

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK: BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI YAKLAŞIM

Işık SAVAŞIR
Hacettepe Üniversitesi*

ÖZET

Bilişsel-davranışçı tedavi yöntemleri birçok nevrotik bozukluğun tedavisinde etkili olmaktadır. Bu tedavi yöntemleri, depresyon, panik bozukluğu, yeme bozuklukları gibi çok çeşitli sorunların gelişmesinin ve ortaya çıkmasının açıklamasını verebilen bilişsel-davranışçı açıklamalara dayanmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluklarda (OKB) karşı karşıya getirme (exposure) yöntemi, özellikle kompulsiyonları olan hastaların tedavisinde başarılı sonuçlar vermekte, ancak yalnız obsesyonları olan hastalarda aynı başarı oranı gözlenmemektedir. Obsesyonların bilişsel formülasyonunda bazı eksiklikler göze çarpmaktadır. Bu makalede, ilk olarak obsesyonların özellikleri ele alınmış, OKB'nin Salkovskis tarafından geliştirilen bilişsel modeli özetlenmiş ve daha sonra bu modelin tedavi açısından etkileri tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, bilişsel-davranışçı açıklama.

ABSTRACT

Cognitive-behavioral therapy which is effectively used in the treatment of many psychological disorders is based on cognitive and behavioral formulations of such disorders. Exposure strategies are successfully used in the treatment of obsessive-compulsive disorder, especially when obsessions are followed by compulsive behaviors. However, there has been a delay in the development of a comprehensive cognitive formulation of obsessional disorders. In this article characteristics of obsessions are discussed, Salkovskis' cognitive and behavioral analysis of obsessions are summarized and therapy implications are considered.

Key Words: Obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioral formulation.

Giriş

Bilişsel-davranışçı tedavi yöntemleri, psikolojik bozuklukların bilişsel ve davranışçı açıklamaları temelinde gelişmiştir. Başlangıçta Beck'in (Beck, 1967) depresyonun gelişmesinin bilişsel açıklamasını yapması ve bu formülasyona dayalı olarak bilişsel tedavi tekniklerini geliştirmesi, alanda büyük bir ilgi uyandırmıştır. Bilişsel-davranışçı tedaviyle başarılı sonuçlara ulaşılması,

başka psikolojik bozuklukların da benzer şekilde ele alınarak yeni modeller geliştirilmesine yol açmıştır. Nitekim, 1989 da yayımlanan bilişsel tedavilerle ilgili bir el kitabında (Freeman, Simon, Beutler ve Arkowitz, 1989), depresyonun yanı sıra, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, cinsel sorunlar, kişilik bozuklukları gibi çok farklı alanlar ele alınmaktadır.

*Yazışma Adresi: Prof. Dr. Işık Savaşır, Hacettepe Üniversitesi,
Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Sıhhiye, Ankara

Anksiyete bozuklukları kategorisinde sınıflandırılan obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), 1960'lara kadar kronik ve iyileşemeyen bir hastalık olarak algılanmaktaydı (Balkom ve ark., 1994). Birbirinden bağımsız iki gelişme bu fikrin değişmesine neden olmuştur. Bunlardan biri etkili ilaçların kullanılması, diğeri ise davranışçı tedavi yöntemlerinden biri olan "karşı-karşıya getirme"nin (exposure) başarı ile uygulanmasıdır. Karşı karşıya getirme yöntemi özellikle kompulsyonlarla birlikte giden obsesyonların tedavisinde etkilidir. Ancak obsesyonların başat olduğu, kompulsyonların görülmediği bozukluklarda aynı başarı oranı gözlenmemektedir. Salkovskis (1985) yayınladığı bir makalesinde, OKB'da bilişsel belirtilerin ön planda olmasına karşın, bu bozukluğun kapsamlı bilişsel bir formülasyonunun olmamasına dikkati çekmekte ve bir model önermektedir. Obsesyonların tedavisinde bu modelin önemli sonuçları olduğu düşünülerek, bu makalede ilk önce obsesyonların özellikleri ele alınacak, daha sonra da Salkovskis tarafından önerilen bilişsel model özetlenecektir.

