

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (ERP) Derleme

Gözde Nur KANDEMİR

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-8881-7922>, E-mail: 20223627@std.neu.edu.tr

Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Department of Psychology, Near East University, Faculty of Arts and Science, Nicosia-Cyprus, Mersin 10 Turkey, <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), bireylerin yaşam standartlarını ve işlevlerini ciddi şekilde sınırlayan, sürekli olarak rahatsız edici düşünceler ve zorunlu eylemlerle karakterize edilen kalıcı bir mental rahatsızlıktır. Bu çalışmanın amacı, OKB tedavisi için "altın standart" olarak kabul edilen Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (ERP) tedavisinin etkisini, teorik altyapısını ve mevcut literatürdeki bilgileri sistematik bir inceleme yöntemi ile değerlendirmektir. Makalede, OKB psikanaliz, bilişsel-davranışsal ve nesne ilişkileri teorileri bağlamında ele alınmakta; biyopsikososyal model çerçevesinde etiyolojik unsurlar incelenmektedir.

Yapılan literatür incelemesi, ERP'nin alışma ve inhibisyon öğrenme süreçleri aracılığıyla hastaların yüzde 60-85'inde önemli klinik iyileşmeler sağladığını göstermektedir. Bununla birlikte, araştırmalar hastaların yaklaşık yüzde 40-50'sinin standart tedavi protokollerine karşı direnç gösterdiğini veya yüksek düzeyde kaygı nedeniyle tedaviyi tamamlayamadığını göstermektedir. Bu sınırlamaların üstesinden gelmek için, ERP'nin Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) ve Metakognitif Terapi (MCT) gibi üçüncü dalga yöntemlerle birleştirilmesi ve Karma Gerçeklik gibi teknolojik yeniliklerin uygulanması güncel kaynaklarda ön plana çıkan stratejilerdir. Sonuç olarak, ERP, OKB tedavisinde önemli bir rol oynamaya devam ederken; bireysel gereksinimlere yönlendirilmiş, teknoloji destekli ve çok disiplinli yaklaşımların tedavi başarısını ve kalıcılığını artırdığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk , Maruz Bırakma ve Tepki Önleme , ERP

Obsessive-Compulsive Disorder and Exposure and Response Prevention Review

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a persistent mental illness characterized by persistently disturbing thoughts and compulsive actions that severely limit individuals' quality of life and functioning. The aim of this study is to evaluate the effectiveness, theoretical basis, and current literature on Exposure and Response Prevention (ERP) therapy, considered the "gold standard" for OCD treatment, through a systematic review. The article examines OCD within the context of psychoanalysis, cognitive-behavioral, and object relations theories; and investigates etiological elements within the framework of the biopsychosocial model.

The literature review shows that ERP provides significant clinical improvements in 60-85% of patients through habituation and inhibition learning processes. However, research indicates that approximately 40-50% of patients exhibit resistance to standard treatment protocols or are unable to complete treatment due to high levels of anxiety. To overcome these limitations, combining ERP with third-wave methods such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Metacognitive Therapy (MCT), and applying technological innovations such as Mixed Reality, are strategies highlighted in current literature. Consequently, while ERP continues to play a significant role in the treatment of OCD, it has been determined that individually tailored, technology-supported, and multidisciplinary approaches increase treatment success and sustainability.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Exposure and Response Prevention, ERP

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), bireylerin özgürlüklerinin, sosyal gelişimlerinin ve akademik veya mesleki yaşamlarının büyük ölçüde sınırlanmasına yol açan, sürekli ve yineleyen düşüncelerle birlikte ortaya çıkan uzun soluklu bir zihinsel rahatsızlıktır. Yaklaşık olarak dünya genelinde %2 oranında görülme sıklığına sahip olan bu durum, Dünya Sağlık Örgütü tarafından en fazla iş gücü kaybına neden olan hastalık belirtilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Son kırk yıl içinde yapılan klinik araştırmalar ve meta-analizler, OKB tedavisinde uygulanan psikoterapi yöntemi olan Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (ERP) tekniğinin kesinlikle "altın standart" olarak kabul edildiğine dair güçlü kanıtlar sunmaktadır (Abramowitz ve ekibi, 2009). ERP, hastaların korktukları uyarana güvenli bir biçimde maruz kalmalarını sağlarken, engelleyici süreçler aracılığıyla "inhibitör öğrenme" ve "alışma" mekanizmalarını devreye sokmaktadır (Kircanski ve Peris, 2015).

Ancak dünya genelinde yapılan çalışmalarda, ERP'nin başarı oranları kadar uygulama sürecindeki fırsatlar da oldukça önemlidir. Araştırmalar, hastaların yaklaşık %40-50'sinin standart ERP yöntemlerine tamamen yanıt verdiğini ya da bu yöntemlere direnci olduğunu göstermektedir (Strauss ve diğerleri, 2018). Tedavi unsurlarının yetersizliği, hastaların yoğun bir kaygı (üzüntü) durumu yaşamalarına sebep olmakta; bu da %15-20 oranında tedaviyi bırakmalarına ve süreci yarıda kesmelerine neden olmaktadır (Twohig ve diğerleri, 2018). Ayrıca, çocuklar ve gençler için ERP'nin aile desteğine olan gereksinim (Lewin ve diğerleri, 2014) ya da aktif stres yönetimi eğitimlerine olan ihtiyaç (Himle ve diğerleri, 2024), bu yöntemin farklı yaş gruplarındaki bireyler için uyarlanması gerektiğini göstermektedir.

Bu kısıtlamaları aşmak için birleşik modern klinik tedavi yöntemleri, ERP'nin daha kabul görür ve erişilebilir hale gelmesine yönelik stratejilere odaklanmaktadır. Literatürde "Üçüncü Dalga" olarak bilinen Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) bileşenlerinin ERP'ye entegre edilmesi, konfigürasyon gelişimini destekleyen hedeflerin gerçekleştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Twohig ve ark. , 2018). Benzer şekilde, Metakognitif Terapi (MCT), geleneksel ERP'ye alternatif olarak doğrudan maruz kalmanın yarattığı duygusal yükü azaltmayı hedefleyerek düşüncelere dair meta-inançları ele almaktadır (Exner ve ark. , 2024). Öte yandan, teknolojik gelişmelerle birlikte Karma Gerçeklik uygulamaları, sunulan ERP müdahaleleri aracılığıyla hem lojistik zorlukları aşmayı hem de serbest bırakma egzersizlerini daha kontrol edilebilir bir ortamda standart hale getirmeyi amaçlamaktadır (Miegel ve ark. , 2025).

Tedavi sonrasındaki süreçle ilgili önemli meseleler hâlâ gündemdedir; özellikle tedavi ilacı (SRI) ile birlikte uygulanan ERP süreci, iyileşen hastalarda ilacın bırakılmasının ardından durumun ne kadar süre devam edebileceği konusunda literatürde önemli bir tartışma söz konusudur (Simpson ve diğerleri, 2022). Bu sistematik inceleme, OKB tedavisinde ERP'nin uygulama değerini kabul ederken; yöntemin sınırlılıklarını, alternatif psikoterapi yöntemleriyle (EMDR, MCT, ACT vb.) olan ilişkisini ve teknolojik yeniliklerin klinik sonuçları nasıl etkileyebileceğine dair güncel araştırmaları bir araya getirmektedir.

