

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
FELSEFE VE DİN BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
DİN PSİKOLOJİSİ BİLİM DALI**

**DİNİ İÇERİKLİ OBSESİF KOMPULSİF
DAVRANIŞLARIN SOSYODEMOGRAFIK AÇIDAN
İNCELENMESİ VE VESVESE İLİŞKİSİ**

**Hazırlayan
Osman AMİL**

**Danışman
Doç. Dr. Ali KUŞAT**

Yüksek Lisans Tezi

**Ağustos 2013
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Osman AMİL

İmza:

Dini İçerikli Obsesif Kompulsif Davranışların Sosyodemografik Açıdan İncelenmesi ve Vesvese İlişkisi adlı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Osman AMİL

Danışman
Doç. Dr. Ali KUŞAT

Felsefe ve Din Bilimleri ABD Başkanı
Prof. Dr. Celaleddin ÇELİK

Doç.Dr.Ali KUŞAT danışmanlığında Osman AMİL tarafından hazırlanan “**Dini İçerikli Obsesif Kompulsif Davranışların Sosyodemografik Açıdan İncelenmesi ve Vesvese İlişkisi**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

19/08/2013

JÜRİ:

Danışman : Doç. Dr. Ali KUŞAT

Üye : Yrd. Doç. Dr. Hasan BOZGEYİKLİ

Üye : Yrd. Doç. Dr. Yusuf KALA



ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 23.08.2013 tarih ve 15..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.....23... / ...08... / ...2013.....



ÖNSÖZ

Din Psikolojisi ile ilgili ülkemizde yapılmış çalışmaların kısıtlı olması ve dini öğelerin psikolojik etkilerinin ne olduğunu merak etmek gibi sebeplerle yöneldiğim bu alanda dini içerikli obsesif ve kompulsif davranışlar, hem dini öğeler barındırması hem de psikolojik tabanlı olması sebebiyle en dikkat kesildiğim konulardan birisi haline geldi ve bu kapsamda bir araştırma yapmaya çalıştım.

Bu kapsamda yapılan araştırma, obsesyon, kompulsiyon, obsesif kompulsif bozukluk, vesvese, dini obsesyon ve dini kompulsiyon gibi araştırmaya temel teşkil eden kavramların tanımlarının yer aldığı kavramsal ve kuramsal çerçeve ile başlamaktadır. Araştırmanın ikinci kısmında görüşme formuyla elde edilen bulgular sunulmuştur. Bulgular bir sistematik oluşturması adına üç başlık altında verilmiştir. İlki sosyodemografiye ilişkin, ikincisi vesvese ile ilgili, üçüncüsü de dini obsesyon ve kompulsiyonlara ilişkin bulgulardır. Araştırmanın son kısmında ise elde edilen bulgular ışığında sonuç ve öneriler ifade edilmiştir.

Ayrıca araştırma sürecinde desteklerini esirgemeyen hocalarıma teşekkürü bir borç bilmekteyim. Başta, bana bu alanı daha cazip hale getiren, bildiklerini esirgemeyen, verdiği önemli bilgilerle beni yönlendiren, ders ve tez dönemimde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Ali KUŞAT'a; bilgi birikimi ile destek olan, yorumları ve öneriyle olaylara farklı açılardan bakabilme becerimi geliştiren Yrd.Doç. Dr. Hüseyin DOĞAN'a; tez sürecimde beni sürekli motive eden ve sürekli destekleyen, her an desteğini yanımda hissettiğim, tezimin bitmesinde en büyük rollerden birine sahip Yrd. Doç. Dr. Hasan BOZGEYİKLİ'ye; ve uzun yıllar biriktirdiği klinik tecrübelerini kısıtlamadan aktaran ve onca işi arasında örneklem bulmamda desteklerini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Yusuf KALA'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca yoğun tez yazım sürecinde sonsuz fedakârlık gösteren, bana her zaman güvenen ve her an yanımda hissettiğim eşim Şeyma AMİL'e, oğlum Alp Eymen AMİL'e ve aileme de teşekkür ediyorum.

Osman AMİL
Kayseri, 2013

DİNİ İÇERİKLİ OBSESİF KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN SOSYODEMOGRAFIK AÇIDAN İNCELENMESİ VE VESVESE İLİŞKİSİ

Osman AMİL

Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Yüksek Lisans Tezi, Ağustos, 2013

Danışman: Doç. Dr. Ali KUŞAT

KISA ÖZET

Araştırmanın konusu dini içerikli obsesif ve kompulsif davranış sergileyen kişilerin bu davranışlarının kişilerin sosyodemografik durumlarına göre nasıl şekillendiği ile ilgili durum tespiti yapmak ve katılımcıların yaşadıkları bu durumu vesvese ile nasıl değerlendirdiklerini ortaya çıkarmaktır.

