

## PAPER DETAILS

TITLE: Bir Obsesif-Kompulsif Bozukluk Vakasında Bilisel Davranış Terapi Uygulaması

AUTHORS: Nurcan GÖKÇAKAN

PAGES: 0-0

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/161026>

# Bir Obsesif-Kompulsif Bozukluk Vakasında Bilişsel-Davranışçı Terapi Uygulaması

Nurcan GÖKÇAKAN\*

**Özet** – Bu çalışma, bir obsesif-kompulsif bozukluk vakasına uygulanan Bilişsel-Davranışçı Terapi’yi içeren bir vaka çalışmasıdır. Vaka, 55 yaşındaki Bayan M’dir. Bayan M. kirlilik düşüncesinden dolayı önce toplu taşıma araçlarına binmemeye başlamış, sonraları bu durum akrabalarının ve arkadaşlarının özel araçlarına binmeme şekline de dönüşmüş, sonraki aşamada ise Bayan M. artık başkalarının evine gitmemeye ve kendi evine de başkasını davet etmemeye başlamıştır. Bayan M. bu davranışları yapmak zorunda kaldığında ise, eve döndüğünde banyoda uzun süre yıkanıyor ve iç çamaşırları da dahil olmak üzere tüm giysilerini yıkıyordu. Vaka’ya haftada bir kez olmak üzere beş ay süren bir terapi uygulanmıştır. Gevşeme egzersizi ve bilişsel yeniden yapılandırma tekniği kullanılmıştır. Bu bozukluğun temel ilkeleri olan kontrol ve kaçınma davranışları üzerinde çalışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler** – Obsesif-kompulsif bozukluk, bilişsel davranışçı terapi.

**Abstract** – *An Application of Cognitive Behavioral Therapy on an Obsessive-Compulsive Disorder* – This is a case study which includes cognitive behavioral therapy applied to a obsessive-compulsive disorder. The case is Mrs. M. who is 55 years old. Mrs. M. started not to get on public transportation vehicles because of thought of dirtiness. Then she started to avoid to get on the vehicles of her relatives and close friends. At the next step, it caused her not to get out of her home and invite nobody to come her home. If she couldn’t avoid this kind of behaviors, when she came her home both she was having a long bath and washing her all dresses. A therapy was applied to Mrs. M. once a week for five months. Relaxation training and cognitive reconstruction techniques were used. It was studied on control and avoidance behaviors which are the basic principles for this disorder.

**Key words** – Obsessive-compulsive disorder, cognitive behaviour therapy.

## Giriş

Ruhsal hastalıkların; yaşamın bedensel, zihinsel, duygusal ve sosyal alanları üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Kişinin ruh sağlığının bozulması onun yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği gibi, kendini, çevreyi ve dünyayı algılamasında da bir takım sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Nitekim DSM-IV R’de yaşam kalitesindeki bozulmanın ruhsal bozuklukların gelişimindeki yeri ve tedavi etkinliğindeki önemi vurgulanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994). Yaşam kalitesi kişinin öznel olarak yaşamdan memnuniyetini, genel iyilik halini ve işlevselliğini yansıtan bir kavramdır (Angermeyer ve Kilian 1997, Mendowicz ve Stein 2000).

Obsesif-Kompulsif bozukluk (OKB) kişinin sosyal ve mesleki işlevlerinde belirgin bozulmaya yol açan, rahatsız edici, benliğe yabancı yineleyici ve bunaltı oluşturan

---

\* Nurcan Gökçakan, Yrd. Doç. Dr., Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü, <nurcangokcakan@mynet.com>.

düşünceler (obsesyon) ve bunalıntıyı gidermek için yapılan yineleyici davranış ya da zihinsel eylemlerle (kompulsiyon) tanımlanan bir psikiyatrik bozukluk (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

Obsesyonun en iyi tanımı Schneider tarafından yapılmıştır. Ona göre obsesyon kişinin kendisini bir bilinç içeriğinden kurtaramadığı zaman ortaya çıkar. Bunlar hastanın aklından atamadığı veya aklına gelen ısrarlı düşünceler, dürtüler, imajlar, kuşkular ve korkular şeklinde olur. En sık görülen obsesyon temaları kir, bulaşma ve agresyonla ilgilidir. Obsesyonlar motor eyleme dönüştüklerinde kompulsiyon adını alırlar. Kompulsiyonlar direkt olarak oluşur. Örneğin obsesyonel bulaşma ve kirlenme korkusu kompulsif yıkanmaya neden olur (Yüksel 1994, s.160-161).

