

Obsesif Kompulsif Bozuklukta; Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi ve Yeni Nesil Kabul ve Kararlılık Terapisi, Karşılaştırmalı Müdahale Yaklaşımları¹

Ayşin AKDAĞ²

Özet

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), bireylerin yaşamlarını ve hayata dair yaşamsal işlevlerini farklı düzeylerde olumsuz etkileyen bir düşünce bozukluğudur. Bu derlemede, OKB' nin anlaşılması ve tedavisinde, klasik Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ile BDT temelli yeni nesil çağdaş terapilerden Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT)' nin temel özellikleri ve müdahalelerinin karşılaştırmalı gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla alanyazın incelenerek bu derleme yazılmıştır. Derlemede OKB' nin tanımı ve yaygınlığına değinilmiş olup, OKB' nin oluşumuna dair, birinci kuşak Davranışçı Terapi, ikinci kuşak Bilişsel Terapi ve yeni nesil /3. Kuşak terapi kuramlarından Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT)' nin açıklamalarına ve kuramların karşılaştırmalı etkinlik araştırmalarına yer verilmiştir. OKB' nin tedavisinde, birinci ve ikinci kuşağın bir arada ifade edildiği Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)' de başat davranışçı teknik Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (MBTÖ) , bilişsel müdahaleler için bilişsel çarpıtmalar, abartılmış sorumluluk, Düşünce Eylem Kaynaşma (DEK) ile ilişkili bilişsel yeniden yapılandırma çalışmaları ele alınmıştır. Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), İlişkisel Çerçeve Kuramını esas alarak, bağlamsal zeminde altı psikolojik süreci kullanmaktadır. Bunlar; kabul, bilişsel ayrışma, bağlamsal benlik, şimdiki an ile temas, değerler, taahüt edilen eylemlerdir. KKT, klinik düzeyde sorunlu davranışları sadece biçimsel yönleriyle değil bunların işlevsel yönleriyle de ele alarak tedaviye yeni bir felsefi ve hümanistik yaklaşım sunar. Bu nedenle de bireye özel uygulamalar içerir. KKT' inde terapist, BDT' de olduğu öğretici ve rehber konumundan, eşlik eden, bireye hayatının dümeninin kendinde olduğunu fark ettiren, bireyi tedaviye davet eden pozisyonunda yer alır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel Davranışçı Terapi, Bilişsel Terapi, Davranışçı Terapi, Kabul ve Kararlılık Terapisi, Obsesif Kompulsif Bozukluk

Classical Cognitive Behavioral Therapy and New Generation Acceptance and Commitment Therapy, Comparative Intervention Approaches in Obsessive Compulsive Disorder

Abstract

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a thought disorder that negatively affects individuals' lives and vital functions at different levels. In this review, it is aimed to provide a comparative review of the basic features and interventions of classical Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT), one of the new generation contemporary therapies based on CBT, in the understanding and treatment of OCD. For this purpose, this review was written by reviewing the literature. In the review, the definition and prevalence of OCD are mentioned, and the explanations of first generation Behavioral Therapy, second generation Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) from the new generation / 3rd generation therapy theories and comparative effectiveness studies of the theories are included. In the treatment of OCD, the dominant behavioral technique in Classical Cognitive Behavioral Therapy (CBT), in which the first and second generations are expressed together, is Exposure and Response Prevention (ERP), and cognitive restructuring studies related to cognitive distortions, exaggerated

¹ Bu çalışmanın bir bölümü, 7. Ulusal Bütüncül Psikoterapi Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

² Uzm. Klinik Psikolog, pskeysin@gmail.com, 0533 412 66 88

responsibility, Thought Action Fusion (TAF) for cognitive interventions are discussed. Acceptance and Commitment Therapy (ACT), based on Relational Frame Theory, utilizes six psychological processes on a contextual basis. These are acceptance, cognitive dissociation, contextual self, contact with the present moment, values, and committed actions. ACT offers a new philosophical and humanistic approach to treatment by addressing problematic behaviors at the clinical level not only with their formal aspects but also with their functional aspects. Therefore, it includes individualized practices. In ACT, the therapist is in the position of accompanying the individual, making him/her realize that he/she is at the helm of his/her life and inviting the individual to treatment, instead of being the instructor and guide in CBT.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Behavioral Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Cognitive Therapy, Obsessive Compulsive Disorder,

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tüm bölgeleri içerisinde, ölümcül olmayan hastalıklara katkıda bulunan faktörler arasında Anksiyete Bozuklukları 6. sırada yer almaktadır (WHO, 2017). Anksiyete Bozuklukları arasında, OKB sıklıkla şiddetli sonuçlar yaratan bozukluklardan birisidir ve anksiyete nedeniyle hastaneye yatışı yapılan hastalar, büyük bir olasılıkla OKB tanısı almaktadır (Barlow, 2002). Yapılan çalışmalarda COVID19 pandemisi sonrası polikliniklere OKB sebebiyle başvuruların arttığı (Besenek, Sönmez ve Okumuş, 2022) ayrıca OKB tanılı danışanların semptomlarının pandemi sonrası aynı şekilde artış gösterdiği (Otte, Schickantz ve Bentz, 2023) vurgulanmaktadır.

Müdahaleci düşünceler ve tekrarlayan davranışlarla karakterize edilen yaygın doğası, çoğu zaman günlük yaşam üzerinde derin bir etki yaratarak kişisel ve mesleki uğraşları engeller. Yıllar geçtikçe, bilişsel davranışçı terapiler OKB tedavisinde bir mihenk taşı olarak ortaya çıkmış ve onun inatçı tutumuyla boğulanlara umut ve rahatlama sunmuştur. Klasik BDT OKB tedavisinde için birinci sırada olduğu görülmeye karşın, BDT'nin bazı sınırlılıkları vardır ve temel sınırlılıklarından birisi hastanın, tedaviye uyumunun zayıf olmasıdır (Brauer ve vd., 2011; Didonna vd., 2019). Leeuwerik, Cavanagh ve Strauss (2019)'un yaptığı BDT'nin OKB tedavisinde terapiye yönelik tedavi uyumuna ilişkin yapılan bir meta analizde; BDT'yi reddetme oranının % 15.6 ve yarıda bırakma oranının % 15.9 olduğu görülmüşken, antidepresan tedavisinde de yarıda bırakma oranının % 30.3 olmuştur (Öst vd., 2015). Ayrıca BDT sonrası kalıntı belirtilerin devam ettiği de görülmektedir (Fisher ve Wells, 2005).

Bu nedenle hastaların bir kısmı tarafından BDT'nin kabul edilmemesi, yüksek bırakma oranları ve tedaviyi reddetme, MBTÖ tekniğinin uygulanmasında karşılaşılan güçlükler gibi diğer sınırlılıklar, 3. Kuşak Terapilerin uygulamaya geçirilmesi ile sonuçlanmıştır (Manjula ve Sudhir, 2019). Kabul ve Adanmışlık Terapisi, Metakognitif Terapi, Farkındalık Temelli Bilişsel Terapiler, Diyalektik Davranışçı Terapi ve Şema Terapinin OKB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (Onaral, 2021; Philip ve Cherian, 2021; Trent ve vd., 2021).

Yoğun OKB vakalarının, ciddi bir işlevsellik kaybına, düşük yaşam kalitesine, aile üzerinde yüksek yüke ve sosyal işlevsellikte önemli bir bozulmaya neden olduğu gözlenmiştir (Bystritsky vd., 2001; Gururaj vd., 2008). Bilişsel Terapi hareketi olarak da bilinen İkinci Kuşak Terapiler, içsel deneyimlerin, özellikle düşünce ve duyguların rolüne odaklanır. Ancak literatür, bilişsel değişiklikleri hedefleyen tekniklerin etkililiği ve anksiyete ile ilişkilendirilen bilişsel modeller konusunda önemli eksiklikler olduğuna işaret etmektedir (Hayes, 2004).

Üçüncü kuşak/Yeni Nesil Terapiler, içgörü, farkındalık (mindfulness) ve kabul gibi yaklaşımların önde gelen ve etkili olduğu uygulamalara odaklanır. Bu nedenle, yeni nesil terapilerde vurgu içsel deneyimlere kaydırılmıştır. İçsel deneyimler, gözlemlenebilen davranışlar gibi dışarıdan bir gözlemci tarafından açıkça değerlendirilemeyeceğinden, kişinin bu deneyimleri kendi farkındalığı aracılığıyla ifade etmesi beklenir. Yeni Nesil Terapiler içerisinde içsel duyuları değiştirmek yerine kabul vurgulanmaktadır (Herbert ve Forman 2011).

Bu derlemede, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) bağlamında 3.Kuşak/Yeni Nesil Terapilerden, Kabul ve Kararlılık Terapisi – KKT ile Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi ve müdahalelerinin etkinlikleri incelenecektir. Böylece hümanist, bireye özel, davranışların biçiminden ziyade bu davranışların kişiye özel bağlamda değerleriyle nasıl bir işbirliği içinde olduğunu gözlemleyen, bunları aktif bir kabul ile, yargılamadan kişi ile düşünceleri arasına mesafe koyacak şekilde perspektif yaklaşımı ile bakabilme becerisi geliştirmeyi hedefleyen, ilişkisel çerçeve teorisine dayanan KKT ile başlangıçta öğrenme kuramlarına dayanan davranışçı yaklaşım ile sonrasında olay ve durumlarla ilgili bilişsel çarpıtmaların ve özellikle OKB' de girici düşünceler ve bu düşüncelere verilen aşırı önemin, felaketleştirme üzerindeki çalışmaların etkin olacağını savunan Klasik Bilişsel Davranışçı Terapinin tedavi protokolleri derlenecektir.

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) Nedir?

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), aniden ortaya çıkan istenmeyen düşünceler, duygular, dürtüler ve imgelerin neden olduğu obsesyonlarla ve bu obsesyonlara yanıt olarak tekrarlayıcı bir şekilde sergilenen kompulsif davranışlar veya zihinsel eylemlerle karakterize edilen bir psikiyatrik rahatsızlıktır (American Psychiatric Association, 2013). Rasim Adasal bu hastalık için "öldürmeyen, felâket çektiren ruh kanseri" tanımlamasını kullanmaktadır (Sakallı, 2014). 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te, OKB, anksiyete bozuklukları altında sınıflandırılmaktan çıkarılmış ve "Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yeniden sınıflandırılmıştır. OKB Tanı Kriterlerine göre; obsesyonlar, kompulsiyonlar veya her ikisinin birlikte bulunması durumunda teşhis konulabilir (DSM-5; APA, 2013; ICD-10 F42 OKB). Obsesyonlar, kişinin isteği dışında ortaya çıkan, bireyi rahatsız eden ve kişinin kendi kimliğiyle uyumsuz, bilinçli çaba ile engellenemeyen, sürekli olarak tekrarlanan düşünceler, imgeler veya dürtülerdir. Bu düşünceler, kişinin mantığına, inançlarına, ahlaki değerlerine ve görüşlerine aykırıdır ve kabul edilemezler. Kompulsiyonlar, genellikle obsesyonları uzaklaştırmak amacıyla başlayan, kişinin isteği dışında tekrarlanan davranışlardır. Ancak zaman içinde kontrol edilemeyecek bir boyuta ulaşabilir ve kişiye rahatsızlık verebilir (Freeston, 1997).

Daha önce, bazı hastaların kompulsiyonları olmadan yalnızca obsesyonları olduğu düşünülüyordu. Yalnızca obsesyonları olan hastalarla yapılan çalışmalarda bu hastaların çoğunda zihinsel ritüellerin bulunduğu görülmüştür (Freeston, 199;Steketec, 1993). Bu zihinsel ritüeller, istenmeyen ve rahatsız edici düşüncelerin yarattığı rahatsızlığı nötralize etme amacıyla gerçekleştirilmektedir (Sungur, 2004). Yapılan meta-analizlere göre, en yaygın obsesyon ve kompulsiyon türleri şunlardır: "simetri/düzenleme," "kirlenme/bulaşma," "kontrol etme," ve "biriktirme" dir (Matrix-Cols, Rosario-Campos ve Leckman, 2005). Kompulsiyonlar açık veya kapalı olabilirler. Kapalı kompulsiyonlar, dua etme ve çeşitli zihinsel etkinlikleri içerebilir (Wells, 1997).

