığının faydalı olduğunu bildirmiştir. Araştırmacılar bu sonucun müdahalelerin kendine yardım şeklinde uygulanması ile ilişkili olabileceği sonucuna varmıştır (Cludius ve ark. 2015).

Obsesyonların baskın olduğu OKB’de Bilinçli Farkındalık ile Bütünleştirilmiş BDT’nin etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; tedavi, katılımcıların obsesyon şiddetinde %56 azalmaya ek olarak depresyon ve anksiyete düzeylerinde de azalma sağlamıştır. Katılımcıların %67’sinin remisyona ulaştığı belirlenmiştir. 1 katılımcıdan son-test ve takip ölçümünün, bir diğer katılımcıdan ise sadece takip ölçümünün alınmadığı belirlenmiştir (Kumar ve ark. 2016).

MBTÖ odaklı BDT ile kısmen iyileşme göstermiş OKB tanılı bireyler için BFT BT’nin etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; tedavi, katılımcıların %23,1’inin OKB belirtilerinde klinik olarak anlamlı düşüşe yol açmıştır. Ayrıca katılımcıların depresyon ve anksiyete belirtilerinde azalmaya; bilinçli farkındalık becerileri ile öz-şefkat düzeylerinde artışa yol açmıştır. Beş katılımcının tedaviyi yarıda bıraktığı belirlenmiştir (Key ve ark. 2017).

BDT sonrası kalıntı belirtilerden muzdarip olan OKB tanılı bireyler açısından BFT BT’nin kabul edilebilirliğini ve algılanan faydasını niteliksel olarak değerlendirmek amacıyla yapılan niteliksel çalışmada; katılımcılar sözel olarak algılanan OKB belirtilerinde azalma ve de bilinçli farkındalık ve başa çıkma becerilerinde artış olduğunu bildirmiştir. Ayrıca tedaviyi yüksek oranda kabul edilebilir bulduklarını ve terapi sonrasında genel olarak yaşam kalitelerinin arttığını belirtmiştir (Sguazzin ve ark. 2017).

OKB için tedavi arayışında olan bireylerde OKB’ye özgü hale getirilmiş grup BFT BT’nin OKB’deki etkililiğini test etmek amacıyla yapılan çalışmada; katılımcılar rastgele BDT almadan önce BFT BT grup müdahalesine ya da 14 haftalık BDT sonrası BFT BT grup müdahalesi koşuluna atanmıştır. Her iki BFT BT grup müdahalesi grubunda da tedavi sonrasında, tedavi öncesine göre anlamlı değişiklikler görülmüştür. Hem diğer ilk sıra tedaviler öncesinde uygulanan tek başına bir tedavi olarak hem de BDT’ye sadece kısmi yanıt veren hastalarda takviye tedavi olarak uygulanan BFT BT sonucunda; tedavi öncesinden tedavi sonrası sürece kadar obsesif kompulsif belirtilerde görülen büyük ve anlamlı azalmalar OKB için BFT BT’nin olası etkililiğini göstermiştir (Selchen ve ark. 2018).

BFT MBTÖ grup terapisi ile MBTÖ grup terapisini karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmada; BFT MBTÖ’nün, MBTÖ’ye kıyasla OKB belirti şiddetinde klinik olarak anlamlı daha fazla iyileşmeye yol açmadığı ancak bilinçli farkındalık düzeyinde orta/orta-büyük iyileşme sağladığı görülmüştür (Strauss ve ark. 2018).

BFT BT’nin etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; tedavinin hafif belirti gösterenlere kıyasla, orta (%0, 6/12) ve şiddetli (%61, 8/13) düzey belirti gösterenlere daha faydalı olduğu; Obsesyonlar/Kompulsiyonlar ve Somatizasyon alt ölçek puanlarındaki değişimin etki boyunun, diğer alt ölçeklere kıyasla daha yüksek olduğu; depresif belirtilerin azaldığı, bilinçli farkındalık becerilerinin arttığı görülmüştür (Didonna ve ark. 2019).

BFT BT'nin tamamlayıcı tedavi seçeneği olarak etkililiğini incelemek amacıyla yapılan araştırmada; tedavi sonrasında Y-BOCS'ye göre; BFT BT'nin, BT-MBTÖ'nün üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. Fakat GG OKE'ye göre; etki boyu 0.053 olarak bulunmuştur. Yanıt oranı ve obsesif inançlar ve yaşam kalitesi gibi ikincil sonuçlar üzerindeki iyileşme BFT BT grubunda anlamlı düzeyde daha fazla olmuştur. 6 aylık takipte obsesif kompulsif belirtileri her iki grupta da daha fazla iyileşmiştir ve grup farklılıkları anlamlılığını yitirmiştir. Buna göre; BFT BT'nin, psikoeğitimsel programa kıyasla, öz bildirime dayalı obsesif kompulsif belirtilerinde ve ikincil sonuçlarda hızlandırılmış iyileşme sağladığı sonucuna varılmıştır. Tedavinin orta döneminde her iki müdahale de benzer ve değişmez fakat küçük iyileşme sağlamıştır. Buna göre; ek tedavi seçeneklerinin gerekli olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Tedaviyi yarıda bırakma oranının %10'un altında olduğu belirtilmiştir (Külz ve ark. 2019).

OKB için Bilişsel Yeniden Yapılandırma ile Düşüncelere Mesafeli Farkındalık etkililiğini karşılaştırmak amacıyla yapılan araştırmada; 2 tedavi grubunun da bekleme listesinden daha iyi olduğu ve her ikisinin de OKB belirtilerini azaltmada eşit derecede etkili olduğu belirlenmiştir. Her iki tedavi koşulunda da katılımcıların %40'ı klinik olarak anlamlı değişim göstermiştir. Tedaviyi yarıda bırakan 3 katılımcı olduğu belirlenmiştir (Rupp ve ark. 2019).