DSM-IV-TR da (*Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition) obsesif- kompulsif bozukluk şu şekilde tanımlanmaktadır (Köroğlu, 2001, s.198-199).

#### **Obsesyonlar:**

1. Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler,
2. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.
3. Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır,
4. Kişi obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

#### **Kompulsiyonlar:**

1. Kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (Örn. El yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (Örn. Dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma),
2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

Obsesif-kompulsif bozukluğun ortaya çıkışı ya da en azından yardım talebi, genellikle kompulsiyonların kendisinin de bir kaygı kaynağı haline gelmesiyle olur. Kompulsiyonların kaygı yaratmaları şu nedenlerle olabilirler (Sayılğan, 1998, s.72).

1. Çok vakit alabilirler ve bu nedenle hastanın diğer fonksiyonlarını engellerler,
2. Hastaya ve çevresine fiziksel zarar verecek düzeye ulaşabilirler. Örneğin sık sık yıkanma sebebiyle ellerin yara olması gibi,

3. Tıpkı obsesyonlar gibi saçma ve anlamsız davranışlardan oluşabilirler ve bu durum hastada kaygı yaratabilir,
4. Çoğu zaman dışarıdan gözlenebilir davranışlardır ve çevreden fark edilirler.

Bu bozukluk genellikle süregen ve inatçı bir hastalık olduğundan kişinin yaşamı kısıtlanır, verimi düşer, çevresindekiler bıkar. Kişinin uyumu bozulur, işini yapamaz, çevresi ile ilişkilerini sağlıklı yürütemez. Kişi saplantılarının aklına gelmemesi ya da tekrarladığı hareketleri yapmamak için kendini zorlar; fakat zorladıkça istenmeyen düşünceler akla gelir, istenmeyen hareketler tekrar tekrar yapılır.

Saplantı ve zorlantı olarak da tanımlanan bu bozukluklar kişiyi son derece tedirgin eder. Kişi bunların kendisine çok büyük sıkıntı verdiğinin farkındadır fakat bunları yerine getirmeyince daha büyük sıkıntı yaşar.

Obsesyon-kompulsiyon türlerine bakıldığında; bulaşma ve temizlik, şüphe, düzen, saldırganlık, zarar verme, dinsel, sayma, cinsel ve hastalık olarak sıralanabilir.

Amerika Birleşik Devletlerinde ve Kanada da yapılan epidemiyoloji araştırmalarının sonuçları obsesyon-kompulsiyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranının %2.5-3 olduğunu ve bu ülkelerde fobiler, ilaç tutkunluğu ve depresyonlardan sonra dördüncü sıklıkta görülen bozukluk olduğunu ortaya koymuştur (Rasmussen ve Eisen, 1992, s.743). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde yapılan bir araştırmada en sık görülen obsesyonların; çeşitli maddelerle pislik bulaşma (%55), başkalarına zarar verme (%50), simetri ve düzenlilik (%36), cinsel dürtüleri denetleyememe (%32), obsesyonları olduğu; saldırganlık obsesyonu olanların %68'inde cinsel obsesyonların da olduğu, bireylerin %59'unda birden fazla obsesyon görüldüğü bulunmuştur (Medikomat, 1997).