Üç bölümden oluşan bu araştırmaya Kayseri ilinde Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı konmuş ve dini obsesyon ve kompulsiyonları bulunan 22 kişi katılmıştır.

Araştırma sonucuna göre kadınlar dini OKB belirtilerini erkeklerden daha erken fark etmişlerdir. Katılımcıların % 63,6'sı yaşadıkları bu durumu vesvese olarak nitelendirmiş ve % 42,2's, bu tanımlamanın doktora gitmelerini engellediğini ifade etmiştir. Doktordan önce dini bilgisine güvenilen ya da tavsiye edilen birine gitme oranı % 50'dir. Katılımcılar hastalıklarını vesvese olarak tanımladıklarında bu hastalığın dini mi tıbbi mi olup olmadığı noktasında ikilem yaşamaktadırlar. Dini obsesyon ve kompulsiyonlarla ilgili sonuçlara bakıldığında ise temizlenme ritüellerinde ve ibadetler esnasına ortaya çıkan kompulsiyonların kadınlarda daha sık görüldüğü; tanrıya karşı küfür ve itaatsizlik (% 100) ve itikadi konularda şüpheyne düşme obsesyonlarının (% 71) daha çok erkeklerde görüldüğü ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya göre katılımcıların dini eğitimlerinin özellikle anne ve babalar tarafından çocuklar korkutulmadan ve baskı altına alınmadan, daha bilinçli verilmesi ileride yaşanması muhtemel dini obsesyon ve kompulsiyonları engelleyeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dini içerikli obsesyon, dini içerikli kompulsiyon, vesvese

**ANALYSIS OF RELIGIOUS CONTENT OBSESSIVE COMPULSIVE
BEHAVIOURS IN TERMS OF SOCIODEMOGRAPHIC ASPECTS AND
RELATIONSHIP WITH WASAWIS**

Osman AMİL

Erciyes University , Institute of Social Sciences

Master's Thesis , August, 2013

Advisor : Assoc. Prof. Ali KUŞAT

ABSTRACT

The subject of this study is to determine the situation of people who exhibit religious obsessive-compulsive behavior and how it is shaped by their socio-demographic status and to reveal how they evaluate this situation with wasawis.

The study consists of 22 people diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder and who have religious obsessions and compulsions in the province of Kayseri.

According to the research results, women have realized that religious OCD symptoms earlier than men. 63,6 % of the respondents have described this situation as wasawis and 42.2% of them stated that this definition prevents them to go to the doctor. Before going to doctor the rate of going to somebody whose religious knowledge is trusted or recommended person is 50%. When participants have defined their disorders as wasawis they have dilemma whether this illness is medical or religious. Looking at the results on religious obsessions and compulsions ,it has been defined compulsions in the course of washing rituals and prayers are seen more often in women and blasphemy against God and disobedience (100%) and obsessions (71%) about doubt of creed matters are seen more often in men .

According to the study it has been thought that the religious education should be given especially by parents without oppression , unthreateningly more consciously to children and this is likely to hinder religious obsessions and compulsions that may occur in the future .

Key Words: Religious obsessions , Religious content compulsions ,wasawis

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iv
ÖNSÖZ	v
ÖZ.....	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. ARAŞTIRMA KONUSUYLA İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR	7
1.1.1. Obsesyon.....	7
1.1.2. Kompulsiyon	8
1.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk	9
1.1.4. Sık Görülen Obsesyon Türleri.....	11
1.1.4.1. Bulaşma- Kirlenme Obsesyonu.....	11
1.1.4.2. Kuşku Obsesyonu	11
1.1.4.3. Saldırganlık Obsesyonu	11
1.1.4.4. Cinsel Obsesyon	12
1.1.4.5. Dini Obsesyon	13
1.1.4.6. Simetri Obsesyonu.....	13
1.1.4.7. Somatik Obsesyon	13
1.1.4.8. Biriktirme Obsesyonu	13
1.1.4.9. Diğer Obsesyonlar	14
1.1.5. Sık Görülen Kompulsiyon Türleri.....	14
1.1.5.1. Temizlik	14
1.1.5.2. Kontrol.....	14
1.1.5.3. Simetri (Sıralama Düzenleme)	15

