

Dini Obsesyon ve Kompulsiyonların Psikoterapisinde Kuramlar, İmkanlar, Sınırlılıklar*

Taha Burak TOPRAK**

Özet

OKB'nin bir alt türü olan dini obsesyon ve kompulsiyonların psikoterapisinde, dini tercih ve bağlılıkların durumun merkezinde olması hassas dengeleri sakınmayı, süreci hastanın kişisel sınırlarına girmeden dikkatle sürdürmenin önemini belirginleştirmektedir. Terapist, bir yandan elindeki etyolojik açıklamaları ve bunun gerektirdiği müdahaleleri uygulamak konusunda üzerine düşenleri yapmaya çalışmakta bir yandan da danışanın inanç özgünlüğünü zedeleyici her hangi bir anlayış ve müdahaleden kaçınmaya çalışmaktadır. Obsesyonların psikolojik etyolojisi ve psikoterapisi kuramsal yaklaşımlara göre farklılık göstermektedir. Bu yazıda alanda açıklama ve etkililikleri en çok tartışılan temel kuramlar Psikanalitik Psikoterapi, Davranışçı Psikoterapi, Bilişsel Davranışçı Psikoterapi akımlarının, dini obsesyon ve kompulsiyonlara dair etyolojik açıklamaları, temel müdahaleleri teorik bilgi ve bir vaka örneği eşliğinde sunulmuş, mevcut kuramların, bu alandaki katkıları ve sınırlılıkları tartışılarak, teori ve uygulamada yeni imkanlara dair bilgi ve öneri verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çağdaş Psikoterapiler, Dini Obsesyon ve Kompulsiyonlar, Sınırlılıklar

The Treatment of Scrupulosity: Between Theories, Opportunities and Limits

Abstract

In the psychotherapy scrupulosity that is a subtype of OCD, concentrate on religious preferences and devotions, emphasize the importance of careful attending to the process without breaking the patient's personal boundaries. The therapist tries to do what he has to do in order to apply the etiological explanations in his hand and the interventions it requires, while at the same time trying to avoid the patient's belief originality from any damaging understanding and intervention. Psychological etiology and psychotherapy of obsessions differ according to theoretical approaches. With in the framework in this article Psychoanalytic Psychotherapy, Behavioral Psychotherapy, Cognitive Behavioral Psychotherapy currents have been presented with their etiological explanations of religious obsessions and compulsions and their basic interventions in the context of theoretical knowledge and a case study. Also contribution and limits of current theories have been discussed and there have been suggestions on innovative possibilities in theory and practice.

Keywords: Modern Psychotherapies, Scrupulosity, Limits

* Çalışmanın bir bölümü, I.Ulusal Bütüncül Psikoterapi Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

** MA, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, tahaburaktoprak@gmail.com

Giriş

Obsesif- Kompulsif Bozukluk (OKB), zihinde istem-dışı olarak beliren ve kişide rahatsızlık ve sıkıntı uyandıran obsesyonlar ile bu obsesyonların ortaya çıkardığı kaygıyı azaltmak için istemli olarak belirli ritüeller şeklinde sergilenen zihinsel ya da davranışsal tepkiler olan kompulsiyonların eşlik ettiği kaygı bozukluğudur (Karancı, Gençöz, Yorulmaz ve İnözü, 2012). OKB'nin dini/ahlaki içerikli türü İngilizce literatürde “Scrupulosity” kavramı ile karşılanır (Nelson, 2006). “Scrupulosity” Latince küçük sert taş anlamına gelen “scrupulum” kelimesinden türemiştir. Kelimenin Latincedeki bir diğer karşılığı 1,3 grama denk gelen küçük bir ağırlık birimidir. Bundan dolayı bu kelimeden türetilen “scrupulous” en küçük ayrıntıları bile kaçırmayacak biçimde aşırı vicdanlı ve titiz kimse anlamına gelmektedir. Sözlüklerde “scruple” kelimesi davranışı engelleyen etik bir itiraz, “scrupulosity” ise aşırı vicdanlılık olarak tanımlanmaktadır. (Bkz. Ciarrocchi, Joseph W., The Doubting Disease, Paulist Press, Mahwah, USA, 1995, s.5.; Akt Yağcı, 2006). Kültürümüzde ise “scrupulosity”nin, ilk akla gelecek olan “vesvese” kavramı ile ikame edilmeye çalışması doğru olmayacaktır. Çünkü İslam kültüründe “vesvese” tabiri, sadece dini içerikli girici düşünce ve aşırı eylemler için değil tüm girici düşünce türleri için kullanılır (Beşiroğlu, Karaca ve Keskin, 2014). Bu nedenle yazımız boyunca “scrupulosity”, “dini OKB” tabiri ile karşılanacaktır.

Dini OKB, obsesif dini şüpheler, kutsal değerlere karşı hakaret içerikli düşünce ve imajlar, kompulsif biçimde yapılan “dini” ritüeller, onay arayıcı davranış ve kaçınmaları içerir (Abromovitz ve Jacoby, 2014). Obsesyon türleri, günaha girmiş olup olmamakla ilgili şüphe, farkında olmadan ahlaksızca davranış içinde olmak, dürtülerinin kontrolden çıkıp günaha gireceği endişesi, iman ve Tanrı'ya bağlılıkla ilgili şüpheler, ibadetlerin kabul olmayacağına dair endişe, cehenneme gitme korkusu, kutsal değerlere karşı hakaret içeren düşünce ya da imajlarken, kompulsiyonlar daha çok aşırı düzeyde ibadet, dua, tövbe, zikir, temizlik; bu davranışları “mükemmel” olduğuna ikna olana kadar tekrar etme, dini sorumlulukları tam yapıp yapmadığından emin olmak ya da günahkar olup olmadığını ya da cehenneme gidip gitmeyeceğini netleştirmek için onay arayıcı davranış olarak sorma teyit ettirme; kendini cezalandırıcı davranışlarda bulunma, ateizm vs. gibi dine zarar verebileceğini düşündüğü konulardan, çağrıştıran kişi ve mekanlardan kaçınma zihinsel olarak Tanrı ile anlaşma yapmadır (Abromovitz ve Jacoby, 2014; Pollard, 2010).