### **Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Bilişsel ve Davranışçı Tedavi İlkeleri**

#### ***Bilişsel Tedavi:***

Obsesif-kompulsif bozukluğun bilişsel tedavisinden söz edildiğinde, akla ilk gelen biliş ve obsesyon bağlantısıdır. “Obsesyonlar, irrasyonel nitelikli düşüncelerdir ve bilişsel tedavide temel amaç irrasyonel nitelikli düşüncelerle çalışmaktır. Dolayısıyla bilişsel tedavide doğrudan obsesyonlar ele alınır”. Bu bağlantı doğru değildir, çünkü obsesif hastalar gerçekdışı düşüncelere sahip olduklarının farkındadırlar ve sıkıntılarının önemli bir bölümü bu farkındalıktan kaynaklanır. Bu nedenle obsesyonlarla, hastanın bu düşünceleri yerine daha gerçekçi, alternatif düşünceler üretebilmesi temelinde çalışılmaz.

Obsesif-kompulsif bozukluğun bilişsel tedavisinde temel amaç; hastanın hastalık ile ilgili bilişlerinin ele alınması, hastalığı ve tedavi konusunda bilgilendirilmesidir. Dolayısıyla, obsesif-kompulsif hastalarda ele alınacak bilişler şu türde olmalıdır.

- “Ben bu kadar kötü bir insan mıyım, neden aklıma böyle düşünceler geliyor?”
- “Ellerimi yıkamazsam, bu düşünce asla aklımdan çıkmayacak”.

- “Bu düşünceler aklımdan çıkmazsa aklımı kaybedeceğim”.
- “Bu düşüncenin yarattığı sıkıntıya dayanamayarak kontrolümü kaybedeceğim”.

Obsesif-kompulsif hastalarda “kontrol” temel bir eğilimdir. Hastaya tedavi ilkeleri aktarılırken, amacın bu defa hastalığı “kontrol etmek” olduğu önemle vurgulanmalıdır. Daha önce de sözü edildiği gibi, obsesif-kompulsif hastaların belirtileri benliğe yabancıdır. Bu nedenle “hastalık”, “hasta”dan ayrı olarak “hasta” ile tartışılabilir. Obsesyonlar için “hastalıklı düşünce”, “takıntı” veya “tehdit” kompulsiyonlar ve kaçınma davranışları ise “tedbir” kavramları, hastaya birlikte kullanılabilir.

Hastaya bu çerçevede bir tedavi rasyoneli çizildikten sonra, hasta için en kolay olabilecek bir örnek davranış seçilerek bu ilke uygulamalı olarak hastaya yaşatılmalıdır. İlkenin doğruluğunu hastanın yaşayarak görmesi, tedavinin ileri aşamalarındaki işbirliği açısından oldukça önemlidir.

### ***Davranışçı Tedavi:***

Obsesif-kompulsif bozukluğun davranışçı yolla tedavisinde temel ilke, kaçınma davranışlarının ele alınmasıdır. Obsesif-kompulsif hastalar farklı kaçınma davranışları gösterirler. Fabrik kaçınma, kompulsif kaçınma ve kompulsiyondan kaçınma. Bu tür davranışlara şöyle örnekler verilebilir. Kirlenme ya da mikrop bulaşması korkusuyla belerli yerlere gitmemek, dokunmamak fabrik kaçınma davranışlarıdır. Obsesyonların yarattığı kaygıyı azaltmak ya da nötrleştirmek amacıyla belirli hareketleri sık sık tekrarlamak ise kompulsif kaçınma örneğidir. Diğer yandan kompulsiyona yol açacak belirli davranışlardan kaçınmak, kompulsiyondan kaçınma olarak adlandırılabilir (Televizyonu açtıktan sonra ellerini defalarca yıkaması gerektiği için televizyonu açmamak gibi). Bu davranışların hepsi kaçınma davranışı olmakla birlikte aralarında önemli farklılıklar vardır. Ayrıca tedavide ele alınış biçimleri de farklıdır. Bilindiği gibi, kaçınma davranışının hasta açısından temel amacı kaygıdan kurtulmaktır. Fabrik ya da kompulsiyondan kaçınmada anksiyeteden kurtulmak amacıyla belirli bir davranış tamamen ortadan kalkarken, kompulsif kaçınmada belirli bir davranışın sıklığı olağandışı artar. Dolayısıyla tedavideki hedefler de farklıdır. Fabrik kaçınma için üstüne gitme teknikleri yararlı olurken, kompulsif kaçınma için durdurma teknikleri yararlı olmaktadır.

