



Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel-Davranışçı Tedavi Yaklaşımı: Bir Derleme

Nurdan Güleç*
Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Özet

Son yıllarda psikiyatri kliniklerine obsesif-kompulsif yakınmalarla başvuran hasta sayısında bir artış gözlenmektedir. Bu duruma koşut olarak, hem bu bozukluğu konu alan araştırmalara ilgi artmış hem de yeni tedavi tekniklerinin geliştirilmesine, özellikle de birleşik (kombine) tedavilerin sınanmasına ağırlık verilmiştir. Bu yazının amacı, obsesif-kompulsif bozukluğa ilişkin temel bilgileri aktararak araştırma sonuçlarını gözden geçirmek ve bozukluğun tedavisinde yaygın olarak başvurulan bilişsel-davranışçı yaklaşımı ele almaktır.

Anahtar sözcükler: Obsesif-kompulsif bozukluk, bilişsel-davranışçı yaklaşım.

Obsessive-Compulsive Disorder and Cognitive-Behavioral Approach: A Review Abstract

In recent years, the number of patients with obsessive-compulsive complaints has been increasing in psychiatry clinics. This increment results in a growing interest in exploring unknown aspects of the disorder as well as developing new treatment techniques, especially those which focus on the combined treatment. This review aims to cover the fundamentals of the disorder, recent research findings in this area, and to briefly explain cognitive-behavioral approach in the obsessive-compulsive disorder.

Key words: Obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioral approach.

Obsesif-kompulsif Bozukluk (OKB) son yıllarda psikiyatri alanında en çok ilgi gören konular arasındadır. Ülkemizde de bu konuya olan ilginin artmaya başladığı ve konu ile ilgili yayınların sıklaştığı görülmektedir (örneğin:

Savaşır, 1995; Tuğrul, 1995; Kılıç, 1995; Önder ve Beştepe, 1995; Eğrilmez, Gülseren, Aydemir ve Kültür, 1995; Sayılğan, 1998 vb.). Bu çalışmanın amacı da, sayıları gün geçtikçe artan bu yayınları bir anlamda derlemek ve konuyu,

* Uzman Psikolog, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Psikiyatri Anabilim Dalı.

bilişsel yaklaşımdaki son gelişmeleri de gözönünde bulundurarak çeşitli boyutlarıyla gözden geçirmektedir. Bu amaçla önce OKB hakkında genel bir bilgi verilmiş, bilişsel yaklaşıma göre obsesyon ve kompulsiyonların gelişimi, obsesif kompulsif belirtilerde normal ve anormal ayrımı, yaygınlığı, başlangıç yaşı yatkinlaştırıcı etmenler, duygudurum ve bazı bozukluklarla ilişkiler, tedavi teknikleri olmak üzere konu, farklı boyutlarda ve bu alanda son yıllarda yapılan yayınları da kapsayacak şekilde ele alınmaya çalışılmıştır.

Genel Bilgi

OKB, A.B.D. nüfusunda en sık rastlanan dördüncü psikiyatrik bozukluktur (Noshirvani, Kasvikis, Marks, Tsakiris ve Monteiro, 1991). OKB'si olan kişiler obsesif düşünceleri ve ritüelleri için aşırı derecede zaman harcadıklarından dolayı mesleki ve sosyal işlevlerinde bozulmalar gösterirler (Abramowitz, 1997; Hollander, Kwon, Stein, Broatch, Rowland ve Himelein, 1996; Koran, Thienemann ve Davenport, 1996). Bazı hastalarda ritüeller, günün tamamını aldığı gibi, genellikle hastayı korumak isteyen arkadaş ve aile üyelerinin zamanının da önemli bir kısmını alır. Bazen ritüeller, aşırı el yıkama örneğinde olduğu gibi, cildin tahriş olması şeklinde komplikasyonlara da yol açabilir. Tedavi edilmediği takdirde, genellikle OKB belirtileri, bozukluğun gidişi boyunca artar ve kötüleşir (Abramowitz, 1997).

OKB'nin sınıflandırması, büyük ölçüde 1838 yılında Esquirol tarafından yapılan tanıma dayanmaktadır. Bu tanıma göre "OKB, yineleyici veya ısrarlı düşünce, imge, duygu veya buna eşlik eden öznel bir kompulsiyon duyumunun olduğu bir hareket ve buna karşı direnme

için bir istektir; bu durum birey tarafından, kişiliğe yabancı ve anormal olarak tanınır." Bu tanım görelî olarak değişmeden günümüze kadar gelmiştir (Kozak ve Foa, 1994).

Obsesyon ve kompulsiyon obsesif-kompulsif bozukluğun temel özelliğidir. Obsesyonlar, ısrarlı ve uygun olmayan bir şekilde yaşanan, istenmedik ve ısrarlı düşünceler, itkiler veya imgeler olup kaygıya yol açarlar. Kişi bu düşünce ya da görüntüleri rahatsız edici, amaçsız, kabul edilmeyen ve uzaklaştırılması güç olarak görür (Abramowitz, 1997; Hawton, Salkovskis, Kirk ve Clark, 1989; Muris, Merckelbach ve Clavan, 1997). Obsesyon ne kadar "kabul edilemez", "utanç verici", "ayıp", "zarar verici" olarak değerlendirilirse, obsesyonun ortaya çıkma sıklığı o kadar artar ve kontrol edilebilirliği de o kadar azalır (Tuğrul, 1995).

Obsesyonu veya obsesyonun sonuçlarını etkisiz hale getirmek için genellikle kompulsif davranışlarda bulunulur. Kompulsiyonlar tekrarlayıcı davranışlar (örneğin el yıkama, sıralama, kontrol etme) veya zihinsel eylemlerdir (örneğin dua etme, sayı sayma, kelime tekrarlama). Kompulsiyonların amacı, hoşnutluk veya memnuniyet sağlamak değil, kaygıyı önlemek veya azaltmaktır (Muris ve ark., 1997). Kompulsif (veya etkisiz hale getirici) davranışlar, çoğu kez bir obsesyonun başlattığı, tekrarlayıcı ve istemli davranışlardır; genellikle kalıplaşmıştır veya kuralları kişiye özgü olarak belirlenmiştir. Bu davranışlar kaygının geçici olarak azalmasını sağlar. Ritüeller tamamlanmadığında kaygı artar (Hawton ve ark., 1989). Rachman ve Hodgson'a (1980) göre etkisizleştirme, kompulsif davranışlarla sağlanabileceği gibi, zihinsel olarak da yapılabilir. Örneğin,

obsesyonun tersi olan bir başka düşünce ya da imge yaratmaya çalışma gibi. Bunlara "obsesyonel düşünceler (ruminations)" veya "örtük kompulsiyonlar" denilebilir (akt. Tuğrul, 1995).

DSM-IV'te, obsesyonlar, kimi zaman istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineli ve sürekli düşünce, itki ya da imgeler olarak tanımlanmaktadır. Bu düşünce, itki ya da imgeler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir. Kişi bunları önemsememeye, baskılamaya veya başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışmakta; obsesif düşünce, itki ya da imgelerini kendi zihninin bir ürünü olarak görmektedir. Kişinin, bu düşünce, itki ya da imgelerini, zihninin bir ürünü olarak görmesi, obsesyonların, kişinin zihnine dışarıdan düşünce sokulduğunun iddia edildiği psikotik düşünce sürecinden ayırıldığında önemli bir gösterge olmaktadır.

Bilişsel Yaklaşım Göre Obsesyon ve Kompulsiyonların Gelişimi

Bilişsel teoriler, erken yaşam olaylarının ardından, işlevsel olmayan sayıltıların oluşumunu kabul eder. Bu sayıltılar, sayıltıları aktive eden anlamca ilişkili kritik olaylara kadar gizil bir durumda kalabilir. Bilişsel modelle tutarlı olarak, hayatın daha sonraki dönemlerinde meydana gelen benzer yaşantılar sayıltıları güçlendirir veya aktive eder. Diğerlerine zarar verici düşünceler bir kez aktive olduğunda, hızla, sıradışı öneme sahip olur. Bunun yol açtığı rahatsızlığı azaltmak için bu düşünceleri etkisiz hale getirmek gerekir. Rachman (1993) obsesif hastaların kızgınlığı ifade etmede güçlükleri

olduğunu öne sürer. Etkisizleştirme davranışı, diğerlerine yönelik zarar verici duyguların ketlenmesini sağlayabilir. Rachman'a göre obsesif hastalar bazen kızgınlığı açığa vurmaya öğrendiklerinde, aşırı sorumluluk duygularını ve aşırı içsel atıflarını yeniden yönlendirebilirler. Gerçekte bilişsel-davranışçı müdahaleler, olumsuz düşünceler ve işlevsel olmayan varsayımlar arasındaki bağlantıları zayıflatmak için, kızgınlığın ifadesini cesaretlendirebilir (aktaran Tallis, 1994).

