

Farmakoterapi ve Elektrokonvulsif Tedaviye Dirençli Bir Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastasının Bilişsel Davranışçı Terapisi

Tacettin KURU¹, M. Hakan TÜRKÇAPAR²

¹Uzm. Dr., Psikiyatrist, Alanya Devlet Hastanesi²

Özet

Giriş: Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) kişinin sosyal ve mesleki işlevlerinde belirgin bozulmaya yol açan, sık görülen bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda ilaç ve Elektrokonvulsif Tedavi (EKT)'ye dirençli bir OKB hastası üzerinden tedaviye dirençli hastalarda Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'nin yeri tartışılmıştır.

Olgu: Hasta 46 yaşında, erkek. Aklına istemeden gelen ve sıkıntıya yol açan (sevdiklerinin başına kaza gelmesi ya da uygunsuz kişilerle ilgili cinsel içerikli düşünceler gibi) düşünceler ve bu sıkıntılardan kurtulmak için tekrarlayan davranışlar yakınmaları ile başvurdu. Son 6 ayda belirtilerinin artması üzerine tedavi amacıyla kliniğimize yatırılmıştır. Klinikteki yatışının ilk 6 ayında ilaç tedavileri ve haftada 3 kez olmak üzere 20 seans EKT yapılmış ancak bu tedavilere cevap vermemiştir. Bunun üzerine hastaya BDT başlandı. Terapi süreci değerlendirme ve vaka formülasyonu ile başlamış, daha sonra OKB'nin BDT modelini içeren psikoeğitim yapılmış, hastanın belirti ve bulguları bu bağlamda değerlendirilmiştir. Ardından hastaya uygulanacak BDT rasyoneli aktarıldı. Mevcut yorumları ile ilgili bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri uygulandı. Maruz bırakma ve yanıt önleme tedavisinin (Exposure-Response Prevention-ERP) rasyoneli aktarıldı. ERP tedavisi öncesi her durum ile ilgili hipotezler kuruldu ve ERP sonrası hipotezler hasta ile birlikte gözden geçirildi.

Sonuç: Bilişsel Davranışçı Terapinin ilaç ve EKT tedavilerine dirençli hastalar için etkili bir tedavi olabileceği dikkate alınmalıdır. (**Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2013; 2: 173-181**)

Anahtar Kelimeler: Obsesif-kompulsif bozukluk, tedaviye direnç, bilişsel davranış terapisi

Abstract

Pharmacotherapy and ECT resistant an OCD patient's Cognitive Behavioral Therapy

Introduction: Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a common disease causing to significant deterioration in the person's social and occupational functions. In this case report cognitive behavioral therapy's (CBT) location in treatment-resistant patients is discussed from pharmacotherapy and electroconvulsive therapy (ECT) resistant an OCD patient.

Case: Patient was 46 years old, male. Patient had recourse to with complaints that loved ones arrive per accident or sexual thoughts about inappropriate people that led to the unintentional and occurred to distress so repetitive behaviors to get rid of that woes. He hospitalized for treatment because of to intensify his symptoms in spite of treatment in the last 6 months. In the first 6 months of entering to clinic pharmacotherapy and 3 times a week in 20 ECT session was completed but he didn't answer to these treatments. Thereupon CBT was started to patient. Therapy process started with evaluation and cross-sectional case formulation, afterward psychoeducation that contains OCD and OCD's CBT model was done, the patient's symptoms and the findings are evaluated in that context. Then CBT rationale that perform to the patient had been transferred. Patient's coping methods with his current shortage and its results had been analyzed. Cognitive reconfiguration techniques related his current comments had been practised. Rationale of exposure and response prevention (ERP) therapies were transferred. Hypothesized about each situation before ERP therapy and these hypothesis had been looked over with patient after ERP therapy.

Results: Cognitive Behavioral Therapy is an effective treatment for treatment-resistant patients with drug and ECT. (**Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2013; 2: 173-181**)

Key Words: Obsessive-compulsive disorder, medication persistence, cognitive behavior therapy

GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyeteye yol açan yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtü ve düşlemler şeklinde tanımlanan obsesyonlar ve kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlar ile belirli psikiyatrik bir bozukluktur (Sadock ve Sadock 2007).

OKB %2-3 yaygınlığa sahiptir. Çeşitli çalışmalarda, erişkin yaştaki OKB'li hastalarda kadın ve erkekler eşit bir dağılım gösterir (Rasmussen ve ark. 1992, Kolada ve ark. 1994, Foa ve ark. 1995). Çocuk ve ergenler arasında ise erkekler kızlardan daha fazla etkilenmektedir (Swedo ve ark. 1989, Hanna 1995).

OKB geç ergenlikte ya da erken erişkinlikte başlamaktadır. Başlangıç yaşının 20'li yaşların başları olduğu bildirilmiştir (Lensi ve ark. 1996, Tükel ve ark. 2005). Sonuçta etkilenen kişilerin yaklaşık 2/3'ünde belirtiler 25 yaşından önce başlar ve %15'ten azının belirtilerinin başlaması 35 yaşından sonradır. OKB erkeklerde daha erken yaşta başlar (Bogetto ve ark. 1999, Tükel ve ark. 2004).

Psikiyatrik hastalıkların tedavisindeki son dönemdeki gelişmelere rağmen günümüzde ilaç tedavileri ile OKB hastalarının belirtilerinde düzelme %30-60 düzeyindedir (Fineburg ve ark 2001, Hurley ve ark 2002). Klinik pratikte OKB tedavisinde en sık kullanılan birincil serotonin geri alım inhibitörleri (SGİ) tedavileri ile OKB belirtilerinde %20-40 azalma elde edilebilmektedir (Pigott ve ark. 1999). İlk basamak farmakoterapilerinin başarısızlığından söz etmek için, en az üç farklı SGİ'nin farklı dönemlerde, etkin doz ve yeterli süre kullanılması ve bunlardan birinin kломipramin olmasının gerektiği vurgulanmaktadır (Jenike ve ark. 1994).