Gerek üstüne gitme, gerekse durdurma aşamalarında, başlangıçta hastayla birlikte olmak tedaviyi kolaylaştırabilir ve hastanın cesaretini arttırabilir. Ancak kısa bir süre sonra hasta uygulamaları tek başına yapma konusunda teşvik edilmelidir.

### ***Tedavinin Sonlandırılması:***

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.

Gerek bilişsel gerekse davranışçı teknikler hastanın hastalığını anlamasına, kavramasına ve hastalıkla baş etme becerilerini kazanmasına yöneliktir. Dolayısıyla, bir eğitim niteliği taşımaktadır. Tedavinin sona erdirilmesi aşamasında tüm belirtiler ortadan kalmamış olsa bile hasta bu becerileri tedavi sonrasında kendi başına uygulayabilir (Sayılğan, 2003, s.76-82).

## Vaka

55 yaşında olan Bayan M, psikolojik danışma merkezine başvurduğunda yakınmaları beş yıldır sürüyormuş.

Yakınmaları; daha önce kirli kişilerin o koltuklara oturmuş ve tutunma yerlerine dokunmuş olabilecekleri düşüncesiyle toplu taşıt araçlarına bindiğinde yoğun anksiyete yaşama şeklindeymiş. Sonra bu durumu, yakınlarının özel araçlarına dahi bindiğinde de yaşamaya başlamış.

Bayan M, yürüyerek ulaşamayacağı için bu araçlara binmek zorunda olduğunda yolculuk bitinceye kadar çok yoğun sıkıntı yaşamakta, araçta hiçbir yere dokunmamaya özen göstermekte ve eve geldiğinde iç çamaşırları da dahil olmak üzere elbiselerini kapının önünde çıkararak, çamaşır makinesine atıp, hiçbir yere dokunmadan yıkanmaya başlamaktaymış. Yıkandıktan sonra evinde sokak kapısı ile banyo arasındaki yerlerde yürüdüğü ve duvarlara dokunmuş olabileceği düşüncesiyle saatlerce yerleri, duvarları ve kapı kollarını temizliyormuş. Araçlara bindiğinde yaşadığı bu sıkıntı, bir süre sonra akrabaları ve arkadaşlarının evlerine gittiğinde de yaşamaya başlamış. Onlardan geldikten sonra yine giysilerini çıkarmaya ve yıkamaya, yıkanmaya, hatta kirli yerlere dokunmuş olabileceği düşüncesiyle çantasını bile yıkamaya kadar ilerlemiş. Giysilerini yıkamayla, banyo yapmayla ve evini temizlemeyle kirlerin gitmemiş olacağını düşünerek bir süre sonra artık evden dışarı çıkmamaya ve kirli yerlere oturmuş ya da dokunmuş olabileceklerini düşünerek eve kimseyi almamaya başlamış.

Bayan M'nin kişilik yapısına bakıldığında; aşırı titiz, düzenli, kusursuzluk arayan, tedirgin, günlük yaşamın küçük ayrıntılarıyla çok fazla ilgilenen, belleği güçlü, sosyal yönü fazla gelişmemiş özellikler görülmektedir.

Annesinin ve teyzesinin temizlik konusunda çok hassas oldukları, hatta oturdukları mahallenin ev ve bahçe temizliği konusunda en temiz aile olarak bilindikleri, bu durumun onlar için büyük bir gurur kaynağı olduğu Bayan M'nin ailesi ile ilgili anıları arasında önemli yer tutmaktaydı.

### Bilişsel-Davranışçı Terapi Uygulaması

Bayan M'ye önce ölçme araçları uygulandı. Bunlar; Kendini Kabul Envanteri, Beck Depresyon Envanteri, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ve Belirti Tarama Listesi (SCL-90). Ölçek puanları; kendini olduğu gibi kabulünün “düşük”, depresyonun “orta”, fonksiyonel olmayan tutumlar olarak “mükemmeliyetçi” ve belirti tarama listesinde obsesif-kompulsif (O-C) alt ölçek puanı “yüksek”ti.