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 mantıki olan, hastanın, geçerliğini sorgulamadan, test etmeden doğru olarak kabul ettiği düşüncelerdir. Bu düşünceler bireyin inanç ve değerleriyle uyumludur. Oysa ki obsesif düşünceler mantıksız, kabul edilemez olarak algılanmakta ve kişinin inançlarına ters düşmektedir. Otomatik düşünceler inançların ifadesiyken, obsesyonlar inançlarla uyumlu değildir. Salkovskis'e göre, obsesif düşünceler, bazı olumsuz otomatik düşünceleri ortaya çıkaran uyarıcılar olarak kavramsallaştırılmaktadır. Takılmalar normal kişilerde de önemli duygusal bozukluklara ve başa çıkmada zorluklara yol açmadan ortaya çıkabilmektedir. Obsesyonların daha düzenli ve sürekli duygudurum 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 harekete geçirir ve böylece olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkar. Takılmalarla etkileşime giren işlevsel olmayan sayıltılar (temel inanç ve tutumlar) şunlardır:

“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).” (aktaran Savaşır, 1995).

Obsesif - kompulsif hastalarda, bu inançlar hastaya göre değişebilir. Ancak her birinde ortak olan tema, takılan düşüncelere tehlike, zarar ve sorumluluk yüklemektir. Takılmalar ancak bu şekilde kişisel bir anlam kazandıklarında sıkıntıya yol açarlar. Eğer birey, olabilecek bir zarardan kendinin sorumlu olduğunu düşünüyorsa olumsuz duygusal tepkiler ortaya çıkar. Bu açıdan bakıldığında, kompulsif davranışlar ya da düşünceler şeklindeki etkisizleştirme çabaları (kötü düşünceden sonra iyi düşünce akla getirmek), işleri düzeltme ve başkaları tarafından suçlanma olasılığından kaçınma girişimleri olarak anlaşılabilir. Birçok obsesif hastanın sürekli olarak gelecekteki olaylarla ilgili teminat araması, sorumluluğu başkalarına yay-

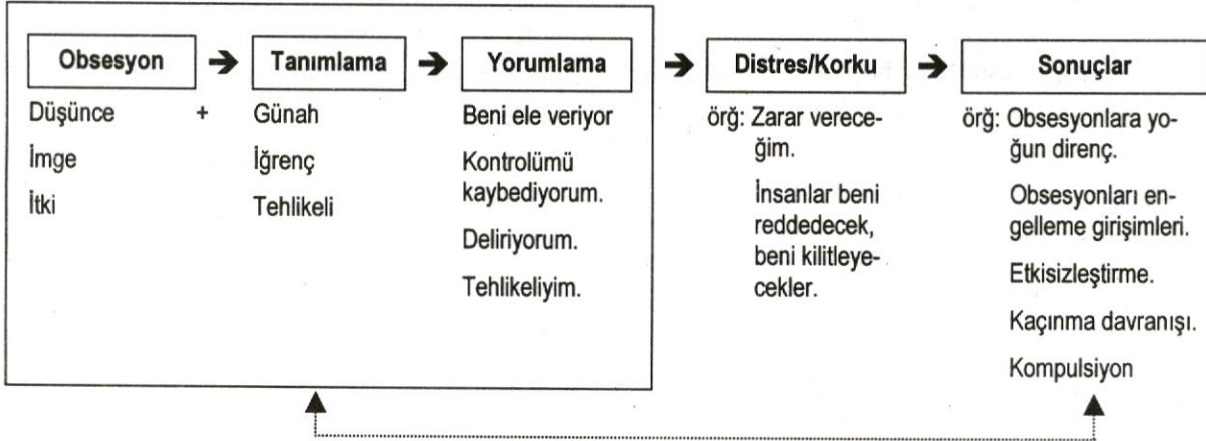
ma çabası olarak algılandığında, bu davranış çok daha anlaşılır olmaktadır. Böylece, başkalarına ya da kendine zarar verme düşünceleri olan hasta, genellikle bütün ayrıntılarıyla, başkasının da bu düşünceleri bilmesini sağlayarak sorumluluğu azaltmaktadır (Savaşır, 1995). Obsesif düşüncelerin kazanılması süreci, gerçekte karmaşık ve çok etkenli olabilir. Bir tek öğrenme yaşantısı OKB'nin gelişimi için çocukluktaki zemini hazırlayabilir (Tallis, 1994).

Salkovskis, Westbrook, Davis ve Gledhill (1997) yaptıkları bir çalışmada, görel olarak sık ve tekrarlayıcı düşünceler yaşadıklarını belirten normal kişilerden oluşan büyük bir örneklemi taramışlardır. Denekler seçkisiz olarak deneysel veya kontrol gruplarından birine atanmıştır. Tüm deneklerden, tekrarlayıcı düşüncelerinin tekrarlı kayıt sunumlarını dinlemeleri istenmiş ve daha sonra, deneysel grubun, bu düşünceleri etkisizleştirirken, kontrol grubunun, dikkatini başka yöne çevirmesi istenmiştir. Rahatsızlık kayıtları, deneklerin kendilerinin işaretlediği 0-100 aralığındaki bir ölçek üstünde belirlenmiştir. Bu ölçümler, kayıt dinleme (1.aşama) ve aynı düşünceleri etkisizleştirme veya uzaklaştırma (2.aşama) işlemi sırasında alınmıştır. Sonuçlar, ilk aşama sırasında etkisizleştirmeyi yapan grubun, ikinci aşama sırasında daha rahatsız olduğunu ve etkisizleştirme veya uzaklaştırma için anlamlı derecede daha fazla çaba gösterdiğini ortaya koymuştur. Aynı zamanda, birinci aşamada etkisizleştirme tepkileri sırasındaki meşguliyet, ikinci aşama sırasında etkisizleştirmeyi durdurmada da güçlük çekilmesine neden olmuştur. Sonuçlar, bilişsel davranışçı hipotezler çerçevesinde obsesif bozuklukların, normal tekrarlayıcı düşünceleri etkisizleştirmenin bir sonucu olarak geliştiğini düşündürmektedir.

Salkovskis' in OKB ile ilgili görüşlerine, Rachman (1997) yeni bir boyut eklemiştir. Obsesyonlarla ilgili daha önceki açıklamalar, temel olarak bilişsel bir olay olan obsesyonları davranışçı yaklaşım çerçevesinde sınırlandırmaktadır. Rachman, Clark'ın panik kuramını obsesyonları içine alacak şekilde genişletmiş ve Salkovskis'in OKB'nin bilişsel analizini de temel olarak bir kuram geliştirmiştir. Rachman'a göre, girici (intrusive) düşünce, imge veya itkilerin öneminin bir felaket (katastrofik) olarak yanlış yorumlanması obsesyonların nedenidir. Bu durumda, yanlış yorumlamalar devam ettiği sürece, obsesyonlar da devam edecektir. Kuramın başlangıç noktası, istenmeyen, girici düşüncelerin, obsesyonların ham maddesi olduğu ve bu düşüncelerin hemen hemen evrensel olarak yaşandığı bulgusudur.

Tekrarlayıcı obsesyonları olan kişiler genellikle bu düşüncelerine abartılmış bir önem

vererek, bunları utanç verici, korkunç, iğrenç, tehdit edici ve tehlikeli olarak tanımlarlar. Daha ileri bir düzeyde, bu düşünce, imge veya itkiler, kişiliklerindeki önemli fakat gizli tutulan öğelerin açığa çıktığı şeklinde yorumlanır. Örneğin: "Bu düşünceler benim tehlikeli, güvenilir olmaduğum anlamına gelmektedir", "Tümüyle kontrolümü kaybedebilirim", "İğrenç biriyim, ahlaksızım". Bu yorumlardan bazılarının ayrınılı bir biçimde işlenmesi "Bir gün kontrolümü kaybedeceğim.", " Bir gün yıkıcı davranışlarda bulunup başkalarına zarar vereceğim.", "Eğer diğer insanlar obsesyonlarımı ve/veya içeriğini bilseler beni tamamen reddederler, beni kilitlerler" gibi belirli sonuçlardan korkmaya neden olur. Obsesyonların ana teması olan saldırganlık, cinsellik ve kutsal şeylere saygısızlık, bütün ahlaki sistemlerin önemli temalarıdır ve kişisel anlamın büyütülmesine açıktır (Rachman, 1997).



Şekil 1. Tanımlamalar, yorumlamalar ve eylemlerin ortaya çıkış sırası (Rachman, 1997).

Şekil 1'de özetlendiği gibi, bu tanımlamalar, yorumlamalar ve beklenen sonuçlar, obsesyonların neden bu kadar rahatsız edici, korkutucu ve kişiyi etkileyici olduğunu ve bunlara direnme ve uzaklaştırma çabalarını anlaşılabilir kılmaktadır.

