

# Tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozuklukta pozitif psikoterapi etkili olabilir mi? Bir olgu sunumu

*May positive psychotherapy effective for treatment-resistant obsessive compulsive disorder?: A case report*

Ebru Sinici<sup>1</sup>, Sinan Aydın<sup>2</sup>, Taner Öznur<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Uzm. Psk., <sup>2</sup>Dr., <sup>3</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

## ÖZET

Obsesif Kompulsif Bozukluğunun (OKB) tedavisinde en sık kullanılan psikoterapötik müdahale, maruz bırakma ve tepki önleme üzerine kuruludur. Bununla beraber hastaların önemli bir kısmında bu müdahaleyi uygulamak zordur. Bu yazıda tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozukluğu olan bir hastanın tedavisinde kullanılan eklektik bir yaklaşım olan Pozitif Psikoterapi tartışılacaktır. Yirmi yıldır OKB tanısıyla takipli hasta, biri ateşli silahla olmak üzere toplam altı defa intihar girişiminde bulunmuştu. Psikofarmakolojik müdahaleler, EKT, anterior kapsülotomi da dâhil çeşitli tedaviler almış, tedavilere rağmen yakınmalarında gerileme olmaması ve intihar düşüncesi olması sebebiyle kliniğimize yatırılmıştır. Pozitif psikoterapi uygulaması sırasında iki defa tecavüze uğradığını paylaşan hastaya Pozitif Psikoterapi aşamalarında zamanı geldiğinde EMDR tekniği uygulanmıştır. Aşamalar tamamlandıktan sonra yakınmalarında azalma olmuş, sonrasında da davranışsal ödevlerle iyilik halinin devamlılığı kontrol edilmiştir. Hasta şifa ile taburcu olmuştur. Bu yazı ile tedaviye dirençli OKB tedavisinde Pozitif Psikoterapinin (PPT) etkinliğini göstermek amaçlanmıştır.

## SUMMARY

The most frequently used psychotherapeutic interventions in OCD treatment are based on exposure and response prevention. However, it is difficult to apply this intervention to a significant part of the patients. In this article, Positive Psychotherapy, an eclectic approach used in the treatment of a patient with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder, will be discussed. The patient had OCD for twenty years had attempted suicide a total of six times, including gunshot. The patient had received psychopharmacological interventions, ECT, anterior capsulotomy. She admitted to the clinic because of the there was no regression in the complaints and thought of suicide. During the positive psychotherapy sessions, EMDR technique was applied to the patient who shared that she was raped twice.

After completing the steps, there was a decrease in complaints, and then the continuity of rehabilitation checked via behavioral tasks. The patient was discharged with wellbeing. In this article, it is aimed to show the effectiveness of Positive Psychotherapy in the treatment of OCD which is resistant to treatment.

**Key Words:** OCD, Positive Psychotherapy, EMDR

**Anahtar Sözcükler:** OKB, Pozitif Psikoterapi, EMDR

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:407-413)

DOI: 10.5505/kpd.2018.93723

## GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon adı verilen takıntılı düşünce, imaj ve dürtülerle kompulsiyon adı verilen yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemlerden oluşan günlük işlevleri etkileyecek, kısıtlayacak bozacak düzeyde şiddetli, kronik bir psikiyatrik hastalıktır. OKB yaygınlığı genel popülasyonda %2-3 oranında görülen bir hastalıktır (1). Kadınlarda daha sık ya da kadın erkek eşit oranda görüldüğünü bildiren çalışmalar vardır (2). Tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlikte başlamaktadır. Başlangıç yaşının 20'li yaşların başları olduğu bildirilmiştir (3,4). OKB'nin etiyojisi çok iyi anlaşılammış olsa da bu hastalığın gelişimini ve sürdürülmesini açıklamada bilişsel modeller büyük ölçüde kabul görmüştür. OKB'nin bilişsel teorileri, OKB'ye yakınlıkta kişisel farklılıkları anlamak için bazı işlevsiz inançların kritik olduğunu öne sürmüşlerdir. Örneğin, obsesyonlarla bağlantılı birincil tehdit değerlendirmeleri ve bu tehdidi ortadan kaldırmaya yönelik ikincil başa çıkma ritüel ve ruminasyonlarının, bu tür inançlara dayandığı düşünülmektedir (5).

