

Obsesif Kompulsif Bozukluğun Metakognitif Modeli

Metacognitive Model of Obsessive Compulsive Disorder

Ömer Şenormancı, Ramazan Konkan, Oya Gönüllü Güçlü,
Mehmet Zihni Sungur

ÖZET

Çeşitli araştırmacılar tarafından bilişsel modeldeki şema yaklaşımının kavramsal sınırlılıklarını vurgulanarak dış olayların ve bedensel duyuların anlamlarının değerlendirilmesinin ötesinde düşüncelerin kişisel anlamlarının değerlendirilmesinin önemini gündeme getirilmiş ve duygusal bozuklukların işleme modeli geliştirilmiştir. Bu yaklaşıma göre, psikopatolojinin oluşumu ile sürmesinde kişinin sahip olduğu düşüncelerden çok böyle düşünüyor olmanın anlamlarına yönelik değerlendirmeler daha önemlidir. Obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modelinde üç tip metakognitif inanç yapıdır. Bunlar; düşünce-eylem kaynaşmaları (düşünce-eylem, düşünce-olay, düşünce-nesne), ritüelleri gerçekleştirme ihtiyacına dair ve ritüelleri sonlandırılması için durma uyarısına dair metakognitif inançlardır. Modele göre, obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde başarılı olmak için doğrudan metakognitif inançlardaki değişikliğin hedeflenmesi tedavi başarısını arttıracaktır. Bu makalede duygusal bozukluklarda metakognisyon kavramı, obsesif kompulsif bozukluğun metakognitif modeli, bu modelin bozukluğun kavramsallaştırılmasına ve tedavisine getirdiği yenilikler tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Metakognisyon, obsesif kompulsif bozukluk, kognitif davranışçı terapi

ABSTRACT

Several authors have suggested that not only appraisal of significance of external events and signals from the body, but also appraisal of the personal significance of thoughts are important, and emphasized the conceptual limitations of the schema approach in cognitive model and developed the integrative information processing model of emotional disorders. According to this approach, the assessment of the meaning of thought, rather than thought itself is

more important in the development and maintenance of the psychopathology. In the metacognitive model of obsessive compulsive disorder, three types of metacognitive beliefs are emphasized. These are; thought-action fusion (thought-action, thought-event, thought-object), metacognitive beliefs on performing the rituals and metacognitive beliefs on the warning to stop to terminate the rituals. According to the model, targeting directly to change in metacognitive beliefs will increase success in therapy. In this article, the concept of metacognition in emotional disorders, the metacognitive model of obsessive compulsive disorder and the advances that the model introduced in conceptualization and treatment of obsessive compulsive disorder have been discussed.

Keywords: Metacognition, obsessive-compulsive disorder, cognitive behavioral therapy

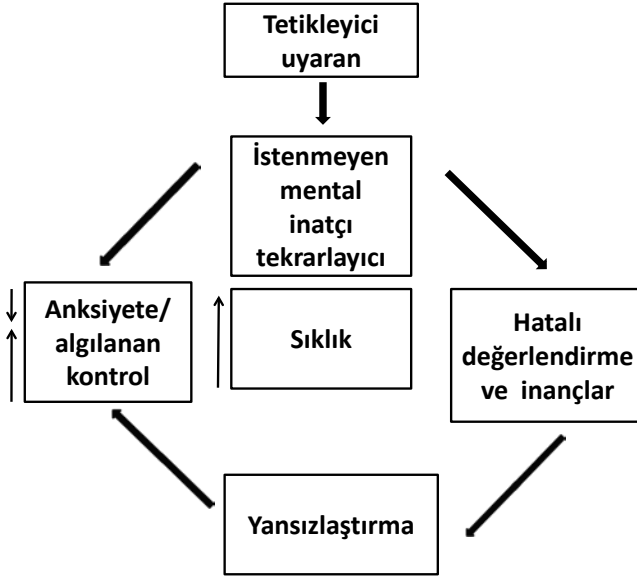
Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), tedavisindeki tüm gelişmelere rağmen tedavisi zor, kronikleşmeye meyilli bir anksiyete bozukluğudur. Alıştırma ve tepkiyi engelleme ile OKB tedavisinde elde edilen etkili sonuçlar OKB'nin tedavisine olan ilgiyi arttırmıştır. Alıştırma ve tepkiyi engelleme ile elde edilen olumlu sonuçlara rağmen, bu yaklaşımın OKB tedavisindeki belirli kısıtlılıkları nedeniyle modern tedavi yaklaşımlarında davranışçı terapiye bilişsel bileşenin eklenmesi gündeme gelmiştir. Obsesif kompulsif bozuklukta altı inanç alanının önemli olabileceği hakkında ortak görüş bildirmiş ve geleneksel bilişsel davranışçı yaklaşımda bu alanları hedefleyen tedavi yöntemleri geliştirilmiştir.[1]

Duygusal bozukluklarda metakognisyon kavramında ise psikopatoloji, kişinin içsel deneyimine olumsuz duyguyu sürdürecektir ve olumsuz inançları güçlendirebilecek bir biçimde yanıt vermesini sağlayan metakognisyonların sonucudur.[1] OKB'nin metakognitif modeline göre; OKB tedavisinde başarılı olmak için doğrudan metakognitif inançlardaki değişikliğin hedeflenmesi tedavi başarısını arttıracaktır.[2] Bu makalede duygusal bozukluklarda metakognisyon kavramı, OKB'nin metakognitif modeli, bu modelin OKB kavramsallaştırılmasına ve tedavisine getirdiği yenilikler tartışılmıştır.