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, sistematik derleme yöntemi ile Obsesif Kompulsif Bozukluk yaşayan bireylerde ERP terapisinin kullanılması hakkında alan yazın taraması ile inceleme yapmaktır.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANIMI

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB); bireylerin zihinlerinde istemsiz olarak ortaya çıkan sürekli ve tekrar eden düşünceler, imgeler veya anıların (obsesyonlar) yanı sıra, bu durumları düzeltmek ya da korkulan bir durumlardan kaçınmak amacıyla yapılan tekrarlayan hareketler veya zihinsel işlemlerin (kompülsiyonlar) bir araya gelmesidir (American Psychiatric Association [APA], 2022). Klinik kaynaklarda OKB, sadece geçici bir kaygı hali olarak değil; bireylerin sağlıklı bir şekilde işlev göstermelerini ve günlük hayatlarını etkileyen sürekli bir "zihinsel sıkışma" durumu olarak tanımlanmaktadır. Tanı koymak açısından, bu semptomların bireylerin günlük zamanlarının önemli bir kısmını (günde en az 1 saat) alması ve sosyal, akademik ya da profesyonel alanlarda belirgin bir işlev kaybı yaşatması gerekmektedir (Abramowitz ve ark. , 2009).

OKB'nin eşsiz yapısı, obsesyonların "ego-distonik" özelliğinde gizlidir. Bu terim, kişinin kendi kimliği, inançları ve değerleri açısından tam anlamıyla özgür olmasını ifade etmektedir; dolayısıyla birey, bunları yabancı, mantıksız veya kabul edilemez şekilde değerlendirebilmektedir (Salkovskis, 1985). İnsanlar genellikle bu düşüncelerin zihninin bir yansıması olduğunu kabul etseler de, bunlara atfettikleri "aşırı sorumluluk" ya da "tehdit algısı" nedeniyle derin bir suçluluk ve kaygı hissi taşımaktadır. Bu durumdan kurtulmayı arzulayan bireyler, çoğunlukla zorlayıcı eylemlere (örneğin el yıkama, kontrol etme, sayma, simetri

sağlama) başvurmaktadır , bu uygulamalar kaygıyı azaltmayı hedeflese de geçici bir rahatlama sağlayarak sorunun devam etmesine yol açmaktadır (Kircanski ve Peris, 2015).

Klinik önem, sadece varlığından dolayı değil, aynı zamanda bireylerin yaşam alanlarına yaptığı kısıtlayıcı etkisi ile değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Obsesif Kompulsif Bozukluğu (OKB) tedavi edilebilir rahatsızlıklar arasında, dünya genelinde en fazla iş gücü kaybına (engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılı) neden olanlardan biri olarak göstermektedir (Dünya Sağlık Örgütü [WHO], 2024). Bu durum, bozukluğun sadece psikolojik değil, aynı zamanda fiziksel ve sosyal boyutlarının da etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, OKB'deki "içgörü" düzeyi (belirtilerin ne kadar mantıksız bir şekilde ilerlediği) hastalar arasında farklılıklar arz ederken, birçok yetişkin hasta semptomlarının yoğunluğunu kabul etse de, zorlayıcı düşüncelerle başa çıkmakta zorlanmaktadırlar (Strauss ve ark. , 2018).

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ETİYOLOJİSİ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tek bir nedene dayanmayan karmaşık bir sorundur ve günümüzde “Biyopsikososyal Model” ışığında değerlendirilmektedir. Bu bozukluğun ortaya çıkışı; genetik eğilimlerle nörobiyolojik faktörlerin oluşturduğu biyolojik zemin ile kişilerin beslenme biçimleri, öğrenim süreçleri ve stres etkenlerinin etkileşiminin bir sonucu olarak şekillenmektedir (Pauls ve arkadaşları, 2014). Bu çok sayıda nedensellik, bazı kişilerde çocukluk döneminde aniden başlayabilirken, diğerlerinde gençlik döneminde görünmeye başlamakta ve klinik belirtilerin çeşitliliği açısından önemli bir belirsizlik taşımaktadır. Bu sebeple, OKB'nin nedenlerini belirlemek mümkündür; fizyolojik beyin farklılıklarından çocukluk deneyimlerine, sosyal baskılara ve yanlış bilgi işleme süreçlerine kadar geniş bir yelpazede araştırma yapılmasını gerektirmektedir (Abramowitz ve arkadaşları, 2009).

Biyolojik Etkenler

OKB'nin sebeplerinden biri biyolojik faktörler olarak görülmektedir, bu durumun hem başlangıcında hem de ilerleyişinde merkezi bilgisayarların kullandığı yazılımlar önemli rol oynamaktadır. Bu alandaki araştırmalar, genetik yatkınlıklar, beyin yapısındaki anormallikler ve nörotransmitter sistemlerindeki dengesizlikler üzerinde odaklanmaktadır.

OKB'nin biyolojik altyapısını, beynimizdeki bir "acıma" sistemi ile bu sistemi yöneten "denetleyici mekanizmalar" arasındaki etkileşimler olarak tanımlayabiliriz. Yapılan genetik

araştırmalar, bu durumun büyük oranda kalıtsal bir eğilimle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Pauls ve arkadaşları, 2014). Beynin ön kısmında yer alan ve "bir şeyler yolunda gitmiyor" sinyalini algılayan bölge, OKB'li kişilerin beyinlerinde oldukça fazla aktiflik göstermektedir. Ayrıca, beynin diğer alanlarında bulunan bölgelerin bu uyarıyı filtreleyerek "her şey iyi gidiyorsa, bu düşünceye takılma" mesajını iletmesi beklenirken, OKB durumunda bu zihinsel kontrol mekanizması yeterince etkin çalışmamaktadır (Abramowitz ve ekibi, 2009).

Bu durum, beynin içinde bir düşüncenin takılıp kalmasına ve sürekli olarak tehdit sinyalleri yayılmasına sebep olmaktadır. Serotonin ve glutamat gibi sinir iletimini etkileyen kimyasal iletkenlerin dengesizliği de bu alarmin bir türlü sona ermemesine yol açmaktadır (Simpson ve diğerleri, 2022). Sonuç olarak, birey bu biyolojik sıkışıklığı azaltmak için kompulsiyon olarak adlandırılan tekrarlayan davranışlar göstermektedir ; çünkü beyin ona fiziksel olarak "tehlike henüz bitmedi" uyarısını iletmeye devam etmektedir.

Psikolojik Etkenler

OKB'nin psikolojik boyutu, sıradan bilgileri nasıl algıladığımız ve düşündüklerimizle başa çıkma şeklimizle bağlantılıdır. Aslında, insan zihni gün içinde sık sık rahatsız edici ya da mantıksız düşüncelere (örneğin "Acaba ocağı kapattım mı? " ya da "Ellerimde kir var mı? ") neden olabilir. Ancak OKB tanısı bulunan kişiler, bu düşünceleri normal olarak görünenin ötesine taşımakla birlikte kendilerine büyük bir sorumluluk yüklerler (Salkovskis, 1985). Bu aşamada en yaygın olan yanlış anlama, bireyin "olumsuz bir düşünceye sahip olmayı, onun gerçekleşmesiyle aynı şey olarak değerlendirmesi" ya da "bu düşüncenin olayın olasılığını artırdığına inanmadığını" ifade etmesidir (Shafran ve diğerleri, 1996). Bu durum, akıllardaki en ufak bir şüphenin büyük bir felaket senaryosuna dönüşmesine yol açmaktadır.

Aşırı kaygıdan kurtulmaya çalışan birey, bir "yanlış öğrenme" sürecine girer. Zihnindeki baskıyı azaltmak amacıyla el yıkama, kontrol etme ya da düşüncelerinde çelişkili davranma gibi tekrarlayan eylemler (kompülsiyonlar) sergiler. Beyin, bu davranışları kaygıyı o an için geçici olarak durdurabilen bir "hayatta kalma yöntemi" olarak algılar. Ancak bu geçici rahatlama, aslında en büyük psikolojik tuzak halini alır; çünkü bireyler bu ritüelleri devam ettirdikçe, korktukları durumun aslında zararlı olmadığını deneyimleme (alışma) fırsatı istemektedirler (Abramowitz ve diğerleri, 2009). Sonuç olarak, bu geçici çözüm, takıntıları besleyen ve durumu kalıcı hale getiren bir kısır döngü yaratmaktadır.