OKB'nin tedavisinde en yaygın kullanılan yöntemler psikotrop ilaçlar (özellikle selektif serotonin geri alım inhibitörleri -SSRI) ve psikoterapinin birlikte uygulanmasıdır (5). Buna rağmen hastaların %30-40'ı tedaviye yanıt vermemektedir (6,7). Değişik tedavi kombinasyonlarının yeterli süre ve dozda kullanılmasına rağmen tedaviye yanıt alınmayan hastalarda tedaviye dirençten bahsedilebilir.

Yapılan karşılaştırmalarda davranış tedavisi, OKB'de en az farmakoterapi kadar etkin bulunmuştur (8). Bazı verilere göre, davranış terapisinin geç sonuçlarına bakıldığında daha etkin olduğu görülmüştür (9).

Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (ERP) yönteminin kullanıldığı Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), OKB'nin tedavisi için en sık kullanılan psikoterapötik müdahaledir. Bir çalışmada, tedavisini tamamlayan hastaların yaklaşık %60'ında OKB semptomlarını azaltmada ERP'nin etkili olduğu gösterilmiş; fakat bazı hastaların tedavi sırasında verilen ev ödevlerini ve korktukları şeylerle yüzleşmeyi zor buldukları için tedaviyi tamamlaya-

madığı görülmüştür (10). Bu durumda akıllara şu soru gelir: Etkin olduğu aşıkâr olmasına rağmen ERP tedavisini tamamlayamayan hastalara nasıl yardımcı olabiliriz?

Pozitif Psikoterapi (PPT), dört ana yaklaşımdan doğan eklettik bir yaklaşımdır. Bunlar; psikodinamik yaklaşım, varoluşçu-hümanistik yaklaşım, davranışçı yaklaşım ve kültürlerarası terapi yaklaşımıdır. 1960'ların sonlarında Prof. Nossrat Peseschkian ve çalışma arkadaşları tarafından Almanya'da geliştirilmiştir. Peseschkian'a göre PPT, içinde diğer terapi kuramlarına ait özelliklerle beraber aynı zamanda kendine özgü müdahale yöntemleri olan, insancıl, psikodinamik, kaynak-yönelimli, çatışma çözme odaklı, bütüncül ve trans kültürel bir yaklaşımdır (11).

Bu terapi kuramı da diğer terapi kuramları gibi rahatsızlıklar ve hastalıkları tedavi etmeyi amaçlamakla beraber kişinin yeteneklerine ve gelişim olasılıklarına özel bir önem atfetmektedir. PPT'ye göre bu yetenekler her insanda vardır ancak yoğunlukları farklıdır. Bu anlamda PPT'de sorunları ve rahatsızlıkları olduğu şekliyle kabul etmek önemliyse de sadece buna odaklanmamak, ek olarak her insanda var olan yetenekleri de dikkate almak ve danışarın da bu yetenek ve kapasitelerini fark etmelerine yardımcı ayrı bir önem arz etmektedir. Bu, hemen hemen tüm danışma yaklaşımlarının önem verdiği bir durum olabilir. Ancak PPT'nin farkı, bu konuya merkezi bir önem vermesi ve tedavi planı içinde bu durumu bir meta-teori içinde uygulamaya geçirmesidir (12).

Pozitif psikoterapinin üç önemli ilkesi bulunmaktadır. Bu ilkeler; denge, konsültasyon ve umuttur. Danışarın, beden, başarı, ilişki ve gelecek/fantezi/maneviyat gibi boyutlarda dengeli bir yaşam sürdürmesi denge modelini oluşturmaktadır. Konsültasyon ilkesi, danışarın sorunlarını çözmesinde çevresindeki bireylerle iş birliği kurulması anlamına gelmektedir. Umut, ise danışarın sorunlarını çözülmesinde yetenekli bireyler oldukları ve sorunların çözülebileceğine yönelik inançlarının olması anlamına gelmektedir (12).

Pozitif psikoterapi, insanların sevme ve bilme olmak üzere iki önemli kapasiteyle dünyaya geldik-

lerini savunur. Bilme kapasitesi, kendisini ikincil yeteneklerle gösterir. Düzen, temizlik, dakiklik, kibarlık, dürüstlük, güvenilirlik, tutumluluk, itaat, adalet ve sadakat gibi yetenekler ikincil yetenekler kapsamında değerlendirilmektedir. Sabır, zaman, sevgi, güven, inanç, umut, ilişki ve yumuşaklık/cinsellik ise birincil yetenekler kapsamında değerlendirilmektedir. Bu terapi anlayışı, ruhsal bozukluklarının nedenlerini yeteneklerinin gelişmemişliğinde ya da çok fazla geliştiğinde aramaktadır. Psikoterapi, yeteneklerin optimal düzeyde kullanılmasına odaklanmaktadır. (13,14)

