

# Obsesif Kompulsif Bozuklukta Bilişsel Davranışçı Terapi Sürecinde Yol Gösterici: Formülasyon

Nergis LAPSEKİLİ<sup>1</sup>, Mehmet AK<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Dr. Çorlu Asker Hastanesi Psikiyatri Kliniği

<sup>2</sup>Yrd.Doç.Dr. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı

## Özet

**Giriş:** Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) bilişsel davranışçı tedavisinde (BDT), etkin tedavinin uygulanması bozukluğun ve bunun her bireydeki yansımalarının tam olarak anlaşılmasına bağlıdır. Tedavi stratejileri, hastaya ait formülasyona dayandırılmalıdır. Bu yazıda bilişsel terapi yöntemleriyle tedavi edilmiş bir OKB hastası sunulmaktadır. Terapi sürecinde formülasyonun devam eden dinamik bir işlem olduğu ve tedavinin etkinliği için varlığının zorunluluğu ele alınmıştır.

**Olgu:** Y.B. 32 yaşında, bekar, üniversite mezunu, erkek hasta. Obsesyon ve kompulsiyonlar nedeniyle başvurusu oldu. Değerlendirme sonucunda DSM-IV kriterlerine göre OKB tanısı kondu. Tedavide: 1) Tehlikeyi abartılı algılama, düşünce eylem kaynaşması ve sıkıntıya tahammül edemeyeceği ile ilgili olarak, Bilişsel Yeniden Yapılandırma, 2) Katastrofik beklentilerin gerçekleşip gerçekleşmeyeceği ile ilgili maruz bırakma ve tepki önleme tekniği uygulanmıştır.

**Tartışma:** OKB tedavisinde BDT planlanırken ilk ve en önemli basamak iyi bir değerlendirme sürecinde elde edilen bilgilerle formülasyonu iyi yapmaktır. Vakamızda tedavi planlaması; Tehlikeyi abartılı algılama, düşünce eylem kaynaşması ve sıkıntıya tahammül edememe değerlendirmeleri üzerine bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullanılarak planlanmış olup, tedavi süresince erken yaşantıları getirebildiğinde ancak formülasyon tamamlanmıştır. Sonuç olarak; formülasyon terapi sürecinin her aşamasında terapistin gözünün önünde olması gereken bir yol haritasıdır. Doğru hedefe ulaşabilmek için varlığı olmazsa olmaz olup hastadan gelecek bilgilere göre güncellenmesi gereken dinamik bir süreçtir.

**Anahtar sözcükler:** Obsesif Kompulsif Bozukluk, Formülasyon

## Summary

### A Guide in the Process of Cognitive Behavioral Therapy in Obsessive Compulsive Disorder: Formulation

**Introduction:** The implementation of effective treatment depends on thorough understanding of disorder and its presentation. Treatment strategies must depend on the individual formulation of the patient. In this paper an Obsessive Compulsive Disorder (OCD) patient treated with Cognitive Behavioral Therapy (CBT) methods is presented. It is discussed that in the therapy, formulation is an ongoing dynamic process and necessarily required for the effectiveness of therapy.

**Case:** Y.B. was 32 years old, single male patient graduated from university. He applied because of his obsessions and compulsions. He was diagnosed OCD after the psychiatric evaluation according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV). In treatment following strategies were applied: 1) Cognitive restructuring of the thought-action-fusion, anxiety intolerance, overestimated threat appraisals, 2) exposure and response prevention techniques aimed to test if catastrophic expectations would occur.

**Discussion:** When planning CBT for the treatment of OCD, the first and most important step is a good formulation created with the data obtained from a good evaluation process. Treatment planning in our case was planned on using cognitive restructuring techniques for thought-action-fusion, anxiety intolerance and overestimated threat appraisals but the formulation was completed in the course of treatment when the patient could talk about his early experiences. As a result, the formulation is a roadmap that should be taken into consideration at every stage of therapy. Its presence is essential to reach the correct destination and it is a dynamic process needed to be updated according to the information from the patient.