İlk basamak tedavisine dirençli olan olgularda; güçlendirme tedavileri, alternatif tek ilaç tedavileri, damar içi SGİ uygulamaları ve ilaç dışı biyolojik tedavi uygulamaları gündeme gelmektedir (Tükel ve Alkin 2006).

OKB'de ilaç dışındaki biyolojik tedavi yaklaşımları arasında EKT, transkraniyal manyetik uyarmı (TMU), derin beyin uyarmı ve beyin cerrahisi uygulamaları yer almaktadır (Tükel ve Alkin 2006).

Tedaviye direnç durumlarında değişik stratejiler kullanılmakla birlikte en sık antipsikotik ile güçlendirme yapılmaktadır. Bloch ve arkadaşlarının yaptığı meta-analizde antipsikotiklerin, özellikle risperi-

donun tedaviye dirençli OKB'de yararlı olabileceği sonucuna varmışlardır (Bloch ve ark. 2006). Ancak olanzapin ve ketiapin için karışık sonuçların varlığı not düşülmüştür. Randomize, plasebo-kontrollü çalışmalarda etkinliği kanıtlanmış tek güçlendirme stratejisi olsa da (Bloch ve ark. 2006), antipsikotik güçlendirme (haloperidol, ripiperidon, olanzapin, ketiapin vb.) ile hastaların sadece yarısı yanıt vermektedir (Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, Y-BOCS skorlarında %25 azalma) (McDougle ve ark. 2000, Denys ve ark. 2004).

Yapılan çalışmalarda sıklıkla Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) kullanılmaktadır. Y-BOCS ölçeğine göre OKB ; 10-17 puan hafif OKB, 18-29 puan orta düzeyde OKB, 30 ve üzeri ise şiddetli OKB olarak tanımlanabilir. Ve Y-BOCS ölçek skorunda %25 azalma tedaviye yanıt olarak tanımlanmaktadır (Koran ve ark. 2002). Bu nedenle özellikle yüksek Y-BOCS skorlarına sahip hastalar tedaviye yanıt vermiş olsalar da klinik olarak belirgin semptomlara sahip olmaya devam etmektedirler.

Şiddetli, tedaviye dirençli OKB hastalarında sosyal-mesleki işlevsellikte bozulma ileri düzeylerde olabilmektedir ve hastaneye tekrar yapılan başvurular, ilaç tedavileri ve hastaneye yatışlar nedeni ile önemli bir mali sorun oluşturmaktadır (Steketee 1997).

Psikiyatrik hastalıkların farmakolojik tedavisinde önemli gelişmeler yaşanmasına rağmen OKB hastalarında tedaviye direnç halen önemini korumakta ve yanıt tanımlaması (Y-BOCS skorlarında %25 azalma) hastaların gerçek durumlarını yansıtmamaktadır.

Bu yazıda tedaviye (farmakoterapi ve EKT) dirençli, şiddetli bir OKB hastasının bilişsel davranışçı terapi süreci sunularak bu hastalarda tedavinin nasıl yürütülebileceği aktarılacaktır.

OLGU

Hasta 42 yaşında, ilkokul mezunu, hastalığı nedeniyle çalışmayan, evli iki çocuk sahibi olan erkek hasta kötü bir şey (kaza) olacağı ve yakınları ile ilgili cinsel içerikli rahatsız edici düşünce ve hayaller ve bu sıkıntıyı azaltmak için el yıkama, yutkunma, tükürme, ellerini birbirine vurma, oturup kalkma şeklinde tekrarlamalar, dua etme şeklinde zihinden belli kelime ve cümlelerin tekrar tekrar geçirilmesi (Allah dinden imandan ayırmasın vb.) yakınmaları ile başvurdu. Hastanın şikayetleri yaklaşık 20 yıl önce 26 yaşında başlamıştı. Ve bu düşüncelerin herhangi bir aktivite sırasında (yemek yeme, yürürken gördüğü bir noktaya basma, yanından birisinin geçmesi vb.) ortaya çıktığını ifade eden hasta, yutkunursa o anda

aklından geçen düşüncelerin gerçekleşeceğini düşünüyor ve tükürme zorunluluğu hissediyordu. Bu şikayetleri 20 yıl önce hafif düzeyde iken, son 5-6 yıldır şikayetlerinde belirgin artış olmuş ve günlük işlerini yapmasını engellemeye başlamıştı. İş yerinde işini yapmadığı için görev yeri değiştirilen hasta, hastalığı nedeniyle eşi ile sorunlar yaşamaya başlamıştı. Hasta kliniğimize yatırıldığında zihnine gelen düşüncelerin yoğunluğunda artış ifade ediyordu (Hasta bu durumu uyanık kaldığım zamanın tamamı şeklinde ifade ediyordu). Olağan günlük aktivitelerini zihnine gelen olumsuz düşünceler nedeniyle yapamaz hale gelmişti (Örn: Yemeğinin büyük kısmını döküyor,ileri geri adımlama ,kendi etrafında dönme ve yanından geçen insanların peşinden koşup etraflarından dolanma zorlantısı nedeniyle bir yerden bir yere gitmekte zorlanıyor veya açıkça çok fazla zamanını alıyordu.Hasta bu nedenle klinikte yattığı sırada düşünceleri tetikleyen durumlardan uzak kalmak için günün hemen tamamını yatağında bir yere dokunmama çabası ile geçiriyordu.

