

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI ERGENE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU

Hatice ÜNVER*

ÖZET

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tedavisi mümkün olan nörodavranışsal bir bozukluktur. Bilişsel davranışçı terapi çocuk ve ergenlerdeki OKB tedavisinde etkinliği kanıtlanmış bir tedavi yöntemidir. Bu yazıda obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan bir ergene bilişsel davranışçı yaklaşım anlatılmıştır. Hasta 15 yaşında bir kız ergen olup, yataklı ve ayaktan psikiyatri servislerinde yaklaşık iki yıl boyunca takip edilmiştir. Şikayetleri ilk olarak kirlilik düşüncesi nedeniyle sık el yıkama ve yemek yemekten kaçınma olarak başlamıştır. Kompulsiyonları nedeniyle hasta kilo kaybetmiştir. Hastaya düzenli olarak bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Psikoeğitim verilmiş; maruz bırakma ve tepki engelleme ile bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, ergen, bilişsel davranışçı terapi, obsesif kompulsif bozukluk

SUMMARY: COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY APPROACH ON AN ADOLESCENT PATIENT WITH OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

Obsessive compulsive disorder (OCD) is a neurobehavioral condition that can be treated effectively. Cognitive behavioral therapy is an empirically supported treatment for pediatric OCD. This article includes cognitive behavioral therapy applied to an adolescent patient with obsessive compulsive disorder. The patient was a 15 year-old girl. She was followed up by psychiatric inpatient and outpatient services for approximately two years. Her complaints started with repetitive hand-washing due to fear of dirt and uncleanliness, which then progressed into food avoidance and development of subsequent compulsions leading to weight loss. A cognitive behavioral therapy was applied to her regularly. Psychoeducation, exposure and response prevention, cognitive restructuring techniques were used.

Key Words: Child, adolescent, cognitive behavioral therapy, obsessive compulsive disorder

Gelis Tarih Received: 04.10.2017 **Kabul Tarihi Accepted:** 09.11.2017

GİRİŞ

Son yıllarda bilişsel davranışçı terapinin (BDT) çocuk ve ergenlerde kullanımı oldukça yaygınlaşmıştır. Barret ve ark.(2004)'ı çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluğa yönelik BDT'nin etkinliğini araştıran randomize kontrollü bir çalışma yayınlamışlardır. Bu çalışmada BDT'nin tedavi sonrası ve kısa dönem faydalarının plasebo ile karşılaştırıldığında anlamlı olduğu vurgulanmıştır. Çocuk ve ergenlerle çalışılır-

ken bilişsel ve gelişimsel dönem özellikleri göz önünde bulundurulmalı; kullanılan teknikler bu özelliklere uyarlanmalıdır. Bu vaka sunumunda 15 yaşındaki OKB tanılı bir kız hastanın bilişsel davranışçı terapi süreci tartışılmıştır. Olgu sunumu için hastadan ve ailesinden onam alınmıştır.

OLGU

15 yaşında kız hasta, meslek lisesi 10.sınıf öğrencisi olup; sık el yıkama ve yemek yememe şika-

* Uzm. Dr., Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İstanbul; drhaticeunver@gmail.com

