

Obsesif Kompulsif Bozukluklar ve İlgili Davranışlara Yaklaşım

Approach to Obsessive Compulsive Disorders and Related Behaviors

Harun İsmail İNCEKARA^a

^aİstanbul Medipol Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü,
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD,
İstanbul, Türkiye

Yazışma Adresi/Correspondence:
Harun İsmail İNCEKARA
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü,
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık ABD,
İstanbul, Türkiye
incekara-harun@outlook.com.tr

ÖZET Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), bireylerde istem dışı tekrarlayıcı düşünce, dürtü ya da obsesyonlar ile karakterize olan ve bunlara kompulsiyon adı verilen tekrarlı davranışların ya da zihinsel eylemlerin eşlik ettiği bir bozukluktur. Obsesyonlar, bulaşma ve bulaştırma, simetri, kusursuzluk, cinsel ve dini takıntılar, kompulsiyonlar ise, sık el yıkama, denge, bütünlük ve kontrol algısıyla karakterize olduğu ifade edilmektedir. Bazı obsesyonlar spesifik kompulsiyonlarla birlikte görülebilir. Örn: el yıkamak bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan anksiyeteyi geçici bir süreliğine rahatlatır. Bazı şüphe içeren obsesyonlarda kompulsiyonlarla birlikte görülebilir. Örn: bireyin evden çıkarken anahtarını almayı unuttuğu şüphesiyle tekrarlayan şekilde kontrol etme davranışları sergileyebilir. Obsesif kompulsif bozukluk, ilk olarak DSM-III'te ele alınmış ancak kesin tanımı anksiyete bozuklukları kapsamında DSM-IV'de yapılmıştır. DSM-V te ise anksiyete bozuklukları kapsamında çıkarılarak OKB ve ilişkili bozukluklar olarak sınıflandırılmıştır. Obsesif kompulsif bozukluğun önceki yıllarda yaygınlık oranlarının %0.5 olduğu ancak son dönemde yapılan çalışmalarda %2.1 seviyesine çıktığı belirtilmektedir. Obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde, en sık kullanılan ve etkinliği kanıtlanmış yöntemlerin psikoterapiyle birlikte ilaç tedavisi olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk; kişilik bozukluğu; takıntılı kişilik

ABSTRACT Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a disorder characterized by involuntary repetitive thoughts, impulses or obsessions accompanied by repetitive behaviors or mental acts called compulsions. It is stated that obsessions are characterized by contamination and contagion, symmetry, perfection, sexual and religious obsessions, while compulsions are characterized by frequent hand washing, perception of balance, integrity and control. Some obsessions may be associated with specific compulsions. For example: hand washing may temporarily relieve anxiety caused by infectious diseases. Some obsessions involving doubt may be accompanied by compulsions. For example, an individual may exhibit repetitive checking behaviors on the suspicion that he/she forgot to take his/her keys when leaving the house. Obsessive-compulsive disorder was first discussed in DSM-III, but its precise definition was made in DSM-IV within the scope of anxiety disorders. In DSM-V, it was removed from the scope of anxiety disorders and classified as OCD and related disorders. It is stated that the prevalence rate of obsessive-compulsive disorder was 0.5% in previous years, but it has increased to 2.1% in recent studies. In the treatment of obsessive-compulsive disorder, the most commonly used and proven effective methods are psychotherapy and medication.

Keywords: Obsessive compulsive disorder; compulsive personality disorder; obsessive behavior

Takıntılar, bireyin ruhsal yaşantısına sürekli bir şekilde olumsuz etki edebilen düşünce, dürtü ve görüntülerdir. Takıntılar, bireyin benliğine yabancı olmasına rağmen bu düşüncelerin etkisinden kurtulamamaktadırlar. Örneğin; kişi kendini sevdiğinin iyilik hallerine yönelik sorumlu hissedebilir ya da sürekli bir biçimde sevdiğinin başına kötü bir şey gelmesinden korkabilir. Benzer şekilde, bir ebeveyn çocuğuna karşı zarar verme hatta öldürme dürtüsüyle karşı karşıya kalabilir. Tipik olarak, kişi söz konusu dürtülerinin ona yarattığı rahatsızlıkların farkındadır ancak bu dürtünün verdiği stresi bastırmak için sahip olduğu dürtüyü gerçekleştirebi-

KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:

İncekara Hİ. Obsesif kompulsif bozukluklar ve ilgili davranışlara yaklaşım. Bayram S, editör. Eğitimde Psikopatolojik Sorunlara Yaklaşımlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. p.55-61.

