

Gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonların bilişsel davranışçı terapi ile tedavisi

Cognitive behavioral treatment of obsessions without observable compulsions

Elif Üzümcü¹, Müjgan Inozu²

¹Araş. Gör., ²Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye
https://orcid.org/0000-0001-5064-2739-https://orcid.org/0000-0002-2212-7534

ÖZET

Salt obsesyonlar, doğrudan gözlenebilir bir kompulsiyon ile ilişkili olmayan, zihinde istem dışı beliren, yineleyici, çoğunlukla benliğe yabancı ve kabul edilemez nitelikte olan düşünce, imge ya da dürtülerden oluşmaktadır. Kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonlara sahip bireylerin çeşitli bastırma ve zihinsel kontrol stratejilerini kullandığı, ancak bu kontrol stratejilerinin obsesif düşüncelerin sıklığının ve yoğunluğunun artmasına neden olarak kısır bir döngü yarattığı; bu noktada müdahale yöntemlerinin farklılaşmasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bu olgu sunumunda OKB tanısı ile izlenen ve gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği farklı içerikteki obsesyonlara sahip bir danışanın formülasyonu ve terapi süreci yer almaktadır. Terapi süreci, aşamalı maruz bırakma ile hatalı değerlendirmelere ilişkin bilişsel yeniden yapılandırma ve davranış deneylerini içeren bilişsel davranışçı psikoterapi uygulamalarından oluşmuştur. Terapi sürecinde düşünce-eylem kaynaşması, abartılmış tehdit, kontrol ihtiyacı ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü içeren hatalı değerlendirmelere yönelik bilişsel ve davranışsal müdahalelerden yararlanılmıştır. 25 görüşmeden oluşan psikoterapi sürecinin sonunda danışanın istem dışı düşüncelerinin sıklığının belirgin biçimde azaldığı, düşüncelerin önemi ve kontrolüne ilişkin hatalı değerlendirmelerin gerçekçi düşünceler ile yer değiştirdiği, danışanın düşünceleri kontrol etme ve bastırma girişimlerinin ve OKB belirtilerinin azaldığı gözlenmiştir. Sonuç olarak; doğrudan gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonların tedavisinde istem dışı düşüncelerin hatalı yorumlanması ve zihinsel kontrole yönelik hatalı değerlendirmelere ilişkin bilişsel müdahale tekniklerinin davranışçı teknikler ile birlikte uygulanmasının önem taşıdığı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, İstem Dışı Düşünceler, Bilişsel Davranışçı Terapi, Olgu Sunumu

SUMMARY

Pure obsessions consist of repeated intrusive thoughts, images or impulses that are not related to an overt compulsion, which are mostly ego-dystonic and regarded as unacceptable. Individuals with obsessions without overt compulsions use various suppression and mental control strategies, but these control strategies create a vicious circle by increasing the frequency and intensity of obsessive thoughts. Thus, efforts of different types of interventions are needed to be implemented for this special group. In this case report, the formulation and therapy process of a client who has been diagnosed with OCD and has different obsessions without observable compulsions is included. The therapy process consisted of cognitive behavioral psychotherapy practices including graded exposure and cognitive restructuring with behavioral experiments related to faulty appraisals. During the therapy process, cognitive and behavioral interventions were used to change faulty appraisals including thought-action fusion, exaggerated threat, need for control and intolerance to uncertainty. At the end of the psychotherapy process which consisted of 25 sessions, it was observed that the frequency of the client's intrusive thoughts decreased significantly, faulty appraisals regarding the importance and control of thoughts were replaced by realistic thoughts, and the attempts of the client to control and suppress thoughts and, also OCD symptoms decreased. As a result, in the treatment of obsessions without overt compulsions it is considered important to combine behavioral techniques with cognitive intervention techniques regarding faulty appraisals of intrusive thoughts and appraisals of mental control.

Key Words: Obsessive Compulsive Disorder, Intrusive Thoughts, Cognitive Behavioral Therapy, Case Study

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2021;24:257-264)

DOI: 10.5505/kpd.2020.30306

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), kişide belirgin derecede sıkıntı yaratan ve işlevsellik kaybına yol açan, oldukça heterojen bir yapıya sahip olan obsesyon ve kompulsiyonlardan oluşan bir bozukluktur (1,2). OKB tanısı almış bireylerin yaklaşık %20'sinin gözlenebilir kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonlara sahip olduğu kaydedilmektedir (3). Salt (pure) obsesyonlar, doğrudan gözlenebilir bir kompulsiyon ile ilişkili olmayan, zihinde istem dışı beliren, yineleyici, çoğunlukla benliğe yabancı ve kabul edilemez nitelikte olan düşünce, imge ya da dürtülerden oluşmaktadır. Doğrudan gözlenebilen kompulsif davranışlar sergilememelerine rağmen bu bireylerin çoğunlukla kaçınma davranışı gösterdiği ya da zihinsel kontrol stratejilerini kullandığı belirtilmektedir (4).

