

Dinsel, Cinsel, Temizlik Okb Alt Tipleri Olan Ergen Hastada Psikofarmakolojik Tedavi ve Bilişsel Davranışçı Terapi Birlikteliği: Bir Olgu Sunumu

Haydeh FARAJİ¹, Ahmet Ertan TEZCAN²

Özet

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) birey tarafından irrasyonel bulunan, rahatsızlık duyulan, yineleyici, dürtü, düşünce, imge ve/veya kompulsiyonların varlığı ile belirli bir bozukluk olup, en sık rastlanan dördüncü psikiyatrik bozukluktur. Dini obsesyonlar; tanrıya küfretme, varlığına inanmama gibi günah sayılan düşüncelerin akla gelmesi ve bundan ötürü ceza almaktan korkma ile belirli obsesyonlardır. Cinsel obsesyonlar, herhangi bir kimse ile ilgili istenmeyen cinsel düşüncelere sahip olma, çocukları içeren cinsel düşünceler, eşcinsellik ile ilgili cinsel düşüncelere kapılma ile ilişkili obsesyonlardır. OKB bireyin işlevselliğinde ve yaşam kalitesinde düşüşe yol açmaktadır. Obsesyonların içeriğinin cinsel ve dinsel konularda olduğu durumlarda OKB'nin yol açtığı rahatsızlığa bir de utanç ve suçluluk duyguları eklenmekte ve hastanın durumu daha da güçleşebilmektedir. Sunduğumuz olguda DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanısı almış, dinsel ve cinsel obsesyonları ve temizlik kompulsiyonu alt tiplerine sahip olan ve bu nedenle günlük yaşamında önemli düzeyde zorlanmalar yaşayan 16 yaşındaki bir ergen hastanın psikofarmakoterapi ve bilişsel davranışçı terapi ile yürütülen tedavi süreci ele alınmaktadır. Tedavi prosedüründe olgunun obsesyon, kompulsiyon, davranışsal nötrleme ve kaçınmaları için, farmakoterapinin yanında başta Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) OKB'deki temel yaklaşım tekniği olarak bilinen maruz bırakma-tepki önleme müdahalesi olmak üzere BDT ile çalışılmıştır. Tedavi prosedürü sonunda danışanın tüm obsesyon ve kompulsiyonlarında belirgin azalma ve günlük işlevselliğinde belirgin artış görülmüştür. Sonuç olarak; başta maruz bırakma ve tepki önleme tekniği ile BDT teknikleri ile farmakoterapinin birlikte kullanımının OKB'nin belirti şiddetini önemli düzeyde azalttığı ve bireyin işlevselliğine katkıda bulunduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Bilişsel Davranışçı Terapi, Maruz Bırakma, Tepki Önleme

Combination Of Psychopharmacological Therapy And Cognitive Behavioral Therapy In An Adolescent Patient With Religious, Sexual, Cleaning Ocd Subtypes: A Case Report

Abstract

Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a disorder characterized by the presence of irrational, disturbed, repetitive impulses, thoughts, images and/or compulsions, and is the fourth most common psychiatric disorder. religious obsessions; These are obsessions specific to thoughts such as blasphemy, not believing in his existence, and fear of punishment. Sexual obsessions are obsessions associated with having unwanted sexual thoughts about anyone, sexual thoughts involving children, sexual thoughts about homosexuality. OCD leads to a decrease in the functionality and quality of life of the individual. In cases where the content of the obsessions is about sexual and religious issues, feelings of shame and guilt are added to the discomfort caused by OCD, and the patient's condition can become more difficult. In the case we present, the treatment process of a 16-year-old adolescent patient who was diagnosed with OCD according to DSM-5 diagnostic criteria, has religious and sexual obsessions and cleaning compulsion subtypes, and therefore has significant difficulties in his daily life, is handled with psychopharmacotherapy and cognitive behavioral therapy. In the procedure, CBT was used for obsessions, compulsions, behavioral neutralization and avoidance

¹ Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul-TÜRKİYE, hfaraji@gelisim.edu.tr

² Prof. Dr., İstanbul Aydın Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul-TÜRKİYE, aertantezcan@aydin.edu.tr

¹ <http://orcid.org/0000-0001-5306-6546>

² <http://orcid.org/0000-0002-1868-1655>

Başvuru : 16 Eylül 2022
Kabul : 13 Aralık 2022

DOI: 10.56955/bpd.1176102

of the patient, besides pharmacotherapy, exposure-response prevention intervention, which is known as the main approach technique of CBT in OCD. At the end of the treatment procedure, a significant decrease in all obsessions and compulsions of the client and a significant increase in daily functionality were observed. As a result; It has been determined that the combination of exposure and response prevention technique, CBT techniques and pharmacotherapy significantly reduces the severity of OCD symptoms and contributes to the functionality of the individual.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Exposure, Response Prevention

Giriş

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) birey tarafından irrasyonel bulunan, rahatsızlık duyulan, yineleyici, dürtü, düşünce, imge ve/veya kompulsiyonların varlığı ile belirli bir bozukluk olup, en sık rastlanan dördüncü psikiyatrik bozukluktur. OKB bireyin işlevselliğinde ve yaşam kalitesinde düşüşe yol açmaktadır (Tenny ve ark., 2003). OKB'nin Türkiye genelinde yaşam boyu yaygınlığı %2,5-6,2' (Kafes, 2021), ergen popülasyonundaki yaşam boyu yaygınlığı ise %1-4'tür (Akpinar ve ark., 2013).