Pozitif Psikoterapinin beş aşamalı model üzerine inşa edilmiştir ve bu aşamalar terapiyi şekillendirmek için yönlendirici bir rehberdir:

1. Gözlem/Mesafe Devresi: Bu devrenin temel amacı, danışanın durumunun analizini yapmaktır. Bu devrede terapist, ilk önce danışanı yorum yapmadan, objektif bir şekilde dinler. Danışanın problem olarak getirdiklerini ve neye ihtiyaç duyduğunu anlamaya çalışır. Bunu yaparken davranış analizi, etkileşim analizi ve psikoanalitik aktarım tekniklerinden yararlanır. Böylece semptomlar ve onlara eşlik eden davranışlar hakkında gerek durumsal gerekse geçmişe ait tüm bilgi kaynaklarını incelemeye çalışır. Danışanların yaşadıkları belirtiler ve bu belirtilerin işlevleri üzerinde durulmaktadır (15).

2. Envanter Devresi: Bu evrede, denge modeli kullanılarak danışandan dört yaşam boyutunda son beş yılda neler yaşadığı bilgisi alınır. Danışanın karşılaştığı sorunları nasıl çözdüğü ve denge modelinin hangi boyutunu daha çok kullandığı anlaşılmasına çalışılır. Envanter aşamasında, danışanın benlik ve kişilik yapılanması ve yetenekleri incelenmektedir. Bununla birlikte temel yeteneklerini hangi düzeyde kullandığı araştırılır. Bunu yaparken Farklılaşma Analiz Envanteri (FAE) kullanılmaktadır. Bu evrede terapist danışanın aktüel ve temel çatışmasına ilişkin hipotezler oluşturmaya başlar (16).

3. Durumsal Cesaretlendirme: Durumsal cesaretlendirme, Pozitif Psikoterapide merkezi bir öneme sahiptir. Danışan yalnızca problemlerine odaklandığından, var olan pozitif yönlerini ve

yeteneklerini fark edememektedir. Bu evrede, danışan gerçekçi bir bakış açısına dayanarak durumun pozitif yönleri konusunda cesaretlendirilir. Durumsal cesaretlendirme aşamasında danışanların yaşadıklarının belirtilerin pozitif yorumlanması yapılmaktadır. Danışanın ufkunu genişletmek için yeni alternatif fikirleri bulmasına yardımcı olmaya çalışılır. Danışan kendi değerini görmeyi öğrenir (15).

4. Sözcükleştirme: Önceki evrelerde, gereken terapötik ortam yaratıldıktan sonra, bu devrede danışanla temel çatışması üzerinde çalışılmaya başlanır. Danışanın, aktüel ve temel çatışmasını, denge modelini ve dörtlü model boyutlarını kullanarak çözmesine yardımcı olmaya çalışılır. Sözcükleştirme aşamasında müdahale planı hazırlanıp uygulanmaktadır. Bu devrede temel amaç danışanın, yaşamının dört boyutunda denge sağlanması için yapabilecekleri üzerinde durmaktır. Bu devre danışma sürecinde en uzun süren evredir ve temel çatışma çözülünceye kadar devam eder (16).

5. Hedefleri Genişletme Devresi: Bu devrede danışanın başvurma amaçlarına ulaştıktan sonra gelecekte (kısa-orta-uzun vadede) yaşamını nasıl geçirmek istediği üzerinde durulmaktadır. Bu devrede psikoterapi ilişkisinin temel amacı, danışana kendi kendine yardım konusunda bilgi sağlamaktır. Amaçların genişletilmesi aşamasında ise danışanın dengeli bir yaşam ve gelecek oluşturması için amaçlar belirlemesi ve bunlar için planlar yapması ve planlarını uygulaması üzerinde çalışılmaktadır (15,16). Böylelikle kişi terapiyi bıraktıktan sonra yaşamı boyunca kendisine eşlik edecek bir kendi kendine yardım yöntemiyle donanabilir. Bu devrede danışan, yaşamını yeniden nevrotik kısıtlamalar başlamadan önce kovaladığı hedefleri yeniden göz önünde tutmayı öğrenir. Bunu yaparken de denge modelindeki yaşamın dört boyutunu ele alır ve yaşamındaki dengeyi nasıl devam ettireceğini planlar. Yeni çatışmalar ortaya çıktığında onlarla hangi yöntemlerle başa çıkacağını irdeler.