İstem dışı düşünceler girici (intrusif) özelliktedir, kabul edilemez ve kontrol edilemez olarak değerlendirilirler. Kişi çoğunlukla ego-distonik (benliğe yabancı) olan bu düşünceleri yoğun bir bastırma çabası içindedir (5,6). Araştırmalar, istem dışı düşüncelerin yalnızca OKB'si olan kişilerde görülmediğini, genel popülasyonda herhangi bir klinik tanı almamış bireylerin %80-90'ında içerik olarak obsesyonlara çok benzeyen, istem dışı zorlayıcı düşüncelerin bulunduğunu ortaya koymaktadır (7,8,9). Normal istem dışı düşünceler ile OKB'li bireylerin sahip olduğu klinik obsesyonlar arasındaki fark düşüncelerin içeriğinde değil; düşünceye verilen önem ve istem dışı düşüncelerin hatalı bir biçimde yorumlanmasında yatmaktadır (10,11,12). OKB'nin bilişsel davranışçı modellerine göre (10,12,13,14) obsesyonların ortaya çıkarak devam etmelerinin altında yatan temel mekanizma istem dışı düşüncelerin ortaya çıkmasının tesadüfi olmadığına, bu düşüncelerin olası bir zarar, tehlike ya da tehlide işaret ettiğine ilişkin bilişsel değerlendirme sürecidir.

Obsesyonlara ilişkin geliştirilen bilişsel modeller incelendiğinde; Salkovskis'in modelinde (12) istem dışı düşüncelerin yorumlanmasında abartılmış sorumluluk algısı temelli değerlendirmelerin; Rachman'ın (14) modelinde ise düşüncenin kendisine atfedilen önemin ve düşüncenin felaketleştirici bir biçimde yorumlanmasının önemi vurgulanmaktadır. Wells'in (15) metakognitif modeli; düşüncenin kendisinden ziyade istem dışı düşüncenin anlamı ve sonuçlarına ilişkin üst-bilişsel inançların bu bozukluğun sürdürülmesinde rol oynadığını ileri sürmektedir. Benzer şekilde, Clark'ın (10) modeli düşüncenin kontrol edilmesine ilişkin işlevsel olmayan inançların ve başarısız kontrol çabalarına yönelik hatalı değerlendirmelerin düşüncenin patolojik obsesyonlara dönüşmesinde önemli olduğunun altını çizmektedir. Düşüncenin deneyimlenmesine ilişkin bu hatalı değerlendirmeler birincil değerlendirmeler (abartılmış sorumluluk/tehdit, düşünce-eylem kaynaşması vb.) olarak ele alınmaktadır. (10). Birincil değerlendirmeler çoğu zaman bireyin bu düşünceleri kontrol etmeye ve bastırmaya çalışması ya da düşüncelerden kaçınması ile sonuçlanmaktadır. Ancak zihni kontrol edebilmek için aşırı çaba göstermek ve düşüncenin bastırılması, tam tersine obsesyonun daha fazla belirginleşmesine, sıklığının ve yoğunluğunun artmasına neden olmaktadır (13,16,17) Bu sürecin ardından, düşünce kontrolünün başarısızlığına ilişkin değerlendirmeleri içeren ikincil değerlendirmeler ortaya çıkmakta ve bu değerlendirmeler de kaygı düzeyinin artmasında ve obsesyonların sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (10).

OKB'nin tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin etkililiği sayısız çalışma tarafından ortaya konmaktadır (18,19). Öte yandan, önceki yıllarda gerçekleştirilen çalışmalarda kompulsiyonların eşlik etmediği obsesyonların bilişsel davranışçı terapi açısından olumsuz bir seyre (prognosa) işaret

Tablo 1. Normal istem dışı düşünceler ile klinik obsesyonlar arasındaki temel farklılıklar (10)

Normal İstem Dışı Düşünce	Klinik Obsesyon
Daha az sıklıkta ortaya çıkar.	Daha sık ortaya çıkar.
Daha az sıkıntı yaratır.	Daha yoğun sıkıntı yaratır.
Düşük direnme	Yoğun bir biçimde direnme
Anlamsız görünme	Anlamlı olarak görünme
Daha az kontrol etme ihtiyacı	Kontrol ile ilişkili yüksek endişe
Düşük derecede suçluluk	Yüksek derecede suçluluk
Daha fazla algılanan kontrol	Daha az algılanan kontrol

ettiği ve bu tür obsesyonların tedaviye karşı dirençli olduğu görülmekteydi (20,21,22). Ancak Rachman (6) ve Clark (10) tarafından obsesyonların bilişsel davranışçı tedavisine ilişkin geliştirilen kapsamlı modeller ve kavramsallaştırmalar ile Wells'in (15) metakognitif modeli salt obsesyonların tedavisinde önemli rol oynamıştır. Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma ile tepki önleme, davranış deneyleri gibi teknikleri içeren bilişsel davranışçı terapinin salt obsesyonların tedavisinde etkili olduğuna işaret etmektedir (23). Bu olgu sunumunda OKB tanısı ile izlenen ve doğrudan gözlenebilen kompulsiyonların eşlik etmediği farklı içerikteki obsesyonlara sahip bir danışanın formülasyonu ve bilişsel davranışçı psikoterapi sürecine yer vermek amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