Obsesyon (saplantı): Kişinin iradesi dışında ve ısrarlı şekilde aklına gelen, kişiyi tedirgin eden, kaygı oluşturan, benlişe yabancı, bilinçli çaba ile kovulamayan, kişi tarafından saçma ve mantık dışı olarak görülen yineleyici düşünce, kuşku, dürtü ya da düşlemlerdir. Zihne takılan obsesyonlar hasta için hiçbir anlam taşımadığı gibi, çoğu kez kendisine de saçma gelir. Bu düşünceler aslında hiçbir zaman eyleme dönüşmeseler de hastanın bu düşünceleri anımsatan durumlardan sürekli kaçınmasına (kaçınma davranışı) ya da kompulsiyonlara neden olurlar. Obsesyon; kaygıyı ortaya çıkaran koşullu uyarandır. O kadar kaygı uyandırıcıdır ki, obsesifler tekrarladıkları kaçınmalarının ve kompulsiyonlarının ödeteceği bedeli, obsesyonu yaşamaya tercih ederler. Kompulsiyon (zorlantı): Obsesyonların yarattığı kaygıyı gidermek ya da azaltmak, korku yaratan durumu etkisizleştirmek ya da önlemek için, kasıtlı olarak ya da kendini mecbur hissederek yapılan, belirli kurallara göre gerçekleştirilmek zorunda hissedilen, yineleyici (stereotipik) törensel (ritüalistik), bilinçli olarak oluşturulan davranışlar (el yıkama, kontrol etme, sıraya koyma gibi) ya da zihinsel eylemlerdir (dua etme, sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme gibi). Kompulsiyonlar çoğunlukla fiziksel bir hareketi içermesine karşın, özgün dualar ya da düşünceleri tekrarlama gibi zihinsel ritüeller (törensel davranış) şeklinde ve daha basit "tik" benzeri bir karakterde olabilirler. Kompulsiyonların, huzursuzluğun ortadan kalkması ve "şimdi oldu, rahatladım" duygusu yaşanana kadar tekrarlanmaları gerekebilir. Kompulsiyonlar; etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle de gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da bunlara göre açıkça çok aşırı bir düzeydedir. Kişi obsesyonlarının kendi üretimi olduğunu bilir, kompulsiyonlarının aşırı ve anlamsız olduğunu kabul eder, ancak direnmekte zorluk çeker, daha doğrusu direnemez. Obsesyonlar kaygıyı arttırırken, kompulsiyonların amacı kaygı ya da sıkıntıdan korunmak ya da bunları azaltmaktır; haz almak ya da doyum sağlamak değildir. Kişi ya kompulsiyondan kaçınmaya çalışır ya da kompulsiyona direnir. Kompulsiyonunu kaçınarak ya da direnerek önlemeye çalışırsa, yoğun bir kaygı ortaya çıkar. Hastalar sıklıkla düşünmekten kaçınmaya çalışarak obsesif düşünceleriyle başa çıkmaya yeltenirler. Belirli eylemlerle meşgul olarak kaygılarını azaltmaya çalışırlar. Bu tür eylemler genelde kaygıyı geçici olarak azaltırlar ama sonrasında obsesif davranışın güçlenmesine yol açarlar (Tezcan ve Farajı, 2020).

Obsesif kompulsif bozukluktaki cinsel obsesyonlar, istenmeyen, girici cinsel düşünce ve görüntülerle öne çıkar. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda cinsel obsesyonların ortaya çıkma oranının %16,8 olduğu tahmin edilmektedir (Kuty-Pachecka, 2021). Dinsel obsesyonların bir alt-tip olarak görüldüğü obsesiflerde, dinsel inançlar ve inancın buyurduğu ritüeller inancın parçası olmaktan çıkarak, bir yandan işlevsellikte ve sosyal yaşamda ciddi zaman kaybına, diğer yandan yoğun cezalandırılma kaygısına neden olmaktadır. Dinsel obsesyonlara cinsel obsesyonların eşlik ettiği görülebilmektedir. Cinsel OKB'de; birisine açık saçık şeyler söyleme ya da sövme dürtüsü, cinsel şiddet eylemleri ile ilgili düşünceler, aileden, tanıdık olan ya da olmayan kadınlara karşı duyulan cinsel dürtüler, olağandışı cinsel eylemlerde bulunma düşlemleri, cinsel partnerine acı verecek ve partneri tarafından kabul edilemeyecek birtakım cinsel eylemlerde bulunma dürtüsünden, aynı cinsten kişilerden uzak durma, cinsiyeti ile ilgili kuşkulara kadar, geniş bir yelpazede yer alan obsesyonlar söz konusudur (Yılmaz, 2016).

Bilişsel davranışçı terapide (BDT) düşüncelerimiz, ne hissettiğimiz ve nasıl davrandığımız arasında birbirini etkileyen bir ilişki olduğunu belirtilmektedir (Beck, 2011). Bu ilişkideki merkezi rol pek çok psikopatoloji için düşüncenin değişimine atfedilse de OKB söz konusu olduğunda davranışsal değişim ön plana çıkmakta ve ağırlıklı olarak maruz bırakma tepki önleme gibi davranışsal müdahaleler kullanılmaktadır. BDT'nin genel itibarıyla OKB için etkin olduğu bilinmekle birlikte (Laposa ve ark., 2019); dinsel, cinsel obsesyonların ve temizlik kompulsiyonlarının kliniğe hâkim olduğu OKB için olumlu sonuçlar vadeden etkin bir psikoterapi türü olduğu bildirilmektedir (Alması ve ark., 2013; Ivarsson ve Skarphedinsson, 2019).