Obsesyonlara karşı kaçınma davranışları da aynı kuvvetle ortaya çıkar. Etkisizleştirme girişimleri özellikle önemlidir, çünkü oldukça sık rastlanır ve belli bir psikolojik işlevi vardır. Etkisizleştirme girişimleri asıl olarak

obsesyonun beklenen etkilerini engelleme veya yumuşatma çabalarıdır. Kişinin obsesyonu ortadan kaldırmak, düzeltmek, karşıtı yapmak veya telafi etmek için güçlü bir isteği vardır. Kompulsiyonlar da etkisizleştirme eylemlerine çok benzer; kompulsiyon ve etkisizleştirme eylemlerinin kısmen başarılı olması, eylemi yapma isteğini güçlendirir ve obsesyonlardan dolayı kişinin hissettiği sıkıntının bir kısmını hafifletirler. Etkisizleştirmenin ardından bir süre sıkıntı azalır ve etkisizleştirme isteği de kendiliğinden hafifler. Muhtemelen etkisizleştirme ısrarlı (kararlı) olduğu için başarılıdır. Ancak kompulsiyonlarda olduğu gibi, bu geçici iyileşmenin de bir bedeli vardır. Etkisizleştirme dolaylı olarak, nedensel yanlış yorumlamalar ve bunların beklenen sonuçlarının sürmesini sağlar (Rachman, 1997).

Obsesif-Kompulsif Belirtilerde Normal ve Anormal Ayrımı

Obsesif düşünceler normal örneklerde de incelenmiştir. Pek çok kişide OKB'de görülen obsesyonlara oldukça benzer, hoş olmayan, ısrarlı yaşantıların olduğuna ilişkin güçlü kanıtlar vardır. Rachman ve de Silva (1978) ve Salkovskis ve Harrison (1984) çalışmalarında, OKB hastaları ile, klinik olmayan deneklerdeki obsesif düşünceleri karşılaştırmışlardır. Sonuçlar, normal deneklerin % 80'inin obsesyonlar yaşadığını göstermiştir. Bundan başka, "anormal" ve "normal" obsesyonlar arasındaki biçim ve içerik benzerlikleri de dikkati çekmiştir. Bununla birlikte, anormal obsesyonlar normal obsesyonlardan daha sık, daha yoğun, daha uzun süreli ve daha fazla rahatsızlık verici olmuştur. Bu bulgular birlikte ele alındığında, normal ısrarlı düşünceler ve patolojik obsesyonlar arasında bir

süreklilik olduğu görülmektedir. Rachman ve de Silva'ya göre, normallerde ve hastalarda gözlenen obsesyonlar biçim ve anlam olarak birbirlerine çok benzemektedir. Ancak hastalardaki obsesyonlar daha sık, daha uzun süreli, daha rahatsız edici ve daha yoğundur. Ayrıca hastalar, obsesyonlarına daha fazla direnç göstermekte, bu düşünceleri zihinlerinden uzaklaştırmakta daha fazla güçlük çekmektedir (aktaran Muris ve ark.,1997).

Niler ve Beck (1989) normal örneklerde yaptıkları araştırmada yine yüksek oranda takıntılı düşünceler bulmuşlar ve bu düşüncelerin sıklığının, zihinden uzaklaştırmadaki zorluğunun ve verdiği rahatsızlığın, bireylerin kendi ifade ettikleri suçlulukla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Insel (1990) de suçluluğun OKB'de temel etiyolojik önemi olduğunu vurgulamaktadır (aktaran Savaşır, 1995).

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 zihinden atılmadaki güçlüğüne, obsesif düşüncelerin kabul edilemez ve kontrolü güç olarak algılanmasına yol açtığı düşünülmektedir (Savaşır, 1995). OKB'si olanların normal deneklere göre istenmedik ısrarlı düşüncelerini etkisizleştirmeye daha fazla eğilimli oldukları da ortaya konulmuştur (Purdon ve Clark, 1994).

Purdon ve Clark (1994), 270 öğrenciden oluşan bir örnekleme, kullandıkları Leyton Obsesyon Envanteri (Leyton Obsessional Inventory)'nde yüksek obsesif belirti puanı alanların, ısrarlı düşünceleri tetikleyen ipuçlarından kaçınmak için daha çok çaba harcadıklarını

bulmuşlardır. Obsesif belirtileri yüksek ve düşük olanların, ısrarlı düşünceye tipik tepkilerinde düşünce kontrol stratejileri farklı olmamakla birlikte, yüksek puan alanların kontrol stratejilerini kullanmada daha az başarılı oldukları görülmüştür.

Muris ve ark. (1997) 150 normal denekle yaptıkları bir çalışmada, deneklerin % 54.7'sinin bazı ritüelleri olduğunu bulmuşlardır. Normal kompulsiyonlar ile patolojik kompulsiyonlar arasında içerik bakımından yakın ilişki vardır. OKB hastalarının bu ritüel veya kompulsiyonları, normallerin kompulsiyonlarından daha sık, daha yoğun, daha rahatsız edici, daha dirençli ve negatif duygulanım ile daha çok ilişkilidir. Bununla birlikte normal ve anormal ritüeller arasındaki farklar azdır. Uzmanlar, genellikle anormal kompulsiyonları, normal ritüeller olarak yanlış sınıflandırma eğilimindedirler. Normal denekler ile OKB hastaları arasında kompulsiyonların dağılım sıklığı farklıdır; OKB hastaları arasında yıkama, temizleme ve düzenleme daha fazla iken, normal deneklerde "büyüsel" destekleyici davranışlar (magical protective behaviors) daha sık görülür. Ancak bu çalışma bulguları, anormal ve normal kompulsiyonlar arasında bir süreklilik olduğunu göstermiştir. Yani normal ve anormal kompulsiyonlar içerikten çok, başka parametreler (sıklık, direnç, v.b.) bakımından farklılık göstermektedir.

Yaygınlığı

On yıl öncesine kadar OKB, kötü gidişli nadir bir durum olarak düşünülürdü (Abramowitz, 1997). Ancak son yıllarda A.B.D.'de yapılan epidemiyolojik araştırmalarda yüksek oranlarda (1 aylık yaygınlığı %1.3)

görüldüğü bildirilmiştir. Bu hastaların psikiyatri uzmanlarınca tekrar değerlendirilmelerinde çok daha düşük oranda OKB tanısı konmuştur (Kılıç, 1995). A.B.D.'de yine ülke genelinde yürütülen epidemiyolojik araştırmalarda yaşam boyu yaygınlığının %2.5'un üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (Abramowitz, 1997). Kaplan, Sadock ve Grebb (1994), OKB'nin yaşam boyu yaygınlığını % 2-3 olarak bildirmektedir.

Başlangıç Yaşı

Başlangıç yaşı değişik araştırmalarda farklı bulunmasına karşın ergenlik ve gençlik döneminin en riskli dönem olduğunda görüş birliği vardır. Ayrıca kadınlarda başlangıç yaşının daha geç olduğu bir çok araştırmacının ortak bulgusudur (Eğrilmez, Gülseren, Aydemir ve Kültür, 1995; Kılıç, 1995; Lensi, Cassano, Correddu, Ravagli, Kunovac ve Akiskal, 1996).

Gülseren, Eğrilmez, Gülseren ve Kültür'ün (1995a) yaptıkları çalışmada ortalama hastalık süresi 12.1 yıldır. Yine aynı örneklemin kullanıldığı bir başka çalışmada da, hastalığın ergenlik döneminde ve yirmili yaşlarda ortaya çıkmasına karşın elli yaşından sonra başlangıcın da oldukça sık olduğu gözlenmiştir (Gülseren, Eğrilmez, Gülseren ve Kültür, 1995b).

Hastalığın erken ya da geç başlangıçlı olmasının, kompulsiyonların içeriği ve hastalığın gidişi bakımından farklılıklar gösterdiğine ilişkin bazı ipuçları vardır. Noshirvani ve arkadaşları (1991) erken başlangıçlı vakalarda kontrol kompulsiyonlarının yıkanmadan daha sık olduğunu, bunların OKB'nin daha ağır seyreden, tedaviye kötü cevap veren, yapısal beyin lezyonlarının eşlik ettiği bir tipi olabileceğini öne sürmektedir.

OKB hastalarının çoğunda (% 85), hastalığın kronik bir seyir izlediği, %10-15'inde ilerleme ve yıkım görüldüğü, bazı hastalarda ise tam düzelme dönemleriyle giden tekrarlayıcı nöbetler olduğu belirtilmektedir (Kılıç, 1995).

Thiel, Züger, Jacoby ve Schüßler'in (1998) OKB ile birlikte anoreksiya veya bulimia nervozası olan hastaların zayıf bir prognoz gösterip göstermediğini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, tümü kadın olan hastalar, psikodinamik terapi ile tedavi edilmişlerdir. Bu sebepten, bu çalışmanın sonuçları yalnızca bu tedavi tipinin uzun süreli izleme sonuçlarıdır. Çalışmanın sonuçları, istatistik anlamlılığa ulaşmamakla birlikte, anoreksiya nervoza ile birlikte OKB'li hastaların ve özellikle bulimia nervoza ile birlikte OKB'si olan hastaların zayıf prognozunu yordamaktadır. Ancak, sonuçlar anoreksiya veya bulimia nervoza ile birlikte OKB gösteren hastaların anlamlı derecede zayıf prognoz gösterdiğine işaret etmemektedir.