24 yaşında, evli, erkek danışan aklına istem dışı gelen, yoğun rahatsızlık yaratan, kontrol etmeye ve bastırmaya çalıştığı düşünceler nedeniyle terapiye başvurmuştur. Daha önce lise çağında din ile ilgili aklına gelen istem dışı ve rahatsız edici düşünceler nedeniyle psikiyatriste gittiği ve kendisine OKB tanısı konulduğu öğrenilen danışan o dönemde kısa süreli ilaç tedavisi gördüğünü ancak daha sonra ilacı kullanmayı bıraktığını ifade etmiştir. Son zamanlarda sıkıntılarının artmasının üzerine yeniden psikiyatrik tedaviye başlayan danışan aynı zamanda psikoterapiye başvurmuştur. Danışanın son dönemde istem dışı düşünceleri gün içinde yoğun bir biçimde deneyimlediği, bu düşünceler nedeniyle günlük hayatına devam etmekte, işlerine odaklanmakta ve uykuya dalmakta büyük güçlük çektiği öğrenilmiştir. Danışanın istem dışı düşünceleri genellikle var olup olmadığı, zihni ve yaşadığımız hayatın gerçekliği çevresinde şekillenmektedir. Danışanın oldukça rahatsız edici ve kabul edilemez olarak tanımladığı bu istem dışı düşünceleri bastırma çabasının oldukça yoğun olduğu, ancak bastırmaya çalıştıkça düşüncelerin daha yoğun bir biçimde geri geldiği ve kendisini daha fazla rahatsız ettiği öğrenilmiştir. Danışanın obsesyonlarına gözlenebilir bir kompulsiyon eşlik etmemektedir. Terapi sürecinin başlangıcından önce danışana bilgilendirilmiş onam formu verilerek terapi sürecine ilişkin verilerin araştırma ve eğitim amacıyla kullanılabilmesine yönelik yazılı ve

sözlü onay alınmış ve etik ilkelere uygun bir süreç gerçekleştirilmiştir. Her bir görüşme ortalama 50 dakika sürmüştür.

Danışanın annesi 65 yaşında ev hanımı, babası 70 yaşında emekli bir esnaftır. İki kardeşten en büyüğü olan danışanın bir erkek kardeşi bulunmaktadır. Babasını sert ve mesafeli biri olarak tanımlayan danışan yakın bir ilişkilerinin bulunmadığını ifade etmiştir. Kaygılı, titiz ve karamsar özelliklere sahip olduğu öğrenilen annenin danışan ile yakın bir ilişkisi bulunmaktadır. Danışanın bir yıl önce evlendiği, kendisini destekleyen ve sıkıntılarını paylaşabildiği bir eşinin olduğu öğrenilmiştir. Danışan belirtilerinin lise dönemlerine uzandığını, üniversite eğitimi sırasında ise şikâyetlerinin azaldığını aktarmıştır. Danışanın meslek hayatına başlaması ile birlikte son bir aydır istem dışı düşüncelerinin yoğunluğunun belirgin biçimde arttığı, günün büyük bölümünde bu düşüncelerle meşgul olan danışanın sosyal yaşamının ve mesleki başarısının etkilendiği, ardından psikiyatriste başvurduğu ve kendisine yeniden ilaç tedavisi başlandığı (Klomipramin 25 mg/gün) öğrenilmiştir. Danışanın terapi sürecinde (4. görüşmeden itibaren) ilaç kullanmak istememesi nedeniyle psikiyatristine danışarak ilaç kullanmayı bıraktığı görülmüştür.