OKB'nin Davranışçı Modeli

Mowrer'in korkunun oluşumunu açıklayan 'iki basamaklı öğrenme kuramı' OKB'nin oluşumu ve devamını açıklamak için kullanılmıştır. Bu kurama göre klasik koşullanmayla öğrenilen korku, edimsel koşullanmayla artarak pekişir. Öğrenme ilkelerine göre obsesyonlar koşullanmış uyarınlardır ve anksiyete

oluştururlar. Oluşan anksiyete kaçma, kaçınma, tekrarlama gibi stratejiler kullanılarak azaltılır. Kişinin anksiyetesini azaltmak için kullandığı bu stratejiler yaşam alanlarını daraltır, işlevselliğini bozar. Böylece kırılması zor kısır bir döngü oluşur. Bu döngünün kırılmasına yönelik girişimler davranışçı terapi yaklaşımı olarak alıştırmaya ve tepkiyi engelleme girişimlerinin gelişmesine neden olmuştur.[3,4]

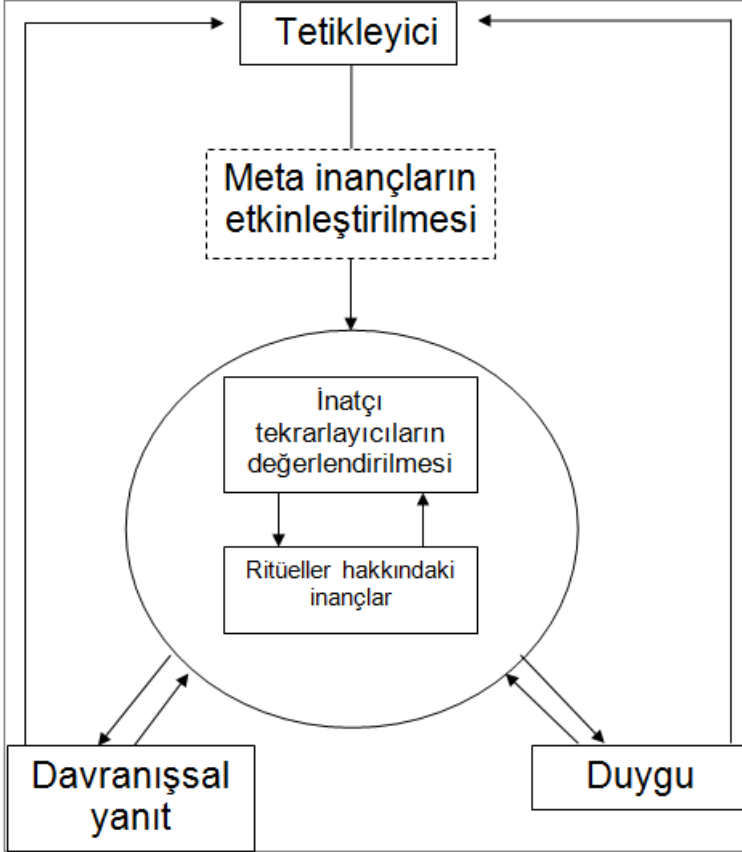


Şekil 1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Kognitif Davranışçı Modeli [15]

OKB'nin Kognitif Modeli

Alıştırma ve tepkiyi engelleme özellikle yıkama ve daha az oranda kontrol etme ritüellerinde yararlıdır. Tedaviyi tamamlayan hastaların %70-80'inde semptomlarda düzelmeye görülmüştür. Hastaların yaklaşık %20-30'unun tedaviyi reddettiler ya da bıraktıkları (drop out) görülmüştür. Kısa dönem tedavi başarısı %63, uzun dönem tedavi başarısı %55 oranında saptanmıştır.[5] Clark, OKB'nin davranışçı terapisinde tedavi reddinin yüksek oranda olması, sadece alıştırmaya ve tepkiyi engellemenin kullanımının saf obsesyon, örtülü kompulsiyonlar, istifleme gibi bazı kompulsiyon alt tiplerinin varlığında etkisinin az olması, tedaviye direnç, tedavi uyumsuzluğu, tedavi motivasyonunun

az olması, hatalı kognisyonlar ve inançların ön plana çıkması gibi nedenlerle, OKB’de kognitif bileşenin davranışçı terapiye eklenmesinin gerektiğini belirtmiştir.[6]



Şekil. 2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Metakognitif Modeli [32]

İnatçı tekrarlayıcı düşüncelerin yalnızca OKB’de olmadığı, toplum örnekleminin %90’ından fazlasında bulunduğu bildirilmiştir.[7,8] Salkovskis, obsesyonların normal inatçı tekrarlayıcı düşüncelerle başladığını, normal inatçı tekrarlayıcı düşüncelerle obsesyonlar arasındaki farklılığın onların oluşumu ve kontrol edilebilirliği olmadığını öne sürmüştür. OKB’nin abartılmış sorumluluk modeli’ne göre inatçı tekrarlayıcı düşünce/imge ya da dürtüler duygusal olarak yansızdır, yani kişide herhangi bir olumsuz duygusal yanıtı neden ol-

maz. Modele göre; inatçı tekrarlayıcı düşünce/imege ya da dürtü ancak kişinin oluşturabileceği olası zarardan kendisini sorumlu tutacak şekilde değerlendirilirse artmış anksiyete ve huzursuzluğa neden olur. Bunun sonucunda da kişi algıladığı sorumluluğu azaltmaya yönelik yansızlaştırma yanıtına başvurur. Yansızlaştırma çabaları ritüeller, kaçınma davranışları, ruminasyonlar, kompulsiyonlar, sorumluluğu paylaşırma çabaları gibi çok çeşitli olabilir.[9-11]