Özgeçmiş: Hasta tarafından baskıcı ve otoriter olarak tarif edilen bir 2. babanın oğlu. İlkokul mezunu olan hastanın dersleri iyiymiş ve hiç sınıfta kalmamış. İlkokulda arkadaşlarına göre temizlik ve düzene daha fazla dikkat edermiş. İlkokulda temizlik kolu başkanymış. İlkokul sonrası ailenin maddi sorunları nedeniyle eğitimine devam edememiş ve kahvelerde çaycılık yapmış. 23 yaşında görücü usulü ile evlenmiş. Sorunlu bir evlilik dönemi geçirmiş. Hastanın alkol kullanması ve kumar oynaması ve son dönemde de hastalığı nedeniyle tartışmalar yaşanmış. Kliniğimize yatmadan 5 ay önce hastanın eşi evden ayrılmış.23 yaşında Türkiye Kömür İşletmelerinde vagon boşaltma bölümünde işçi olarak çalışmaya başlamış. Son 6 yılında hastalığı nedeniyle yeri değiştirilmiş ve çay ocağına alınmış. Daha sonra da çalışmamaya başlamış. Hastanın aile öyküsünde annenin kısa dönem diazepam kullanımı (tanı hakkında bilgi yok) dışında psikiyatrik tanı ya da tedavi almış birey yoktu.

1991'de trafik kazası sonucunda servikal vertebra ve kafa kaidesinde kırık olan hasta iki ay Hacettepe Üniversitesi Beyin Cerrahisi kliniğinde , 1993'te ikinci bir trafik kazası geçiren ve 7 kaburgası kırılan hasta 25 gün yoğun bakımda yatmıştı. 1998 yılında doktora başvuran hastaya klomipramin başlanmış ve kontrolde dozu 250 mg'a çıkarılmıştı. Tedaviden fayda görmemesi üzerine klomipramin kesilip fluoksetin başlanmış ve fluoksetin dozu 60 mg'a çıkarılmış, 6 ay bu tedavide devam etmişti. Ancak tedaviden fayda görmemişti.

Psikiyatrik muayenesinde; bilinç ve yönelim bozukluğu yoktu. Kooperasyon tamdı. Dikkati görüşme sırasında dağılıyor ve çoğu kez soruların tekrar sorulmasını istiyordu. Duygudurumu gergin, huzursuz ve çökkündü. Duygusal dışavurumu, düşünce içeriği ortam ve konuşması ile uyumlu idi. Çevreye dokunma çabası ve kompulsif hareketler görüşme sırasında gözlenmekteydi. Sözleri sorulara yanıt oluyordu ve konuşma amaca yönelikti. Düşünce içeriğinde obsesyonlar ve düşünsel kompülsiyonlar vardı. Formel düşünce bozukluğu saptanmadı. Hastanın anlatımı kendiliğinden ve konuşma içeriği ile bağlantılı olarak değişen tondandı. Algısal sistem ve bellek patolojisi saptanmadı. Soyut düşünce ve yargılama bozukluğu saptanmadı.

Beyin MR incelemesinde, korpus kallozum gövde kesimi posteriorda parsiyel agenezi, serebrum ve serebellumda atrofik değişiklikler, anterior interhemisferik fissür falks lokalizasyonunda kalsifikasyon tespit edildi.

Psikolojik testlerinde ise WAIS: Donuk normal, Kısa kognitif değerlendirme: 48/66 , BDE: 20 Y-BOCS: 36 (8/7/2002) puan aldı.

Hastaneye yattıktan sonra fluvoksamin başlandı. Fluvoksamin dozu arttırılarak 250 mg'a çıkarıldı ve tedaviye stilizan 5 mg eklendi. Daha sonra fluvoksamin ve risperidon 2 mg olacak şekilde tedavi düzenlendi. Hasta Fluvoksamin ve bereberinde güçlendirme amaçlı aldığı antipsikotiği 10 hafta süresince etkin dozda kullandı. Fayda görmeyen hastaya klomipramin 225 mg ve olanzapin 5 mg olacak şekilde tedavi düzenlendi. Bu tedaviyi 8 hafta süresince alan hastaya tedaviye dirençli OKB tanısı ile haftada üç kez olarak yirmi seans anestezi altında EKT tedavisi yapıldı (bu sürede ilaç tedavisi devam edildi) ve bu tedaviden de fayda görmedi.

Klinik İzlem ve Tedavi

Terapi süreci

Formülasyon, danışanın sorununun bilişsel modele göre nasıl anlaşılabilceğine ilişkin klinisyenin ortaya koyduğu varsayımdır. Formülasyon olgu, sendrom veya sorun ve durum düzeyinde olmak üzere üç biçimde yapılabilir. Sendrom veya sorun düzeyinde formülasyon genel bir sorunun ya da psikiyatrik tanının genel bilişsel modelidir. Olgu düzeyinde formülasyon terapinin yol haritasını çıkarmaya benzetilebilir. Olgu formülasyonu danışanın sorununu ortaya çıkaran ya da sürmesine neden olan psikolojik mekanizmalarla ilgili varsayımlardan oluşur. Bir anlamda birey ve so-

runlarını açıklamak üzere bilişsel kurama dayanılarak üretilmiş olguya özel kuramdır. Durum düzeyinde formülasyon ise hastanın belli durumda verdiği duygusal ve davranışsal tepkinin A-B-C modeline uygun biçimde olumsuz düşünce kaydında olduğu şekilde bilişsel açıklamasıdır (Türkçapar 2008, Türkçapar ve Şafak 2012).

Değerlendirme görüşmesinde olgu formülasyonu yapıldı ve terapi görüşmeleri süresince formülasyon gözden geçirildi.

Hastamızla yapılan değerlendirme görüşmesinde hastanın sorun listesi sıkıntı verici istenmeden gelen düşünceler, sıkıntıyı azaltmak için yapılan davranış ve düşünce tekrarları (dua etme, Allah dinden imandan ayırmasın vb ifadeleri tekrarlama), el yıkama, yutkunma ya da tükürme, kendi etrafında dönme, yemeğini yarıda bırakma, düşünce geldiğinde herhangi bir yere dokunma veya basmaktan kaçınma, sıkıntılı durumlardan kaçınmak için sosyal izolasyon ve obsesyon ve kompulsiyonlar nedeni ile eşi ile yaşadığı sorunlar olarak belirlendi. Eşinin evi terk etmesi tetikleyici rol oynamıştı ve sonrasında yakınmaları artmıştı.