Bu noktada Türkiye’deki hasta nüfusunun dini OKB özelinde semptom nitelik ve niceliklerini araştıran çalışmalar çok sınırlıdır. Yine de eldeki çalışmalar semptom türlerine dair şu örnekleri ifade etmektedir; Obsesyonlar: Allah’a c.c ilgili cinsellik, şiddet, hakaret içeren düşünce ve imajlar. Peygamber (a.s) ya da önemli bir dini figür ile ilgili cinsellik, şiddet, hakaret içeren düşünce ve imajlar. Temel itikadi konulara dair şüpheler. “Allah var mı; yok mu?” “Ahiret var mı? Sorgu-hesap var mı? Allah adilse neden dünya böyle?” sorgulaması. Ya günah işlediysen, ya farkında olmadan günaha girdiysem. Abdestin, gusül abdestinin, taharetin yanlış ya da eksik alındığını düşünme. Üzerinin kirli olduğunu düşünerek ibadetin kabul olmayacağını düşünme. İç çamaşırının temizliği ile ilgili şüphe duyup abdestinin ve namazının olmayacağını düşünme (istibranın tam olmaması). Herhangi bir ibadet esnasında akla, hayale ve kalbe kötü düşünceler gelmesi, ahlaksız kelimeler gelmesi, erotik ve pornografik görüntüler gelmesi, küfür etme düşüncesi gelmesi, namazı kabul olmamış gibi düşünmek, yapılan ibadetlerin eksik kaldığının düşünülmesi. Kompulsiyonlar: aşırı ve uygunsuz şekilde tövbe etme kompulsiyonu, kişilerin yanlış bir şey yaptıklarını düşünerek ya da yanlış bir şey yapmasalar dahi yapmış olduklarına inanarak sürekli tövbe etmelerini içermektedir. Kişinin obsesyonlarına ilişkin kaygısını azaltmak için kabul olunmadığını düşünerek tekrar tekrar dua etmesi. Yapılan herhangi bir ibadetin kabul olmadığını düşünerek o ibadeti tekrar yerine getirmek (örneğin tekrar oruç tutmak, namaz kılmak vb). Eksik ya da yanlış kıldığını düşünerek namazı tekrarlamak, rekatları tekrarlamak, eksik ya da yanlış okuduğunu düşünerek namaz surelerini tekrar tekrar okumak, namazın olup olmadığına karar veremediği için namaz sonunda defalarca “sehiv secdesi” yapmak. Dini olarak güvendiği figürlerden sürekli, “imanlı olduğuna”, “günahkar olmadığına” dair onay olmak. Dini obsesyona karşı dini olmayan davranışlarda bulunma: şarkı söyleme, dini olarak doğru olduğu düşünülen nesnelere karşı olumlu davranışlarda bulunma, yanlış olduğunu düşündüklerine zihninde ya da davranışlar olarak olumsuz davranışlarda bulunma. Kaçınma davranışları: Namaz kılmayı bırakmak. Genel olarak tüm ibadet pratiklerinden uzaklaşmak. Dini vaaz, sohbet, ibadet edilen yerlerden uzak durmak. Ateizm, deizm, evrim vs. gibi konuların bulunduğu ortamlardan kaçınmak. Cinsellik ve şiddet üzerine konuşmaktan kaçınmak (Amil, 2013; Toprak, 2016; Toprak ve Emul, 2016). Epidemiyolojik verilere baktığımızda öncelikle, psikolojik sorunları ya da psikiyatrik hastalıkları tanıma yeteneğindeki zayıflık ve OKB belirtilerinin kendine özgü doğasından kaynaklanan utanma, suçlanma korkusu ve eğer düşüncelerini anlatırsa, gerçekleşeceğine dair yoğun endişeler nedeniyle elimizdeki oranların gerçeğin altında kaldığı

düşünülebilir (Aydın ve Beşiroğlu, 2012). Yine de farklı ülkelerde yapılan, kültürler üzerinde araştırmalarda klinik OKB popülasyonda dini obsesyon sıklığı şu şekilde saptanmıştır: ABD %10-27-26, İngiltere %5, İsrail %50, Bahreyn % 40, Mısır %60, Suudi Arabistan %50, Hindistan %11, Singapur %7', Türkiye %11(Batı Bölgeler), %34 (Doğu Bölgeler), %42 (Ankara)'dir (akt.Tek ve Uluğ, 2001). Bununla birlikte dünya çapındaki araştırmalara baktığımızda, Greenberg ve Huppert (2010) çalışmalarında OKB hastalarında dini semptom görülme yoğunluğu sıklığını İngilterede 2%; Amerika'da 18%; Hindistan'da 12%, Japonya'da 11%; Türkiye'de 27%; Ordoğuda 52% İsrail'de 62% olarak bulmuşlardır (akt.Beşiroğlu ve ark, 2012). Türkiye özelinde ise Tek ve Uluğ'un (2001), Türkiye müslüman örnekleme üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların %42'sinde dini obsesyonlara rastlanmıştır. Yazarlar, her dinin kendine özgü ritüelistik özellikleri olduğunu, kirlenmeye karşı temizlenme ritüellerinin İslami pratiklerde önemli bir yerinin aldığını, bu nedenle OKB olan hastaların kirlilik ve temizlenme obsesyonları ve tekrar kompülsiyonları İslami ritüeller çerçevesinde bir ifade ortamı bulunduğunu belirtmekte ve dindarlıkla OKB'nin klinik özellikleri arasında bir ilişki bulunmadığı, bu noktada dinin, OKB'de sebep olucu bir etken olmaktan ziyade bozukluğun kendisini gösterdiği bir alan olduğu ifade etmektedirler (Tek ve Uluğ, 2001). Türkiye örneğinde şehirlerde yapılan farklı çalışmalardan çıkan sonuç, dini obsesyon yaygınlığı açısından incelendiğinde Ankara %42, İzmir%11, Manisa%32, İstanbul%17, Adana%33, Samsun%32, Elazığ%26, Konya-Van%32 bulunmuştur (akt.Yağcı, 2006).

Etiyolojik açıklamalar incelendiğinde, dindarlığın dini OKB'nin nedeni olduğunu ifade eden hiç bir bilimsel bulgu yoktur (Purdon ve Clark, 2013). Dini OKB ile ilgili yapılan çalışmaların, hastalığın belirsizliğe tahamüllsüzlük ile ilişkisini göstermiştir(Fergus ve Rowat,2015). Dindarlık ancak obsesif düşünce ve endişelerin türünü belirlemede etkili olabilir (Witzig, 2017). Bu bağlamda araştırma bulguları dini OKB ile dini olmayan OKB'de etyolojik açıdan ve tedavi müdahalelerine dair ciddi farklar tanımlamamaktadır (Godman, 2017; Purdon ve Clark, 2013). İnceleyeceğimiz tüm terapi ekollerinde etyolojik açıklama; yani obsesyon ve kompülsiyonların oluşma nedenine dair teoriler diğer OKB türleri ile aynıken, dini tür söz konusu olduğunda müdahalede değişiklikler oluşmaktadır (Purdon ve Clark, 2013; Witzig, 2017). Bununla birlikte dini OKB'nin psikoterapisinde kendine özgü belli başlı zorluklar tanımlanmıştır: Normal dini düşünce ve davranışlarla, dini obsesyon ve kompülsiyonlar nasıl ayrılacaktır? En büyük korkuları

günaha girmek olan bu insanların, maruz bırakma tedavileri nasıl adapte edilecektir? Bu tedavi sürecinde ne kadar ileri gitmek mümkün olacak, bir din görevlisi sürece nasıl ve ne zaman dahil edilecektir? (Huppert ve Siev, 2010).

Yöntem

T Bey olarak isimlendirilen bir dini OKB vakası, psikanalitik, davranışçı ve bilişsel davranışçı psikoteraplere göre ele alınmıştır. Vakanın, etiyolojik açıklaması, tedavi sürecindeki müdahaleler ve karşılaşılabilecek sınırlılıklar her üç ekole göre de incelenmiştir.