1.1.5.4. Tekrarlama Kompulsiyonu	15
1.1.5.5. Biriktirme ve Saklama	15
1.1.5.6. Sayma.....	15
1.1.5.7. Diğer Kompulsiyonlar	15
1.1.6. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi	16
1.1.6.1. Bilişsel Davranışçı Model.....	16
1.1.6.2. Psikososyal Nedenler	17
1.1.6.3. Psikanalitik Kuram	17
1.1.6.4. Psikososyal Etkenler	20
1.1.6.5. Biyolojik Etkenler	22
1.1.6.6. Nörobiyolojik Çalışmalar.....	23
1.1.7. OKB'nin Epidemiyolojisi	24
1.1.8. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisi	28
1.1.8.1. Farmakoterapi.....	29
1.1.8.2. Bilişsel ve Davranışçı Tedaviler.....	30
1.1.8.3. Diğer Tedavi Yöntemleri	33
1.1.9. Dini İçerikli Obsesyonlar	33
1.1.10. Dini İçerikli Kompulsiyonlar	34
1.1.11. Mevcut Literatürdeki Dini Obsesyon Türleri.....	34
1.1.11.1. Tanrıya ve diğer dini öğelere karşı küfür ve saygısızlık.....	35
1.1.11.2. İtikadi konularda şüpheye düşme	35
1.1.11.3. Günah sayılan şeyleri yapma korkusu	35
1.1.11.4. Günahkar olma ve farkında olmadan günah işlemiş olma düş.	35
1.1.11.5. İbadetlere hazırlık niteliğindeki temizlenme ritüellerinde ortaya çıkan obsesyonlar	36
1.1.11.6. İbadetler esnasında görülen obsesyonlar	36
1.1.11.7. Dini herhangi bir hükmün yerine getirilmesi ile ilgili obsesyonlar...	36
1.1.12. Mevcut Literatürdeki Dini İçerikli Kompulsiyon Türleri	37
1.1.12.1. Tövbe etme.....	37
1.1.12.2. Dua etme ve tekrarlama kompulsiyonları	38
1.1.12.3. Temizlenme ritüellerinde ortaya çıkan kompulsiyonlar	38
1.1.12.4. İbadetler sırasında ortaya çıkan kompulsiyonlar	38
1.1.12.5. Dini obs. dolayı yap. ancak dini bir muht. sahip olmayan komp.	38

1.1.13. Dini İçerikli OKB'nin Etiyolojisi	39
1.1.14. Dini İçerikli OKB'nin Epidemiyolojisi	40
1.1.15. Dini İçerikli OKB'nin Tedavisi	42
1.2. Vesvese Nedir ?	43
1.2.1. Kur'an da Vesvese	44
1.2.2. Hadislerde Vesvese	45
1.2.3. İslam Alimlerine Göre Vesvese	48
1.2.3.1. Gazali'ye Göre Vesvese	49
1.2.3.2. Said Nursi'ye Göre Vesvese	52
1.3. Vesvese, Obsesyon, Kompulsyon ve OKB İlişkisi.....	53

İKİNCİ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUMLAR

2.1. SOSYODEMOGRAFIYE İLİŞKİN BULGULAR	58
2.1.1. Cinsiyete İlişkin Bulgular	58
2.1.2. Medeni Duruma İlişkin Bulgular	59
2.1.3. Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular	60
2.1.4. Yaşanılan Yere İlişkin Bulgular	61
2.1.5. Gelir Düzeyine İlişkin Bulgular	61
2.1.6. Belirtileri Fark Etme Yaşına İlişkin Bulgular	63
2.1.7. Yakın Akrabalarda OKB ya da Belirtileri Bulunma Durumu.....	64
2.1.8. Dini Eğitimde En Baskın Kişi ya da Kurum ile İlgili Bulgular	65
2.1.9. Anne-Baba Tutumları ile İlgili Bulgular	65
2.1.9.1. Annenin Çocuk Yetiştirme Tutumu ile İlgili Bulgular	65
2.1.9.2. Babanın Çocuk Yetiştirme Tutumu ile İlgili Bulgular	66
2.2. VESVESE İLE İLGİLİ BULGULAR.....	67
2.2.1. Yaşanılan Durumun Vesvese Olarak Nitelendirilme Durumu.....	67
2.2.2. Vesvesenin Ne Olarak Tanımlandığına İlişkin Bulgular	69
2.2.3. Yaş. Dur. Vesvese Olarak Tanım. Doktora Gitme ile Bağl. İl. Bul.	70
2.2.4. Dok. Önce Dini Bilg. Güv. Birine Gidip Gitmeme ile İlgili Bulgular	71
2.3. DİNİ OBSESYON VE KOMPULSİYONLARA İLİŞKİN BULGULAR.....	71
2.3.1. Dini Obsesyonla İlgili Bulgular	73
2.3.1.1. Tanrıya ve Diğer Dini Öğelere Karşı Küfür ve Saygısızlık.....	73