Rahatsız edici (sevdiği insanların kaza geçirmesi ya da uygunsuz insanlarla ilgili cinsel içerikli düşünceler) aklıma gelmemelidir, bu düşünceler aklıma gelirse bunları istediğim anlamına gelir, bu düşüncelerin aklıma gelmesi yapmam gibidir ya da yapabileceğim anlamına gelir, bu düşünceler aklıma geldiğinde veya bunları gidermek için birşey yapmadığımda bundan sorumluyum ve günahkar olurum şeklinde inançları belirlendi. Aşırı kuralcı bir baba ve gençlik döneminde alkol kullanımı ve kumar oynaması nedeni ile günahkarlık temalı yoğun eleştirilerin sorumluluk ve günahkarlık inançlarının gelişmesinde etkili olmuş olabileceği değerlendirildi.

Erken yaşantı deneyimleri ile şekillenen ve son dönemde yaşadığı stresli yaşam olayları (eşinin terk etmesi) sonrası artmış olan zihnine gelen kabul edilemez düşünceler varlığında bu düşünceleri hakkında değerlendirmeleri (tehlikeyi aşırı algılama, düşünceye aşırı değer verme, düşünce-eylem karmaşası, aşırı sorumluluk algısı, günahkarlık) ve baş etme stratejileri (düşüncüyü bastırma çabası, düşünce sonunda olacakları engellemek için davranış ve düşünce tekrarları) hastalığın temelini oluşturmaktadır şeklinde bilişsel varsayım oluşturuldu.

Hastanın donuk normal zeka düzeyine sahip olması, uzun süreli ve tekrarlayan tedavi denemelerinden olumsuz sonuç alması tedaviyi zorlaştırabilecek etkenlerdi. Hastanın değerlendirme görüşmelerinde terapisti ile iyi düzeyde terapötik ilişki kurabilmiş ol-

ması değerlendirme görüşmelerinde tedavi motivasyonunun belirgin düzeyde artmış olması ve müdahale hedefi olarak görüşmelerde o sırada ortaya çıkan kompulsiyonların varlığı ise tedavi sürecini olumlu şekilde etkileyebilecek etkenlerdi.

İlk terapi seansı, terapinin yapısı ve gündem oluşturma hakkında bilgi verme, sorunların kısaca gözden geçirilmesi, tedavi amaçları belirlenmesi-beklentilerin öğrenilmesi, hastanın rahatsızlığı ve bilişsel model hakkında eğitilmesi (psikoeğitim), ev ödevi, özetleme ve geri bildirim içerir. İlk terapi seansının en önemli gündemi hastaya bilişsel modeli aktarmaktır. İdeal olan hastayı ve yaşantılarını işin içine katarak modeli örneklemektir (Türkçapar 2008).

Hastamızla ilk seansta amaçlar, hasta ile birlikte günlük aktivitelerini engelleyen düşünce ve davranış tekrarlarının ve kaçınmaların azalması ve ortadan kalkması olarak belirlendi. Hastaya tedavi amaçlarını detaylandırma ev ödevi olarak verildi. Hastamız için herhangi bir durum tetikleyici olabiliyordu ve bu durum terapi esnasında da ortaya çıkabiliyordu ve terapi sırasında ortaya çıkan sorunlar üzerinden formülasyon yapıldı. Hastamız özelinde herhangi bir durum (kapının kapanması, kalemin duruşu, diğer insanların kullandığı herhangi bir kelime vb) tetikleyici olabiliyor, sonrasında zihnine cinsel içerikli (uygunsuz kişilerle cinsel içerikli düşünce ya da imaj) ve ya yakınlarının başına kaza gelmesi şeklinde düşünceler geliyor ve bu düşünceyi düşünceden sorumlu ve günahkar olma, istiyor olma ya da uzaklaştırmazsa veya etkisizleştirici birşey yapmadığı durumda istiyor olma olarak yorumluyordu. Sonrasında ortaya çıkan yoğun sıkıntıyı bir takım hareketlerle (tükürme, yutkunma, başkalarından bazı hareketleri isteme, yıkanma, kıyafetlerini atma vb) ve düşünsel eylemlerle azaltmaya çalışıyordu. Çoğu zamanda bu tür durumlarla karşılaşmamak için zamanının çoğunu yatağında geçiriyordu. Ancak bu rahatlama uzun sürmüyor ve tekrar düşünce-yorum-sıkıntı döngüsünü yaşıyordu.

H: Kalemi kapattınız tekrar açar mısınız?

T: Şu anda aklınızdan ne geçti?

H: Yakınlarım aklıma geldi. Kalemi açıp kapama...

T: Kalemi açma ya da kapama. Bunun sizin için anlamı ne?

H: Aklıma kötü şey geldi.

T: Ne gibi bir kötü şey? Cinsel mi, kaza ile ilgili mi?

H: Yakınlarım aklıma geldi, cinsellikle ilgili olanı.

T: Evet. Bunu düşünmenin zararı ne? Onu konuşalım. Yani böyle bir şeyin aklınıza gelmesinin zararı ne? (terapist tahtaya not alıyor) (A-B-C modeli)

H: Düşünmektir zararı. Kendimi ondan sorumlu tutuyorum. Günah işliyorum gibi... Günahkar olurum.

T: Sorumluyum, günah işliyorum.

T: Sonra ne yaptınız?

H: Yutkundum 3 kez. Sonra içimden "Allah dinden imandan etmesin" dedim ve ellerimi vurdum.

T: Sonra...

H: Biraz rahatladım. Ama tekrar-tekrar benzer düşünceler geliyor. Günümü bunlarla geçiriyorum.