OKB' si olan birey obsesyonlarının mantık dışı olduğunu bilir ve ego-distonik olduğunu hisseder. Obsesyonlar çoğu zaman kişinin yaşam kalitesini, işlevselliğini bozar ve zaman alıcı olabilir. OKB' si olan kişilerin birçoğu hastalıklarına dair iç görüye sahiptir (Yılmaz, 2018). Bazı insanlar, obsesyonlarının gerçekçiliğini veya mantıklılığını her zaman ayırt edemezler. Bu durum, terapinin seyrini etkileyebilir. İç görüye göre, zorlantı bozukluğunu sınıflandırdığımızda; "İyi veya oldukça iyi iç görüsü" olan kişinin, OKB inançlarının kesinlikle veya büyük olasılıkla doğru olmadığını veya doğru olabileceğinin fark ederken, "iç görüsü kötü" ve "iç görüsü olmayan" kişilerin, OKB inançlarının büyük olasılıkla doğru olduğunu düşünürler. OKB inançlarının kesinlikle doğru olduğuna inan kişiler ise "iç görüsü olmayan" olarak sınıflandırılır (DSM-5; APA, 2013, s.237). OKB hastalarında eşlik eden depresyonun sıklığını araştıran bazı çalışmalarda, iç görü azaldıkça depresyon eşlik etme riskinin arttığı bildirilmiştir (Catapano vd., 2001; Marazziti vd., 2002).

Epidemiyoloji

Epidemiyolojik araştırmalara göre, Weissman vd., (1994) tarafından dört kıtada yapılan çalışmada OKB' nin yaygınlık oranı yaklaşık % 2 olarak bulunmuştur. OKB' nin başlangıç yaşı genellikle erken yetişkinlik dönemine (18-24 yaş) denk gelir ve cinsiyet dağılımı eşittir (Lochner ve Stein, 2001). OKB, yaşamın farklı dönemlerinde iki ana pik yaş dönemi gösterir: birincisi çocukluk döneminde (10-11 yaş civarı) ve ikincisi ergenliğin son dönemlerinden erişkinliğe geçiş döneminde (19-23 yaş civarı). Bu bozukluğun en erken görüldüğü yaş genellikle iki yaş civarındadır. Ancak altı yaşından önce görülmesi oldukça nadir bir durumdur. On iki yaşından önce başlayan OKB olgularının incelendiği bir çalışmada, erkeklerde düzen/simetri temaları, kızlarda ise bulaşma/yıkama temaları en yaygın belirtiler olarak belirlenmiştir. Ayrıca, 3-9 yaş ve 10-18 yaş aralığındaki OKB grupları arasında belirtilerin şiddeti açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (Gülnur, 2016).

Davranışçı Terapi (DT)ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Mowrer (1960)'ın korkunun oluşumunu açıklayan "iki evreli kuramı," OKB' nin açıklanmasında kullanılmıştır (Barlow, 2000). Bu teoriye göre, klasik koşullanma ile öğrenilen korku, edimsel koşullanma yoluyla daha da güçlenir. Öğrenme prensiplerine göre, obsesyonlar koşullanmış uyarıcılardır ve anksiyeteye neden olurlar. Oluşan anksiyete, kaçınma, kaçma ve tekrarlama gibi stratejiler kullanılarak azaltılmaya çalışılır. Ancak kişinin anksiyetesini azaltmak için kullandığı bu stratejiler, yaşam alanını sınırlar ve işlevselliği bozar. Sonuç olarak, kırılması zor bir döngü oluşur. Bu döngünün kırılması için yapılan çabalar, davranışçı terapi yaklaşımı kapsamında alıştırma ve tepki engelleme girişimlerinin gelişimine yol açmıştır. (Sungur, 2006; Salzman, 1981).

Davranışçı modelin perspektifine göre, sıradan ve genelde korkutucu olmayan düşünceler (örneğin, mikrop kapma veya hastalanma düşünceleri gibi), koşullanma yoluyla kişinin anksiyete duygularıyla ilişkilendirilir ve bu düşünceler rahatsız edici özellikler kazanır (örneğin, bu düşüncelerden korkma). Bu tür düşüncelerin ortaya çıkması kişide anksiyete yaratır ve kişi, anksiyeteden kaçınmak veya korunmak amacıyla kaçınma davranışları geliştirir (örneğin, düşüncüyü aklınıza getirmemeye çalışmak, kirli olduğunu düşündüğü yerlerden veya kişilerden uzak durmak, kirli yerlere dokunmamak veya mikrop kapabileceğini düşündüğünde yakınlarına dokunmamak gibi). Bu kaçma ve kaçınma davranışları, anksiyeteyi azaltarak, bir tür ödül sistemi gibi işlev görür (Sungur, 2004). Bu kurama göre, obsesyonlar "öğrenilmiş düşünceler" dir, kompulsiyonlar ise anksiyeteyi nötralize etmek için «öğrenilmiş ve pekiştirilmiş davranışlar» dır (Salkovskis, 2003).

Davranışçı Terapide OKB için Kullanılan Davranışçı Teknikler

Bu yaklaşım obsesyonları ve kompulsiyonları azaltmak için iki temel teknik içerir: Alıştırma (Exposure) ve Tepki Önleme (Response Prevention). Bu teknikler BDT'nin etkin davranışçı teknikleri olarak kabul görür (Rosa-Alcázar vd., 2008). Maruz bırakma ve yanıt önleme tekniklerinin temelinde, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) belirtilerinin kontrol altına alınması ve sağlıklı davranışların yerine konulması yatar (Yılmaz, 2018).

Maruz bırakma/Alıştırma (Exposure) korkulduğu için kaçınılan ya da güvenlik davranışları ile baş edilmeye çalışılan bir durumla, düşünce veya eylemlerle kaçınma ve güvenlik davranışı olmadan yüzleşme anlamına gelir (kirli eşyalara dokunma, kaygı uyandıran düşüncelere maruz bırakma vb. gibi). Tetiklenen kişinin vermek istediği yanıtı yani davranışları engellenir. Amaç kaygıdan koruyan davranışların ortadan kaldırılmasıdır. OKB' si olan danışanlar üzerinde yapılan MBTÖ çalışmaları birçok hastanın semptomlarında azalma olduğunu ortaya koymuştur (Şafak vd., 2014).

Tedavi sonuçlarına göre hastaların % 60-70'i iyileşme gösterir (Meyer vd., 1974). Maruz Bırakma ve Tepkiyi Engelleme (MBTÖ) özellikle yıkama ve daha az oranda kontrol etme ritüellerinde yararlıdır. Tedaviyi tamamlayan hastaların % 70-80'inde semptomlarda düzelme görülmüştür. Hastaların yaklaşık % 20-30'unun tedaviyi reddettikleri ya da bıraktıkları (drop out) görülmüştür. Kısa dönem tedavi başarıları % 63, uzun dönem tedavi başarıları % 55 oranında saptanmıştır (Stanley vd., 1995).

Bilişsel Terapi (BT) ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Clark (1999), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) davranışçı terapisi alanında tedavi reddinin yüksek olması, sadece alıştırma ve tepkiyi engelleme yöntemlerinin belirli kompulsiyon alt tiplerinde etkisiz olması, tedaviye karşı direnç, tedaviye uyumsuzluk, düşünce hataları ve inançların öne çıkması gibi nedenlerle, OKB tedavisine kognitif bileşenin dahil edilmesinin gerektiğini vurgulamıştır.

Beck' in bilişsel terapisinde kullanılan önemli bir kavram, bilişsel çarpıtmalardır. Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) temeli, girici düşünceleri aşırı derecede olumsuz ve felakete sonuçlanacak şekillerde yorumlama eğilimindedir. (Rachman, 1998; Salkovskis, 1999). Bilişsel modele göre düşüncelerin gücü, kişinin bunu aklını kaybetmek ya da kontrolünü kaybedeceğine dair bir işaret olarak algılaması sonucu aşırı bir önem atfetmesinden kaynaklanır (Shafran ve Rachman, 2004).

Bir kişinin kendi düşüncelerine ve içeriğine verdiği aşırı önem OKB' nin merkezinde yatan yapıdır (Rachman, 1998; Salkovskis, 1999). Bu nedenle, aniden gelen girici düşüncelere aşırı önem verme eğilimi "Düşünce-Eylem Kaynaşması" olarak tanımlanabilir (Rachman vd., 1996). Bireyler, aniden ortaya çıkan giren düşüncelerin anlamlı olduğuna ve olası bir tehlikenin veya tehdidin habercisi olduğuna inandıkları için, bu düşünceler üzerinde aşırı kaygı duyarlar (Salkovskis, 1985; Salkovskis, 1989). Düşünce Eylem Kaynaşması (DEK) düşünce ile eylemin birbirine eşdeğer olarak algılanması veya düşünceye verilen abartılmış bir güç olarak tanımlanmaktadır (Shafran, 1996).

Shafran ve diğerleri (1996) tarafından, "Düşünce-Eylem Kaynaşması Ölçeği" (Thought Action Fusion Scale) geliştirilmiştir. Ölçek, DEK-Olasılık-Kendilik (TAF-Likelihood-Self), DEK-Olasılık-Diğeri (TAF-Likelihood-Other) ve DEK-Ahlak (TAF-Morality) olmak üzere üç farklı bileşenden oluşmaktadır (Shafran vd., 1996). Bu ölçeğin kullanılması ile birlikte OKB' de bireyin düşünceleriyle kendisinin aynılığı daha net anlaşılmıştır (Shafran vd., 1996).

İnatçı ve tekrarlayıcı düşüncelerin yalnızca Obsesif Kompulsif Bozukluklarda değil, toplum örnekleminde % 90'dan fazlasında bulunduğu bildirilmiştir (Rachman vd., 1978; Salkovskis, 1996). Obsesyonlar normal inatçı ve tekrarlayıcı düşüncelerle başlar ve normal inatçı düşünceler ile obsesyonlar arasındaki temel farkın, oluşumları ve kontrol edilebilirlikleri ilgili değildir. Abartılmış sorumluluk modeline göre, inatçı ve tekrarlayıcı düşünce, imge veya dürtüler duygusal olarak nötrdür. Yani kişide doğrudan olumsuz duygusal tepkilere yol açmazlar. Ancak, bu düşünceleri kişi, kendisini

sorumlu tutabileceği olası zararlarla ilişkilendirdiğinde artan anksiyete ve huzursuzluk deneyimler. Bu nedenle kişi, algıladığı sorumluluğu azaltma amacıyla çeşitli yansızlaştırma yanıtlarına başvurabilir. Bu yanıtlar ritüeller, kaçınma davranışları, düşünceyi tekrarlama, kompulsiyonlar ve sorumluluğu başkalarıyla paylaşma gibi farklı şekillerde ortaya çıkabilir (Salkovskis, 1985; Salkovskis, 1996). Örneğin, bir kişi için ahlaken uygun olmayan bir düşünceyi zihinden geçirmek, bu eylemi gerçekleştirmekle aynıdır veya yakınlarına zarar verebileceği düşüncesini zihinden geçirmek, bunu gerçekleştirmiş olmakla eşdeğerdir. Bu tür düşüncelere atfedilen güç, farklı şekillerde ortaya çıkan bir tür yanlış inançtır (Freeston ve Ladouceur, 1997). Artmış sorumluluk daha derinlerdeki ara inançlar (kurallar, tutumlar) ve şemalarla ilgilidir (Salkovskis, 1985).