2.3.1.2. İtikadi Konularda Şüpheyeye Düşme	74
2.3.1.3. Günah Sayılan Şeyleri Yapma Korkusu	75
2.3.1.4. Günahkar Olma ve Farkında Olmadan Günah İşlemiş Olma Düş.	76
2.3.1.5. İbadetlere Haz. Niteliğindeki Temizlenme Rit. Ortaya Çıkan Obs.	77
2.3.1.6. İbadetler Esnasında Görülen Obsesyonlar	78
2.3.1.7. Dini Herhangi Bir Hükümün Yerine Getirilmesi ile İlgili Obsesyonlar...	78
2.3.2. Dini Kompulsyonlarla İlgili Bulgular	79
2.3.2.1. Tövbe Etme Kompulsyonu	79
2.3.2.2. Dua Etme ve Tekrarlama Kompulsyonları	79
2.3.2.3. Temizlenme Ritüellerinde Ortaya Çıkan Kompulsyonlar	80
2.3.2.4. İbadetler Sırasında Ortaya Çıkan Kompulsyonlar	81
2.3.2.5. Dini Obs. Dolayı Yap. Ancak Dini Bir Muht. Sahip Olmayan Komp. ..	82
SONUÇ VE ÖNERİLER	82
KAYNAKÇA.....	91
EKLER	100
ÖZGEÇMİŞ	101

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Tedavi Algoritması.....	30
Tablo 2. Bilişsel Terapinin OKB Formulasyonu.....	31
Tablo 3. Cinsiyete İlişkin Bulgular.....	58
Tablo 4. Medeni Duruma İlişkin Bulgular	59
Tablo 5. Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular	60
Tablo 6.1. Yaşanılan Yere İlişkin Bulgular.....	61
Tablo 6.2. Çocukluğun Geçirildiği Yere İlişkin Bulgular	61
Tablo 7.1. Gelir Düzeyine İlişkin Bulgular	61
Tablo 7.2. Çalışma Durumu ve Çalışılan Meslek.....	62
Tablo 8. Belirtileri Fark Etme Yaşına İlişkin Bulgular.....	63
Tablo 9. Yakın Akrabalarda OKB ya da Belirtileri Bulunma Durumu	64
Tablo 10. Dini Eğitiminde En Baskın Kişi	65
Tablo 11. Yetiştirilme Tutumları ile ilgili Anneye İlişkin Tutum Algısı	65
Tablo 12. Yetiştirilme tutumları ile ilgili Babaya İlişkin Tutum Algısı	66
Tablo 13. Yaşanılan Durumun Vesvese Olarak Nitelendirilme Durumu	67
Tablo 14. Hastalıklarını Vesvese Diye Tanımlayanların Dindarlık Algısı	68
Tablo 15. Yaşanılan Durumun Vesvese Olarak Tan.nın Dokt. Gitme ile Bağ.na ilişkin	70
Tablo 16. Doktordan önce dini bilg. güvenilen birine gidip gitmeme ile ilgili bulgular	71
Tablo 17. Tanrıya ve Diğer Dini Ögelere Küfür ve Saygısızlık.....	73
Tablo 18. İtikadi Konularda Şüpheyne Düşme	74
Tablo 19. Günah Sayılan Şeyleri Yapma Korkusu.....	75
Tablo 20. Günahkar Olma ve Farkında Olmadan Günah İşlemiş Olma Düşüncesi	76
Tablo 21. İbadetlere Hazırlık Nit. Temizlenme Ritüellerinde Ortaya Çıkan Obsesyon.	77
Tablo 22. İbadetler Esnasında Görülen Obsesyonlar.....	78
Tablo 23. Dini Herhangi Bir Hükmün Yerine Getirilmesi ile İlgili Obsesyonlar	78
Tablo 24. Tövbe Etme Kompulsiyonu	79
Tablo 25. Dua Etme ve Tekrarlama Kompulsiyonları.....	79
Tablo 26. Temizlenme Ritüellerinde Ortaya Çıkan Kompulsiyonlar	80
Tablo 27. İbadetler Sırasında Ortaya Çıkan Kompulsiyonlar	81
Tablo 28. Dini Obsesyonlardan Dolayı Yapılan Ancak Dini Bir Muhtevaya Sahip	82

GİRİŞ

Konu

Obsesyon, kişinin reddetme ve engelleme çabalarına rağmen tekrarlayan ve devam eden, kişinin zihnini ısrarla meşgul eden, istenmeyen düşünceler ve imgelerdir (Atkinson; Atkinson; Hilgrad, 1995, s.). Kişi, aklından atamadığı ve kendisini sürekli meşgul eden fikir ve korkunun saçma ve manasız olduğunu bilmekte (Armaner, 1973, s. 113), fakat yine de bu düşüncelerine engel olamamaktadır. Kişi, bu düşüncelerine engel olmaya çalıştığında ise düşünceler daha fazla önem kazanmakta, çoğu zaman bu düşünceleri etkisizleştirmek ya da ortadan kaldırmak için bazı davranışlara başvurmakta ve kişi bu davranışları ya da ritüelleri yerine getirmeye şiddetle ihtiyaç duymaktadır. Obsesyonlardan oluşan anksiyeteyi etkisizleştirmeye ya da azaltmaya yönelik olarak yapılan bu davranışlar ise kompulsiyon diye adlandırılmaktadır (Markarian; Larson; Aldea, 2010, s.78-88).