lir. Bir başka yaygın takıntı da bakteri ve ölümcül hastalıklar hakkındaki endişelerdir. Bazı bireyler “ocağı kapatmadığı ya da kapıyı kilitlemediği” gibi olaylar karşısında ikilemde kalıp ciddi rahatsızlıklar yaşayabilmektedirler. Bazı bireyler simetri, kusursuzluk ya da diğerlerinin gereksiz gördüğü konularda takıntılı davranışlar sergileyebilmektedir.¹ Özetle, bireylerin pek çoğu sözü edilen bu takıntılı düşüncelere sahip olsa da, genel olarak bunları yok sayabilmektedirler. Ancak OKB’li bireylere bu düşünceler bir kez geldiği taktirde, onların benliğine yapışıp kalır ve artık onları yok saymaları neredeyse imkansızdır.¹

TAKINTILI DAVRANIŞLAR

Takıntılı davranışlar, bireyin gerçekleştirmek zorunda kaldığı, katı kuralları içeren tekrarlayan davranışların geniş bir kümesidir. Takıntılı davranışların pek çok türü olup, sık sık el yıkama, kontrol davranışları, tekrarlayıcı sorular, aynı sayıları sayma, simetri, denge ve bütünlük gibi ihtiyaçları olan nesneleri düzenlemeyi içermektedir.¹

Diğer takıntılar daha dönüşümlü ve içsel hatta özel ve kişiye yönelik olsa da çoğu takıntılar detaylı ve gözlemlenebilir davranışlar içerir. Bu takıntıların sağladığı durum psikolojik stres yaratabilir fakat aynı zamanda anksiyetenin stresinden kurtulup geçici bir rahatlama sağlayabilir. Örneğin; el yıkamak bulaşıcı hastalıklardan gelen anksiyeteyi geçici bir süreliğine rahatlatılabilir. Basit fobilerde görünen kaçınma ve kaçma davranışlarına benzer olarak bu anksiyeteyi rahatlatma davranışı obsesyon ve kompulsiyon arasındaki uyarıcı tepki bağına güçlendirebilir. Bazı obsesyonlar spesifik kompulsiyonlarla birlikte görülebilir. Örneğin; el yıkama, bakteri takıntısı ile kendisini gösterir. Bazı şüphe içeren obsesyonlar kontrol etme kompulsiyonları ile ilişkilidir. Örneğin; ocağın açık olduğu şüphesi, ocağı tekrarlı bir şekilde kontrol etmekle birlikte hareket eder. Bu obsesyon ve kompulsiyonları birbirine bağlayan bir düzen vardır. Örneğin; bakterilerden korkulduğu için el yıkanabilir ancak bu durum kişinin elini yarayabileceği düzeyde olmamalıdır.¹

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozuklukları sınıfındadır ve bireyin günlük yaşantısını bozabilecek derecede bir obsesyon ve/veya kompulsiyon ile tanımlanır.¹ Obsesyonel düşünceleri oluşturan dürtü, düşünce ve endişe gerçek hayat durumlarına yönelik bir tepki değildir, büyük ölçüde ciddi tehditlere yönelik olduğu düşünülmektedir. OKB’ye bağlı düşünce bozuklukları, şizofren semptomlarından ziyade bireyin kendi zihnindeki bozukluklar olarak görülür. OKB’nin tanısal kriteri ile ilgili olarak, herhangi

bir davranışa yönelik önemli derecede bir direnç olmalıdır. Mesela OKB’ye bağlı davranışların işlevsizliğinin farkında olmak ve buna dair başarısızlık olsa dahi davranışlarına bir direnç gösterilmektedir. OKB ile ilgili tanı aşağıda belirtilen kriterlere göre yapılmaktadır.

DSM-V Tanı Kriterleri:

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

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

(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler. (2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

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

(1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoymadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma) (2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimi ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Başka bir eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi: Kişi inanışlarının gerçek olmadığını farkındadır.

İç görüşü kötü: Kişi inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Kişi inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır. Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

DSM-5'te OKB'nin anksiyete bozuklukları altında sınıflandırılmamasının yanı sıra "uygunsuz" terim yerine "istenmeyen" terim kullanılmakta ve bununla farklı kültürler açısından ego-distonik niteliğin daha iyi bir şekilde tanımlanması arzu edilmektedir. "Aşırı" ya da "mantıksız" ifadelerinin tanımı güç olması dolayısıyla bunların yer aldığı DSM-IV ölçütü kaldırılmıştır. Obsesyonların bazı bireylerde sanrısız özellik oluşturabileceği düşünüldükten sonra sanrılı tipinin DSM'nin psikotik bozukluk bölümü içinden çıkarılması ve OKB için düşük iç-görülüş şeklindeki ek tanımlayıcının daha da geniş bir belirti yelpazesini kapsadığı düşünülmüş: iyi- içgörü, kötü- içgörü ve sanrısallık gibi. Tik ile ilgili ek tanımlayıcı daha getirilmesi, DSM-5'te yapılan diğer değişiklikler arasındadır.²