OKB ile çalışırken DEK göz önüne almak ve bu alana çalışmak önemlidir (Shafran, 1996). Bilişsel modellerin işlevsel olmayan inançlara vurgu yapmasının ardından, Obsesif-Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (The Obsessive Compulsive Cognitions Working Group -OCCWG), sıradan istem dışı düşüncelerin klinik obsesyonlara dönüşmesinde rol oynayan altı temel işlevsel olmayan inanç türü tanımlayarak bunların, şiddetini değerlendirmeye yönelik Obsesif İnançlar Ölçeği' ni geliştirmişlerdir. Bu inançlar; a-abartılmış sorumluluk, b-abartılmış tehdit algısı, c-düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, d-düşüncelerin aşırı önemsenmesi, e-belirsizliğe tahammülsüzlük ve f-mükemmeliyetçilik olarak belirtilmiştir (OCCWG, 1997).

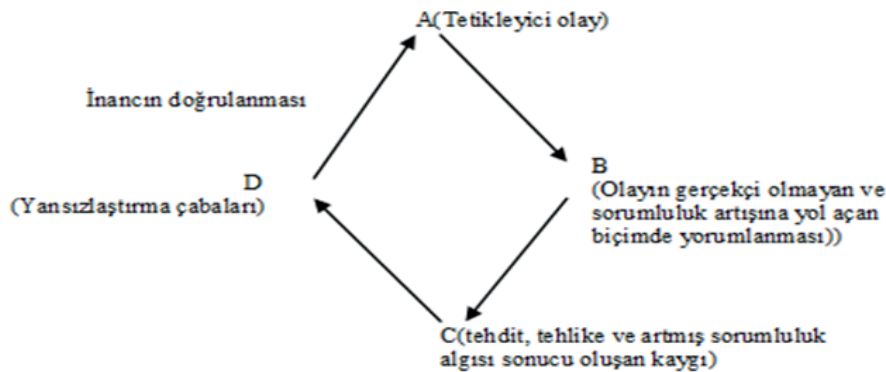
OKB'nin tedavisinde bu bilişsel çarpıtmaları içeren Düşünce Eylem Kaynaşması-DEK düzeyinde gerçekleştirilebilecek bir azalmanın OKB'nin semptomlarında da azalmaya yol açacağı ileri sürülebilmektedir. (Çiftçi ve Kuru, 2013) OKB'de en önemli adımlardan biri, hastanın kendi düşüncelerini daha az tehditkar bir şekilde yorumlamasına yardımcı olacak yeni bir açıklama geliştirmektir (Salkovskis, 1996).

BDT, "Abartılmış Sorumluluk" için bilişsel algıdaki sorumluluğun azaltılmasına yönelik, Salkovskis (1985) tarafından geliştirilmiş "Pasta Dilimi" ve Bandura (1999)'nin öğrenme modelinden alınan "Çifte Standart" gibi teknikleri sıkça kullanır. Ayrıca, kişinin düşüncelerini daha dengeli hale getirmesine yardımcı olan metaforlar da kullanılarak bilişsel yeniden yapılandırma çalışması gerçekleştirilme istenir.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'de OKB ile Çalışma Modeli

Genel anlamda BDT yapılandırılmış bir terapi modelidir. Formülasyon önemlidir. OKB'nin DEK göz önüne alınarak çalışılır. Değerlendirme ile başlanır. Bu aşamada danışanın erken çocukluk dönemi, geçmiş hayat öyküsü ve şimdiki hayatı, zorlantının başlaması, ilerlemesi ve şimdiki düzeyi vb. gibi konular hakkında bilgi alınır. Psiko-eğitim verilir ve sonra formülasyon için danışandan detaylı bilgi alınır. Bireyin zorlantısına neden olan, tetikleyici verdiği anlam değerlendirilir, olumsuz otomatik düşünceleri ve bilişsel çarpıtmaları sokratik diyalog ile tespit edilir. Bu düşünceler ve onlara yüklediği anlamlar ile verdiği tepkiler (duygu, bedensel duyular ve davranışlar) ilişkilendirilerek bireye hastalığın süregelenleşmesindeki bu döngü ABC modeli ile anlatılır. Bu modele göre danışanın belirtileri göz önüne alınarak obsesif danışanda, obsesyonlarının normalizasyonu, kompulsif danışanlarda, obsesyonları ile birlikte nötralizasyon davranışları, kaçma/kaçınma davranışları ile ilişkili bilgiler elde edilir. Tüm bu çalışmalarda danışan aktiftir. Çalışma, terapistin teknik bilgisi ve danışanın kendisini en iyi tanıyan olması nedeniyle interaktif sürdürülür. BDT'de her hastalık için ABC temelinde farklı formülasyon ve teknikler kullanılabilir.

Şekil.1. BDT modelinde ABCD üzerinden OKB modeli (Sungur, 2004).



Örneğin, kontrol obsesyonu ve prizleri ve elektrik eşyalarını tekrar tekrar kontrol eden biri için A noktasındaki olayın, prizlerdeki fişlerin takılı olması olduğunu düşünelim. B noktasında, kişi prizlerden fişlerin çekilmiş olduğundan emin olmadan evi terk etmenin tehlikeli (ya yangın çıkarsa!) ve bu durumda oluşacak yangından tamamen kendisinin sorumlu olacağına inanmaktadır. C noktasında, artan bireysel sorumluluk ve zarar geleceğine ilişkin tehdit, kişide kaygı oluşturmakta ve bedeninde de bu kaygı ile ilintili belirtiler (terleme, nefesin daralması, kalp çarpıntısı vb. gibi) ortaya çıktığından bununla baş etmek için ve D noktasında kişi prizleri defalarca kontrol etmekte (ritüeller), evden çıkmakta zorlandığı için yanındaki kişilerden de prizleri kontrol etmeleri için yardım talep etmektedir (sorumluluğu paylaşma, güvenlik davranışı). Prizleri kontrol ettiği için yangın çıkmadığını ve evine ve çevresine zarar vermediğini düşündüğünden davranış pekişmekte ve sürmektedir. Kişi aklına prizlerin gelmesinin tehlikenin bir işaret olarak algıladığından ve DEK' na göre kompulsiyonlarını veya yansızlaştırmak için farklı ritüeller yaptığından OKB devam etmektedir. Bu nedenledir ki kişi prizleri kontrol etmese de yangın çıkmadığını deneyimleme imkanını görememektedir. Bu nedenledir ki aynı yöntemi defalarca tekrar etmek durumunda kalmaktadır.

ABCD modeli ile, formülasyonun ana unsuru oluşturulur. Böylece, duygu ve bu duygunun düşüncelerle etkisi bağlamsal olarak keşfedilir. Danışana, kaçma/kaçınma davranışlarının veya düşüncelerini baskılamanın amacının olumsuz duygularla (C-Kaygı, korku, suçluluk, utanç vb) baş etmek için olduğu ve bu olumsuz duyguların, tetikleyici içsel-dışsal uyaranlar karşısında aniden gelen otomatik düşünceler ile olan ilişkisi anlatılır. Danışanın bilişsel terapiye uygunluğu ve tedaviye motivasyonu da önemlidir ve göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışma, terapistin teknik bilgisi ve danışanın kendisini en iyi tanıyan olması nedeniyle interaktif sürdürülür (Sungur, 2004).

Bir sonraki adım, "Bilişsel Yeniden Yapılandırma" aşamasıdır ve tedavi sürecimizde kritik bir rol oynamaktadır. Bu aşama, ilerleyen aşamalarda uygulanacak olan "Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (MBTÖ)" davranışçı yöntemlerinin etkinliğini artırmak için önemlidir. Danışanın olumsuz duygularının, algılanan tehdit ve tehlike, DEK-olasılık artırma ile ilişkili abartılı sorumluluk, ahlaki algılama, belirsizliğe tahammülsüzlük vb. gibi bilişsel çarpıtmalarla ilişkisini fark etmesi sağlanmaya çalışılır. Kişinin obsesyonlarının ve kompulsiyonlarının "Sokratik Sorgulama ve Yönlendirilmiş Keşif" ile kişi için ne anlama geldiği, gerçekliği, işlevsel olup olmadığı vb. hususlar incelenir. Bu aşamada, danışanın düşüncelerinin farkına varması teşvik edilir, bu düşüncelerdeki bilişsel hatalar incelenir, daha dengeli düşüncelerin yerine konması için çalışılır ve yeni düşünce örüntüleri için bir plan yapılır. Bu süreç, danışanın düşünce kalıplarını ve inançlarını daha sağlıklı ve işlevsel bir şekilde yeniden yapılandırma amacını taşır.

Son olarak, "Davranışçı Teknikler" aşamasında (MBTÖ), içsel ve dışsal uyaranlar için davranış deneyleri yapılır, nötralizasyonun ve baskılamanın bırakılması için çalışılır. Dış uyaranlar için ise Exposure/Alıştırma uygulamaları, terapistle birlikte ofiste ve/veya danışanın kendi ortamında ev ödevi verilerek uygulaması sağlanır. Çocuk ve ergenlerde, bazı yetişkin danışanlarda, aileden birisi yardımcı-terapist olarak belirlenebilir. Ev ödevleri, danışanla birlikte oluşturulur ve tedaviye katkı sağlar (Sungur, 2004).

BDT, kısa süreli ve sorun odaklı, yapılandırılmış bir terapidir (Sungur, 2004). Danışanlar, ofis odasında deneyimledikleri tedavi uygulamalarını kendi kendilerine de ödevi aracılığı ile ofis dışında da uygulamaktadırlar. Kendi kendilerine tedavi uygulamasının etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Marks, 1980). Sonuç olarak BDT "sorun çözme" ve "eylem yönelimli" bir tedavi yaklaşımıdır (Özdel, 2015).

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), temelde davranışçı bir psikoterapi modelidir. (Hayes, 2004). OKB tedavisinde en yaygın tercih edilen yeni nesil/3.kuşak terapi türlerinden biri de KKT olarak belirlenmiştir. KKT'nin kuramsal alt-yapısını oluşturan ve İlişkisel Çerçeve Kuramı (Relational Frame Theory)' nı ortaya atan isimlerden biri KKT'nin geliştiricilerinden Steven Hayes'dir. KKT, bağlamsal bir terapi yaklaşımı benimsemektedir ve klinik düzeydeki sorunlu davranışları sadece biçimsel yönleriyle değil, aynı zamanda bu davranışların işlevsel yönleriyle de ele almaktadır. Bu, birinci ve ikinci dalganın davranışçı terapileriyle karşılaştırıldığında önemli bir felsefi farklılık taşır. Çünkü KKT, düşünce ve davranışların neden ve nasıl ortaya çıktığına daha derinlemesine odaklanır (Hayes vd. 2004). İlişkisel çerçeve kuramı, KKT için temel bir teorik çerçeve sağlar.

İlişkisel Çerçeve Kuramı, insan dilinin ve bilişinin temelinde, bireylerin olayları öğrenirken ilişkilendirme yeteneğinin yattığını öne sürer. Bu teori, isimler ve nesnelere gibi kavramların, biçimlerinden bağımsız olarak karşılıklı ilişkili bir şekilde öğrenildiğini açıklar. Örnek olarak, "kedi" kelimesi bir kişi için bir kedi görüntüsünü çağrıştırabilirken, aynı şekilde bir kedi görüntüsü de "kedi" kelimesini akla getirebilir. İnsanlar yaşlandıkça ve geliştikçe, somut nesnelere bağımsız soyut kavramları da birbiriyle ilişkilendirmeyi öğrenirler (Fletcher ve Hayes, 2005). KKT'inde, fikirleri ve duyguları kısıtlamak veya bastırmak yerine gevşemeyi teşvik etmek için kullanılır. Bu strateji, kişinin idealleriyle uyumlu psikolojik

esnekliği ve davranış değişikliğini geliştirmeyi amaçlar (Biglan vd., 2008). Zor değiştirilebilen ilişkilerin kabulünü vurgular. KKT perspektifine göre, insanlar bir uyarının işlevini diğer uyarılara aktarma yeteneğini öğrenirler ve bu süreç benzerlik, zaman, ilişki gibi belirli çerçeveler aracılığıyla gerçekleşir (Thowig, 2009). Örneğin, bir kişinin başkasına zarar vereceğiyle ilişkili obsesyonu varsa bıçak gördüğünde veya girici düşünce olarak bıçak kelimesi ve imgesi aklına geldiğinde kendisini katil olarak deneyimleyebilmektedir ve bir süre sonra bıçak veya tüm kesici aletler kendisinin tehlikeli biri olacağı anlamına gelecektir. Bunun için artık kesici aletler onun katil olma potansiyeli işlevine sahip olacaktır. Bunun yarattığı kaygı ile baş etmek için kişi tüm kesici aletlerden kaçınarak veya farklı kompulsyonlarla nötralize etmeye çalışacaktır. KKT birey için "katil olmak" kelimesi "bıçak" kelimesi ile eşleşebilir bu "çift yönlülük" kavramı olarak adlandırılır (Ögel, 2015).