yetleri ile çocuk ruh sağlığı polikliniğe başvurmuştur. Daha önceden herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan, prenatal, natal ve postnatal öyküsünde özellik bulunmayan, psikomotor gelişim basamakları zamanında olan hasta, aniden ellerini çok sık yıkamaya başlamış; bir şeye dokununca hemen ellerini yıkıyor, yıkamazsa hasta olacağını, mikrop kapacağını düşünüyormuş. El yıkamalarında belirli bir süre ya da sayı yokmuş, içine sinene kadar yıkıyormuş. Bu davranışı devam ederken yemekleri incelemeye başlamış. Yemeklerin içinde pislik olabileceğini düşünüyormuş. Az yemeye ve az sıvı almaya başlamış. 1 aylık süreçte 10 kilo vermiş, sadece az miktarda su içtiği dönemde pediatriste başvurulmuş, ciddi sıvı elektrolit dengesizliği saptanmış, tedavi düzenlenerek ve organik patolojiler ekarte edilerek çocuk ruh sağlığı bölümüne yönlendirilmiş. Poliklinikte değerlendirilen hastanın oral alımı olmadığından ve sıvı elektrolit dengesizliği riski nedeniyle ayaktan takibinin zor olacağı düşünülerek annesi refakatinde psikiyatri servisine yatırılmıştır. Hasta el yıkama ve yemek yememe davranışlarının kendisine saçma geldiğini belirtiyordu; yıkayınca rahatladığını söylüyordu. Sanrı ve varsanı tariflememi. Madde kullanım öyküsü yoktu. Organik tetkikleri elektrolit düzensizliği dışında olağandı, PANDAS negatifti.

Hastanın annesinin 49 yaşında, ilkokul mezunu ve ev hanımı olduğu; babasının 53 yaşında, ilkokul mezunu ve gününbirlik işlerde çalıştığı öğrenildi. Hastanın evli üç ablasının olduğu, hasta ve anne babanın birlikte yaşadığı öğrenildi. Annesinde ve anneannesinde obsesif kompulsif bozukluk tanıları olduğu, annenin düzenli ilaç tedavisi aldığı ancak anneannenin tedaviyi reddettiği bilgisi alındı.

Hasta ile serviste psikoterapötik ilişkinin kurulmasından sonra şikayetleri ayrıntılandırıldı, ruhsal değerlendirmesi yapıldı ve birlikte formülasyon geliştirildi. Erken dönem anılarının etkisiyle oluştuğu belirtilen yatkınlık oluşturucu (predispozan) faktörlerin; hasta 5 yaşındayken

liseye giden en büyük ablasının erkek arkadaşı tarafından tecavüze uğraması, o dönem babanın anneyi suçlayarak evden kovması, sonrasında annenin eve dönmesi ancak bu olayın ev içinde hep dile getirilmesi, hastanın babası ile duygusal olarak uzak olması ve annenin hasta ile ilgili akademik beklentilerinin fazla olması şeklinde olabileceği düşünüldü. Tetikleyici (presipite edici) faktörler; hastanın sık el yıkama ve yemek yememe şikayetleri başlamadan önce babadan habersiz borçla uzaktan eğitim seti alınması, hastanın ders başarısızlığı devam edince anneye tartışmaları sırasında bu borçlanmanın konuşulması; sürdürücü faktörler olarak da; kaçınma davranışları ve kompulsif davranışlarla rahatlamaya çalışması şeklinde belirlenmeye çalışıldı. Otomatik düşünceleri 'ellerimi yıkamazsam hasta olurum, çok yersem aileme yük olurum' ara inançları 'başarılı olmalıyım, ablam gibi olmamalıyım' ve şemaları ise 'başarısızlık, yetersizlik, sevilmem ve değersizlik' olarak hasta ile belirlenmeye çalışıldı.

Hasta ile terapi hedefleri ve görüşmelerden ne beklediği konuşuldu. Sonra BDT modelini içeren psikoeğitim verildi. OKB nedir, obsesyon, kompulsiyon nedir çalışıldı. Çalışırken metaforlardan yararlanıldı ve hastalık dışsallaştırılmaya çalışıldı. 'Astım nefes alıp vermeyi etkileyen bir akciğer problemi, OKB de duygu, düşünce ve davranışları etkileyen bir beyin problemi' metaforuyla; obsesyon ve kompulsiyonların ağaçkakan ve hıçkırığa benzetilmesi şeklinde metaforlardan faydalanıldı. Hastaya, hastalığına yönelik mektup yazması ödevi verildi ve okuma önerilerinde bulunuldu. Sonraki görüşmelerde hastaya duygu, düşünce ve davranışları arasındaki ilişkinin gösterilmesi amacıyla davranış analizi yapıldı. Tetikleyici bir olay sonrası hissettiği duygular, böyle hissetmeye başlamadan önce aklından geçenlerin yakalanmaya çalışılması, duygu ve düşüncelerini yansızlaştırmak için yaptığı davranışlar, örnekler üzerinden çalışıldı. Koltuğa dokunması sonrası hissettiği kaygı ve huzursuzluğuna eşlik eden 'hasta olursam' düşüncesini yansızlaştırmak ve kaygısını gidermek