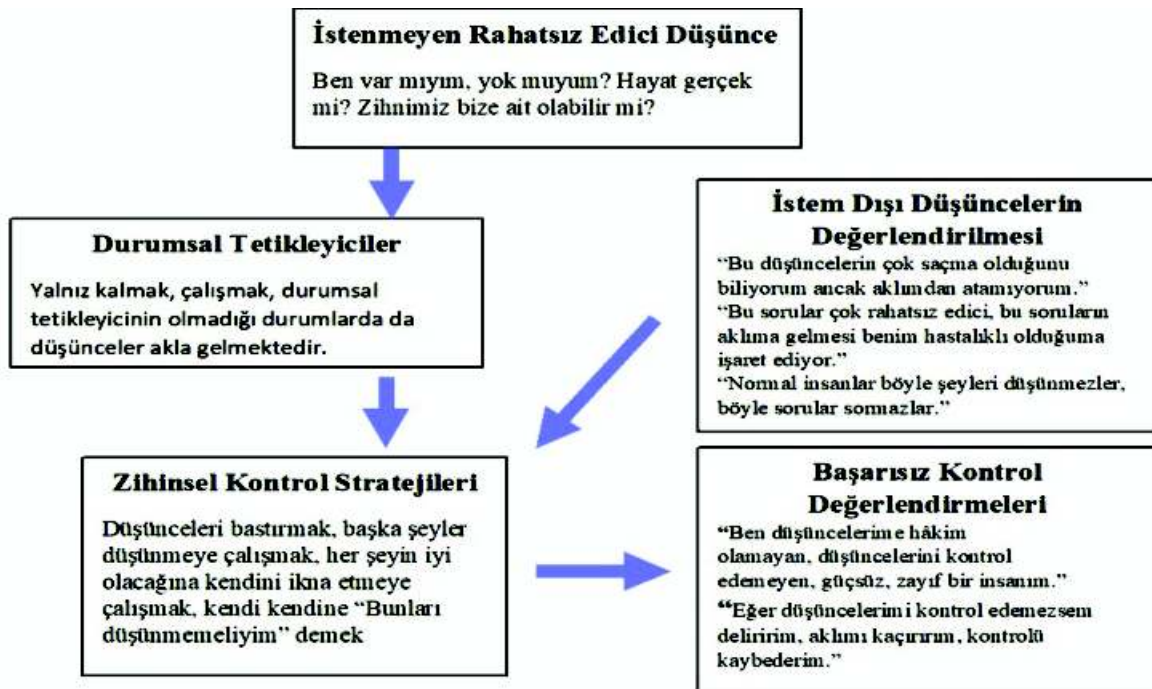
Yalnız kaldığında, çalıştığında ya da herhangi bir durumsal tetikleyicinin olmadığı durumlarda danışanın aklına istem dışı düşünceler gelmektedir. Danışan aklına gelen istem dışı düşünceleri “Bu sorular çok rahatsız edici. Bu soruların aklıma gelmesi benim hastalıklı olduğumu gösteriyor. Eğer bir anlamı olmasaydı, bu düşünceler tekrar tekrar aklıma gelmezdi. Normal insanlar böyle şeyleri düşünmezler. Aklıma bu tür düşünceler geldiği için kötü şeyler olacak, aklıma kaçıracağım, sağlığımı kaybedeceğim. Bu tür düşünceler asla aklıma gelmemeli, bu nedenle düşüncelerimi kontrol etmeliyim” şeklinde değerlendirdiği öğrenilmiştir. Bu tür hatalı değerlendirmeler ise düşünceleri bastırma ve kontrol etme çabası ile sonuçlanmaktadır. Danışan düşünceleri bastırarak, başka şeyler düşünmeye çalışmak gibi bir takım zihinsel kontrol stratejileri uygulamaktadır. Ancak düşünceleri kontrol etme çabası başarısızlıkla sonuçlanmakta, bastırma çabası düşüncenin akla daha sık gelmesine ve danışanın kaygı düzeyinin

artmasına neden olmaktadır. Bu durumun ardından ise başarısız kontrole ilişkin değerlendirmeler (ikincil değerlendirmeler) ortaya çıkmaktadır. Danışan düşüncelerini kontrol edememesine ilişkin birtakım değerlendirmeler yapmakta ve bu durumu “Ben düşüncelerine hâkim olamayan, güçsüz, zayıf, hastalıklı bir insanım, akıl sağlığı bozulmuş biriyim” şeklinde yorumlamaktadır. Bu tür değerlendirmeler kaygının daha çok artmasına ve algılanan kontrolün azalmasına neden olurken istem dışı düşüncelerin daha fazla akla gelmesine neden olmakta ve bir kısır döngü oluşturmaktadır.

Bilişsel davranışçı terapinin başlangıcından önce ve terapinin sonlanmasının ardından danışana terapist tarafından Uluslararası İstem Dışı Zihinde Beliren Düşünceler Görüşme Formu (UIDZBDGF) uygulanmıştır. Tedavinin başlangıcından önce alınan ön ölçümler incelendiğinde, danışanın Obsesif Kompulsif Envanteri-Revize Edilmiş Form’dan 30 puan, Obsesif İnanışlar Ölçeği’nden 179 puan ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21’den 51 puan aldığı görülmüştür. Her seansın sonunda danışandan UIDZBDGF’nin düşüncenin değerlendirilmesi, düşünce kontrol stratejileri ve kontrolde başarısızlığa ilişkin alt ölçekleri doldurması ve istem dışı düşüncelerin sıklığını değerlendirmesi istenmiştir.

Terapi Süreci

İlk görüşmede danışanın temel yakınmaları, yakınmalarının tarihçesi ve aile öyküsüne ilişkin bilgi toplandı. Danışanın istem dışı düşüncelerinin içeriği, sıklığı ve danışanın işlevselliğine olan etkisi değerlendirildi. Bunun yanı sıra, danışanın istem dışı düşüncelerine ilişkin değerlendirmeleri, düşünceleri kontrol etme ve bastırma stratejileri ele alındı. Danışanın düşünce kontrolüne ilişkin hatalı değerlendirmeleri ele alındı ve terapi hedefleri değerlendirildi. İkinci görüşmede istem dışı düşüncelerin özellikleri danışan ile birlikte ele alındı. Gün içinde binlerce düşüncenin aklımızdan geçtiği, bunların bir kısmının çok tuhaf içerikte olabileceği, pek çok kişinin aklına bu tür düşüncelerin geldiği danışana aktarıldı. Bunun ardından, istem dışı düşünceleri diğer düşüncelerden ayıran özelliğın düşünceye yüklenen anlam, düşünceye verilen aşırı önem ile düşünceleri kontrol etme ve bastırma çabası olduğu vurgulandı. Beyaz ayıyı düşünmeme uygulaması seans içinde kullanılarak düşünceleri kontrol etme ve bastırma çabasının tam tersi bir etki yaratarak düşüncenin daha sık bir biçimde zihinde belirmesine neden olduğu; bu nedenle düşüncelerin akla gelmesine izin vermenin önemi danışana aktarıldı. Olumsuz otomatik düşüncelere ilişkin düşünce kayıt formu danışana tanıtılarak ev ödevi olarak verildi.



