

Obsesif Kompulsif Bozuklukta Gevşeme Eğitimi ve Bilişsel Davranışçı Tekniklerin Uygulanması: Vaka Örneği

F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ¹, Özlem SERTEL BERK², Başak YÜCEL³

¹Istanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul Türkiye

²Istanbul Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

³Istanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Öz

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tedavisinde psikofarmakoloji ve Bilişsel Davranışçı Terapiler (BDT) yaygın olarak kullanılabilen ancak motivasyon artımı amacıyla gevşeme eğitiminin ayrı bir protokol olarak uygulanmasına sık rastlanmamaktadır. Bu olgu sunumunda bir OKB vakasında düşük doz psikofarmakoterapiyle birlikte gevşeme eğitimi ve BDT tekniklerinin kullanımı aktarılmıştır. 40 yaşlarında 10 yıllık hastalık öyküsü bulunan kadın vakanın temel olarak bulaşma olmak üzere kuşku ve kurallara uyma ile ilgili obsesyonları ve bunun yarattığı sıkıntıdan kurtulmak için yaptığı tekrarlayıcı davranışları bulunmaktadır. Ayaktan takip edilen vakaya önce ilaç tedavisi başlanmış farklı antidepresanlar denenmiş ancak özellikle fotosensitivite yan etkisi sebebiyle doz artımı yapılamadığı için kombine tedavi planlanmıştır. 2 seanslık değerlendirme ve vaka formülasyonunun ardından 6 seanslık gevşeme eğitimi ve psikoeğitimi içeren tedavinin ilk aşaması gerçekleştirilmiştir. Sonrasında 12 seanslık BDT modülünde bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakma, tepki önleme, sosyal beceri eğitimi, imgesel teknikler uygulanmıştır. Terapinin sonlanmasının ardından 2 izlem seansıyla vaka takip edilip kazanımların korunduğu gözlenmiştir. OKB'nin BDT ile tedavi sürecinde, vaka düzeyinde formülasyon yapılarak motivasyonu yükseltmek için gevşeme eğitiminin kullanımının tedaviye katkı sağlayacak önemli bir bileşen olduğu anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Bilişsel Davranışçı Terapi, gevşeme

Abstract

Application of Relaxation Training and Cognitive Behavioral Techniques in Obsessive Compulsive Disorder: A Case Presentation

Psychopharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) are commonly used in the treatment of Obsessive Compulsive Disorder (OCD) although the use of relaxation training as a separate protocol for enhancing treatment motivation is not very common. This case report focuses on the application of CBT with the combination of relaxation training and low-dose psychopharmacotherapy with an OCD patient. The patient was in her forties and she had ten years history of OCD, whose basic obsessions were about contamination, suspiciousness and observance to specific rules. She performed compulsions to neutralize the anxiety that were created by her obsessions. Psychopharmacotherapy as an outpatient was the primer choice of treatment, although dose increment was not possible due to serious side effects. Therefore, a combined treatment model was planned. The first phase of the treatment was conducted as a 6 sessions relaxation training and psychoeducation program right after 2 sessions of psychological assessment and case formulation. Then 12 sessions of CBT model was conducted that include cognitive restructuring, exposure, response prevention, social skills training and imaginary techniques. The patient sustained in remission in the follow-up sessions after the treatment had ended. It is assumed that the combination of relaxation training for enhancing motivation with CBT through case formulation is a contributive component of treatment in OCD.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Cognitive Behavior Therapy, relaxation

Correspondence / Yazışma:

F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ

Istanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul Türkiye

Tel: +90 536 743 32 48

E-mail: elif.okumus@izu.edu.tr

Received / Geliş: October 05, 2018

Accepted / Kabul: December 25, 2018

©2018 JCBPR. All rights reserved.

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) stres yaratan takıntılı düşünceler (obsesyonlar) ve bu düşüncelerin ortaya çıkarıldığı kaygıyı azaltmak için yapılan takıntılı davranış, düşünce ve kurallarla (kompulsiyonlar) karakterizedir (APA, 2014). OKB'nin gelişiminde psikolojik, biyolojik ve genetik faktörler rol oynamakta olup ülkemizde görülme sıklığı %0,5–3 arasındadır (Erol, Kılıç, & Ulusoy, 1998). OKB kişinin işlevselliğini çok yönlü etkileyerek yaşam kalitesini düşürebilmektedir (Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007).