Düşünce-eylem kaynaşması ilk kez Rachman tarafından tanımlanmıştır. Rachman, “anlamın yanlış yorumlanması” modelinde inatçı tekrarlayıcı düşünce/imege ya da dürtülerin felaketleştirici ve hatalı yorumlanarak OKB'nin gelişimi ve sürmesine neden olduğunu öne sürmüştür.[12-14] Salkovskis ve Rachman'ın kuramlarındaki ortak nokta; obsesyonların patogenezi ve sürmesinde kognitif hataların taşıdığı önemdir (Şekil.1).[15]

OKB'de altı inanç alanının önemli olabileceği hakkında ortak görüş bildirilmiştir. Bunlar: abartılmış sorumluluk, düşüncelerin kontrol edilebilirliğine ilişkin inanç, düşüncelere önem verme (düşünce-eylem kaynaşması), abartılı tehdit algısı, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlüktür.[16]

Duygusal Bozukluklarda Metakognisyon Kavramı

Metakognisyon kavramını ilk Flavell tanımlamıştır. Gelişim psikolojisine ait bir kavram olan metakognisyon, kişinin kendi kognitif süreçleri hakkındaki kognisyonları olarak tanımlanır. Metakognisyon temel olarak düşünce süreçlerini, inançlar hakkında değerlendirmeleri, duyguların düzenlenmesini etkiler. Metakognisyon düzeyinde kognitif farkındalık vardır ve bu farkındalık terapi-de kullanılabilir.[17,18]

Metakognitif yaklaşıma göre duygusal bozuklukların kognitif teorileri sadece kognisyonun sınırlı öğelerini göz önüne almaya eğilimindedirler ve kognitif davranışçı terapinin kaynağı bu zayıf kognitif modellerdir. Wells ve Matthews, Beck'in geliştirdiği kognitif modeldeki çekirdek inançlar yaklaşımının kavramsal sınırlılıkları olduğunu ve bu sınırlılıkların üstesinden gelmek için duygusal bozuklukların eşlik ettiği işlevsiz işlemlerin “Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler (Self-Regulatory Executive Function, S-REF)” modelini geliştirmişlerdir.[19] S-REF modeli birbiriyle etkileşim halinde üç düzeyli bir kognitif yapılanmasına dayanır. Bu üç kognitif düzey;

1. Refleksif ve otomatik süreçler: Burada bilincin işlemlemeye katılımı çok azdır.

2. Çevrimiçi işleme: Eylemlerin ve değerlendirmelerin uygulamaya konulmasından sorumludur.
3. Bilgi ve özgül inanışların depolanması

Kendini düzenleyici yürütücü işlevler sadece dış olayların ve bedensel duyumların anlamlarının değerlendirmesi aynı zamanda düşüncelerin o kişiler için anlamlarını da ele alır.[1,19] Kişinin tehdide ve meydan okumalara cevap olarak öz düzenlemeye (self-regulation) gitmesi ve uyguladığı düşünme stratejileri duygusal sıkıntıyı uzatabilir ya da daha geçici duygusal tepkilere neden olabilir. Kişinin baş etme stratejileri yetersiz kaldığında duygusal yanıtlar inatçı hale gelir ve psikolojik bozukluk gelişir. Bu temel olarak duyguları sürdüren uzayan ve yoğunlaşan düşüncelerin sonucu olarak ortaya çıkar. Kognitif dikkat odaklanması sendromu (cognitive attentional syndrome, CAS) denen belirli bir düşünme kalıbı psikolojik bozukluklardaki olumsuz düşüncelerin devam etmesinde nedensel bir faktör olarak tanımlanmıştır. S-REF modelindeki kognitif dikkat odaklanması sendromunda düşüncelere, duygulara ve tehditlere sürekli ve esnek olmayan yanıtların verilmesi sıkıntının uzaması ve yoğunlaşmasından sorumludur.[20] Kognitif dikkat odaklanması sendromunun OKB'deki görünüşü düşünce ya da şüphelere cevap olarak endişe, ruminasyon ve analitik düşünme olarak görünür. Tehlikenin izlenmesi, belirli istenmeyen düşüncelerin veya duyguların ya da çevrenin olası tehdit edici yönlerinin (ör. olası kontamine ediciler) izlenmesinden oluşur. OKB'de kognitif dikkat odaklanması sendromunu oluşturan işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri; düşünce baskılanması, açık ya da örtülü yansızlaştırma ve ritüellerdir. Sonuçta düşünce zihinde geçip gitmesine izin verilebilen basit bir fikir olarak görülmez, düşünceye verilen önem artar, tehdit abartılı algılanır.[21]