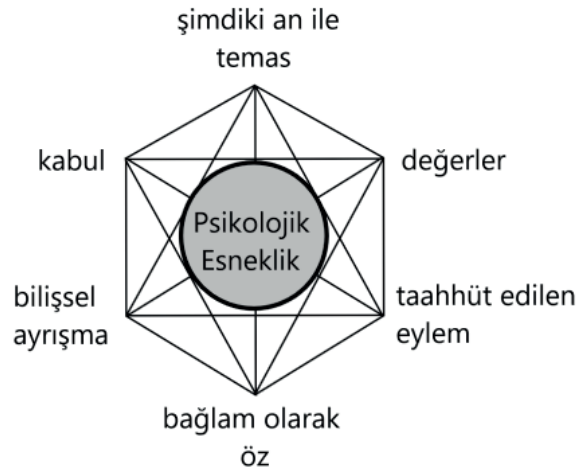
Kabul ve Kararlılık Terapisi' nin (KKT) perspektifi, OKB sorununu ele alırken "deneyimsel kaçınma" kavramının önemini artırmaktadır. Deneyimsel kaçınma, bir bireyin kişisel deneyimleri, algıları, duygusal durumları ve düşünceleri gibi içsel deneyimlerinden kaçınma eğilimi olarak tanımlanabilir. Bu kaçınma durumu, OKB' nin anlayışında ve tedavisinde temel bir unsurdur (Hayes vd., 1996). Kişinin rahatsız edici düşüncelerden kaçınmak amacıyla tekrarlayan davranışlar sergilemesi veya bu düşünceleri bastırmaya çalışması, deneyimsel kaçınma örnekleri sunar. Ayrıca, bu bağlamda duygusal kaçınma ve bilişsel kaçınma terimleri de kullanılmaktadır. Deneyimsel kaçınma kavramı, istenen sonuca ulaşma konusunda tutarlılık eksikliğine yol açabilen bir durumu en iyi şekilde ifade eder. Bu bağlamda, OKB deneyimsel kaçınmanın en iyi örneği olarak kabul edilebilir. OKB olan bireyler, düşüncelerden kaçınmaya çalışırken paradoksal bir şekilde belirli bir düşünceyi daha fazla zihinlerine getirebilirler. Dolayısıyla, OKB olan bireyler, düşüncelerden kaçınmaya çalışırken ritüel davranışlar ve bastırma mekanizmalarıyla yaşantılarını daha fazla sınırlayıcı bir duruma sokabilirler (Hayes vd., 1996).

KKT bakış açısına göre, OKB' da, obsesyonların kontrol edilmeye çalışılması sonucu meydana gelir. Bu nedenle KKT, bireyin obsesyonlarını kontrol etmek yerine onları kabul etmeye ve kişisel değerlerine uygun davranışlar sergileme becerisi kazandırmaya odaklanır. OKB' nin tedavi sürecinde, KKT yaklaşımı obsesyonların ve kaygının neden olduğu bilişsel süreçleri ve bu bilişsel deneyimlere verilen tepkileri hedeflemeyi amaçlar (Thowig, 2009).

KKT' indeki hedef, semptomlar ile zorlayıcı düşünceler veya duygular arasındaki ilişkinin dönüştürülerek yeni bir yapı oluşturmaktır. Bu yeni yapı içinde, semptomlara yol açtığı düşünülen düşünceler ve duygulardan kaçınmak yerine, temel odak düşünce ve duygulara daha yakın bir şekilde yönelmektir (Harris, 2006). Bu yaklaşım, düşük kabul ve psikolojik katılığın OKB semptomlarını artırabileceğini vurgulamaktadır (Bluett vd., 2014).

KKT, belirli tekniklerin öne çıktığı bir terapi modeli olmayıp, altı psikolojik sürecin hedeflendiği bir terapötik yaklaşımdır. Bunlar: kabul (acceptance), bilişsel ayrışma (defusion), bağlam olarak öz /bağlamsal benlik (self as context) ,ana odaklanma (contact with present moment), değerler (values) ve taahhüt edilen/adanmış eylemdir (committed action) (Thowig vd., 2006). KKT' inde terapist, bu süreçlerle çalışırken metaforlar, paradokslar, deneyimsel egzersizler ile daha az sözel olan ve daha az yönlendirici yöntemler kullanır. Bu yaklaşım, kişinin yaşamını psikolojik esnekliğe sahip olarak değerleriyle, gözlemci perspektifinden aşkın benliğini de fark ederek anda kalma becerisini kazandırarak daha anlamlı bir yaşam sürmesini hedefler.

Şekil.2. Kabul Kararlılık Terapisi Altıgeni (Thowig, 2009).



Kabul; düşünce, duygu ve somatik algılar ortaya çıktığında, bu deneyimlere karşı yargılayıcı olmayan bir farkındalık içeren bir tutum benimseme ve bu deneyimleri etkili bir şekilde kabul etme sürecini içermektedir (Hayes vd., 2004). Kabul, içsel deneyimlere müdahale etmek veya denetlemek yerine bu deneyimlere izin verme anlamına gelir. OKB bağlamında ele alındığında, obsesyonları kontrol etmeye yönelik yapılan kompulsiyonlar, kaçınma davranışları ve bilişsel teknikler, kısa vadede obsesyonları azaltabilir; ancak uzun vadeli etkileri sınırlıdır (Allen vd., 2016; Purdon ve Clark, 1999).

KKT perspektifine göre, obsesyonları kontrol etmeyebilen ve çalışmak bir çözüm sunmaktan ziyade sorunun kendisi olabilir (Thowig, 2006). Bir terapist danışanına, obsesyonlarla ilgili şu şekilde bir açıklama yapabilir: Obsesif Kompulsif Bozukluğa sahip bir birey, sürekli olarak kirli olduğu ve mikrop bulaştırabileceği korkusuyla (obsesyon) elini defalarca yıkamaya başlar (kompulsiyon). Bu davranış, kısa vadede rahatlama sağlar. Ancak KKT, bu kişinin sadece "kirli olduğu düşüncesine" sahip olduğunu kabul etmesi ve kirli olma halinin neden olduğu acıyı kabul ederek, kontrol etmeye odaklanmak yerine, farkında ve anda kalarak bu düşüncesinin tıpkı gökyüzündeki bulutlar gibi (letting out) gitmesine izin vererek serbest bırakmasını salık verir (Ögel, 2015). Kabul, düşüncelere, duygulara ve olaylara müdahale etmeden oldukları gibi deneyimlenmesi sürecini, aslında herhangi bir bariyer oluşturmadan suyun akıp yolunu bulmasına izin verme olarak görülebilmektedir. Buradaki kabul, boyun eğmeden daha farklı olarak, olanı kabul ederek eyleme geçmeyi ifade eder. Pasif bir kabul değil, aktif bir kabuldür (Ögel, 2015).

Bilişsel Ayrışma; KKT' de problem anında ortaya çıkan bilişsel süreçler ile zihnin ürettiği düşünceler arasındaki ayrımın yapılmasının psikolojik sorunlara neden olduğu inancı yaygındır. Bu durum, düşüncelerin sadece işlevsel değişikliklere yol açan nedenler olduğu farkına varılmadığında ortaya çıkar, bu da "bilişsel birleşme" olarak adlandırılır. Bilişsel birleşme, düşüncelerin gerçek anlamını kaybederken düşünme sürecinin bilinmediği bir durumu temsil eder. İnsanlar, bu bilişsel birleşme nedeniyle duygusal tepkilerini tahmin etmeye çalışır veya onlardan kaçınmaya çalışır, hatta zarar görseler bile. Ayrıca, nitelikler ve etiketlerle aşırı özdeşleşebilirler ve bunları savunma eğiliminde olabilirler (Fletcher ve Hayes, 2005; Hayes vd., 2006). Bilişsel birleşme süreçlerin davranış üzerindeki işlevselliği olumsuz yönde etkileyebilecek bir düzeyde hakimiyet kurma eğilimindedir. Bu bağlamda, düşüncelerin içeriğine odaklanma yerine farkındalığı artırmak önemlidir. Bu, dikkatin düşünce eylemine yönlendirilmesi ve düşüncelerin varlığının bilincine varma sürecini içerir (Yavuz, 2015).

Bilişsel ayrışma, düşüncelerin ve psikolojik durumların biçimi, sıklığı veya duyarlılığı açısından bilişsel tarafsızlıkla sabit olmadığını ifade eder. Bunun yerine, istenmeyen işlevleri değiştirmeye yönelik bir çaba içerir. Başka bir deyişle KKT, bireylerin düşünceleriyle nasıl etkileşimde bulduklarını ve iletişim kurduklarını değiştirerek zararlı işlevleri minimize etmeye odaklanır (Hayes vd., 2006). Geleneksel BDT'de kullanılan bilişsel yeniden yapılandırma, işlevsiz düşünceleri geçersiz kılmak için bir tekniktir. Diğer yandan, Kabullenme ve Kararlılık Terapisi, olumsuz düşüncelerin işlevlerini değiştirmeye odaklanır ve "bilişsel ayrışma" olarak bilinen teknikleri kullanır. Teknikler, KKT' nin ilişkisel çerçeve kuramının dil ve düşünce süreçlerine dair bakış açısından yararlandığı görülür. Örneğin, temizlik obsesyonları olan bireyin zihnine "kirliyim" düşüncesi geldiğinde gelen bu düşünce ile kendiliğini ayıramaz ve "bilişsel kaynaşma" sürecini yaşar. Düşünceleri ile bütünleşen birey obsesyonlarını ve oluşan kaygısı ile baş etmek için çeşitli kontrol edici davranışlara başvurur. KKT terapisi OKB' de, bireyin "bilişsel kaynaşma" halinden "bilişsel ayrışma" sürecini deneyimlemesini teşvik eder. Dili kullanarak, örneğin; kişinin "kirliyim" yerine "Şu anda kirli olduğuma dair bir düşünce ile karşı karşıyayım" şeklinde anlık halini ifade etmesi önerilir. Böylece birey andaki halinin sadece bu düşünceyle ilişkili olduğunu anlaması istenir. Başka bir örnek, "ben depresyundayım" yerine "şu anda -depresyon' denilen bir duyguya- sahibim" gibi bir ifade kullanmanın önerildiği görülür. KKT terapisi, bu bilişsel ayrışma sürecini sağlamak için çeşitli teknikler ve yöntemler sunar (Hayes vd., 2004; Pilecki vd., 2012).

Bağlam Olarak Öz/Bağlamsal Benlik; Bir bireyin kendi içsel deneyimlerini gözlemleyebildiği bir perspektifi ifade eder. Bu, bu deneyimlerden ayrışabilme yeteneğini içerir ve aynı zamanda sürekli mevcut olan ve değişmeyen bir kendilik hissini deneyimlemeyi içerir (Yu vd., 2017; Patel vd., 2007). Zarar verilemeyecek ve her zaman mevcut olan değişmez bir benlik duygusunun var olduğunu deneyimlemeyi içermektedir. Bu "aşkın benlik duygusu" düşüncelerin, duyguların ve geçmiş deneyimlerin ötesine geçen ve bu deneyimlerin meydana geldiği bir bağlam ya da gözlemcidir (Twohig, 2009).