Obsesyonların Özellikleri

Obsesyonlar bireyin kabul edemediği, tekrarlayıcı düşünce, imge ve itilerdir (impulse). Subjektif sıkıntıya yol açarlar ve kişi bunlara direnmeye çalışır (Rachman, 1985). İstenmeyen ve otomatik olarak ortaya çıkan bu zihinsel olaylar, genellikle kişinin kontrolü dışında olarak algılanır ve itici, gereksiz, çirkin, müstehcen, günah olarak değerlendirilir. İlk epidemiyolojik araştırmalarda obsesyonların kompulsyonlarla beraber görülme oranı % 70-75 olarak bildirilmektedir (Akhtar, Wig, Verna, Pershod ve Verna, 1975; Welner, Reich, Robins, Fishman ve Van Doren, 1976). Son araştırmalarda ise % 93 gibi daha yüksek bir orandan söz edilmektedir (Ramussen ve Tsuang, 1986). Obsesyonların önemli özelliklerinden biri kişinin onlara direnmesidir. Bu özellik, DSM-3R de yer alan tanımda, obsesyonların ego-distonik olduğu ve kişinin bunları bastırma ve kovmaya çalıştığı şeklinde belirtilmiştir. Obsesif kompulsif bozuklukta kişi, düşüncelerinin kendi kafasının ürünleri

olduğunu, dışarıdan kafasına sokulmadığını gayet iyi bilir. Obsesyonların bu özelliği, onların, diğer psikotik bozukluklarda görülen kontrol algıları ve düşünce sokulması gibi daha patolojik düşüncelerden farklı olmasını sağlar. Obsesyonların kişiden kaynaklanması temel özellikleri iken, dış uyarıcıların bunları ortaya çıkarmadaki rolü unutulmamalıdır. Çevredeki bir çok uyarıcı, örneğin keskin nesnelere, insanlar, kelimeler, obsesif düşüncüyü ortaya çıkarabilirler.

Obsesif düşünceler normal örneklerde de incelenmiştir. Obsesif hastalarda görülen obsesyonların benzer içerik ve biçimde normallerde de görüldüğü, araştırmacılar tarafından belirlenmiştir (Rachman ve de Silva, 1978; Salkovskis ve Harrison, 1984). Normal örneklerin % 80-90'ı da zaman zaman obsesif düşünce yaşantıları olduklarını bildirmişlerdir. Rachman ve de Silva'nın bildirdiklerine göre, normallerde ve hastalarda gözlenen obsesyonlar biçim ve anlam olarak birbirlerine çok benzemektedir. Ancak hastalardaki obsesyonların sıklıkları daha fazla, süreleri daha uzun, daha rahatsız edici ve daha yoğundur. Ayrıca hastalar, obsesyonlarına daha fazla direnç göstermekte, bu düşünceleri kafalarından daha zor kovabilmekte ve duygu durumlarına bağlı olarak algılamaktadırlar. Başka araştırmacılar da benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Akıldan kovulmakta güçlük çekilen düşüncelerin daha fazla rahatsızlığa yol açtığı görülmüştür. Rahatsızlık derecesinin düşüncelerin sıklığına bağlı olmadığı görülmektedir. Niler ve Beck (1989) normal örneklerde yaptıkları araştırmada yine yüksek oranda takıntılı düşünceler bulmuşlar ve bu düşüncelerin sıklığının, kafadan atılmadaki zorluğunun ve verdiği rahatsızlığın bireylerin kendi ifade ettikleri suçlulukla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Insel (1990) de suçluluğun, OKB'da temel etiyolojik önemi olduğunu vurgulamaktadır. Bu araştırma sonuçları ve klinik gözlemler, kontrol edilememe ve düşüncelerin kabul edilemez türden olmasının normal ve anormal obsesyonların ayrılmasında temel rol oynadığını göstermektedir. Klinik gruplarda, düşüncelere direncin fazlalığının ve

kafadan atılmadaki güçlüğüne, obsesif düşüncelerin kabul edilemez ve kontrolü güç olarak algılanmasına yol açtığını düşündürmektedir.