BFT BT'nin, aktif kontrol koşulu olarak psikoeğitim grubuna kıyasla, BDT sonrası kalıntı belirtileri olan OKB tanılı hastalarda uzun süreli etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada; OKB belirtileri temel orandan takibe büyük etki boyu ile birlikte, 2 koşul arasında fark bulunmamıştır. 12 aylık takipte belirti azalmasının 2 koşulda da benzer olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte ön kanıtlar, BFT BT'nin OKB'nin bazı öğeleri üzerinde daha üstün bir etkiye sahip olduğuna işaret etmiştir. Obsesif düşüncelerle geçen zaman, obsesif düşünceler ile ilişkili stres ve obsesif düşünceler nedeniyle engellenme düzeyinin koşullar arasında farklılık gösterdiği; BFT BT grubundaki azalmanın daha güçlü olduğu bulunmuştur. 12 aylık takipte tedaviyi tamamlama oranı %80 olarak belirlenmiştir (Cludius ve ark. 2020).

BDT sonrası kalıntı belirtileri olan OKB tanılı hastalara uygulanan BFT BT sonrasında gündelik yaşam deneyimlerinde meydana gelen değişimleri incelemek amacıyla yapılan araştırmada; BFT BT koşulundaki katılımcılar, psikoeğitim koşulu ile kıyaslandığında, olumlu duygudurum, olumsuz duygudurum, anlık duyguları kabullenme ya da obsesif kompulsif belirtileri ile ilişkili stres açısından anlamlı değişim deneyimlememiştir. BFT BT grubunda; tedavi sonrası değerlendirmedeki anlık OK belirtilerinin varlığı, artmış içgörüyü yordamıştır. Bu durum katılımcıların belirtilerin ortaya çıktığı an içerisinde OK belirtilerine mesafe koyma becerilerinin iyileştiğini göstermektedir (Landmann ve ark. 2020).

## Üstbilişsel terapinin etkililiği

OKB tedavisinde ÜT'nin etkililiğini inceleyen araştırmalara ilişkin bilgiler Tablo 3'te özetlenmiştir.

Wells'in OKB'ye yönelik üstbiliş modeline dayalı geliştirilen Üstbilişsel Terapi'nin etkililiğini değerlendirmeyi amaçlayan ve 4 ardışık olgu ile yürütülen araştırmada tek

denekli vaka deseni kullanılmıştır. Tedavi sonrasında tüm katılımcıların sonuç ölçümlerinde klinik olarak anlamlı değişimler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu kazanımların 6 aylık takip boyunca sürdürüldüğü görülmüştür. Bu bulgulara dayanarak araştırmacılar, Üstbilişsel Terapi'nin OKB için etkili olabileceği sonucuna varmıştır (Fisher ve Wells 2008).

Grup ÜT'nin OKB'deki etkililiğini incelemeyi amaçlayan araştırmanın örneklemini klinik grup ortamındaki OKB tanılı yaşları 21-58 arasında değişen, 8 katılımcı oluşturmuştur. Elde edilen bulgular; tüm katılımcıların OKB belirti şiddeti ve üstbilişler ölçeklerinde düzelmeye gösterdiğine işaret etmiştir. Ayrıca 3 aylık takip değerlendirmesinde Y-BOCS'a göre 7 katılımcının iyileştiği belirlenmiştir (Rees ve ark. 2008).

Kendine yardım üst bilişsel eğitim programının OKB'deki etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada; müdahale grubunda yer alan katılımcıların, bekleme listesindekilere kıyasla, OKB belirtilerinde Y-BOCS toplam puanına göre anlamlı düzeyde daha fazla iyileşme görülmüştür. Bu iyileşme özellikle obsesyonlar için olmuştur. GG OKE ve BDÖ-Kısa Formu'nda da orta düzeyden güçlü düzeye değişen farklılıklar ortaya çıkmıştır. OKB için kendine yardım üst bilişsel eğitim programının etkililiğine dair ilk kanıtlar elde edilmiştir (Moritz ve ark. 2010).

ÜT, Fluvoksamin ve ÜT ile birlikte Fluvoksamin'in OKB tanılı hastaların tedavisindeki etkililiğini karşılaştırmak amacıyla yapılan araştırmada; ÜT ve kombine tedavi grubundaki tüm hastaların tedavi sonrasında OKB şiddeti, depresyon ve anksiyete açısından, ilaç tedavisine kıyasla, anlamlı daha fazla düzelmeye gösterdiği belirlenmiştir. Ancak ÜT ve kombine tedavi müdahaleleri arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Buna dayanarak araştırmacılar; tedaviye ilaç eklemenin ÜT'nin etkililiğini artırmayabileceği sonucuna varmıştır (Shareh ve ark. 2010).

Sadece obsesyonları olan OKB tanılı bireylerde ÜT'nin etkililiğini incelemeyi amaçlayan araştırmada; katılımcıların obsesyonlarına yanıt olarak örtük ritüelleri ve kompulsif davranışları kullandığı belirlenmiştir. Elde edilen bulgular; ÜT'nin obsesif kompulsif belirtileri azaltmada ve üstbilişsel ile düşünce kaynaşması inançlarını değiştirmede etkili olduğu belirlenmiştir (Andouz ve ark. 2012).

Video konferans yöntemi ile verilen ÜT'nin OKB'de etkili olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan çalışmada; katılımcıların obsesif kompulsif belirtilerine ek olarak depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinde anlamlı azalmalar olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu kazanımların tedaviden sonraki 6-8 haftalık takip sürecinde de korunduğu görülmüştür (Fitt ve Rees 2012).

OKB için geliştirilen myMCT'nin etkililiğini incelemek amacıyla yapılan araştırmada; Katılımcıların hem myMCT hem de psikoeğitimden anlamlı düzeyde fayda gördüğü ancak 4 haftalık tedavi sonrasında myMCT'nin Y-BOCS toplam puanı, obsesyonlar, depresyon ve bilişsel yanlılıklar açısından OKB belirtilerini azaltmada daha güçlü etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. 6 aylık takipte de myMCT koşulundaki katılımcıların Bilişsel Yanlılık Ölçeği puanlarının azaldığı görülmüştür (Hauschildt ve ark. 2016).