Yatkınlaştırıcı Etkenler ve Cinsiyet İlişkisi

Rachman' a (1997) göre, obsesyonlara yatkın olanlar, girici düşünce, imge ve itkilerinin önemini bir felaket olarak yanlış yorumlama eğiliminde olanlar ve katı ahlaki değerlere sahip kişilerdir. Aşırı sorumluluk duyguları, depresyon ve anksiyete de yatkınlaştırıcı etkenler arasında görülmektedir.

OKB'de cinsiyetin etkileri ve bunun potansiyel etiyolojik ilişkileri hakkında çok az bilgi vardır (Noshirvani ve ark.,1991). Bazı yazarlar, kadın olmanın OKB gelişimi için risk etkeni olduğunu belirtmişlerdir. Klasik görüş-

lerde ise OKB'de anlamlı cinsiyet farklılığı olmadığı ve hasta sayısındaki artışa paralel olarak cinsiyetlerin eşitlendiği belirtilmektedir (Eğrilmez ve ark., 1995).

Türkiye' de yapılan bir çalışmada, yatarak ya da ayaktan tedavi olan 45 hastadan oluşan bir örnekleme kadınların oranı % 68'dir (Gülseren ve ark., 1995a); hastanede yatarak tedavi gören 44 hastanın dosya kayıtlarının geriye dönük olarak taranması ile yapılan bir çalışmada da kadınların oranı yaklaşık üç kat (2.6/1) daha fazla bulunmuştur (Eğrilmez ve ark., 1995).

OKB'si olan 263 hastanın incelendiği bir çalışmada, OKB'nin erken başladığı erkek hastalarda doğum öncesi travma öyküsüne daha fazla rastlanmıştır (Lensi, Cassano, Correddu, Ravagli, Kunovac ve Akiskal, 1996).

Disleksia, davranım bozukluğu, Tourettes bozukluğu gibi, merkezi sinir sisteminin genetik olarak etkilendiği bozukluklarda, erkeklerin belirgin bir yatkınlığı vardır. Özellikle sağ-sol beyin gelişiminde olmak üzere, genç kadın ve erkekler arasında beyinde çeşitli gelişimsel farklılıkların olması, erkek yatkınlığının nedenleri arasında düşünülmektedir (Noshirvani ve ark., 1991).

Obsesif-Kompulsif Belirtiler ile Duygudurumu Arasındaki İlişki

Obsesif düşüncelerin sıklığı, kişinin içinde bulunduğu duygudurumuyla da değişmektedir. Obsesif düşüncelerin sıklığı ve duygudurumu arasındaki ilişki yapılan araştırmalarla gösterilmiştir. Deneysel olarak depresif duygudurumuna sokulan normal deneklerde, takıntılı

düşüncelerin arttığı (Werner ve Horowitz, 1975); duygu bozukluğunun şiddetinin arttıkça, düşüncelerin kontrol edilebilirliğinin zorlaştığı (Edwards ve Dickerson, 1987; Suderland, Newman ve Rachman, 1982); programlanmış kaygıyı izleyen dönemde, takıntılı düşüncelerin sıklığının arttığı (Borkovec, Robinson, Pruzinsky ve De Pree, 1983; York, Borkovec, Vasey ve ark., 1987) bildirilmektedir (aktaran Savaşır 1995).

Obsesyonlarda suçluluk duygusunun çok önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (aktaran, Tuğrul, 1995). Purdon ve Clark (1994) obsesyonların sıklığının artmasında, kişinin bireysel sorumluluğu ile ilgili olarak yaptığı değerlendirmeler ile, bu istenmeyen zorlayıcı düşüncelere inanma derecesinin rol oynadığını ve abartılmış bireysel sorumluluk hissi ve obsesyonla ilgili olarak yapılan olumsuz değerlendirmelerin sıkıntıya ve kaygıya yol açtığını öne sürmüşlerdir.

Obsesif-Kompulsif Belirtiler ile Mükemmeliyetçilik ve Sorumluluk İlişkisi

Mükemmeliyetçilik, OKB ile ilgili teori- de oldukça baskın bir rol oynamakla birlikte, literatürde henüz çok az yer verilmektedir. Psikoanalitik kuramcılar mükemmeliyetçiliği zarar verme tehlikesini azaltıp, güvenliği sağla- yıcı denetimi sürdürme girişimleri olarak gö- rürler. Çağdaş bilişsel kuramcılar da OKB'yi anlamada, mükemmeliyetçiliğin temel bir rolü olduğunu öne sürerler (Frost ve Steketee, 1997).

Obsesif-kompulsif (OK) belirtilerde, mükemmeliyetçilik ve sorumluluğun önemini görgül olarak test etmek amacıyla yapılan bir

çalışmadan elde edilen sonuçlar, sorumluluğun OK belirtilerle ilişkili olduğunu göstermekle birlikte, mükemmeliyetçilik ile OK belirtiler arasında ilişki bulunmamıştır (Rheume, Freeston, Dugas, Letarte ve Ladouceur, 1995). OKB ile mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan başka bir çalışmada da, OKB'si olanlar ile agorafobili panik bozukluğu (APB) olarak tanı alan hastalar ve kontrol gru- bunun mükemmeliyetçilik düzeyleri karşılaştırılmıştır. Tahmin edilebileceği gibi, OKB'si olan hastalar, Toplam Mükemmeliyetçilik (Total Perfectionism), Yanlışlarla Aşırı İlgilen- me (Concern Over Mistakes) ve Eylemler Hak- kında Şüpheler (Doubts About Actions) ölçekle- rinde anlamlı derecede yüksek puanlar almışlar- dır. Bununla birlikte, Toplam Mükemmel- yetçilik ve Yanlışlarla Aşırı İlgilenme' de APB hastalarından farklılık göstermemişlerdir. OKB'si olan hastalar, Eylemler Hakkında Şüp- heler' de APB'si olanlardan daha yüksek puan- lar almışlardır (Frost ve Steketee, 1997).

Freeston, Ladouceur, Gagnon ve Thibodeau 1991'de OKB'si olan hastalar ve normalleri, yaşadıkları istenmedik ısrarlı düşün- celerle ilişkili pek çok boyut üzerinde karşılaştırdıklarında, OKB'si olanların daha fazla kişisel sorumluluk inancına sahip olduklarını bulmuş- lardır. Bu çalışmanın sonuçları, hissedilen so- rumluluğun, istenmedik ısrarlı düşüncelerin sıklığı ve kontrol edilebilirliğinde önemli bir değerlendirme boyutu olduğunu göstermiştir. Bu boyutun, ısrarlı düşüncenin diğer değerlendirici boyutları ile nasıl ilişkili olduğu, daha sonraki çalışmalar için hala bir inceleme konusudur (aktaran Purdon ve Clark, 1994).

Salkovskis' e (1985, 1989) göre istenme- dik ve ısrarlı düşünceler, kişi tarafından kendisi

veya diğerlerine zarar vermeye neden olabilecek göstergeler olarak kabul edilerek, kendine ve diğerlerine yönelik sorumluluk duygusunun artmasına neden olur; böylece ısrarlı düşüncenin kabul edilemezliği ve algılanan rahatsızlığın şiddeti de artar. Bundan başka, genellikle istenmedik olumsuz ısrarlı düşüncelerle ilişkili duygudurum bozukluğunun pekişmesiyle, diğer olumsuz değerlendirme süreçleri dolaylı olarak ısrarlı düşüncenin varlığını destekleyebilir. Salkovskis'e göre, istenmedik ısrarlı düşüncelerin varlığında, abartılmış kişisel sorumluluk duygusundan dolayı, kişi diğerlerine zarar verici açık veya örtük bir tepkiyi bertaraf etmek için hareket etmeye zorlandığını hisseder. Sorumluluğun değerlendirilmesi ve eşlik eden düşünce kontrolü veya etkisizleştirme çabaları istenmedik ısrarlı düşüncenin tırmanmasına ve şiddetinin artmasına neden olur (aktaran Purdon ve Clark, 1994).

Kültürün Belirti İçeriğine Etkileri

Kültürün belirti içeriğini belirlediğini gösteren bazı araştırmalar vardır. OKB pek çok farklı kültürde görülmekle birlikte, kültürle göre gösterdiği değişiklik çok iyi bilinmemektedir. Anektodal vaka raporları, dinin, bozuklukta anlamlı etiyolojik bir rol oynadığını göstermektedir (Raphael, Rani, Bale ve Drummond, 1996). Dini içerikli obsesyonlar Mısır'da yapılan bir araştırmada vakaların %60'ında, Arabistan'da ise % 50'sinde görülmüştür ve en sık görülen obsesyon grubunu oluşturmaktadır. Buna karşılık, dini içerikli obsesyonlar A.B.D.'de % 6, İngiltere'de % 5, Hindistan'da % 11 oranında görülmüştür. Kanada'da ise birine zarar verme korkusu %61 ile en sık görülen obsesyonur. Musevi toplumunda yapılan çalışmalarda da

müslüman toplumlara benzer sonuçlar alınmış ve dini obsesyonlar % 50 oranında görülmüştür (Kılıç, 1995).