Obsesif düşüncelerin sıklığı, bireyin içinde bulunduğu duygu durumuyla da değişmektedir. Obsesif düşüncelerin sıklığı ve duygu durumu arasındaki ilişki son zamanlarda yapılan araştırmalarla gösterilmiştir. Deneysel olarak depresif duygu durumuna sokulan normal deneklerde, takıntılı düşüncelerin arttığı (Welner ve Horowitz, 1975), duygu bozukluğunun şiddeti arttıkça düşüncelerin kontrol edilebilirliğinin zorlaştığı (Edwards ve Dickerson, 1987; Suderland, Newman ve Rächman, 1982) bildirilmektedir. Ayrıca takıntılı düşüncelerin hafif ve orta şiddetteki strese verilen doğal tepkilerden biri olduğu bilinmektedir. Analog araştırmalarda, programlanmış anksiyeteyi takip eden dönemde, takıntılı düşüncelerin sıklığının arttığı bulunmuştur (Borkovec ve ark., 1983; York ve ark., 1987). Stres altında obsesif düşüncelerin ortaya çıkması normal kabul edildiğine göre obsesif kompulsif hastalarda stresin yaygınlığının ve obsesyonların sıklığının açıklanması gerekmektedir.

Obsesyon ve Kompulsyonların Gelişimi

Diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi, obsesif kompulsif bozuklukların gelişmesinin açıklanmasında, iki faktörlü öğrenme ilkesi kullanılmaktadır. Bu görüşe göre, obsesif düşünce koşullanmış uyarıcı olmakta, kaygı yaratan obsesif düşünceyi nötralize eden kompulsif davranışlar ise, kısa vadede kaygıyı azalttıkları için olumsuz pekiştirme yoluyla öğrenilmektedir.

Aşağıda OKB'nin psikolojik modeli özetlenmektedir (Salkovskis ve Kirk, 1989 s. 134):

- Obsesyonlar anksiyeteye koşullanmış düşüncelerdir. Normal olarak bu düşüncelerin daha fazla koşullanma olmadan tekrarlanması, düşüncelerin sönmesine yani tekrarlamamasına yol açar, ancak obsesif düşüncelerin sıklığı kompulsyonlar dolayısıyla azalmaz.
- Kompulsyonlar istemli davranışlardır (gözlenebilir davranışlar ya da düşünceler). Bu davranışlar, bireyin obsesif düşünceleri karşı karşıya

gelmesini engeller, obsesif düşüncelerin ortaya çıkarttığı anksiyeteyi azalttıkları için de öğrenilirler. Kısa vadede anksiyeteden kaçmayı sağlarlar.

- Ayrıca hastalar obsesif düşünceyi ortaya çıkarabilecek uyarıcılardan kaçınırlar. Böylece obsesif düşünce ve anksiyete önlenir ve karşı karşıya gelme sıklığı azalır.

Salkovskis (1985) temelde OKB'nin açıklanmasında iki faktörlü öğrenme ilkesini kabul ederek modeli, bilişsel süreçleri de katarak genişletmiştir. İlk adım olarak, bilişsel formülasyonda ve tedavide önemli işlevi olan olumsuz otomatik düşünceler ve obsesif düşüncelerin, birbirlerinden farklı olduğuna işaret etmiştir. Olumsuz otomatik düşünceler, dış ya da iç uyarıcılar tarafından ortaya çıkarılan, pek olası olmasa da mantıklı olan, hastanın geçerliğini sorgulamadan, test etmeden doğru olarak kabul ettiği düşüncelerdir. Bu düşünceler bireyin inanç ve değerleriyle uyumludur. Halbuki obsesif düşünceler mantıksız, kabul edilemez olarak algılanmakta ve kişinin inançlarına ters düşmektedir. Otomatik düşünceler inançların ifadesiyken, obsesyonlar inançlarla uyumlu değildir.