**Key words:** Obsessive Compulsive Disorder, Formulation

## GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluğun (OKB) bilişsel davranışçı tedavisinde etkin tedavinin uygulanması hastalığın ve bunun her bireydeki yansımalarının tam

olarak anlaşılmasına bağlıdır. Tedavi planı, teorik bilgilere dayalı standart ölçümler ve hastaya özgül yaklaşımları birleştirerek yapılan değerlendirilme sonucu oluşmuş hastaya ait formülasyon temel

alınarak oluşturulmalıdır. Oluşturulan bu tedavi planı, teorik olarak elde edilmiş olup deney ve gözlemlere dayalı tedavi stratejisine dayandırılmalıdır (Persons 1989, Persons ve Davidson 2001). Değerlendirme, hastanın terapisi boyunca devam eden, yeni veriler elde edildikçe formülasyonu ve dolayısıyla tedavi planını şekillendiren dinamik bir süreçtir. Obsesyonel düşünce, imaj ve dürtülerin değerlendirilmesi obsesyon kavramının doğasından dolayı zor olabilir. Obsesyonların içeriği dini, cinsel vb. belli başlı temalarla sınırlıymış gibi görünse de, terapi esnasında ele almak durumunda kaldığımız obsesyonel materyal hastanın bireysel olarak uğraşları ve yaşantılarına özeldir. Bu yazıda OKB tanısı almış ve hem farmakolojik ve hem de terapötik yaklaşımlarla tedavi deneyimleri olmuş ancak tedavilerden fayda görmemiş bir hasta sunulmaktadır. Hasta bilişsel terapi yöntemleriyle tedavi edilmiştir. Terapi sürecinde formülasyonun devam eden dinamik bir işlem olduğu ve tedavinin etkinliği için varlığının zorunluluğu ele alınmıştır.

## OLGU

32 yaşında, bekar, üniversite mezunu, erkek hasta, günde yaklaşık 6 saatini alan ve 3 yıldır devam eden obsesyon ve kompulsiyonlar nedeniyle kliniğimize başvurdu. Geliş yakınması, obsesyonları ve onay araması nedeniyle özel hayatında sorunlar yaşaması, kompulsiyonları nedeniyle başladığı işlerde devamlılık sağlayamıyor olması, sosyal yaşamında izole olması idi. Yapılan değerlendirme sonucunda DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders) kriterlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı kondu.

Öykü ve muayenesinden formülasyonu şu şekilde oluşturuldu;

**Problem Oluşturan Durumların Listesi:** 1) İntusiv düşünceler ve bu düşüncelerin patolojik yorumlanması, 2) Kompulsif davranışlar (aksini ispat etmeye çalışma, yıkama, tükürme, yazma), 3) Onay arama davranışı nedeniyle ailesi ve kız arkadaşı ile çatışmalar, 4) Sosyal ilişkisinin olmaması; kaçınma davranışı.

**Presipitan:** Aileden ayrılma ve yeni bir ortama girmek.

## İlgili İnançlar

1) Eğer direkt ya da kız arkadaşına hakaret etmek suretiyle dolaylı olarak bana yapılan hakaretlere karşılık vermezsem bu benim namussuz olduğum anlamına gelir,

2) Herkes bana her zaman en doğruyu söylemeli, aksi takdirde bu benim değersiz olduğum anlamına gelir,

3) Kötü olduğumu düşündüğüm insanların yakınında durup aynı havayı solursam onların olumsuz özellikleri bana da geçebilir bende de bu olumsuz özellikler baş gösterebilir; hatta benden de kız arkadaşına geçer-kız arkadaşım o kişiye dokunmuş gibi olur ve bu beni aldattığı anlamına gelebilir. Bu benim namussuz ve değersiz olduğum anlamına gelir.

**Erken Yaşantılar:** Hasta yedi kardeşin üçüncüsü. Babasının ailesi ile sürekli çatışma olduğunu tanımlamakta ve “babam karısını ve çocuklarını sürekli ailesinin hizmetinde kullanırdı.” şeklinde ifade etmektedir. Hasta liseye başladığı yıl başka bir şehre giderek amca ve halasının yanında kalmış. Ailecek o şehre taşınma planları varmış. Ancak hasta o sene liseye başlayacağı için sonradan okulu değiştirmiş olmasın diye hastayı önceden göndermişler. Ailesi iki sene sonra taşınmış ve süre içinde akrabalarında kalmış. Burada amcasının yanında hep aşağılandığını hissetmiş. Ayrıca kulaklarından dolayı küçük yaşlardan başlayarak kendisi ile “kepçe kulaklı” diye alay edilmesi şeklinde erken yaşantısı var. Bu yaşantılar hastanın “değersizlik” düşüncesinin oluşmasına katkıda bulunmuş olabilir. Yaşadığı mahallede 8 yaşındayken meydana gelen bir olaydan sonra mahalledeki diğer çocukların uzun yıllar-lise yıllarına kadar-kendisine eşcinsel demesi, evlerinin yolunun üstünde bir durakta bekleyen bu çocuklarla karşılaşmamak için sürekli yolunu değiştirmesi, tüm bu süreçte de diğer çocuklardan izole olması olumsuz erken yaşantılar olarak belirlenmiştir ve yaşantılar da namussuz olmadığını ispat etme çabalarına temel oluşturmuş olabilir.