OKB'de öne çıkan tedaviler; Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI) ve Bilişsel Davranışçı Terapilerdir (BDT) (Olatunji, Davis, Powers, & Smiths, 2013; Thobaben, 2012). Tedaviye dirençli vakalarda BDT ve SSRI'nin birlikte kullanımı, antipsikotik kullanımı, psikofarmakolojik diğer ajanların tedaviye eklenmesi, Elektrokonvulsif Terapi (EKT) ve cerrahi yöntemlere de başvurulabilmektedir (Tükel & Demet, 2017). Hastalık süresinin uzunluğu, komorbid psikiyatrik bozukluklar ve ailede kaygı bozukluğu öyküsü, prognozu olumsuz etkilemektedir (Jakubovski et al, 2012). BDT'nin OKB'deki etkinliğine dair pek çok çalışma bulunmakta birlikte (örn. Olatunji et al. 2013) vakalarda tedaviyi reddetme ve yarıda bırakma ile sıklıkla karşılaşmaktadır (Abramowitz, Taylor, & McKay, 2009). Tedaviye direncin sebeplerinden biri motivasyon düşüklüğü olup BDT'ye eklenen motivasyonel yaklaşımlar ile tedavi etkinliği artırılmaktadır (Wheaton, Puliafico, Zuckoff, & Simpson, 2016; Randall & McNeil, 2017). Gevşeme Eğitimi bu bağlamda öne çıkan bir teknik olarak OKB tedavisinde kullanılmakta, OKB ve eşlik eden depresif semptomların azalması, yaşam kalitesinin artması, tedaviye devamın sağlanmasına olumlu katkı sunmaktadır (Twohig et al. 2010)

Gevşeme Eğitimi OKB tedavisinde sıklıkla bir yan teknik olarak uygulanmaktadır (Patel, Carmody, & Simpson, 2007). Bu olgu sunumunda ise OKB'nin BDT temelli tedavisine gevşeme eğitiminin ayrı bir modül olarak eklenmesinin terapi sürecine olası etkileri tartışılacaktır.

OLGU

Vaka, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Birimi'ne başvurmuş, DSM-5'e göre (APA, 2014) OKB tanısı almıştır. Psikofarmakoterapide çeşitli antidepressanlar (sertralin, sitalopram, paroksetin, venlafaksin) denenmiş ancak fotosensitivite, baş dönmesi, deri döküntüleri, uyuşma ve karıncalanma gibi yan etkiler sebebiyle etkin

doz ve sürede medikal tedavi uygulanamamış, en az yan etkinin görüldüğü Sertralin ile 75 mg/gün'ün üzerine çıkılamamıştır. Bu doğrultuda düşük doz farmakoterapi ile birlikte psikoterapi planlanmıştır. Vakanın 20 seans ve 2 seanslık izlemiden oluşan psikoterapi süreci ilk yazar tarafından, ikinci yazarın süpervizyonunda gerçekleştirilmiş ve vakanın izniyle seansların transkripsiyonu yapılmıştır. Terapi yaklaşımı temel olarak Gevşeme Eğitimi (Jacobson, 1938; Ost, 1987; Sertel-Berk, 2001) ve OKB için yapılandırılan BDT'dir (Clark, 2004; Foa & Kozak, 1996).

Vaka Öyküsü

Vaka, 40'lı yaşlarında ailesiyle yaşayan, bekar kadındır. Doktora derecesinde eğitilmiş ancak hiç çalışmamıştır. Entelektüel kapasitesi yüksek fakat sosyal çevresi kısıtlı ve zamanının çoğunu evde geçirmektedir. Geçmişte tedavi başvurusu olmayan vakanın şikayetleri 10 yılı aşkın süredir mevcuttur. Temel şikayeti Hepatit C hastalığı teşhisi almasının ve başarısız tedavi girişimlerinin ardından iyileşmesinden sonra ortaya çıkan hastalık-mikrop kapma/bulaştırma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonlarıdır. Bu obsesyonları besleyen inanç; herhangi bir mikropla temas edildiğinde hastalığın nüks edeceğidir. Buna bağlı olarak vaka her gün ortalama 5–6 saatini alan spesifik hijyen kompulsiyonları (ellerini antibakteriyel sabunla en az 3 kez yıkamak, ev dışında kullanılan ya da yere düşen eşyaları mümkünse hemen yıkamak değilse telafi olarak ıslak mendille silip daha sonra yıkamak, restoranda yemek yememek vb.) göstermektedir. Ayrıca kurallara uyma (her zaman doğruyu söylemek, hiçbir durumda yeşil ışık yanmadan geçmemek vb.), düzenle ilgili takıntılar ve şüphe obsesyonları da (doğruyu söyleyip söylemediğinden emin olmamak, hak yediği ile ilgili düşünceler vb.) vardır. Tedavi başlangıcında vakanın depresif, aleksitimik ve kaygı seviyesinin yüksek olduğu gözlenmiştir.