OKB tanılı bireylerde ÜT'nin etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada;

tedavi sonrasında ve takipte ÜT'ün tüm sonuç değişkenlerinde anlamlı ve daha fazla azalma sağladığı belirlenmiştir. Ve bu azalmanın büyük kısmının klinik olarak anlamlı bir değişim olduğu görülmüştür. Hastaların tedavi sonrasında %74'ünün, takipte %80'inin Y-BOCS'ye göre iyileştiği belirlenmiştir. Ayrıca hastaların tedavi sonrasında %63'ünün, takipte %80'inin artık OKB tanı ölçütlerini karşılamadığı bulunmuştur. Tedaviyi yarıda bırakma oranının; tedavinin aktif tedavi evresinde %25,3 aylık takipte %12 olduğu bildirilmiştir (van der Heiden ve ark. 2016).

Yatan hasta tedavisine ek olarak OKB için ÜT'nin kabul edilebilirliğini incelemek amacıyla yapılan çalışmada; ÜT'nin kabul edilebilirliğinin yüksek olduğu ve katma değere sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %89,7'si tedaviyi faydalı ve anlaşılabilir ve başkalarına tavsiye edebileceği bir tedavi türü olarak değerlendirmiştir. Yaklaşık %80'i eğitimin, tedavinin önemli bir parçası olduğunu düşündüklerini ve bozukluğu anlamalarını kolaylaştırdığını, %44,7'si kompulsyonlarının, %42,1'i ise obsesyonlarının bu eğitim sayesinde azaldığını bildirmiştir (Jelinek ve ark. 2018a).

BDT'ye ek olarak terapist destekli Çağrışım Bölme (ÇB) yönteminin kabul edilebilirliğini ve faydalarını incelemeyi amaçlayan çalışmada; BDT gören OKB tanılı 109 hasta rastgele ÇB ya da Bilişsel İyileştirme (Bİ) grubuna atanmıştır. ÇB'nin katılımcılar tarafından kabul görme oranının iyi olduğu bulunsu da, genel belirti şiddeti açısından ÇB'nin faydaları, Bİ'ye kıyasla daha iyi olmamıştır. Bununla birlikte, temel orandan 6 aylık takibe kadarki süreçte kaçınma açısından en büyük düşüş ÇB grubunda olmuştur. Dahası, ÇB hakkında bilgi edinen kontrol hastalarının dışlandığı ikincil analizler, ÇB'nin üstünlüğüne işaret etmiştir. Bu nedenle de araştırmacılar, bulaşma etkisinin dikkate değer olduğu sonucuna varmıştır (Jelinek ve ark. 2018b).

ÜT'nin OKB'deki etkililiğini incelemek amacıyla yapılan çalışmada; tedavi sonrasında olgunun artık DSM-IV'e göre OKB belirtilerini karşılamadığı görülmüştür. Y-BOCS ve Padua Envanteri'ndeki puanları ve OKB ile ilişkili üst bilişleri azalmıştır. Buna dayanarak araştırmacılar; üstbilişsel inançların düzeltilmesinin tedavi kazanımlarından sorumlu özgül bir araç olduğu sonucuna varmıştır. 3 aylık takipte kazanımların sürdürüldüğü görülmüştür. Katılımcının tedaviyi yarıda bırakmadığı bildirilmiştir (Melchior ve ark. 2018).

OKB tanısı aldığını bildiren bireylerde OKB için kendine yardım manüeli olan myMCT'nin etkililiğini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; myMCT grubundaki katılımcıların, Y-BOCS'taki obsesif kompulsif belirtilerinde büyük etki boyu ile birlikte anlamlı düzeyde azalma olduğu ayrıca GG OKE, DHSÖ ve BYÖ puanlarında da daha fazla azalma olduğu bulunmuştur (Moritz ve ark. 2018).

ÜT'nin rutin OKB klinik servisindeki katılımcılar için avantajlı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan kohort desenindeki çalışmada; grup BDT'nin üzerinde ya da eş değerinde klinik olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Y-BOCS, BDÖ ve İş ve Sosyal Uyum Ölçeği puanlarının tedavi sonrasında azaldığı görülmüştür. Grup ÜT'de tedaviye yanıt oranının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Grup BDT'de klinik olarak tedaviye yanıt oranı %64 iken, bu oran grup ÜT'de %86,3 olarak bulunmuştur. Tedaviyi yarıda bırakma oranları ÜT için %7,4, BDT için %9,6 olarak bildirilmiştir (Papageorgiou ve ark. 2018).

Bilişsel yanlılıkları hedefleyen grup ÜT'nin OKB'de seansa özgü etkilerini incelemeyi amaçlayan çalışmada; düşünce kontrolü modülünün katılımcıların düşünce kontrolünü anlamlı olarak azalttığı belirlenmiştir. Ayrıca düşünce izleme, düşünce kontrolü, obsesyonlar ve kompüsiyonlarda da tedavi süreci boyunca düzelme olduğu görülmüştür (Miegel ve ark. 2020).

## Şema terapinin etkililiği

OKB tedavisinde Şema Terapinin etkililiğini inceleyen araştırmalara ilişkin bilgiler Tablo 4'te özetlenmiştir.

Duygusal Şema Terapi'nin OKB'deki etkililiğini incelemek amacıyla yapılan vaka çalışmasında; olgunun tedavi boyunca aşamalı olarak düzelme gösterdiği ve kontrol etme kompüsiyonlarının azalarak ortadan kalktığı belirlenmiştir (Leahy 2007).

Şema Temelli Terapi'nin OKB'deki etkililiğini incelemek amacıyla yapılan vaka çalışmasında; tedavi sonrasında olgunun Y-BOCS puanının azaldığı ve 5 yıllık takipte kazanımlarını koruduğu belirlenmiştir (Sokman ve Steketee 2007).

Şema Terapi ile birlikte MBTÖ'yi içeren 12 haftalık yatan hasta tedavisinin OKB'deki etkililiğini incelemeyi amaçlayan araştırmanın örneklemini OKB tanılı, MBTÖ ile birlikte BDT'den yanıt alamayan 10 yatan hasta oluşturmuştur. Elde edilen bulgular; ölçüm araçlarında anlamlı azalmalar olduğuna ve kazanımların 6 aylık takipte de korunduğuna işaret etmiştir (Thiel ve ark. 2016).