**Hastanın Döngüsü:** Hastanın obsesyonları; yanında bir kız ile ilgili konuşulduğunda, kız arkadaşının isminin baş harfi ile başlayan bir kelime geçtiğinde, yapmak/koymak/kalkmak gibi kelimeler kullanıldığında, kötü olduğumu düşündüğü bir kimsenin yakınında bulunduğunda tetiklenmekteydi. İntuziv düşüncesi aslında kendi namusuna laf söyleniyor olmasıydı. “Kötü” birinin yakınında bulunduğunda ise onun olumsuz özelliklerinin kendisine geçeceği ve kız arkadaşına dokunursa bu sefer ona da geçeceği ve kız arkadaşının o kişiyle kendisini aldatmış gibi olacağı şeklindeydi. Sonuç olarak kompulsif tükürme, yıkama, yazma davranışı, aksini ispat etmeye çalışma şeklinde zihinsel kompulsiyonu ve onay arama davranışı

ortaya çıkmaktaydı. Hastanın, obsesyonları kontrol etme çabası ve kompulsiyonlara direnmesi yoktu. Reaktif bir şekilde kompulsiyonlarını yerine getiriyordu. Burada “tehlikeyi abartılı algılaması” ve “düşünce eylem kaynaşması” hastalığı devam ettirici düşünce kalıplarıydı. Hastanın obsesyonlarla ilgili direnç göstermemesinin ve reaktif bir şekilde kompulsiyonları yerine getirmesinin bir nedeni de “bu sıkıntıya tahammül edemeyeceği” düşüncesiydi.

**Bilişsel varsayımlar:** Hasta, obsesyonlarının anlamı sorulduğunda; farklı tetikleyiciler ve farklı intrüzyonlar getirirse de derine inildiğinde her birinde aynı şeyleri getirmekteydi: değersizlik venamussuzluk. Hastanın öyküsünde, aileden uzaklaştırılan çocuk olma, küçük yaşlardan başlayarak fiziksel görünümünü nedeniyle kendisiyle alay edilmesi şeklinde yaşantıları vardı. Ayrıca 8 yaşında başlayan ve lise 2. sınıfa kadar devam eden yaşlılarının kendisiyle eşcinsel diye alay etmeleri şeklinde yaşantısı da mevcuttu. Hastanın tetikleyicilerle sonuçta değersizlik ve namussuzluk olarak yorumlanan intrüzyonlarının olması bu erken yaşantılarla açıklanabilir. Kompulsiyonları tetikleyici olayları zihinden tekrar tekrar geçirme ya da yazma yoluyla bireysel onam verme (self-reassurance) ya da çevresindekilere sorma yoluyla namussuz olmadığı ya da aslında kendisine değer verildiği konusunda onay arama ve bu yolla anksiyetesini azaltmaya çalışma şeklindeydi.

**Tedaviye Engel Oluşturabilecek Durumlar:** Hastanın hâlihazırda sosyal aktivite ya da mesleki uğraşı olmaması nedeniyle kompulsiyonlarını yerine getirmesinin hayatını bu anlamda çok etkilemiyor olması.

**Tedavi Planı:** Müdahaleler Clark’ın çalışmalarına dayanmaktadır ve hastanın, bilişsel, sosyal ve dilsel özellikleri ışığında adapte edilmiştir (Clark 2007).

- 1) Tehlikeyi abartılı algılama, düşünce eylem kaynaşması ve sıkıntıya tahammül edemeyeceği ile ilgili olarak, bilişsel yeniden yapılandırma amacıyla; derine inme, terimleri tanımlama, kanıt inceleme, bedel-kazanç analizi, kanıtların kalitesini inceleme, düşünceyi gerçeklerden ayırt etme, olgu kavramsallaştırılması teknikleri kullanılmıştır. Hastayla yapılan bir görüşmenin özeti aşağıda sunulmuştur.
- 2) Katastrofik beklentilerin gerçekleşip gerçekleşmeyeceği ile ilgili maruziyet-tepki önleme uygulanmıştır.