Pozitif Psikoterapi odaklı araştırmaların özellikle son yıllarda uluslararası ve ulusal literatürde artarak devam etmektedir. Pozitif Psikoterapinin gerek bireysel terapi (17,15,18) gerekse grupla

yapılan çalışmalarda (19,20,21,22,23) ve süpervizyon çalışmalarında (24) kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Pozitif Psikoterapinin ölçme aracı olarak geliştirilen WIPPF'in de ilk uyarılma çalışmalarının (25) yapılmasından sonra araştırmacılar tarafından Türkiye'de kullanılmaya başlandığı görülmektedir (13,14,26,27,28).

Bu olgu sunumunun amacı; etkin bir psikoterapi yöntemi olduğu kanıtlanmış pozitif psikoterapinin, tedaviye dirençli bir obsesif kompulsif bozukluk hastasındaki etkinliğini ortaya koymaktır. Literatürde pozitif psikoterapinin etkinliğini gösteren olgu sunumları ve çalışmalar olmakla birlikte; biyolojik tüm tedavi yöntemlerinin denendiği ancak yanıt alınamayan olgularda kullanımına rastlanılmamıştır. Bu yönüyle özgün olduğu değerlendirilen olgunun öyküsü ve uygulanan tedavi protokolü sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

K.Ç. 38 yaşında kadın, ev hanımı, evli, bir kız çocuk sahibi, eşi ile birlikte yaşıyor. Yaklaşık 20 yıldır OKB tanısı ile tedavi ve takipleri vardı. Hasta, yakınmalarının ilk olarak hamileliği sırasında kapı ve muslukları kontrol etme ve aşırı temizlik yapma şeklinde başladığını, şikâyetlerinin giderek artış gösterdiğini, günlük yaşam aktivitelerini yaparken aşırı zorlandığını, süreçte çok sayıda ayaktan ve yatarak takiplerinin olduğunu, antidepresan, anti-psikotik, anksiyolitik ilaç kombinasyonlarına rağmen tedaviden hiç fayda görmediği için dirençli OKB tanısı konulduğu hasta ile klinik görüşme ve tıbbi dosyasından anlaşıldı.

Hastalığıyla baş edemeyeceğini değerlendirdiği için altı defa intihar girişiminde bulunduğu bunlardan birinin ateşli silahla olduğu, cerrahi tedavi sonrası elektrokonvulsif terapi (EKT) aldığı öğrenildi. Öyküsünden, tedaviye direnç protokolüne alınan hastaya farmakolojik ajanlara cevap alınmadığı için iki defa anterior kapsülotomi (gama kufe yöntemi ile) operasyonu gerçekleştirildiği belirlendi. Beraberinde ilaç tedavisi, EMDR ve davranışçı psikoterapi (DT) de gören hastada kirlenme obsesyonları ortadan kalkmamış olmasına rağmen temizlik kompulsiyonları kısmen azalmış. Ancak hasta şikâyetlerinin son 3 yıldır giderek artış göster-

mesi üzerine farklı merkezlerde tedavi görmeye devam etmiş. Tedaviden fayda görmemesi üzerine yeniden kliniğimize başvuran hasta tedavi protokolünün yeniden gözden geçirilmesi için kliniğe yatırıldı. Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Hastanın almakta olduğu ilaçlar; Klomipramin 300 mg/gün, aririprazol 30mg/gün, fluoksetin 60mg/gün, klonazepam 1mg/gün şeklindeydi. Psikometrik değerlendirme olarak; Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulandı (Tablo 1). Hasta Pozitif Psikoterapi sürecine alındı. Görüşmeler yaklaşık 3 ay sürmüştür.