Problemlerin Formülasyonu

Vakanın ailesinde görülen OKB öyküsü, erken yaşlardan itibaren geçirdiği tıbbi rahatsızlıklar (skolyoz, araknoid kist) ve travmatik kayıp öyküleri yatıklaştırıcı faktörler olarak değerlendirilmiştir. Hepatit C hastalığı, şikayetlerin başlamasında tetikleyici olmuştur. Ayrıca iki seanslık psikolojik değerlendirme görüşmesi ve psikiyatrik değerlendirmede elde edilen bilgiler doğrultusunda vakanın kişilik özellikleri ve formülasyonu yapılmış, duygu ifadesini kısıtlayıcı aile ortamı, şizotipal, mükemmeliyetçi, utangaç ve çekingen kişilik özelliklerinin de hem yatıklaştırıcı hem de sürdürücü faktörler arasında olduğu düşünülmüştür.

Terapi Süreci

İki seanslık psikolojik değerlendirmenin ardından, problemin kronikliği, tedavi motivasyonunun ambivalent oluşu, vakanın davranış öncüllerini belirlemede zorlanması ve daha önce tedavi girişiminde bulunmaması sebebiyle yüzleştirme ve diğer doğrudan müdahaleler tedavide birincil olarak ele alınmamıştır. Dolayısıyla tedavinin ilk hedefi; tetikleyici durumları belirleyip kaygıyı kontrol edebilme becerisi kazandırmaktır. Bu doğrultuda vakanın kaygısının somatik oluşu ve bunu gerilim şeklinde hissettiği de göz önüne alınarak, motivasyon artırma amaçlı altı seanslık gevşeme eğitimi planlanmıştır. Bu altı seanslık süreçte davranış analizi yapılarak psiko eğitim de verilmiştir. Değişime yönelik motivasyonun gelişmesinin ardından vakanın BDT sürecine hazır hale geldiği düşünülmüştür. Bu amaçla 12 seanslık bir terapi planı çıkarılarak; obsesyon ve kompulsiyonlarla baş edebilmek ve sosyal ilişkileri geliştirmek hedeflenmiştir. DSM-5'e göre OKB semptomlarını karşılamaması ve vakanın da hemfikir olduğu belirgin klinik gelişim gözlenmesi sebebiyle iki izlem seansı planlanarak terapi sonlandırılmıştır. Bu süreçte vaka, üçüncü yazarın takibinde düşük dozda (Sertralin 50 mg) ilaç kullanımına devam etmiştir.

Terapide Kullanılan Teknikler

Gevşeme Eğitimi: Özellikle ağrı bozuklukları ve strese ilgili problemlerde kullanılmakla birlikte kaygı bozukluklarında sıklıkla sistematik duyarsızlaştırma ve kaygıyla baş etme amacıyla kullanılmaktadır (Clark, 2004). Ost (1987) tarafından yapılandırılan gevşeme eğitiminin temel amacı kaygıyı fark edebilme ve onu kontrol edebilme yeteneğinin kazanılmasıdır. Terapinin ilk altı seansı gevşeme eğitimini (Jacobson, 1938; Ost, 1987; Sertel-Berk, 2001; 2002) içermiştir. Önce derin kas gevşeme egzersiziyle her bir kas grubu bir kaç saniyelik gerilip ardından gevşetilmiştir (15–20 dakika). Vaka bunu kendi başına yapabildiğinde otojenik gevşemeye (5–10 dakika), sonrasında nefes egzersizlerine (2–3 dakika) geçilmiştir. Egzersizlerin her gün tekrar edilmesi ve gerginliğin nasıl kaygıya dönüşüğünün kayıt altına alınması ödev olarak verilmiştir. Altı seansın ardından doğrudan hedef alınmamasına rağmen OKB semptomlarında da DSM-5 kriterlerine göre eşik altına inecek düzeyde düşüş olmuştur.