T: Buraya kadar özetlemek gerekirse (Terapist görüşme sırasında tahtaya yazdıkları üzerinden özetliyor), belli durumlarda doktorun kalemin kapağını kapatması gibi ya da herhangi bir şey olmadan aklınıza ailenizden sevdiğinizin başına kaza geleceği veya yakınlarınızla ilgili cinsel düşünceler geliyor. Biz buna otomatik düşünceler diyoruz. Siz bu düşünceler geldiğinde bu düşünceler tehlikeli, bunları düşünüyorsam istiyorum demektir, bunları uzaklaştırmazsam bundan sorumluyum ve günahkar olurum diye yorumluyorsunuz. Ve yutkunuyor, ellerinizi birbirine vuru-
yor ve dua ediyorsunuz.

H: Tüküremezsem yutkunuyorum.

T: Evet. (Terapist tahtaya yazıyor) Sonra rahatlama hissediyorsunuz. Ama bu rahatlık çokta uzun sürmüyor. Tekrar bir düşünce geliyor ve bu döngünün başına geliyorsunuz. Bu yazdıklarımız sizce sizin durumunuzu anlatıyor mu? Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

H: (Hasta kompulsiyon yaşıyor, yutkunuyor, dua ediyor)

T: Şu anda neler oldu?

H: Aynı şey oldu, yazdıklarınıza bakınca cinsel kelimesi aynı şeyler aklıma geldi.

T: Evet bu sorunlar hayatınızı tamamen esir almış gibi. Peki şimdi biz sıkıntınızı kaldırmak istiyorsak ne yapmamız gerek? Aradaki farkı ortadan kaldırabilirsek sıkıntınız azalır mı acaba? Siz de diğerleri gibi düşünmeye başlasanız? Ama şimdiye kadar siz bunu yapmamışsınız, yapamamışsınız peki ne yaptınız? Sıkıntıyla da insan yaşayamayacağı için belli hareketlerle rahatlamaya çalıştınız. İnsanlar kendini rahatlatan şeyleri yapmaya devam eder. Siz de şimdiye kadar

bildiğiniz tek yol bu olduğu için, bu hareketler veya kaçınmalar ona devam etmişsiniz. bunun sonucu ne oldu?

H: Yatağımdan çıkmaz oldum.

Hasta yoğun intruziv düşünceler ve kompulsiyonlar nedeni ile görüşmeye odaklanmakta zorluk çekiyordu. Ayrıca yapılan EKT nedeni ile unutkanlık yakınması vardı. İkinci görüşmede psikoeğitim yeni durumlar üzerinden tekrar edildi.

Üçüncü görüşmede normalizasyon ve hastanın mevcut sıkıntısı ile baş etme yöntemleri (düşünceyi baskılama, kaçınma, tekrarlayan davranışlar ve zihinsel eylemler) ve sonuçları değerlendirildi. Düşünce baskılamanın etkisi, düşünce baskılama uygulaması ile test edildi ve sonuçları yorumlandı.

Normalizasyon önceki çalışmalardan elde edilen ve sağlıklı kişilere ait intruziv düşünce listesinin hastaya aktarılması ve yorumlanmasıdır. Bu teknikte liste hakkında bilgi verilmeden hastadan liste hakkında yorumu istenir. Sonrasında liste hakkında bilgi verilir, hastadan tekrar yorum istenir ve kendisi ve bu düşüncelerden dolayı sorun yaşamayan kişiler arasındaki fark sorgulanır. Özellikle suçluluk ve günahkarlık duyguları yaratan intruziv düşünceler varlığında ilk uygulanması gereken tekniklerden birisidir.

T: Şimdi size bir yazı vereceğim. Burada birilerine sormuşlar ve bu yanıtları almışlar . göz atmanızı istiyorum. (terapist açıklama kısmı kapatılmış olumsuz düşünceler listesini veriyor)

H:

T: Sizce bu düşüncelere sahip kimseler kimlerdir.

H: Hasta insanlardır. Benim gibi.

T: Kapatılmış kısmı açık okuyabilir misiniz?

H: ...(hasta bu düşüncelerin sağlıklı insanlara ait olduğu ile ilgili çalışma kısmını okuyor).

T: Evet bu insanlar sağlıklı yani tedaviye ihtiyaç hissetmeyen insanlar. Bunu nasıl yorumlayabilirsiniz?

H:

T: Bu listede sizin zihninizden de geçen ama şu anda size sorun yaratmayan düşünceler var mı?

H: Evet var.

T: Peki ne oluyor da bu düşünceler sizde rahatsızlık yaratmıyor farkı nedir?

H: O düşünceler geliyor ama önemsemiyorum, sorumluluk hissetmiyorum. Diğer insanlarda da böyle oluyor sanırım.

T: Çok güzel. Sizde ve diğer insanlarda bu düşünceler var. Ama bu düşünce üzerinde fazla durmuyorlar. Buradaki sorun düşüncenin olması mı? Bunları yorumlama şekliniz mi? (tahtaya yazıyor).

H: Herkeste varsa sorun düşünceler değildir. Sorun bunlar geldiğinde sorumlu hissetmem sanırım.

T: Evet burada sorun olan kısım düşüncenin kendisi değil düşüncüyü yorumlama şekliniz.

H: Bu düşüncelerin herkeste olması beni şaşırttı. Biraz da rahatlattı.

Genellikle olumsuz duygu yüklü ve rahatsız edici özelliği olan düşünceleri düşünmeme çabası bu düşüncelerin daha sıklıkla zihne gelmesine neden olmaktadır. bu şekilde bu rahatsız edici düşünceler kişinin gündeminde daha fazla yer bulmaktadır.

T: Şimdi sizinle bir deney yapalım. 2 dakika boyunca şu su bardağını hiç düşünmeyeceksiniz, hiç aklınıza getirmeyeceksiniz. Şimdi başlayın.

H: (1.dakika sonunda) Hiç aklımdan çıkmadı ki. Onu unutayım diye “gazete oku, gazete oku” dedim. Unutur gibi oldum ama tekrar tekrar geldi.

T: Herhangi bir sıkıntınız oldu mu?

H: Yok bir bardağı düşündüm.

T: Şimdi yine bir deney yapacağız. İki dakika boyunca bu su bardağını düşünseniz de olur düşünmeseniz de. Başlayın...