Gündelik yaşam içerisinde bazen kapının açık olup olmadığını kontrol ettiğimiz, yolda yürürken kaldırım taşlarını saydığımız ya da aralarındaki çizgilere basmamak için çaba sarf ettiğimiz, tüpü açık unutup unutmadığımızı düşünerek birkaç kez kontrol ettiğimiz, yoldan geçen arabaların plakalarını okuduğumuz, ütünün fişinin çekilip çekilmediğini kontrol ettiğimiz, elimizi yıkamamıza rağmen hala temiz olup olmadığı konusunda şüpheyi kapıldığımız hepimizin başına gelebilmektedir. Bu düşünceler ve davranışlar obsesyon ve kompulsiyonlardan farklıdır. Birey obsesyon ve kompulsiyonlara sahip olduğunda gündelik yaşamı ciddi bir şekilde engellenmekte ve zamanının çoğunu bu davranışları yapmakla geçirmektedir. Kişi bu davranışları yapmadığında ise tarif edilemeyecek bir kaygı yaşamaktadır. Yapılan bu davranışlar, yani kompulsiyonlar, obsesyonlara ilişkin anksiyeteyi azalttığından, kişi kompulsiyonları yapmadan anksiyeteyi dindiremez hale gelmektedir. Bir müddet sonra, kompulsiyonların az sayıda

yapılması da anksiyeteyi dindiremez hale gelmekte ve kompulsif davranışlar artarak devam etmektedir.

Psikiyatrik tanılamalara göre kişinin yaşadığı bu durum obsesif kompulsif bozukluk (OKB) diye adlandırılmaktadır. Buna göre OKB, obsesyon ve kompulsiyonların kişinin gündelik yaşam akışını bozma derecesinde yoğunlaştığı durumlarda ifade edilen bir anksiyete bozukluğu olarak ifade edilmektedir (Frances ve Ross, 2001, s.173-179).

Obsesyon ve kompulsiyonlar bireylerde tek başına ya da birkaç obsesyon bir arada görülebilmektedir. Herhangi bir bireyde her şeyden mikrop kapacağına ilişkin obsesyonlar görülürken, diğerinde çocuğunu öldürebileceğine ilişkin, bir diğerinde cinsel organını gösterebileceğine ilişkin obsesyon ya da kompulsiyonlar görülebilir. Dolayısıyla bu çeşitlilik ve farklılıklar bu hastalığın tanı-tedavi uygulamalarında daha etkin yöntemler bulunabilmesini de gerektirmektedir. Ortaya çıkan bu durum ise obsesyon ve kompulsiyonların sınıflandırılması gerektiği gerçeğini ortaya çıkarmıştır.

Yapılan bazı çalışmalarla obsesyon ve kompulsiyonlar sınıflandırılmıştır. En yaygın kullanılan sınıflandırılma Khanna ve Channabasavanna'nın sınıflandırmasıdır. (Khanna ve Channabasavanna, 1987, s.23-28). Buna göre obsesyonlar bulaşma, günlük etkinlik, saldırganlık, cinsel, somatik, ölüm, dini, gayri şahsi ve geçmiş olarak; kompulsiyonlar da yıkama, güvenlik, günlük etkinlikler, sayma, dua, dokunma, utandırıcı davranışlar şeklindedir. Bu sınıflandırma içerisinde dini obsesyonlar da obsesif kompulsif bozuklukta alt tip olarak tanımlanmıştır.

Çevremizde tekrar tekrar abdest alan ya da alması gerektiğini düşünen, abdest alma süresi normalden çok çok uzun olan, defalarca namaz kılan, kıldığını namazın olmadığını düşünüp tekrarlayan, okuduğu sureyi eksik ya da yanlış okuduğunu düşünüp tekrarlayan, dua etmeden duramayan ve bunu belli bir sistematığa ya da tekrar sayısına bağlayan, ibadetleri esnasında istemeden ve rahatsız olmasına rağmen aklına uygunsuz görüntü ve düşünceler gelen ve bu düşüncelerini engelleyememekten dolayı muzdarip olan...kişileri gözlemlemekteyiz. Dini içerikli obsesif kompulsif düşünce ve davranışlara sahip kişilerin tipik özellikleri olarak tanımlayabileceğimiz bu düşünce ve davranış grupları aynı diğer obsesyon ve kompulsiyonlarda olduğu gibi bazı kişilerde tek başına bulunabilecekken çoğu kişide birkaçı birlikte bulunabilmektedir.