Hasta kliniğe kabul edildiğinde OKB tanısıyla farmakoterapi + BDT şeklinde tedavi planlandı.

Antioobsedan olarak klomipiramin seçildi ve 225 mg/gün’e kadar çıkıldı. Hasta ile 16 görüşme yapıldı. Başlangıç Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği puanı 57 iken 16 seans sonunda tekrar edilen ölçek puanı 24 idi.

### Örnek Hasta Görüşmesi

**Doktor:** Merhaba. Hoş geldin. Nasılsın bugün?

**Hasta:** İyiyim.

**Doktor:** Nasıl geçti haftan?

**Hasta:** İyi geçti...

**Doktor:** Peki geçen seans neler konuştuğumuzu hatırlıyor musun?

**Hasta:** Evet. Yani aklımda kalan şu; Bir tetikleyiciden bahsediyoruz, değil mi? Tetikleyici bazen olmaya da bilir gerçi; ama sonuçta bu bir takıntıyı harekete geçiriyor, yani aklıma bir takıntıyı getiriyor. > Bu takıntıyla ilgili bir yorumum oluyor. > Takıntı ve yorumla ilgili bir sıkıntı oluşuyor. > Bunu rahatlatılabilmek için bir takım davranışlarda bulunuyorum. > Bu davranışlar geçici rahatlık veriyor -belki bazen hiç veremiyorum-. > Kaçınmalarım oluyor; çünkü geçici rahatlıklar verdiği için “Bari ben bu sıkıntıya hiç girmeyeyim.” diyorum, kaçınıyorum. Ne gibi: Dışarı çıkmaktan kaçınma, insanların içine çıkmaktan yani kaçınma... gibi. > Ama kaçındığım zaman tetikleyicileri daha çok fark ediyorum. Benim hastalık döngüm bu şekilde diye geçen hafta konuştuk.

**Doktor:** Çok güzel özetledin. Evet senin hastalık döngünün bu olduğunu konuşmuştuk. Bir de senden tetikleyicilerin listesini yapmanı istemiştin. Yapabildin mi?

**Hasta:** Evet. Tabi yaptım ve ne kadar çok şeyin tetikleyici olduğunu fark ettim.

**Doktor:** Çok güzel. Teşekkür ederim gerçekten özenli bir liste olmuş. Peki bu görüşmede konuşmak istediğin bir konu var mı?

**Hasta:** Evet aslında geçen gün beni çok rahatsız eden bir olay oldu. Onu konuşabiliriz.

**Doktor:** O zaman bugün gündem olarak bu olayı belirleyelim. Ne olduğunu anlatabilir misiniz?

**Hasta:** Dinlenme salonunda televizyon izliyordum. Yatan hastalardan ikisi birlikte gazeteye bakıyorlardı. Gazetede bir kadın resmine bakıyorlardı. Aklıma bir sürü şey geldi. Çok rahatsız oldum. Onlara kimle ilgili konuştuklarını sormak istedim. Aslında biliyorum ki o benim kız arkadaşım değil. Ama sanki öyleymiş gibi geliyor. Sanki benim kız arkadaşım ile ilgili konuşuyorlar. Sonra gidip kız arkadaşımı aradım. O fotoğrafın ona ait olup olmadığını sordum. Tabi saçmaladığımı söyledi. Kavgaya ettik telefonda.

**Doktor:** Yani yatan hastalardan iki tanesini gazetede ki bir fotoğrafa bakarken gördüğünde aklına gelen düşünceler seni rahatsız etti. Ve bununla baş etmekte zorlandın.

**Hasta:** Evet gerçekten çok sıkıntı verdi.

**Doktor:** Arkadaşlarını gazetede ki resimlere bakarken gördüğünde rahatsız olduğunu söyledin. Bunun seni rahatsız eden yanı neydi?

**Hasta:** O gazetede kadın resimleri vardı. O resimlere bakıyor olabilirler diye rahatsız oldum.

**Doktor:** Diyelim ki o resimlere bakıyorlar, seni bununla ilgili sıkıntıya sokan nedir?

**Hasta:** O resimler benim kız arkadaşımın resimleriymiş ve onun resimlerine bakıp konuşuyorlarmış gibi düşünüyorum.

**Doktor:** O resimlerin kız arkadaşının resimleri olmadığını bildiğini söylemiştin. Ama diyelim ki kız arkadaşının resimleri olsa, bununla ilgili seni en çok ne sıkıntıya sokuyor?