T: Evet iki dakika doldu.

H: Yine başlangıçta aklıma geldi, sonra aklımdan çıkar gibi oldu bugün konuştuklarımız aklıma gelmeye başladı.

T: İkisi arasında bir fark var mı?

H: Düşünmeyin dediğinizde aklımdan çıkmadı. İşe yaramadı.

T: Sizin için hiçbir anlamı olmayan su bardağını düşünmemeye çalıştığınızda bile hiç aklınızdan çıkmadı. Hele bir de sizi rahatsız eden bir konuda daha çok sıkıntı duyuyorsunuz. Çünkü o geldiği anda paniğe kapılıyorsunuz. Şimdi ben ne yapacağım, diye? Acaba ben yanlış mı yapıyorum? Yemin ettim mi, etmedim mi? şeklinde. Yani sorunu çözmek için kullandığınız yöntem sorunu daha da arttırıyor.

Bilişsel kuram OKB`de temel sorunun intrüzyonlar değil, bunlarla ilgili yorumlar olduğunu belirtir; psikoterapi sürecinde de bunun hastaya gösterilmesi en temel müdahalelerdendir (Türkçapar ve Şafak 2012).

Dört ve altıncı seanslarda sorunun düşüncenin kendisi mi yoksa düşünce hakkında yaptığı yorumlar mı olduğu görüşmelerde ele alındı. Kanıt inceleme, çifte standart gibi bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri (çoğunlukla görüşme sırasında ortaya çıkan obsesyon ve kompulsyonlar üzerinden) kullanılarak aşırı sorumluluk, düşüncenin tehlikeli olması, düşünmek ile yapmış olmanın farklı antiteler olduğu görüşmelerde çalışıldı. ”Düşünce tehlikelidir, akla gelen olumsuz-istenmeyen durumların olma olasılığını arttırır” ve “ düşünce sadece düşüncedir, gerçeklik ise ayrı bir durumdur” hipotezleri kurulup görüşmelerde hasta ile birlikte değerlendirildi.

Çifte standart tekniği, benzer bir olayı yakın ve sevdiği bir arkadaşı yaşasa ona ne derdi diye sormaktır. Bu teknik kişinin duygusal yoğunluğu nedeni ile kendisi ile ilgili nesnel olamayışı gerçeğini görmesine yardım eder. Kişi bir başkasının perspektifinden düşündüğünde duygusal tepkinin yarattığı öznellik azalır ve daha nesnel, gerçekçi ve işe yarar değerlendirmeler yapar (Türkçapar 2008).

Kanıt inceleme sıkıntıya yol açan değerlendirmenin doğru olduğunu kabul etmek yerine, bunu destekleyen ve desteklemeyen nesnel kanıların incelenmesine dayanır. Kanıt inceleme, bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri arasında gerçekliği temel alan tekniklerdendir. Kanıt inceleme tekniğini kullanırken ilk kullanılan kanıt grubu kişinin daha önceki yaşantılarıdır. Bunun yanı sıra diğer insanların kanılarına, ifadeleri, sözleri bir diğer kanıt kaynağını oluşturur (Türkçapar 2008).

T: Az önce ayaklarımı çarpraz gördüğünüzde sıkıntı yaşamıştınız . O sırada aklınızdan ne geçmişti.

H: Ailemin başına kaza gelecek diye düşündüm, sonra yutkunayım diye geldi aklıma.

T: Peki eğer bunları yapmazsanız?

H: Aklıma geldiği için ailemin başına kaza gelir de bundan sorumlu olurum diye geçti.

T: Bu yorumunuza ne kadar inaniyorsunuz, yüzde üzerinden.

H: Tamamen öyle gibi. Yutkunmazsam elbiselerimi atayım dedim içimden.

T: % 100 diyebilir miyiz?

H: Diyebiliriz.

T: Bu güne kadar yaşadığımız en büyük sıkıntıya 100 dersek ne kadar sıkıntı yaşadınız?

H: % 90.

T: Daha önce konuştuğumuz bir örnek ama tekrarlamakta fayda var. Farz edin ki size bir telefon