Şekil 1. Vaka Formülasyonu

Üçüncü görüşmede vaka formülasyonu danışan ile paylaşıldı (Şekil 1), obsesyonlara ilişkin birincil ve ikincil değerlendirmeler danışana tanıtıldı; düşünce kontrolüne ilişkin değerlendirmeler gündem maddesi olarak ele alındı. Düşünceleri bastırma ve kontrol etme çabalarının istem dışı düşünceleri üzerindeki etkisi danışan ile birlikte ele alındı. Ev ödevi gözden geçirilerek düşünce kayıtlarında yer alan otomatik düşünceler ele alındı. Dördüncü ve beşinci görüşmede danışana “maruz bırakma ve tepki önleme” tanıtıldı ve kaygı yaratan düşünceler ile yüz yüze gelmenin terapinin en önemli bileşenlerinden biri olduğu aktarıldı, danışan ile birlikte aşamalı maruz bırakma hiyerarşisi oluşturuldu. Kaygı hiyerarşisinde danışanın saçının döküleceğine ilişkin düşünceleri daha az kaygı uyandırırken “İçinde yaşadığımız hayat gerçek mi? Gerçeklik nedir?” gibi istem dışı düşüncelerin orta düzeyde kaygı uyandırdığı, “Ben gerçekten var mıyım?” gibi istem dışı düşüncelerin ise yoğun düzeyde kaygı uyandırdığı görülmekteydi. Bu görüşmeler sırasında ev ödevi olarak düşünce kontrol ve bastırma stratejilerine yönelik kayıt tutması istenen danışanın düşünceleri bastırma çabasının yarattığı paradoksal etkinin farkına varmaya başladığı gözlemlendi.

Altıncı görüşmede danışana düşünce hataları tanıtıldı, danışanın aşırı genelleme, felaketleştirme, zorunluluk ifadeleri gibi düşünce hatalarını sık yaptığı görülmekteydi. Danışan gün içinde istem dışı düşüncelerin sık sık aklına gelmesi nedeniyle yapması gereken işleri aksattığını aktarması üzerine yaygın kaygı bozukluğunda kullanılan “Endişe Saati” uygulaması danışanın durumuna entegre edilerek “Düşünce Saati” uygulaması şeklinde revize edildi ve ev ödevi olarak belirlendi. Buna göre; her gün belirli bir saat aralığını bu düşüncelere ayırmasını ve istem dışı düşüncelerin aklına gelmesine tamamen izin vermesi gerektiği danışana aktarıldı. Bu uygulamanın amacı düşüncenin bastırılmasının önüne geçerek danışanın düşüncelerinin farkına varmasının sağlanması hem de düşüncelerin gelmesine izin verildiğinde düşüncenin gücünün zayıfladığının danışana gösterilmesidir. Altıncı görüşmede ilk maruz bırakma uygulaması gerçekleştirildi, “Saçım dökülecek, kel kalacağım” düşüncesine danışan maruz bırakıldı. Bu amaçla görüşmeye bir ayna ve bone getirildi, danışanın boneyi takması istenerek

kel kaldığını düşünmesi kolaylaştırıldı. Maruz bırakma uygulaması sırasında danışana bu düşünceyi aklına getirmesi ve hiçbir şekilde düşünceleri bastırmaya çalışmaması gerektiği söylendi. Uygulama sırasında danışanın kaygı seviyesinin 8/10 puandan 2/10 puana düştüğü gözlemlendi. Danışanın bu düşünceye alıştığı, alışması ile birlikte düşüncenin yarattığı kaygı düzeyinin düştüğü ve düşüncenin önemsiz hale geldiği görüldü. Yedinci görüşmede de “Alnım kırışacak” düşüncesine yönelik maruz bırakma uygulamalarına devam edildi. Maruz bırakma uygulamalarının ardından düşüncelere verilen önem ve düşüncenin anlamı danışan ile birlikte bilişsel yeniden yapılandırıldı. Hafta boyunca ev ödevi olarak aynaya bakarak düşüncelerin aklına gelmesine izin veren danışanın bu tür düşüncelerin aklına gelme sıklığının belirgin bir biçimde azaldığı ve kaygı seviyesinin düştüğü dikkat çekmekteydi.