**Hasta:** Onlar kız arkadaşım ile ilgili uygunsuz konuşurken benim onları durdurmam gerekir.

**Doktor:** Diyelim ki o resimler senin kız arkadaşına ait ve onunla ilgili olarak uygunsuz konuşuluyor, bunu durdurmadan senin için ne anlama gelir?

**Hasta:** Bu benim namussuz olduğum anlamına gelir.

**Doktor:** Yani, bu durumun senin namussuz olduğun anlamına geldiğini düşündüğün için bu kadar sıkıntın oluyor.

**Hasta:** Evet.

**Doktor:** O zaman seansın başında bana hastalık döngünü özetlemiştin. Yaşadığın bu olayı o döngüye göre özetleyerek çizelim istersen tahtaya.

**Hasta:** Olur.

**Doktor:** Önce tetikleyiciyi yazalım. Bu olayda tetikleyici neydi?

**Hasta:** Arkadaşları gazete okurken görmemdi. Zaten gitmiyorum artık dinlenme salonuna. Türlü türlü düşünceler geliyor aklıma.

**Doktor:** Bu yaptığın nedir peki? Yani dinlenme salonuna gitmemek.

**Hasta:** Kaçınma galiba. Sıkıntı hiç gelmesin diye kaçınıyorum.

**Doktor:** İşe yarıyor mu peki?

**Hasta:** Aslında bu sefer de kendimi yan yatakta oturanlar ne konuşuyorlar diye dikkat ederken buluyorum.

**Doktor:** Evet çok güzel. O zaman sen arkadaşlarını gazeteye bakarken gördüğünde sıkıntı hissettiğin için bunu hiç yaşamamak için kaçınmayı yani

dinlenme salonuna gitmemeyi tercih ediyorsun. Ama bu sefer de tetikleyicilere karşı dikkatin daha da artıyor.

**Doktor:** Peki arasını da tamamlarsak. Yani sen tetikleyiciye maruz kaldığında ne geliyor aklına ki bu kadar sıkıntı hissediyorsun?

**Hasta:** Bunlar benim kız arkadaşımın resmine bakıyorlar diye geliyor aklıma.

**Doktor:** O zaman tetikleyiciye maruz kalıyorsun ve aklına obsesyon olarak “Benim kız arkadaşım ile ilgili konuşuyorlar “ diye geliyor. Ve bu takıntınla ilgili bir de yorumun oluyor: “Onları durdurmalıyım. Yapmazsam bu benim namussuz olduğum anlamına gelir”. Ve sıkıntı da asıl olarak bu yorumla ilgili galiba.

**Hasta:** Evet ve bu öyle artıyor ki bazen gidip sorduğum da oluyor benim kız arkadaşımı tanıyıp tanımadıklarını. Tabi bu daha kötü diyaloglara yol açıyor.

**Doktor:** Peki tanımıyoruz dediklerinde bu seni rahatlatıyor mu?

**Hasta:** Hayır rahatlatmıyor. Bana doğruyu söylemediklerini düşünüyorum. Gidip kız arkadaşımı arıyorum ve bu konuşmalar da genellikle kavgayla sonuçlanıyor.

**Doktor:** Kız arkadaşına ya da diğerlerine sorup onay arıyorsun güvence arıyorsun. Ama bu da seni ya geçici süre rahatlatıyor ya da hiç rahatlatmıyor. Yani güvence aramak da işe yaramıyor.

**Hasta:** Yaramıyor evet. İşleri daha da zora sokuyor.

**Doktor:** Peki, ne yaptın sen bu olayda sıkıntını rahatlatmak için?

**Hasta:** Oturup yatağımın üstüne olayı en ince ayrıntısına kadar düşünmeye çalıştım. Gazetede ki resmi. Hayır o benim kız arkadaşımın resmi değildi diye. Kız arkadaşımın söylediklerini onların konuştuklarını defalarca aklımdan geçirdim. Doğru mu duydum. Bir şeyi atlamış olabilir miyim diye. Onların kız arkadaşımı, kız arkadaşımın da onları tanımadığına emin olmaya çalıştım. Ama bu saatlerimi alıyor ve sonunda yorgunluktan uyuyakaldım. Zaten beni en çok uyumak rahatlatıyor. Hiçbir şey düşünmüyorum böylece. Zamanımın çoğunu da uyuyarak geçirmeye çalışıyorum.