Perspektif, insanların kendilerini tanımlamak için kullandıkları "Ben-sen", "şimdi-o zaman" ve "burada-orada" gibi dil terimlerinin oluşturduğu diyalektik çerçeveden kaynaklanır. KKT ile ilişkisel Çerçeve Teorisi, bu perspektif kavramından büyük ölçüde etkilenmiştir. Bu bağlamda, aşırı bütünleşmiş bir kavramsallaştırılmış benlik, KKT tarafından psikolojik esnekliği kısıtlayan bir faktör olarak ele alınır. Çünkü bağlamsal benlik, duygular, duyular, düşünceler, anılar ve alternatif benlik deneyimleri gibi koşullar arasındaki bilinçli ve farkında iletişim yoluyla oluşturulur. Bağlamsal benlik, kabullenmeyi teşvik eden ve bilinci bir tehdit olarak görmeyen bir tür iç süper ego olarak kabul edilir (Hayes vd., 2004).

Şimdiki an ile Temas/Anda Olmak; KKT yaklaşımında ana vurgu, düşünceleri değerlendirmeden, sadece onlara odaklanmaktır (Thowig, 2006). Şimdiki ana odaklanma, kişinin anlık deneyimlere ve çevresel olaylara dikkatini verme ve bu anın içinde aktif bir katılımcı olma pratiğini ifade eder. Bu yaklaşım, kişinin gözlemci rolünden ziyade deneyimlen rolünü üstlenmesini içerir. Yani, kişi sadece o anın gözlemcisi olmak yerine, o anın içinde derinlemesine yaşayan bir katılımcı olarak bulunur.

Bu yaklaşımın amacı, danışanlara gerçek dünyayla daha doğrudan bir bağlantı kurmalarını sağlamaktır. Bunu başarmak için, bireyler çevrelerine ve kişisel deneyimlerine daha fazla farkındalık geliştirmeye teşvik edilirler. Bireylerden, mevcut durumu yargılamadan sadece kategorize etmeleri beklenir. Bu şekilde, durumsal farkındalık geliştirme sürecinin bir parçası olarak kişilerin kendilerine dair bir kimlik duygusu oluşturmalarına yardımcı olunur. Örneğin, "Şu anda bu düşünceyi düşünüyorum" veya "Şu anda bu duyguyu hissediyorum" gibi ifadeler kullanarak, bireyler şu anki deneyimlerine daha fazla odaklanır ve içinde buldukları anın içine girerler. Bunun için yapılan egzersizler, bireylerin "şimdi ve burada" olma duygusunu güçlendirmeyi amaçlar. Bu tür egzersizler, kişilerin temel değerlerine daha fazla esneklik kazandırdıkları ve bu değerlere daha uygun bir şekilde hareket etmeye başladıkları bir zemin oluşturur. (Hayes vd., 2004; Hayes vd., 2006).

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) bağlamında "anda olmak," içsel ve dışsal olayları, herhangi bir bağlanma, değerlendirme veya yargılama olmaksızın bilinçli bir şekilde deneyimlemeyi ifade eder (Twohig, 2009). Bu yöntem aynı zamanda bir tür maruz bırakma pratiği olarak da işlev görebilir. Bu, kişinin zihinsel düşüncelere bir gözlemci gibi odaklanmasını, duygularını serbest bırakmasını ve düşünce ile duygu akışına farkında bir şekilde izin vererek, bireyin en yoğun duygusal deneyimleriyle derinlemesine ve reaktif olmadan etkileşime girmesini ve bu öznel deneyimlere maruz kalmasını içerir. Farkındalıkla birlikte, birey sonunda rahatsız edici duygu ve düşüncelerinin doğal olarak geçeceğini ve bunlardan korkma veya kaçınma ihtiyacı olmadığını fark eder (Shapiro vd., 2006).

Değerler; KKT, bir bireyin yaşamında değer verdiği alanları belirlemeyi ve bu alanlarda daha tatmin edici bir yaşam sürmesini amaçlar (Wilson, 2008). KKT, kişinin değerlerini ve bu değerlere dayalı bilinçli davranışları odaklayan bir terapi yaklaşımıdır. Değerler, bireyin yaşamında anlam ve yönlendirme sağlayan önemli kavramlarını ifade eder. Örneğin, aile, kariyer, maneviyat, sağlık, gibi. KKT, hastalara bu değerlerini tanımlamaları ve bu değerler doğrultusunda nasıl yaşamak istediklerine dair bilinçli kararlar almaları konusunda rehberlik eder. Bu terapi, bireyleri olumsuz sonuçlardan kaçınmak yerine, değer verdikleri yaşam alanlarına odaklanarak daha anlamlı bir yaşam sürmeye teşvik eder. Örneğin, kişiler, nasıl hatırlanmak istediklerini düşünerek bir değerler çalışmasına katılarak farkındalıklarını artırabilirler (Biglan vd., 2008; Hayes vd., 2006). Bu bağlamda, KKT, bireylerin kaçınma eğilimlerini azaltmalarına, yaşam amaçlarına daha fazla odaklanmalarına ve psikolojik olarak daha uyumlu hale gelmelerine yardımcı olabilir. Bu terapi, değerlere dayalı davranışların, kişisel gelişim ve yaşam tatminini artırabileceği fikrini destekler (Yavuz, 2015).

Taahhüt edilen eylemler/ Adanmışlık; KKT bu aşama ve davranış değişimine odaklanır. Bu aşamada, bireyin haftalık görevleri, kişinin değerleriyle uyumlu olarak belirlenir. Taahhüt edilen, bireyin seçtiği değerlere bağlı kalarak, sonuç ne olursa olsun tekrar tekrar tutarlı bir şekilde davranmasını ve bu değerlere sadık kalmayı hedefler. Bu süreçte, kişi seçtiği değerlere uygun davranmaya devam ederken, karşısına çıkan her türlü engeli veya zorluğu aşmayı amaçlar (Wilson, 2008). Değerlerinizi belirlemek, yaşamınızda neyin gerçekten önemli olduğunu anlamak için birinci adımdır. Örnek vermek gerekirse, sağlıklı bir yaşam tarzına önem veriyorsanız, bu değeri doğrultusunda beslenme alışkanlıklarınızı şekillendirebilir ve düzenli olarak egzersiz yapabilirsiniz. Bu değerleriniz, nasıl davranmanız gerektiği konusunda size rehberlik eder. Bu uğurda önünüze çıkan engelleri kontrolün önemini vurgulayan ifadelerin aksine, kararlı eylemler, insanları kendi değerlerine uygun şekilde hareket etmeye teşvik eden bir yaklaşım sunar. Bu noktada, "Otobüsteki Canavar" alegorisi anlamlı bir örnek sunar (Biglan vd., 2008).

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), insanlara hedeflerine doğru ilerlerken duygularını ve düşüncelerini bastırmak yerine nasıl bu deneyimleri yaşayacaklarını öğretmeyi amaçlar. Özellikle KKT bu aşamada, davranışçı terapilerin temel tekniklerinden olan "maruz bırakma (exposure)", "beceri eğitimi", "hedef belirleme" ve bu "hedeflere aşamalı ilerleme" gibi yöntemleri de kullanmaktadır (Gregg vd., 2007).

Sonuçta KKT, danışanın 'psikolojik esnekliğini' arttırmayı amaçlamaktadır (Twohig, Whittal, Cox ve Gunter, 2010). Psikolojik esneklik, şu anla temas halinde olma, kişinin düşüncelerinin, duygularının ve hislerinin tam olarak farkında olma ve bunların, üzücü olanlar da dahil, hepsini kabul etme kapasitesi olarak anlaşılabilir. Amaç, kısa vadeli olumsuz düşünce ve duygularıyla baş etmek için seçtiği stratejiler yerine, uzun vadede kişinin seçtiği değerlerle tutarlı bir hayat sürmesini teşvik etmektir. OKB tedavisinde KKT' nin temel önermesi danışanın psikolojik esnekliğini geliştirmek, böylece obsesyonların ve kompulsyonlarının, kişinin daha dolu ve canlı bir yaşam sürmesini engellememesini sağlamaktır.

Twohig' in OKB tedavisinde KKT' nin kullanımı için hazırlanan tedavi el kitabında tedavi toplamda sekiz hafta, haftada bir saat olacak şekilde düzenlenmiştir (Thowig, 2009).

Tablo.1. OKB Tedavisinde KKT' nin Kullanımı için Kısaltılmış Tedavi El Kitabı (Thowig, 2009, akt; Karaca vd., 2020).

Seans	İçerik ve Amaçlar
1. Seans	- Terapinin nasıl yapılacağına dair bilgi toplama - OKB semptomlarının değerlendirilmesi - Yaratıcı çaresizlik (Creative hopelessness) kavramı - Danışanın obsesyonlarını azaltmak için kullandığı stratejilerin değerlendirilmesi - Obsesyon ve kompulsiyon farkının açıklanması - Danışana ev ödevi olarak OKB' nin zararları ve kompulsiyonlarını yazması istenir.
2. Seans	- Danışanın obsesyonları kontrol etmek için kullandığı stratejilerin etkinliği - Halat metaforu anlatımı ve gözlem yapma önerisi - Kontrol davranışlarına karşı tutumun kırılması hedeflenir.
3. ve 4. Seans	- Kontrol sorununun vurgulanması - Süpermarket çocuğu örneği - İsteklilik (willingness) konsepti - Danışandan rahat bir yerde düşünce ve duygularını deneyimlemesi istenir. - İstek günlüğü uygulanabilir.
5. ve 6. Seans	- Bağlamsal benlik ve bilişsel ayrışma kavramları - Bağlamsal benlik ile düşünce ve hislerin nasıl ele alınması gerektiği - Bilişsel ayrışma kavramı - "Süt" egzersizi - Gözlemci ödevi
7. ve 8. Seans	- Danışanın yaşam değerlerinin belirlenmesi - Değerlere uygun davranma odaklanması teşvik edilir.

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)' nin OKB Üzerindeki Karşılaştırmalı Etkililik Çalışmaları

Kabul ve Kararlılık Terapisi' nde, OKB modeli ampirik olarak desteklenmiştir. Ayrıca birçok vaka çalışması, randomize kontrollü çalışmalar KKT' in OKB semptomlarını azaltmada etkin olduğunu göstermiştir ve özellikle önemli mekanizmaların bilinçli farkındalık ve psikolojik esneklik olduğu bulunmuştur (Trent vd., 2021).

Bilimsel çalışmalar, KKT' nin bilişsel terapi (BT) ve BDT gibi yapılandırılmış psikoterapilerle karşılaştırıldığında kesin bir üstünlüğünün olmadığını, ancak birçok psikolojik rahatsızlık için etkili bir seçenek olarak kabul edildiğini göstermektedir (Bluett vd., 2014; Powers vd., 2009).

Yapılan bir araştırmada, OKB hastalarının KKT tedavisine yanıt verdiğini göstermektedir. Katılımcıların kompulsiyonlarının azaldığı ve bu iyileşmelerin 3 aylık takip süresince devam ettiği belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeylerinde olumlu değişiklikler gözlenmiştir. Bu süreçte yaşantısal kaçınma, obsesyonların inanılabilirliği ve obsesyonlara tepki verme ihtiyacının azaldığı ve katılımcıların tedaviyi oldukça kabul edilebilir bulduğu tespit edilmiştir (Twohig vd., 2006).

Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış altı katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, KKT, BT ve Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (MBTÖ) tedavilerinin etkilerini karşılaştırmayı amaçlayan bir çalışma yürütülmüştür. Araştırma sonuçları, istatistiksel analizler ve görsel incelemelerle desteklenmektedir. Tüm tedavi koşullarında obsesyonlar, kompulsiyonlar veya her ikisi de olan katılımcıların belirtilerinde azalma gözlemlenmiştir. Görsel analize dayalı olarak, KKT grubundaki bir katılımcının psikolojik esneklik açısından en büyük değişimi yaşadığı belirlenmiştir. Diğer katılımcılar ise genel olarak benzer değişimler göstermiştir. Bu bulgular, OKB tedavisi için KKT, BT ve MBTÖ' nün benzer şekilde etkili seçenekler olabileceğini göstermektedir (Twohig vd., 2010).