Bireyler yaşadıkları obsesyonları bazen dini bir terim olan vesvese ile ifade etmektedirler. Halk arasında yaygın bir şekilde kullanılan bu terim sözlükte fısıltı, hışırtı manasına gelmekte ve sıklıkla evham, takıntı kelimeleriyle birlikte kullanılmaktadır. Vesvese, şeytanın insan kalbini kurcalaması ve kişinin hayal dünyasına bir kısım resimler, görüntüler, manzaralar, hatıra ve hayaller yerleştirmesi demektir. Vesvese ve takıntılar kişinin en hassas olduğu konuyla ilgili, kendisine en ters olabilecek şeylerdir. Çok temiz bir insan, her şeyi pis hissettiği için, temizlik yapmaktan başka hiçbir şey yapamaz hale gelebilir. Yine aynı şekilde çok dindar bir insan tanrının varlığını inkâr etmek ya da peygambere küfür gibi kendisini çıldırtacak derecede rahatsız eden durumu vesvese diye yorumlayarak bununla boğuşabilmektedir (Yargıç, 2004, s.1-19).

Bu nedenle özellikle dini içerikli obsesyon ve kompulsiyon yaşayan kişilerin birçoğu yaşadıkları bu durumu vesvese olarak ifade edebilmektedirler.

Bu noktada araştırmamızın konusunu, dini içerikli obsesif ve kompulsif davranış sergileyen kişilerin bu davranışlarının kişilerin sosyodemografik durumlarına göre nasıl şekillendiği ile ilgili durum tespiti yapmak ve katılımcıların yaşadıkları bu durumu vesvese ile nasıl değerlendirdiklerinin incelenmesi oluşturmaktadır.

Problem

Bazı ruhsal rahatsızlıkların dini öğeler taşıması bir bilim dalı olan psikiyatri ile din arasında ortak çalışma alanları meydana getirmiştir. Dini içerikleri ağırlıklı olarak barındırması sebebiyle de çağımızın en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklarından biri olan obsesif-kompulsif bozukluk, bu ortak çalışma alanının en önemli konularındandır.

Bir bilim ile bir dinin aynı zeminde tartışılıyor olması kimi zaman dini bir kavram ile bilimsel bir terimin birbirleri yerine kullanılmasına neden olmaktadır. Bu da aslında anlatılan şey ile ifade edilmek istenen şey arasında bazı farklılıkları ortaya çıkarabilmektedir. Dini bir kavram ile psikiyatrik bir terimin birbirlerini karşılayıp karşılamadığı ya da halk arasında ifade edilenle psikiyatrik anlamda anlaşılan ifadelerin neler olduğu, aralarındaki farklılık ya da benzerlikleri araştırılmaya değer bir alan olarak ortaya çıkmaktadır.

OKB'nin sık görülen bir bozukluk olmasına rağmen özellikle dini içerikli obsesif kompulsif davranış yaşayan hastaların bir çoğu, çocukluktan bu yana dini eğilim ağırlıklı yetiştirildiği için akıllarına gelen bu düşüncelerin vesvese olduğunu düşünebilmekte, bu yüzden bunun ruhsal bir problem olduğunu düşünememekte ve bu yüzden hekime başvurmadan kaçınabilmektedirler. OKB ile ilgili yapılan bazı çalışmalar da OKB hastalarının hastalıkları anormal karşılamadıkları için doktora başvurmadan kaçındıklarını ifade etmektedir.

Bu kapsamda araştırmamızın temel problemini, kişilerde var olan dini içerikli obsesif kompulsif davranışların kişilerin sosyodemografik verilerine göre incelenmesi ve bu kişilerin vesveseye ilişkin düşüncelerinin, yaşadıkları bu durum ile arasındaki ilişkinin incelenmesi oluşturmaktadır.

Amaç

Araştırmamızın temel amacı dini içerikli obsesif ve kompulsif davranış yaşayan insanların sosyodemografik bilgilerinin ne olduğunu ortaya çıkararak bir durum tespiti yapmak ve aynı zamanda bu hastaların vesvese terimi ile obsesyon ve kompulsiyonları arasında kurdukları ilişkiyi ortaya çıkarmaktır.