8. ve 9. görüşmeler sırasında danışana obsesyonlardaki hatalı değerlendirmelere ilişkin okuma materyali verildi ve danışan ile birlikte hatalı değerlendirmeler örnekler ile birlikte ele alındı. Daha sonrasında, düşüncelere fazla önem atfedilmesine ilişkin bir ödev olan “Dikkatli Günler Görevi” danışana açıklandı (24). Bu ev ödevinde danışanın gün aşırı obsesyonlarına dikkat etmesi ve sıklığını, ilişkili kaygıyı ve herhangi bir diğer sonucu kaydetmesi, kalan günlerde ise obsesyonun sanki önemsiz bir düşünceymiş gibi geçip gitmesine izin vermesi istendi. Bu ev ödevinin amacı dikkatli günler ve diğer günler arasındaki düşüncelerin akla gelme sıklığı ve kaygı düzeyleri arasındaki farkı incelemek ve karşılaştırmaktı. Ev ödevi üzerine tartışıldığında danışanın dikkatli günlerde kaygı seviyesinin yüksek olduğu, bastırmaya çalıştıkça daha çok düşündüğü; düşünceleri önemsemediği günlerde ise düşüncelerin akla gelme sıklığı ve kaygı düzeyinin düşük olduğu görülmekteydi. 10. ve 11. görüşmede danışanın düşünce kontrolüne ilişkin birincil ve ikincil değerlendirmeleri ele alındı. İstenmeden zihne giren düşünceyi (obsesyon) bu düşüncenin kişisel anlamından (değerlendirme) ayırmanın önemi vurgulandı ve bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri uygulandı. Danışanın bu görüşmeler sırasında düşüncelere izin vermenin yarattığı kaygıya rağmen orada durabilmeye ve kaygının geçip gitmesine izin vermeye başladığı görülmekteydi.

Tablo 2. Olgunun Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

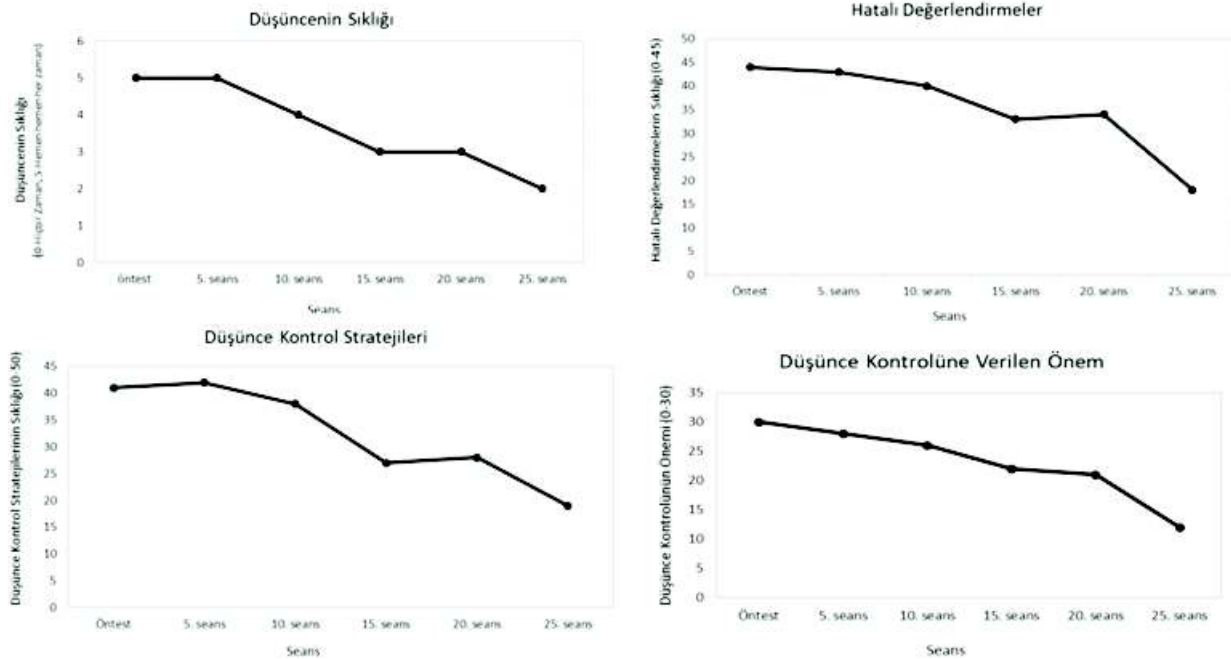
Uygulanan Ölçekler	Terapi Öncesi (Ön Ölçüm)	Terapi Sonrası (Son Ölçüm)
Obsesif Kompulsif Envanteri-Revize Edilmiş Form (OKE) Toplam	30	18
Bulaşma	7	3
Obsesyon	11	5
Biriktirme	3	3
Düzen	4	3
Kontrol	5	3
Nötralizasyon	2	1
Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİO) Toplam	179	79
Düşüncelerin Önemi/Kontrolü	49	16
Sorumluluk/Tehdit Algısı	60	19
Mükemmeliyetçilik/Kesinlik	70	44
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) Toplam	51	31
Anksiyete	17	10
Depresyon	19	9
Stres	15	12