Genel olarak, en sık görülen obsesyonlar, kendine ya da başkalarına zarar verme (hastalık bulaştırma, kazaya sebebiyet verme, öldürme gibi), kirlenme, düzenlilik, sosyal açıdan kabul edilmeyecek davranışlarda bulunma (küfretme, delirme, kontrolünü kaybetme gibi) ile, cinsel ve dini konulardadır. En sık rastlanan kompulsiyonlar ise kontrol etme, el yıkama, temizleme, sayma, soru sorma veya itiraf etme ihtiyacı, simetrik hale getirme ve biriktirme konularındadır (Kılıç, 1995; Muris ve ark.,1997; Tuğrul, 1995).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, 44 hastada saptanan 57 obsesyon ve 55 kompulsiyonun biçim ve içerikleri değerlendirilmiştir. Kir ve pislik bulaşması korkusu hastaların % 45.5'inde saptanan en sık obsesyon temasıdır. Bunu, din, hastalık, kendine ve başkalarına zarar verme izlemektedir. En sık kompulsiyon içeriği yıkama olup, hastaların % 70.5'inde saptanmıştır (Eğrilmez ve ark., 1995).

Altıplarına Göre Dağılımı

Obsesif-kompulsif bozukluk tanısı alan bazı hastalarda kompulsiyonlar, bazılarında ise yalnızca obsesyonlar ön plandadır. Çeşitli araştırmalarda, yalnız obsesyonların görülme sıklığı % 7-29 arasında değişmektedir (Kılıç, 1995). İlk epidemiyolojik araştırmalarda, obsesyonların kompulsiyonlarla birlikte görülme oranı % 70-75 olarak bildirilirken, son araştırmalarda bu oran % 93'e çıkmıştır (Savaşır, 1995). Hem obsesyon hem de kompulsiyondan yakınan hastaların (OKB) yalnız obsesyonları olan has-

talardan (obsesif bozukluk-OB) farklı olduklarını düşündüren kanıtlar vardır. Rabavilas, Perissaki ve Stefanis 1979'da yaptıkları bir çalışmada, OB hastalarının OKB hastalarından daha depresif olduğunu ve şikayetlerinin daha uzun süreli olduğunu rapor etmiş olmalarına karşın, Kirk 1983'teki çalışmasında OB hastalarının yakınmalarının OKB hastalarından daha kısa süreli olduğunu belirtmiştir (aktaran Arts, Hoogduin, Schaap ve de Haan, 1993).

Arts ve arkadaşları (1993), OB ve OKB hastaları arasındaki farkları inceledikleri OKB'si olan 48 hasta ile yalnız OB'si olan 26 hastadan oluşan bir örnekleme, OB hastalarının yakınmalarının daha ileri yaşlarda başladığını ve OB'si olanların OKB'si olanlardan daha depresif olduklarını bulmuşlardır.

Avrupa ve A.B.D.'deki çeşitli tedavi programları açık kompulsiyonların görülmediği hastaların oranının % 17 ile % 44 arasında olduğunu belirtmektedirler. Bununla birlikte, toplumda, yalnızca obsesyonu olan OKB vakalarının % 50- % 60'tan bile daha yüksek bir oranda olduğu da ifade edilmektedir (Freeston, Ladouceur, Gagnon, Thibodeau, Rhéaume, Letarte ve Bujold, 1997).

OKB'si olanların belirti alttıplerine göre sınıflandırıldığı 65 çalışma gözden geçirildiğinde, tedavi popülasyonunun % 75'inde birincil derecede temizleme ve/veya kontrol etme kompulsiyonlarının baskın olduğu saptanmıştır. Diğer yandan, doğruluk (exactness), sayma, biriktirme (hoarding) veya yavaşlık gibi çoklu kompulsiyon veya diğer kompulsiyonları olanların popülasyonun yalnızca % 12'sini oluşturduğu belirlenmiştir. Bu oranlar klinik epidemiyolojik tahminlerin belirgin bir şekilde altındadır (Ball, Baer ve Otto, 1996).

Çeşitli çalışmalar, obsesif-kompulsif yıkamalara kadınlarda, kontrol etme ritüellerine ise erkeklerde daha sık rastlandığını bulmuştur. Ancak Noshirvani ve arkadaşlarının (1991) çalışmasında cinsiyet farklılığı böyle bir eğilimi göstermemiştir. Bununla birlikte bu çalışmada ritüelin tipi başlangıç yaşı ile ilişkili bulunmuştur. Erken başlangıçlı vakalar anlamlı derecede daha fazla kontrol etme ritüelleri gösterirken, geç başlangıçlılar daha fazla yıkama ritüelleri göstermiştir.

Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Diğer Bozukluklarla İlişkisi

OKB'nin gerçek bir anksiyete bozukluğu olup olmadığı hakkında bazı tartışmalar vardır. Hem OKB, hem de diğer anksiyete bozuklukları gelecekteki felaket getirici olarak yorumlanan durumlar hakkında ruminasyonları içerir; bununla birlikte, OKB algılanan sorumluluk bakımından diğer anksiyete bozukluklarından farklıdır (van Oppen ve Arntz, 1994).

Duygudurum Bozuklukları

Anksiyete bozukluğu ile benzerliklerin olduğundan kuşku duyulmamakla birlikte, OKB ve depresyon arasında da dikkati çeken benzerlikler vardır. OKB'si olan hastalar ile depresif hastaların suçluluk, başarısızlık, değersizlik ve sorumlulukla ilgili uğraşları benzerdir. OKB'de kişi ritüeller yaparak, suçluluk, değersizlik veya başarısız olma gibi depresif durumlardan kaçmak için çabalar. Buna ek olarak, obsesif-kompulsifler, kişinin kendi sorumluluğunun gerçekçi olmayan bir şekilde tehdit edici olarak ve aşırı değerlendirilmesiyle bilinirler (van Oppen ve Arntz, 1994).

OKB ile majör depresyonun birlikte görülme oranı % 35'ten % 75'e kadar değişir (Sciuto, Pasquale ve Bellodi, 1995). Kadınlarda genellikle erkeklere göre iki kat daha fazla depresyon görülür; kadınlarda depresyonun en fazla görüldüğü yaşlar 26-40 arasındadır. OKB'nin geç başlangıçlı tipinin erkeklere göre kadınlarda daha fazla görülmesi, depresyon ve OK fenomen arasındaki ilişki ile açıklanabilir. Obsesyon ve kompulsyonlar, depresif epizodun gidişi boyunca sürebilir (Noshirvani ve ark., 1991).

OKB ve bipolar bozukluğun birlikte bulunması henüz sistematik olarak incelenmemiştir. Majör duygudurum bozukluğu olan 149 hastadan oluşan bir örnekleme, OKB sendromunu da karşılayan hastaların sıklığı belirlenmiştir. DSM-III ölçütlerinin dikkate alındığı çalışmada, OKB sendromunun sıklığı, majör depresyon ve bipolar bozukluğu olan hastalar arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu sonuç, OKB'nin bipolar bozukluğu olanlarda, unipolar hastalardakine eşit oranda olduğunu göstermiştir (Kruger, Cooke, Hasey, Jorna ve Persad, 1995).

Kişilik Bozuklukları

Klinisyenler, obsesif-kompulsif bozukluğun, obsesif kişilik diye adlandırılan kişilik yapısına sahip olanlarda görülen bir hastalık olduğuna ve hastalığın bu kişilik özelliklerinin daha şiddetli hali olduğuna inansalar da, yapılan araştırmalar bu inancı desteklememektedir (Rodrigues-Torres ve Del-Porto, 1995; Tallis, Rosen ve Shafran, 1996). Okasha ve arkadaşlarının (1994) çalışmasında OKB'si olan 90 hastanın ancak %14'ünde premorbid olarak obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu saptanmıştır (aktaran Kılıç, 1995).

Rodrigues-Torres ve Del-Porto (1995)'nin 24'ü kadın, 16'sı erkek 40 obsesif-kompulsif (DSM-III ölçütlerine göre) hasta ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların % 70'inde en az bir kişilik bozukluğu, % 57.5'inde iki ya da daha fazla kişilik bozukluğu tanısı konmuştur. Özellikle, kaçınan ve bağımlı kişilik bozuklukları ile OKB arasında önemli dercede bir tanısal binişiklik bulunmuştur. Bu iki kişilik bozukluğunun özellikleri OKB'ye ikincil olarak değerlendirilmiştir.