Dini temellere dayalı OKB hastalarında KKT' nin etkisini değerlendirmek amacıyla yürütülen bir araştırmada, tedavinin OKB belirtilerinde azalmaya neden olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, tedavinin kazanımlarının 3 aylık takip sürecinde arttığı belirlenmiştir (Dehlin vd., 2013).

OKB için KKT tedavisi gören hastaların seanslar boyu psikolojik esneklik düzeyinde meydana gelen değişimleri incelemek amacıyla yapılan araştırmada tedavi sonrası psikolojik esneklik düzeyinin, tedavi öncesinden takibe kadarki OKB şiddetindeki azalmalara aracılık ettiği belirlenmiştir (Twohig vd., 2015).

Tek denekli vaka çalışması deseni kullanılarak gerçekleştirilen araştırmada, OKB tanısı alan bir kadın katılımcıya MBTÖ yöntemi ile birlikte KKT müdahalesi uygulanmıştır. Değerlendirilmiş Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) puanlarında güvenilir ve olumlu bir iyileşme gözlemlenmiştir. Ayrıca, katılımcının iyi oluşunda da belirgin düzelme olduğu rapor edilmiştir (Wheeler, 2017).

Geleneksel MBTÖ ile KKT ve MBTÖ kombinasyonunun etkililiğini karşılaştırmak amacıyla gerçekleştirilen araştırmada, her iki tedavi de OKB ve depresyon belirtilerinde azalmaya neden olmuştur. Ancak, tedavi yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Elde edilen iyileşmelerin takip sürecinde de sürdüğü gözlemlenmiştir (Twohig vd., 2018).

OKB tanılı kişilerde MBTÖ ve KKT ile kombine tedavisi sırasında psikolojik esneklikte oluşan değişimlerin KKT' sine özel olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan vaka çalışmasında her iki koşulunda psikolojik esneklik alanında pozitif etkisi olduğu görülmüştür (Thompson vd., 2021).

SSRI tedavisi gören ve OKB tanısı almış hastaların tedavilerine Grup Kabul ve Kararlılık Terapisi eklemenin etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen bir araştırmada; tedavi sonrası ve takip sürecinde, SSRI ilacına ek olarak uygulanan KKT koşulunda, sadece SSRI tedavisi alanlara kıyasla "Ruminatif Yanıt ile Kabul ve Eylem Ölçekleri" nde anlamlı iyileşmeler gözlemlenmiştir. Ayrıca, KKT koşulunda tedavi esnasında hiçbir katılımcının tedaviyi yarıda bırakmadığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar, SSRI tedavisi alan OKB hastalarına KKT' nin eklenmesinin olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Rohani vd., 2018).

Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi ile KKT arasındaki etkilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, 128 katılımcı yer almıştır. Katılımcılar, DSM-IV tanı kriterlerine göre Panik Bozukluk, Sosyal Kaygı Bozukluğu, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Özgül Fobi veya OKB tanısı almışlardır. Bu kişiler, KKT ve BDT olmak üzere iki farklı terapi grubuna ayrılmışlardır. On iki haftalık terapi sürecinin sonunda, katılımcıların kaygı düzeylerinde KKT ve BDT grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Bu bulgular, kaygı bozuklukları tedavisinde KKT ve BDT'nin benzer etkilere sahip olabileceğini işaret etmektedir (Arch, 2012).

OKB tanılı bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada, KKT, SSRI ve KKT ile SSRI kombinasyonunun etkililiği karşılaştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, KKT (% 44) ve kombine (% 40) tedavi, yalnızca SSRI (% 12.5) tedavisine göre OKB belirtileri ve deneyimsel kaçınma üzerinde anlamlı bir şekilde daha fazla iyileşmeye yol açmıştır. KKT ile kombine tedavi arasında OKB belirtileri veya deneyimsel kaçınma üzerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. KKT grubundaki katılımcıların % 22' si tam remisyona ulaşırken, kombine gruptakilerin % 20' si aynı sonuca ulaşmıştır. Bununla birlikte, SSRI tedavi grubunda hiçbir katılımcının tam remisyona ulaşamadığı gözlenmiştir. Araştırmada toplamda 5 katılımcının tedaviyi yarıda bıraktığı bildirilmiştir (3 SSRI, 1 KKT, 1 kombine). Bu bulgular, KKT ve kombine tedavinin OKB belirtileri üzerinde daha etkili olabileceğini göstermektedir (Vakili vd., 2015).

Tartışma ve Sonuç

Bu yazıda, OKB' nin tedavisinde kanıta dayalı, kısa süreli ve sorun odaklı, yapılandırılmış bir terapi olan Klasik Bilişsel Davranışçı Terapi (Sungur, 2004) ile 3. kuşak/yeni nesil Bilişsel-Davranışçı Terapi Yaklaşımlarından biri olan Kabul ve Kararlılık Terapisi' nin karşılaştırmalı bir derlemesi amaçlanmıştır. Sorun çözme ve eyleme dayalı terapi olan Klasik BDT (Özdel ,2015)' nin davranışçı tekniği Maruz Bırakma ve Tepki Önleme, OKB tedavisinde altın standart olarak 3. Kuşak bilişsel davranışçı temelli terapilerde farklı şekilde uygulamalarla öne çıkmaktadır. Bireylerin yüksek kaygı duydukları obsesyonları önlemek amacıyla planlanan davranışçı teknik MBTÖ, her OKB' li birey için zorlayıcı olabilmektedir.

OKB tedavilerinde BDT'nin başarısı, sağlam bir teorik temele dayanan ve kontrollü bir araştırma yaklaşımıyla yürütülen çalışmaların sonuçlarına dayanmaktadır. Clark (1999), davranışçı tekniklerin yetersiz kaldığını vurgulayarak, OKB tedavisine kognitif bileşenin dahil edilmesinin gerektiğini vurgulamıştır. Bilişsel Terapi (BT) kuramı, kişilerin duruma verdikleri tepkilerin durumla ilişki olmayıp o duruma verdikleri anlamla ilişkili olduğunu ve bu manada bilişsel çarpıtmaların rahatsızlıklara neden olduğunu vurgular (Beck, 2018). BDT, OKB' de kişinin takıntılı düşüncelerinin onun için ifade ettiği anlamına ve o düşünce karşısında meydana gelen davranışsal tepkiye odaklanmaktadır (Purdon ve Clark, 1999).

OKB tedavilerinde BDT' nin başarısı, sağlam bir teorik temele dayanan ve kontrollü bir araştırma yaklaşımıyla yürütülen çalışmaların sonuçlarına dayanmaktadır. Clark (1999), davranışçı tekniklerin yetersiz kaldığını vurgulayarak, OKB tedavisine kognitif bileşenin dahil edilmesinin gerektiğini vurgulamıştır. Bilişsel terapi (BT) kuramı, kişilerin duruma verdikleri tepkilerin durumla ilişki olmayıp o duruma verdikleri anlamla ilişkili olduğunu ve bu manada bilişsel çarpıtmaların rahatsızlıklara neden olduğunu vurgular (Beck, 2018). BDT, OKB' de kişinin takıntılı düşüncelerinin onun için ifade ettiği anlamına ve o düşünce karşısında meydana gelen davranışsal tepkiye odaklanmaktadır (Purdon ve Clark, 1999).

Steven Hayes'in ortaya attığı İlişkisel Çerçeve Kuramı, Kabul ve Kararlılık Terapisi' nin temel teorik yapısını oluşturur. Bu kuram, dile önem verirken, insanların olayları öğrenirken kavramları karşılıklı ilişkiler bağlamında algıladığını belirtir. İsimler ve nesnelere gibi kavramlar, biçimlerinden bağımsız olarak ilişkili bir şekilde öğrenilir (Fletcher ve Hayes, 2005). Kabul ve Kararlılık Terapisi, diğer davranışçı terapilerden ayrılarak sorunlu davranışları yalnızca biçimsel yönleriyle değil, aynı zamanda işlevsel yönleriyle de ele alır. Bu terapi, düşüncelerin ve davranışların ortaya çıkma nedenlerine ve süreçlerine derinlemesine odaklanır (Hayes vd., 2004). KKT' in de dil, düşünceler ve duyguları bastırmak yerine gevşemeyi ve kabulü teşvik eden bir terapi türüdür. Bu strateji, bireyin kendi idealleriyle uyumlu psikolojik esnekliği ve davranış değişikliğini teşvik etmeyi amaçlar (Biglan vd., 2008). KKT' ye göre, insanlar bir uyarının işlevini, benzerlik, zaman ve ilişki gibi çerçeveler aracılığıyla diğer durumlara aktarma yeteneği geliştirirler (Thowig, 2009). KKT 'nin OKB' ye yaklaşımı, "deneyimsel kaçınma" kavramına odaklanarak rahatsız edici düşüncelerden kaçınma eğilimini ele alır. OKB' de, bu kaçınma eğilimi, rahatsız edici düşünceleri bastırmayı içerebilir, ancak bastırma veya kaçınma aslında sorunu artırabilir. KKT, bu tür kaçınmanın semptomları şiddetlendirebileceğine dikkat çeker (Hayes vd., 1996). Bu yaklaşım, düşük kabul ve psikolojik katılımın OKB semptomlarını artırabileceğini vurgulamaktadır (Bluett vd., 2014). KKT' nin değer odaklı yaklaşımı, geleneksel BDT' ye kıyasla genel refahta daha kapsamlı ve bütünsel bir iyileşmeye katkıda bulunabilir.

BDT perspektifinde, abartılı sorumluluk modeli ve Düşünce-Eylem Kaynaşması (DEK) ile ilişkilendirildiğinde, bireyin sürekli düşünceleri ile uğraşması, bu düşünceleri kontrol etmeye çalışması ve değişmezlik inancı, düşünce katılımının bir göstergesi olabilir. Psikolojik esneklik, bu durumu aşmak için önemlidir ve KKT olaylara ve ruhsal bozukluk kriteri olan semptomlara farklı yaklaşımı yeni bir bakış açısı sunar. KKT, belirli tekniklerin öne çıkmadığı, ilişkisel çerçeve modeline dayanan altı psikolojik süreçlerin temelinde çalışır. Bu süreçler; Kabul , bilişsel ayrışma, bağlam olarak öz /bağlamsal benlik , ana odaklanma, değerler ve taahhüt edilen/adanmış eylemdir (Thowig vd., 2006). KKT, duygular ile düşünceler arasındaki ilişki, dilin ve kullanılan kelimelerin dünyayı algılamayı ve sorunlarla baş etmeyi şekillendirdiği bu süreçler ışığında doğrusal olmayan bir yaklaşım ile yaklaşır. KKT bireyin, acıdan kaçmak, uzaklaşmak ve acıyı ret etmek adına yaptığı tüm stratejilerin acıyı artırdığını ve sorunun kendisi olduğunu savunur. İyileşmenin de acı çekmeyi kabul ile doğrudan ilişkilendiğini vurgular. OKB ve diğer olumsuz, işlevselliği bozan durumlarda da bireyin, hissettiği acıyı kendinden uzaklaştırmak yerine acıyı yanına almak ve acıyı kabul etmekle başlanır BDT'nin ABC modeli doğrusaldır. A-O-lay(durum)/ tetikleyici iken B- Olaya dair düşünce ve C-Sonuçtur. KKT' de doğrusal değildir ve altı psikolojik sürecin herhangi birinden, bağlamsal olarak kişinin hayatını olumsuz etkileyen durum üzerinde ilişkisel olarak ele alınır Terapist yönlendirici veya öğretici değildir, eşlik edendir. KKT, OKB' de obsesyonların kontrolüne odaklanmak yerine, kabul ve değerlere uygun davranışları hedefler. KKT, OKB' nin neden olduğu bilişsel süreçleri ve tepkileri ele alır (Thowig, 2006; Harris, 2006).