Metakognisyonların izleminin sağlanması ve nesnel ölçümü için Cartwright-Hatton ve Wells, Metakognisyon Ölçeğini geliştirmişlerdir.[22] Ölçek 'olumlu inançlar', 'kognitif güven', 'kontrol edilemezlik ve tehlike', 'kognitif farkındalık', 'kontrol ihtiyacı' şeklinde beş boyuttan oluşmaktadır. Kişinin kendi düşüncelerini izlemesi ve düşünce sürecine odaklanmasına dair olan kognitif farkındalık boyutunun OKB popülasyonunda diğer anksiyete bozukluklarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve hem klinik hem de normal popülasyon üzerinde kognitif farkındalığın OKB gelişimi ve sürdürülmesinde önemli rol oynadığı saptanmıştır.[22] Kognitif farkındalıktaki kişinin kognitif işleyişleri üzerine düşüncelerinin yoğunlaşması, inatçı tekrarlayıcı düşüncelerin olumsuz değerlendirilmesine yol açar. Kişinin düşünce hakkında inançlarına verdiği aşırı değeri besler ve OKB gelişimi olasılığını

arttırabilecek normal inatçı tekrarlayıcıların anormal obsesyonlara dönüşmesine neden olur.[22-26]

OKB'nin Metakognitif Modeli

Wells ve Matthews, düşüncelerin gücü ve anlamı hakkındaki inançlar ve ritüeller hakkındaki inançlarla ilgili iki metakognitif inanç alanına odaklanan, obsesif kompulsif belirtilerin metakognitif modelini geliştirmiştir. OKB'nin metakognitif modelinin birinci alanında kaynaşma inançları yer alır. Üç tip kaynaşma inancı tanımlanmıştır. Düşünce eylem kaynaşması, bir düşüncenin kişiyi bir eyleme itebileceği ya da bir düşüncenin o eylemi yapmayla eşdeğer olduğuna dair inançlardır. Düşünce olay kaynaşması, bir düşünceye sahip olmanın bir olaya neden olabileceği ya da bir düşünceye sahip olmanın anlamının onun gerçekleşmiş bir olay olduğuna dair inançlardır. Düşünce nesne kaynaşması ise düşünce hakkındaki inançlar ya da duyguların nesneye transfer edilebilmesidir. Bu inançlar inatçı tekrarlayıcılar tarafından harekete geçirilir ve inatçı tekrarlayıcıların tehlikeli ve önemli olarak değerlendirilmesine neden olur.[1,27]

Modelin ikinci alanında ise ritüelleri gerçekleştirmeye ilgili inançlar alır. Ritüelleri gerçekleştirmeye ilgili inançlar başa çıkma davranışlarına rehberlik eder. Bu inançların iki bileşeni vardır. Birincisi, 'ritüellerimi gerçekleştirmeliyim aksi halde asla rahatlayamayacağım' gibi ritüelleri gerçekleştirme ile ilgili olan bildirimsel inançlardır (declarative beliefs). İkincisi, eylemi izleme ve kontrol etme amacına yönelik plan ya da programlardır. Bu planlar artık durmalıyım kararının alınmasına götüren durma sinyali (stop signal) tarafından belirlenir (Şekil.2).[1,27]

OKB'nin metakognitif modeli OKB'yi inatçı tekrarlayıcılar, ritüeller ve durma sinyalleri hakkındaki inançlar çerçevesinde kavramsallaştırırken, OKB ile ilişkili olduğu ileri sürülen diğer inanç alanlarını metakognisyonların bir ürünü olarak görür. Örneğin abartılmış sorumluluk inatçı tekrarlayıcıları düşüncelerin önemi/anlamı hakkındaki metakognisyon inançları tarafından tetiklenen ruminatif düşünce zincirinin bir parçası olabilir. Başka bir örnek ise, bir tür algısal mükemmeliyetçilik olan tam olarak doğru olduğunu hissedememe (not-just right experiences, diğer bir deyişle ritüellerin tam olarak doğru yapıldığı hissedilene kadar devam etme) durma sinyalleri ya da ritüeller hakkında inançlar gibi inançların diğer kategorilerinin de belirleyicisi olabilir. Çeşitli araştırmalarda da OKB ile ilişkili olduğu düşünülen diğer inanç alanları (mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük, abartılmış sorumluluk

gibi) kontrol edildiğinde bile metakognitif inançların OKB belirtilerinin öngörücüsü olmaya devam ettiği bildirilmiştir.[28-31]

OKB'nin metakognitif modelinde tetikleyici; tetikleyicinin anlamıyla ilgili inançları harekete geçirir.[32] Tehlikeler hakkındaki inançlar, düşünce-eylem kaynaşması, düşünce-olay kaynaşması ve olumsuz duyguların sonuçları hakkındaki inançlar bu seviyeye ilişkili inançlardır. Bu inançlar inatçı tekrarlayıcıların değerlendirilmesini etkiler. İnatçı tekrarlayıcıların değerlendirilmesi üzerine daha uzak bir etki de kişinin ritüeller ve davranışsal yanıtlarıyla ilişkili inançlarından kaynaklanır. Bu inançlar “kötü bir düşünceyi düşünmeden yıkarsam kötü şeyler gerçekleşmeyecektir”; “ritüellerimi yapmazsam rahatsızlığım asla sonlanmayacak” gibi olumlu inançlar ve “ritüellerim kontrol edilemez bir haldedir”; “zihinsel ritüellerim vücuduma zarar verebilir” gibi olumsuz inançlardır. Tehlike hakkındaki inançlar ve gerçekleştirilebilir yanıtların avantajları davranışların gerçekleştirilmesini, seçilmesini ve kısa vadeli duygusal tepkinin yoğunluğunu etkiler. Bununla birlikte, iki geri bildirim döngüsü çalışır (Şekil.2).[32]