- geliyor. Telefonda bir arkadaşınız var. Diyor ki ortak bir arkadaşınız kaza geçirmiş, Osman. Ne dersiniz ona?
- H:** Neden olmuş? Durumu nasıl?
- T:** Evet böyle bir durumda ilk sorulacak sorular bunlar. Osman'ın aklına bir gün önce şöyle bir düşünce gelmiş. Eğer ben yutkunmazsam başıma kaza gelir diye. Ancak yutkunmayı unutmuş ertesi gün de başına bu kaza gelmiş.
- T:** Ne dersiniz bu durumda arkadaşınıza ?
- H:** Öyle şey olmaz derim.
- T:** Güzel. O da diyor ki esas sebebi bu kardeşim.
- H:** İnanmam.
- T:** Neden inanmazsınız?
- H:** Öyle yutkunmaktan herhangi bir durumdan öyle şey olmaz. Olsa bir sürü insan yutkunuyor. Onların da başına gelir. Allah korusun.
- T:** Güzel. Siz arkadaşınız söz konusu olduğunda yutkunmanın veya yutkunmamanın kazaya yol açabileceğine inanmıyorsunuz. İş size gelince, kendiniz söz konusu olduğunda inanmıyorsunuz? Fark nedir?
- H:** Ben düşününce olurmuş gibi geliyor.
- T:** Peki bilim adamı gibi düşünecek olursak, bu değerlendirmenizde bir hipotez olsa bununla ilgili kanıtları ortaya koymamız gerekse, bu düşünceler aklıma geldiğinde gerçekleşir düşüncesini destekleyen kanıtlar nelerdir?
- H:** ...
- T:** Yani bu yorumunuzu, düşünürsem gerçekleşir ve ben sorumlu olurum doğrulayan kanıtlar neler olabilir?
- H:** Sadece benim düşüncem.
- T:** Güzel (terapist tahtaya yazıyor). Başka?
- H:** Aklıma gelmiyor.
- T:** Peki aklınıza başka şeyler gelirse bu listeye ekleyebiliriz. Bu yorumunuzu, hipotezinizi desteklemeyen kanıtlara bakacak olursak neler yazabiliriz?
- H:** (gülüyor) Osman'ın da başına gelmesi gerekirdi.
- T:** Güzel. Yani bir durum sizin için geçerli ise başkaları için de geçerli olmalı. Başka?
- H:**
- T:** 46 yaşındasınız, bugüne kadar pek çok şey düşündünüz. Ne kadarı sadece düşünmüş olduğunuz için meydana geldi.
- H:** Hiçbiri.
- T:** (terapist tahtaya yazıyor)
- T:** Peki herhangi bir aracın kaza geçirmesi durumunu konuşalım. Hangi durumlar kazaya neden olabilir?
- H:** Şoför alkol almıştır.
- T:** Evet, başka?
- H:** Şoför uykusuzdur.
- T:** Başka?
- H:**
- T:** Bunlar şoförle ilgili faktörler araçla ilgili neler olabilir?
- H:** Lastiğinin havası azdır bakımları yapılmamıştır. Yol kaygandır, bozuktur.
- T:** Başka?
- H:**
- T:** Bir de diğer araçlar var. Siz ne kadar dikkat ederseniz edin bu faktör sizin elinizde mi?
- H:** Değil.
- T:** Peki tüm bunları “düşünürsem kaza olur ve ben sorumlu olurum” hipotezini desteklemeyen kanıtlar bölümüne yazabilir miyiz?
- H:** Evet.
- T:** Şimdi tekrar tüm bunlara baktığımızda “düşünürsem kaza olur ve ben sorumlu olurum” düşüncesine ne kadar inanıyorsunuz?
- H:** %50.
- T:** Şimdi nasıl hissediyorsunuz?
- H:** Daha iyi.
- Burada önemli noktalardan birisi de kanıt inceleme tekniğinde amaç hastanın korkularının irrasyonel olduğunu göstermek değildir. Çünkü hasta için olasılığın az olması sorumluluğunu azaltmamaktadır. Hastanın değerlendirmesinin test edilmesi amaçlanmaktadır.
- Kişinin sıkıntısına çare olarak geliştirdiği kaçınma ve güvenlik önlemi alma stratejileri aslında kişinin rahatsızlığını oluşturmaktadır. Kişinin kaçındığı ya da korktuğu durum veya nesnelere bir düzen dahilinde maruz bırakılması ve ardından ortaya çıkan tepkinin önlenmesi bu kısır döngüyü kırmada en güçlü tekniktir. Bu teknik uygulanırken, önce kişinin kaçındığı veya kendisine sıkıntı veren durum veya nesnelere tam bir listesi çıkarılır. Daha sonra bu durumların ne kadar sıkıntı verdiğine ilişkin hastanın yorumları alı-

nır. Orta düzeyde sıkıntı veren bir durumla ERP başlanı (Türkçapar 2008, Türkçapar ve Şafak 2012).

BDT'de davranışçı terapiden farklı olarak ERP öncesi hipotezler kurulur ve ERP ile bu hipotezler test edilmiş olur. ERP tedavisi sırasında tedaviyi bırakmak önemli bir sorundur. Bu nedenle ERP rasyonelini hastaya hastanın anlayabileceği şekilde aktarmak tedavi sürecini etkileyen önemli bir müdahaledir

Yedinci görüşmede hastaya ERP tedavisinin rasyoneli aktarıldı.yedinci ve sonraki görüşmelerde de ERP tedavisi öncesi her durum ile ilgili hipotezler kuruldu ve ERP sonrası hipotezler hasta ile birlikte gözden geçirildi.

T: Farz edin ki Afrika'da bir kabile var. Bu kabile her gün akşam gün batarken tören yapıyorlar, bir de gün doğarken tören yapıyorlar. Diyorlar ki biz akşam tören yaptığımız için gün doğuyor, tören yaptığımız için gün batıyor. Güneşin doğması batması bizim yaptığımız törene bağlı. Bunlara siz bu durumun böyle olmadığını nasıl ispatlarsınız?

H: Tören yapmayın bakalım. Gün doğarsa ...

T: Ben bunu size niye anlattım? Sizin durumunuz burada neye benziyor.

H: O kabileye.

T: Sizin tekrarlarınızın (tükürme, yutkunma vb) olmasını istemediğiniz olaylarla ilgisinin olup olmadığını görmek için ne yapmanız gerekiyor?

H: Yaptığım şeyleri yapmamak.

T: Bu çay olur, başka bir şey olur, her gün birşey çıkar.

T: Burada iki ihtimal var. Birincisi çayı içmekle bu kazaya sebep olacaksınız, ikincisi çayı içmekle bir alakası yok, bu sizin hastalığınızdan kaynaklanıyor, bir düşünce takıntısı. Bunu test etmezsek hiçbir zaman sonuçları göremeyeceğiz aynı o kabile gibi.

H: Yapmayınca çok sıkıntı hissediyorum.

T: Bugüne kadar hemen rahatlamak için yaptığınız davranışların sorunu çözmediğini aksine hayatınızı daha da kısıtladığını daha önce konuşmuştuk. kesin olarak bildiğiniz bir şey bu. Ancak bilmediğimiz, bu davranışları yapmadığınızda sıkıntınızın sonrasında ne olacağı. Bunu görebilmek için bir süre sıkıntınızın içinde kalmanız gerekecek ve süreci birlikte göreceğiz.

Hasta ile 13 BDT görüşmesi yapıldı. Görüşmeler hastanın izni alınarak kaydedildi ve görüşmeler arasındaki süreçte görüşmeleri hasta tekrar dinlendi.