## Beş Aşamalı Pozitif Psikoterapi Uygulaması

1. Gözlem/Mesafe Devresi (2 Oturum): İlk olarak hastanın problem olarak getirdiklerini ve neye ihtiyaç duyduğu anlaşıldı. Obsesif düşünceleri ve kompulsif davranışları gözlemlendi. Hastanın şikâyetlerine mesafe koyabilmesi için 'Ziyaretçiler ve Fil' hikayesi (29) okunarak öykü, atasözü ve başka kültürlerde bu sorunun nasıl yaşandığına ilişkin farklı bakış açıları ortaya kondu. Hiç kimseye dokunamıyordu. Eve ilk zamanlar misafir gelip gitğinde 3 gün boyunca (halı silmek, perde yıkamak, koltuk yıkamak dahil) temizlik yapıyordu. Banyo yapma süresi 9 saate çıkınca eşi kendisini yıkamaya başlamış ancak bu süre de 7 saate kadar inebilmişti. Evden dışarı çıktığında ise kullan-at eldivenleri giyiyordu. Yanında dışarda oturması için çarşaf taşıyordu. Kızı doğduktan 9 yaşına kadar dokunamıyordu. Çok güvendiği bir kişi (abla dediği) eşi yokken yardımcı olmuştu. Eve giren eşi ve kızı ise kapının önünde soyunup kıyafet değiştirmiş. Çıkardıkları kıyafetler çamaşır makinesinde 3 defa yıkanmış. Bu arada makineyi sürekli kontrol altında tutuyordu. Artık bu şekilde yaşamaya dayanamadığı için 3 kere intihar girişiminde bulunmuş. Beyin ameliyatından sonra kızına sadece dokunabilmişti. (Sarılma değil) Hiçbir konuda kendine güvenmiyordu. Kendini sürekli aşağılıyordu. Ailesine layık olmadığını düşünüyordu. Değersizlik, suçluluk, çaresizlik duyguları mevcuttu.

2. Envanter Devresi (1 oturum): Burada devrede denge modeli kullanıldı ve hastadan dört yaşam boyutunda son beş yılda neler yaşadığı bilgisi alındı. Pozitif Psikoterapide kurama özgü geliştirilen WIPPH envanteri kullanıldı. Bu envanterle, hastanın karşılaştığı sorunları nasıl çözdüğü ve denge modelinin hangi boyutuna önem verdiği, gerçek ve temel yetenekleri hangi düzeyde kullandığı anlaşıldı. Bu aşamada hasta, daha önceki hiçbir hekim ile paylaşmadığı çocukluk çağı cinsel travmalarını paylaştı.

3. Durumsal Cesaretlendirme (3 Oturum): Güven oluşturma açısından kişinin düşüncelerini ortaya koyması için hastaya cesaret verildi. Aile kaynakları ki hastanın eşi bu konuda çok destek oluyordu, becerileri, gücü, olumlu ilişki kalıpları, değerler fark edilip ortaya çıkarıldı, desteklendi. Bu devrede "Karga ile Tavus Kuşu" hikayesi okundu (29). Bununla danışan kendi değerinin doğasını görmeyi öğrendi. 'Neler çözdünüz ve ne öğrendiğiniz' üzerinde çalışıldı. En önemli pozitif yönü, evlenmesi, çocuğunu doğurabilmiş olmasıydı. İhtiyacı olan kişilere tüm benliği ile yardım ediyordu. Birincil yetenekler normal sınırlar içinde gelişmiş. Adalet, düzen, temizlik ve güvenilirlik konusunda kendine tam puan verdi.

4. Sözeleştirme (8 Oturum): Hastanın kirlenme obsesyonlarının yoğunlaştığı dönemlerde cinsel travmaya ilişkin imajlarının zihninde yoğunlaştığı öğrenilen hastaya OKB ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı konuldu. Temel çatışması, 'Kirlili olursam sevilmem, sevilmem için temiz olmam gerekiyor.' Olarak ortaya çıkarıldı. Dolayısıyla bu aşamada, müdahale planı hazırlanıp uygulandı. Önceki devrelerde, gereken terapötik ortam yaratıldıktan sonra, bu devrede danışanla temel çatışmaları üzerinde durulmaya başlandı. Bu çatışmaları denge modelini kullanarak çözmesine yardımcı olmaya çalışıldı. Danışanın aktüel çatışması, içsel çatışması ve temel çatışmaları üzerinde çalışıldı. Anahtar çatışması daha çok kibarlık yeteneğinin fazla gelişmesi üzerinde yoğunlaşıyor. Çocukluk çağı travmaları üzerinde konuşuldu.

Pozitif Psikoterapi, eklettik bir yaklaşım olması nedeniyle hastaya uygun her türlü teknik ve yöntemin kullanılmasına izin vermektedir. Bu noktada

da travma konusunda etkinliği kanıtlanmış olan Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) tekniği kullanıldı.