OKB için kanıtlanmış birinci seçenek tedaviler bilişsel davranışçı terapi ve serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) kullanıldığı tedavilerdir (İnci ve ark., 2016; Shabina, Zaidi ve Rani, 2022). Pek çok çalışmada OKB tedavisinde ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapinin birlikte kullanımını destekleyen bulgular mevcuttur (Houghton, ve ark. 2010; Albert ve ark., 2013; Arumugham ve Reddy, 2014). Sunduğumuz olguda dinsel, cinsel obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları olan 16 yaşında bir ergen hastanın psikofarmakolojik desteğin eşlik ettiği bilişsel davranışçı terapiyle yürütülen tedavi süreci aktarılacaktır.

Olgu

M. 16 yaşında, İstanbul doğumlu, orta-üst sosyoekonomik düzeye mensup erkek hastadır. M.'nin annesi bankacı, babası mühendistir, kendinden 3 yaş küçük erkek kardeşi bulunmaktadır. Hastanın dinsel obsesyonlarına eşlik eden cinsel obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları bulunmaktadır. Şikayetleri 6 senedir artarak sürmektedir. Güncel durumunda OKB belirtilerinin yoğunluğu nedeniyle eğitim hayatında önemli ölçüde güçlük çekmekte, dersleri takip etmekte zorlanmakta, arkadaşlarıyla bir arada olduğunda aklına gelen obsesyonların dalıp gitmesine ya da "tuhaf postürler almasına" yol açması nedeniyle sosyal kaçınmalar göstermektedir. Alkol satan restoranlara girememekte, saygısızlık barındırabilecek düşünce ve eylemlerden kaçınmaya çalıştığı için camilerin yanından geçerken zorlanmakta, argo ve cinsel kelimelemler barındırdığı için yabancı müzikler dinleyememektedir. Tedavi için ilk başvurduğu sırada klomipramin kullanmaktadır. Kullandığı doz yüksek bulunmuş ve hastadan EKG istenmiştir. İstenen EKG sonrası konsülte edilen Kardiyoloji uzmanının da şiddetli önerisiyle Klomipramin dozu kademeli olarak azaltılmıştır. Psikoterapötik süreç ilerledikçe de bu azaltma devam etmiştir (225mg/g den sonlandırmaya).

Kısa süreli (5-6 seans) bir bilişsel davranışçı psikoterapi geçmişi olduğundan söz eden hasta sıkıntılarını tanımlarken; *"Bazen aklıma beni günahkâr yapan kötü şeyler geliyor."* demektedir. Ne anlama geldiği sorulduğunda *"Cinsel içerikli şeyler ama kötü şeyler"* demiştir. Şikayetlerini; *"Ne kadar uğraşırsam uğraşayım aklıma kötü düşünceler geliyor. Günah işliyorum yolda yürürken gözüm birine kayıyor. Sürekli acaba günah işledim mi? Diye kendimi zihnimi yokluyorum. Sonra işim kötü gidecek diye kaygılanmaya başlıyorum. Günah işleyip işlemediğimden emin olamıyorum anneme babama soruyorum. İşlediğimi düşünürsem tövbe ediyorum defalarca. Anne babaya kötü davranmak da dinimizde günah o zaman hem defalarca özür diliyorum hem tövbe ediyorum."* şeklinde özetlemektedir.

Dinsel obsesyonlarda kullanılan kompulsiyonlar ise oldukça fazladır. Aşırı düzeyde ibadet, dua, tövbe, zikir (dua/ tövbe obsesyonları), temizlik obsesyonları, ibadetinin mükemmel olduğuna kendini ikna edene kadar tekrar etme kompulsiyonları, dini sorumlulukları tam yapıp yapmadığından emin olmak ya da günahkar olup olmadığını ya da cehenneme gidip gitmeyeceğini netleştirmek için onay arayıcı davranış olarak yakınlarına baktırırçasına soru sorma kompulsiyonları, zararlı olduğunu düşündüğü dinsel düşüncelerden, konulardan, namaz kılmaktan, inançsızlığı çağrıştıran kişi ve mekanlardan kaçınma kompulsiyonları, Tanrı ile zihinsel uzlaşma kompulsiyonları görülür (Tezcan ve Faraji, 2020). Müslümanlıktaki günlük dini ritüellerin temizlik ile başlaması (namaz öncesi abdest) dini obsesyonları temizlik obsesyonlarının izlenmesini kolaylaştırmaktadır (Nazar, 2011).

M. Dinsel obsesyonlara karşı ortaya çıkan zihinsel uzlaşma kompulsiyonunu *"Sekizinci sınıfta düşünceler ortaya çıktığında namaz kılmayı bilmiyordum ama kendimi odaya kapatıp namaz kılıyor gibi yapmaya başladım. Kendi kendime "kıl bu geçecek" diyor ya da "kılmazsan günah olur işin rast gitmez" demeye başladım"* sözleriyle aktarmaktadır.

Obsesiflerde en yaygın obsesyon kirlenme/bulaşma obsesyonudur ve OKB tanısı alan hastaların yaklaşık %60'ında kirlenme obsesyonları mevcuttur. Kompulsiyonlar obsesyonun yarattığı kaygıyı ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yetersiz kaldıkları zaman örüntüye yeni kompulsiyonlar eklenir. Obsesifler için kirli bir şeyi düşünmek de kirlenmek için yeterlidir. Bu tür kirlenme duygusu bir çeşit zihinsel kirlilik olarak düşünülürse, hem kaçınmanın ne kadar zor olduğu, hem de temizlenme ile geçmeyeceği gerçeği ile karşılaşılmaktadır (Tezcan ve Faraji, 2020).