KKT, kişinin aktif bir kabul ile bilişsel ayrışmayı hedefler. Bilişsel ayrışma, düşünceler ile gerçeklik arasındaki ayrımın farkına varılmasını sağlayarak düşüncelerin sabit olmadığını ve istenmeyen işlevlerini değiştirmeyi amaçlar (Fletcher ve Hayes, 2005; Hayes vd., 2006). KKT, farkındalığı artırarak düşüncelerin değişebileceğine odaklanır (Hayes vd., 2006).

Bilişsel ayrışma, BDT'nin DEK kavramına katkıda bulunabilir. KKT' de bilişsel ayrışma, bilişsel kaynaşma kavramının anlaşılması açısından önemlidir; zihinsel ürettiği kelimeler, farklı açılardan etki edebilir (Hayes vd., 2004; Pilecki vd., 2012). OKB' de "bilişsel ayrışma", obsesif düşüncelerle farklı bir perspektif kazanmak için bu düşüncelerin sadece düşünceler olduğunu kabul etme sürecini ifade eder. Bu manada düşüncelerin zihnin ürettiği bir ürün olduğunun anlaşılması ve farkına varılması önemlidir. KKT bilişsel ayrışma için, BDT'de düşüncelerin sorgulanmasında kullanılan teknikler yerine daha çok, metaforları kullanmayı tercih eder. Ayrıca KKT' nin ilişkisel çerçeve modelinde vurgu yapılan dilin fonksiyonu kullanılabilir. Örneğin, temizlik ile ilişkili OKB' si olan bireyin "şu an 'kirli olduğum ve ellerimi yıkamalıyım' düşüncesi ile karşı karşıyayım" şeklinde kendini ifade etmesi, zihnin fonksiyonu olan düşünce ile kendini ayırıştırmasına ve böylece bilişsel ayrışma sürecini deneyimlemesine yardımcı olur.

Bağlamsal benlik süreci, bireyin içsel deneyimlerini gözlemleyebilme ve aynı zamanda değişmeyen bir benlik duyguyu yaşama yeteneğini ifade eder. Bu, sadece düşüncelerle ve duygularla sınırlı kalmayıp deneyimlerin gözlemcisi olmayı içerir (Patel vd., 2007; Thowig, 2009; Yu vd., 2017). Bu aşkın benlik duygusunun gelişmesi, bireyin sadece düşünceleriyle sınırlı olmadığını anlamasına ve kendini yargılamadan kabul etmesine yardımcı olabilir. BDT'nin DEK çalışması, kişinin düşünceleriyle aynı olmaya dair inancıyla ilişkili abartılı sorumluluk ve bilişsel çarpıtılmış inançlarıyla da doğruluğunu sorgula teknikleri ile çalışılırken 'de bilişsel ayrışma için metaforlar ve aşkın benlik/bağlamsal benlik süreci çalışılır.

KKT, bilinçli deneyimi ifade eden "anda olmak" kavramını içerir (Twohig, 2009). Bu yaklaşım aynı zamanda meditatif egzersizlerinde kullanılır. Birey, düşüncelere gözlemci gibi odaklanır, duygularını serbest bırakır ve farkındalıkla duygu-düşünce akışına izin verir (Shapiro vd., 2006). KKT, bireylerin değerlerine odaklanarak müdahale eder. Değerler, yaşamda anlam ve amaç bulmaya yardımcı olan temel kavramlardır. Bu terapi, kaçınma eğilimlerini azaltarak insanların yaşam amaçlarına daha fazla odaklanmalarını ve psikolojik uyumu artırmalarını amaçlar (Yavuz, 2015). Adanmış eylem evresi, KKT'nde davranış değişimine odaklanır. Birey, seçtiği değerlere uygun olarak haftalık görevlerini yerine getirir. Bu aşama, seçilen değerlere bağlı kalma ve tutarlı davranma üzerine odaklanır; kişi, zorluklarla karşılaşsa dahi değerlerine bağlı kalmayı hedefler (Wilson, 2008). Bu süreç BDT'nin ev ödevlerine denk düşmektedir. Ayrıca MBTÖ'ye gönüllü bir katılım olarak da görülebilir. KKT, düşünceleri kontrol etmek yerine kabul etme ve değerlere dayalı yaşam becerilerini geliştirmeye odaklanır. Bilişsel çarpıklıklara değil, deneyimlerin bağlamına odaklanarak farkındalık ve psikolojik esnekliği artırmayı hedefler. Bu yöntem, psikolojik acıyı psikolojik esneklik eksikliği olarak tanımlar ve bireyin benlik algısına, anın tadını çıkarmasına ve değerlere dayalı faaliyetlere odaklanarak esnekliği geliştirmeyi hedefler. Bu yaklaşım, OKB semptomlarına direnme yerine kabullenmeyi ve değerler çerçevesinde anlam bulmayı önerir.

KKT tedavisinin OKB üzerindeki etkisi incelendiğinde; Trent vd. (2021), KKT'nin OKB semptomlarını azaltmada etkili olduğunu ve mindfulness ile psikolojik esneklik gibi mekanizmaların önemini vurguladı. Bluett vd. (2014) ise, KKT'nin, BDT ve yapılandırılmış terapilerle karşılaştırıldığında kesin bir üstünlüğü olmamakla birlikte, etkili bir seçenek olduğunu belirtti. Çeşitli araştırmalar OKB hastalarında KKT'nin olumlu etkilerini belirtirken, Twohig vd. (2006), KKT tedavisine olumlu yanıt veren hastalarda kompüsyonlarda azalma ve sürdürülebilir iyileşme gözlemledi. Ayrıca, dini temellere dayalı OKB hastalarında KKT'nin belirtilerde azalmaya neden olduğunu belirten Dehlin vd. (2013), benzer sonuçlar elde etti. KKT'nin, MBTÖ yöntemiyle birleştirilmesinin OKB tedavisinde olumlu etkileri olduğunu vurgulayan Wheeler (2017) ve Twohig vd. (2018)'da bu terapinin OKB semptomları ve depresyon belirtileri üzerindeki etkisini vurguladı. BDT ve KKT arasındaki karşılaştırmalı çalışmalar, bu terapilerin anksiyete bozuklukları üzerinde benzer etkilere sahip olduğunu gösterdi (Arch vd., 2012). Yine, OKB tanılı bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada, KKT ve SSRI tedavisi kombinasyonunun, yalnızca SSRI tedavisine göre OKB semptomları ve deneyimsel kaçınma üzerinde daha etkili olduğunu belirten Vakili vd. (2015), KKT'nin tedaviye olumlu katkılarını vurgulamıştır.

Belirtilen araştırmaların sonuçlarına göre, KKT'nin tek başına tedavi yöntemi olarak kullanıldığı çalışmalar, BT, MBTÖ ve SSRI grubu ilaçlar ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda anlamlı bir fark bulunmamasına karşın KKT'nin BDT gibi yapılandırılmış olmasa da en az onun kadar etkili olduğu ve OKB'de psikolojik esneklik ve ruminatif yanıtlar açısından pozitif bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Tek başına SSRI grubu ilaç kullanımında remisyona ulaşmada sorun olurken gerek BDT gibi KKT'nin de kombine edilmesinde remisyona ulaşmada ve tedaviyi tamamlamada olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Ayrıca daha önce BDT ile başlayan terapiye KKT ile devam etmenin ve kişide MBTÖ, SSRI ve KKT'nin bütüncül olarak kullanmanın daha etkili olduğunu bize düşündürmektedir. KKT'nin diğer yapılandırılmış psikoterapi yöntemleri ile karşılaştırıldığı çalışmalarda da KKT'nin klasik BDT kadar etkili olduğu görülmektedir (Bluett vd., 2014; Powers vd., 2009).

Sonuç olarak, OKB tedavisinde, BDT ve ilaç tedavileri belirli bir etkinlik gösterse de tedaviye olan yanıtın ve semptomların bazılarında kalıntı bırakması, tedavinin yarım bırakılma oranları gibi durumlar hala bir sorun teşkil etmektedir. Bu durum, yeni nesil terapilerin önemini vurgulamaktadır. BDT'nin davranışçı ve bilişsel alt yapısı OKB'nin tedavisinde temel bir rol oynar. Bununla birlikte BDT'nin yapılandırılmış modeli, terapistler için belirgin bir yol haritası sunsa da interaktif olursa da danışanların bazılarında zorluklarla karşılaşmaktadır. Sokratik sorgulamalarla çarpık inançların doğruluğunun sorgulanması, Düşünce eylem kaynaşması ve olaylara yüklenen anlamın değiştirilmesi, BDT'nin semptomlara neden olan düşünceler üzerinde odaklanmasına neden olabilmektedir. Buna karşılık, KKT bireyin davranışlarını bağlam içinde değerlendirir ve iyi veya kötü davranışlar arasında ayırım yapmaz. KKT, bireyin hayatındaki zorluklarda OKB semptomlarına yönelik kompüsyonların işlevselliğini değerlendirir. KKT'nin temelinde transdiagnostik, tanı üstü bir yaklaşım bulunur. Bireyin rahatsızlıkları bir hastalık veya bozukluk olarak görülmez; bunun yerine, süreç odaklı bir yaklaşımla bireyin deneyimleri ve duyguları merkeze alınır. BDT'nin yeni nesil terapi kuramları, batılı psikoterapi kuramlarına doğru ve budist bir dönüşüm eklemektedir. Acı veren davranışları ve inançları düzenlemeyi amaçlarken yeni nesil bu acıyı hissettiren davranış ve inanışların farkına varılması ve kabullenilmesi için beceri kazanmayı hedefler (Prochaska ve Norcross, 2010). KKT, hümanistik bir bakış açısı sunarak, bireylerin kendilerinin semptomlardan ibaret olmadıklarını ve tüm diğer özellikleri ile bir bütün oldukları gerçeğini savunur. Buna göre KKT terapisti, Hümanistik Psikolojinin temel mottosuna inanır ve ona uygun yaklaşım sergiler. Böylece terapist, danışanın kendine özgü duyusu, algılayış ve davranış biçimleri ile karakterize, özgün bir birey olup kendine özel hedefleri olduğunu kabul eder. Ayrıca bireyin, kendi potansiyelini gerçekleştirme sorumluluğunu taşıma ve doğasına uygun gelişme isteği olduğundan kendi eylemlerinden ve seçimlerinden sorumluluğunu yerine getirme yeteneğine sahip olduğuna inanır

(Baymur, 1978). BDT' nin yapılandırılmış modeline karşın KKT, bireysel deneyimlere odaklanan, süreç odaklı ve acıyı yanına alan, bilinçli farkındalıkla olaylara esnek bakabilen, değerlerle ilişkilendirmiş kabul temelli bir yaklaşım sunar. Bu farklılık, OKB tedavisinde KKT' nin etkili bir alternatif olabileceğini gösterir. KKT' nin, bireyin psikolojik esnekliğini artırmaya ve onu rahatsız eden olumsuz duygu ve davranışlarının ilişkisinin rahatsızlıklarından ibaret olmadığını, bu rahatsızlıklarından dolayı topluma yabancılaşması ve kendini uzaklaştırması yerine onun farklı özellikleriyle bir bütünlüğünü fark ederek, değerleri ile anlamlı eylemlerde bulunma yeteneğine sahip olduğunu kabul eder. Birey, hayatını duygularının ve düşüncelerinin onu kontrol etmesine izin verebilir ya da farkındalık becerisini geliştirerek kendisi için değerli olan hayatın tadını varabileceği diğer eylemlere yöneltebilir. Bu bakış açısı bireyin kendisi için daha iyi olanı seçebilme kabiliyetine inanır ve KKT bireyin burada seçim yapmasına alan açar. Hızlı rahatlama ve semptomların azaltılmasına yönelik yapılandırılmış bir yol arayan kişiler için BDT sağlam bir seçim olarak ortaya çıkıyor. Öte yandan, KKT' nin kabullenmeyi ve psikolojik esnekliği teşvik etmeye yaptığı vurgu, onu daha bütünsel, dönüştürücü bir yolculuk hedefleyenler için cazip bir seçenek olarak konumlandırıyor. Bu terapötik yöntemlerin klinik pratiğe entegrasyonu, hasta tercihleri, semptomatoloji ve tedaviye yanıtın zamansal dinamikleri konusunda ayrıntılı bir anlayışla yönlendirilmelidir.