Anksiyete ile OKB'nin eş tanıları %25-75 oranındadır ve OKB'li hastaların %83'ü panik atak bozukluğu göstermektedir.³⁻⁵ Ergenlerdeki ayrılma anksiyetesi bozukluğu, yetişkinlere oranla daha yaygın olduğu.⁶ OKB'li çocuk ve ergenlerde duygu durum bozukluğu görülme olasılığı yaklaşık olarak %25-35 arasında ve aynı zamanda bu bireylerin tanısal kriterleri depresyon kriterleri %65 oranında benzerlik göstermektedir.⁷⁻⁹

OBSESİF KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN GELİŞİMİ

Çocukluk dönemindeki obsesif kompulsif davranışlar, yaşamının ilk 2 yılında OKB belirtilerine benzeyen çeşitli alışkanlık ve rutinler geliştirirler. Öte yandan bu çocukların 1 yaş civarında kompulsif davranışlar sergilemeye başladığı görülmektedir.¹⁰ Çocuklar o dönemlerinde yemek yeme, tuvalet ihtiyacının karşılanması ve giyinme gibi belirli ritüellere sahip olabilmektedir. Davranışsal rutinlerin gerçekleştirilmesinin bazı bilişsel işlemlerin gerçekleşmesine yönelik şemalar olduğu ifade edilmektedir. Bu şema ve rutinler ihlal edildiğinde, çocuğun gelişimi açısından önemli sıkıntılara neden olabilmektedir.¹¹ Küçük çocukların ritüellerini kontrol etme ve örgütlenme çabaları, bakıcılarına yönelik cinsel dürtüler geliştirdiği ve bunun nedeni

olarak da ebeveynlerin sevgi ve ilgisinin odak noktasına konulması olduğu ifade edilmektedir.¹² Küçük çocukların birincil bakıcılarıyla duygusal bir sürekliliği sürdürmelerine yardımcı olan "geçiş nesneleri" (rutin ve alışkanlıklar) şeklinde bir kavram ortaya atmıştır. Çocukların bazı nesnelere (oyuncak ayı, güvenlik battaniyesi) bağlanması, o nesnelere yönelik odaklanmayı kolaylaştırdığı ve bunların da bir tür ebeveyn aktarımı ile ilgisi olduğu düşünülmektedir. Sözü edilen bu ve benzeri nesnelerin çocuğun stresli zamanlarında duygularını düzenleme rolü açısından önem kazanmaktadır. Ergenlerdeki obsesif kompulsif düşünce davranışları inceleyen bir çalışmada; İsrail'de yaşları 8-14 arasında değişen çocuklarla ilgili yapılan bir çalışmada, 4. sınıfa giden çocuklara temizlik, kontrol ve suçluluk hakkında yapılan ankette, çocukların %50'sinden fazlası bu maddelere olumlu yanıt vermiş, 8. sınıfa giden çocukların cevapları 6 ve 4. sınıftaki çocukların cevaplarına kıyasla olumsuz olsa da bunun aksine olumlu cevap veren çocuklar da bulunmaktadır.^{13,14} Yetişkinlerde obsesif kompulsif düşünce ve davranışları inceleyen farklı bir çalışmada ise; Üç farklı bağımsız çalışma ile normal popülasyonunun yaklaşık %90'ının aynı olmasa da benzer dürtüsel düşüncelere sahip olduğu ortaya çıkmıştır.¹⁵⁻¹⁷ Bu sonuçlara benzer olarak, tanı almayan yetişkinler ile düşünceleri yok sayamayıp stresi artan hastalar arasında benzer obsesyonlar taşıdığı görülmüştür.^{16,17}

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN EPİDEMİYOLOJİSİ VE DOĞAL SEYRİ

Obsesif kompulsif bozukluğunun yaygınlığı yaklaşık %3 olan ve yıllık yaygınlık oranı %0.5'ten %2.1'e çıkabilen en yaygın patolojik bozukluklardan biridir. Bu veriler hem yetişkin hem de ergenlik OKB'si ile benzerdir.¹⁸⁻²² Obsesif kompulsif bozukluğun tipik görülme yaşı erkeklerde 6 ile 15, kadınlarda ise 20-29 arasındadır.^{18,20} Erken başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluğunun doğal seyri değişkendir ve genellikle bu durumu tahmin etmek güçtür.^{3,4,23,24} Obsesif kompulsif bozukluğunun kısa süreli sonuçlarına dair tahminlerin güvenilir olamayacağı belirtilmektedir.^{25,26} Genel olarak bakıldığında OKB'nin tanı sınırını belirlemek her zaman mümkün olmayabilmektedir. Örneğin; çocukluk başlangıçlı OKB'nin büyük bir kısmında, bazı olaylar tanılama için sınır düzeyde olsa da, diğerleri için de bu durumun tersi söz konusu olabilir.^{13,22}