Önem

OKB ile ilgili yapılan alan çalışmaları incelendiğinde genel manada OKB'nin kendisine ve alt tiplerine ilişkin sosyodemografik, kültürel ya da kültürlerarası çalışmalar yapılmasına rağmen, dini içerikli obsesif kompulsif davranış yaşayan hastalarla ilgili ayrıntılı bulgulara rastlanmamaktadır. Dini içerikli özellikle kompulsif davranışların OKB nin bir alttipi olan tekrarlama ve temizlik kompulsyonu içerisinde değerlendirilmesi araştırmalarda dini içerik boyutunu ihmal ettiğini düşündürmektedir.

Kimi araştırmacılar, dini içerikli obsesif kompulsif bozuklukların obsesyonların kültürel yansıması olduğunu söylese de bazı araştırmacılar da kültürü ve kişilerin değer yargılarını bilmemenin obsesyon ve kompulsiyonları tam anlayamamaya işaret edeceğini ifade etmektedirler (Beyazyüz ve Göka, 2010, s.360-366).

Diğer yandan OKB hastaları ve özellikle dini içerikli obsesyon ve kompulsiyona sahip hastaların tıbbi yardım arama davranışının diğerlerine oranla daha düşük olması bu hasta grubuna ilişkin gizemin devam etmesine neden olmaktadır.

Yapılan bu çalışma ile dini içerikli obsesif ve kompulsif davranış yaşayan kişilerle ilgili daha detaylı bilgi sahibi olunabilecek ve önlem alma ya da tedavi etme konularında faydalı olacağı düşünülmektedir.

Yöntem

Araştırmada kaynak taraması ve görüşme tekniği kullanılmaktadır. Araştırmaya konu olan temel kavramlar ve içerikleri ile ilgili bilgiler kaynak taraması sonucu; dini obsesyonların ve türlerinin neler olduğu, vesvese ile ifade edilmek istenenin ne olduğu ve sosyodemografik veriler ise araştırmacı tarafından daha önceki yapılan araştırmalar da dikkate alınarak hazırlanan, deneklerin dini obsesyon ve kompulsiyonlarını detaylı olarak ifade edebilecekleri bir görüşme formu ile toplanmıştır.

Araştırmada bireylerle yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen sosyodemografik verilerin analizi SPSS 16.0 paket programı ile, katılımcıların görüş bildirdikleri kısımlar ise içerik analizi ile değerlendirilmiştir.

Hipotezler

Araştırmaya ilişkin hipotezler şunlardır:

- 1- Dini içerikli obsesif kompulsif davranış sergileyen kadın sayısı erkeklerden daha fazladır.
- 2- Dini içerikli obsesyonlardan en sık görüleni ibadetlere hazırlık niteliğindeki temizlenme ritüellerinde ortaya çıkan obsesyonlardır.
- 3- Dini içerikli kompulsiyonlardan en sık görüleni temizlenme ritüellerinde ortaya çıkan kompulsiyonlardır.
- 4- Dini içerikli obsesyon ve kompulsiyon yaşayan kişilerin kaygı düzeyi yükündür.
- 5- Dini içerikli obsesif kompulsif hastalık belirtileri erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır.
- 6- Dini içerikli obsesif kompulsif hastalık belirtileri kadınlarda daha erken ortaya çıkmaktadır.

- 7- Dini içerikli obsesif kompulsif davranışları bulunan kişilerin yakın akrabalarında da bu hastalığın ya da belirtilerinin olma ihtimali yüksektir.
- 8- Dini içerikli obsesif kompulsif davranışları bulunan kişilerin dini eğitimlerinde en baskın kişiler aileleridir.
- 9- Dini içerikli obsesif kompulsif davranış yaşayan kişilerin küçük yaşta aldıkları dini eğitim eksik ve yetersizdir.
- 10- Dini içerikli obsesif kompulsif davranış yaşayan hastaların büyük bir kısmı hastalıklarını vesvese diye tanımlamışlardır.
- 11- Hastaların çoğunun hastalıklarını vesvese diye tanımlamaları doktora gitmelerini engellemiştir.
- 12- Hastalıklarını vesvese diye tanımlayanlar diğerlerine göre daha dindardır.
- 13- Hastalıklarını vesvese diye tanımlayanların büyük bir kısmı daha önce dini bilgisine güvendikleri bir kişiye başvurma ihtimalleri yüksektir.

Sınırlılıklar

Araştırma Kayseri ilini kapsamaktadır. Araştırma bu araştırma için hazırlanmış olan Sosyodemografik Kişisel Bilgi Formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile sınırlıdır.