Anksiyete ve inatçı tekrarlayıcıların değerlendirilmesinden kaynaklanan diğer olumsuz duygusal tepkiler, olumsuz yorumlamalara neden olabilir. Örneğin, anksiyete belirtisi kontrol kaybı işareti ya da inatçı tekrarlayıcılarla ilişkili diğer tehlikelerin işareti olarak yanlış yorumlanabilir.[32] Duygusal yanıtlar yeni inatçı tekrarlayıcıların olasılığını artırır (tetikleyiciye doğru geri bildirim döngüsüyle). Duygusal cevaplar obsesyonel uyarıların algılanma eşiğini düşürüyor gibi görünmektedir. Daha da ötesi öznel duygusal durum başlı başına tetikleyici gibi davranabilir. Örneğin bazı kişiler olumsuz duygularla etkileneceğini ya da bir ritüel uygulanmadıkça duyguların sürekli olacağına inanırlar.[32]

OKB'de davranışsal yanıtlar OKB hastalarının sorunlarının Şekil.2'de gösterilen geri bildirim döngüsüyle beslenmesine yol açar. Davranışsal yanıtlar, inatçı tekrarlayıcıların işlevsiz değerlendirme sonucu oluşan inançların yanlış olduğunun gösterilmesini engeller. İnatçı tekrarlayıcılardan oluşan felaketeleştirilmiş olaylar ya da eylemlerin oluşmaması ritüellere atfedilir.[32] İnatçı tekrarlayıcılar hakkındaki değerlendirmelerin geçersiz olduğu gerçeğine atfedilmez. Tetikleyicilere doğru olan geri bildirim döngüsü davranışsal yanıtların inatçı tekrarlayıcıları nasıl alevlendirdiğini açıklar. Burada üç ana mekanizma vardır. Birincisi, düşünceleri baskılama girişimleri istenmeyen düşüncelerin artmasına neden olabilir. İkincisi, inatçı tekrarlayıcılar hakkında ruminasyon ya da mental yansızlaştırma girişimleri inatçı tekrarlayıcıları daha olası yaparak mental olaylarla meşguliyeti sürdürebilir. Üçüncüsü, geniş bir uyarın/eylem

dizisi inatçı tekrarlayıcıları tetikleyeceği gibi, tekrarlayan kontrol etme ya da temizleme gibi aktivitelerle bir dizi uyaran ve inatçı tekrarlayıcı arasında çağrışım kurabilir. Kontrol etme, ritüeller, düzenleme, tekrarlama, yıkama/temizleme, düşünce baskılama, ruminasyon, sayma, dikkat dağıtma, odaklanma, zihin kontrol etme gibi çeşitli örtülü ve açık davranışsal yanıtlar tanımlanabilir.[32]

OKB'nin Metakognitif Terapisiyle İlgili Deneysel Çalışmalar

Fischer ve Wells inatçı tekrarlayıcılar hakkındaki metakognitif inançların azalmasının azalan anksiyete ve kompulsiyonla sonuçlanacağını ve bu azalmanın alışma rasyoneline eşlik eden alıştırma ve tepkiyi engelleme daha fazla olacağı hipotezini test etti.[33,34] Sekiz hastanın dahil olduğu çapraz geçişli çalışmada, obsesyon ve kompulsiyonlar hakkındaki işlevsel olmayan metakognitif inançları düzenlemek için obsesyonel uyaranlara uygulanan kısa alıştırma ve tepki engelleme (brief exposure and response prevention experiments, ERP-E)' ile alışma rasyoneline dayanan kısa alıştırma tepki engelleme deneylerini karşılaştırdılar. Çalışmada metakognisyon model temelli kısa (5 dk.) alıştırma ve tepkiyi engelleme, alışma rasyoneline dayanan kısa alıştırma tepki engellemeye göre anksiyete/sıkıntı, metakognitif inançlar ve yansızlaştırma dürtüsünde belirgin olarak daha fazla azalmayla sonuçlanmıştır. Bu çalışmada yazarlar OKB'de başarılı bir tedavi için doğrudan metakognitif inanç değişikliğinin hedeflenmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir.[2]

Simons ve arkadaşları OKB'li 10 çocuk ve ergende alıştırma ve tepkiyi engelleme ve kognitif davranışçı terapi ile kombine edilmiş metakognitif terapinin karşılaştırıldığı bir çalışma yapmışlardır.[339 Hastalar haftalık, 20 oturum kadar süren terapi gruplarına randomize olarak alınmıştır. Tedavi öncesi, tedavi sonrası, 3. ayda ve 2. yılda yapılan izlemde, tedavi sonrası klinik ve istatistiksel olarak belirgin gelişmenin olduğu ve bunun 3. ayda ve 2. yılda korunduğu saptanmıştır.[33]