İlk oturumda yapılandırmanın ve güven duygusunun geliştirilmesi üzerine odaklanıldı. Danışanın gergin ve kaygılı tavırları dikkate alındığından kendisine gevşeme eğitimi verilerek, evde özellikle uyku sorunu yaşadığı gecelerde uygulaması şeklinde ev ödevi olarak kendisine önerildi. Bayan M'nin çocukluk yaşantısı, aile üyeleri ve arkadaşları ile olan ilişkileri, kendisine ve yaşama yönelik duygu ve düşünceleri üzerinde duruldu.

Bayan M'nin depresyonu ağır düzeyde olmadığından depresif belirtilerin giderilmesinin öncelikli olarak çalışılması gereği ortaya çıkmamıştır. Bu nedenle obsesif-kompulsif belirtilerin üzerinde çalışılmaya geçilmiş ve bunlar düzeldikçe depresyonun da azalacağı ya da ortadan kalkacağı düşünülmüştür.

İkinci oturuma Bayan M'nin hastalık ile ilgili bilişlerinin ele alınmasıyla, hastalığı ve tedavi konusunda bilgilendirilmesiyle başlandı. Kendisinin bu durumun bir hastalık olduğunu ve yaptığı davranışların benliğine yabancı ve çoğunlukla da saçma olduğunu bilmesi, bu tür vakalarda çok önemli olan “kontrol etme” mekanizması üzerinde çalışmayı kolaylaştırmıştır.

Bayan M, bu oturumda, sıkça “ben neden böyleyim?” “neden diğer insanlar gibi yaşayamıyorum?” “bu düşünceler neden hiç aklımdan çıkmıyor?” “sonunda aklıma kaybedecek miyim?” gibi sorularla yaşadığı sıkıntılarını dile getirerek tedavi konusunda çok istekli olduğunu da ortaya koymuştur. Bu aşamada Bayan M ile konuşulup kendisi için en kolay olabilecek bir davranış seçilerek terapi uygulamasına başlanmıştır. Örnek davranışın seçilmesinde dikkat edilen en önemli nokta, başlangıç aşamasında Bayan M'nin hızına ayak uydurmak ve zorlayıcı uygulamalardan kaçınmak olmuştur. Ayrıca tedavi sırasında yaşayabileceği kaygı ve korkularla ilgili bilgiler verilerek, kaygının nasıl oluştuğu, fiziksel belirtileri ve kompulsiyonları nasıl yönettiği açıklanmıştır.

Bayan M ile konuşarak birlikte seçilen örnek davranış, çok sevdiği ve temizlik konusunda kendisine yakın düzeyde titiz olduğuna inandığı üst katta oturan komşusunu evine davet etmektir. Bir haftalık bir süre içinde bu daveti gerçekleştirmesi ve üçüncü oturuma geldiğinde özellikle kaygı boyutunda neler yaşadığını ve komşusu evden gittikten sonra neler hissedip, hangi davranışlarda bulunduğunu anlatması şeklinde ev ödevi verilmiştir.

Bayan M, üçüncü oturuma geldiğinde bu davranışı gerçekleştirmenin kendisini çok zorladığını, uzun süreden beri eve kimseyi davet etmediği için sıkıntı yaşadığını, fakat tedaviye olan inancı ve ihtiyacını düşünerek çok istekli olmasa da komşusunu davet

ettiğini, ama içinden de “dilerim işi vardır ve gelemes” düşüncesinin geçtiğini söylemiştir. Komşusu kapı zilini çaldığı anda, kalbinin yerinden fırlayacakmış gibi attığını hatta birkaç kez açmamayı bile düşündüğünü sonra vazgeçtiğini ifade etmiştir. Tüm bu kaygılarına rağmen kapıyı açtığını, kendisine kapının hemen önünde terlik vererek salona davet ettiğini, o andan itibaren rahat olmaya çalıştığını, hatta zaman zaman gevşeme egzersizlerinin bir kısmını oturduğu yerde uyguladığını belirtmiştir. Komşusu evine gittikten sonra Bayan M, çok karışık duygular yaşadığını, yanı kaygılarının yanında uzun süre sonra bir kişiyle evinde oturabilmenin ve sohbet edebilmenin (ev ödevi bile olsa) farklılığını gördüğünü ifade etmiştir.