M.'nin öyküsünde zihinsel uzlaşma kompulsiyonlarına zaman içinde temizlik, soru sorma, tövbe/özür dileme kompulsiyonları da eklenmiştir.

"Bir şeye başlamadan önce mutlaka bismillah demeliyim şükretmem gereken pek çok şey var. Örneğin yolda bir engelli göreyim hemen şükretmem gerekiyor. Yoksa işim rast gitmez."

"FİFA oynarken arada sürekli bismillah diyorum yoksa işim rast gitmez."

"Ellerimi defalarca yıkıyorum."

"Sürekli Estağfurullah, tövbe haşa diyorum."

"Sürekli özür diliyorum."

Yapılan herhangi bir ibadetin kabul olmadığını düşünerek o ibadeti tekrar yerine getirmek (örneğin tekrar oruç tutmak, namaz kılmak vb) sık görülen dini kompulsiyonlardandır (Amil, 2013; Toprak, 2016; Toprak ve Emul, 2016). "Gusül abdesti alırken çok uzun sürüyor. Tüm hareketleri 7'şer kez tekrarlamaya çalışıyorum. Sonra zihnim karışıyor başa dönüyorum ve bu süreyi çok uzatıyor. Bundan kurtulmak için evdeyse annem ya da babamdan kapıda beklemelerini ve benle birlikte saymalarını istiyorum. Dışarıda olduklarında da telefonu açık bırakıp telefonda benimle saymalarını istiyorum. Kafam karıştığında onlara nerede kaldığımı soruyorum."

OKB'nin obsesyon ve kompulsiyon kadar görünür olmamakla birlikte örüntüyü önemli düzeyde besleyen diğer bileşeni kaçınmalardır. M., kaçınmalarını;

"Dini esprilere gülmekten korkuyorum."

"İçki satılan restoranlara giremiyorum artık. Bu yüzden arkadaşlarımla dışarı çıkamaz oldum."

"Şu an ezan okunurken donup kalıyorum kıpırdamıyorum. Ne yaparsam günah olacak gibi geliyor. Bir yere dokunmuyorum bile (kaçınma)."

"Ezan okurken müzik dinleyemiyorum. Ezan saatlerini takip ediyorum müzik dinlemem denk gelmesin diye." şeklinde aktarmaktadır.

Tartışma

OKB'nin dini/ahlaki içerikli türü İngilizce literatürde "Scrupulosity" kavramı ile karşılır (Nelson, 2006). "Scrupulosity" Latince küçük sert taş anlamına gelen "scrupulum" kelimesinden türemiştir. Kelimenin Latincedeki bir diğer karşılığı 1,3 grama denk gelen küçük bir ağırlık birimidir. Bundan dolayı bu kelimedenden türetilen "scrupulous" en küçük ayrıntıları bile kaçırmayacak biçimde aşırı vicdanlı ve titiz kimse anlamına gelmektedir. M.'nin "scrupulous" kelimesine yakınlığını "Mutfakta yürürken çok zorlanıyorum ya ekmek kırintısı varsa ve basarsam diye." ve "Bazen FIFA'da iddialaşıyoruz, baktım yenmek üzereyim sevineceğime kaygılanıyorum arkadaşım üzülecek diye bilerek yeniliyorum" sözlerinde net bir şekilde görülmektedir. Vicdanlılık, OKB semptom şiddeti ile ilişkilidir ve bu ilişkilerin büyüklüğü dini aidiyete göre farklılık göstermektedir (Buchholz ve ark., 2019).

M., Babasını ve babasının ailesini oldukça dindar kişiler olarak tanımlamakta, babasının kendisine dini nasihatlerde bulunduğu ve babası ile ibadet ettiğini bildirmektedir. OKB'ye yönelik bilişsel açıklamalar, ahlaki kurallara katı ve katı bir bağlılıkla belirli dindarlığın, OKB'nin temel niteliklerinden biri olan düşüncelerin aşırı değerlendirilmesine katkıda bulunabileceğini belirtmektedir. Bu görüşe göre küfür içeren düşünceler, görüntüler ya da dürtüler içeren girici düşünceler bireyin dikkatini hızla çekecek ve dindar bir kişi için bu düşünceler olmaması ve/veya hemen kurtulması gereken düşünceler olacaktır (Yorulmaz ve ark., 2009).