Psikotik Bozukluklar

OKB'de, bazı obsesyonların içeriğinin tuhaflığı, gerçeklerle hiç bağdaşmayan özellikte olması, hastanın genel uyumunun çok bozuk olması, obsesyonlarını saçma bulmaması (içgörü yokluğu) gibi nedenlerle obsesif-kompulsif bozukluğa "psikotik özellikli" tanımlamasının eklenmesinin gerektiği bazı yazarlar tarafından öne sürülmektedir. Psikotik belirtilerin görüldüğü vakaların şizofreniye yakın bir tablo olduğunu düşünenler de vardır. Şizofrenik hastalarda obsesyon ve kompulsyonların sık görüldüğü, erken başlangıçlı şizofreninin ergenlikte obsesif belirtilerle başladığı, hatta obsesif belirtilerin kötü prognoz belirtisi olduğu bilinmektedir (Kılıç, 1995).

Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları ve OKB arasındaki ilişki yıllardır tartışılmaktadır. Pekçok yazar OKB'si olan hastalar arasında, yeme bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının % 11-%13 olduğu fikrine katılmaktadır. Buna ek olarak başka çalışmalar, anoreksiya veya bulimia nervoza hastaları arasında OKB'nin yaşam boyu yaygınlığının daha yüksek (% 15-% 33) olduğunu

nu belirtmektedir. Bu iki bozukluğun birlikte görülme sebebi açık değildir. Karşılaştırmalı çalışmalar, yeme bozukluğu olan hastalar ile OKB hastaları arasında kişilik ve psikopatolojik benzerlikler olduğu gibi, farklılıkların da olduğunu göstermektedir. Böylece anoreksiya ve bulimia nervozanın obsesif-kompulsif spektrum bozuklukları ailesine ait olduğu öne sürülebilmektedir (Thiel, ve ark.,1998).

Tourette Bozukluğu ve Diğerleri

Tourette bozukluğu olan hastalar OKB'ye çok benzer belirtiler gösterirler. Bu hastaların % 50-60'ının aynı zamanda OKB tanısı aldığını gösteren araştırmalar vardır (Kılıç, 1995). Sosyal fobi, özgül fobi, panik bozukluğu ve alkol kötüye kullanımı olan hastalarda da OKB görülebilmektedir (Kaplan, Sadock ve Grebb, 1994).

Çedavi

OKB'nin günümüzdeki tedavileri, psikolojik ve farmakolojik yaklaşımlar olarak ayrılabilir. Bilişsel-davranışçı tedavi yöntemleri, psikolojik bozuklukların bilişsel ve davranışçı açıklamaları temelinde gelişmiştir. Başlangıçta Beck'in, depresyonun gelişmesinin bilişsel açıklamasını yapması ve bu formülasyona dayalı olarak bilişsel tedavi tekniklerini geliştirmesi, alanda büyük bir ilgi uyandırmıştır. Bilişsel-davranışçı tedaviyle başarılı sonuçlara ulaşılmaması, başka psikolojik bozuklukların da benzer şekilde ele alınarak yeni modeller geliştirilmesine yol açmıştır (Savaşır, 1995).

Diğer anksiyete bozukluklarında bilişsel terapinin etkililiğini değerlendiren çalışma sayısı çok olmakla birlikte, OKB'nin bilişsel tedavisi ile ilgili araştırma oldukça azdır. Bu durum

OKB'de, bilişsel işlev bozukluğunun çok çeşitli biçimlerinin bulunmasından kaynaklanıyor olabilir. Kompülsiyonların tetiklenmesinde bilişlerin önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Örneğin, yıkama ritüelleri sırasında bulaşma olasılığı hakkındaki bilişler önemli bir rol oynar ve kontrol ritüelleri, diğer kişilere veya kendine zarar vermeyi içeren düşünceler tarafından ortaya çıkartılır (van Oppen ve Arntz, 1994).

İmgelemede karşı karşıya getirme (imagination in vivo), düşünceyi durdurma (thought-stopping), mantıksız inançların belirlenmesi ve değiştirilmesi, felaketin gerçekleşme olasılığının hesaplanması, yaşayarak karşı karşıya getirme (exposure in vivo) ve tepkiyi engelleme (response prevention) OKB'nin tedavisinde kullanılan başlıca tekniklerdir.

Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Uygulanan Bilişsel Teknikler

OKB'nin bilişsel terapisi temel olarak depresyon ve anksiyete bozukluklarının bilişsel tedavisine benzer. Genel stratejiler:

- i) bir uyarıcı olarak ısrarlı düşünceleri dikkate almak,
- ii) rahatsız edici düşünceleri (negatif otomatik düşünceleri) belirlemek,
- iii) bu otomatik düşüncelerle başa çıkmak,
- iv) rahatsız edici düşünceleri rahatsız etmeyen düşüncelerle değiştirmektir.

Terapistin, otomatik düşüncelerle başa çıkmak için kullandığı önemli bir genel bilişsel teknik "Sokratik diyalog"dur. OKB saf bir anksiyete bozukluğu gibi tedavi edilmemelidir. Özsaygı, suçluluk ve başarısızlık gibi depresif

ipuçları da bilişsel tedavi kapsamında değerlendirilmelidir. Sonuç olarak, obsesif kompulsiflerle bilişsel tedavi uygulamalarında bir yandan felaket getirici olarak yorumlanan düşüncelerle başa çıkılırken, diğer yandan da algılanan kişisel sorumlulukların üstesinden gelinmeye çalışılmalıdır (van Oppen ve Arntz, 1994).

Bilişsel terapinin başarılı olabileceği en az üç grup obsesif-kompulsif vardır. Bunlar:

- i) karşı karşıya getirme (exposure) ve tepkiyi engelleme ile iyileşmeyen hastalar,
- ii) karşı karşıya getirme ve tepkiyi engelleme tedavisinden çıkartılan veya bu tedaviye katılmayı reddeden hastalar,
- iii) yalnızca obsesyonu olan hastalardır.

Obsesif-kompulsiflerin bu üç grubu için bilişsel terapi, tepki engelleme ve yaşayarak karşı karşıya getirmeye alternatif bir tedavi olabilir (van Oppen ve Arntz, 1994).

Yalnızca obsesyonların görülüp, kompulsyonların olmadığı durumlarda hasta korktuğu uyarıcı ile imgeleme (hayalleme) yolu ile karşı karşıya getirilir. Bazı durumlarda da hastanın korktuğu uyarıcı ile gerçek yaşamda karşı karşıya kalması mümkün olmayabilir. Böyle durumlarda hasta korktuğu uyarıcı ile imgeleme yolu ile karşı karşıya getirilir (Tuğrul, 1995).

Örtük kompulsiyonlarla çalışırken faydalanılabilecek diğer bir yol da “düşünceyi durdurma”dır. Uygulamaya gevşetici ve rahatlatıcı bir hayalin belirlenmesi ile başlanır. Hastanın gözleri kapalı ve rahat bir pozisyonda oturması sağlandıktan sonra terapist daha önceden belirlenen gevşetici ve rahatlatıcı hayali anlatmaya başlar ve hastadan da anlatılanları gözünün önünde canlandırmaya çalışması istenir. Hasta

iyice gevşedikten sonra, terapist bu sefer obsesyonla ilgili bir sahneyi anlatmaya başlar ve hastadan, bunu gözünün önünde canlandırmaya başlar başlamaz elini kaldırmasını ister. Hasta elini kaldırdığında terapist yüksek sesle “dur” der ve gevşetici hayallerden birini anlatmaya başlar. Bu uygulamaya görüşme boyunca devam edilir. Daha sonraki aşamada hastanın kendi kendine “dur” demeyi öğrenmesi ile ilgili çalışmalara geçilir (Tuğrul, 1995). Düşünceyi durdurma 1960-1970’li yılların sonunda obsesif düşünceler için seçilen bir tedavi olmakla birlikte, bu tekniğin etkili olduğuna ilişkin yeterli kanıt yoktur (Freeston ve ark., 1997).

Rachman’a (1997) göre, asıl altta yatan problem olan girici düşüncelerin öneminin felaket getirici olarak yanlış yorumlanmasının değiştirilmesi yerine, problemin göstergelerinin durdurulması veya azaltılması girişimleri nedeniyle düşünceyi durdurma tekniği yeterince başarılı olamamaktadır.

Mantıksız inançların belirlenmesi ve değiştirilmesinde amaç, hastanın obsesyonu ile ilgili yanlış inançlarına ya da olumsuz otomatik düşüncelerine farklı biçimlerde bakmasını sağlayabilmek ve bunları mantıklı düşünceler haline dönüştürebilmesine yardımcı olmaktır. Bu amaçla öncelikle yanlış inançların ve olumsuz otomatik düşüncelerin neler olduğu belirlenir ve çeşitli tekniklerle bunların doğruluk dereceleri sorgulanır. Yanlış inançların ve otomatik olumsuz düşüncelerin değiştirilmesinde Sokrat diyalogu ya da aşağı doğru ok tekniği gibi çeşitli yollardan yararlanılabilir (Tuğrul, 1995). Obsesyonlarla ilgili işlevsel olmayan sayıtlılar bilişsel tekniklerle ele alınarak, suçluluk duyguları ve obsesyonlar azaltılabilir. Üzerinde önemle durulması gereken konu, bu obses-

yonların geçerli olup olmadığının hastayla tartışılmamasıdır (Savaşır, 1995).