Bilişsel-Davranışçı tedavi sonrası hastanın sempo-mlarında hem klinik olarak hem de klinik ölçeklere göre belirgin düzelme sağlandı (Y-BOCS:18). Hasta taburcu edildi ve ayaktan görüşmeler devam edildi (Taburculuktan 4 ay sonra Y-BOCS:11). Hasta halen takip altındadır ve iyilik hali devam etmektedir.

TARTIŞMA

Maruz bırakma ve tepki engelleme ile yapılmış 13 kontrollü çalışmanın gözden geçirilmesinde hastaların %83'ü orta ve belirgin iyileşme göstermiştir. Terapinin sonlandırılmasından 2 yıl sonrasında hastaların %76'sı iyilik halini sürdürmüştür (belirtilerde %30 ve üzeri azalma, düzelme olarak tarif edilmiştir) (Foa ve Kozak 1996). Ancak davranışçı terapilerde tedaviyi yarım bırakma ve tedavi reddi sık görülmektedir. Yapılan 3 karşılaştırma çalışması bilişsel terapinin maruz bırakma-tepki önleme tedavisinden hafif düzeyde üstün olduğunu göstermiştir (Abramowitz 1997). Pratik uygulama düzeyinde bilişsel teknikleri entegre etmek, tedaviyi bırakmayı azaltmaya, tedaviye uyumu arttırmaya, standart davranışçı tedavinin etkinliğini arttırmaya ve davranışçı tedaviye yanıt vermeyen hastaların tedavisine yardımcı olur (Leahy ve Holand 2009).

Ülkemiz şartlarında yeterli sayıda terapistin olmaması, terapistin ulaşımın zorluğu ve hastane koşullarında terapi planlamasının zorluğu hastaların erken dönemde BDT alma şansını azaltmaktadır. Bu nedenlerle sunmuş olduğumuz vakada hasta BDT tedavisi öncesinde bir çok tedavi modalitesinden geçmiş ve fayda görmemişti.

Bu vakada donuk normal zeka düzeyi ve görüşmenin sıklıkla hastanın yaşadığı obsesyon ve kompulsiyonlar (her ne kadar terapi sırasında tedavinin ilgi odağı olarak fayda sağlasalar da) ile dikkatinin dağılması tedavi sürecini zorlaştıran faktörlerdi. BDT modelini hastanın kolaylıkla anlayabileceği şekilde sunmak terapistin dikkat etmesi gereken noktalardan birisidir. Hasta kavramları kavrayamadığı ve hatırlayamadığı sürece, karışık modellerin klinik yararlılığı olmayacaktır. Vakamızda her görüşmede sık tekrarlar yapılmıştır ve görüşmeler kaydedilerek görüşme dışı zamanlarda görüşmeleri tekrar takip etme olanağı sağlanmıştır.

KAYNAKLAR

- Abramowitz JZ (1997) Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder. A quantitative review. *J Cons Clin Psychol*, 65:44-52.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B ve ark. (2006) A systematic review: antipsychotic augmentation

- with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*, 11:622-32.
- Bogetto F, Venturello S, Albert U ve ark. (1999) Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*, 14:434-41.
- Denys D, de Geus F, van Megen HJ ve ark. (2004) A doubleblind, randomized, placebo-controlled trial of quetiapine addition in patients with obsessive-compulsive disorder refractory to serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychiatry*, 65:1040-48.
- Fineburg N, Marazziti D, Stein DJ (2001) *Obsessive-Compulsive Disorder: a practical guide*. London, UK: Martin Dunitz.
- Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK ve ark. (1995) DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152: 90-6.
- Foa EB, Kozak MJ (1996) Psychological treatments for obsessive-compulsive disorder. In M. R. Mavissakalian & R. F. Prien (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Hanna GL (1995) Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34:19-27.
- Hurley RA, Saxena S, Rauch SL ve ark. (2002) Predicting treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical neuroscience*, 14:249-53.
- Jenike MA, Rauch SL (1994) Managing the patient with treatment-resistant obsessive compulsive disorder: current strategies. *J Clin Psychiatry*, 55:11-7.
- Sadock BJ, Sadock VA (2007) Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8. Baskı, Cilt 2, Bölüm 14: Anksiyete Bozuklukları (Çev. Ed.: H Aydın, A Bozkurt). Güneş Kitabevi, İstanbul.
- Kolada JL, Bland RC, Newman SC (1994) Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. *Obsessive-compulsive disorder*. *Acta Psychiatr Scand*, 376:24-35
- Koran LM, Hackett E, Rubin A ve ark. (2002) Efficacy of Sertraline in the Long-Term Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*, 159:88-95.
- Leahy RL, Holland SJ (2009) Depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi planları ve girişimleri. Çeviri: M.H. Türkçapar, E. Köroğlu, S. Aslan. HYB basın yayım, Ankara.
- Lensi P, Cassano GB, Correddu G ve ark. (1996) Obsessive compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*, 169:101-7.
- McDougle CJ, Epperson CN, Pelton GH ve ark. (2000) A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57:794-801.
- Pigott TA, Seay SM (1999) A review of the efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 60:101-6.
- Rasmussen SA, Eisen JL (1992) The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 15:743-58.
- Steketee G (1997) Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Canadian journal of psychiatry*, 42:919-28.
- Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H ve ark. (1989) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry*, 46: 335-41.
- Türkçapar MH, Şafak Y (2012) Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Özellikler ve Bilişsel Tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 5:69-75.
- Türkçapar MH (2008) *Bilişsel Terapi temel ilkeler ve uygulama*. HYB basın yayım, Ankara.
- Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM (2006) Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. *Anksiyete Bozuklukları*. R. Tükel (Ed), Ankara. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, s:277-98.
- Tükel R, Ertekin E, Batmaz S ve ark. (2005) Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 21:112-7.
- Tükel R, Polat A, Genç A ve ark. (2004) Gender-related differences among the Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 45: 362-6.

Yazışma adresi/Address for correspondence:

e-mail: tkuru76@yahoo.com

Alınma Tarihi: 10.12.2012

Received: 10.12.2012

Kabul Tarihi: 03.08.2013

Accepted: 03.08.2013