Psiko eğitim: Öncelikle ilk altı seansın başlangıç aşamalarında bedensel gerginlik ve düşünsel-duygusal süreçler ile OKB belirtileri arasındaki ilişkiler gevşeme egzersizi bağlamında ele alınmıştır. Ayrıca hem gevşeme sürecinde ve hem de ardından gelen 12 seanslık BDT sürecinde vakanın 'anormal' veya 'deli' olduğuna ve bunun değişmeyeceğine yönelik

endişeleri için OKB, OKB'nin BDT modeli (Türkçapar, 2009) ve tedavi süreciyle ilgili psiko eğitim de verilmiştir.

Kendini İzlem ve Ev Ödevleri: Gevşeme ile başlayan terapinin ilk seanslarında vaka, obsesif düşünceleri ve kompulsif davranışları için bir günlük tutmuştur. İlerleyen seanslarda A-B-C-D modelini (olaylar, düşünceler, duygular ve davranışlar) bu kayıtlara eklemiştir (Türkçapar, 2009).

Sokratik Sorgulama ve Bilişsel Yeniden Yapılandırma: Terapinin özellikle 12 seanslık BDT modülünde vakanın otomatik düşünce ve bilişsel çarpıtmalarını bulmak amacıyla kanıt arama, derine inme gibi sokratik sorgulama teknikleri kullanılmıştır (Leahy, 2010; Türkçapar, 2009). Bu sayede ortaya çıkan bilişsel çarpıtmaların bazı örnekleri şunlardır: 'eğer en ufak bir başarısızlık dahi gösterirsem başarılı bir insan sayılamam' (hep ya da hiç tarzında düşünme), 'tam anlamıyla bir skandal olur' (felaketleştirme), 'içlerinden bana deli demişlerdir' (akıl okuma).

Maruz Bırakma ve Tepki Önleme: Tedavinin ilerleyen evrelerinde (10. Seanstan itibaren) maruz bırakmanın farklı türleri uygulanmıştır (Beck, 2001; Savaşır, Soygüt, & Kavakçı, 2003). Örneğin vaka yakın zamanda gözlüklerini değiştirmiş ancak kendisine yanlışlıkla sigortanın karşıladığından daha pahalı bir gözlük verildiğini ve borçlu kaldığını düşünmüştür (şüphe obsesyonu). Bu sebeple gözlükleri kullanmamaktadır. Bilişsel yöntemlerin ardından 4 basamaklı sistematik duyarsızlaştırma modeli tasarlanmıştır. Böylece vaka her seansta 10 dakikadan başlayıp süreyi arttırarak gözlüklerini takmaya başlamış, anksiyetesi yükseldiğinde gevşeme teknikleri uygulanmıştır. Böylece tüm seans boyunca ve gerekli yerlerde gözlüklerini takabilir hale gelmiştir. Ayrıca vakanın diğer obsesyonları için imgesel maruz bırakma yöntemi, kompulsiyonları için de tepki önleme yöntemleri kullanılmıştır.

Sosyal Beceri Eğitimi: Sosyal beceri kazanımına (Köroğlu, 2009) yönelik eğitim verilerek vakanın ilişki problemleri için 15 ve 16. seanslarda rol-play teknikleri (tanımadığı kişiler, yakın arkadaşlar ve aile ile ilgili) uygulanmıştır. Her bir durum için canlandırmalar birden fazla kere tekrarlanmış olup başlangıçta çok gergin olan vakanın canlandırmaları giderek daha komik bulunduğu ve mizahı da kullandığı gözlenmiştir.

Model alma: Seanslar sırasında terapist kasti olmadan kağıt/kalemlerini yere düşürmüş, vaka her defasında yere düşen bir şeye dokunulduğunda herhangi bir sorun olmadığını görmesinin kendisine umut ve güven verdiğini söylemiştir.

İmgesel Teknikler: Son seanslarda olumlu duygulara odaklanıp bunların etkilerini arttırabilme ve semptom önleme amacıyla güvenli yer oluşturmak (Marr, 2012; Shapiro & Maxfield, 2002) gibi imgesel teknikler kullanılmıştır.