Fisher ve Wells metakognitif terapinin OKB üzerindeki etkinliğini 4 hastada araştırmışlardır.[34] Dört hastanın 3'üne 12 oturum, diğerine 14 oturum, oturum süresinin bir saatten az olduğu haftalık terapiler uygulanmıştır. Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) üzerinde standardize edilen iyileşme ölçütleri (kesme puanı=14 ve güvenilirlik değişme göstergesi=10) ile tedavi öncesi, tedavi sonrası, 3. ve 6. aylarda yapılan değerlendirmede tüm hastalar tedavi sonrası ve 3 aylık izlemde iyileşmiştir. Altı aylık takipte ulaşılabilen 3 hastanın 2'sinde iyilik halini sürmeye devam etmiş, diğer hasta

ise istatistiksel olarak anlamlı iyileşme göstermiştir. Standardize edilen semptomsuzluk ölçütleriyle (Y-BOKÖ<7) değerlendirildiğinde ise 4 hastanın 2'si tedavi sonrası ve 3 aylık izlemede semptomsuzken, 6 aylık izlemede hiçbir hasta bu durumunu sürdürememiştir. Yazarlar çalışmanın sonucunda metakognitif terapinin OKB'li kişiler için uygulanması kolay, kısa alıştırma egzersizlerine sahip, zaman açısından verimli ve etkin terapi seçeneği olabileceğini belirtmişlerdir.[34]

Rees ve Koesveld, OKB'nin metakognisyon modelinden uyarlanan OKB için kişisel ve grup metakognitif terapi el kitabını temel alarak çeşitli türlerde obsesyon ve kompulsyonları olan 8 hasta üzerinde terapi çalışması gerçekleştirmiştir.[35] Terapi uygulaması 12 hafta boyunca 2 saat süren oturumlar ve takip eden 3. ayda bir oturum olarak sürmüştür. Çalışmanın hemen ardından 8 hastanın 3'ünün kullanılan iyileşme ölçütleri (Y-BOKÖ=14) üzerinden iyileşmeyi, 3 aylık izlemede ise 8 hastanın 7'sinin iyileşmeyi karşıladığı saptanmıştır. Bu çalışmada OKB'nin grup metakognitif terapisi için umut verici sonuçlar elde edilmiştir.[35]

Solem ve arkadaşları 83 OKB hastası üzerinde alıştırma ve tepki engellemesi sonucu oluşan kognitif ve metakognitif değişiklikleri araştırmayı ve bu değişikliklerden hangisinin belirti iyileşmesi ile en iyi korele olduğunu saptamayı amaçlamıştır.[36] Çalışmada mükemmeliyetçilik ve abartılmış sorumluluk ve metakognisyonların tedavi sürecinde önemli derecede azaldığı bulunmuştur. İleri analizler metakognisyonun iki boyutu olan düşünceleri kontrol etme ihtiyacı hakkındaki inançlar ve endişelenmekle ilgili pozitif inançların bağımsız olarak tedavi sonrası belirti ciddiyetinin öngörücüsü olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar tedaviye cevap metakognisyonlardaki değişimlerle birlikte fikrine uymaktadır. Alıştırma ve tepki engellemenin metakognisyonları değiştirmek için tasarlanmadığı düşünüldüğünde tedavinin özgül olarak metakognisyonları değiştirmeye odaklanmasının daha etkili ve hızlı olabileceği, hatta alışma yerine metakognitif değişkenler iyileşmeyi geliştiren mekanizma ise uzatılmış alıştırmanın gerekemeyebileceği belirtilmiştir.[36]

Moritz ve arkadaşları, internet üzerinden ulaşılan 86 OKB hastası üzerinde kendi geliştirdikleri metakognitif terapi el kitabının etkililiğini araştırmışlardır.[37] Hasta grubunu, bekleme grubuyla karşılaştırdıkları çalışmalarında, 4. haftadaki değerlendirmede, e-posta yoluyla el kitabı gönderilen grubun özellikle obsesyon puanları olmak üzere Y-BOKÖ toplam puanlarında belirgin olarak daha fazla gelişme gösterdiği saptanmıştır.[37]

OKB'nin Metakognitif Terapisi

Metakognitif terapeide iki temel metakognisyon değişim olan, kişinin düşünceleriyle nasıl ilişki kurduğu, düşüncelerini nasıl deneyimlediği ve düşünceleriyle ilgili nelere inandığına odaklanılır. OKB'nin metakognitif terapisinde başarılı tedavi sonuçları elde etmek için haftalık olarak 45-60 dakika süren ortalama 12 oturum yeterlidir.[21,34] OKB'nin metakognitif terapisinin geleneksel kognitif davranışçı terapiden bazı farklılıkları vardır (Tablo.1).

OKB'nin metakognitif terapisti 7 aşamadan oluşur. Birinci aşama olan olgu formülasyonunda belirli bir sıra izlenir. İlk olarak son zamanlardaki obsesyonel düşünce, dürtü veya yansızlaştırmanın oluşumu sorulur (tetikleyiciyi çıkarma). Bunu tetikleyiciye eşlik eden duygular hakkında soruların sorulması (duyguyu çıkarma), hastanın inatçı tekrarlayıcılar hakkındaki değerlendirmeleri ve inatçı tekrarlayıcılar hakkındaki metakognitif inançlarının (kaynaşma inançları) sorulması izler. Olgu formülasyonunda terapist son olarak hastanın inatçı tekrarlayıcılara olan cevaplarının, açık ya da örtülü yansızlaştırmalarının niteliği hakkında ve bu yanıtlarla ilgilenme ihtiyacı ile ilgili inançları hakkında sorular sorar (ritüeller ve durdurma sinyalleri hakkındaki inançlar).