Obsesyonlar olumsuz otomatik düşünceler olarak görülüyorlarsa, bilişsel modelde nasıl ele alınabilirler? Salkovskis'e göre obsesif düşünceler, bazı olumsuz otomatik düşünceleri ortaya çıkaran uyarıcılar olarak kavramsallaştırılmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, takılmalar normal kişilerde de önemli duygusal bozukluklara ve başa çıkmada zorluklara yol açmadan ortaya çıkabilmektedir. Obsesyonların daha düzenli ve sürekli duygu durum bozukluklarına yol açmaları ancak bazı olumsuz düşünceleri tetikledikleri zaman mümkün olmaktadır. Diğer bir deyişle, takılmalar birey tarafından inançlarına ters olarak değerlendirildiklerinde (örneğin: "Böyle düşünmek çok kötüdür"), sürme olasılıkları artar. Çünkü bunlar Beck modeline göre daha önceden bazı insanlarda var olan işlevsel olmayan şemaları aktive ederler ve böylece olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkar. Takılmalarla etkileşime giren işlevsel olmayan sayılılar (temel inanç ve

tutumlar) aşağıda sıralanmaktadır (Salkovskis, 1985 s.579).

- "Bir eylemi düşünmek, eylemi yapmakla aynıdır."
- "Bir insana ya da kendine olabilecek zararı önleyememek, zarara neden olmakla aynıdır."
- "Sorumluluk koşullara bağlı olarak değişmez." ("Gerçekleşme olasılığı çok düşük olaylarda bile sorumluluk almak gerekir.")
- "Takılma olduğunda onu etkisiz hale getirmeme (nötralize etmeme), takılmadaki zararın olmasını istemekle aynı şeydir."
- "Birey düşüncelerini kontrol etmelidir (edebilir)."

Obsesif-kompulsif hastalarda, bu inançlar hastaya göre değişebilir. Ancak herbirinde ortak olan tema, takılan düşüncelere tehlike, zarar ve sorumluluk yüklemektir. Takılmalar ancak bu şekilde kişisel bir anlam kazandıklarında sıkıntıya yol açarlar.

OKB'da, obsesyonların açıkça tanınması ve görülebilir olması, obsesyonlarla ilgili temel işlevsel olmayan varsayımlara dikkat etmemize yol açmıştır. OKB'da sıklıkla görülen obsesif kuşkulama (örneğin, "Elim temizlendi mi? temizlenmedi mi?") biçimindeki obsesif düşünce, genellikle ilk takılmadır. Duygusal tepkilere neden olan ise, başlangıçtaki obsesif düşünceler değil, asıl bu takılmaların yol açtığı otomatik düşüncelerdir. Bu düşünceler, kişisel anlamı olan olası bir zarardan sorumluluk duymayla ilgilidir. Eğer birey olabilecek bir zarardan kendinin sorumlu olduğunu düşünüyorsa, olumsuz duygusal tepkiler ortaya çıkar.

Bu açıdan bakıldığında, kompulsif davranışlar ya da düşünceler şeklindeki nötralizasyon çabaları (kötü düşünceden sonra iyi düşünce akla getirmek), işleri düzeltme ve başkaları tarafından suçlanma olasılığından kaçınma girişimleri olarak kolayca anlaşılabilir. Birçok obsesif hastanın sürekli olarak gelecekteki olaylarla ilgili teminat araması, sorumluluğu başkalarına yayma çabası olarak algılandığında, bu davranış çok daha anlaşılır olmaktadır. Böylece, başkalarına ya da kendine zarar verme düşünceleri olan hasta, genellikle bütün ayrıntılarıyla başkalarının da bu

düşünceleri bilmesini sağlayarak sorumluluğu azaltmaktadır. Yakınları, doktor ya da psikolog, hastanın mikrop taşıyabilecek bir şeye dokunduğunu, sonra da başkalarının dokunabileceği şeyleri ellediğini bilirlerse, sorumluluğu bir dereceye kadar paylaşmış olmaktadır (Salkovskis, 1985).