Sonlandırma: Terapinin sonucunda vakanın temizlik obsesyonları ve kompulsiyonları tamamen ortadan kalkmıştır. Şüphe obsesyonları daha dirençli olmakla birlikte vaka bunların ortaya çıkardığı kaygıyı kontrol edebilir hale gelmiştir. Ayrıca, 'sokakta banka oturamamak' gibi davranış kaçınmaları da sonlanmıştır. Tüm bu gelişmeler itibarıyla vakanın DSM-5'e göre OKB tanı kriterlerini artık karşılamadığı gözlenmiştir. Terapi hedeflerine ulaşılması ve belirgin klinik gelişim gözlenmesi sebebiyle terapi planlandığı şekilde sonlandırılmış, 3 ve 6 ay sonrasında iki izlem seansı yapılmıştır. İzlemlerde kazanımların korunduğu ve gelişimin devam ettiği gözlenmiştir. Vaka bu süreçte bir kitap yazarak çocukluk hayalini gerçekleştirdiğini belirtmiştir.

TARTIŞMA

BDT, OKB tedavisinde etkinliği kabul edilmiş bir yöntem olup vakanın tedavi sürecine aktif katılımını gerektirmekte, hastalığın en önemli sürdürücüsü olan obsesyonlarla yüzleşmeyi ya da kompulsiyonları durdurmayı içermektedir. Dolayısıyla tedavi sürecinin zorlayıcılığı vakaların tedaviyi bırakmasına sebep olabilmektedir (Abramowitz, Taylor, & McKay, 2009). Gevşeme egzersizleri ise BDT içinde genellikle bir yan teknik olarak kullanılmaktadır (Abramowitz, McKay, & Storch, 2017). Uzun süreli hastalık öyküsü, geçmişte tedavi başvurusu olmayışı, davranışçı stratejilere karşı motivasyon azlığı ile beraber hastalığın ortaya çıkmasındaki yatkınlaştırıcı, tetikleyici ve sürdürücü faktörler ele alınarak olgu düzeyinde BDT temelli formülasyonu (Kuru & Türkçapar, 2013; Türkçapar & Şafak, 2012) yapılan bu vakanın tedavi modelinde ise OKB'nin standart BDT protokolünden farklı olarak altı seanslık bir gevşeme eğitimi programı uygulanmıştır (Jacobson, 1938; Ost, 1987; Sertel-Berk, 2001). Ardından standart BDT protokolündeki teknikler 12 seanslık ayrı bir modül olarak kullanılmıştır. Dolayısıyla vakanın, tedavinin daha aktif ve semptomlara doğrudan müdahale edildiği BDT modülüne daha iyi hazırlanması amaçlanmıştır. Nitekim terapi sürecinin başlangıcında doğrudan OKB'ye yönelik müdahaleler yer almamış, genel olarak psikoeğitim ve gevşeme eğitimi uygulanmış olmasına karşın, vakanın OKB semptomlarında sıklık ve süre açısından DSM-5 OKB tanı kriterlerine göre eşik altı seviyeye incek kadar azalma görülmüştür.

Gevşeme eğitiminin hangi psikolojik mekanizmalar aracılığıyla bu sonuçları etkilediği önemli bir soru olarak öne çıkmaktadır. Literatürdeki çalışmalar gevşemenin; öz etkinlik yani tedavinin gereklerini yapabileceğine dair inançları arttırdığına (Whittel & McLean, 1999), kooperasyonla beraber tedavi motivasyonunu yükselttiğine (Twohig et al. 2010), gerginlik ve kaygıda kontrolün sağlanmasının yanı sıra tedavi sürecine çok yönlü katkı sunduğuna işaret etmektedir (Patel, Carmody, & Simpson, 2007). Bu olgu sunumunda gevşeme eğitiminin sonunda OKB belirtilerindeki azalmada literatürde bahsi geçen söz konusu faktörler rol oynamış olabilir. Ancak ileriki çalışmalarda gevşeme eğitiminin OKB vakalarında sağladığı motivasyonel ve semptomatik çok yönlü olumlu değişimler psikometrik ölçümler de kullanılarak daha geniş vaka örneklerinde sınanmalıdır. Bununla birlikte OKB tedavisinde vakanın ihtiyaçlarına göre süreci ve kullanılacak teknikleri belirlemek, uygulamada vakanın hızına uygun gitmek, gerekli esnekliğe sahip olmak ve tedavi etkinliğini arttırmak adına gevşeme eğitimi modülü umut vadeden bir psikolojik müdahale olabilir.