Sosyal Etkenler

OKB'nin gelişiminde, bireyin ailesi, kültürel ortamı ve yaşadığı tecrübeler büyük bir öneme sahiptir. Araştırmalar, doğum sırasında yaşanan kötü muamele, önemli ihmal veya travmatik deneyimlerin, bireyin hayatı "tehlikeli bir yer" olarak görmesine neden olduğunu ve bu tehdidi bertaraf etmek için aşırı kontrol isteğini güçlendirdiğini ortaya koymaktadır (Ruscio ve diğerleri, 2010). Bu tür zorlu yaşam deneyimleri, biyolojik temellere sahip olup OKB belirtilerini tetikleyen temel unsurlardır.

Aile içerisindeki tutumlar da sosyal faktörlerin bir diğer önemli boyutudur. Özellikle mükemmeliyetçi, aşırı korumacı veya sert disiplin uygulayan ailelerde, çocuklarda "hata yapma" korkusu yoğun olarak görülmekte ve bu korkunun zamanla şüphe ve kontrol takıntılarına dönüşüm gösterdiği saptanmaktadır (Abramowitz ve diğerleri, 2009). Ayrıca, bazı kültürlerde dini veya etik değerlerin abartılması, bireyin yaşamında sıradan bir "günah" veya "suç" hissiyatı duymamasına yol açabilir ve bu durum, kişinin anksiyetesini azaltmak amacıyla dini ritüellere veya aşırı temizlik davranışlarına yönelmesine sebep olabilir (Strauss ve diğerleri, 2018). Sonuç olarak, sosyal bireyler, bireyin içindeki kaygı alarmını artıran ve bağımsız sosyal bir yapıya geçişini kolaylaştıran dışsal etkenlerdir.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK EPİDEMİYOLOJİSİ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), dünya genelinde benzer oranlarda görülen evrensel bir ruh sağlığı sorunudur ve herhangi bir kültürel ya da etnik sınır tanımamaktadır. Epidemiyolojik araştırmalar, OKB'nin yaşam boyunca yaygınlık oranının yüzde 1,1 ile yüzde 3 arasında değiştiğini ve ortalama küresel olarak yaklaşık yüzde 2 civarında olduğunu göstermektedir (Ruscio ve diğerleri, 2010). Bu veriler, OKB'nin toplumsal düzeyde en yaygın dördüncü ruhsal bozukluk olarak kalmayı sürdürdüğünü ortaya koymaktadır. Cinsiyet açısından bakıldığında, yetişkinler arasında kadın ve erkekler arasında belirgin bir fark olmadığı gözlemlenmekte, fakat çocuklar arasında tanı almış olanların çoğunluğunun erkek olduğu ve yetişkinlik dönemine geçildiğinde belirtilerin az da olsa devam ettiği anlaşılmaktadır (Abramowitz ve diğerleri, 2009).

Klinik aşamanın düzenlenmesi sonucunda, belirtilerin genellikle ergenlik veya genç yetişkinlik döneminde (ortalama 19-20 yaş) ortaya çıktığı; 35 yaşından sonra ise bu durumun klinik açıdan nadir meydana geldiği belirlenmiştir. OKB, çoğunlukla tek başına bir rahatsızlık değildir;

hastaların yaklaşık yüzde 90'ı yaşamları süresince en az bir başka ruhsal hastalığın tanısını alırken, en sık görülen durumlar arasında majör depresyon (%60-70) ve diğer anksiyete bozuklukları yer almaktadır (Ruscio ve diğerleri, 2010). Eğitim durumu ve sosyoekonomik düzeyden bağımsız olarak herkesin etkilenebileceği OKB, toplumsal izolasyon ve iş kayıplarına neden olduğu için Dünya Sağlık Örgütü tarafından önemli bir iş gücü kaybı sorunu olarak değerlendirilmektedir (Strauss ve diğerleri, 2018). Bu noktada, damgalanma korkusu ve görünümdeki azalma nedeniyle "mantıksız" olarak addedilen belirtilerin profesyonel yardım alınmadan önce geçirdiği sürenin ortalama 10 ile 17 yıl arasında değişmesi, epidemiolojik verilerin en belirgin ve değiştirilebilir özelliklerinden biri olarak öne çıkmaktadır.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK BELİRTİLERİ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilen bir hastalıktır. Temelde, takıntılar ile zorlayıcı davranışların oluşturduğu bir döngüden kaynaklanmaktadır. Akademik araştırmalarda bu konu, yalnızca basit takıntılar olarak değerlendirilmemekte, aynı zamanda bunların içeriği ve bireylerin yaşamları üzerindeki etkileri dikkate alınarak kapsamlı bir şekilde ele alınmaktadır. OKB'nin temel bileşenleri olan takıntılar, kişinin kontrolünden bağımsız bir şekilde zihninde beliren, endişe yaratan ve kendi düşünceleriyle çelişen sürekli düşünceler, dürtüler veya hayaller şeklindedir (APA, 2022). Bu zihinsel rahatsızlığın etkilerini azaltmak veya istenmeyen bir durumu engellemek amacıyla yapılan zorlamalar ise, belirli ritüellere bağlı olarak tekrarlanan bedensel veya zihinsel aktivitelerden oluşmaktadır (Abramowitz ve ark. , 2009).

Günümüzdeki faktör analizi uygulamaları, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) alanını dünya genelinde dört temel boyutta sınıflandırmaktadır:

1. Kirlenme ve Temizlik Boyutu: Bu boyut, en yaygın görülen belirtilerden biridir. Birey, mikroplar, zararlı maddeler (örneğin, radyasyon, asbest) veya vücut sıvıları ile temas etme düşüncesine karşı büyük bir kaygı duyar. Bu takıntılara sahip olan kişiler, el yıkama, banyo yapma sürelerini ve belirli kimyasallarla olan ilişkilerini aşırı bir şekilde bir araya getirerek sterilizasyon yöntemlerine yönelmektedir. Bu boyuttaki "kaçınma" davranışları oldukça rastlanmaktadır; insanlar, potansiyel kirlenme kaynaklarından kaçınmak amacıyla sosyal yaşamlarını önemli ölçüde sınırlamaktadır.

2. Şüphe, Sorumluluk ve Kontrol Boyutu: Bu boyuttaki temel kavram, bireyin dikkatsizliği yüzünden kendine veya başkalarına zarar verme korkusudur (Salkovskis, 1985). "Ocağı açık bıraktım mı? ", "Kapıyı kilitlemeyi unuttum mu? " gibi sorgulamalar, kapı kolları, kilitler veya elektrikli eşyaların sık sık kontrol edilmesine (kontrol etme davranışına) yol açmaktadır. Bu bireylerde "patolojik şüphe" o kadar yoğundur ki, gözlemlenebilir deliller (örneğin, kapının açık olduğu fark edilebilir) olsa bile içlerinde bir güven hissi bulamazlar.