**Doktor:** O zaman sıkıntını rahatlatmak için yaptığın şey olayı tekrar tekrar düşünerek emin olmaya çalışmak diyebilir miyiz?

**Hasta:** Evet.

**Doktor:** Tabi uyumak da yine tetikleyicilere maruz kalmamak için kaçınmanın bir yolu gibi.

**Hasta:** Galiba haklısınız.

**Doktor:** Böylece döngüyü tamamlamış olduk. Senden gördüğün şeyin bir özetini yapmanı isteyebilir miyim?

**Hasta:** Benim dinlenme salonunda gazetede ki fotoğrafa bakan hastaları görmem bir tetikleyici. Bu aklıma takıntıyı getiriyor: benim kız arkadaşımın resmi olabilir ya da benim kız arkadaşım ile ilgili konuşuyor olabilirler. Bu takıntıyla ilgili yorumum var: Onları durdurmalıyım; yapmazsam bu benim namussuz olduğum anlamına gelir. Takıntı ve yorumla ilgili bir sıkıntı oluşuyor. Bunu rahatlatılabilmek için olayı tekrar tekrar düşünüyorum. Emin olmaya çalışıyorum. Ama bu geçici rahatlama sağlıyor. Sonra tekrar şüpheye düşüyorum. Tabi bir de güvence aramam ve kaçınmalarım var. Uyumak, sormak, dinlenme salonuna gitmemek gibi. Ama bunlar da hem geçici rahatlık hem de tetikleyicileri daha çok fark etmeme yol açıyor.

**Doktor:** Çok güzel. Bu senin yaşadığın şeyi tam olarak tanımlıyor mu?

**Hasta:** Evet. Galiba tanımlıyor.

**Doktor:** Bu hastalık döngüsü bir kısır döngü oldu. Bu kısır döngüye şöyle bir baktığında tetikleyiciyi kontrol edebilir miyiz? Yani o insanların neye baktıkları, ne konuştukları senin onlarla nerede karşılaşacağın gibi durumları kontrol edebilir miyiz?

**Hasta:** Aslında yanlarına gitmezsem karşılaşmamış oluyorum.

**Doktor:** Ama o zaman da dedin ki yan yatakta konuşulanlara kulak kesiliyorsun. Yani kaçınma ile tetikleyiciden uzaklaşabilirsin gibi geliyor ama bu sefer tetikleyicileri daha çok fark ediyorsun.

**Hasta:** Evet orası öyle.

**Doktor:** Aklına gelen düşünceyi yani obsesyonu kontrol edebilir misin?

**Hasta:** Yok edemem. Bunların psikiyatri hastası olmayan insanların aklına da geldiğini söylemişsiniz. Bunların aklıma gelmesini kontrol edemiyorum gerçekten de.

**Doktor:** Peki bu düşünce aklına gelen ama psikiyatrik bir hastalığı olmayan birini düşünelim onun senden farkı ne olabilir?

**Hasta:** Benim kadar sıkıntı hissetmiyordur.

**Doktor:** Peki neden senin kadar sıkıntı hissetmiyor olabilir?

**Hasta:** E, namussuz olduğunu düşünmüyordur.

**Doktor:** Namussuz olduğun ile ilgili yorum nedeniyle sen bu kadar sıkıntı hissediyorsun yani. Bu düşüncenin değişirse sıkıntın da azalır diyebilir miyiz?

**Hasta:** Diyebiliriz.

**Doktor:** O zaman bu düşünce ile ilgili konuşalım mı biraz. Öncelikle bu düşüncenin sende oluşturduğu sıkıntıyı 0 ile 10 arasında derecelendirmeni istesem kaç puan verirsin?

**Hasta:** On puan veririm.

**Doktor:** Namussuzu nasıl tanımlarsın?

**Hasta:** Namusunu koruyamayana namussuz denir. Birinin kız arkadaşına, karısına söylenecek lafları engellemesi de namusunu korumasıdır.