Dini OKB’de Psikoterapi Ekolleri -Etiyoloji -Müdahale- Sınırlılıklar

Vaka

T Bey, 38yaşında, üniversite mezunu, ortalama gelirlili bir işte çalışıyor. 10 yıllık evli. Eşi 35 yaşında bir din görevlisi. 3 çocukları var. Herhangi bir fiziksel hastalığı, kaza ya da ameliyat öyküsü yok. Alkol, uyuşturucu ve sigara kullanmıyor. Ailede bir psikiyatrik hastalık aktarmıyor ancak babayı tarifinden narsistik özellikli OKKB olabileceği düşünülüyor. Annesi ev hanımı 58 yaşında, son derece şefkatli, oğluna kıyamayan, duygusal biri. Babası 70 yaşında emekli polis memuru, otoriter, soğuk ve sert biri. T Bey iki kardeşin büyüğü. Erkek kardeşi 35 yaşında bekar, çalışıyor. T Bey, kendini bildi bileli, hassas, sakin, sessiz, merhametli, saygılı ve oldukça dindardır. Ayrıca, ailesinin de bağlı bulunduğu bir tarikata bağlıdır. Ergenliğinin sonunda ilk kez bir masturbasyon sonrası başlayan çok günahkar olduğunu düşünme, aşırı gusül, abdest ve namaz tekrarları başlayan, Üniversite döneminde “Allah yoktur” düşünceleri ve “imansız olduğu hisleri” eklenen ve evlendiğinden beri artarak ilerleyen son dönem katlanılmayacak şekilde gelen dini içerikli obsesyon ve kompulsyonları vardır. Ailesi “hep çok hassas olduğunu, eskiden toplumsal hayata karışmakta yetersiz kalacağından korktuklarını” ifade ediyor. Eşi “şefkatli biri ama bir aşırılık var” diyor. Eşinin “normal bir erkek gibi kararlı, otoriter olmamasından” yakınıyor. T bey’in başvuru yakınmaları: Zihnine “Allah’a c.c. ve Peygamber’e (sav) hakaret içeren düşünceler, “Allah yoktur”, “Ahiret yoktur” gibi şüpheler gelmektedir. Bundan sonra “imansız hissetmekte”, bunlara karşı içinden sürekli “tövbe etme”, “hayır ben imanlı biriyim” diyerek tekrar etme, zihninde “imanlı olduğunu teyid eden hayal oluşturma”, manevi liderine, eşine, annesine ve diğer yakınlarına imanlı olup olmadığını sorup teyit ettirme kompulsyonları vardır.

Kaçınma davranışı olarak, zaman zaman, namazları ve rutin sohbetlerini aksatmaktadır. Saatlerce süren, taharet ve gusül, defalarca abdest uzuvlarını yıkama kompulsiyonları mevcuttur.

Psikanalitik Psikoterapi

Freud, önce obsesyonların ruhsal kaynağını ortaya koyar. Ardından da o zamana kadar zihinsel dejenerasyondan psikasteniyeye çeşitli patolojilerle ilişkilendirilmiş olan belirli bir belirti kümesinin (takıntılı düşünce ve eylemler, patolojik şüphe, vb), kökenini iç ruhsal çatışmalara bağlayarak kendi dönemin psikiyatri geleneğinden ayrılır ve bu sendroma obsesif nevroz adını verir (Quinodoz, 2016). Freud'a göre obsesyonel nevrozu özgün bir bozukluk haline getiren temel unsurlar; ambivalansın merkezi rolü, ödipal çatışma sonucu anal döneme gerileme ve anal-sadistik kontrol kaygısı görülmesi; yer değiştirme, yalıtma, yapma-bozma gibi bu bozukluğa özgü savunma mekanizmaları ve ego ile sadistik süperegö arasında sadomazoşistik ilişkidir (Esman, 1989). Obsesyonel nevroz da histeriyeye benzer şekilde ödipal arzular sonucunda ortaya çıkar. Kişi, ödipal dönemin çatışmaları ile baş edemediği, anksiyetesinin arttığı ve daha önceki bir psikoseksüel gelişim dönemine -anal sadistik döneme- gerilediği kabul edilir. Bu gerileme neticesinde libidonun genital organizasyonu terk edilir; sadizm ve anal erotizm yani bileşen dürtüler genital cinsel dürtünün yerini alırlar. Anal sadistik evrede libidinal dürtü nesnesine karşı hem sevgi hem de nefreti birlikte taşıdığı ambivalansı ortaya çıkarır. Anal sadistik dürtüler birey için rahatsızlık verici olduğundan ve bunlara gerilemekle ödipal çatışmaların tam olarak üstesinden gelinemez ve hasta bu dürtülere karşı sürekli bir savaş vermek zorunda kalır. Bu bağlamda sadistik eğilimler veya bunlara karşı savunmalar ile anal erotik dürtüler veya bunlara karşı savunmalar bu hastalığın değişmez bulgularıdır. Böylece kişi anal erotik ve saldırgan dürtülerini yalıtma, karşıt tepki oluşturma ve yapma bozma savunma düzeneklerinin yardımı ile bilinçdışında tutmaya çalışır (Quinodoz, 2016; Topçuoğlu, 2013). Karşıt tepki oluşturma savunmasında çatışan iki duygudan biri diğerini baskı altında tutmak için yoğun bir çaba harcar. Böyle bir durumda birbiriyle çelişkili olan sevgi ve nefret duygularından biri diğerini ortadan kaldırmayı güç yetirememiş sadece onu bilinçdışına itebilmiştir. Bu durumda bilinçte yoğun bir sevgi gözlemlenirken bilinçdışında nefret yaşamaya devam eder. Yalıtma ise istenilmeyen bir içerikteki travmatik yaşantının duygusal içeriğinden soyutlanarak varlığını devam ettirmesidir. Bilinçdışı fantaziler, ambivalansın bir yakasında bulunan istenilmeyen duygular, yalıtma yoluyla

soyutlanır. Böylece düşünce duygudan ayrılır, çağrışım bağlantıları baskılanır veya kesintiye uğratılır; düşünce bilinçte zayıflamış, etkinliğini kaybetmiş, olağan düşünce süreci sonucu oluşmamış gibi kalır. Böylece bazı düşünceler zihinde temas edilmez, adeta dokunulmayan hale getirilir. Bu renksiz ve önemsiz bellek içeriği artık hastanın zihinsel işleyişinde önemli rol oynamaz. Bir anlamda, yalıtma ile zihindeki bazı düşüncelere sanki "dokunulmamaya" çalışılmaktadır. Bir diğer tipik savunma mekanizması olan yapma-bozma (undoing), Freud'a göre, egonun dürtüyle mücadelesi sırasında bastırmanın işlevini yerine getirmekte güçlük çekmesi üzerine, yerine geçerek semptomu oluşturur. Obsesyonel nevrozda bu mekanizmayla bir eylem diğeri ile iptal edildiği, böylece hiç eylem yapılmamış gibi olan; ama aslında iki eyleminde yapıldığı iki evreli semptomla karşılaşılır. Burada ikinci evrede amaç birinci evreyi nötralize etmektir. Tabii ki hasta eylemin bu amaçlarını farketmez ve bilinç düzeyinde bunu rasyonalize eder. Fakat gerçek anlam, eşit düzeyde birbirine zıt olan sevgi ve nefret dürtüleri arasındaki çatışmayı ifade eder. Yapma-bozmada temel amaç bir eylemin iptal edilmesi ve farklı bir niyetle tekrarlanmasıdır. Böylece, dürtüsel olarak yapılmış olanın yerine şimdi süperegonun yaptırdığı geçirilir (Gürdal, 2000; Topçuğu, 2003). Freud sonrası ilk dönem katkılarda, Anna Freud nesne ilişkilerindeki başarısızlık ile anal özelliklerin artışı arasında bir ilişki olduğu gibi varsayımlar öne sürerken (Freud,1966, akt. Topçuğlu, 2003). Klein, obsesyonları içsel iyi nesnenin tahribi arzusuna karşı kullanılan savunmalar olarak görür. Çocuk sevdiği nesneyi tahrip ettiğinden korkmakta ve onu geri dönüşümsüz, onarımı mümkün olmayan şekilde tahrip etmemek için kontrol etmektedir. Klein'a göre obsesif semptomatoloji bir tamir gayretidir (Klein, 1940, akt.Topçuğlu, 2003). Klein sonrası katkılarda ise Salzman (1985), utanç, yetersizlik, itibarı yitirme, güçsüzlük gibi duyguların ortaya çıkmasını engelleme çabasına vurgu yapmakta, Mallinger (1984) obsesif hastaların zihninde sürekli bir kontrol gereksiniminin mevcudiyeti ve bu çabanın yetersiz kaldığı düşüncesiyle artan anksiyetenin hastalık semptomlarını oluşturduğunu ifade etmektedir (akt. Eiman, 1989). Leib ise özellikle omnipotans, aşırı koruyucu, despot anne tasarımının içselleştirilmesine vurgu yapmıştır (Leib, 2001).