Bu aşamada kendisine uygulamaların başlangıcında yoğun bir kaygı yaşamasının mümkün olduğu ancak bu uygulamalar yoluyla hastalığa direnmeye devam ettikçe kaygısının giderek azalacağı anlatılmıştır. Burada dikkatle üzerinde durulan nokta, Bayan M’nin komşusu gittikten sonra yeri, halıyı ve komşusunun oturduğu koltuğu silmemek için çok çaba harcadığını ve sonunda bunu başardığını belirtmiş olmasıydı. İlk belirlenen örnek davranışın kaygılar yaşanmasına rağmen başarıyla gerçekleştirilmesi Bayan M’nin tedavi sürecine dair olan inancını arttırmış olması bakımından çok önemli bir gelişme olarak görülmüş olup, bu durum kendisiyle paylaşılarak daha sonraki çalışmalar için cesaretlendirilmiştir.

Dördüncü, beşinci ve altıncı oturumlarda kendisine yine aynı türden ev ödevleri verilmiştir. Yalnız aynı komşusunu davet etmek yerine yakın gördüğü arkadaş ya da akrabalarını evinde misafir etmesi ve sınırlanmış olan sosyal yaşantısını biraz olsun genişletmesi amacı da bu ev ödevlerinde düşünülmüştür.

Bayan M’nin bu ev ödevleri sonucunda yaşadığı kaygıda bir azalma ve misafirler gittikten sonra temizlik yapma konusundaki kendini kontrol etme davranışını gösterirken eskiye oranla daha az zorlandığı gözlenmiştir.

Yedinci oturum başında Bayan M, tedavi için geldiği danışma merkezindeki koltuğa ilk oturduğunda, koltuğun kirli olabileceğini düşündüğünden hep kaygılandığını ve eve gidince elbiselerini çıkarıp hemen makineye attığını ve kendisinin mutlaka yıkandığını, ama son haftalarda o koltukta oturmanın kendisine artık eskisi kadar kaygı vermediğini ve eve gidince yıkanmayı düşünmediğini söylemiştir. Oysaki tedavi sürecinde danışma sürecindeki koltuk hedef alınmamış ve örnek davranış olarak seçilmemişti. Bu durum Bayan M’nin rahatsızlığı ile ilgili baş etme davranışlarındaki olumlu gelişmenin danışma merkezindeki koltuğa da yansımış olması sevindirici bir gelişme olarak değerlendirilmiştir. Bu gelişmelerin ışığında Bayan M’ye olumlu danışman tutumlarının yanında cesaretlendirme ve onay sözleri gibi tekniklerle yardımcı olunmuştur.

Sekizinci oturum tedavi sürecinde baştan belirlenen hedeflere ulaşma ve elde edilen sonuçların değerlendirilmeleriyle ilgili olarak karşılıklı konuşmalarla geçmiştir.

Dokuzuncu, onuncu ve on birinci oturumlarda Bayan M için yeni bir adım atılması gereği üzerinde birlikte karar verilerek, yine sevdiği ve temizlik konusunda olumlu



düşüncelere sahip olduğu yakın çevresine ev ziyaretleri yapması planlanmıştır. Kendisinin isteği üzerine yeni ev almış ve eşyalarını (özellikle halı ve koltuklarını) yenilemiş olan kuzeninin evine gidebileceği konusundaki düşüncesini uygulayabilmesi için yüreklendirilmiştir. Ayrıca sadece kendisinin ve evinin temiz olmadığı, insanların büyük bir çoğunluğunun evlerini temiz tutmada hassas oldukları gerçeği konusunda kendisiyle karşılıklı konuşularak temizlik kavramının ayrıntılı olarak değerlendirilmesi yapılmıştır.