OBSESİF KOMPULSİF SPEKTRUM BOZUKLUĞU

Son yıllarda OKB'ye bağlı obsesif kompulsif spektrum bozukluğunun görülme sıklığı artmaktadır.^{27,28} Tanılamaya yönelik kriter ile hasta sayısı arasında bazı tartışmalar olsa

da, kronik tik bozukluğu, trikotillomani, vücut disformiyası ile yemek bozuklukları gibi bozuklukların da sık sık bu spektrum içinde olduğu düşünülmektedir.²⁹ Öncelikle bu bozuklukları gruplamak, tekrarlayan davranışları basılamak ve uyumsuz davranışlara kompulsif ihtiyaçlar gibi fenotipik benzerliklere klinik gözlemlere dayanıyordu.^{27,28} Sonuç olarak, bu spektrum bozukluğunun aşağıda örnek-lendirilen OKB ile bağlantılı bazı gizil alt tip belirti ile ben-zemektedir.

TİK İLE İLİŞKİLİ OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Tourette sendromu ve diğer tik bozukluklara sahip birey-lerdeki obsesyon ve kompulsyonlar içerik, yoğunluk, sık-lık vb. kriterler bakımından benzerlikler göstermektedir. Semptom tipleri, doğal seyirleri, cinsiyet dağılımı, genetik ile nörobiyolojik bağlantılar ve tedaviye cevap arama çalış-malarında, tik ile ilişkili OKB'nin farklı bir alt tipi olduğu tespit edilmiştir. Tik ile ilişkili olmayan OKB'li bireylere oranla söz konusu OKB alt tipinin başlangıç yaşının daha erken ve erkeklerde yaygın olduğu görülmüştür.^{30,31}

İSTİFLEME

İstifleme, OKB'de göreceli olarak daha sık görülmektedir ve bu sendroma sahip bireylerin daha ağır OKB geçirdiği ve tedaviye de daha az cevap verdiği görülmüştür.^{32,33} İs-tifçiler aynı zamanda simetri obsesyonlarına sahip olabil-diği gibi sayma ve sıralama kompulsyonlarına da sahip olabilmektedirler.³⁴ İstifçilik bulunan bireylerde aynı za-manda obsesif kompulsif spektrum (sosyal fobi, kişilik bo-zukluğu vb.) bozukluklara daha yatkın olduğu görülmüştür.

GENETİK FAKTÖRLER

Moleküler biyolojideki gelişmeler sayesinde, insan geno-mundaki hastalıklı genler daha kolay belirlenebilir hale gel-miştir. Günümüzde OKB gibi kompleks hastalıklarda bu yöntemlerin kullanıldığı görülmektedir.^{35,36} Bu uygulamaların en büyük zorluklarından biri de OKB'nin etiyolojik çeşitliliği ile bununla ilişkili olan fenotipler olduğu düşü-nülmektedir. Sözü edilen bu çeşitlilikler, bağlantı analiz-leri gibi gen belirleme yöntemlerini zorlaştırmaktadır.³⁷⁻³⁹ Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, OKB için yüksek ka-lıtsal risk taşıyan agresif cinsel ve dinsel obsesyonlar ve kontrol etme kompulsyonları ile simetri-düzen obsesif kompulsyonları bir arada görülmüştür.⁴⁰⁻⁴² Sözü edilen bu iki semptomun, Tourette Sendromu ile ilişkili olduğu da belirlenmiştir.

Tourette Sendromu olan kardeşlerden yarısından faz-lası aynı zamanda OKB'li olduğu ve annelerinden %30'undan fazlası, babalarının da %10'undan fazlasının

OKB'li olduğu görülmüştür.⁴² Agresif cinsel ve dinsel ob-sesyonlar ve kontrol etme kompulsyonları, simetri ve düzen obsesyon ve kompulsyonları puanları ve kardeş-lerde görülen Tourette Sendromu puanları ile arasında ilişki olduğu görülmüştür.

ETİYOLOJİK BAKIŞ AÇISINA GÖRE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

PSİKANALİZ

Freud, OKB için agresif ve cinsel dürtüler ile ilişkili, bi-linçsiz psikolojik çatışmalardan kaynaklanan, zarar veren ve bireyi üzen bir yapı olarak tanımlamıştır. Freud, inkar-dan, tepki formasyonuna, izolasyon, büyüsel düşünme ve şüphe gibi mental yapıları karakterize edip bunların biliş-sel farkındalığı bölen yapılar olduğunu ifade etmiştir. Bu teori psikanalizin temel yapıtaşlarından biri olmuş, bireyin bilinçaltı güdülerini ve savunma mekanizmalarını daha iyi anlayıp terapi içerisinde kullanma konusunda yardımcı ol-muştur. Geleneksel psikoterapinin OKB tedavisine yararlı olduğu konusunda kesin kanıtlar bulunmasa da, bilişsel davranışsal müdahaleler ve farmakoterapi ile daha net so-nuçlar alınabileceği düşünülmüştür.⁴³