## Diyalektik davranış terapisinin etkililiği

OKB tedavisinde Diyalektik Davranış Terapisi'nin etkililiğini inceleyen araştırmalara ilişkin bilgiler Tablo 5'te özetlenmiştir.

Diyalektik Davranış Terapisi'nin OKB tanılı bireylerin klinik bulguları ve duygu düzenlemeleri üzerindeki etkililiğini incelemeyi amaçlayan yarı deneysel araştırmanın örneklemini 15 müdahale grubu ve 15 kontrol grubu olmak üzere 30 katılımcı oluşturmuştur. DDT seanslarına katılan müdahale grubunda; DDT'nin obsesif kompulsif belirtileri azalttığı ve bilişsel duygu düzenlemeyi iyileştirdiği belirlenmiştir. Bu bulgulara dayanarak araştırmacılar; DDT'nin katılımcıların duygusal tepkilerini düzenleyerek OKB'yi hafiflettiği sonucuna varmıştır (Ahovan ve ark. 2016).

## Tartışma

BDT'nin OKB tedavisindeki kanıtlanmış etkililiğinin yanı sıra bir takım sınırlılıklara da sahip olduğunun görülmesi üzerine araştırmacıların OKB tedavisinde tek başına ya da tamamlayıcı tedavi seçeneği olarak 3. Kuşak Terapiler'e yöneldiği anlaşılmaktadır. Buradan yola çıkarak yapılan bu gözden geçirme çalışmasında, son 16 yılda yayınlanan ve OKB tanılı yetişkin bireylerin obsesif kompulsif belirtileri üzerinde 3. Kuşak Terapiler'in etkililiğini değerlendiren 47 çalışma gözden geçirilmiş, bu çalışmaların yöntemsel özellikleri ve uyguladıkları müdahale yöntemlerinin etkililikleri incelenmiştir.



Bu gözden geçirme sonucunda OKB tedavisindeki etkililiği en sık incelenen terapi türünün Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler olduğu ve ardından KKT, ÜT, ŞT ve DDT'nin geldiği belirlenirken, Şefkat Odaklı Terapi, İşlevsel Analitik Psikoterapi, Bütünleştirici Duygu Düzenleme Terapisi ve Duygu Düzenleme Terapisi'nin OKB'deki etkililiğini inceleyen çalışmaya ulaşamamıştır. Yaygın Kaygı Bozukluğu'nda yaygın olarak çalışıldığı belirtilen (Vatan 2016) Bütünleştirici Duygu Düzenleme Terapisi başta olmak üzere söz konusu bu terapi türlerinin de OKB'deki etkililiğinin incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

OKB'deki etkililiği incelenen 3. Kuşak Terapi türlerinin sonuçlarına dair elde edilen bulgular incelendiğinde; KKT'nin OKB belirtileri üzerindeki olumlu etkisinin, ilerleyici kas gevşemesi (Twhig ve ark. 2015) ve ilaç tedavisine (Vakili ve ark. 2015) kıyasla, daha yüksek ve tedaviyi yarıda bırakma oranlarının daha düşük olduğu ayrıca SSRI tedavisine KKT'nin eklenmesinin obsesif kompulsif belirtiler açısından daha fazla iyileşmeye yol açtığı görülmüştür (Rohani ve ark. 2018). Bununla birlikte KKT'nin depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmada etkili olduğu (Twhig ve ark. 2006, Vakili ve Gharraee 2014) gibi psikolojik esneklik (Twhig ve ark. 2010b) ve yaşam kalitesi düzeyinde de artışa (Twhig ve ark. 2010a, Dehlin ve ark. 2013) yol açtığı ancak MBTÖ'ye KKT'nin eklenmesinin, MBTÖ'nün üzerinde fayda sağlamadığı belirlenmiştir (Twhig ve ark. 2018). Bu bulguların KKT'nin OKB'de hem tek başına hem de ilaç tedavisinin yanında tamamlayıcı bir tedavi olarak etkililiğine ilişkin ilk kanıtları oluşturduğu düşünülmüştür. Ulaşılan bu sonuç, anksiyete ve Obsesif Kompulsif spektrum bozukluklarında KKT'nin etkililiğine ilişkin yapılan meta analitik bir gözden geçirme sonucunda Kabul ve Eylem Ölçeği sonuçları ile anksiyete ve bozukluk şiddeti arasında olumlu ilişkiler ve KKT'nin OKB'deki etkililiğine ilişkin destek elde edilmesi ile uygunluk göstermektedir (Bluett ve ark. 2014).

BFT BT'nin etkililiğine ilişkin araştırmaların örneklemini ağırlıklı olarak daha önce MBTÖ ile birlikte BDT ya da sadece BDT almış ancak kalıntı belirtileri olan katılımcıların oluşturduğu görülmüştür. Bu doğrultudaki seçkisiz kontrollü bir çalışmada BFT BT'nin, psikoeğitim kontrol koşuluna kıyasla, obsesif kompulsif belirtiler açısından anlamlı bir değişime yol açmadığı ancak obsesif düşüncelere harcanan zaman ve obsesif düşünceler ile ilişkili stres gibi bazı OKB öğeleri üzerinde düzelmeye yol açtığı görülmüştür (Cludius ve ark. 2020). Bir diğer seçkisiz kontrollü çalışmada ise, bekleme listesi kontrol koşuluna kıyasla, obsesif kompulsif belirtilerdeki azalmanın yanında depresyon ve anksiyete belirtilerinde daha fazla azalmaya yol açtığı, farkındalık becerileri ile öz-şefkat düzeyini artırdığı belirlenmiştir (Key ve ark. 2017). BDT öncesi BFT BT ile BDT sonrası BFT BT'yi kıyaslayan bir araştırmada ise, her iki koşulda da obsesif kompulsif belirtilerde anlamlı iyileşmeler olduğu belirlenmiştir. Bu da araştırmacılar tarafından BFT BT'nin hem tek başına hem de tamamlayıcı bir tedavi seçeneği olarak OKB'de etkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Selchen ve ark. 2018).