Bu derleme, OKB tedavisinde BDT ve KKT arasındaki yaklaşım ve yöntem değerlendirilmektedir. Ancak, bu çalışmanın sınırlılıkları vardır. BDT ile ilgili alanda çok sayıda araştırma bulunurken, KKT uygulanan OKB' li danışanlarla yapılan araştırmaların sayısı daha azdır. Bu durum, BDT ve KKT' nin hangisinin daha etkin olduğunu belirlemesini zorlaştırmaktadır. Yapılan araştırmalarda BDT' nin etkin olduğu görülürken, KKT' nin psikolojik etkinlik ve yaşam kalitesini artırmada, tedaviyi sürdürmede daha etkin olduğu sonuçları elde edilmiştir. Kombine tedavilerde ise KKT' nin etkili olduğu gözlemlenmiştir. Bu bağlamda, OKB tedavisinde bütüncül bir yaklaşımın etkili olabileceği kabul edilebilir. Yeni nesil BDT terapilerinin OKB tedavisinde kullanılmasının, danışanlarda olumlu gelişmeye katkı sağladığı belirtilmekle birlikte, incelenen çalışmalarda kullanılan metodolojilerde önemli farklılıklar tespit edilmiştir. Örneklem boyutlarının küçüklüğü ve terapi seanslarının süresi ile yoğunluğundaki farklılıklar, bulguların genellebilirliğini sınırlamış ve tedavi sonuçlarını etkilemiş olabilir. Çoğu çalışma kısa vadeli sonuçlara odaklanmıştır; Ancak, tedavinin zaman içindeki kalıcılığını değerlendirmek için boylamsal araştırmalara ihtiyaç vardır. Uzun vadeli takip çalışmaları, BDT ve KKT müdahalelerinin OKB tedavisinde sürdürülebilir faydalar ve potansiyel nüks oranları hakkında daha derin bir anlayış sağlayacaktır. Bu inceleme BDT ve KKT' nin OKB tedavisinde olumlu etkilerini vurgulamakla birlikte, bulguların genelleştirilmesinde dikkatli olunması gerektiğini belirtmektedir. Gelecekteki araştırma çabaları, Obsesif Kompulsif Bozukluğun uzun vadeli tedavisinde BDT ve KKT' nin karşılaştırmalı etkinliğini daha kapsamlı bir şekilde anlamak için belirlenen sınırlamaları ele almalıdır.

KAYNAKÇA

- Allen, K. J. D., Kropfing, J. W., Mathes, B. M., Crosby, J. M., & Elias, J. A. (2016). Thought control strategies in patients with severe obsessive-compulsive disorder: Treatment effects and suicide risk. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 8, 31-37. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.11.004>
- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-5)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (KKT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750-765. <https://doi.org/10.1037/a0028310>
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Baymur, F. (1994). *Genel psikoloji*. İnkılap Kitabevi.
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 9(3), 139-152. <https://doi.org/10.1007/s1121-008-0099-4>
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612-624. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Bystritsky, A., Liberman, R. P., Hwang, S., Wallace, C. J., Vapnik, T., Maindment, K., & Saxena, S. (2001). Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14(4), 214-218. <https://doi.org/10.1002/da.1069>

- Catapano, F., Sperandio, R., Perris, F., Lanzaro, M., & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 34(2), 62–68. <https://doi.org/10.1159/000049282>
- Clark, D. A. (1999). Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders: A commentary. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(4), 408–415. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(99\)80059-5](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(99)80059-5)
- Cullen, C. (2008). Acceptance and commitment Therapy (KKT): A third wave behaviour Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 667–673. <https://doi.org/10.1017/s1352465808004797>
- Çiftçi, Ş.**, & Kuru, T. (2013). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Kaynaşması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 138-146.
- Dehlin, J. P., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder. *Behavior Modification*, 37(3), 409–430. <https://doi.org/10.1177/0145445512475134>
- Didonna, F., Lanfredi, M., Xodo, E., Ferrari, C., Rossi, R., & Pedrini, L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(2), 156–170. <https://doi.org/10.1097/pra.0000000000000377>
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1543–1558. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007>
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy: RET*, 23(4), 315–336. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 335–348. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(96\)00094-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(96)00094-0)
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C. ve Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336-343.
- Gururaj, G. P., Math, S. B., Reddy, J. Y., & Chandrashekar, C. R. (2008). Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: an Indian perspective. *Journal of postgraduate medicine*, 54(2), 91–97. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.407>
- Gülner Ş.H.; Bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, bipolar bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk eşanlı hastalar: klinik özellikler, kişilik ve mizaç özelliklerinin karşılaştırılması, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2-60, (2016)
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 2-8.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M. ve Wilson, K. G. (2004). What is acceptance and commitment therapy?. In a practical guide to acceptance and commitment therapy (pp. 3- 29). Springer, Boston, MA.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6). <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Herbert, J. D., & Forman, E. M. (Eds.). (2011). Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies. Hoboken: Wiley.
- Karaca, P., Oktay, S., Koçak, M., & Erden, G. (2020). Current psychotherapy approaches in treatment of obsessive compulsive disorder. *Yeni Symposium*, 0, 1. <https://doi.org/10.5455/nys.20200418103657>
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K.8, & Strauss, C. (2019). Patient adherence to cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 68(102135), 102135. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102135>
- Lochner, C., & Stein, D. J. (2003). Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harvard review of psychiatry*, 11(3), 113–132. <https://doi.org/10.1080/10673220303949>
- Manjula, M., & Sudhir, P. (2019). New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(7), 104. https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_531_18
- Manjula, M., & Sudhir, P. (2019). New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(7), 104. https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_531_18
- Marazziti, D., Dell'Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., & Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(7), 407–410. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(02\)00697-1](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(02)00697-1)
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., & McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: 1. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 136(1), 1–25. <https://doi.org/10.1192/bjp.136.1.1>
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 162(2), 228–238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>

- MEYER V., LEVY R. and SCHNURER A. (1974) The behavioural treatment of obsessive compulsive disorders. Obsessional States (Edited by BEECH H. R.), Methuen, London.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. John Wiley & Sons Inc.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667–681. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00017-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00017-X)
- Onaral, G. (2021). Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Üçüncü Kuşak Terapilerin Etkilliliği: Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Guncel Yakasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 13(2), 292–331. <https://doi.org/10.18863/pgy.779029>
- Otte, J., Schickantz, N., & Bentz, D. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on obsessive-compulsive symptoms in the Swiss general population. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1071205>
- Ögel, K. (2012).** *Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü dalga. Farkındalık (ayırmsama) ve kabullenme temelli terapiler*. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Öst, L.-G.**, 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. *Clinical Psychology Review*, 40, 156–169. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.003>
- Özdel, K. (2015).** *Dünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: Teori ve uygulama. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.
- Patel, S. R., Carmody, J., & Simpson, H. B. (2007). Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 375–380. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.006>
- Philip, J., & Cherian, V. (2021). Acceptance and commitment therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28(100603), 100603. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100603>
- Pilecki, B. C., & McKay, D. (2012). An experimental investigation of cognitive defusion. *The Psychological Record*, 62(1), 19–40. <https://doi.org/10.1007/bf03395784>
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73–80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73–80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
- Prochaska, J.O., & Norcross, J.C. (2014). *Psikoterapi sistemleri: Teoriler ötesi bir çözümlene. İzmit: Psikoterapi Enstitüsü Yayınları*.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 102–110. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0879\(199905\)6:2<102::aid-cpp191>3.0.co;2-5](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0879(199905)6:2<102::aid-cpp191>3.0.co;2-5)
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 385–401. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10041-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10041-9)
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233–248. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(78\)90022-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(78)90022-0)
- Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J., & Teachman, B. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11–12), 889–898. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00051-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00051-4)
- Rohani, F., Rasouli-Azad, M., Twohig, M. P., Ghoreishi, F. S., Lee, E. B., & 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. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 16, 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.10.002>
- Rosaalcazar, A., Sanchezmeca, J., Gomezconesa, A., & Marinmartinez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1310–1325. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.001>
- Sakallı A.K; Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların afektif mizaç, kronobiyoloji ve dürtüsellik açısından incelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-26 (2014)
- Salkovskis P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 37 Suppl 1, S29–S52.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27(6), 677–682. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90152-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90152-6)
- Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive-Behavioural Approaches to the Understanding of Obsessional Problems. In R. Rapee (Ed.), *Current Controversies in the Anxiety Disorders*. New York: Guilford.
- Salkovskis, P. M. (2003). Obsessions and compulsions. In *Cognitive therapy in clinical practice* (pp. 39-54). Routledge.
- Salkovskis, P. M., & Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 179–208). Oxford University Press.

- Salzman, L., & Thaler, F. H. (1981). Obsessive-compulsive disorders: A review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*, 138(3), 286–296. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.3.286>
- Shafraan, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: a review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 87–107. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.002>
- Shafraan, Roz, Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379–391. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Stanley, M. A., & Turner, S. M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 26(1), 163–186. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(05\)80089-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80089-9)
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. New York: Guilford Press.
- Sungur MZ. OKB'nin Anlaşılması ve Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşımların Anksiyete Bozukluklarında Son Gelişmeler (Ed. N. Dilbaz). Ankara, Pozitif Matbaacılık, 2006.
- Sungur, M. Z. (2004). Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel davranışçı tedavisi. Tükel R. Editör. *Anksiyete bozuklukları tedavi kılavuzu*, 1, 171-189.
- Swedo SE, Snider LA (2004) The neurobiology and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Neurobiology of Mental Illness*, DS Charney, EJ Nestler (Ed), Oxford University Press, Oxford, New York.
- Şafak Y, Karadere ME, Özdel K, Özcan T, Türkçapar MH, Kuru E et al. (2014) Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg*, 25:225-233.
- Thompson, B. L., Twohig, M. P., & Luoma, J. B. (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. *Behavior Therapy*, 52(2), 286–297. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.011>
- Trent, E. S., Guzik, A. G., Viana, A. G., ve Storch, E. A. (2021). Third-wave cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder?: A promising approach if It includes exposure. *Advances in Psychiatry and Behavioral Health*, 1(1), 37-51.
- Twohig, M. P. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 18–28. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.02.008>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10), 1513–1522. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.002>
- Twohig, M. P., Plumb Vilardaga, J. C., Levin M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. 4, 196-202.
- Twohig, M. P., Whittal, M. L., Cox, J. M., & Gunter, R. (2010). An initial investigation into the processes of change in KKT, CT, and ERP for OCD. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(1), 67–83. <https://doi.org/10.1037/h0100898>
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S. ve Smith, B.M. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 108:1-9.
- Vakili, Y., Gharaee, B., & Habibi, M. (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. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(2). <https://doi.org/10.17795/ijpbs845>
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., & Wickramaratne, P. J. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *The Journal of clinical psychiatry*, 55 Suppl, 5–10.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. John Wiley & Sons Inc.
- Wheeler, C. H. B. (2017). Acceptance and commitment therapy-specific processes in the psychotherapeutic treatment of obsessive compulsive disorder: A single case study. *Clinical Case Studies*, 16(4), 313–327. <https://doi.org/10.1177/1534650117694269>
- Wilson KG, Sandoz EK. Mindfulness, Values, and Therapeutic Relationship in Acceptance and Commitment Therapy. Hick SF, Bien T, ed. *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: The Guilford Press; 2008:89–106.
- World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva, Licence:CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Yılmaz, B. (2018). Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Lectio Scientific*, 2(1), 21-42. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/lectiosc/issue/39038/457692>
- Yu, L., Norton, S., & McCracken, L. M. (2017). Change in "self-as-context" ("perspective-taking") occurs in acceptance and commitment therapy for people with chronic pain and is associated with improved functioning. *The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society*, 18(6), 664–672. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.01.005>