ÖĞRENME TEORİSİ VE DAVRANIŞ TERAPİSİ

OKB için en dikkat çeken öğrenme teorilerinden biri de iki aşamalı öğrenme teorisidir.⁴⁴ Bu teori, anksiyetenin çevre-sel bir etmene bağlı olduğunu (birinci aşama; klasik ko-şullanma) belirtir. Birey sonraki aşamada, anksiyeteyi azaltma amacıyla kompulsif davranışlara başlar. Eğer ki kompulsif davranışlar, anksiyeteyi azaltmada başarılı olursa, söz konusu davranışlar güçlenir ve bir dahaki ank-siyete sürecine kadar kompulsyonun tekrarlanma olasılığı artar (ikinci aşama; operant koşullanma). Bunun sebebi olarak; bireyin söz konusu uyaran ile uzun süre maruz kal-maması ve anksiyetenin yerleşip obsesyonların kişiye baskı yapmasına izin vermemesinden kaynaklıdır. Bu kompulsif davranışlar ve anksiyete azaltma davranışları kırılması zor bir döngü oluşturmaktadır.¹

BİLİŞSEL TEORİLER

OKB'nin bilişsel modelleri, tehdit değerlendirme ve bilişsel işlemeyle ilişkili sorunlar öne sürmüştür. Tehdit değerk-len-dirme açısından en çok dikkat çeken şeyin aşırı düzeydeki sorumluluk duygusu olduğu düşünülmektedir.⁴⁵ OKB'ye özgü düşünce ve görüntülerin neredeyse evrensel olan biliş-sel sorunlar olduğunu belirtmiştir. Bu teoriye göre OKB'li bireyleri ayırt eden şeyin düşüncelerinin varlığı değil, dü-şünceleri nasıl değerlendirdikleri olduğu görülmüştür. Ya-

pılan üç bağımsız çalışma sonucunda normal nüfusun yaklaşık %90'ının obsesyonla aynı olmasa bile benzer şekilde dürtüsel düşüncelere sahip olduğu belirlenmiştir.¹⁵⁻¹⁷

PSİKOEĞİTİM VE ÖNLEME PROGRAMLARI

OKB için uygulanan terapi yöntemlerinden biri de psikoeğitim ve önleme programları olduğu bilinmektedir. Psikoeğitim programları, terapi sürecinde bireylere yaşadıkları ruhsal durumları ve tedavi süreci hakkında bilgilerin verildiği önemli bir süreçtir.⁴⁶ Psiko-eğitim programlarının, bireye davranışsal beceri, bilişsel ve duyuşsal düzenleme ile olumsuz yaşantılarla başa çıkma becerilerini kazandırdığı ifade edilmektedir. Ayrıca ruh sağlığı alanına göre; tedavi, kronik hale gelmiş durumların yönetimi, tıbbi ve psikolojik sürece uyum son olarak da nüksün önlenmesi olmak üzere dört farklı bileşenin olduğu belirtilmektedir.⁴⁷ OKB tedavisi için geliştirilen psikoeğitim ve müdahale programlarına bakıldığında; bilişsel davranışçı temelli psikoeğitim ve müdahale programlarının sıklığı göze çarpmaktadır. Bu çalışmalarda: 8-15 yaş arası OKB tanısı almış çocuk ve ergenlerin kontrol grubunda, yürütücü işlevler, sürdürülen dikkat ve motor-inhibisyon görevlerinde anlamlı düzeyde daha kötü performans gösterdiği, 12 seanslık bir BDT psikoeğitim programında elde edilen bulgulara, OKB'nin şiddeti ve işlevsel bozulmaların stres seviyelerinin öngörücüleri olduğu ve tedavinin ilerleyen olumlu seyri ile birlikte OKB belirtilerinde azalma ve stres puanlarında düşüşlerin ol-

duğu 8-10 seans arası değişen kabul ve kararlılık terapisi programına dayalı terapi sonucunda ergenlerde OKB'de kompulsiyonlarda %40 azalma sağlandığı ve 3 aylık takiplerde %43,8 oranında iyileşmenin korunduğu ve 7-17 yaş arası çocuk ve ergenlerde 14 haftalık maruz bırakma yöntemleri içeren bilişsel davranışçı terapi ile tedavi yanıt oranları %72,6 olduğu tespit edilmiştir.⁴⁸⁻⁵¹ Sonuç olarak, BDT temelli psikoeğitim ve müdahale programlarının OKB ve olası olumsuz sonuçlarına yönelik başarılı bir yöntem olduğu ortaya çıkmıştır.