Bayan M'nin aile ve arkadaş ziyaretlerinde göstermiş olduğu çaba ve iyilik durumu, en son ziyaret ettiği evin çocuğunun böreğini koltukta oturarak yemesi ve yağlı ellerini koltuğun kenarlarına sürmesi onda, çocuğun daha önce de kendi oturduğu koltukta da aynı davranışı yapmış olabileceği kaygısını yaşattığından, uzun süre ara verdiği elbiselerini yıkama ve banyo yapma davranışının yeniden başlamasına neden olmuştur. Ancak bu yıkanma daha önceki yıkanmalara kıyasla hem daha kısa süreli olmuş hem de giysilerinden sadece eteğini ve bluzunu yıkamıştır.

İlk bakışta çok olumlu giden tedavi süreci açısından bu durum problem gibi görülse de, yaşam içinde bu tür durumların da olabileceği ve bunlarla baş etmek gerektiği, umutsuzluğa kapılmadan çaba harcanarak üstesinden gelinebileceği kendisine anlatılmıştır.

Ara verilen bir haftalık ev ziyaretlerine tekrar başlaması, giysilerini yıkama ve banyo yapma davranışını gerçekleştirse bile, hastalığın üzerine gidilmesine dair olan gereklilik vurgulanarak ev ödevlerine devam edilmiştir.

Bayan M'nin evine misafir çağırması ve kendisinin ev ziyaretlerine gitmesi konusundaki başarısı ve sıkıntılarındaki çok açık bir şekilde görülen azalmalar dikkate alındığından, onun için çok önemli olan taşıtlara binme ile ilgili ev ödevlerine başlamakla karar verilmiştir. Bu yeni basamak kendisine uygun gerekçelerle anlatılmış ve daha önceki ev ödevlerinde göstermiş olduğu başarılar kendisine açıklanarak güvence verilmiştir.

Bayan M'den on ikinci oturumda ev ödevi olarak, tanıdıklarından iki kişiyi belirlemesi ve onların özel arabalarına birer kez binmesi istenmiştir. Bu isteğin Bayan M tarafından çok direnme yaşanmadan kabul edilmiş olması tedavideki sürecin, basamaklar ilerledikçe daha da kolaylaştığını ve danışan-danışman iletişimde karşılıklı güven ve kabulün uygulanan tedavi yaklaşımları kadar etkili olduğunu göstermiştir.

Bayan M, on üçüncü oturuma geldiğinde iki yakınının arabalarına bindiğini, bunlardan bir tanesinin özellikle yeni araba almış olan akrabasından seçtiğini ve bu sayede arabaya çok sıkıntı çekmeden rahatça oturabildiğini söylemiştir. Ancak ikinci seçtiği aracın o kadar da yeni olmasına dikkat etmediğini, arabayla şehirde gezmeyi çok özlemiş olduğunu belirtmiştir.

Tedavi sürecinde Bayan M'nin eşini yıllar önce kaybettiğinden ve çocuğu da olmadığından tek başına yaşadığı ve evde zaman geçirecek bir uğraşının da

olmadığından hareketle kendisinin el becerilerini kullanarak bir şeyler üretmesini sağlamak amacıyla alternatifler sunulmuştur. Bu alternatifler içinde kendisinin kabul ettiği boncuklarla takılar yapmak ve örgü örmek uygun bulunarak bu alanlardaki yeteneklerini ortaya çıkarması istenmiştir. Hatta yaptığı takıları yakınlarına hediye ederek, ördüğü kazakları da çocuk yuvasındaki kimsesiz çocuklara götürerek, onun uzun süreden beri evde kalarak kaybettiği özgüven ve birileri için bir şeyler yapma duygusunun geri geleceği düşünülmüştür.

Ayrıca Bayan M'den hergün bir gazete okuması, haftalık bir dergi takip etmesi ve ayda bir kitap bitirerek özetlemesi de istenmiştir. Bu tür ev ödevlerindeki amaç kirlilikle baş etmeyle birlikte Bayan M'nin zamanını anlamlı uğraşlarla doldurarak bedensel, zihinsel, duygusal ve sosyal olarak tam bir iyilik halini oluşturabilmektir.