OKB hastalarının sağlıklı bireylere kıyasla babalarını daha reddedici algıladıkları belirtilmektedir (Alonso et al., 2004). M. aile ilişkilerini "Babam mesafeli, aslında çok uzağım. Annemle daha yakınız onunla her şeyi konuşabiliyorum. Anne-annem de çok dindar ama annem pek öyle değil umursamaz. Kardeşimle de bir tuhafız bilmiyorum. Seviyorum aslında onu ama o hiç benim gibi değil hiçbir şey umurunda değil. O daha çok anneme benzemiş." şeklinde betimlemektedir. Tedavi prosedürü sırasında hastanın annesi ve babasının çatışmalı bir ilişkileri olduğu ve sık sık tartışabildikleri, M.'nin ise bu tartışmalarda arabulucu rolü üstlendiği öğrenilmiştir. Hastanın özellikle babası ile olan ilişkilerinin kopuk ve uzak olduğu görülmüştür. Calvo ve ark. (2009) OKB'si olan bireylerin ebeveynlerinde obsesif kompulsif kişilik özelliklerinin daha fazla görüldüğünü belirtmekteyken klinik gözlem M.'nin babasının da benzer şekilde obsesyonel ve narsistik özellikler barındırdığını göstermektedir. Anne, babanın eleştireliliğinin yüksek olduğunu "müskülpesent" olarak tanımlanabileceğini belirtmiştir. Dinsel OKB'de bireyler dini açıdan güvenilir buldukları figürlere yönelerek, "imanlı olduğuna", "günahkar olmadığına" dair onay almaya çalışmaktadır (Amil, 2013; Toprak, 2016; Toprak ve Emul, 2016). M., günah işlemiş olup olmamaya dair şüphelerini ve ne yaparsa günah işlemiş olmayacağını çoğunlukla babasına sorular sorarak belirlemeye çalışmaktadır. Babanın ve babanın ailesinin M. tarafından "daha dindar" olanlar olarak tanıtıldığı düşünüldüğünde, M.'nin dine uygunluk konusundaki artmış çabasının, babanın onayını alma çabasını da içerdiği düşünülmüştür. Bu durum yapılan aile görüşmelerinde hasta ve babası arasındaki ilişki dinamikleri, hastanın onaylanma arzusunun doyurulması adına başka alanlar belirlenmesi ile ele alınmıştır. OKB'nin başlıca nedenleri arasında genetik yatkınlık, yüksek eğitim durumu, ergen yaş grubunda olmak, olumsuz ebeveyn ilişkileri, aşırı baskıcı ebeveyn tutumu ve belirsizliğe tahammül edememe gibi faktörler bulunmakta (Spiegler ve Guevremont, 1993) olup faktörlerin tamamının M.'nin öyküsünde yer aldığı görülmektedir.

OKB zaman zaman dalgalanmalar gösteren kronik bir bozukluktur. Hastaların birçoğu yıllarca çabaladıktan sonra hekime başvurur. Hastalığın başlangıcında belirtilerin şiddeti hafiftir. Ancak belirtileri ve şikâyetleri arttıkça ve yayıldıkça hastalığın şiddeti de artar (Tezcan ve Faraji, 2020). Obsesyonların açığa çıkışını "*Bir gün din dersinde hoca bir ayet okudu çok korktum herhalde o zaman başladı. Ama o zaman bu kadar kötü hissetmiyordum kendimi, böyle donup kalmalarım, ağlama isteğim yoktu.*" şeklinde aktarmaktadır. Hastanın obsesyonların başlangıç dönemi olarak cinsel dürtülerin yükselişe geçtiği orta ergenlik dönemini tanımlaması dikkat çekici olup Anna Freud'un obsesyonel nevroza dair görüşlerini doğrular nitelikte görülmektedir. Freud'a göre obsesyonel nevrozda ödipal çatışma ile baş edilememekte ve birey anal döneme gerilemektedir. Anal döneme gerileme ile ego ve sadistik süperegö arasında bir çatışma başlamakta; bu durum anal-sadistik kontrol kaygısı ve yer değiştirme, yalıtma, yapma-bozma gibi bu bozukluğa özgü savunma mekanizmalarının devreye girmesiyle sonuçlanmaktadır (Freud, 1966).

M.'nin tedavi prosedüründe ilk etapta hastaya ve ailesine hastalık ve tedavi süreci ile ilgili psikoeğitim verilmiştir. Psikoeğitim ile hasta ve yakınlarının hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve başa çıkma becerilerinin geliştirilmesini hedeflemektedir (Şafak ve ark., 2014). Özellikle ergen görüşmelerinde, ailenin psikoterapi sürecine dahil edilmesi önem taşımaktadır. Ergenlerle yürütülen BDT'de aileler; eşlik eden aile, eş-terapist olarak aile ve hasta olarak aile şeklinde üç farklı rol üstlenebilmektedir. M.'nin tedavisinde aile görüşmelerinde ailenin aldığı rol bu üç pozisyonu da içermiştir. Bu doğrultuda aile kimi zaman yalnızca M. ile kliniğe gelme rolünü yahut gelmesine izin verme rolünü alırken, kimi zaman seansların bir bölümüne dahil olmuş, kimi zaman da tedavi prensiplerinin hatırlatıcı ve uygulanmasını destekleyici bir rol üstlenmiştir (Copham ve ark., 1998; Mendlowitz ve ark., 1999; Toren ve ark., 2000; Heyne ve ark., 2002).