**Doktor:** Yani sözlükte tanımlamak gerekse nasıl tanımlanır mesela?

**Hasta:** Ahlaksız. Ahlaksızlık yapan. Bir kimsenin canına malına ırzına göz diken kimse.

**Doktor:** Peki, gazetede gördüğün bir kadın resmiyle ilgili yorum yapan insanları durdurmanın senin namussuz olduğun anlamına geldiğini söyledin. Bu senin için ne kadar namussuzca bir davranış. Örneğin bir grafikte göstersek. Bir ucu en namussuz bir ucu en namuslu olan bir grafikte. Bu davranış nerede yer alır?

**Hasta:** En namussuz ucuna yakın yer alır (Hasta doğrusal grafik üstünde işaretler)

**Doktor:** Başka neleri namussuzluk olarak tanımlarsın?

**Hasta:** Hırsızlık, cinsel taciz, cinayet işlemek, zina yapmak

**Doktor:** O halde, hırsızlık yapan biri bu grafikte nerede yer alır?

Hasta işaretler.

**Doktor:** Peki, cinsel tacizde bulunan biri bu grafikte nerede yer alır?

Hasta işaretler.

**Doktor:** Cinayet işleyen biri bu grafikte nerede yer alır?

Hasta işaretler.

**Doktor:** Zina yapan biri bu grafikte nerede yer alır?

Hasta işaretler.

**Doktor:** Bu grafiğe tekrar baktığımızda, "Gazetede gördüğün bir kadın resmiyle ilgili yorum yapan insanları durdurmanın"ı tekrar konumlandırmak ister misin?

**Hasta:** Evet. Çünkü sanırım namussuzluk ucuna o kadar da yakın değil.

**Doktor:** Güzel. Peki böyle düşündüğünde biraz önce dokuz puan verdiğin sıkıntını tekrar derecelendir desem ne dersin?

**Hasta:** Beş-Altı diyebilirim.

**Doktor:** Çok güzel o zaman biraz önce dediğimiz gibi namussuz olmakla ilgili düşüncen değiştiğinde sıkıntın da azalıyor.

**Doktor:** Bu konuştuklarımız senin de aklına yattı mı? Yoksa sana uymayan, katılmadığın bir yer var mı?

**Hasta:** Yok.

**Doktor:** O zaman senden bugün konuştuklarımızın bir özeti yapmanı isteyebilir miyim?

**Hasta:** Ben gazetede bir resme bakan iki kişiyi gördüğümde aklıma takıntı olarak “bunlar benim kız arkadaşım ile ilgili konuşuyor olabilirler” diye geliyor. O insanları görmem ve aklıma gelen takıntıyı kontrol edemememi namussuz olduğum şeklinde yorumluyorum. Bu da şiddetli sıkıntı hissetmeme yol açıyor. Aslında bu namussuzluk tanımı düşünüldüğünde bu tanıma o kadar da uyan bir davranış değil galiba. Böyle düşününce sıkıntım azalıyor.

**Doktor:** Çok güzel. Yani sıkıntıyı oluşturan asıl olarak takıntı değil de senin bununla ilgili yaptığın yorum.

## TARTIŞMA

OKB tedavisinde farmakoterapi ve psikoterapi tedavi seçenekleridir. Bu tedavileri karşılaştıran çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Maruz bırakma ve tepki önleme (Exposure and response prevention-ERP), Bilişsel terapi ve fluvoksamin tedavilerini karşılaştıran bir takip çalışmasında üç tedavinin benzer etkinlikleri olduğu şeklinde sonuç bildirmiştir (Van Oppen ve ark 2005). OKB tedavisinde BDT ve sertralinin kıyaslandığı bir çalışmada; her iki tedavi yönteminin de etkin olduğu, ancak BDT ile tam remisyon oranının daha fazla olduğu ve semptomlarda gerilemenin daha anlamlı olduğu şeklinde sonuç bildirilmiştir (Sousa ve ark 2006). OKB tedavisinde etkili olabilen ilaçlar serotonin gerialım inhibitörleridir (Hollander 1998). OKB, ilaç tedavisi alanındaki özellikleri ile kendine özgü bir psikiyatrik bozukluk olma niteliği göstermektedir. Örneğin, klomipramin, fluvoksamin, fluoksetin, sertralin, sitalopram, paroksetin ve trazodon gibi OKB tedavisinde etkili olan ilaçlar aynı zamanda taşıdıkları antidepressan etkileri nedeniyle depresyon tedavisinde de kullanılmaktadır. Bu ilaçların antidepressan etkinliği 3-4 hafta sonra ortaya çıkmaktadır. Oysa OKB’de kullanılmakta olan ilaçların etkilerinin görülmesi için tedavinin 10 haftadan fazla ve genellikle 16-18 hafta sürdürülmesi gerekir (Hollander 1998). Hastamız 8 hafta takip edilmiş olup iyilik halinin bu anlamda farmakolojik tedaviden çok BDT’ nin etkinliğine bağlı olduğu düşünülmüştür.