Obsesif-kompulsif hastalar, kompulsiyonları gerçekleştirmedikleri takdirde "mikrop ya da hastalık bulaştırma, uğursuzluk gelmesi, yakınlarına zarar verme" gibi felaketlerle karşılaşacaklarına inanırlar. Dolayısıyla terapide bu inançlarının doğruluk derecelerinin araştırılması ve "felaket" ile ilgili mantıksız düşünce ve inançlarının değiştirilmesi yararlı olur. Felaketin gerçekleşme olasılığının hesaplanabilmesi için, hastadan önce korktuğu durum ya da olayın yani felaketin ortaya çıkma olasılığıyla ilgili bir değerlendirme yapılması istenir. Daha sonra hasta ile birlikte söz konusu tehlikenin gerçekleşebilmesi için hangi aşamalardan geçilmesi gerektiği ile ilgili bir liste yapılır ve bu listede yer alan her aşamanın ortaya çıkma olasılığı değerlendirilir. Daha sonra ise hastanın ilk yaptığı değerlendirme ile aşamalar için elde edilen toplam olasılık karşılaştırılır (Tuğrul, 1995).

Felaketin ortaya çıkma olasılığının hesaplanması ile ilgili uygulanabilecek diğer bir yol ise "pay tekniği"dir. Bu tekniğin uygulanmasında korkulan durum ya da olayın meydana gelmesinde rol oynayabilecek tüm faktörlerin neler olabileceği liste halinde yazılır ve sonra bir daire çizilerek bu faktörlerin her birinin söz konusu korkulan durumun ortaya çıkmasındaki payları belirlenir. Payların belirlenmesinde önce diğer faktörlerin payları hesaplanır, hastanın payının ne olabileceği en sona bırakılır. Böylece hastanın, felaketin ortaya çıkmasındaki sorumluluğunun oranı gerçekçi bir biçimde değerlendirilmeye çalışılır (Tuğrul, 1995).

Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Uygulanan Davranışçı Teknikler

"Yaşayarak karşı karşıya getirme" ve "tepkiyi engelleme" uygulamasında amaç, yeni alışkanlıkların oluşması ve eski tepkilerin söndürülmesidir. Bu uygulama sırasında hastalar korktukları uyarıcılarla ya da kaçınma davranışına yol açan durumlarla, aşamalı olarak karşı karşıya gelirler ve bu sırada kompulsiyonların yapılmasına da izin verilmez. Korkulan uyarıcı ya da durum ile karşı karşıya gelindiğinde, önce kaygı düzeyinde ve fizyolojik belirtilerde artma olsa da, korkulan uyarıcı ile karşı karşıya kalmaya devam ettikçe, kaygı ve ilgili fizyolojik belirtilerde azalma ortaya çıkar. Başka bir deyişle kaygı ile korku yaratan uyarıcı arasındaki ilişki giderek zayıflar ve kaçma-kaçınma davranışlarıyla da pekiştirilmediğinden, kompulsiyonlar sönmeye başlar (Tuğrul, 1995). Bu teknik, özellikle kompulsiyonlarla birlikte giden obsesyonların tedavisinde etkilidir. Ancak obsesyonların başat olduğu, kompulsiyonların görülmediği bozukluklarda aynı başarı oranı gözlenmemektedir (Freston ve ark., 1997; Savaşır, 1995).

Obsesif-Kompulsif Bozuklukta İlaç Tedavisi

OKB'de ilaç tedavisi, antidepresanların kullanılmasıyla baskın hale gelmiştir (Abramowitz, 1997). Çalışmalar, klomipramin, fluvoksamin, fluoksetin ve sertralinin OKB tedavisinde oldukça başarılı olduğunu göstermektedir. Her ne kadar OKB'de davranış tedavisinin yararlılığı bazı yazarlarca araştırma desenlerindeki hatalardan dolayı tartışmalı olarak kabul edilse de, ilaç ve davranış tedavisinin birlikte uygulanmasının tedavide daha etkili olduğu vurgulanmaktadır (Önder ve Beştepe,

1995; van Balkom, van Oppen, Vermeulen, van Dyck, Nauta ve Vorst, 1994). Genellikle davranışçı tedavi ve ilaç tedavisi, şiddetli OKB vakalarında, veya davranışçı tedavinin tek başına başarısız olduğu hastalarda birlikte kullanılır. Son otuz yılda, davranışçı, bilişsel ve ilaç tedavilerinin, psikoanalitik yönelimli terapilerden daha etkili olduğu kabul edilmeye başlanmıştır (Abramowitz, 1997).

Tedavi Gidişi

Tedavi gidişi bakımından OB ve OKB hastaları arasında hiç bir farklılık bulunmamıştır. Obsesyonların, kompulsiyonlardan daha zor tedavi edildiği klinik izlenimi, deneysel bir araştırmayla desteklenmemiştir. Arts ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında, yüzleştirme ve tepkiyi engelleme tekniklerinin kullanımı, hem OB hem de OKB hastalarında aynı sonuçları vermiştir. OKB hastalarının kaygıyı azaltan kompulsiyonları olduğundan, yaşamları üzerinde daha fazla kontrole sahiptirler ve böylece ümitsizlik ve mutsuzluğa daha az kapılabilirler. OB'si olanlar ise depresif şikayetlerinin bir sonucu olarak çevrelerinden daha çok yardım aramakta ve daha fazla anksiyolitik ve antidepressif ilaç kullanabilmektedirler.

Son yıllardaki çalışmalar OKB'de tekrarlamayı önlemede başlangıç işlemlerinin önemini vurgulamaktadır. McKay (1997) üstüne gitme (exposure) ve tepki önleme (response prevention) ile tedavi edilen bir grup OKB'li hastanın 2 yıllık izleme programının sonuçlarını sunmuştur. Sonuçlar, hastaların iki yıllık izleme periyodunda kaçınma ile ilişkili kaygı, obsesyonlar, kompulsiyonlar ve kaygı ölçümlerinde, kazançlarının sürdüğünü göstermiştir. Bundan başka, hastalar, gerigelme (sınırlı belirti dönüşü)

olarak tanımlanan durumlarla, ek bir terapist müdahalesi olmaksızın, etkili bir şekilde başa çıkabilmişlerdir.

OKB'nin kontrollü tedavi sonuçları ile ilgili yayınlar gözden geçirildiğinde, OKB belirtilerinin azalmasında, tepki engelleme ile karşı karşıya getirme (exposure with response prevention) tekniğinin oldukça etkili olduğu görülmüştür. Bilişsel yaklaşımlar da en az, karşı karşıya getirme işlemleri kadar etkili bulunmuştur. Hem bilişsel hem de karşı karşıya getirme müdahaleleri, birbiriyle binışen işlemleri içerir ve değişimin benzer mekanizmalarını kullanır. Serotonerjik tedavi, özellikle klomipramin de OKB belirtilerini önemli derecede azaltır. Bununla birlikte klomipraminin serotonerjik diğer ilaçlara üstünlüğü olmayabilir (Abramowitz, 1997).

Tedavideki Genel İlkeler

Bilişsel-davranışçı yaklaşımlı bir terapiyi uygulayacak terapistin, kullanacağı teknikler açısından yeterince bilgili ve deneyimli olması çok önemlidir. Çok iyi bir değerlendirme yapmadan gelişigüzel seçilen teknikler ve özensiz uygulamalarla yürütülecek bir tedavinin etkili olamayacağı açıktır. Bilişsel-davranışçı yaklaşımlı tedaviler açısından üzerinde durulması gereken diğer önemli bir nokta da, tedavinin sadece tekniklerin uygulanmasından ibaret olmadığı unutulmamasıdır. Tedaviden başarılı sonuçlar elde edilebilmesi, öncelikle hasta ile kurulan ilişkiye bağlıdır (Tuğrul, 1995).

OKB'si olan hastalarla güven ilişkisinin kurulmasında en önemli unsur, terapistin hastalıkla ilgili bilgisini hastaya aktarabilmesidir. Obsesif hastalar çoğu zaman kendilerine bile saçma ve anlamsız gelen sıkıntılarını bir başka-

sının anlayamayacağını düşünürler. Yakın çevreleri de çoğu zaman bu düşüncelerini pekiştirecek şekilde davranır. Bu nedenle terapist, mümkünse daha ilk görüşmede hastalıkla ilgili anlayışını hastaya aktarabilmelidir (Sayılğan, 1998).

Rachman (1997), hastanın girici düşünce, imge ve itkilerinin felaket getirici olarak yanlış yorumlanmasının değiştirilmesinin, obsesyonların en dolaysız ve doyurucu tedavisi olduğunu öne sürmektedir. Ayrıca, hastaya, istenmeyen girici düşünce, imge ve itkilerin herkeste olabileceğinin anlatılmasının da özellikle hastadaki suçluluk ve utanç duygusunu azaltmada etkili olduğunu belirtmektedir. Hastaya kendi kişisel öyküsü, başarıları, değerleri, standartları ve davranışlarının, bu istenmedik (davetsiz) düşüncelerinden çok daha önemli olduğu ve asıl bunların kişilik niteliklerini yansıttığı da vurgulanmalıdır.