12. görüşmeden itibaren danışanın kendini daha iyi hissetmeye başladığı gözlemlendi. Danışan istem dışı düşüncelerin aklına gelmesinin gayet normal olduğunu; yalnızca bu düşüncelere yüklediği anlamın önemli olduğunu ifade etmekteydi. Bu sırada danışan istem dışı düşüncelerin akla geliş sıklığının azaldığını, bu düşüncelerin aklına gelmesinin kendisini eskisi kadar rahatsız etmediğini aktarmaktaydı. İlerleyen görüşmelerde danışanın kaygı nedeniyle kalp krizi geçireceğine, ileride aklını kaçıracığına yönelik düşünceleri ele alındı. Bu görüşmeler sırasında kaygıya yüklenen anlamı değiştirmeye, kaygının doğası ve işlevlerine odaklanıldı. Kişinin kaygılanmasına rağmen orada durabilmesinin önemi vurgulandı. “Kaygılanmak kötü bir şeydir ve kaygı giderek artacaktır”

düşüncesinin yerine “Kaygının önemli işlevleri bulunan bir duygu olduğu ve sonsuza kadar artmasının mümkün olmadığı; kaygının kişinin kendisi için önemli olan davranışları gerçekleştirmesine engel olmadığı” düşünceleri ele alındı.

Sonraki görüşmelerde, hayatın gerçek olup olmadığına ve var olup olmadığına ilişkin istem dışı düşüncelere yönelik maruz bırakma uygulamaları gerçekleştirildi. Danışanın görüşmeler sırasında bu düşünceleri aklına getirmesine izin vermesi, hafta içinde de ev ödevleri ile maruz bırakma uygulamalarına devam etmesi sağlandı. Danışan bu düşüncelere giderek alıştığını ve artık bu

Şekil 2. İstem dışı düşüncelerin, istem dışı düşüncelere dair hatalı değerlendirmelerin ve düşünce kontrol stratejilerinin sıklığı ile düşünceleri kontrol etmeye verilen öneme ilişkin danışandan alınan tekrarlı ölçümler



düşünceler nedeniyle eskisi kadar kaygılanmadığını ifade etmiştir. Maruz bırakma uygulamalarının ardından istem dışı düşüncelerinin sıklığının belirgin bir biçimde azaldığı gözlemlendi. Son görüşmelerde nüksün önlenmesinin yolları, eski başa çıkma stratejilerinden uzak durmanın ve kazanılan yeni baş etme stratejilerini pekiştirmenin önemi gibi çeşitli noktalar gündeme alındı ve terapi süreci sonlandırıldı.

Terapinin başlangıcında alınan ön ölçümler ile terapinin sonlanmasının ardından alınan son ölçümler karşılaştırıldığında danışanın OKB belirtilerinde, obsesif inanışlarında ve depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinde düşüş olduğunu görülmektedir (Tablo 2). Bunların yanı sıra, terapi sürecinde alınan haftalık ölçümler incelendiğinde; danışanın istem dışı düşüncelerinin sıklığının, istem dışı düşüncelere ilişkin hatalı değerlendirmelerin ve düşünce kontrol stratejilerinin sıklığının ve düşünce kontrolüne verilen önemin süreç boyunca azaldığı görülmektedir (bkz. Şekil 1). Hatalı değerlendirmeler ile düşünce kontrol stratejilerindeki azalmanın daha yavaş bir seyir gösterdiği, öte yandan ön ölçüm ve son ölçüm sonuçları karşılaştırıldığında; tüm değişkenler açısından belirgin bir azalma olduğu gözlemlenmektedir.

TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda gözlenebilir kompulsyonların eşlik etmediği farklı içerikteki obsesyonlara sahip düşünceleri bastırma ve kaçınma çabasının yoğun olduğu bir danışanın bilişsel davranışçı terapi süreci ele alınmıştır. 25 görüşmeden oluşan bilişsel davranışçı terapi sürecinin sonucunda danışanın obsesif kompulsif belirtilerinin, istem dışı düşüncelerinin sıklığının ve yoğunluğunun, istem dışı düşüncelere ilişkin hatalı değerlendirmelerinin sıklığının azaldığı ve kaygıya toleransının arttığı gözlemlenmiştir.

Alan yazındaki güncel tartışmalar gözlenebilir kompulsyonların eşlik etmediği olguların çoğunun zihinsel kompulsyonlara sahip olduğuna, bu nedenle bu rahatsızlıkların “salt” obsesyon olarak adlandırılmasının uygun olmadığına dikkat çekmektedir (25). Bu tür obsesyonlara eşlik eden zihinsel ritüellerin ve düşünce kontrol stratejilerinin gözlenebilir kompulsyonlar ile aynı görevi gördüğü belirtilmektedir. Önceki yıllardaki

çalışmalar gözlenebilir kompulsyonların eşlik etmediği obsesyonların bilişsel davranışçı terapiye, özellikle de davranışçı tekniklere karşı dirençli olduğuna işaret etmekteydi (26,27). Son yıllarda geliştirilen bilişsel davranışçı modeller; obsesyonların tedavisinde zihinsel uğraşların, kaçınmaların, düşünce kontrolü ve bastırma çabaları ile istem dışı düşüncelere ilişkin hatalı değerlendirmelerin göz önünde bulundurulması gerektiğini öne sürmektedir (10,16). Salt obsesyonların bilişsel davranışçı tedavisine ilişkin gerçekleştirilen kısıtlı sayıdaki çalışmalar (3,23) ve vaka çalışmaları (28) obsesyonların tedavisinde bilişsel ve davranışçı tekniklerin etkili olduğuna işaret etmektedir. Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar metakognitif inanç değişikliğini gerçekleştirmeye yönelik teknikleri, sosyalizasyon, mesafe koyma aracılığıyla sağlanan farkındalık gibi teknikleri içeren metakognitif terapinin de obsesyonların tedavisinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır (29).