Psikanalitik bakış açısıyla açıkladığımızda; Aslında T Bey için Tanrı, babanın yer değiştirmeye uğramış sembolüdür. Temel çatışması ödipal olan hasta, babasını ortadan kaldırıp annesine kavuşmak istemekte ve bu nedenle de babası tarafından cezalandırılacağı endişesi taşımaktadır. Bu anksiyeteyi hali hazırdaki savunmaları ile yönetmekte zorlanan hasta anal döneme regrese

olur ve babasına karşı sevgi – nefret ambivalansı ile karşı karşıya gelir. Karşıt tepki kurma savunması babasına karşı bu kabul edilemez duyguyu ortadan kaldırmak için nefreti bastırmak için sevgiyi yoğunlaştırır. Böylece babasına karşı aşırı saygılı, nazik ve sevecen gözükten bir duygu ve davranış paterni gözlenir. Yüzeğe yaklaşan nefret duygusu bu kez yalıtma yoluyla bağlamından çıkarılır ve bir çağrışım zincirinden bağımsız bir düşünce-imge olarak zihinde kalır. Böylece T Bey'in Allah (c.c) ve Peygamber (a.s)'a karşı hakaret içeren obsesif düşünceleri, kaynakları bilinmeyen bir şekilde zihinde dolaşmaya başlar. Aslında bunlar babaya ve dolayısıyla Allah (c.c)'ya ve Peygamber (a.s)'a karşı hissedilen nefretin sonuçlarıdır. T Bey bu “düşünsel eylemi” nötröle etmek için yapma-bozma kullanır, nefrete işaret ettiğini sezdiği bu düşünsel içeriğe karşı suçluluk duygusundan kurtulmak için, sevgiye işaret eden, bağışlama amacıyla kompulsif bir biçimde tövbe etmeye, içinden ben imanlıyım demeye, zihinde imanlı olduğunu hayal etmeye ya da birilerine sormaya başlar. Defalarca alınan abdest, gusül ve taharetteki yıkamalar da yapma-bozma savunmasındaki bozma kısmı olarak daha önce gerçekleştiği varsayılan kirlenmenin yıkama ile bozulmasıdır. Bu bağlamda bunlar, ruhsal bir kirlenme düşüncesinin beden ile yer değiştirerek bir çeşit kendini arınma ritüelinin kompulsif ifadesi ya da yoğun suçluluk duyguları sonucu kendine dönmüş agresif dürtülerin kendi cezalandırma girişimleri olarak düşünülebilir.

Tedavisinde ise klasik psikanalitik yöntemler kullanılacak, T Bey'in serbest çağrışımla, sansürlemeden aklına ne gelirse söylemesi istenecek, bu süreçte psikişik yapısı analiz ve formüle edilecek; psikoterapi seansları sırasında, terapist ile ilişkisi de aktarım yorumlarının konusu olacak, bu aktarımla hayatındaki temel figürlerle kurduğu ilişki arasındaki bağlar yorumlanacaktır. T Bey'den bu psikişik işleyişine dair içgörü kazanması beklenenecek, içgörü yeterince derinleştğinde değişim umulacaktır. Eğer “farkındalık” sürecinde bir aksama, kuramın hipotezlerinden bir farklılaşma olursa “dirence” sebep olan noktalar araştırılarak, T Bey'in “dirence”lerinin analizi ile bunları yenmesi terapinin hedefi olacaktır.

Tüm bu açıklama zenginliği psikanalitik ekolün etiyolojideki kuvvetini ortaya koymaktadır. Ancak klasik bir psikanalitik müdahale olan yorum, dini OKB hastaları için yeterli midir? Çalışmalar sadece klasik psikanalitik yöntemlerin yeterli olmadığı (Esman, 2001), ancak davranışçı müdahale sürece eklendiğinde sonuç alındığını ortaya koymaktadır (Leib, 2001). Burada daha önemli bir nokta ise asıl dini OKB söz konusu olduğunda gerçekleşmektedir.

Freud'un din ile ilgili üç temel makalesi "Totem ve Tabu"da (1913) "Bir Yanılsamanın Geleceği"(1927) ve "Hz.Musa ve Tektanrıcılık"(1939) onun gittikçe daha açık ifade ettiği ölçüde; dini inanış, nevrotik bir yanılsama, gerçekleri kabullenecek kadar olgun olamayan insanın çocukluk dönemlerine nevrotik bir takılışıdır. Freud, kompulsif belirtileri, dini ritüellerden ayırmak için gerekli nüansları ortaya koymak yerine, benzerliğin yüzeysel düzeyin ötesinde olduğunu ifade eder; her ikisi de, simgesel düzeyde, bilinçdışı suçluluk duygusuna karşı koruyucu bir seramoniye karşılık geliyor olabilirler (Freud, 1907). Açıktır ki onun için Tanrı sadece materyalist zeminde tecrübe ettiği babanın bir sembolü olarak, omnipotans ihtiyacının bir projeksiyonu olarak vardır (Freud, 1927). Yani gerçekten var olmak değil insanın kendi içyapısı ve dış dünyanın tehlikelerine karşı aciz kalmasının bir sonucu olarak zihin kurguladığı bir gerçekliğe sahip olması söz konusudur (Fromm, 1950). Kısmen ılımlı denemeler olsa da, bazı istisnai kişisel örnekler dışında psikanalitik gelenek ateizm konusunda Freud'un mirasına bağlılıkta tavizsiz bir kararlılık gösterir (Qinodoz, 2016).