için yaptığı sık el yıkama davranışı kendisine gösterildi. Benzer analizin hasta tarafından da yapılması için ödev planlandı. Her görüşmede önce bir önceki görüşme ile ilgili aklında kalanlar üzerinden konuşuldu, verilen ödev kontrol edildi, gündem belirlendi ve yeni ödev planlandı. Görüşmelerin sonunda özet yapıldı ve geri bildirim alındı.

İlerleyen görüşmelerde davranışçı ödevler verilmeye başlandı. Maruz bırakma, tepki engelleme ve alışma teknikleri anlatıldı. Kaygı eğrisi üzerinden çalışıldı. Hastaya görüşme odasında kendisine en kirli gelen yerleri listelemesi istendi. En kirli olduğunu düşündüğü yerden en az kirli olduğunu düşündüğü yere doğru bir puanlama yaptırılarak, en az puan alan yere hastanın dokunması ve ellerini yıkamaması sağlandı. O esnada hasta ile görüşmedeki diğer gündem başlıkları konuşuldu, gevşeme egzersizleri anlatıldı. Hastanın ellerini yıkamadan durabildiği kendisine aktarıldı, kaygının kontrol edilebilir hale gelebildiği, alışma gerçekleştiği ve kontrol hissinin gelişebildiği gösterildi. Her görüşmede devam eden psikoeğitim sonrası hastaya davranışçı ödevler verilmeye başlandı. Hastanın kendini gözlemlemesi, takıntılı davranışlarını-kompulsiyonlarını listelemesi istendi. Örneğin el yıkama kompulsiyonu için günlük liste tutması kaç kez, kaç dakika yıkadı, aklından ne geçtiğini not alması istendi. Kompulsiyon listesine kendisine en az sıkıntı verenden en fazla sıkıntı veren kompulsiyona doğru puanlama yapması istenerek sonraki görüşmeye kadar en az puan verdiği kompulsiyonuna yönelik ödev planlandı.

Hastanın davranışçı ödevlerle görüşmelerdeki kazanımlarını, görüşme sonrasında da devam ettirebilmesi sağlanarak, bilişsel yeniden yapılandırma kısmına geçilmesi planlandı. Düşüncelerini test etmesi, düşüncelerine verdiği tepkiyi fark etmesi sağlanmaya çalışıldı. 'Gerçekten tehlike mi var, tehlike algısı mı var' üzerinden konuşuldu. Ailesinin koltuğa dokunan diğer fertlerine göre daha fazla hasta olup olmadığı tartışıldı. 'Hasta olma' düşüncesini destekleyen

ve desteklemeyen kanıtlar birlikte bulunmaya çalışıldı. Hasta olursa ne olur, en kötü ne gelişebilir şeklinde düşünmesi istendi. Bir arkadaşı benzer durumda olsa ona ne derdi, gibi sorularla farkındalığı geliştirilmeye çalışıldı.

OKB'de görülebilen 'ya hep ya hiç biçiminde düşünme, aşırı kontrol, büyüsel düşünce, düşünce ve eylem kaynaşması, belirsizliğe tahammülsüzlük, aşırı sorumluluk ve felaketleştirme' gibi bilişsel hatalar liste şeklinde verilip örneklerle açıklanarak cevaplarındaki bilişsel hataları fark etmesi üzerinden çalışıldı. Hastayı olasılıklı, esnek, gerçekçi ve alternatif düşündürmeye çalıştığımız aktarıldı.