3. Simetri, Düzen ve Tamamlama Boyutu: Nesnelere belirli bir düzende yer alması, dijital olarak dengelenmesi ya da "tam olarak doğru" hissi oluşturulunan düzenleme gereksinimidir. Bu belirtiler genellikle anksiyete yerine, bir durumun eksik ya da yanlış olduğuna dair güçlü içsel bir rahatsızlıktan doğmaktadır (kesinlikle doğru olmayan deneyimler). Kompulsiyonlar, eşyaların milimetrik olarak ayarlanması, belirli sayıların tekrarı ya da simetrik hareketlerle (sağ elde dokunulduğunda sol elde de dokunma) kendini göstermektedir

4. Tabu Düşünceler (Saldırganlık, Cinsellik ve Din) Boyutu: Bu, bireyin en çok dışlanma ve damgalama korkusuyla örtünme eğiliminde olduğu bir gruptur. Bu kategoriye ait obsesyonlar; dini inançlara hakaret etme, sevdiklerine zarar verme arzusu veya kendi etik değerleriyle çelişen cinsel imgeler (örneğin, pedofili ya da ensest korkusu) içermektedir. Bireyler, düşüncelerin gerçek eylemlere dönüşeceğine dair yanlış bir inançla "Düşünce-Eylem Kaynaşması" (Düşünce-Eylem Füzyonu) yaşarlar (Shafran ve ark. , 1996). Dışarıdan gözlemlenen fiziksel bir davranış yerine, sıklıkla zihinsel nötrleştirmeler (içten dualar etme, kelimeleri tersten söyleme) ve sürekli bir onay arayışı gözlemlenmektedir.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN KURAMSAL TEMELLERLE AÇIKLANMASI

Psikanalitik Yaklaşım

Psikanaliz alanında, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), en karmaşık yapıya sahip nevrotik durumlar arasında yer almakta ve güçlü savunma mekanizmalarını bünyesinde barındırmaktadır. Bu yapı, esasen kabul edilemez dürtülerle katı bir iç otorite arasındaki çatışmanın sonucu ve benliğin bu çatışma karşısında geliştirdiği savunma mekanizmalarını kapsamaktadır. Sigmund Freud (1909/2001), "Sıçan Adam" vakasıyla obsesif nevrozu çocukluk dönemindeki anal-sadistik gelişim aşamasına (yaklaşık 1. 5–3 yaş) bağlamıştır. Bu aşamada çocuk, tuvalet eğitimi aracılığıyla dış dünya ve otorite figürleri üzerinde ilk kez kontrol

sağlamaya yönelik çaba sarf etmektedir. Psikanalitik bakış açısına göre, bu dönemdeki aşırı katı, baskıcı veya tutarsız ebeveyn tutumları, bireyin gelişiminde bir fiksasyona yol açmakta; yetişkinlikte karşılaşılan yoğun stres ise egonun bu döneme geri dönüş yaparak belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Freud, 1909/2001).

Klinik durumun gelişiminde, egonun oluşturduğu özgül savunma mekanizmaları önemli bir rol oynamaktadır. Otto Fenichel (1945), obsesif süreçte duyguların ayrıştırılması (affektin izolasyonu) durumunun kritik öneme sahip olduğunu belirtmektedir; bu durumda kişi, can sıkıcı bir düşünceyi fark etmesine karşın o düşünceyle bağlantılı duygusal yoğunluğu bastırmaktadır. Bu durum, obsesyonların birey üzerinde neden "yabancı ve geçersiz" (ego-distonik) olarak hissedildiğine dair bir anlayış sunmaktadır. Dürtüsel çatışmalara karşı koymada kullanılan bir diğer mekanizma ise karşıt tepki geliştirme ya da diğer bir ifadeyle reaction formation'dır. Karl Abraham (1927), bir bireyin içinde barındırdığı gizli saldırganlık ve kötü dürtülere karşı dışarıda son derece nazik, düşünceli ve ahlaki bir tutum sergileyerek bu dürtüleri dengelemeye çalıştığını savunmaktadır. Ayrıca, birey kendisini kompulsif ritüellerle bu durumla başa çıkmaya yöneltir; "kötü" bir düşünceyi veya eylemi sembolik bir ritüel aracılığıyla nötralize ederek suçluluk duygusundan kurtulmaya çabalar (Glen O. Gabbard, 2014).

Modern psikanaliz literatürü, klasik dinamiklerin ötesinde nesne ilişkileri ve zihinsel süreçleri detaylı bir şekilde incelemektedir. Nancy McWilliams (2011), obsesif insanların ebeveynleriyle olan bağlarının "koşullu sevgi" yüzünden derin bir terk edilme korkusu taşıdığını, bu korkunun ise semptomlarının içsel parçalanma kaygısını kontrol etmeye yönelik yapay bir alan oluşturmasına neden olduğunu ifade etmektedir. Peter Fonagy (2008), bu durumu zihinselleştirme becerisindeki eksiklikler ile ilişkilendirerek bireylerin düşüncelerine "büyüsel" anlamlar yüklediğini vurgulamaktadır. Bu, düşünce ile eylem arasında bir karmaşaya yol açarak zihinsel bir imgenin gerçek yaşamda yıkıcı sonuçlara neden olacağına dair korkuyu arttırmakta ve bireyi güvenli bir alan arayışına yönlendirmektedir (Fonagy ve Target, 2007). Sonuç olarak, psikanalitik perspektif, obsesif kompulsif bozukluğu yalnızca bir semptom seti olarak değil, bireyin içsel dünyasındaki öfke, suçluluk ve kontrol arzusunu dengelemeye yönelik bir çaba olarak değerlendirmektedir.

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kapsamında, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) kişinin aklında beliren istem dışı düşünceleri (obsesyonlar) yanlış bir şekilde değerlendirmesi ve bu düşüncelerin yarattığı kaygıyı azaltmak amacıyla etkisiz yollar (kompülsiyonlar) kullanması olarak tanımlanmaktadır. Obsesyonlar tek başına bir sorun olarak kabul edilmez; OKB'yi diğer zihinsel süreçlerden ayıran en önemli unsur, bireyin bu düşüncelere karşı olan “aşırı sorumluluk” inancıdır (Paul M. Salkovskis, 1985). Bu modele göre, kişi aklına gelen olumsuz bir düşüncenin oluşumundan tamamen sorumlu olduğunu düşünmekte ve bu sorumluluk algısı, yüksek seviyede kaygıya yol açmaktadır (Salkovskis, 1985).

OKB'nin bilişsel analizi, obsesif bireylerde görülen belirli düşünsel bozulmaları detaylı bir şekilde incelemektedir. OKB'nin devamında etkili olan temel inançlar; sorumluluğun aşırıya kaçması, düşüncelere gereğinden fazla değer verme, düşünceleri kontrol etme gereksinimi, belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik ve tehdit algısının aşırı hale gelmesi olarak tanımlanmaktadır (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OBWG], 1997). Bu bağlamda “düşünce-eylem kaynaşması” kavramı önemli bir rol oynamaktadır. Olumsuz bir duruma dair düşünmenin, bu durumun gerçekleşme olasılığını artırdığına dair inançlar (olasılık kaynaşması) ya da bu tür düşüncelerin varlığının ahlaki açıdan bir eylemle eşdeğer sayıldığına dair inançların (ahlaki kaynaşma) obsesyonların devamını sağladığı ifade edilmektedir (Stanley Rachman, 1997).