Bu yöndeki ev ödevlerinin verilmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesiyle geçen üç oturumun ardından on yedinci oturumda kendisinden artık toplu taşıt araçlarına binebilme yönünde çaba harcaması istenmiştir. Hatta bu çabanın kendisi için daha da anlamlı olması için kimsesiz çocuklar için örmüş olduğu giysileri çocuk yuvasına götürürken otobüse binmesi ve yolculuğun en büyük özelliğinin (anlamının), otobüsün koltuklarının temiz olması değil, kendisini çocuklara yapacağı iyiliğe ulaştıran (götüren) bir araç olarak görmesi istenmiştir.

Bayan M, on sekizinci oturuma geldiğinde, son yıllarda bu kadar çok çocukla bir arada hiç zaman geçirmemiş olduğunu, onların sevgiye ne kadar ihtiyaç hissettiklerini fark edip çok üzüldüğünü, hatta daha öncelerden neden bu tür kurumlara gitmediğinden dolayı kendini suçladığını ifade etmiştir. Otobüs yolculuğu sırasında zaman zaman aklına eskiden olduğu gibi kirlilikle ilgili düşüncelerinin geldiğini ama artık onlara fazla takılmadığını, hatta yuvada birlikte zaman geçirdiği çocukların ve yaşadıkları ortamın çok temiz olmamasına rağmen, oraya gidiş amacının çok güzel ve anlamlı olduğunu, çocukların gözlerindeki ışıltının kendisini çok etkilediğini düşünerek rahatladığını ifade etmiştir.

On dokuzuncu ve yirminci oturumlarda artık Bayan M'ye yeni ev ödevleri verilmeyerek, başta belirlenen hedefler ve elde edilen sonuçlar üzerinde konuşulmuş danışma süreci boyunca yaşananlar karşılıklı olarak özetlenmiştir.

Bayan M ile yapılan yirmi oturumun sonunda kendi isteği doğrultusunda terapiler sonlandırılmış, ama dilediği zaman gelebileceği konusunda kendisine güvence verilmiştir. Dört aylık bir izleme sürecinde kendisiyle kurulan iletişim hem telefonla, hem de ziyaretler şeklinde devam etmiştir.

Bayan M'nin terapiler sonlandırıldıktan sonraki sözleri aşağıda verilmiştir.

*“Zaman zaman kirlilikle ilgili kaygılar aklıma gelse de onlarla ne şekilde baş edebileceğimi biliyorum. Artık kendime ve çevreme daha gerçekçi bakabiliyorum. Gittiğim sosyal hizmet kurumlarında çok mutlu oluyorum. Güzel bir çevre edindim. Eskiye nazaran çok daha anlamlı yaşıyorum. Kendimi değerli hissediyorum. Teşekkürler”.*

**Kaynaklar**

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). *Mental bozuklukların tanınması ve sayımsal el kitabı (DSM-IV)* (Çev. Ed. Köroğlu, E., 1995), Ankara: Hekimler Birliği Yayınları.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2001). *Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı (DSM-IV R)* (Çev. Ed.: Köroğlu, E., 2001). Ankara: Hekimler Birliği Yayınları.
- Angermeyer, M. C. ve Killian, R. (1997). Theoretical models of quality of life for mental disorders, In Katschnig, H., Freeman, H. and Sartorius, N. (Eds.), *Quality of life for mental disorders*. New York: Wiley.
- Medikomat (1997). *Saplantılı zorlantılı bozukluk*. Ankara: Medikomat Basımevi,.
- Rasmussen, S. A. ve Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North American*, 15, 743-758.
- Sayılğan, M. A. (1998). Obsesif-kompulsif bozukluk ve bilişsel davranışçı terapi, İçinde Savaşır, I., Boyacıoğlu, G. ve Kabakçı, E. (Eds.), *Bilişsel-davranışçı terapiler*, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No: 5.
- Sayılğan, M. A. (2003). Obsesif-kompulsif bozukluk ve bilişsel davranışçı tedavisi, İçinde Savaşır, I., Boyacıoğlu, G. Ve Kabakçı, E. (Eds.), *Bilişsel-davranışçı terapiler*, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No: 7.
- Yüksel, N. (1994). *Ruhsal belirtiler*. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi,.