Bilişsel modellere göre, OKB olguları düşüncelerinin içeriğine özel bir önem atfetmekte, hastalarda *abartılı sorumluluk algısı* söz konusu olmakta, bu nedenle düşünceleri onlara daha fazla sıkıntı verir hale gelmektedir. Abartılı sorumluluk modelini geliştiren Salkovskis'e göre OKB'li olgular potansiyel bir zararı önleme ya da sebep olmama konusunda abartılı bir sorumluluk algısına sahiptirler. OKB, bireylerin, herkeste olması evrensel olarak beklenen girici düşünce, imge ve dürtüleri zarar verici olarak algılamaları ve dolayısıyla önlenmesi gereken atfı yapmaları sorunu ortaya çıkarmaktadır (Salkovskis, 1999). Bu doğrultuda imge ve dürtüler dahil olmak üzere girici düşünceler normal kabul edilirken, bunların önemli ve tehlikeli olduğuna ilişkin yorumlamalar bireyde OKB gelişimine neden olmaktadır (Rahmann, 1997). Abartılı sorumluluk modelini geliştiren Salkovskis'e göre OKB'li kişiler potansiyel bir zararı önleme ya da sebep olmama konusunda abartılı bir sorumluluk algısına sahiptirler. OKB hastalarının, herkeste olması evrensel olarak beklenen girici düşünce, imge ve dürtüleri zarar verici olarak algılaması ve dolayısıyla önlenmesi gereken atfı yapması sorunu ortaya çıkarmaktadır (Salkovskis, 1999). Bu doğrultuda imge ve dürtüler dahil olmak üzere girici düşünceler normal kabul edilirken, bunların önemli ve tehlikeli olduğuna ilişkin yorumlamalar bireyde OKB gelişimine neden olmaktadır (Rahmann, 1997). Kişi olumsuz düşünce, imge ve dürtüleri normal bir olay olarak yorumlamalıdır. Kişinin, olumsuz bir durumu düşünmenin o durumun gerçekleşme olasılığını yükselttiği ya da kötü düşüncelerin kötü davranışlardan hiçbir farklı olmadığı varsayımları düşünce eylem kaynaşması olarak tanımlanmakta ve kişiyi OKB'ye yatkın hale getirmektedir (Rahmann, 1997). Spesifik olarak, olabilirlik *düşünce-eylem kaynaşması*, bir olay hakkında düşünmenin veya konuşmanın o sonucun olasılığını artırdığı fikrine atıfta bulunurken, ahlaki *düşünce-eylem kaynaşması*, düşünce ve niyetlerin bu zihinsel durumları davranışsal olarak canlandırmaya karşılık gelen ahlaki bir ağırlık taşıdığına dair genel inancı ifade etmektedir. Ahlaki *düşünce-eylem kaynaşması* din ile ilgili olarak incelenen bir yapı olan düşünce veya niyetler için ahlaki sorumluluk hakkındaki yargılara benzemektedir (Siev ve ark., 2010). M.'nin psikoeğitimi sırasında OKB ile ilgili üzerinde durulan merkez noktalardan biri *düşünce-eylem kaynaşması*, zihinsel durumları fiziksel veya ahlaki sonuç açısından davranışa benzer şekilde ele alma eğiliminin irrasyonelliği, olmuştur. Kayıt formları eşliğinde hastayla bu düşüncenin takibi yapılmış ve düşünce-eylem kaynaşması içeren düşünceler gerçekçi alternatif düşünceler ile değiştirilmiştir. Tedavinin bu basamağı tek başına yeterli etkinliğe sahip bir basamak olmamakla birlikte maruz bırakma ve tepki önleme çalışmalarının etkin şekilde yürütülebilmesinde hastanın işbirliğini sürdürmesi adına önemli bir ilk adımdır. Maruz bırakma ve tepki önleme tekniğinin uygulanması esnasında kaygı/korku uyandıran durum ve/veya nesne ile karşılaşma sonucu ortaya çıkan, kaçınma davranışlarının, olumsuz pekiştirmeye kaygının artmasına yol açmaması adına önlenmesi büyük önem taşımaktadır (Abramovitch ve McKay, 2016). Hastaların belirsizliğe tahammülsüzlükleri yüksek olduğundan tedavi yönergelerin ve bilgilendirmelerin net biçimde verilmesi gerekmektedir (Fergus ve Rowat, 2015). Tüm bunların sağlanabilmesi için ilk etapta hastaya ve ailesine kaygının doğası, olumlu pekiştirme, olumsuz pekiştirme ve genel itibarıyla OKB'nin doğasına dair psikoeğitim verilmiştir.

M.'nin tedavisinde en yoğun ağırlık verilen BDT tekniği sistematik maruz bırakma ve tepki önleme olmuştur. Bu teknik ile birey korkulan durum ya da nesne ile aşamalı bir biçimde karşı karşıya getirilerek kaygının artması ve tepe noktasına ulaştıktan sonra sönmeye başlaması sağlanmaktadır (Karamustafaloğlu ve Yumrukçal, 2011). Amaç düşüncenin yarattığı kaygının sönmeye başlaması ile alışma ortaya çıkmaktadır (Sungur, 2006). M. kaygının tepe noktasına ulaştığı anda kendine yönerge verme tekniğini, "Kaygım çok arttığına göre birazdan azalmaya başlayacak." uygulaması yönünde cesaretlendirilmiş, böylelikle durum üzerindeki denetim algısı arttırılmaya çalışılmıştır. Yapma bozma mekanizması ile bir eylem ötekini iptal etmekte, böylece hiç eylem yapılmamış gibi olan; ama aslında iki eyleminde yapıldığı iki evreli semptom ortaya çıkmaktadır. İkinci eylemin amacı ilk eylemin yarattığı kaygıyı nötralize etmektir. Bu doğrultuda M. ile yürütülen tedaviler çerçevesinde tövbe ve özürler yasaklanmış, hasta eylemlerinin yarattığı kaygıya maruz bırakılmış ve telafiye yönelik tepkileri engellenmiştir. Aile görüşmelerinde aile bireylerinden hastanın bu eylemleri yinelemesi durumunda, tövbe ve özürleri duymazdan gelmeleri ve kabul etmemeleri istenmiştir. Yapma bozma mekanizması bilinçdışı süreçlerde libidinal dürtüler ve saldırganlık dürtüleri arasındaki çatışmanın ifadesidir. Yapma bozma ile dürtüsel olarak yapılmış bir eylemin yerine süpregonun uygun gördüğü bir eylemin konulması hedeflenir (Freud, 1966).