Özetle, nötralizasyon, hastanın başkalarına ve kendine zarar verme sorumluluğunu paylaşma ve azaltma çabaları olarak görülebilir. Olası korkunç sonuçlar göz önüne alındığında nötralizasyon için harcanan çaba çok küçük kalmaktadır. OKB' daki temel düşünce çarpıtması, kendine ve başkasına zarar verme ya da zararı önleyememenin sorumlusunun kişinin kendisi olduğuna inanmasıdır.

OKB'ın Bilişsel-Davranışsal Modeli

Çevrede düşünceleri tetikleyebilecek çok sayıda uyarıcı vardır. Ancak bir çok obsesif hasta bu uyarıcılarla karşılaşmamak için önlemler alırlar. Bu kaçınma, açık ya da gizli olabilir. Bir başka deyişle, bazı uyarıcılarla temas etmekten kaçınabilirler ya da düşüncelerini başka konulara yönlendirirler. Bu aşamada hastanın davranışının fobik bir davranıştan hiç farkı yoktur. Ancak bu stratejiler yeterli olmazlar, hatta bazan tam tersi etkileri olur. Örneğin, obsesif düşünceyi düşünmemeye çalışmak bu düşüncelerin sıklığını artırır.

Bu aşamada tetiklenen takıntılı düşünceler ego-distoniktir, yani düşüncelerin içeriği bireyin inanç sistemiyle tutarsızdır ve mantıksız olarak algılanır. Böyle bir yaşantıya ne tepki verileceği bu düşüncenin birey için bir anlamı olup olmasına bağlıdır. Eğer garip içerikli düşüncelerin herkeste olabileceği ama, bunların daha farklı sonuçlara yol açmadığı düşünülürse, zincir burada kırılır. Buna karşın, bu çeşit düşüncelerin önemli sonuçları olabileceğine inanılıyorsa, o zaman inancın kuvvetine ve içinde bulunulan duygu durumuna bağlı olarak otomatik düşünceler ortaya çıkar. Takıntılı düşüncelerle etkileşime giren işlevsel olmayan inançlar, daha önce de sözü edildiği gibi tehlike, itham ve sorumlulukla

ilgilidir. "Bunları düşünmemem gerek", "Bunları düşünmek, yapmayı istiyorum demektir" biçimindeki düşünceler olumsuz duyguları ortaya çıkarırlar. Bu da nötralize edici düşünce ve davranışlara yol açar.

Nötralizasyonun üç ana sonucu vardır. Bunlardan biri nötralizasyonun hissedilen rahatsızlığı azaltmasıdır. Böyle olunca, obsesif davranışlar, stresle başa çıkma yolu olarak gelişirler. Bu durum hem daha fazla nötralizasyona yol açar hem de bu stratejinin diğer anksiyete durumlarına genellenmesine neden olur. İkincisi, nötralizasyonu tutarlı olarak "cezasızlık"ın takip etmesidir. Cezanın olmaması önemli bir pekiştiricidir ve söz konusu inançların geçerliğinin sınımanmasını engelleyerek, inancı pekiştirecektir. "İnancım doğrultusunda hareket ettim ve daha iyi hissettim, bu yüzden de inancımın doğru bir yönü olması gerekir". Son olarak da nötralizasyonun tamamlanması kendisi kuvvetli bir tetikleyicidir.