ÜT'nin OKB tedavisinde bireysel, grup, kendine yardım ve video konferans temelli olmak üzere farklı formatlar şeklinde uygulandığı belirlenmiştir. OKB belirtileri açısından

etkililiğini ve grup formatındaki ÜT'nin, grup BDT'nin üzerinde faydalarını değerlendiren bir araştırmada, ÜT'nin tedaviye yanıt oranının daha yüksek olduğu ve anlamlı düzelmeler sağladığı görülmüştür (Papageorgiou ve ark. 2018). Bunun yanında, ÜT'nin kendine yardım formatındaki manüel olan myMCT'nin de özellikle obsesyon başta olmak üzere obsesif kompulsif ve depresyon belirtilerinde etkili olduğu, videokonferans şeklinde ÜT'nin de obsesif kompulsif, depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinde etkili olduğuna işaret eden araştırmaların olduğu belirlenmiştir (Moritz ve ark. 2018).

DDT'nin OKB'deki etkililiğine dair ulaşılan tek çalışma ve ŞT ile ilgili ulaşılan üç araştırma; bu terapilerin bireysel formatta uygulandığına ve OKB belirtilerini azalttığına işaret etmektedir (Sokman ve Steketee 2007). Ayrıca DDT'nin; bilişsel duygu düzenleme becerilerini iyileştirdiğine dair bulgular elde edildiği görülmektedir (Ahovan ve ark. 2016). Bu bulgulara dayanarak etkili olmalarının olası olduğu söylenebilse de DDT ve ŞT'nin OKB tedavisindeki etkililiğini inceleyen çok az sayıda çalışmaya ulaşılabilmiş olması nedeniyle bu konuda yapılacak çıkarımlarda çok dikkatli olunması gerektiği ve etkililiklerine ilişkin kesin çıkarımlar yapılmadan önce daha fazla sayıda ve seçkisiz kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmüştür. Etkililiklerine dair yeteri kadar kanıtın ulaşılmamasının ardından da değişim mekanizmalarını incelemeye yönelik araştırmalar alanyazına katkı sağlayacaktır.

Bu gözden geçirmede yer alan çalışmalar 3. Kuşak Terapiler'in OKB'deki etkililiğine dair ilk kanıtlar olarak düşünülse de, Öst'ün (2008) 3. Kuşak Terapiler'in etkililiğine ilişkin seçkisiz kontrollü çalışmalara yönelik yaptığı sistematik gözden geçirme ve meta analiz çalışmasında; bu çalışmaların BDT'nin etkililiğine ilişkin yapılan çalışmalara kıyasla, araştırma yöntemlerinin daha az katı olduğu ve 3. Kuşak Terapi bağlamında yer alan hiçbir terapi türünün deneysel olarak desteklenmiş tedavi ölçütlerini karşılamadığı sonucuna ulaştığı görülmektedir. Bu konuda kesin bir kanıya varabilmek için 3. Kuşak Terapiler'in özgül olarak OKB tanımlı bireylerdeki etkililiğine ilişkin güncel çalışma bulgularını da içeren meta analiz çalışmalarına ihtiyaç duyulduğu söylenebilir. Buna bir gerekçe olarak da 3. Kuşak Terapiler'in obsesif kompulsif belirtileri azalttığına işaret eden bulgulara ek olarak, yakın dönemde yapılan 3. Kuşak Terapiler'in fiziksel ve ruhsal sıkıntıları olan bireyler üzerindeki ekonomik etkisine ilişkin bir sistematik gözden geçirmede, maliyet verimliliğinin ve maliyet-kar oranının kabul edilir düzeyde olduğu belirlenmesi de gösterilebilir (Feliu-Soler ve ark. 2018).

Gözden geçirmede yer verilen araştırmalar yöntemsel açıdan değerlendirildiğinde ise; araştırmaların çoğunlukla tek denekli vaka çalışması ya da seçkisiz kontrollü çalışma deseninde olduğu görülmüştür. Araştırmalarda karşılaştırma grubu olarak genellikle bekleme listesi kontrol grubu kullanılmakla birlikte, aktif kontrol koşulu (psikoeğitim), ilerleyici kas gevşemesi, sadece ilaç tedavisi, ilaç tedavisi ile birlikte kombine tedavi, BDT ve MBTÖ kullanıldığı ya da karşılaştırma grubuna yer verilmeyerek sadece ön-test, son-test ve takip ölçümleri ile tedavilerin etkililiğinin incelendiği belirlenmiştir. Bu bağlamda, 3. Kuşak Terapi türlerinin, etkililiği kanıtlanmış ve birinci sıra tedavi yaklaşımı olarak görülen MBTÖ ile birlikte BDT ile karşılaştırılmasını içeren seçkisiz kontrollü çalışmalar yapılmasının faydalı olabileceği düşünülmüştür. Daha sonrasında ise 3. Kuşak Terapiler'in

OKB'deki etkililiğinin kendi aralarında birbiri ile karşılaştırılmasının etkililiklerinin incelenmesinde gerekli olduğu söylenebilir. Etkililiklerine dair kanıtların netleşmesinin ardından da bu terapilerin değişim mekanizmalarının anlaşılmasına ilişkin ihtiyaç doğacaktır.

3. Kuşak Terapiler'in görece yeni bir tedavi yaklaşımı olduğu göz önüne alındığında, OKB'deki etkililiklerine ilişkin araştırmaların henüz görece az sayıda olması beklendiktir. Ancak bu araştırmaların tümü yurtdışında yapılmıştır ve ülkemizde OKB belirtileri olan katılımcılarla yapılması nedeniyle bu derlemede yer verilmeyen bir çalışmaya rastlanmakla birlikte (Gündoğan ve ark. 2020), OKB tanılı bireylerden oluşan bir örneklem ile yapılmış bir etkililik çalışmasına rastlanmamıştır. Ülkemizde yapılacak olan araştırmaların 3. Kuşak Terapileri'nin etkililiğinin ve bu etkilerin kültürlerarası farklılık gösterip göstermediğinin anlaşılması açısından alanyazına katkı sağlayabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte bu gözden geçirmede ulaşılan sonuçların, yer verilen araştırma sayısının az olması göz önüne alınarak, dikkatli yorumlanması gerektiği düşünülmüştür.