Tüm bunlar, özellikle dini OKB söz konusu olduğunda çok tipik sınırlılıklar açığa çıkaracaktır. Öncelikle bu düşüncelerin her aklına gelişi ile yoğun suçluluk ve kaygılar yaşayan T Bey'in, serbest çağrışım ile aklına her geleni söylemesini beklemek ne kadar gerçekçidir? T Bey, yüksek ihtimalle ateist olduğunu, kendisinin dini inancını çocuksu bir savunma olarak algıladığını düşündüğü terapisti ile nasıl sağlıklı bir aktarım ilişkisi kuracaktır?! Bu bağlam, psikanalizin aktarım ve karşı aktarım sürecinde başından itibaren yaşabileceği zorluklara ortaya koyması bakımından önemlidir. Üstelik psikanalitik yorum, bir çok yerde, hastanın kendisine ait olmasından kaçındığı obsesif içeriğin tam da korktuğu dürtüye işaret ettiği bilgisini vererek, suçluluk duygusunun artması ya da ahlaki prensipten vazgeçmesi ikilemine sebep olma riskleri taşımaktadır. T Bey'e, bunların obsesyonların aslında Allah (c.c)' ya, Peygamber (a.s)'a karşı gerçek hislerinin bir parçası olduğu bilgisi önerildiğinde, semptomlarını tetikleyen suçluluk duygusu ve bağlı kompulsiyonlar artmayacak mıdır? Bu bağlamda, psikanaliz yeri geldiğinde açık, yeri geldiğinde de örtük olarak hastadan hastanın dünya görüşünde derin değişiklikler yapmayı önermekte, iyileşmeyi bu değişikliğe bağlamaktadır. Terapiyi dünya görüşünü kökten değiştirmek için değil mevcut sorunlarından kurtulmak için tercih eden biri için "direnç", "tedavi uyumsuzluğu" gibi durumlara gelmek ya da doğru bir ifadeyle kendi değerler sistemini korumak kaçınılmazdır. T Bey, iyileşmesinin inancındaki bir revizyona bağlandığını anladığı anda tekrar

inancı ile ilişkisine geri dönecektir. Ya da biraz daha dini OKB için revize edilmeyi kabullenmiş bir psikanalitik ortamda, Tanrı'nın varlığının kabul edildiği bir bağlamda düşünürsek bile, tedaviye dışarıdan katkı ve işbirliğine açık olmayan klasik bir psikanalist Tanrı imgesinin aşırı, katı, cezalandırıcı vs. olduğuna hangi teolojik bilgi ve yetki ile karar verecektir. T Bey'in Tanrı imgesini değiştirme görevini edinen terapist, bir manevi lideri olan bu kişiyle, hangi yetkiyle Tanrı'nın özelliklerinin yeniden öğretimine soyunacaktır? Burada, açık ki T Bey kendi manevi lideri dışında kimsenin Tanrı imgesinde bir değişiklik yapmasına müsaade etmeyecek ve tedavisi ilerlemeyecektir.

Davranışçı Psikoterapi

OKB'nin davranışçı tedavisi 1970'lerden beri uygulanmakta, "ERP: exposure and response prevention" (maruz bırakma ve tepki önleme) ismiyle, obsesyon ve kompulsiyonlara dair klasik öğrenme teorisi üzerine kurulmuştur (Clark, 1999). Davranışçı modele göre, özünde korkutucu olmayan ve herkesin aklına gelebilecek düşünceler (örneğin, mikrop kapma, hastalanma gibi), koşullanma yoluyla bireyde anksiyete gibi duygularla bağlantılanmakta ve rahatsız edici özellikler (bu düşüncelerden korkma) kazanmaktadır. Bundan sonra bu tür düşüncelerin akla gelmesi artık bireyde anksiyete oluşturacak ve birey anksiyetenin şiddetinden korunmak için kaçma veya kaçınma davranışları (düşünceyi akla getirmemeye çalışmak, eğer düşünce kontrol edilemiyorsa kirli olduğunu düşündüğü yer/kişilerden uzak durmak, kirli yerlere dokunmamak, mikrop aldığını düşünüyorsa yakınlarına dokunmamak gibi) geliştirecektir. Burada kaçma ve kaçınma davranışları anksiyeteyi azaltarak, bir tür pekiştirici gibi rol oynamaktadır. Hasta kaçma/kaçınma davranışları yanı sıra bir dizi tekrarlayıcı (kompulsif) davranışlar geliştirerek de (sık sık el yıkamalar, banyo yapmalar, çamaşır yıkamalar gibi) anksiyetesini azaltmaya çalışacak; bu tür kompulsif davranışlar da anksiyeteyi azalttığı için pekiştirici gibi rol oynayarak, aynı davranışların artmasına yol açacaktır. Hasta anksiyete ile başa çıkmakta yalnızca kaçma/kaçınma/tekrarlama gibi stratejiler kullandığından, anksiyete arttıkça (obsesif düşüncenin sıklığı, yoğunluğu ve bu düşünceye inanç) bu stratejileri daha da çok kullanılacak ve böylelikle bir kısır döngü içine girilecektir. Bu görüş, alıştırmalar(maruz bırakma) tedavisi (exposure) ve tepki engelleme (response prevention) olarak bilinen, davranışçı tedavi yaklaşımının gelişmesi sonucunu doğurmuştur. Bu yaklaşımda kişi kaygı veren ve kaygı verdiği için kaçınma dav-

ranışlarını oluşturan düşüncelerle (obsesyon) karşılaştırılmakta ve bu karşılaşmanın oluşturduğu anksiyeteyi azaltmak için devreye giren tekrarlayıcı hareketler(kompulsiyonlar) engellenmektedir (tepki engelleme). Amaç, düşüncenin oluşturduğu anksiyeteyi söndürmek ve alışma durumunun ortaya çıkışını sağlamaktır (Sungur, 2006).

T Bey aslında başında bu aklından geçen düşüncelere nötr iken, koşullanma yoluyla (babası ve küçükken gittiği dini kurslardaki hocaların cezalandırıcı davranışları (vurma, haz veren(oyun, şeker vs.) uğraştan uzaklaştırma gibi) bu düşüncelerden korkmaya koşullanmıştır. Bu nedenle bu düşünceler her aklına geldiğinde anksiyetesi çok artmakta bunu dindirmek için de kompulsiyonlara, kaçınma davranışlarına, zihinsel nötrleştirmelere başvurmaktadır. Bu ve yanı sıra yine anksiyeteyi azaltmak için başvurduğu, normalin üzerinde süre ve sayıyla yapılan abdest, gusül, tahalet anksiyeteyi azaltmakta kısa süreli fayda sağladıkları için, pekiştirecek görevi görmekte, bu nedenle davranışlar (kaçınma, kompulsiyon, nötralizasyon) artmaktadır. Tedavi sürecinde ise T Bey'den, Allah (c.c.) ve Peygamber (a.s)'a dair zihninden geçen hakaretlere karşı, o an ne ile uğraşıyorsa ona devam etmesi, namazda ise namazda kalması istenecektir. Bu örneğin namaz için önce günde 1 vakit namaz sonra 3-4 gün ara ile artırılarak 5 vakte tamamlanacaktır. Abdest alırken örneğin 20dk olan süre önce 15 sonra 10 sonra 5 sonra da 3 dakikaya tedricen çekilecek anksiyetsi artsa da sayı ve sürede anlaşılmanın dışına çıkmaması istenecektir. Yine, kaygı düzeyi ne olursa olsun kaçınma, tövbe etme, zihninde bu sayılmaz vs deme gibi kaçınma, kompulsiyon ve nötralizasyonlar yapmadan tedavi protokolüne uyması istenecektir. Hepsi tedricen, önce maruz bırakma ve davranışsal ya da zihinsel tepkiyi engelleme şeklinde olan tedavinin amacı, ERP ile kompulsiyonların durdurulup, obsesyonların şiddetinin azaltılması olacaktır.