Sonraki adım olan sosyalizasyonda terapist hastaya sorunun aslında obsesyonel düşünce/şüphe/duygunun yerine bunlara verilen yanıtlar ve hasta için anlamları olduğunu açıklar ve bunu göstermeye yönelik olarak bazı davranış deneyleri yapılır. Daha sonra tedavi rasyoneli sunulur. Bazı obsesyonlar utanmaya neden olur ve açığa çıkarılması tehdit edici olarak algılanır. Bu durumun önüne geçebilmek için terapist obsesyonların içeriğini normalize eder.[21]

OKB'de metakognisyonların düzenlenmesindeki ilk aşama mesafe koyma aracılığıyla sağlanan farkındalık (detached mindfulness) eğitimidir. Mesafe koyma aracılığıyla sağlanan farkındalıkta hastanın inatçı tekrarlayıcı düşünceleriyle mücadele etmesi yerine, inatçı tekrarlayıcıları kabul etmeyi, yalnızca gözlemci olmayı sağlayacak alternatif ve daha işlevsel yollar planlanır. İşlemlenin metakognitif modu güçlendirilir.[21]

Mesafe koyma aracılığıyla sağlanan farkındalığın dört bileşeni vardır. Birincisi farkındalık (awareness)'tir. Farkındalık duygu ve düşüncenin nesnel olarak farkında olma durumudur. Kişiden düşünceye yanıt olarak herhangi bir kavramsal ya da başa çıkma amaçlı işlemde ya da etkinlikte bulunulmaması istenir. İkincisi mesafe koyma aracılığıyla sağlanan farkındalıktır. Mesafe koyma aracılığıyla sağlanan farkındalığa ulaşmak için obsesyonların sadece

zihinsel bir olay olduğu, hastanın önemli bir parçası olmadığını göstermeye yönelik uygulamalar yapılır. Üçüncüsü alıştırma ve yanıtı yönlendirme (exposure and response commission, ERC), yani hastalar ritüellerini gerçekleştirirler ama burada ritüeller tehlikeyi azaltmak ya da düşünceden kurtulmak yerine ritüellerle birlikte obsesyonel düşüncelerin farkındalığını sürdürmek amacıyla gerçekleştirilir. Bu uygulama kişinin düşünceyle mesafe koymasını kolaylaştırır. Dördüncüsü ise metakognitif olarak uygulanan alıştırma ve ritüel engellemedir (metacognitively delivered exposure and ritual prevention). Geleneksel kognitif davranışçı terapi yaklaşımlarından farklı olarak hastaların abartılı tehdit algısı altında yatan kognitif dikkat odaklanması sendromunu azaltmak ve kaynaşma inançlarının sorgulanması için geleneksel alıştırma ve tepki engellemeden daha kısa süren egzersizlerdir. Tekrarlayan uygulamalar sonucu kişi obsesyon oluşturan döngünün yerine mesafe koyma aracılığıyla sağlanan farkındalık becerisini öğrenir.[21]

Tablo. 1. OKB’de metakognitif terapinin kognitif davranışçı terapiden farkları [34]

Metakognitif terapi obsesif kompulsif bozukluğu özgül bir metakognitif modelle açıklar ve obsesif kompulsif bozukluğun tüm alt tiplerine uygulanabilir.

Metakognitif terapi obsesyon ve kompulsiyonlar hakkındaki metakognitif inançlara odaklanır. Abartılmış sorumluluk, belirsizliğe tahammülsüzlük ya da mükemmeliyetçilik gibi diğer inanç alanları üzerinde düzenleme yapmaz.

Metakognitif terapi alışma stratejilerinden yararlanmaz ya da oturum içinde uygulanan uzatılmış alıştırma gereksinim duymaz.

Metakognitif terapinin obsesif kompulsif bozukluktaki ana amacı kişinin obsesyonel uyararı işlememesi ve izleyen davranışları yönlendirilmesi için işlevsel bir plan geliştirmesini sağlamaktır.

Mesafe koyma aracılığıyla sağlanan farkındalık yoluyla obsesyonel düşüncelerini başarılı bir şekilde deneyimledikten sonraki aşama inatçı tekrarlayıcılar hakkında metakognitif (kaynaşma) inançların düzenlenmesidir.[21] Bu aşamada ilk olarak kaynaşma inançlarına yönelik olarak tersine kanıtların araştırılması, kaynaşma etkilerinin altında yatan mekanizmaların sorulması gibi standart soru sorma tekniklerini içeren sözlü olarak yeniden atıflandırma, bunun ardından da kaynaşma inançlarının sorgulanmasına yönelik davranışsal deneyler uygulanır. Ritüeller ve durdurma sinyalleri hakkındaki inançların düzenlenmesinde terapist ve hasta, hastanın kendi ölçütleri doğrultusunda uyguladığı planlar yerine inatçı tekrarlayıcıların/şüphelerin işlememesi, dikkat stratejileri ve davranışlar için yeni planlar oluşturur.[21]

Son olarak işleme için yeni planların pekiştirilmesi aşamasına geçilir ve son iki oturum süren nüks önleme oturumlarıyla terapi sonlandırılır.[21]

Sonuç

OKB'nin kognitif davranışçı terapi uygulamaları deneysel olarak geliştirilmiş modellere bağlıdır. OKB'nin metakognitif model temelli terapisi zaman olarak daha kısa sürmesi ve OKB'nin tüm alt gruplarına uygulanabilmesi gibi avantajlara sahip olabilir. Bazı hasta grupları geleneksel tedavilere cevap veremeyebilir veya bazı hasta gruplarında hastanın yaşadığı süreçleri kabul etmek, sıkıntılarını daha iyi anlamaya çalışmak gerekebilir.