Takıntı listesindeki tüm kompulsiyonlar ayrıştırıldı ve somutlaştırıldı. Takip sürecinde semptom değişmesi ve eklenmesine yönelik çalışıldı. Hastanın ödevlerini saklaması ve okuması istendi. Aileye psikoeğitim verilerek hastaya evde yardımcı terapistlik yapmaları istendi. Hasta ile ilerleyen görüşmelerde ara inançlarına yönelik çalışmalar yapılması planlandı. 'Başarılı olmalıyım, ablam gibi olmamalıyım' düşünceleri hasta ile konuşuldu ve bu inanışlar sorgulandı. 'Başarılı biri nasıl olur, başarılı olmalıyım kuralı seni mutlu mu ediyor, mutsuz mu, bu kural esnek mi katı mı?' ya da 'ablam gibi olmamak ne demek, olursan ne olur?' gibi sorular yöneltilecek bu inanışlara verdiği önem zayıflatılmaya çalışıldı, aynı zamanda güçlü yönlerine vurgu yapıldı, baş etme ve sorun çözme yöntemleri çalışıldı. 'Başarısızlık, yetersizlik, değersizlik ve sevilmemeye' şemaları tek tek ele alınarak ilk yetersiz hissettiği anı hatırlaması istendi. Anılarını yazması, kendisini yetersiz hissettiren kişilere mektup yazması ya da boş sandalye tekniği ile 'o kişi şu an karşısında olsa ona ne derdi' şeklinde rol oynama yapıldı. Yetersiz olduğunu düşündüğü şeylerin listesini tutması için gayretlendirildi. Kendisine olumlu şeyler söyletme üzerinden konuşuldu.

Hasta ile bir haftalık servis yatışı sonrası, yaklaşık 2 yıl düzenli aralıklarla 25 görüşme yapılmış

olup, görüşmeler önce haftalık, sonra iki haftada bir ve ayda bir olacak şekilde planlanmıştır. Hasta takipleri süresince yataklı serviste başlanan fluoksetin 20 mg/gün tedavisini almaya devam etmiştir. Hastanın obsesif kompulsif belirtileri servis yatışı ve sonrası Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ile takip edilmiştir (Erol ve Savaşır 1988).

TARTIŞMA

BDT sürecinin terapist eşliğinde yapılan bir keşif olduğu belirtilmekte; bu keşifte vaka formülasyonunun pusula görevi gördüğü dile getirilmektedir (Görmez 2016). Bilişsel davranışçı müdahaleler idame ettirici faktörler olan kaçınma davranışları ve kompulsiyonlar üzerinden başlayarak, formülasyondaki diğer tüm etkenler hasta ile birlikte çalışılmaktadır. Formülasyonun dinamik bir süreç olduğu, değişebildiği ve hasta ile oluşturulduğu da bilinmektedir (Tarrier ve Calam 2002).

Sungur'a (2007) göre hasta ile terapist belirlenen hedefler konusunda işbirliği içindeyse, hasta tedavi için motiveyse ve tedavi rasyonelini yeterince anladıysa fayda görme olasılığı artmaktadır. Psikoeğitim ve metaforlarla hastalığın dışsallaştırılması çocuk ve ergenler için terapinin ilk basamakları olmaktadır. Hedef olan uyumsuz davranış ayrıntılandırılarak; duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki ilişkinin gösterilmesi sonraki aşamalarda hedeflenir. Duygulara göre daha kolay gözlenebilir ve kaydedilebilir olduğu için davranışların ele alınmasıyla başlanarak; sorun oluşturan durumla ilgili düşünce ve inançların incelenmesine geçilir (Türkçapar, Sungur ve Akdemir 1995).

Problem odaklı ve aktif bir süreç olan BDT seansları yapılandırılmış olup; ev ödevleri ya da egzersizlerle devam eder. Çocuk ve ergenlerle çalışılırken katı sınırlara bağlı kalınmayıp, gelişim basamakları da göz önünde bulundurularak yaklaşmanın önemli olduğu vurgulanmaktadır (Friedberg ve ark. 2000).