Tedaviye Katkıları

Bu model, davranışçı tedavi yöntemiyle tamamen uyumludur. Ancak bazı eklemeler getirmektedir. Bu modelde de kompulsif davranışın engellenmesi ve "karşı karşıya getirme", kullanılan temel yöntemlerdir. Ancak bazan, örneğin, gözlenebilir kompulsyonların olmadığı durumlarda, bilişsel yöntemler tedaviye eklenir. OKB'nin bilişsel yöntemlerle tedavisinde takılmaları düşünceler değil, bu düşüncelerin yol açtığı otomatik düşünceler hedef alınır. Obsesyonlarla ilgili işlevsel olmayan varsayımlar bilişsel yöntemlerle ele alınarak, suçluluk duyguları ve obsesyonlar azaltılabilir. Üzerinde önemle durulması gereken husus, bu obsesyonların geçerli olup olmadığının hastayla tartışılmamasıdır. Örneğin, günlük işlerini, mikrop bulaşacak kaygısıyla yapamayan ve el yıkama kompulsyonu geliştirmiş bir hastayla, el yıkamadığı durumlarda kendisine mikrop bulaşma olasılığının ne kadar az olduğunu tartışmak hiç bir işe yaramaz, tam tersine nötralizasyon davranışlarını arttırabilir. Bunun yerine yapılması gereken hastanın: "Bir eylemi düşünmek eylemi yapmakla

aynıdır", "Birey düşüncelerini kontrol edebilir", "Sorumluluklar koşullara bağlı olarak değişmez", "Bir insana ya da kendine olabilecek bir zararı önleyememek, zarara neden olmakla aynı şeydir" gibi, temel işlevsel olmayan varsayımlarına yönelmektir. "Karşı karşıya getirme"nin kullanılmadığı durumlarda da bilişsel yöntemler uygundur. Örneğin, bir insan, belli maddelerle (kanserojen) temas etmemek kompulsif davranışların, kendisini kanserden koruyacağına inanıyorsa, direkt olarak "karşı karşıya getirme" yöntemi, kanser hastalığının gelişme süreci çok uzun olduğu için geçersiz olabilir. Bilişsel yöntemler, depresyonu olan obsesiflerde de yararlı olabilir.

KAYNAKLAR

- Akhtar, S., Wig, N.H., Verna, V.K., Pershod, D. & Verna, S.K.(1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neuroses. *British Journal of Psychiatry*, 127, 342-348.
- Balkom, A.J., Oppen, P., Vermeulen, A.W., Dyck, R., Nauta, M.C., & Vorst, H.C.(1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359-381.
- Beck, A.T.(1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & De Free.(1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behavior Research & Therapy*, 21, 9-16.
- Edwards, S., & Dickerson, M.(1988). Intrusive unwanted thoughts: A two-stage model of control. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 317-328.
- Freeman, A., Simon, K.M., Beutler, L.E., & Arkowitz, H.(1989). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, New York: Plenum Press.
- Insel, T.R.(1990). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 4-9.
- Niler, E.R., & Beck, S.J.(1987). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population.. *Behavior Research and Therapy*, 27, 213-220.
- Rachman, S.J.(1985). An overview of clinical and research issues in obsessive-compulsive disorders. In M. Mavissakalian, S.M. Turner & L. Michelson (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorders: Psychological and Psychopharmacological Treatment* (pp. 1-47). New York: Plenum.

- Rachman, S.J., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Ramussen, S.A., & Tsuang, M.T.(1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Salkovskis, P.M.(1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behavioural Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M. & Harrison, J.(1984). Abnormal and normal obsessions-a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P.M. & Kirk,J.(1989). Obsessional disorders. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (Eds.), *Cognitive Behaviour Therapy for psychiatric problems- A practical guide* (pp. 129-169). Oxford: Oxford University Press.
- Suderland, G., Newman, B.,& Rachman, S.J.(1982). Experimental investigation of the relations between mood and intrusive unwanted cognitions. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 127-138.
- Welner, A., & Horowitz, M. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after a depressive film: A pilot study. *Psychological Reports*, 37, 135-137.
- Welner, A., Reich, T., Robins, E., Fishman, R., & Van Doren, T. (1976). Obsessive-compulsive neurosis: record, follow-up and family studies. 1. Inpatient record study. *Comprehensive Psychiatry*, 17, 527-539.
- York, D., Borkevec, T.D., Vasey, M., et al (1987). Effects of worry and somatic anxiety induction on thoughts, emotion and physiologic activity. *Behavior Research and Therapy*, 25, 523- 526.