KAYNAKLAR

- Abramowitz, J. S., McKay, D., & Storch, E. A. (Eds.). (2017). *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118890233>
- Abramowitz, J.S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374, 491-499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3)
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* (Çev. Ed. Köroğlu, E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Beck, J. S. (2001). *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Ötesi*. (Çev. Nesrin Hisli Şahin). Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.
- Erol, N., Kılıç, C., & Ulusoy, M. (1998). *Türkiye'nin ruh sağlığı profili raporu*. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (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.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation: A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice*. University of Chicago Press.
- Jakubovski, E., Diniz, J. B., Valerio, C., Fossaluza, V., Belotto-Silva, C., Gorenstein, C., ... & Shavitt, R. G. (2013). Clinical predictors of long-term outcome in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 30(8), 763-772. <https://doi.org/10.1002/da.22013>
- Köroğlu, E. (2009). *Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Temel Kavramlar, Temel Yaklaşımlar*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

- Kuru, T. & Türkçapar, M. H. (2013). A Pharmacotherapy and ECT resistant OCD patient's Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 2(3), 173-181.
- Leahy, R. L. (2010). *Bilişsel Terapi Yöntemleri: uygulamacının el kitabı. Gözden Geçirilmiş ikinci baskı. (Çev. Türkçapar, H. ve Köroğlu, E.). Hekimler Yayın Birliği. Ankara.*
- Marr, J. (2012). EMDR Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Preliminary Research. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6 (1), 2-15. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.6.1.2>
- Olatunji, B.O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 27, 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smiths, J.A.J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Ost, L. G. (1987). Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour research and therapy*, 25(5), 397-409. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(87\)90017-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(87)90017-9)
- Patel, S. R., Carmody, J., & Simpson, H. B. (2007). Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 375-380. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.006>
- Randall, C. L., & McNeil, D. W. (2017). Motivational interviewing as an adjunct to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A critical review of the literature. *Cognitive and behavioral practice*, 24(3), 296-311. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.05.003>
- Savaşır, I., Soygüt, G. & Kabakçı, E. (2003). *Bilişsel-Davranışçı Terapiler. Genişletilmiş 3. Basım. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.*
- Sertel-Berk, H. Ö. (2001). Kronik Ağrıda Bireysel Psikoterapiler ve Gevşeme Teknikleri. Panel Bildiri. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2-6 Ekim, İstanbul, Türkiye.
- Sertel-Berk, H.Ö. (2002). Klinik kavramlar ve yorumlar: Psikolojik bakış açısıyla kronik ağrı. *Ağrı*, 14(2), 45-47.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 933-946. <https://doi.org/10.1002/jclp.10068>
- Thobaben, M. (2012). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): Symptoms and Interventions. *Home Health Care Management & Practice*, 24(4) 211– 213. <https://doi.org/10.1177/1084822312441364>
- Tükel, R. & Demet, M. M. (2017). Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri* 21. Ankara.
- Türkçapar, M. H., & Şafak, Y. (2012). Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel özellikler ve bilişsel tedaviler. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(3), 69-75.
- Türkçapar, H. (2009). *Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve uygulama. HYB Yayıncılık, 2002 (Medico Graphics Ofset).*
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(5), 705. <https://doi.org/10.1037/a0020508>
- Wheaton, M. G., Puliafico, A. C., Zuckoff, A., & Simpson, H. B. (2016). Treatment of an Adult with Obsessive-Compulsive Disorder with Limited Treatment Motivation. In *Clinical Handbook of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* (pp. 385-397). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-17139-5_26
- Whittal, M. L., & McLean, P. D. (1999). CBT for OCD: The rationale, protocol, and challenges. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6(4), 383-396. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(99\)80057-1](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(99)80057-1)

EXTENDED ENGLISH ABSTRACT

OBJECTIVE

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) that is an efficient option in the treatment of OCD requires an active participation of client. This active involvement in the sessions forces clients because change is not easy. For this reason, patients frequently report motivational deficits and it causes high dropout rates. In order to prevent dropouts, therapists need motivational approaches. Therefore, combination of motivational approaches in the therapy is a promising way to enhance treatment efficiency. Several techniques include relaxation methods; for instance systematic desensitization. Nevertheless, the use of relaxation training as a separate protocol for enhancing treatment motivation is not very common.