Maruz bırakma ve tepki engelleme olarak bilinen davranışçı tekniklerle hasta kaygı oluşturan düşünceleriyle karşılaştırılmakta; kaygısını azaltmak için yaptığı tekrarlayıcı hareketler engellenmektedir. Temel hedef hastalığın devamında rol oynayan koşullanmanın kırılması olmaktadır. OKB tanılı hastalarda diğer anksiyete bozukluğu hastaları gibi bilişsel hatalar saptanmakta; düşünceler tehlikeli olarak algılanmaktadır. Libby ve ark. (2004)'te yaptıkları çalışmalarında düşüncelerdeki abartılmış sorumluluk algısının OKB belirti şiddetini öngördüğünü belirtmişlerdir.

Aile üyelerinin yardımcı terapistlik yapmaları hastalığın süregelenmesini engellemekte olup, hastanın güvence sağlama ve onaylanma sorunlarına cevap vermemeleri istenmektedir. Atılan her adımda olumlu geri bildirim vermeleri ve teşvik edici olmaları önemli olmaktadır.

Foa ve Kozak (1997) OKB hastalarında davranışçı tekniklerin kullanıldığı çalışmaları gözden geçirmişler, hastaların çoğunluğunda orta ve belirgin düzeyde iyileşme olduğunu göstermişler ancak semptomların; belirgin düzeyde iyileşme saptanan hastalarda bile tamamen kaybolmayabileceğini belirtmişlerdir. Bu nedenle hasta ile tedavi sonlandırılmadan öğrenilen becerilerin gözden geçirilmesi; nüksetme durumunda önceki ödevlerini okuması ve uygulamaya çalışması gerektiği belirtilmektedir. Bilişsel yeniden yapılandırma ile çocuk ve ergenlerdeki daha az katı ve değişmesi daha kolay olabilen ara inançların ve şemaların çalışılmasının önemli olduğu da vurgulanmaktadır (Sapyta ve ark. 2012).

Hastayla birlikte belirtilen bilişsel davranışçı teknikler uygulanmaya çalışılmış; işbirliği kurulup ekip olarak çalışmak amaçlanmıştır. Hastanın belirtileri kesme puanı olmayan Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi ile takip edilmiştir. Takiplerde hastalık şiddetini daha iyi karşılaştırmak için Yale-Brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeğinin kullanılmaması bir kısıtlılıktır.

KAYNAKLAR

Barret P, Healey-Farrell L ve March JS (2004) Cognitive behavioral treatment of childhood obsessive compulsive disorder: a controlled trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43 (1): 46-62.

Erol N ve Savaşır I (1988) Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı: 107-114.

Friedberg RD, Crosby LE, Rutter JG ve ark (2000) Making cognitive behavioral therapy user friendly to children. *Cognitive Behavioral Practice* 6: 189-200.

Foa EB, Kozak MJ (1997) Psychological treatment for obsessive compulsive disorder. Mavissakalian MR, Prien RG(ed). *Long term treatments of anxiety disorders içinde. Washington DC; American Psychiatry Press* 255-309.

Görmez V (2016) Bilişsel davranışçı terapide temel kavramlar: bir teknisyen olarak terapistin malzeme çantasına genel bakış. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*

Dergisi 23(2): 169-176.

Libby S, Reynolds S, Derisley J ve ark (2004) Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45: 1076-1084.

Sapyta JJ, Freeman J, Franklin ME ve ark (2012) Obsessive compulsive disorder. Szigethy E, Weisz JR, eds. *Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescent içinde* 299-300.

Sungur MZ (2007) Obsesif kompulsif bozukluğun bilişsel davranışçı tedavisi. *Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu: 170-188.*

Tarrier N ve Calam R (2002) *New developments in cognitive-behavioral case formulation.*

Türkçapar H, Sungur MZ, Akdemir A (1995) Çocuk ve ergende bilişsel terapiler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2(2): 93-100.