BÜTÜNLEYİCİ GELİŞİM MODELİ VE PSİKOPATOLOJİ

Obsesif kompulsif semptomların tamamı gelişimin belli noktalarında uyumlu olabilmektedir. OKB'nin patolojik formlarında uyumsal sistemlerin genetik zayıflık, gelişim sırasında olumsuz çevresel değişim (beyin değişimine yol açan uyumsuz öğrenme) ve beyin hasarlarına bağlı olarak bozulduğu görülmüştür.¹ Bu bağlamda evrimsel perspektifi kapsayan gelişimsel psikopatoloji anlayışı oluşmuştur. Bu anlayışa göre, psikopatolojideki evrimsel perspektifin temel amacı, insan popülasyonunda sık sık görülen uyumsuz davranışların sonuçlarını görmek için tutarlı bir çerçeve sağlamaktır.⁵² OKB ile ilgili olarak özellikle ayrılma gibi dış tehditler tarafından aktive olan endojen beyin bazı alarm sistemlerinin dahil olduğu davranışların ve bununla ilgili ruhsal durumların varlığına odaklanılmaktadır. Tablo 1, obsesyonların kökenlerini bu perspektife göre açıklamaktadır.

TABLO 1: Obsesif kompulsif bozuklukta evrimsel perspektif.

Tehdit Alanı	İlgi Alanı	Ruhsal Durum	Davranışsal Tepki	Gelişim Dönemleri
Agresif	Bireyin kendisinin ve yakınlarının iyilik hali	Ayrılık ve kayıp içeren dürtüsel görüntü ve düşünceler, büyük çocuk ve yetişkinler için yüksek düzeyde sorumluluk hissi	Fiziksel olarak güvenlik kontrolü ve tehlikeden kaçınma	Erken çocuklukta; bakıcılara karşı bağlanma oluşumu, Erken aile hayatında; hamilelik, doğum ve küçük çocuklara bakım, aile üyelerinin yaralanmasına karşı tehditler ya da dış tehditler
Fiziksel güvenlik	Ev ortamı	Çevredeki objelerin yerlerine karşı yüksek dikkat	Objelerin doğru ve olması gereken yerde olup- olmadığı kontrolü	Erken çocuklukta; bebeklik ve yürümeye başlama döneminde ev ortamının keşfi, Erken aile hayatında; hamilelik, doğum, aile üyelerinin yaralanmasına karşı tehditler ya da dış tehditler
Çevresel temizlik	Kişisel ve aile üyelerinin hijyeni, ev temizliği	Kirli olmak ya da diğerlerinin hasta olması ile ilgili dürtüsel düşünceler, büyük çocuklar ve yetişkinlerde yüksek sorumluluk hissi	Yıkama, temizliği kontrol etme, kirli eşyalardan uzak durma	Erken çocukluk; yürümeye başlama zamanında yiyecek ve içecek seçimi, Erken aile hayatı; hamilelik, doğum ve küçük çocuklarla ilgilenmek, aile üyelerinin yaralanmasına karşı tehditler ya da dış tehditler
Yoksunluk	Temel kaynaklar	Yoksunlukla ilgili dürtüsel görüntü ve düşünceler, yüksek sorumluluk hissi	Eşya biriktirme, gerekli malzemelerin hazırda olduğunun kontrolü	Geç çocuklukta; toplamanın ve biriktirmenin başlangıç dönemi, Erken aile dönemi; hamilelik, doğum ve küçük çocuklarla ilgilenmek

Bu modele göre, beyin evriminin ve normal gelişimin birlikteliği ile oluşan kavramsal çerçeve, OKB oluşumuyla ilgili çerçeveleri anlamaya yardım etmektedir. Normal varyasyon ve psikopatolojinin gelişimsel ilkeleri konusunda çalışmalar yapan araştırmalar, OKB'nin kavramsal çerçevesi için öncüllük etmişlerdir.⁵³⁻⁵⁹ Bu model, birçok patolojik durumla ilişkili normal davranışın daha geniş incelenmesini ve bilişsel terapi ile nörobiyolojik yapıların daha net görüntülenmesini sağlamaktadır. Nitekim, OKB'nin semptomlarının şiddetlenmesinde, yakın aile bireylerinin hastalanması ya da ölümü, cinsel problemlerin sıklığı ve/veya evliliğe ait sorunlar ve hamilelik sonu ya da erken doğum dönemine ait sorunlarla ilişkili olduğu görülmüştür.

Gelecekteki çalışmaların genetik teknolojisi, nöro-genetik, nöro-görüntüleme konusunda olacağı düşünülmektedir. Nitekim, kısa süreli incelemelerde, genetik olarak yapılan çalışmaların diyabet gibi kompleks hastalıklarda başarılı olduğu görülmüştür.⁶⁰ Gelecekle ilgili çalışmalar, psikopatolojik fenotiplerin incelenmesine öncülük etmektedir. Aynı şekilde birçok farklı alanlardaki OKB semp-

tomlarının şiddetini ölçmek için kullanılan ölçeklerin gelişimi, hastaların uzun süreli davranışları ve tedaviye cevap verme konusunda daha iyi sonuçlar vereceği öngörülmektedir.