EMDR tekniği hakkında bilgi verildi. Hastanın onayı alındı. Travmatik yaşantısına yönelik üç seans EMDR uygulandı. EMDR seansları sırasındaki hastanın öznel sıkıntı düzeyleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Üç seans EMDR Tekniği kullanıldı. Danışanın her oturumunda kendini daha değerli ve güvenli hissettiği gözlemlendi. Görsel olarak travmatik anılarının artık kendini rahatsız etmediğini bildiren hastaya, bu süreç içinde kaçınmalarına yönelik (kirlili olduğunu düşündüğü objelere dokunamama vb.) davranışsal ödevler verilerek tedavisi sürdürüldü. Denge modelinin boyutları üzerinde sırayla çalışıldı. Danışan düzenli yürüyüşe başladı. Klinikte yattığı süre boyunca sadece yoğurt ve ekmek yerken görüşmelerden sonra salona çıkıp diğer hastalarla beraber yemek yemeğe başladı. Bu arada sabah yıkanmaları yarım saate kadar düştü. Çarşaf kullanmamaya başladı. Eldiven kullanmamaya başladı. Arkadaşlık ilişkileri gelişti. Kendine güveni arttıkça sohbetlere katıldı ve olumlu geri bildirimler almaya başladı. Örgü örüp hediye etmeye başladı. 'Bana hayatımı geri verdiniz' dedi. Yaşam değerleri ve amaçları üzerinde duruldu. "Yardım Etmek" ve "Üretmek" en önemli değerler olarak ortaya çıktı.

5. Hedefleri Genişletme Devresi (2 Oturum): Bu aşamada EMDR tekniğinin gelecek şablonu üçüncü seans olarak uygulandı. SUD: 10 iken seans sonunda 0'a indi. Kontrol uygulamasında ise SUD: 7 iken seans sonunda 0'a indi. Taburcu olduktan sonraki dönemde (kısa-orta-uzun vadede) yaşam amaçları üzerinde konuşuldu. Amaçlarının ilk üçüne ulaştığını, sonuncusunda ise eve gitmesi gerektiğini belirtti. 1.Takıntılarından kurtulmak, 2.İnsanlarla iletişim kurabilmek, 3.Kendine güven artışı sağlamak. Yaşamını, değerlerine dayalı olarak yeniden düzenlemek amacına ise eve döndüğü zaman ulaşabileceğini bildirdi. Klinik olarak belirgin düzelme gösteren, kompulsiyonları ve kaçınmaları ortadan kalkan hastanın psikometrik değerlendirmesi yapıldı. Hasta ayaktan takipleri devam etmek üzere klomipramin 300mg/gün, ketiyapin

100mg/gün tedavisiyle taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Dirençli OKB tanısı alan bu hastada, çok farklı tedavi denemelerine karşın beklenen düzelmenin gerçekleşmemesi, klinisyenleri olası ek tanıları araştırma konusunda uyarmıştır. Hastanın gizlemiş olduğu travmatik anısı pozitif psikoterapinin dinamik sürecinde ortaya çıkmasıyla buna yönelik uygun zamanda, uygun tekniğin (EMDR) kullanılmasıyla devam eden tedaviyi baltaladığı düşünülen ve tedaviye direncin esas sebebi olarak değerlendirilebilecek travmatik anıların etkisinin ortadan kalkması sağlanmıştır. Böylece OKB'ye yönelik farmakolojik ve davranışsal ödevlerin, beklenen faydayı gösterdiği görülmüştür.

Pozitif Psikoterapide terapist hasta arasındaki etkileşim de çok önemli bir yere sahiptir. Bu olgunun da bağlanma, farklılaşma ve ayrılma aşamalarından başarıyla geçtiği görülmektedir. Özellikle evine dönmeyi, klinik koşullarında bu kadar yol aldıktan ve bunun farkına vardıldıktan sonra orada neler yapabileceğini kendisinin farkına varmak istemesi de ayrılma aşamasının en güzel örneğidir.

Pozitif Psikoterapinin hastalıklara ve bozukluklara yönelik kendine ait bir kavrayışı vardır, iyi bilinen yaklaşımlardan pek çok açıdan farklı bir yönelimdir ve iyi bilinen ifadelerle dair yeni ifadeleri ve farklı anlamları yeniden düşünmeyi gerektirir. Bu yeniden düşünme bilinen olgulara ışık tutar, böylece çözümleri için yeni olasılıkların keşfine izin verir. Tedavi yöntemleri sadece olumsuz davranışla ilgilenirse istenilen hedefe yaklaşma sağlanamaz. Deneyimlerin sadece olumsuz şekilde vurgulanan ve pesimistik şekilde bakılan içerikle ele alınması, hastanın nevrotik yönelimini tekrarlar (30).