Davranış açısından bakıldığında, OKB belirtilerinin sürdürülmesinde “olumsuz pekiştirme” mekanizması kritik bir rol üstlenmektedir. Kompulsif ve kaçınma davranışlarının obsesyonlardan kaynaklanan kaygıyı geçici olarak azalması, bu davranışların tekrar ortaya çıkmasına ve zamanla güçlenmesine yol açmaktadır (Orval Hobart Mowrer, 1960). Günümüzde OKB tedavisinde en etkili yöntemlerden biri olarak görülen Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (ERP) tekniği, bu davranışsal model üzerine kuruludur. Korku uyaranına maruz kalındığında kompulsif bir tepki verilmemesi durumunda yeni öğrenmelerin gerçekleştiği ve korku yapısının bilişsel olarak yeniden şekillendiği ifade edilmektedir (Edna B. Foa ve Michael J. Kozak, 1986). Sonuç olarak BDT yaklaşımı, OKB'yi hatalı bilişsel değerlendirmelere dayanan bir kaygı döngüsü olarak ele almakta ve tedavi sürecinde hem bilişsel yeniden yapılandırmayı hem de davranışsal değişimi amaçlamaktadır.

Nesne İlişkileri Kuramı

Nesne İlişkileri Teorisi, Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) durumunu yalnızca geleneksel dürtü çatışmaları perspektifinden değil, bireyin çocukluk döneminde bakım verenlerle oluşturduğu içe aktarılmış ilişki kalıpları yoluyla açıklamaktadır. Bu bakış açısına göre, OKB belirtileri, öz ile nesne arasındaki dengeyi korumak, farklılaşmak ve bireyselleşmekte zorluklarla bağlantılı olarak, içsel dünyada oluşan "kötü nesne" temsillerinin yıkıcı etkilerinden kaçınma çabasıyla ortaya çıkmaktadır. Obsesif yapının, bireyin aklında nesnelere keskin bir şekilde ayırarak kontrol etme isteği ile bağlantılı olduğu ifade edilmektedir (Ronald Fairbairn, 1952). Bu bağlamda, birey, içe aktarılmış eleştirel nesnenin (agresif ebeveyn temsili) yarattığı suçluluk ve ceza korkusundan uzak durmak için hem zihsel hem de davranışsal açıdan aşırı düzenleyici ve denetleyici yapılar geliştirmektedir (Fairbairn, 1952).

OKB, nesne ilişkileri teorisi bağlamında depresif durumla bağlantılı olarak da incelenmektedir. Bireyin, kendi yıkıcı hayallerinin sevdiği nesneye zarar vereceği yönünde yoğun endişe taşıdığı belirtilmektedir (Melanie Klein, 1935). Bu doğrultuda, kompülsiyonlar, sevilen nesneyi onarma ve onu kişinin içsel saldırganlığından koruma işlevini üstlenen "onarım" çabaları olarak yorumlanmaktadır. Ritüelistik davranışların, bilinçdışı düzeyde sevilen nesneyi koruma ve suçluluk duygusunu azaltma amacı taşıdığı ifade edilmektedir (Klein, 1948).

Günümüzdeki nesne ilişkileri literatüründe, obsesif bireylerin benlik algılarının "iyi" ve "kötü" olarak keskin bir biçimde ayrıldığı vurgulanmaktadır (Otto Kernberg, 1975; Nancy McWilliams, 2011). Bu çerçevede, küçük bir hata ya da olumsuz bir düşüncenin, bireyin benlik değerinin tamamen kaybolması ve nesne sevgisinin yitilmesi riski ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir. Bu nedenle obsesif kontrol mekanizmaları, muhtemel reddedilme veya cezalandırılma beklentisine karşı oluşan bir savunma mekanizması olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, OKB belirtisinin, ebeveyn beklentilerine aşırı bir şekilde uyum sağlama çabasıyla ilgili olduğu ve bunun "sahte kendilik" gelişimi ile bağdaşan bir durum oluşturduğu ifade edilmektedir (Donald Winnicott, 1965). Bu bağlamda birey, kendi özgün duygusal deneyimlerini bastırarak katı kurallara dayalı bir benlik yapısı geliştirip nesne ile ilişkisini sürdürmeye çalışmaktadır.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUNUN DSM-5 SINIFLANDIRMASI ve TARİHÇESİ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), psikiyatri tarihindeki en eski klinik durumlardan biri olmasına rağmen, tanımlama sistemlerinin zaman içindeki yerinde önemli değişiklikler yaşamıştır. Modern psikiyatri sınıflandırmasının temelini oluşturan DSM (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) açısından OKB, uzun bir süre boyunca anksiyete üzerine odaklanan bir bozukluk olarak ele alınmaktadır; ancak güncel nörobiyolojik ve klinik veriler bu anlayışı önemli ölçüde değiştirmektedir. OKB'nin sistematik bir şekilde kategorizasyonu, 1952 yılında yayımlanan DSM-I ile başlamış, bu dönemde bozukluk, psikanalitik teorinin etkisi altında "psikonörotik bozukluklar" arasında "Obsesif Kompulsif Reaksiyon" olarak adlandırılmaktadır (American Psychiatric Association [APA], 1952). 1968'de yayımlanan DSM-II sürecinde bu kavram "Obsesif Kompulsif Nevroz" olarak anılmış ve esasen ego savunma mekanizmalarına dayandığı düşünülmektedir. 1980 yılında yayımlanan DSM-III ile birlikte psikiyatride deneysel ve kanıta dayalı bir yaklaşım benimsendi; OKB, benzer durumlarla ve yüksek anksiyete seviyeleriyle ilişkilendirildiği için "Anksiyete Bozuklukları" kategorisine dahil edildi. Bu yaklaşım, OKB'nin neden olduğu yoğun kaygıyı bozukluğun temel bileşeni olarak kabul eden DSM-III-R ve DSM-IV-TR (2000) sürümlerinde de devam ettirmektedir (Yaryura-Tobias ve Neziroglu, 1997).

2013 yılında yayımlanan DSM-5, OKB'nin sınıflamasında köklü bir değişiklik yaparak bu bozukluğu anksiyete bozukluğu kategorisinden tamamen çıkartmaktadır. Nörogörüntüleme araştırmaları, genetik çalışmalar ve tedaviye yanıt analizleri, OKB'nin geleneksel anksiyete bozukluklarından farklı bir kökene sahip olduğunu ve kortiko-striato-talamo-kortikal (CSTC) döngülerdeki bozukluklarla bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır (Stein ve ark. , 2019). Bu bağlamda OKB; Beden Algısı Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani ve Deri Yolma Bozukluğu'nu kapsayan "Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar" adında yeni ve bağımsız bir ana kategoriye alınmıştır (APA, 2013). DSM-5'e göre OKB tanısının temel ölçütü, belirgin bir sıkıntı yaratan istenmeyen düşünceler olarak tanımlanan obsesyonlar ve bu sıkıntıyı azaltmaya yönelik tekrarlayan davranışlar olarak bilinen kompulsiyonların varlığıdır. Tanı sürecinde bu belirtilerin günde en az bir saatten fazla zaman alması ve işlevsellikte belirgin bir bozulma yaratması gerekmektedir. Ayrıca DSM-5, tanıya "içgörü düzeyi" belirleyicilerini ekleyerek bozukluğun psikotik spektrumla olan sınırlarını netleştirmiş; hastaları "iyi/orta

derecede içgörü", "zayıf içgörü" ve "içgörü eksikliği/sanısal inanç" olarak üç biçimde değerlendirmiştir (Köroğlu, 2014). Özellikle "Tik ile İlişkili" belirleyicisi, çocukluk döneminde başlayan vakaların ayırt edilmesinde önemli bir yenilik olarak sunulmaktadır . Sonuç olarak, OKB'nin tarihsel gelişimi, bu bozukluğun yalnızca bir kaygı durumu olmadığını, aynı zamanda kendine özgü klinik ve biyolojik dinamiklere sahip spesifik bir nöropsikiyatrik fenomen olduğunu ispatlamaktadır.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN TEDAVİSİ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), kişinin yaşam kalitesini ciddi anlamda etkileyebilen ve zamanla kronikleşebilen bir durumdur, bu nedenle kapsamlı bir tedavi planı gereklidir. Günümüzdeki klinik rehberler, OKB tedavisinde iki ana kanıta dayalı yaklaşımı öncelikli seçenekler olarak kabul etmektedir: Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve İlaç Tedavisi. Bu iki tedavi yönteminin birlikte uygulanmasının, özellikle orta ve ağır vakalarda diğer yöntemlere kıyasla daha etkili sonuçlar verdiği gözlemlenmektedir (American Psychiatric Association [APA], 2007).