SONUÇ

Klinik çıkarımlar bize nöro-gelişim ve nöro-gelişimin izleyişini etkileyen faktörlerin kavramsallaştırılmasının önleme, tedavi ve OKB'li bireylerin bakımı için önemli açılımlar sağladığını göstermektedir. Bu zengin kavramsallaştırma çalışmaları aynı zamanda, müdahale yöntemlerini tasarlamada ve çevreyi çok önemli bir faktör olarak yeniden dizayn etmede önemli olmaktadır. Bu bakımdan evdeki ve eğitim çevresindeki özelliklerin araştırmalar için büyük önceliklerden biri olması gerektiği düşünülmektedir. Bu bakımdan Obsesif kompulsif semptomların kötü muameleye maruz kalmış çocuklardaki analizi, OKB'de olduğu gibi tekrarlayan davranışların gelişimi ve çevrenin bu konudaki rolünün anlaşılmasında da önemli rol oynamaktadır.¹

KAYNAKLAR

1. Cicchetti DE, Cohen DJ. Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation. Vol. 3. John Wiley & Sons, Inc. 2006.
2. Şar V. DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: "batı cephesinde yeni bir şey yok" mu? Klinik Psikiyatri Dergisi. 2010;13:196-208.
3. Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL, Davies M, Zarembabere C, Kalikow K, et al. Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiologic study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1988;27:764-71.
4. Francis G, Gragg RT. Childhood obsessive compulsive disorder. In: Kazdin A, ed. Developmental clinical psychology and psychiatry. Thousand Oaks, CA: Sage; 1996. p.35.
5. Barlow D, DiNardo PA, Vermilyea B, Vermilyea J, Blanchard EB. Co-morbidity and depression among the anxiety disorders: Issues in diagnosis and classification. Journal of Nervous and Mental Diseases. 1986;174:63-72.
6. Carter A, Pauls D, Leckman JF. The developmental of obsessiveness: Continuities and discontinuities. In: Cicchetti D, Cohen D, eds. The handbook of developmental psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder and adaptation. New York: Wiley; 1996. p. 9609-32.
7. Flament MF, Koby E, Rapoport JL, Berg CJ, Zahn T, Cox C. et al. Childhood obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1990;31:363-80.
8. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. A prospective study of childhood anxiety disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1992;35(11):1502-10.
9. Leckman JF, Pauls DL, Zhang H, Rosario-Campos MC, Katsoyich L, Kidd KK, et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions in affected sibling pairs diagnosed with Gilles de la Tourette syndrome. American Journal of Medical Genetics. 2003;116:60-8.
10. Gesell A, Ames LB, Ilg FL. Infant and the child in the culture today. New York: Harper & Row. 1974.
11. Freud S. The problem of anxiety. New York: Norton; 1919.
12. Winnicott DW. Primary maternal preoccupation. In Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis. New York: Basic Books. (Original work published 1956). 1958. p.300-5.
13. Berg CA, Whitaker A, Davies M, Flament MF, Rapoport JL. The survey form of the Leyton Obsessional Inventory-Child Version: Norms from an epidemiological study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1988;28:528-33.
14. Zohar AH, Bruno R. Normative and pathological obsessive-compulsive behavior and ideation in childhood: A question of timing. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 1997;38(8), 993-9.
15. Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau N, Gagnon F. Cognitive intrusions in a non-clinical population: Pt. I. Response style, subjective experience, and appraisal. Behavioral Research and Therapy. 1991; 29, 233-48.
16. Rachman SJ, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. Behavior Research and Therapy. 1978;16, 233-48.
17. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions: A replication. Behavioral Research and Therapy. 1984;22:549-52.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text rev.). 2000. Washington, DC: Author.
19. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U.S. communities. Archives of General Psychiatry. 1988;45:1094-9.
20. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical and epidemiological features of obsessive-compulsive disorder. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, eds. Obsessive-compulsive disorders: Practical management St. Louis, MO: Mosby; 1998. p.12-43.

21. Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Waller JL, Addy CL, McKeown RE, Jackson KL, et al. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1994;3(6):782-91.
22. Zohar AH, Felz L. Ritualistic behavior in young children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2001;29(2):121-8.
23. Leonard HL, Swedo SE, Lenane MC, Rettew DC, Hamburger SD, Bartko JJ, et al. A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(6):429-39.
24. Wewetzer C, Jans T, Muller B, Neudorff A, Bucherl U, Remschmidt H, et al. Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2001;10(1):37-46.
25. Lin HQ, Yeh CB, Peterson BS, Scahill L, Grantz H, Findley D, et al. Assessment of symptom exacerbations in a longitudinal study of children with Tourette syndrome or obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002;41:1070-7.
26. Zohar AH. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 1999;8:445-60.
27. Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: An overview. *Psychiatric Annals*. 1993;23:355-8.
28. Rasmussen SA. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994;55:89-91.
29. Jenike MA, Wilhelm S. Illnesses related to obsessive-compulsive disorder. In: Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, eds. *Obsessive-compulsive disorders: Practical management*. St. Louis, MO: Mosby; 1998. p.121-42.
30. King RA, Leckman JF, Scahill LD, Cohen DJ. Obsessive-compulsive disorder, anxiety, and depression. In: Leckman JF, Cohen DJ, eds. *Tourette's syndrome—Tics, obsessions, compulsions: Developmental psychopathology and clinical care*. New York: Wiley; 1998. p.43-62.
31. Leckman JF, Goodman WK, North WG, Chappell PB, Price LH, Pauls DL, et al. Elevated levels of CSF oxytocin in obsessive compulsive disorder: Comparison with Tourette's syndrome and healthy controls. *Archives of General Psychiatry*. 1994;51:782-92.
32. Black DW, Monahan P, Gable J, Blum N, Clancy G, Baker P. Hoarding and treatment response in 38 nondepressed subjects with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;59:420-5.
33. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(9):1409-16.
34. Samuels J, Bienvenu OJ III, Riddle MA, Cullen BA, Grados MA, Liang KY, et al. Hoarding in obsessive compulsive disorder: Results from a case-control study. *Behavioral Research and Therapy*. 2002; 40:517-28.
35. Hanna GL, McCracken JT, Cantwell DP. Prolactin in childhood obsessive-compulsive disorder: Clinical correlates and response to clomipramine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1991;30:173-8.
36. Willour VL, Yao Shugart Y, Samuels J, Grados M, Cullen B, Bienvenu OJ III, et al. Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Human Genetics*. 2004; 75(3):508-13.
37. Alcais A, Abel L. Maximum-likelihood-binomial method for genetic model-free linkage analysis of quantitative traits in sibships. *Genetic Epidemiology*. 1999;17:102-17.
38. Gu C, Province, M., Todorov, A., & Rao, D. C. Meta-analysis methodology for combining non-parametric sibpair linkage results: Genetic homogeneity and identical markers. *Genetic Epidemiology*. 1998;15, 609-26.
39. Zhang H, Risch N. Mapping quantitative-trait loci in humans by use of extreme concordant sib pairs: Selected sampling by parental phenotypes. *American Journal of Human Genetics*. 1996;59:951-7.
40. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162: 228-38.
41. Alsobrook JP II, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *American Journal of Medical Genetics, Neuropsychiatric Genetics*. 1999;88:669-75.
42. Leckman JF, Herman A. Maternal behavior and developmental psychopathology. *Biological Psychiatry*. 2002;51(1):27-43.
43. Marks IM. *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press; 1987.
44. Mowrer OH. *Learning theory and behavior*. New York: Wiley; 1960.
45. Salkovskis PM. Obsessive-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behavioral Research and Therapy*. 1985;23:571-83.
46. Dobson D, Dobson KS. *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. 2018.
47. Cummings N., Cummings JL. *Psychoeducation in conjunction with psychotherapy practice*. 2008.
48. Baykal S, Karabekiroğlu K, Şenses A, Karakurt MN, Çalık T, Yüce M. Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk tanılı çocuk ve ergenlerde klinik ve nöropsikolojik özelliklerin incelenmesi. 2014.
49. Kircanski K, Wu M, Piacentini J. Reduction of subjective distress in CBT for childhood OCD: Nature of change, predictors, and relation to treatment outcome. *Journal of Anxiety Disorders*. 2014;28(2):125-32.
50. Andrews-McClymont JG, Lilienfeld SO, Duke MP. Evaluating an animal model of compulsive hoarding in humans. *Review of general psychology*. 2013;17(4):399-419.
51. Torp NC, Dahl K, Skarphedinnsson G, Thomsen PH, Valderhaug R, Weidle B, et al. Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behaviour Research and Therapy*. 2015;64:15-23.
52. Leckman JF, Mayes LC. Understanding developmental psychopathology: How useful are evolutionary accounts? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1998;37(10):1011-21.
53. Darwin C. *The expression of emotions in man and animals*. London: Murray; 1872.
54. Baldwin JW. *Development and evolution*. New York: Macmillan; 1902.
55. Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books; 1969.
56. Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. 2. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books; 1973.
57. Waddington CH. *Tools for thought*. New York: Basic Books; 1977.
58. Ekman PE. *The face of man*. New York: Garland STPM Press; 1980.
59. Fiske AP, Haslam N. Is obsessive-compulsive disorder a pathology of the human disposition to perform socially meaningful rituals? Evidence of similar content. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 1997; 185(4), 211-22.
60. Botstein D, Risch N. Discovering genotypes underlying human phenotypes: Past successes for Mendelian disease, future approaches for complex disease. *Nature Genetics*. 2003; 33(Suppl.), 228-37.