OKB tedavisinde BDT planlanırken ilk ve en önemli basamak iyi bir değerlendirme sürecinde elde edilen bilgilerle formülasyonu iyi yapmaktır. Formülasyon, kompulsiyon denen uyum bozucu davranış kalıbının gelişmesini açıklamaya yardımcı olmak amacıyla distal ve proksimal hazırlayıcı olayların değerlendirilmesi suretiyle bir klinik hipotez ortaya koymaktır (McAndrew 1989). Tedavi boyunca bu hipotezi test etmeye, geliştirmeye ve gerekirse tekrar yapılandırmaya devam ederiz. Eğer terapist hatalı bir formülasyon yaparsa, tedavi etkili olmayacaktır. Bilişsel davranışçı vaka formülasyonu iyi bir bilişsel varsayım (working hypothesis) ile sonlanmalıdır (Persons ve Davidson 2001). Bu, kişinin obsesyon ve kompulsiyonlarının oluşması ve devamında rol oynayan anahtar değişkenlerin bir araya toparlanması ve özetlenmesidir. Bu hipotez, bu anahtar değişkenlerin obsesif kompulsif semptomatolojiyi sürdürmek için birbirleri ile nasıl bir ilişki içinde olduklarını açıklar. Bu yolla bilişsel varsayım tedavi hedefleri için geri bildirim sağlar ve bilişsel davranışçı müdahaleler için rehberlik yapar. Burada önemli olan formülasyonun tedavinin başında yapılıp biten bir şey olmadığını, tedavi boyunca devam eden bir süreç olduğunu unutmamaktır. Hastadan gelen yeni bilgiler doğrultusunda formülasyon geliştirilmelidir. Vakamızda tedavi planlaması; Tehlikeyi abartılı algılama, düşünce eylem karmaşası ve sıkıntıya tahammül edememe değerlendirmeleri üzerine bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullanılarak planlanmış olup, tedavi süresince erken yaşantıları getirebildiğinde ancak formülasyon tamamlanmıştır. “Olgu kavramsallaştırılması” kullanılarak diyagram üzerinden hastaya hastalığının bireysel formülasyonunun sunulması hastanın güncel sorunlarını anlamasında güçlü bir müdahale olmuştur.

Sonuç olarak; formülasyon terapi sürecinin her aşamasında terapistin gözünün önünde olması gereken bir yol haritasıdır. Doğru hedefe ulaşabilmek için varlığı olmazsa olmaz olup hastadan gelecek bilgilere göre güncellenmesi gereken dinamik bir süreçtir.

## KAYNAKLAR

- Clark DA (2007) Cognitive Behavioral Therapy for OCD: Guilford Press New York.
- Hollander E (1998) Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. Br J Psychiatry, 35 (Suppl):7-12
- Marcelo B Sousa, Luciano R Isolan, Renara R Oliveira ve ark. (2006) A randomised clinical trial of cognitive behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry, 67:1133-1139

- McAndrew JF (1989) Obsessive-Compulsive Disorder: A Behavioral Case Formulation. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(4):311-318
- Persons JB (1989) *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: Norton
- Persons JB, Davidson J (2001) Cognitive-behavioral case formulation. In: Dobson KS, editor. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2nd ed. New York: Guilford Press; s. 86–110
- Van Oppen P, Van Balkom Anton JLM, De Haan E ve ark. (2005). Cognitive therapy and exposure in vivo alone and in combination with fluvoxamine in obsessive compulsive disorder: A five year follow-up. *J Clin Psychiatry*, 66:1415-1422

*Yazışma adresi/Address for correspondence:*

Uzm. Dr. Nergis Lapsekili, Çorlu Asker Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Çorlu/Tekirdağ/Türkiye  
nergislapsekili@yahoo.com

Alınma Tarihi: 11.11.2011

Kabul Tarihi: 05.01.2012

Received: Nov. 11, 2011

Accepted: Jan. 5, 2012