ERP'nin yıkama ve kontrol davranışları üzerindeki etkiliği çalışmalarla kanıtlanmışken, (Stanley 1995), bir kaç başka OKB türü ve dini OKB düşük tedavi yanıtı alınmıştır (Clark, 2005). Tam bu noktada danışanın eylemi değiştirmesini sağlayacak ve değişen eylemde kararlılığını pekiştirecek bilişsel veriye olan ihtiyacı devreye girmektedir. Özellikle davranışçı müdahaleye götürecek yeni bilginin doğruluğu ve terapistin güveninin önemli olduğu, dini bir konuda davranış değişikliği tavsiyesini ancak bir din adamından ya da dini bilgilere hakim bir terapistten alma ihtiyacı göze çarpmaktadır. Danışan maruz bırakma sürecinde nasıl, neye göre, ne kadar ile gidecek, günaha girmekten korktuğu için kaçınan ya da kompulsiyon yapan biri, maruz bırakmada nasıl bunların

aksini yapacaktır? Bir terapist T Bey'e "hakaret, cinsel ve agresif imajlara rağmen namazına devam ya da o an yaptığı her hangi bir eyleme devam etmesini" söylediğinde, T Bey, terapistin hangi vasfı ile Allah c.c ve Peygamber (a.s)'a hakaret ettiğini düşündüğü zihninin bunu sürdürmesine müsaade edecektir? Danışan dini davranışlarındaki sayı ve sıklığı, neden ve nasıl dini bilgisi ve görevi olmayan bir terapistin sözü ile değiştirecektir? Hangi sayıda tövbe normaldir, abdest uzunluğu nerede çok, nerede azdır? Kafasındaki hakaretlere rağmen namazda kalması mı dinen daha doğrudur yoksa hiç değilse bu hakaretleri algılamadığı eylemsizlik hali mi? Kaygı ve suçluluk duygusunu dindiren tövbeyi, ne sıklıkta kaygı ve suçluluğu dindirmek için kullanması normaldir? T Bey namazlarına sünnet ibadetler eklemesi gerektiğini iddia ettiğinde terapistin tavrı nasıl olmalıdır? İstibraya dair nasıl bir maruz bırakma planlamak uygundur? T Bey abdest ve gusüllerinin normu nedir? Terapist, iyileşme hedefi olarak, T Bey'in hangi sayı ve sıklıkta ibadet edeceğini neye göre belirleyecektir? Tüm bu durumlardaki katı ve esnek koşulları kim neye göre belirleyecektir? Tüm bu sorular entegrasyondan uzak salt bir davranışçılığın handikaplarına işaret etmektedir. T Bey kendi hastalığını açıklama konusunda sınırlı kalan, en büyük korkusu olan günaha girmekle ilgili yeterli bilgi ve hassasiyetin entegre edilmediği bu terapiye güvenme zorlanacak, davranışçı ödev ve görevlerini yapmaya karşı güvensizlik ve kaygı geliştirdiğinden süreç ilerleyemeyecektir.

Bilişsel Davranış Psikoterapi

Davranışçılığın sınırlı etiyolojik açıklaması hem hastaların hastalığın nedenselliğini anlama ihtiyacını tahminde yetersiz kalmakta, hem de insani deneyimin bir parçası olan bilişsel zihni yok saymaktadır. Bu süreçte bilişsel ekol, OKB'nin oluşmasında ve devam etmesinde inançlar, değerlendirmeler ve yorumların merkezi rolüne dikkat çeker (Türkçapar, 2012). Bu bağlamda Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma grubu da OKB ile ilgili 6 inanç tarzı tanımlar: Abartılmış sorumluluk, düşünceye aşırı önem verme, düşünceyi kontrol etmenin önemine dair aşırı kaygı, tehlikeyi büyük görme, belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmelliyeçilik (Obsesif Compulsive Cognitions Working Group, 1997). Abartılı sorumluluk modelini geliştiren Salkovskis'e göre OKB'li kişiler potansiyel bir zararı önleme ya da sebep olmama konusunda abartılı bir sorumluluk algısına sahiptirler. Herkeste olması evrensel olarak beklenen girici düşünce, imge ve dürtüler kişinin kendisine ya da bir başkasına zarar verebileceğinin kanıtı olarak yorumlandığında

problem başlamış olur (Salkovskis, 1999). Bu bağlamda, Rahmann, normal girici düşüncelerin, kişi tarafından önemli ve tehdit edici yorumlandığında obsesyona dönüştüğü hipotezinde bulunur (Rahmann, 1997). Kişi olumsuz düşünce, imge ve dürtüleri normal bir olay olarak yorumlamalıdır. Kişinin, olumsuz bir olay hakkında düşünmenin onun gerçekleşme olasılığını artırdığı ve/veya “kötü” düşüncelerin ahlaki olarak “kötü” eylemlere eşit olduğu varsayımıyla OKB’ye daha yatkın hale geldiğini ifade ederek, bu yorumlama biçimini “düşünce-eylem” kaynaşması olarak tanımlanır (Rahmann, 1997). Yani, hatalı değerlendirmelerin yol açtığı kaygı bazı davranışlarla veya düşüncelerle nötrleştirilmeye çalışılır ve böylece kompülsiyonlar ortaya çıkar.

T Bey abartılmış sorumluluk, düşünceye aşırı önem verme, düşünceyi kontrol etmenin önemine dair aşırı kaygı, tehlikeyi büyük görme, belirsizliğe tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik inanç tarzlarının özelliklerini taşımaktadır. Aslında T Bey, herkesin evrensel olarak zihninden geçebilecek öfke, şiddet, hakaret içeren girici düşünceleri deneyimlemiştir. Onun hastalığına sebep olan abartılı sorumluluk algısı ve düşünce-eylem kaynaşması bağlamındaki hatalı yorumlamalıdır. Bu hakaretlerin aklından geçmesi ile bunları alenen Allah (c.c)’ ya da Peygamber (a.s)’a hakaret etmekle bir tutmakta, bu yorumlama biçimi nedeniyle kendiyile ilgili düşüncesi “günahkar”, “cezalandırılmayı hak eden bir şeyler yapmış biri”, olduğundan da suçluluk duygusunu ve kaygısını artırmaktadır. Bu düşüncelere son vermek ve bu duyguyu ortadan kaldırmak için kaçınma davranışları (namaz kılmama, sohbetlere gitmeme), kompülsiyonlar (sürekli tövbe etme, kendine ben imanlıyım diye tekrar etme, başkalarına bunlarla ilgili onay arayıcı sorularda bulunma) yapmaktadır. Bu davranışlar ise düşüncelerin şiddetini artırmakta ve bir kısır döngü oluşturmaktadır. Tedavi süresinde ise önce sürecin nasıl işlediğini öğrenecek, kısır döngüyü tanıyacaktır. Ardından örnek ve istatistiklerle bu girici düşüncelerin normalizasyonu sağlanacaktır. Hatalı bilişsel yatkınlıklarını tanıması ve değiştirmesi için bilişsel çarpıtmalar tanıtılacak, bu çarpıtmalar nedeniyle oluşan aşırı duygulardan kaçınma için uyguladığı baş etme stratejilerinin işlevsiz olanlarına dair içgörü kazandırılacaktır. En önemlisi yanlış yorum düşüncelerinin, düşünce-eylem kaynaşmasının yerine, doğru yorumlar, düşünme ve eylemin bir olmadığı, konularak bilişsel yeniden yapılandırma sağlanacak ve hastanın durumuna, hızına göre ERP tedaviye dahil edilecektir. Ayrıca son dönemde, klasik BDT için postmodern diyebileceğimiz bir açılım başlamış, tekniklerine mindfulness gibi meditatif

yöntemler eklenirken(Fairfax,2008), kuramsal yapı da düşüncenin değişiminden kabulüne gibi temel bir önerme değişikliğine gitmiştir (Twohing ve ark, 2015). Bu bağlamda, BDT ve Acceptance and Commitment Therapy (ACT), OKB için özellikle en çok sözü edilen terapiler olmuştur. (Matthes 2015; Ponniah 2013). Bu iki ekol için de “obsessif düşünceler” evrensel insani tecrübesinin bir unsuru olarak normaldir (Matthes 2015; Twohig ve ark 2015). Özellikle ACT’de içerik ve sıklık ne olursa olsun, “detachment”(ayırma) ile bu düşünceleri yorumlamadan sadece geçmelerine izin vermek esastır (Twohig 2015).Bu bağlamda T Bey’den düşünce ile özdeşleşmeden onu sadece izlemesi ve geçmesine izin vermesine dair egzersizler istenecek böylece kendisi ile düşüncesini ayırması beklenecektir.