Gözlenebilir kompulsyonların eşlik etmediği obsesyonlara özgü klinik özelliklerinin sunulması ve bilişsel davranışçı teknikler ile tedavisinin ele alınması açısından bu olgu sunumunun alan yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Öte yandan, mevcut olgu sunumu tek bir danışan ile gerçekleştirilmesi, çalışmada danışandan alınan ölçümler öz bildirim ölçeklerine dayanması, araştırmayı gerçekleştiren kişinin aynı zamanda terapist olması gibi bir takım sınırlılıkları bulunmaktadır. Gözlenebilir kompulsyonların eşlik etmediği obsesyonların tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin etkililiğine ilişkin gerçekleştirilecek, geniş bir örneklemin ve uygun kontrol gruplarının yer aldığı kontrollü klinik çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Yazışma Adresi: Araş. Gör. Elif Üzümcü Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye
elif.uzumcu@hacettepe.edu.tr

*Bu çalışma Prof. Dr. Mujgan Inozu danışmanlığında Hacettepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı öğrencisi Ars. Gör. Elif Uzumcu'nun yürütmekte olduğu “Universite Öğrencilerinde Bulasma Kirlenme Kaygısının Azaltılmasında Maruz Bırakma Tekniklerinin Rolü” isimli doktora tez çalışmasının bir parçasıdır.

KAYNAKLAR

1. Rasmussen SA, Eisen JL. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr. Ann* 1989; 19:67-73.
2. Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksöy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2002; 43:204-209.
3. Freeston MH, Ladouceur, R. What do patients do with their obsessive thoughts?. *Behav Res Ther* 1997; 35:335-348.
4. Clark DA, Guyitt BD. Pure obsessions: Conceptual misnomer or clinical anomaly?. In *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions*. Edited by Abramowitz JS, McKay D, Taylor S. New York, Elsevier, 2011, pp.53-75.
5. Purdon C, Clark DA. *Overcoming obsessive thoughts: How to gain control of your OCD*. Oakland, CA, New Harbinger Publications, 2005, pp.13-33.
6. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behav Res Ther* 1998; 36:385-401.
7. Clark DA, de Silva P. The nature of depressive and anxious, intrusive thoughts: Distinct or uniform phenomena?. *Behav Res Ther* 1985; 23:383-393.
8. Purdon C, Clark DA. Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behav Res Ther* 1993; 31:713-720.
9. Clark DA, Abramowitz J, Alcolado GM, Alonso P, Belloch A, Bouvard M, ... Ghisi M. Part 3. A question of perspective: The association between intrusive thoughts and obsessionalism in 11 countries. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2014; 3:292-299.
10. Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York, NY, Guilford Press, 2004, pp.24-134.
11. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther* 1978; 16:233-248.
12. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23:571-583.
13. Salkovskis, PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989; 27:677-682.
14. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther* 1993; 31:149-154.
15. Wells, A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK, Wiley, 2000, pp.179-185.
16. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behav Res Ther* 1998; 36:385-401.
17. Wells, A., Davies, M. I. The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behav Res Ther* 1994; 32: 871-878.
18. Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *J Psychiatr Res* 2013; 47:33-41.
19. Franklin ME, Foa EB. Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. In *A guide to treatments that work*. Edited by Nathan PE, Gorman JM. New York, Oxford University Press, 2007, pp.431-446.
20. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther* 2003; 41:11-29.
21. Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder: Efficacy of specific treatments as assessed by controlled trials. *Psychopharmacol Bull* 1996; 29:487-499.
22. O'Connor K, Freeston MH, Gareau D, Careau Y, Dufour MJ, Aardema F, Todorov C. Group versus individual treatment in obsessions without compulsions. *Clin Psychol Psychother* 2005; 12:87-96.
23. Whittal ML, Woody SR, McLean PD, Rachman SJ, Robichaud M. Treatment of obsessions: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010; 48:295-303.
24. Clark, D. A. *The anxious thoughts workbook: Skills to overcome the unwanted intrusive thoughts that drive anxiety, obsessions, and depression*. Oakland, CA, New Harbinger Publications, 2018, pp.100-150.
25. Williams MT, Farris SG, Turkheimer E, Pinto A, Ozanick K, Franklin ME, ... Foa EB. Myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2011; 28:495-500.
26. Greist JH. Treatment of obsessive compulsive disorder: psychotherapies, drugs, and other somatic treatment. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:44-50.
27. Salkovskis PM, Westbrook D. Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success?. *Behav Res Ther* 1989; 27:149-160.
28. Abramowitz JS. Treatment of obsessive thoughts and cognitive rituals using exposure and response prevention: A case study. *Clin Case Stud* 2002; 1:6-24.
29. Fisher, P. L. Wells, A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39: 117-132.