Psikoterapötik Müdahaleler: ERP'nin Altın Standardı

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB) için uygulanabilecek psikoterapi yöntemleri arasında en fazla destekleyici kanıta sahip olanı, Bilişsel Davranışçı Terapi'nin bir parçası olan "Maruz Bırakma ve Tepki Önleme" (ERP) tekniğidir. Bu süreçte, birey obsesyonlarını tetikleyen durumlara sürekli olarak maruz bırakılır ve bu sırada kaygısını azaltmak amacıyla başvurduğu zorlayıcı davranışları yapmaması sağlanır (tepki önleme). Burada ana terapi mekanizması, kişinin zorlayıcı hareketlere başvurmadığı sürece zamanla kaygısının doğal olarak azaldığını fark etmesi ve böylece obsesyonların yarattığı tehdit algısını yeniden gözden geçirmesine yardım eden "alışma" (habituation) sürecidir (Abramowitz ve diğerleri, 2009). Ayrıca, bilişsel müdahalelerle hastanın sorumluluk duygusu ve düşünce ile eylemin birleşimi gibi işlevsel olmayan inançları üzerine çalışmalar gerçekleştirilmektedir.

Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tedavisinde temel dikkat, serotonerjik sisteme yöneliktir. Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI), OKB için etkili olduğu gösterilen ilk basamak tedavi ilaç grubudur. Ancak, OKB'ye yönelik farmakolojik yanıtların depresyon tedavisine

göre daha geç (yaklaşık 8-12 hafta) geliştiği ve genellikle daha yüksek dozlar gerektiği sıkça vurgulanmaktadır (Stein ve ark. , 2019). SSRI tedavisinde tatmin edici sonuçların elde edilemediği durumlarda, klomipramin kullanımı veya düşük dozlu antipsikotiklerin ilave edilmesi gibi ek tedavi yöntemleri uygulanabilir.

Dirençli Durumlar ve Nöromodülasyon

Standart tedavi yaklaşımlarına cevap vermeyen zor vakalarda, yeni teknikler devreye girmektedir. Tekrarlayan Transkraniyal Manyetik Uyarı ve daha ciddi hastalarda Derin Beyin Stimülasyonu (DBS), kortiko-striato-talamo-kortikal (CSTC) döngülerdeki sinirsel aktiviteleri düzenlemek amacıyla geliştirilmiş modern tedavi yöntemleridir (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2005). Bu yaklaşımlar, biyolojik temellere dayalı dirençleri aşmada önemli bir alternatif sunmaktadır.

ERP TANIMI

Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (ERP), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) için en etkili ve kanıtlanmış bilişsel davranışsal tedavi yöntemi olarak dikkat çekmektedir. Bu yöntem aslında iki ana bileşenden oluşmaktadır: "Maruz Bırakma" (Exposure), bireyin obsesif düşüncelerine yol açan nesnelere, durumlar veya imgelerle bilinçli ve düzenli bir şekilde yüzleşmesini sağlamaktadır; "Tepki Önleme" (Response Prevention) ise bu yüzleşme sırasında meydana gelen kaygıyı azaltmak için gerçekleştirilen ritüellerin ya da zorunlu hareketlerin kasten engellenmesini ifade etmektedir (Abramowitz, 1996; Foa ve Kozak, 1986).

ERP'nin çalışma şekli, davranış öğrenimi teorileriyle "alışma" (habituation) ve "duygusal yeniden yapılandırma" (emotional processing) kavramları aracılığıyla açıklanmaktadır. Birey, kaygı verici bir uyarıcıyla uzun bir süre etkileşimde bulunduğu ve bu süre zarfında zorunlu bir davranış sergilemediğinde, başlangıçta artan kaygı seviyesinin zamanla kendiliğinden azaldığını deneyimlemektedir. Bu süreçte hasta, korktuğu olumsuz durumların gerçek olmadığını ve kompulsiyon olmadan kaygıyla başa çıkabileceğini öğrenmektedir; böylece obsesyon ile korku arasındaki yanlış ilişki sona ermiş olur (Abramowitz ve ark. , 2009; McLean ve ark. , 2001).

ERP TARİHÇESİ

Maruz bırakma ve tepki önleme terapisi, obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde yenilikçi bir yaklaşım sunarak, klasik ve edimsel koşullanma ilkelerine dayanmaktadır. Bu yöntem, 1950'li yıllarda davranışçı psikolojinin klinik uygulamalarda daha fazla önem kazandığı döneme dayanmaktadır. ERP'nin ilk sistematik uygulaması 1966 yılında Victor Meyer tarafından gerçekleştirilmiştir. Obsesif bireylerin kaygı uyandıran durumlarla yüzleştiklerinde gerçekleştirdikleri ritüelleri sonlandırarak, bu davranışların kaygıyı azaltma etkisinin zamanla geçeceğini göstermektedir (Meyer, 1966). Meyer'in bu öncü çalışması, obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde daha önce baskın olan psikanalitik yaklaşımların yerini, davranışsal tekniklerin alabileceğini ve bu sayede çok daha hızlı ve etkili bir tedavi yöntemi sunabileceğini ortaya koymaktadır.

1970'lerde Londra'daki Maudsley Hastanesi'nde yapılan araştırmalar, bu yöntemlerin akademik ve standart bir klinik model haline gelmesini sağlamaktadır. Maruz bırakma süresinin ve kompulsiyonların durdurulmasının (tepki önleme) tedavi üzerindeki olumlu sonuçları deneylerle gösterilmiş ve tepki önleme olmadan yapılan maruz bırakmanın kalıcı bir iyileşme sağlamadığı vurgulanmaktadır (Marks, 1975). 1980'lerde ortaya çıkan "Duygusal İşleme Teorisi", bu yönteme teorik bir derinlik kazandırmaktadır. Bu teori, ERP'nin bireylerin korku şemasını yeni ve olumlu bilgilerle (örneğin, "kompulsiyon yapmadığımda kötü bir şey olmuyor") güncelleyerek yeniden yapılandırmalarına yardımcı olduğunu belirtmektedir (Foa ve Kozak, 1986). Bu teorik yapı, ERP'nin yalnızca mekanik bir alışma süreci değil, aynı zamanda bilişsel bir yeniden işleme süreci olduğunu da göstermiştir. 2000'lerin başından itibaren gerçekleştirilen araştırmalar, ERP'nin basit bir davranışsal modelden bilişsel süreçlerle harmanlanmış modern bir yapıya dönüşmesini sağlamaktadır (Abramowitz, 2006). Günümüzde ERP, yüz yüze seanslar ve dijital platformlarda uygulanarak obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde "altın standart" olarak kabul edilen en etkili psikoterapi yöntemi olmaya devam etmektedir.

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ve ERP TERAPİSİ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), kişinin kafasında zorla beliren düşüncelerle ve bu düşüncelerin sebep olduğu yoğun kaygının hafifletilmesi için sergilenen davranışlarla tanımlanan, bireyin işlevselliğini etkileyebilen bir durumdur (APA, 2013). OKB'nin sürmesini

etkileyen bilişsel ve davranışsal unsurlar arasında sürekli bir etkileşim mevcuttur. Salkovskis (1985), obsesyonların kendisinden çok, bu düşüncelere atfedilen "aşırı sorumluluk" ve "tehlike" anlamlarının, kaygının devamlı hale gelmesine yol açtığını ileri sürmektedir. Bu çerçevede Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (ERP), yanlış öğrenme ve algılama süreçlerini kırmayı hedefleyen en etkili kanıta dayalı terapi yöntemidir (Abramowitz ve arkadaşları, 2019).