OKB ve kaygı literatüründe aşırı güvence arayışı, bir *güvenlik davranışı* ya da kaygıyla ilişkili tehditlerden kaçınmaya, güvenlik duygusunu arttırmaya ve korkulan sonuçları önlemeye ya da en aza indirmeye yönelik yararsız ve olumsuz pekiştirilmiş girişimler olarak kavramsallaştırılmaktadır (Rector ve ark., 2019). Çağdaş bilişsel-davranışçı yaklaşımlar içinde, aşırı güvence arayışının, kaygının sürdürülmesinde kilit bir faktör olduğu belirtilmektedir (Cougler ve ark., 2012; Salkovskis, 1996). Güvence arama evrensel bir deneyimdir, ancak kaygı ve OKB bozuklukları olan bireyler, sağlıklı kontrollere göre zaman içinde daha büyük bir huzursuzluk ve güvence ihtiyacı yaşarlar (Salkovskis ve Kobori, 2015). Aşırı güvence arama, kaygı bozuklukları bağlamında "tehdit edici bir nesne, durum ya da kişilerarası özellik hakkında başkalarından güvenlikle ilgili bilgilerin bu bilginin daha önce zaten alınmış olmasına rağmen, şüphe ve korkuyu azaltmak amacıyla tekrar tekrar talep edilmesi" olarak tanımlanmaktadır (Parrish ve Radomsky, 2010). Aşırı güvence arama davranışları, kısa vadede kaygıyı azaltmak adına etkin olmasına karşın, uzun vadede daha fazla güvence arama dürtüsü ile ilişkilidir (Kobori ve ark., 2012). Aşırı güvence arayışında bulunmak bireyin kaygıyla tekrarlı biçimde karşılaşması sonucu doğal olarak oluşacak alışma etkisinin meydana gelmesini engellemekte, tehdidi felaketleştirmeyi sürdürmekte ve aynı zamanda bireyde tek başına kaygı ile başa çıkmayacağı düşüncesini pekiştirmektedir (Lohr ve ark., 2010; Parrish ve Radomsky, 2010).

Sonuç

Olgunun cinsel, dinsel ve temizlik alt tiplerindeki obsesyon ve kompulsiyonlarına BDT ile müdahale edilmiş, müdahale esnasında ağırlıklı olarak maruz bırakma ve tepki önleme tekniğinden faydalanılmıştır. Güvenlik davranışlarına erişimi engellenerek maruz bırakma ve tepki önleme prosedürü pekiştirilmiştir. Bununla birlikte hastanın abartılı sorumluluk algısı ve düşünce eylem kaynaşmalarına sokratik sorgulama başta olmak üzere bilişsel tekniklerle müdahale edilmiştir. Yürütülen BDT seansları ve eşlik eden psikofarmakolojik destek ile hastanın şikayetlerinin sıklığı düşmüş ve hasta obsesyonel düşüncelerle kompulsiyonlara başvurmadan baş etmeyi öğrenmiştir. Bu durumu; "Artık o düşünceler ayda 1 kez ancak aklıma geliyor, konuştuğumuz uygulamaları kendim yapınca kayboluyor." Sözleriyle ifade eden hasta BDT'nin nihai hedefi olan bireyleri "kendi BDT psikoterapistleri" olmaları yönünde destekleme hedefinin gerçekleştiğini göstermektedir. Mevcut olgunun BDT'nin özellikle belirtilerin yoğun ve şiddetli olduğu vakalarda psikofarmakolojik destek ile birlikteliğinin OKB'deki etkinliğini ortaya koyduğu düşünülmektedir.

Kaynakça

- Abramovitch, A., McKay, D. (2016). Behavioral impulsivity in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(3), 395-397.
- Akpınar, A., Alpak, G., Çevik, M., Bakım, B., Göksan, B., Yumrukçal, H., Karamustafaloğlu, O. (2013). Obsesif kompulsif bozukluk için maddelik tarama ile ergen topluluğunda saptanabilir mi? *Gaziantep Medical Journal*, 19(3), 155-158.
- Albert, U., Aguglia, A., Bramante, S., Bogetto, F., Maina, G. (2013). Treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (OCD): Current knowledge and open questions. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(1), 19-30.
- Almasi, A., Akuchekian, S.H., Maracy, M.R. (2013). Religious cognitive-behavior therapy (RCBT) on marital satisfaction OCD patients. *Procedia-social and Behavioral Sciences*, 84, 504-508.
- Alonso, P., Menchón, J. M., Mataix-Cols, D., Pifarré, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J. M., ... & Vallejo, J. (2004). Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry research*, 127(3), 267-278.
- Amil, O. (2013). *Dini içerikli obsesif kompulsif davranışların sosyodemografi açısından incelenmesi ve vesvese ile ilişkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Arumugham, S., Reddy, Y. (2014). Commonly asked questions in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(2), 151-163.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Buchholz, J. L., Abramowitz, J. S., Riemann, B. C., Reuman, L., Blakey, S. M., Leonard, R. C., & Thompson, K. A. (2019). Scrupulosity, religious affiliation and symptom presentation in obsessive compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(4), 478-492
- Calvo, R., Lázaro, L., Castro-Fornieles, J., Font, E., Moreno, E., & Toro, J. (2009). Obsessive-compulsive personality disorder traits and personality dimensions in parents of children with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 24(3), 201-206.
- Cobham, V.E., Dadds, M.R., Spence, S.H. (1988). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 893-904.
- Cogle, J.R., Fitch, K.E., Fincham, F.D., Riccardi, C.J., Keough, M.E., Timpano, K.R. (2012). Excessive reassurance seeking and anxiety pathology: Tests of incremental associations and directionality. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 117-125.
- Fergus, A.T. Rowatt, W. C. (2015). Uncertainty, god, and scrupulosity: Uncertainty salience and priming god concepts interact to cause greater fears of sin. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 93-98.
- Freud, A. (1966). Obsessional neurosis: A summary of psycho-analytic views as presented at the congress. *International Journal of Psycho-Analysis*, 47, 116-122.
- Heyne, D., King, N.J., Tonge, B.J., Rollings, S., Young, D., Pritchard, M., et al. (2002). Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 687-95.
- Houghton, S., Saxon, D., Bradburn, M., Ricketts, T., & Hardy, G. (2010). The effectiveness of routinely delivered cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A benchmarking study. *British Journal Of Clinical Psychology*, 49(4), 473-489.
- Ivarsson, T. S., Skarphedinsson, G.A. (2019). Sexual obsessions occur in pediatric OCD and can be treated successfully with CBT. *Child and Adolescent Psychiatry*, 58(10), S260-S261.
- İnci, S. B., Akyol Ardıç, Ü., İpci, M., Ercan, E. S. (2016). Obsesif kompulsif bozukluğu olan ergenlerde bilişsel davranışçı terapi ve aripiprazol birlikteliği: Olgu Sunumu. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 44-49.
- Kafes, A.Y. (2021). Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde kullanılan davranışçı müdahale teknikleri: Sistemik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 726-738.
- Karamustafaloğlu O, Yumrukçal H (2011) Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45:65-74.
- Kobori, O., Salkovskis, P.M., Read, J., Lounes, N., Wong, V. (2012). A qualitative study of the investigation of reassurance seeking in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 25-32.
- Kuty-Pachecka, M. (2021). Sexual obsessions in obsessive-compulsive disorder. Definitions, models and cognitive-behavioural therapy. *Psychiatr Pol*, 55(1), 39-52.
- Laposa, J.M., Hawley, L.L., Grimm, K. J., Katz, D., Rector, N.A. (2019). What drives OCD symptom change during CBT treatment? Temporal relationships among obsessions and compulsions. *Behavior Therapy*, 50(1), 87-100.
- Lohr, J.M., Olatunji, B.O., Sawchuk, C.N. (2007). A functional analysis of danger and safety signals in anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 27(1), 114-126.
- Mendlowitz, S.L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Mieztis, S., Shaw, B.E. (1999). Cognitive-behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1223-1229.