Pozitif psikoterapi her şeye olumlu prognoz sağlamaya çalışmaz, kritik davranışın ayırt edilmesine uğraşır. Böylece pozitif davranışın bileşenlerinin, belirtinin kendisinden ayrılmasına olanak sağlar ve hastanın sorunuyla daha iyi baş edebilmesi için temel oluşturur. Bu hastada kendi kapasitelerinin farkına vardıldıktan sonra başarabileceğine, sorununu çözebilecek kaynaklarının olduğuna inancı ve güveni oluştuktan sonra travmasına yönelik yapılan

uygulamanın etkisi gerçekten gözle görülmüştür.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5'te travma ve ilişkili ruhsal bozukluklar ana başlığında sınıflandırılmıştır (31). Travmatik olayı anımsatan en küçük bir uyarın dahi hastanın travmatik olayı yeniden yaşantılamasına sebep olur ve buna bağlı olarak anksiyete ve kaçınma davranışları gözlenir (32). Yapılan çalışmalarda çocukluk dönemlerinde cinsel travma yaşamış kadınlarda travmatik yaşantıya yönelik uygulanan EMDR terapisinin travma ile ilişkili belirtilerde iyileşme sağladığı gösterilmiştir. (33,34). Bu çalışma da bunu bir kez daha kanıtlamıştır.

Sonuç olarak bu vaka, klinisyenlerin tedaviye dirençli vakalarla karşılaştıklarında daha farklı bakış açıları geliştirmelerini ve hastanın sahip olduğu kapasitesi ve yetenekleriyle de değerlendirilmesinin önemi konusunda da uyarıcıdır.

Bu çalışmanın sınırlılığı olarak olgudaki semptomların neredeyse bitme düzeyine gelme nedeni olarak Pozitif Psikoterapide, uygun zamanda uygun tekniğin (EMDR) kullanılması mı yoksa EMDR tekniğinin tek başına yeterli olup olmadığı görüşü tartışmaya açık bir durumdur. Bununla birlikte hastaya daha önce de bu tekniğin uygulanması ancak anlamlı bir sonuç alınamaması, PPT'nin yapılandırılmış görüşme tekniği ile uygun zaman (hastayla terapist arasında karşılıklı güven ortamının oluşması, yeteneklerinin farkına varması, umut prensibinin ortaya çıkması vb.) geldiğinde EMDR kullanılması, anlamlı sonuç alınmasında PPT'nin bu vakada etkili olduğu açık bir şekilde değerlendirilmiştir.

PPT'nin eklektik bir yaklaşım olması nedeniyle EMDR'ın kullanılması ile, olgunun travmalarına yönelik kaçınma, aşırı uyarılma ve yeniden yaşantılama belirtileri ortadan kaldırılmıştır. Dolayısıyla da tekniğin uygulamasından önceki ve sonraki psikoterapi sürecinde olgunun denge modelini, yaşamsal farkındalıklarını oluşturmada etkili olduğu değerlendirilmektedir.

Yazışma adresi: Uzm. Psk. Ebru Sinici, SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye esinici@gmail.com