ERP'nin ana unsuru olan maruz bırakma yöntemi, danışanın korktuğu nesne veya düşünceyle yüzleşmesini sağlayarak kaçınma davranışlarını durdurmaktadır. Ancak tedavinin gerçek dönüştürücü etkisi, tepkileri bastırma aşamasında ortaya çıkar; zira zorunlu hareketlerin sona erdirilmesi, "ritüel gerçekleştirilmediğinde kötü bir şey olacak" inancının sorgulanmasına yardımcı olmaktadır (Foa ve diğerleri, 2012). Bu süreç genellikle, korkulan uyarana uzun süre maruz kalmanın kaygıyı azalttığı düşünce modeli olan "alışma" (habituation) ile açıklanmaktadır. Ancak Craske ve meslektaşları (2014) tarafından sunulan engelleyici öğrenme modeli, ERP'nin gerçek başarısının kaygının azalmasından çok, "beklenti ihlali" (expectancy violation) aracılığıyla yeni ve güvenli anıların oluşturulmasına dayandığını göstermektedir. Bu modele göre, danışan "ellerimi yıkamazsam zehirlenirim" düşüncesiyle maruz bırakma sürecine başlar ve elini yıkamadığında zehirlenmediğini gözlemleyerek bu düşüncesini zihninde yeniden yapılandırmaktadır.

Literatürdeki meta-analizler, ERP'nin OKB tedavisinde hem kısa hem de uzun vadede %60 ile %85 arasında bir gelişme sağladığını göstermektedir (Reid ve diğerleri, 2021; Öst ve diğerleri, 2015). Özellikle korku hiyerarşisini içeren aşamalı maruz bırakma yöntemi, danışanın öz-yeterlik inancını artırarak nüks etme olasılıklarını düşürmektedir (Whittal ve diğerleri, 2005). Son zamanlarda gerçekleştirilen araştırmalar, ERP'nin Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) gibi "üçüncü dalga" tekniklerle bir arada uygulandığında, bilişsel esneklik konusunda daha kalıcı etkiler meydana getirebileceğini göstermektedir (Twohig ve diğerleri, 2018). Sonuç olarak, ERP yalnızca davranış değişikliği sağlamanın ötesinde, bireyin belirsizlikle başa çıkma yeteneğini geliştiren bütünsel bir bilişsel yeniden yapılandırma sürecidir.

İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Lewin ve ekibi (2014), 3-8 yaş arasındaki okul öncesi çocuklar için Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tedavisinde aile odaklı Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (ERP) terapisinin uygulanabilirliği ve etkinliğini araştırmışlardır. Yapılan pilot randomize kontrollü araştırmada,

ERP grubundaki çocukların semptomlarının şiddetinde, standart tedavi (TAU) grubuna göre belirgin bir şekilde daha fazla azalma gözlemlenmektedir. Bu çalışma, ebeveyn desteğiyle ERP'nin çok genç yaşta çocuklar için güvenli ve etkili bir şekilde uygulanabileceğini göstermesi bakımından literatürde önemli bir konuma sahiptir.

Strauss ve ekibi (2018) tarafından yapılan çalışmada, geleneksel ERP sistemine olan düşük ilgi oranlarını ve yüksek bırakma oranlarını azaltmayı amaçlayan "Farkındalık Tabanlı ERP" (MB-ERP) modeli incelenmektedir. Elde edilen bulgular, hem geleneksel ERP hem de MB-ERP gruplarında OKB semptomlarının yoğunluğunda olumlu ilerlemeler kaydedildiğini göstermektedir. Araştırmacılar, farkındalık tekniklerinin maruz kalma egzersizleriyle bir araya getirilmesinin tedavi sürecini daha fazla kabul edilebilir hale getirebileceğini ifade etmektedir.

Exner ve ekibi (2022), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tedavisinde temel yaklaşım olan ERP'yi Üstbilişsel Terapi (MCT) ile karşılaştıran bir non-inferiorite araştırması yürütmektedir. Çalışmanın sonuçları, MCT'nin OKB semptomlarını azaltma konusunda ERP ile eşit derecede etkili olduğunu ve ERP'nin lojistik zorluklarına (uzun süreli maruz kalma seansları gibi) bir alternatif sunabileceğini göstermektedir. Bu araştırma, davranışsal müdahalelerin yanı sıra bilişsel süreçlere odaklanan yöntemlerin de yüksek klinik önem taşıdığını desteklemektedir.

Simpson ve ekibi (2022), SRİ ilaçları kullanan fakat tamamen iyileşemeyen OKB hastaları üzerinde ERP augmentasyonunun (eklenmesinin) etkilerini incelemektedir. Araştırma, ERP desteği ile iyileşen hastaların ilaçlarını bıraktıktan sonra nasıl bir durumda olduklarını değerlendirmiş ve ERP'nin sağladığı becerilerin, ilaç kesiminden sonra bile nüksü önleyici bir etken olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, ERP'nin yalnızca semptomları azaltmakla kalmayıp, kalıcı iyileşmeyi destekleyen bir işlevi olduğunu vurgulamaktadır.

Himle ve ekibi tarafından (2024/2025) yürütülen detaylı bir araştırma, aynı ERP protokolünün gençler ve yetişkinler üzerindeki stres yönetimi eğitimi ile karşılaştırmalı etkisini incelenmektedir. Araştırma, ERP'nin her iki yaş grubundaki semptomların şiddetini (Y-BOCS puanları) kontrol grubuna oranla oldukça daha etkili bir şekilde azalttığını göstermektedir. Bu çalışma, ERP'nin yaş gruplarından bağımsız bir standart protokolle evrensel etkinliğini göstermesi bakımından önem taşımaktadır.

Kircanski ve Peris (2015), çocuklar ve gençler üzerinde gerçekleştirilen ERP sürecinde çeşitli etmenlerin (seanslar arası anksiyete değişiklikleri, maruz bırakma aktivitelerinin niteliği vb.) tedavi sonuçlarını nasıl etkilediğini incelemektedirler. Araştırma, seanslar arası anksiyete

seviyesinin azalması ve yapılan maruz bırakma aktivitelerinin niteliğinin tedavi sürecindeki önemli unsurlar olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışma, yalnızca ERP'nin uygulanmasının değil, aynı zamanda uygulama kalitesinin ve süreçteki duygusal değişimlerin klinik sonuçlar üzerindeki kayda değer etkisini de göstermektedir.

Marsden ve ekibi (2018), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tedavisinde Duyarsal Tepki Önleme (ERP) tekniği ile Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) yöntemlerini karşılaştırmaktadır. Yapılan randomize kontrollü araştırmada, her iki yönteminin de OKB belirtileri ve bireylerin yaşam standartları üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlemlenmektedir. Ancak, ERP temelli tedavi yaklaşımlarının standart bir tedavi alternatifi olarak güçlü bir konumda olduğu belirlenmektedir. Bu çalışma, OKB için alternatif tedavi yöntemlerinin araştırılması yönünde değerli bulgular sunmaktadır.