Tüm bu tekniklerde, özellikle BDT ve ACT için karşımıza birkaç tipik sorun çıkmaktadır. Normların, anlamların, kültüre özgülüğünü kabul ettiğimiz bu dönemde (Beyazyüz ve Göka, 2010). Hangi düşünce, neye göre girici-obsessif düşünce, neye göre gerçekçi bir düşünce olarak kabul edilecek; burada norm ve norm dışı olanı ne belirleyecektir? Bilişsel davranışçı psikoterapi ekolünü, kendisine anlatırken, “düşüncenin” merkezi rolünü, nasıl duyguyu ve davranışı belirlediğini, vurguladığımız T Bey’e, şimdi düşüncesine anlam vermemesini ya da onu sadece izlemeyerek, özdeşleşmemesini söylemek ne kadar tutarlı olacaktır? T Bey sahiden günahkar olduğu anlar ile bunun bir girici-obsessif düşünceden kaynaklandığı anları nasıl birbirinden ayıracaktır? Öte yandan, insana dair evrensel bir süreç olarak kabul edilmesi beklenen “girici düşüncenin” kaynağı nedir? İçerik olarak farklılara sebep olan, bazı insanlarda az bazı insanlarda fazla olmasını sağlayan şey nedir? Tüm bu soruları özellikle dini OKB’nin kendine özgü durumu da eklendiğinde; sürecin Tanrı’nın “kul” üzerindeki iradesi ile bir ilişkisi var mıdır? Allah (c.c) neden onun zihninde bu tür düşünce, imge ve dürtülere müsaade etmektedir? soruları eklenmektedir. Dini OKB alanında, Bilişsel Terapi Ellis’in dini inancı irrasyonelite eş tuttuğu katı indirgemeci eşiği çabuk aştı ve dini değerler etrafında esneyecek şekilde tedaviler oluşturmuştur. Yine de bu tedaviler yukarıda belirtilen nedenleri de tam aşamayarak handikaplı olmaya devam etmektedir. Bu ancak özel entegratif modellerle aşılabilecektir. T Bey girici düşüncelerin “evrensel olarak normal kabul edilmesi gerektiği” ile “dinen kabul edilip edilmemesi gerektiği” arasında bağlantı kurmakta zorlanacaktır. Düşüncelere vereceği önemin, duruma ve şartlara göre sadece terapist tarafından belirlenmesi ona güvensiz hissettirecektir. Dini kurallarla ilişkisinde, neyin zararlı bir mükemmeliyetçilik neyin ise faydalı bir dini arzu

olduğunun net ayrımlarını bulamadığı bu terapiden de zarar göreceği kaygısı ise uzaklaşması muhtemeldir.

Tartışma

T Bey'in dini OKB'si etiyolojik açıklamaları ve tedavi sürecindeki müdahaleleri bağlamında psikanalitik, davranışçı ve bilişsel davranışçı psikoterapi ekolleri açısından tartışılmıştır. Psikanalizin, özellikle kuramsal açıdan dine dair indirgemeci etiyolojisi, hastanın dini bağlılığının, daha başında olgun bir iç görü engeli olarak değerlendirilmesi, tedavi müdahaleleri bağlamında ise serbest çağrışım gibi, dini OKB'de kaygı ve direnci artırma ihtimali çok yüksek tekniklerin kullanımı en ciddi sınırlılıklardır. Davranışçı ekol ise naif etiyolojik açıklaması ve psikoterapi maruz bırakma ve tepki engelleme alıştırmalarının sayı ve şiddetini belirmesi beklenen terapistin dini bir konuda yetkisizliğiyle sınırlı kalmaktadır. Bir çok yönden, bu iki ekole göre daha esnek ve entegratif olma özelliği taşıyan bilişsel davranışçılık ise sağlıklı düşünce ile obsesyonu birbirinden ayırmakla ilgili ikna edici bir önerme sunamaması, obsesyonların kaynağını açıklamak konusunda dini olarak da anlamlı bulanabilecek bir açıklama taşımadığından tedavi sürecindeki muhtemel handikaplara açıktır.

Sonuç ve Öneriler

Özellikle dini OKB söz konusu olduğunda, daha çok kültüre duyarlı yaklaşım hassasiyetine ihtiyaç vardır. Bu bağlamda Purdon ve Clark dini obsesyon ve kompulsiyonların tedavisinde, bir din görevlisiyle ortak çalışmanın önemini belirtirken; terapistin OKB ile ilgili bilgi sahibi olması, OKB konusunda BDT eğitimi olması gereğinin yanında, terapistin dini obsesyon ve kompulsiyonları tedavi ederken saygılı olmaya özen göstermesi ve OKB belirtileri ile dini ibadetleri ayırabilecek kadar bilgi sahibi olması gerektiğinin altını çizmişlerdir (Purdon ve Clark, 2013). OKB'nin tedavisinde kültüre duyarlı yaklaşımların kullanılmasının, bu alanda, sinirbilim, fizyoloji, biyokimya, farmakoloji gibi bilim dallarıyla olduğu kadar, insan bilimlerindeki ilgili araştırmacılarla eşgüdüm halinde çalışılmasının hem etyoloji hem de tedavide katkısının büyük olacağı ülkemiz ruh sağlığı uzmanlarınca da belirtilmiştir (Beyazyüz ve Göka, 2010). Bununla birlikte ülkemizde hali hazırda süreç ya sadece olgucu-deneyci perspektife hasredilmiş ya da başka bir uçta bilimsel arka planı ile olan bağı koparılan uygulamalara teslim edilmiştir. Bu alanda psikiyatristler, psikoterapistler ve din görevlilerin ortak çalışmaları yapması, birlikte teori ve pratik üzerine çözüm üretmeye çalışması handikapların hızla ortadan kalmasını sağlayacaktır.