Metakognitif terapi bu hasta gruplarına ulaşmak için kapıyı açmaya yardımcı olsa da, sınırlı sayıdaki çalışma bu metakognitif terapinin geleneksel kognitif davranışçı terapiden daha üstün olduğu anlamına gelmez. Bununla birlikte geleneksel kognitif davranışçı terapi ve metakognitif terapi iki ayrı terapi yöntemi olmasına karşın, metakognitif terapi kognitif davranışçı terapiler ailesine dahil edilebilir. OKB hastaları üzerindeki klinik gözlemlerimize göre; bazı OKB hastalarının (örneğin saf obsesyonu, zihinsel yansızlaştırmaları olan) tedavisinde başarılı olmak için terapi ismini koymasak da metakognitif müdahaleler yapmak gerekebilmektedir. Hatta yapılandırılmış geleneksel kognitif davranışçı terapi eğitimi almış terapistler tarafından hastayla farkında olmadan metakognisyonları üzerinden terapi yapılıyor olabileceğini düşünmekteyiz. Metakognitif terapinin bir dezavantajı, tedavi rasyonelinin anlaşılmasının ve metakognitif seviyede çalışmanın zorluğu olabilir. Bu zorluk geleneksel kognitif davranışçı terapidde olduğu gibi terapidde adımsal ilerleyerek ve ortak dil oluşturarak çözülebilir.

Kaynaklar

1. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: a clinical perspective. Hove, UK: Lawrence Erlbaum, 1994.
2. 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.
3. Sungur MZ. OKB'nin Anlaşılması ve Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar. In Anksiyete Bozukluklarında Son Gelişmeler (Ed N Dilbaz). Ankara, Pozitif Matbaacılık, 2006.
4. Salzman L, Thaler FH. Obsessive compulsive disorders: a review of the literature. Am J Psychiatry 1981; 138:286-296.
5. Stanley MA, Turner SM. Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. Behav Ther 1995; 26:163-186.
6. Clark D. Cognitive behavioral treatment of obsessive compulsive disorders: a commentary. Cogn Behav Pract 1999; 6:408-415.
7. Rachman SJ, De Silva P. Abnormal and normal obsessions. Behav Res Ther 1978; 16:233-238.

8. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behav Res Ther* 1984; 22:549-552.
9. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23:571-583.
10. Salkovskis EM, Westbrook D. Behaviour therapy and obsessional rumination: can failure be turned into success? *Behav Res Ther* 1989; 27:149-160.
11. Salkovskis EM. Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessional problems. In *Current Controversies in The Anxiety Disorders* (Ed R Rapee):103-133. New York. Guilford Press, 1996.
12. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther* 1993; 31:149-154.
13. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997; 35:793-802.
14. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behav Res Ther* 1998; 36:385-401.
15. Clark DA. *Cognitive-Behavioral Therapy For OCD*. New York, The Guilford Press, 2004.
16. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1997; 35:667-681.
17. Flavell JH. Metacognitive aspects of problem solving. In *The Nature of Intelligence* (Ed LB Resnick): 231-236. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1976.
18. Brown AL. Metacognitive development and reading. *Theoretical Issues in Reading Comprehension: Perspectives From Cognitive Psychology, Linguistics, Artificial Intelligence, and Education* (Eds RJ Spiro, BC Bruce, WF Brewer). Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1980.
19. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther* 1996; 34:881-888.
20. Fisher P, Wells A. *Metacognitive Therapy: Distinctive Features*. New York, Routledge, 2009.
21. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, The Guilford Press, 2009.
22. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord* 1997; 11:279-296.
23. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2003; 17:181-195.
24. Cohen RJ, Calamari JE. Thought-focused attention and obsessive-compulsive symptoms: an evaluation of cognitive self-consciousness in a nonclinical sample. *Cognit Ther Res* 2004; 28:457-471.
25. De Bruin GO, Muris P, Rassin E. Are there specific meta-cognitions associated with vulnerability to symptoms of worry and obsessional thoughts? *Pers Individ Dif* 2007; 42:689-699.
26. Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Res* 2009; 169:240-243.

27. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *J Anxiety Disord* 2009; 23:436-442.
28. Gwilliam PDH, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does metacognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms. A test of the metacognitive model. *Clin Psychol Psychother* 2004; 11:137-144.
29. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *J Anxiety Disord* 2005; 19:806-817.
30. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord* 2008; 22:475-484.
31. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals and stop signals. *J Anxiety Disord* 2009; 23:436-442.
32. Wells A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester, UK, Wiley, 1997.
33. Simons M, Schneider S, Herpertz-Dahlmann B. Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychother Psychosom* 2006; 75:257-264.
34. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39:117-132.
35. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39:451-458.
36. Solem S, Håland AT, Vogel PA, Hansen B, Wells A. Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behav Res Ther* 2009; 47:301-307.
37. Moritz S, Jelinek L, Hauschildt M, Naber D. How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2010; 12:209-220.

Ömer Şenormancı, Uzm.Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; **Ramazan Konkan**, Uzm.Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; **Oya Gönüllü Güçlü**, Uzm.Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; **Mehmet Zihni Sungur**, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Yazışma Adresi/Correspondence: Ömer Şenormancı, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Turkey. E-mail: senorman_7@hotmail.com

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

The authors reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol4/no3/

Çevrimiçi yayım / Published online 07 Haziran/June 07, 2012; doi:10.5455/cap.20120420