The following case applied to the psychiatry unit of Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine for her OCD. Psychopharmacotherapy was the first option in treatment, several antidepressants were used but not in sufficient level due to serious side effects. Therefore, a combined approach with CBT and low-dose psychopharmacotherapy (Sertraline 50 mg/day) was preferred. A total of 20 sessions including two follow ups were carried out under supervision, all of which were transcribed with the permission of the case. The therapy approach was basically CBT for OCD and Relaxation Training. The case was formulated according to CBT and the goals of therapy were identified with the patient.

CASE

The client was a single woman in her forties, well-educated (PhD level) but never worked in a formal job. She had a DSM-5 OCD diagnosis in the beginning of therapy. This was her first psychiatric treatment although her problems began more than ten years ago. Her initial complaint was about her contamination obsessions, which were started after she had Hepatitis C and received several unsuccessful treatments before being cured. The core belief under these obsessions was the relapse of the illness in case of contact to any germ. Therefore, she had specific hygiene rules, which she was performing in specific occasions like when something drops to the floor, or when her clothes touch the floor. Her compulsion was to use hand towels to remove the dirt in her hands or in the object. If her anxiety would not ease, then she would use a bleacher to clean. Another obsession was feeling obliged to obey the rules and telling the exact truth. She had also obsessions about suspicion and orderliness. These symptoms were taking almost 5 hours in her day. Predisposing factors include a family history of OCD, medical problems in early childhood. Being careful about hygiene was quite an important rule of her life for a long time. Especially her hepatitis C was a triggering factor as her cleaning obsessions were initiated in the meantime as her treatment was continuing. Furthermore having several traumatic stories of loss might have been assumed to be predisposing factors as well.

Therapy Process: She was referred to therapy by a psychiatrist and the same psychiatrist had been consulted for psychomedication during therapeutic process. First phase of the treatment started immediately after two sessions of psychological assessment. Exposure or other direct interventions were not the first choice of treatment given the chronicity of the problem, her inability to

identify precipitants of her behaviors, name her feelings or express them, besides her ambivalent treatment motivation, and her having no attempt to solve her problems before. Thus, the primary goal was to identify the triggering situations and gain the ability to control her anxiety. A form of deep muscle relaxation model was planned for six sessions owing the fact that her anxiety was mostly somatic and she was feeling it as a form of tension/tightness. Furthermore, a complete behavior analyses and psychoeducation about OCD was conducted and the patient was instructed about the CBT model of OCD. Thus, she became ready for a more comprehensive form of CBT. She gained ability to rate and, if necessary, control her anxiety across varying situations, realize the accompanying automatic thoughts. Seeing that her motivation to change improved and she was maintaining her therapeutic gains, a 12 sessions CBT was planned where therapy goals, this time, were identified as coping with her obsessions and compulsions more effectively, improving her social life and working on her relationship problems with family and friends.

At the first 6 sessions of therapy; relaxation training (deep-muscle relaxation, autogenic relaxation, and breath relaxation), psychoeducation, motivational techniques, self-monitoring for behavior analyses were used in order to make the full description of problems, increase motivation and gain cognitive flexibility. These were followed by more comprehensive CBT techniques including; Socratic questioning and cognitive restructuring, exposure and response prevention, social skills training and role-play, modeling, imaginative techniques, home works. After the first phase, she no longer had a full DSM-5 diagnosis of OCD, she only have subthreshold OCD symptoms.

When a clinically significant improvement was observed and agreed upon, the sessions were ceased by arranging two control sessions for the next three and six months. It was observed that the client protected her gains and continued to show progress in the follow-ups.

DISCUSSION

In this case formulation, six sessions relaxation training program integrated with the standard CBT for OCD. This first phase of treatment gave an important opportunity for enhancing motivation and preparing the client to the CBT protocol for a direct symptom intervention. The surprising development was that after these first six sessions her OCD symptoms decreased even though they were not the primary target. Previous studies demonstrate that relaxation contributes therapy in different ways through enhancing self-efficacy, cooperation, motivation and gaining the ability to control tension and anxiety. These factors may play a role in this case, yet more research is needed to understand the role of relaxation training. In conclusion, it is essential to consider clients' needs and speed when planning the treatment in OCD. Therefore, relaxation-training model could be a promising psychological intervention in order to enhance the efficiency of the treatment since it provides appropriate atmosphere for therapists to adjust the clients' needs.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Cognitive Behavior Therapy, relaxation training