- Nazar, Z., Mukhtar ul Haq, M., & Idrees, M. (2011). Frequency of religious themes in obsessive compulsive disorder. *JPMI: Journal of Postgraduate Medical Institute*, 25(1), 35-39.
- Nelson, E. A., Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2006). Scrupulosity in patients with obsessive-compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. *Journal of anxiety disorders*, 20(8), 1071-1086.
- Parrish, C. L., Radomsky, A.S. (2010). Why do people seek reassurance and check repeatedly? An investigation of factors involved in compulsive behavior in OCD and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 211-222.
- Rahmann, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802.
- Rector, N.A., Katz, D.E., Quilty, L.C., Laposa, J.M., Collimore, K., Kay, T. (2019). Reassurance seeking in the anxiety disorders and OCD: Construct validation, clinical correlates and CBT treatment response. *Journal of Anxiety Disorders*, 67, 102-109.
- Salkovskis, P. M., Kobori, O. (2015). Reassuringly calm? Self-reported patterns of responses to reassurance seeking in obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 203-208.
- Salkovskis, P.M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safety-seeking behavior, and the special case of health anxiety and obsessions. In: *Frontiers of Cognitive Therapy*, Salkovskis P.M. (Ed.). New York: Guilford Press.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Siev, J., Chambless, D.L., Huppert, J.D. (2010). Moral thought-action fusion and OCD symptoms: The moderating role of religious affiliation. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 309-312.
- Shabina, N., Zaidi, A. H., & Rani, S. (2022). Effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy on the Single Case Study Obsessive Compulsive Disorder. *J. Psychology and Mental Health Care*, 6(4), 1-8.
- Spiegler, M.D., Guevremont, D.C. (1993). *Contemporary Behavior Therapy*. Belmont, CA: Wadsworth Press.
- Sungur, M.Z. (2006). Obsesif kompulsif bozukluğun psikoterapisi. *Anksiyete Bozuklukları*, Tükel R, Alkın T (Ed). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Şafak, Y., Karadere, M.E., Özdel, K., Özcan, T., Türkçapar, M.H., Kuru, E., et al (2014) Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı grup psikoterapisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25, 225-233.
- Tenney, N.H, Deny, D. Van Megen, H. Glas, G Westenberg, H. (2003). Effect of Pharmacological invention on Quality of Life in patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 18(1), 29-33.
- Tezcan, A.E., Faraji, H. (2020). *Olgular Eşliğinde OKB*. Ankara: Eğiten Kitap.
- Toprak, T. B. (2018). Dini obsesyon ve kompulsiyonların psikoterapisinde kuramlar, imkanlar, sınırlılıklar. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1(1), 123-141.
- Toprak, T. B., Emül, H. M (2016). *A contrubition attempt to contemporary ocd theories: "Meratib-i ilim of dimağ" framework within islamic tradition*, 23. Annual OCD Congress July 27-31 Chicago.
- Toren, P., Wolmer, L., Rosental, B., Eldar, S., Koren, S., Lask, M., et al. (2000). Case series: brief parent-child group therapy for childhood anxiety disorders using a manual-based cognitive-behavioral technique. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1309-12.
- Yılmaz M.A. (2016). Öğretmen çocuklarının mükemmeliyetçilik düzeyleri ile *obsesif kompulsif belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yorulmaz, O., Gençöz, T., Woody, S. (2009). OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 401-406.