## KAYNAKLAR

1. Sadock B, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry 8th. Ed. vol:2, Lippincott Williams & Wilkins New York. 2007;1768-80.
2. Degonda M, Wyss M, Angst J. The Zurich Study XVIII. Obsessive- compulsive disorders and syndromes in the general population. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1993; 243:16-22.
3. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. Br J Psychiatry. 1996; 169:101-7.
4. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantaş B et al. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2005; 21:112-7.
5. Clark DA. Cognitive-Behavioral Therapy For OCD. New York, 2007. Guilford Press
6. Rasmussen SA, Eisen JL. Treatment strategies for chronic and refractory obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*.1997;58:9-13.
7. Husted DS, Shapira NA. A review of the treatment for refractory obsessive-compulsive disorder: from medicine to deep brain stimulation. *CNS Spectr*.2004;9:833-47.
8. Marks IM, Hodgson R, Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure. A two-year follow-up and issues in treatment. *Br J Psychiatry*. 1975; 127:349-64.
9. Salkovskis PM, Westbrook D. Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? *Behav Res Ther*. 1989;27:149-60.
10. Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behav Res Ther*, 2005;43:821-829
11. Peseschkian N. Pozitif Psikoterapiye Giriş, Kuram ve Uygulama. Sarı T. çev. ed. 1. Baskı. Ankara. Anı Yayıncılık. 2015.
12. Sarı T. Pozitif psikoterapi: gelişimi, temel ilke ve yöntemleri ve Türk kültürüne uygulanabilirliği. *The Journal of Happiness Well-Being*. 2015. 3:182-203.
13. Sinici E. Primary and Secondary Capacities of First Grade Nursing Students in the Context of Positive Psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*. 2017. January 21:1.
14. Sinici, E., Sarı, T., & Maden, Ö. Primary and secondary capacities of post-traumatic stress disorder patients in terms of positive psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*, 2014;18; 22-34.
15. Sarı, T. Pozitif Psikoterapiye dayalı bir psikolojik danışma süreci. I Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Uygulamaları Kongresi, Mersin Üniversitesi, Mersin.2006.
16. Peseschkian N. Positive Psychotherapy in Psychosomatic Medicine. *International Academy for Positive and Transcultural Psychotherapy*. Printed and bound by Print City Europe. 2013; pp: 85-92.
17. Česko, E. ve Sarı, T. "Drawing as a Treatment Technique in Positive Psychotherapy-Transcultural Approach in Treatment of Different Psychological Diseases". IV. World Congress for Positive Psychotherapy, Famagusta, Cyprus.2007.
18. Sarı, T. "Using five stages of positive psychotherapy to deal with anger among children." 35. European Congress of School Psychology Association, Porto, Portugal. 2013.
19. Sarı, T. "Dealing with emotional breakdowns in five stages of self-help of positive psychotherapy" 2. Regional Conference on Positive Psychotherapy, Ohrid, Macedonia.2013.
20. Sarı, T. Pozitif psikoterapi yaklaşımına dayalı zaman yönetimi programı. X. Ulusal Psikolojik Danışma Kongresi, Çukurova Üniversitesi, Adana. 2009.
21. Eryılmaz, A. Pozitif psikoterapi bağlamında psikolojik danışma ve rehberlik programlarında öykü kullanımı: Örnek bir uygulama. I Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Uygulamaları Kongresi, Mersin Üniversitesi, Mersin. 2006.
22. Eryılmaz, A. Yetişkin öznel iyi oluşu ile pozitif psikoterapi bağlamında birincil ve ikincil yetenekler arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2011;14:17-28.
23. Eryılmaz, A. Pozitif psikoterapi bağlamında yaşam amaçları belirleme ölçeğinin üniversite öğrencileri üzerinde psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2012;15:166-174.
24. Ersever, O. G. Pozitif psikoterapi yaklaşımına göre beş basamakta supervizyon çalışması. III. PDR Uygulamaları Kongresi, Ankara, Türkiye.2012.
25. Sarı, T., Eryılmaz A, & Varlıkl-Öztürk, G. Adaption of Wiesbaden Inventory of Positive Psychotherapy to Turkish culture. Oral Presentation, 5th World Congress on Positive Psychotherapy,2010. 9-12 Oct, İstanbul/Turkey.
26. Eryılmaz, A. Yeniden gözden geçirme: pozitif psikoterapi ve gelişimsel rehberlik bağlamında ergenler için amaçları genişletme programı. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2010.20, 53-65.
27. Sinici E. A Balance Model for Patients with Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Psychotherapy*. 2015. November 19:3.
28. Baran, C. Yoga yapan ve yapmayan kişilerin pozitif psikoterapi bağlamında birincil ve ikincil yeteneklerinin karşılaştırılması. VI. World Congress of Positive Psychotherapy, Kemer, Türkiye.2014.
29. Peseschkian N. Doğu Hikayeleriyle Psikoterapi. Fışloğlu H. çev. ed. 1. Baskı. İstanbul: Beyaz Yayınları, 1998, pp:105,166.
30. Peseschkian N. Pozitif Aile Terapisi. Fışloğlu H. çev. ed. 1. Baskı. İstanbul: Beyaz Yayınları, 1996, pp:121.
31. American Psychiatric Association-APA Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSMV) (Çev. Ed.: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013; pp.210.
32. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları-2. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008, pp: 598.
33. Edmond T, Rubin A, Wambach KG. The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Soc Work Res*, 1999;23:103-116.
34. Edmond T, Rubin A. Assessing the long-term effects of EMDR: results from an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *J Child Sex Abus*, 2004;13:69-86.