Twohig ve ekibi (2018), geleneksel ERP sistemine Kabul ve Kararlılık Terapisi'nin (ACT) eklenmesinin tedaviye bağlılık ve başarısı üzerindeki etkilerini araştırmaktadırlar. Çalışma, ACT ile desteklenen ERP'nin (ACT+ERP), özellikle psikolojik esnekliği artırma ve maruz kalma seanslarına katılımı teşvik etme konusunda yararlı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu araştırma, üçüncü dalga terapilerin davranışsal tekniklerle birlikte etkili bir şekilde uygulanabileceğini göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu derleme makalesinde , Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tedavisinde Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (ERP) yönteminin klinik etkinliğini ve uygulama alanlarını detaylı bir biçimde gözden geçirmektedir. Elde edilen bilgiler, ERP'nin dünya genelinde %2 oranında görülen ve önemli iş gücü kaybına yol açan OKB vakalarında kesinlikle "altın standart" olduğunu ortaya koymaktadır. Teorik olarak, öncelikle "alışma" modeli ile açıklanan tedavi süreci; günümüzde ise etkinliği, inhibitör öğrenme ve beklenti ihlali gibi daha karmaşık bilişsel süreçlerle desteklenmektedir. Bu çalışma, ERP'nin sadece davranış değişikliğine yol açmadığını, aynı zamanda bireyin "aşırı sorumluluk" ve "düşünce-eylem kaynaşması" gibi yanlış bilişsel algılarını deneysel yollarla yeniden yapılandırdığına dikkat çekmektedir. İncelenen mevcut kanıtlar, ERP'nin ilaç tedavisi (SSRI) ile birlikte uygulandığında, ilacın kesilmesinin ardından bile kalıcı iyileşmeyi destekleyen ve nüksü engelleyen en etkili koruyucu unsur olduğunu göstermektedir.

Bununla birlikte, hastaların yaklaşık %40 ila %50'si standart ERP'ye tam anlamıyla cevap verememekte ya da tedavi sürecindeki yoğun kaygılar sebebiyle süreci tamamlayamamaktadır. Bu durum, yöntemin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Lewin ve diğer araştırmacıların (2014) vurguladığı aile merkezli yaklaşımlar ile Strauss ve ekibinin (2018) üzerinde durduğu farkındalık odaklı müdahale yöntemleri, tedavinin kabulü ve etkisi açısından son derece önemlidir. Ayrıca, "Üçüncü Dalga" terapi türlerinden Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) ile Metakognitif Terapi (MCT) elemanlarının birleştirilmesi, maruz kalma sürecinin yarattığı duygusal yükü azaltarak psikolojik dayanıklılığı artırmaktadır.

Gelecek araştırmalar açısından, ERP uygulamalarının Karma Gerçeklik gibi modern teknolojilerle entegrasyonu, lojistik durumların üstesinden gelinmesi ve kaçınma davranışlarının kontrollü bir ortamda daha etkin bir şekilde yönetilmesi açısından büyük bir fırsat sunmaktadır. Toplumda, semptomların görülmesi ile profesyonel yardım almak için harcanan zamanın 10 ile 17 yıl arasında uzamasını önleyecek farkındalık yaratma çalışmaları yapılmalıdır. Sonuç olarak, OKB'nin karmaşık yapısından dolayı, ERP'nin biyolojik dirençleri aşabilmesi için nöromodülasyon yöntemleri ile desteklenmesi ve uygulama kalitesinin inhibitör öğrenme ilkelerine uygun bir şekilde standartlaşması önerilmektedir. Gelecek araştırmalar, bu entegre yaklaşımların uzun vadeli klinik sonuçlarını ve farklı alt türler üzerindeki spesifik etkilerini kapsamlı bir şekilde incelemeye odaklanmalıdır.

KAYNAKLAR

Abraham, K. (1927). *Selected papers on psycho-analysis*. Hogarth Press.

Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27(4), 583–600.

Abramowitz, J. S. (2006). The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 407–416.

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. H. (2009). *Anksiyete için maruz bırakma terapisi: İlkeler ve uygulamalar*. Guilford Press.

Abramowitz, J. S., McKay, D., & Storch, E. A. (2019). *Obsesif kompulsif bozukluklar el kitabı*. Wiley-Blackwell.

American Psychiatric Association. (1952). *Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı* (1st ed.). Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı* (4th ed., text rev.). Author.

American Psychiatric Association. (2007). *Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların tedavi kılavuzu*. Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı* (5th ed.). Author.

American Psychiatric Association. (2022). *Ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabı* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Author.

Exner, C., Martin, V., & Rief, W. (2022). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A non-inferiority trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 32, 100695.

Fairbairn, W. R. D. (1952). *Kişiliğin psikanalitik incelemeleri*. Routledge.

Fenichel, O. (1945). *Nevrozun psikanalitik kuramı*. W. W. Norton.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.

Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Obsesif kompulsif bozukluk için maruz bırakma ve tepki önleme: Terapist rehberi* (2nd ed.). Oxford University Press.

Fonagy, P. (2008). *The mentalization-focused approach to social development*. Karnac.

Fonagy, P., & Target, M. (2007). The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), 411–456.

Freud, S. (2001). Notes upon a case of obsessional neurosis. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 151–318). Vintage. (Original work published 1909)

Gabbard, G. O. (2014). *Klinik uygulamada psikodinamik psikiyatri* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Himle, M. B., Fischer, D. J., & Van Etten, M. (2024). Exposure and response prevention across adolescents and adults with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 98, 102745.

Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.

Kircanski, K., & Peris, T. S. (2015). Exposure and response prevention process predicts treatment outcome in youth with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(3), 543–552.

Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145–174.

Klein, M. (1948). *Contributions to psycho-analysis 1921–1945*. Hogarth Press.

Köroğlu, E. (2014). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı*. HYB Yayıncılık.

Lewin, A. B., Park, J. M., Jones, A. M., Crawford, E. A., De Nadai, A. S., Menzel, J., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Family-based exposure and response prevention therapy for preschool-aged children with obsessive-compulsive disorder: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 30–38.

Marks, I. M. (1975). Behavioral psychotherapy of adult neurosis. In H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology* (pp. 183–208). Pitman.

Marsden, Z., Lovell, K., Blore, D., Ali, S., & Delgadillo, J. (2018). A randomized controlled trial comparing EMDR and ERP for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18, 64–72.

McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Söchting, I., Koch, W. J., Paterson, R., & Anderson, K. W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 205–214.

McWilliams, N. (2011). *Psikanalitik tanı: Klinik süreçte kişilik yapısını anlamak* (2nd ed.). Guilford Press.

Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy, 4*(4), 273–280.

Miegel, F., Scholl, J., & Moritz, S. (2025). Mixed reality exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: Emerging clinical applications. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 145210.

Mowrer, O. H. (1960). *Öğrenme kuramı ve davranış*. Wiley.

National Institute for Health and Care Excellence. (2005). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: Treatment (Clinical guideline 31)*. NICE.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35*(7), 667–681.

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.

Pauls, D. L., Abramovitch, A., Rauch, S. L., & Geller, D. A. (2014). Obsessive-compulsive disorder: An integrative genetic and neurobiological perspective. *Nature Reviews Neuroscience, 15*(6), 410–424.

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 35*(9), 793–802.

Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention

in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive Psychiatry*, 106, 152223.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583.

Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379–391.

Simpson, H. B., Huppert, J. D., Petkova, E., Foa, E. B., & Liebowitz, M. R. (2022). Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 83(2), 21m14185.

Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 52.

Strauss, C., Hale, L., & Stobie, B. (2018). A mindfulness-based exposure and response prevention approach for obsessive-compulsive disorder: Preliminary findings. *Mindfulness*, 9(4), 1238–1248.

Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., & Smith, B. M. (2018). Acceptance and commitment therapy and exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder. *Current Psychiatry Reviews*, 14(2), 80–89.