## Sonuç

Sonuç olarak bu derlemede gözden geçirilen araştırmaların, 3. Kuşak Terapiler'in OKB ve eşlik eden depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmaya yardımcı olduğuna, yaşam kalitesi, psikolojik esneklik ve bilinçli farkındalık düzeyini artırdığına, tedaviye devam oranı yüksek ve etkisi uzun süre devam eden bir müdahale biçimi olabileceğine dair ilk kanıtlar olarak değerlendirilebileceği düşünülmüştür.

Ancak OKB'de birinci sıra tedavi olarak görülen MBTÖ ile birlikte BDT'nin üzerinde fayda sağlayıp sağlamadığına ilişkin belirsizliklerin netleştirilebilmesi adına 3. Kuşak Terapiler'in MBTÖ ile birlikte BDT ile karşılaştırılmasını içeren daha fazla seçkisiz kontrollü çalışmaya ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır.

Bununla birlikte ülkemizde 3. Kuşak Terapiler'in OKB tanılı bireylerin tedavisindeki etkililiğine ilişkin çalışmaya ulaşılamadığı göz önüne alındığında, bu temelde yapılacak müdahale çalışmalarının OKB tanılı bireylerin sıkıntılarını azaltmada ve yaşam kalitelerini artırmada faydalı olabileceği söylenebilir.

## Kaynaklar

American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text revision (DSM-IV-TR) Washington, D.C., American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington D.C., American Psychiatric Association.

Andouz Z, Dolatshahi B, Moshagh N, Dadkhah A (2012) The efficacy of metacognitive therapy on patients suffering from pure obsession. *Iran J Psychiatry*, 7:11-21.

Arch JJ, Ayers CR (2013) Which treatment worked better for whom? Moderators of group cognitive behavioral therapy versus adapted mindfulness based stress reduction for anxiety disorders. *Behav Res Ther*, 51:434-442.

Arch JJ, Ayers CR, Baker A, Almklov E, Dean DJ, Craske MG (2013) Randomized clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Behav Res Ther*, 51:185-196.

Arch JJ, Wolitzky-Taylor KB, Eifert GH, Craske MG (2012) Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behav Res Ther*, 50:469-478.

- Arntz A, van Genderen H (2009) *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*, West Sussex, Wiley-Blackwell.
- Bos EH, Merea R, van den Brink E, Sanderman R, Bartels-Velthuis AA (2014) Mindfulness training in a heterogeneous psychiatric sample: outcome evaluation and comparison of different diagnostic groups. *J Clin Psychol*, 70(1):60-71.
- Brauer L, Lewin AB, Storch EA (2011) A review of psychotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Mind Brain*, 2:38-44.
- Bystritsky A, Liberman RP, Hwang S, Wallace CJ, Vapnik T, Maindment K et al. (2001) Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depress Anxiety*, 14(4):214-218.
- Cludius B, Landmann S, Rose N, Heidenreich T, Hottenrott B, Schröder J et al. (2020) Long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with obsessive-compulsive disorder and residual symptoms after cognitive behavioral therapy: twelve-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry Res*, 291:113-119.
- Cludius B, Hottenrott B, Alsieben H, Peter U, Schröder J, Moritz S (2015) Mindfulness for OCD? No evidence for a direct effect of a self-help treatment approach. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 6:59-65.
- Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R (2004) Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*, 45:367-374.
- Davies CD, Niles AN, Arch JJ, Craske MG (2015) Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 46:35-43.
- Dehlin JP, Morrison KK, Twohig MP (2013) Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder. *Behav Modif*, 37:409-430.
- de Zoysa P (2011) The use of mindfulness practice in the treatment of a case of obsessive compulsive disorder in Sri Lanka. *J Relig Health*, 52:299-306.
- Didonna F, Lanfredi M, Xodo E, Ferrari C, Rossi R, Pedrini L (2019) Mindfulness-based cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Psychiatr Pract*, 25:156-170.
- Dougherty DD, Rauch SL, Jenike MA (2004) Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol*, 60:1195-1202.
- Durna G, Ülbe S, Dirik G (2018) Kadında cinsel işlev bozukluğunun tedavisinde bilinçli farkındalık temelli müdahaleler: sistematik bir derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12:72-90.
- Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cogn Behav Pract*, 16: 368-385.
- Ersoy F, Edirne DT, Oğuz TF (2003) Birinci basamakta anksiyete bozuklukları – 3. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12:366-369.
- Feliu-Soler A, Cebolla A, McCracken LM, D'Amico F, Knapp M, Lopez-Montoyo A et al. (2018) Economic impact of third-wave cognitive behavioral therapies: a systematic review and quality assessment of economic evaluations in randomized controlled trials. *Behav Ther*, 49:124-147.
- Fineberg NA, Baldwin DS, Drummond LM, Wyatt S, Hanson J, Gopi S et al. (2018) Optimal treatment for obsessive compulsive disorder: a randomized controlled feasibility study of the clinical-effectiveness and cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy, selective serotonin reuptake inhibitors and their combination in the management of obsessive compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*, 33:334-348.
- Fisher PL, Wells A (2005) How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behav Res Ther*, 43:1543-1558.
- Fisher PL, Wells A (2008) Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 39:117-132.
- Fitt S, Rees C (2012) Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder by videoconference: a preliminary study. *Behav Change*, 29:213-229.
- Grotte T, Solem S, Vogel PA, Güzey İC, Hansen B, Myers SG (2015) Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder. *Cogn Ther Res*, 39:41-50.
- Gururaj GP, Bada Math S, Reddy JYC, Chandrashekar CR (2008). Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: an Indian perspective. *J Postgrad Med*, 54:91-97.
- Gündoğan A, Saltukoğlu G, Astar M (2020) Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının obsesif kompulsif belirtiler üzerindeki etkisi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 15:968-993.
- Hauschildt M, Schröder J, Moritz S (2016) Randomized-controlled trial on a novel (meta)cognitive self-help approach for obsessive-compulsive disorder ("myMCT"). *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 10:26-34.
- Hayes SC (2004) Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive

- therapies. *Behav Ther*, 35:639-665.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*, 44.
- Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma J, Guerrero LF (2004) DBT, FAP, and ACT: how empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Ther*, 35:35-54.
- Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U, Heidenreich T, Nissen C, Thiel N et al. (2012) Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – a qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry*, 12:185.
- Jelinek L, Hauschildt M, Hottenrott B, Kellner M, Moritz S (2018b) "Association splitting" versus cognitive remediation in obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*, 56:17–25.
- Jelinek L, Hottenrott B, Miegel FS, Cludius B (2018a) Patients' perspectives on treatment with metacognitive training for OCD: feasibility and acceptability. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 29:20–28.
- Kahl KG, Winter L, Schweiger U (2012) The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Curr Opin Psychiatry*, 25:522-528.
- Key BL, Rowa K, Bieling P, McCabe R, Pawluk EJ (2017) Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Psychother*, 24:1109–1120.
- Kumar A, Sharma MP, Narayanaswamy C, Kandavel T, Janardhan Reddy YC (2016) Efficacy of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy in patients with predominant obsessions. *Indian J Psychiatry*, 58:367-371.
- Külz AK, Landmann S, Cludius B, Rose N, Heidenreich T, Jelinek L et al. (2019) Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 269:223–233.
- Landmann S, Cludius B, Tuschen-Caffier B, Moritz S, Külz AK (2020) Changes in the daily life experience of patients with obsessive-compulsive disorder following mindfulness-based cognitive therapy: looking beyond symptom reduction using ecological momentary assessment. *Psychiatry Res*, 286.
- Leahy RL (2007) Emotional schemas and self-help: homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Pract*, 14:297-302.
- Leeuwrik T, Cavanagh K, Strauss C (2019) Patient adherence to cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord*, 68:102-135.
- Linardon J, Fairburn CG, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE, Brennan L (2017) The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: a systematic review. *Clin Psychol Rev*, 58:125-140.
- Linehan MM (1993) *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, The Guilford Press.
- Madani NAM, Kananifar N, Atashpour SH, Bin Habil MH (2013) The effects of mindfulness group training on the rate of obsessive-compulsive disorder symptoms on the women in Isfahan City (Iran). *International Medical Journal*, 20:13-17.
- Manjula M, Sudhir PM (2019) New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: moving toward integrated behavioral therapies *Indian J Psychiatry*, 61:104-113.
- McEvoy PM (2019) Metacognitive therapy for anxiety disorders: a review of recent advances and future research directions. *Curr Psychiatry Rep*, 21.
- Melchior K, Franken IHA, van der Heiden C (2018) Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case report. *Bull Menninger Clin* 82:375-389.
- Miegel F, Cludius B, Hottenrott B, Demiralay C, Sure A, Jelinek L (2020) Session-specific effects of the metacognitive training for obsessive-compulsive disorder (MCTOCD). *Psychother Res*, 30:474–486.
- Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad A, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh, M et al. (2016) Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 387:2383–2401.
- Moritz S, Bernardini J, Lion D (2019a) Effects and side effects of a transdiagnostic bias modification intervention in a mixed sample with obsessive-compulsive and/or depressive symptoms—a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.
- Moritz S, Hauschildt M, Murray SC, Pedersen A, Krausz M, Jelinek L (2018) New wine in an old bottle? Evaluation of myMCT as an integrative bibliotherapy for obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 16:88–97.
- Moritz S, Irshaid S, Beiner A, Hauschildt M, Miegel F (2019b) Acceptance and efficacy of a metacognitive self-help intervention in an Arabic-speaking mixed patient sample with depression and/or obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *J Exp*

Psychopathol, 10:1-18.

Moritz S, Jelinek L (2011) Further evidence for the efficacy of association splitting as a self-help technique for reducing obsessive thoughts. *Depress Anxiety*, 28:574-581.

Moritz S, Jelinek L, Hauschildt M, Naber D (2010) How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci*, 12:209-219.

Moritz S, Stepulovs O, Schröder J, Hottenrott B, Meyer B, Hauschildt (2016) Is the whole less than the sum of its parts? Full versus individually adapted metacognitive self-help for obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 9:107-115.

Nordahl HM (2009) Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in a general outpatient setting. *Int J Cogn Ther*, 2: 152-159.

Ong CW, Blakey SM, Smith BM, Morrison KL, Bluett EJ, Jonathan SA et al. (2020) Moderators and processes of change in traditional exposure and response prevention (ERP) versus acceptance and commitment therapy-informed ERP for obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 24:100499.

Ong CW, Clyde JW, Bluett EJ, Levin ME, Twohig MP (2016) Dropout rates in exposure with response prevention for obsessive-compulsive disorder: what do the data really say? *J Anxiety Disord*, 40:8-17.

Öst LG (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*, 46:296-321.

Öst LG, Havnen A, Hansen B, Kvale G (2015) Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clin Psychol Rev*, 40:156-169.

Papageorgiou C, Carlile K, Thorgaard S, Waring H, Haslam J, Horne L et al. (2018) Group cognitive-behavior therapy or group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder? Benchmarking and comparative effectiveness in a routine clinical service. *Front Psychol*, 9:1-10.

Patel SR, Carmody J, Simpson HB (2007) Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive-compulsive disorder: a case report. *Cogn Behav Pract*, 14:375-380.

Pleger M, Treppner K, Diefenbacher A, Schade C, Dambacher C, Fydrich T (2018) Effectiveness of acceptance and commitment therapy compared to CBT+: preliminary results. *Eur J Psychiatry*, 32:166-173.

Rees CS, van Koesvel KE (2008) An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 39:451-458.

Ritzert TR, Forsyth JP, Sheppard SC, Boswell JF, Berghoff CR, Eifert GH (2016) Evaluating the effectiveness of act for anxiety disorders in a self-help context: outcomes from a randomized wait-list controlled trial. *Behav Ther*, 47:444-459.