Bu konuda hem yurtdışında hem de ülkemizde yeni ve ufuk açıcı çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Sadece dini OKB'ye özel geliştirilen tedavi modelleri bilişselcilik, davranışçılık, ACT (mindfulness–defusion becerilerinin) ve dini değerlerin bir entegrasyonu olarak uygulanmaya başlanmıştır (Witzig, 2017). Bu tedaviler biyolojik –psikolojik – sosyal boyutlara spritüel manevi boyutu da ekleyerek din görevlisini terapiye dahil etme, bu şekilde dini inanç çarpıtmalarını ve hatalı Tanrı imajını onarma yoluna gitmek gibi büyük katkılar sunmaktadırlar (Witzig, 2017). Ülkemizde de İslam İlmün Nefs geleneğine ait zihin kuramı ve İslam düşünürlerinin vesvese risalelerinin temel alındığı, BDT ve ACT teknikleri ile entegre yeni bir modelin, ”4T” kullanıldığı bir çalışmada kronik hastalarda yüksek oranda iyileşme bulgulanmıştır (Toprak ve Emül, 2016). Bu bağlamda alan bu tür çalışmaların artarak devam etmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynakça

- Abramowitz, J. S. ve Jacoby, R. J. (2014). Scrupulosity: Acognitive–behavioral analysis and implications for treatment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 140-149.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S. ve McKay, D. (2005). Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 3, 140-147.
- Amil, O. (2013). *Dini içerikli obsesif kompulsif davranışların sosyodemografi açısından incelenmesi ve vesvese ile ilişkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aydın, A. ve Beşiroğlu, L. (2012) Obsesif kompulsif bozukluk: Kültürel bakış. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri*, 3, 6-10.
- Besiroglu, L., Karaca, S. ve Keskin, İ. (2014). Scrupulosity and obsessive compulsive disorder: The cognitive perspective in islamic sources. *J Relig Health*, 53, 3-12.
- Beyazyüz, M. ve Göka, E. (2010) Kültüre duyarlı yaklaşımın obsesif kompulsif bozuklukdaki önemi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 11, 360-366.
- Clark, D. A. (1999). Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders: A commentary. *Cognitive and Behavioral Practice*, 6, 408-415.

- Clark, D. A. (2005). Focus on "cognition" in cognitive behavior therapy for ocd: Is it really necessary? *Cogn Behav Ther*, 34(3), 131-9.
- Esman, H. A. (1989). Psychoanalysis and general psychiatry: Obsessive-compulsive disorder as paradigm. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37, 319-336.
- Esman, H. A. (2001). Obsessive compulsive disorder: Current views, Stein DJ, Stone M (Eds), *Essential papers on obsessive-compulsive disorder*, pp. 141-147 New York: New York University Press.
- Fairfax, H. (2008) The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: Suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clin. Psychol. Psychotherapy*, 15, 53-59.
- Fergus, A. T. ve Rowatt, W. C. (2015). Uncertainty, god, and scrupulosity: Uncertainty salience and priming god concepts interact to cause greater fears of sin. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 46, 93-98.
- Frankl, V. (2014) *Psikoterapi ve din* (Z.Taşkın, çev.). İstanbul: Say Yayınları.
- Freud, S. (1995). *Saplantılı eylemler ve dini uygulamalar-dinin kökenleri* (S.Budak, çev.). Ankara: Öteki Yayınevi.
- Freud, S. (1995). *Totem ve tabu-Dinin kökenleri* (S.Budak, çev.). Ankara: Öteki Yayınevi.
- Freud, S. (1995). *Musa ve tek tanrıcılık dinin kökenleri* (S.Budak, çev.). Ankara: Öteki Yayınevi.
- Freud, S. (1995). *Bir yanılısamanın geleceği- uygarlık din ve toplum* (S.Budak, çev.). Ankara: Öteki Yayınevi.
- Fromm, E. (2006). *Psikanaliz ve din* (E.Erten, çev.). İstanbul: Say Yayınları.
- Greenberg, D. ve Hubbert, J. D. (2010). Scrupulosity: A unique subtype of obsessive-compulsive disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 12-4, 282-289.
- Goodman, W. (2017). *What causes obsessive-compulsive disorder (OCD)?*. (Erişim Tarihi: Ağustos, 2017) <https://psychcentral.com/disorders/ocd/what-causes-obsessive-compulsive-disorder-ocd/>.
- Gürdal, A. (Ed.) (2000). *Psikanalitik kurama giriş*. İstanbul: Bağlam Yayınları.

- Huppert, J. D. ve Siev, J. (2010). Treating scrupulosity in religious individuals using cognitive-behavioral therapy. *Cognitive And Behavioral Practice*, 17, 382-392.
- Karancı, A. N., Gençöz, T., Yorulmaz, O. ve İnözü, M. (2010). *Önsöz*. Nuray Karancı, Tülin Gençöz, Orçun Yorulmaz, Müjgan İnözü (Ed.), *Obsesif-kompulsif bozukluk: Bilişsel davranışçı yaklaşım, terapi ve sık kullanılan ölçekler*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Leib, P. T. (2001). Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessivecompulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 222-242.
- Mathes B. M., Van Kirk, N. ve Elias, J. A. (2015). Review of psychotherapeutic approaches for OCD and related disorders. *Curr Treat Options Psych*, 2, 284-296.
- Nelson, E. A., Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P. ve Deacon, B. J. (2006). Scrupulosity in patients with obsessive–compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 1071-1086.
- Quinodoz, J. M. (2016). *Freud'u okumak*, (B. Kolbay, Ö. Soysal, Çev.). İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Obsesif Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsesive compulsive disorder. *Behaviroal Research Therapy*, 35(7), 667-81.
- Pollard, A. C.(2010). *Scrupulosity*. (Erişim Tarihi:Ağustos, 2017)
http://www.ocfoundation.org/uploadedfiles/maincontent/find_help/1ocdf_scrupulosity_fact_sheet.pdf
- Ponniah K., Magiati I. ve Hollon, S. D. (2003). An update on the efficacy of psychological therapies in the treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. *Obsessive Compuls Relat Disord.*, 1, 2(2), 207-218.
- Purdon, C. ve Clark, D. A. (2013) *Takıntılarla başa çıkma*, (A.Gündoğdu ve P.İşcan, çev). İstanbul: Psikonet yayınları.
- Rahmann, S. (1997) A cognitive theory of obsessions *Behav. Res. Ther.* 35(9), 793-802.

- Salkovskis, P. M. (1999) Understanding and treating obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Stanley, M. A. ve Turner, S. M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 26, 163-186.
- Sungur, M. Z. (2006). *Obsesif kompulsif bozukluğun psikoterapisi*, Tükel R, Alkın T (Eds.). Anksiyete bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayinlari.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E, Jacoby, R. J,..., Smith, B. M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 167-173.
- Tek, C. ve Ulug, B. (2001). Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 104, 99-108.
- Topçuğulu, V. (2003). Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri*, 6, 46-50.
- Toprak, T. B., Emül, H. M (2016). *A contribution attempt to contemporary ocd theories: "Meratib-i ilim of dimağ" framework within islamic tradition*, 23. Annual OCD Congress July 27-31 Chicago.
- Toprak, T. B. (2016). *Çağdaş OKB teorilerinde tıkanma ve 'dimağdaki meratib-i ilim' bilgisi üzerine* (Erişim Tarihi: Ağustos, 2017) <https://www.pscp.tv/karakalemdergisi/1BdGYdqlRaAKX>.
- Türkçapar, H. M. ve Şafak, Y. (2012) Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel özellikler ve bilişsel tedaviler. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Sayısı*, 5(3), 69-76.
- Yağcı, H.Y. (2006). *Saplantılı dini davranışlar*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Witzig, T. (2017). *Developing effective treatment plans for religious scrupulosity with emphasis on adult clients*. 24. Annual OCD Congress July 7-9 San Francisco.