Tedavinin sona erdirilmesi aşamasında, başlangıçta belirlenmiş olan hedeflerin gözden geçirilmesi gerekir. Bu hedeflere ne ölçüde ulaşıldığı hastayla tartışılmalıdır. Ulaşılan hedefler hasta ve terapist açısından yeterli görülüyorsa tedavi sona erdirilebilir. Tedavinin sona erdirilmesi daima bütün belirtilerin ortadan kalkmış olması anlamına gelmez. Bilişsel-davranışçı teknikler, hastanın hastalığını anlamasına, kavramasına ve hastalıkla başetme becerilerini kazanmasına yöneliktir. Dolayısıyla bir eğitim niteliği taşımaktadır. Tedavinin sona erdirilmesi aşamasında tüm belirtiler ortadan kalkmamış olsa bile, hasta bu becerileri tedavi sonrasında kendi başına uygulayabilir (Sayılğan, 1998).

Sonuç

OKB'nin psikiyatride sık rastlanan bir bozukluk olması, hastaların yaşam kaliteleri ve toplumsal işlevlerinde bozulmalara yol açması ve giderek artan bir halk sağlığı problemi olması, konuya verilen önemi arttırmaktadır.

Yapılan araştırmalar, başta depresyon olmak üzere, diğer bozuklukların ve özellikle kişilik bozukluklarının OKB ile birlikte görülme sıklığına dikkat çekmektedirler. OKB ve diğer bozukluklar arasındaki bağın nedenleri neler olabilir? Bu bozuklukların altta yatan sebepleri arasında ortak özellikler olabilir mi? Acaba OK belirtiler, diğer bozukluklarının öncülleri ya da sonuçları olabilir mi? Klinisyenler için bu soruların cevapları önem taşımaktadır. Uzun süreli izleme çalışmaları ve ayrıntılı psikopatolojik ve biyolojik değerlendirme, OKB ve diğer bozukluklar arasındaki ilişkiye yeni bir bakış açısı kazandırabilecektir.

Mükemmelliyetçilik, psikopatolojinin pek çok formunun gelişimi için gerekli bir koşul olmakla birlikte, bozukluğun doğasını tam anlamıyla belirlemez. Mükemmelliyetçiliğin, OKB'nin gelişimi için gerekli fakat yeterli olmayan bir özellik olabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle, gelecek çalışmalarda OKB'nin mükemmelliyetçilikle ilişkisi daha kapsamlı olarak çalışılmalıdır.

Klinik tabloda belirti alt tipleri, kültürün belirti içeriğine etkileri ve bunların kültürler arası karşılaştırmaları ilgi çekici bir konu olarak göze çarpmaktadır. Bundan sonraki çalışmalarda, yaygın deyim ile küreselleşen bir dünyada, kültürlerin benzer ve farklı kalmaya devam eden

yönlerinin incelenmesi, bozukluk bağlamında zengin ve renkli bilgiler sağlayabilecektir.

OKB sonuç araştırmaları literatüründe, psikolojik müdahaleleri ya da psikolojik ve farmakolojik tedavilerin birlikte etkilerini inceleyen, vaka çalışması ve kontrol grubunun olmadığı, tek grup içeren çok sayıda çalışma vardır. Ancak, bu tedavilerin etkililiğini ayrıntılı bir şekilde inceleyen, seçkisizleştirmenin olduğu kontrollü karşılaştırmalar görece olarak az sayıdadır. Bu çalışmalarda kontrol gruplarının olmaması önemli bir eksikliklerdir. Daha sonra yapılacak çalışmalarda bu eksikliğin giderilmesi de klinisyenler ve bu bozukluktan yakın olan kişiler için kuşkusuz hayati bir önem taşıyacaktır.

Kaynaklar

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 44-52.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994). *Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal el kitabı, (DSM-IV)* E. Köroğlu (Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arts, W., Hoogduin, K., Schaap, C., & de Haan, E. (1993). Do patients suffering from obsessions alone differ from other obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy, 31*, 119-123.
- Ball, S. G., Baer, L., & Otto, M. W. (1996). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: A quantitative review. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 47-51.
- Eğrilmez, A., Gülseren, L., Aydemir, Ö., & Kültür, S. (1995). Obsesif-kompulsif bozuklukta fenomenolojik özellikler. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 3*, 9-4.
- Frost, R. O., & Steketee. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 291-296.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 405-413.
- Gülseren, L., Eğrilmez, A., Gülseren Ş., & Kültür, S. (1995 a). Obsesif-kompulsif bozukluk tanısı konmuş bir grup hastada kompulsiyonların biçim ve içerikleri. Kesitsel bir sınıflandırma çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 6*, 35-40.
- Gülseren, L., Eğrilmez, A., Gülseren Ş., & Kültür, S. (1995 b). Obsesif-kompulsif bozukluk tanısı konmuş bir grup hastada obsesyonların biçim ve içerikleri. Kesitsel bir sınıflandırma çalışması. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 3*, 159-162.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (1989). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*. New York: Oxford University Press.
- Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J., Broatch, J., Rowland, C. T., & Himelein, C. A. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry, 57*, 3-6.
- Kaplan, H.I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (Eds.). (1994). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kılıç, C. (1995). Obsesif-kompulsif bozukluk: Klinik özellikler. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 3*, 17-21.
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 153*, 783-788.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 343-353.
- Kruger, S., Cooke, R. G., Hasey, G.M., Jorna, T., & Persad, E. (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 34*, 117-120.
- Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L., & Akiskal, H. S. (1996). Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry, 169*, 101-107.
- Mckay, D. (1997). A maintenance program for obsessive-compulsive disorder using exposure with response prevention: 2-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 367-369.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Clavan, M. (1997). Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 249-252.

- Noshirvani, H. F., Kasvikis, Y., Marks, I., M., Tsakiris, F., & Monteiro, W. O. (1991). Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 158, 260-263.
- Önder, M. E., & Beştepe, E. (1995). Obsesif - kompulsif bozuklukta farmakolojik tedavi. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 3(Ek 2), 22-28.
- Purdon, C., & Clark D.A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Raphael, F. J., Rani, S., Bale, R., & Drummond, L. M. (1996). Religion, ethnicity and obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 38-44.
- Rheaume, J., Freeston, M.H., Dugas, M.J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.
- Rodrigues-Torres, A., & Del-Porto, J. A. (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. *Psychopathology*, 28, 322-329.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P.M., Westbrook, D., Davis, A. J., & Gledhill, A. (1997). Effects of neutralizing on intrusive thoughts: An experiment investigating the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 211-219.
- Savaşır, I. (1995). Obsesif-kompulsif bozukluk: Bilişsel-davranışçı yaklaşım. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10, 14-19.
- Sayılgan, M. A. (1998). Obsesif-kompulsif bozukluk ve bilişsel-davranışçı tedavi. I. Savaşır, G. Boyacıoğlu, & E. Kabakçı. (Eds.). *Bilişsel-davranışçı terapiler* (71-88). Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Sciuto, G., Pasquale L., & Bellodi, L. (1995). Obsessive compulsive disorder and mood disorders: A family study. *American Journal of Medical Genetics*, 60, 475-479.
- Tallis, F. (1994). Obsessions, responsibility and guilt: two case reports suggesting a common and specific aetiology. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 143-145.
- Tallis, F., Rosen, K., & Shafran, R. (1996). Investigation into the relationship between personality traits and OCD: A replication employing a clinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 649-653.
- Thiel, A., Züger, M., Jacoby, G. E., & Schüßler, G. (1998). Thirty-month outcome in patients with anorexia or bulimia nervosa and concomitant obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 244-249.
- Tuğrul, C. (1995). Obsesif-kompulsif bozukluğun tedavisinde bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımı. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 3(Ek 2), 29-35.
- van Balkom, A. J. L. M., van Oppen, P., Vermeulen, A.W.A., van Dyck, R., Nanta, M.C.E., & Vorst, H.C.M. (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.
- van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.

TÜRK PSİKOLOGLAR DERNEĞİ

Adı Soyadı:

Adresi:

Ödemenin Niteliği (Lütfen sizin için en uygun olanı işaretleyiniz):

Aidat (Lütfen yılını belirtiniz):

Abonelik (Türk Psikoloji Dergisi) (Lütfen yılını belirtiniz):

Diğer (Lütfen açıklayınız):

Visa

MasterCard

EuroCard

Kredi Kartı No.:

Son Kullanma Tarihi:

Türk Psikologlar Derneği'ni, kredi kartımdan

TL'yi bir kereye mahsus olmak üzere çekmek için yetkili kılıyorum.

Tarih:

İmza:

Not: Bu formu faks ile (0 312 417 40 59) ya da elden Türk Psikologlar Derneği'ne ulaştırabilirsiniz.