Rohani F, Rasouli-Azad M, Twohig MP, Ghoreishi FS, Lee EB, Akbari H (2018) Preliminary test of group acceptance and commitment therapy on obsessive-compulsive disorder for patients on optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 16:8-13.

Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC (2010) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*, 15:53-63.

Rupp C, Jürgens C, Doebler P, Andor F, Buhlmann U (2019). A randomized waitlist-controlled trial comparing detached mindfulness and cognitive restructuring in obsessive-compulsive disorder. *PLoS One*, 14:1-19.

Sado M, Park S, Ninomiya A, Sato Y, Fujisawa D, Shirahase J et al. (2018) Feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting. *BMC Res Notes*, 11:653.

Selchen S, Hawley LL, Regev R, Richter P, Rector NA (2018) Mindfulness-based cognitive therapy for OCD: stand-alone and post-CBT augmentation approaches. *Int J Cogn Ther*, 11:58-79.

Sguazzin CMG, Key BL, Rowa K, Bieling PJ, McCabe RE (2017) Mindfulness-based cognitive therapy for residual symptoms in obsessive-compulsive disorder: a qualitative analysis. *Mindfulness*, 8:190-203.

Shareh H, Gharraee B, Atef-Vahid MK, Eftekhar M (2010) Metacognitive therapy (MCT), fluvoxamine, and combined treatment in improving obsessive-compulsive, depressive and anxiety symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 4:17-25.

Sijercic I, Whitfield KM, Cassin SE, Antony MM (2020) A systematic review of cognitive-behavioral therapy for pharmacotherapy treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 26:100532.

Simpson HB, Foa EB, Liebowitz MR, Ledley DR, Huppert JD, Cahill S et al. (2008) A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 165:621-630.

- Sokman D, Steketee G (2007) Directions in specialized cognitive behavior therapy for resistant obsessive-compulsive disorder: theory and practice of two approaches. *Cogn Behav Pract*, 14:1-17.
- Steketee G, Barlow DH (2002) *Obsessive-Compulsive Disorder. Anxiety and Its Disorders: The Nature And Treatment of Anxiety and Panic*, New York, The Guilford Press.
- Strauss C, Lea L, Hayward M, Forrester E, Leeuwrik T, Jones AM et al. (2018) Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: findings from a pilot randomised controlled trial. *J Anxiety Disord*, 57:39-47.
- The National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) *Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. London,UK, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Thiel N, Jacob GA, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz AK, Hertenstein E et al. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive compulsive disorder: feasibility and efficacy of a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 52:59-67.
- Thompson BL, Twohig MP, Luoma JB (2021) Psychological flexibility as shared process of change in acceptance and commitment therapy and exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: a single case design study. *Behav Ther*, 52:286-297.
- Twohig MP (2009) The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Pract*, 16:18-28.
- Twohig MP, Abramowitz JS, Smith BM, Fabricant LE, Jacoby RJ, Morrison KI et al. (2018) Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 108:1-9.
- Twohig MP, Hayes SC, Masuda A (2006) Increasing willingness to experience obsessions: acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther*, 37:3-13.
- Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, Pruitt, LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H et al. (2010a) A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy vs. progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. *J Consult Psychol*, 78:705-716.
- Twohig MP, Plumb Vilardaga JC, Levin ME, Hayes SC (2015) Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *J Contextual Behav Sci*, 4:196-202.
- Twohig MP, Whittal ML, Cox JM, Gunter R (2010b) An initial investigation into the processes of change in ACT, CT, and ERP for OCD. *Int J Behav Consult Ther*, 6:67-83.
- Vakili Y, Gharraee B (2014) The effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating a case of obsessive compulsive disorder. *Iran J Psychiatry*, 9:115-117.
- Vakili Y, Gharraee B, Habibi (2015) Acceptance and commitment therapy, selective serotonin reuptake inhibitors, and their combination in the improvement of obsessive-compulsive symptoms and experiential avoidance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 9:845.
- Van der Heiden C, van Rossen K, Dekker A, Damstra M, Deen M (2016). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *J Obsessive Compuls Relat Disord*, 9:24-29.
- Vatan S (2016) Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8:190-203.
- Villatte JL, Vilardaga R, Villatte M, Vilardaga JCP, Atkins DC, Hayes SC (2016) Acceptance and commitment therapy modules: differential impact on treatment processes and outcomes. *Behav Res Ther*, 77:52-61.
- Wahl K, Huelle J, Zurowski B, Kordon A (2012) Managing obsessive thoughts during brief exposure: an experimental study comparing mindfulness-based strategies and distraction in obsessive-compulsive disorder. *Int J Cogn Ther*.
- Wells A (2008) *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*, New York, Guilford Press.
- Wheeler CHB (2017) Acceptance and commitment therapy-specific processes in the psychotherapeutic treatment of obsessive compulsive disorder: a single case study. *Clin Case Stud*, 16:313-327.
- Wilkinson-Tough M, Bocci L, Thorne K, Herlihy J (2010) Is mindfulness-based therapy an effective intervention for obsessive-intrusive thoughts: a case series. *Clin Psychol Psychother*, 17:250-268.
- World Health Organization (2017) *Depression and other common mental disorders: global health estimates*.
- Yastıbaş C, Dirik G (2018) Kanser ve farkındalık temelli müdahale programları: sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10:385-403.
- Yavuz KF (2018) Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*, 8(2):21-27.
- Yıldız E (2018) Psikoz sağaltımında kabul ve kararlılık terapisinin etkileri: sistematik bir derleme. I. Uluslararası Battalgazi Multi

Disipliner Çalışmalar Kongresi, 7-9 Aralık 2018, Malatya – Türkiye. Tam Metin Kitabı Cilt II.

**Yazarların Katkıları:** Yazar çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladığını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduğunu kabul etmiştir.

**Danışman Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazar çıkar çatışması bildirmemiştir.

**Finansal Destek:** Yazar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

*Authors Contributions: The author attest that she has made an important scientific contribution to the study and has assisted with the drafting or revising of the manuscript.*

*Peer-review: Externally peer-reviewed.*

*Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the author.*

*Financial Disclosure: The author declared that this study has received no financial support.*