Evren Örneklem

Yapılan çalışmalar dini obsesyonları bulunan hastaların tıbbi yardım arama davranışlarının diğer alt tiplere göre anlamlı derecede düşük olduğunu ifade etmektedir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda dini obsesyonlar, tüm OKB alttipleri arasında % 10-20 arasında bir orana sahip olduğu görülmektedir. Yine bu oranın daha fazla olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda araştırmamızın, dini obsesyonları olan ve psikiyatrik tanı konulan bireylerle gerçekleştirilmesi, bu hasta grubunda hasta bulmayı zorlaştırmıştır. Bu kapsamda araştırmamız Kayseri ilinde dini içerikli obsesyonları olan ve random seçilen 22 kişiden oluşmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. ARAŞTIRMA KONUSUYLA İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.1.1. Obsesyon

Psikiyatrik bir terim olarak obsesyon, saçmalığı kişinin kendisince de bilinmesine, yani içgörünün mevcudiyetine rağmen zihinden uzaklaştırılamayan, musallat olan takıntı halindeki düşünce, fikir veya imaj demektir (Karaca ve Doksat, 1998, s.59-68). Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD)'nin tanımına göre de obsesyon kişinin zihnine girmesine engel olamadığı, zihninden uzaklaştıramadığı düşünce, fikir ve dürtülerdir. Kişinin isteği dışında gelirler, kişi tarafından mantıkdışı olarak değerlendirilirler ve yoğun sıkıntı ve huzursuzluğa yani anksiyeteye neden olurlar (<http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=23>).

Obsesyonlar; kişinin mantıksız olduğunu bilmesine veya kabullenmesine rağmen, inatçı, girici ve tekrarlayıcı biçimde zihnine gelen, sıkıntı ve rahatsızlık oluşturduğu halde kişinin düşünmekten kendisini alıkoyamadığı düşünsel yaşantılardır (Sağlam, 2007:5).

Obsesyon kişinin kendi zihninin ürünü olarak tanımladığı (düşünce sokulmasından farklı olarak), yok saymaya, bastırmaya ya da başka düşünce veya hareketlerle nötralize etmeye çalıştığı, benliği rahatsız eden (ego-distonik), yineleyici ve ısrarlı her türlü düşünce, dürtü ve imgelerdir (Karaman; Durukan; Erdem, 2011, s. 278).

Kişi bu düşüncelerin kendi iradesi altında olmadığını bilir. Kişiler bu düşünce ve dürtüleri bastırmaya veya yok saymaya çalışırlar veya bunları bir başka düşünce veya hareketle (yani kompulsiyonla) gidermeye çalışırlar (Köroğlu, 1995, s.5-29).

Obsesyon, devamlılık gösteren, tekrar tekrar zihne giren düşünceler, hayaller, istekler veya sık sık ortaya çıkan rahatsız edici endişelerdir. Kişi özellikle istemeden hatta bazı durumlarda özellikle aklına gelmemesi için uğraşmasına rağmen aklına kendiliğinden gelir veya belli durumlar ve ortamlarda kendiliğinden ortaya çıkar ve sıklıkla sıkıntıya neden olur (http://www.bilisseldavranisci.org/index.php?option=com_content&view=article&id=62:obsesif-kompuelsif-bozukluk).

Bazı kişilerde akla gelen düşünce istek veya hayallerin bizzat kendisi, yani akla gelmesi bile sıkıntı verici, korkutucu veya utandırıcıdır. Bu düşüncelerin, istek, hayal ve endişelerin akla gelmesi kişinin kendisine sorumluluk da yükler; aklına böyle bir şey gelmiş olması nedeniyle önlem almadıkça içi rahat etmez. Giderek kişinin bütün hayatı, endişeleri düşünme, temizleme veya kontrol etme şeklinde mücadele ederek kendisine zehir olur (http://www.doktorumonline.net/mid/articles/id/608/p/1/Obsessif_Kompulsif_Bozukluk.htm).

1.1.2. Kompulsiyon

Kompulsiyon, obsesyon olarak ifade ettiğimiz fikir veya imajdan oluşan düşünceleri kovmak, zihinden uzaklaştırmak veya bu düşüncelerin verdiği sıkıntıyı azaltmak, etkisiz bırakmak, yüksüzleştirmek, hafifletmek ya da ortadan kaldırmak için yapılan ve yine kişinin saçmalığını bilmesine rağmen, yapmadığı takdirde çok daha fazla sıkıntı duyacağını düşündüğünden yerine getirdiği stereotipik, irade dışı, yineleyen hareketlerdir. (Abay; Pulular; Memiş vd, 2010, s.230-237, Türkbay;Söhmen, 2000, s.106-112; Karaca ve Doksat, 1998; Ekşi, 1997, s.327) .

Türk Psikiyatri Derneği'ne göre de kompulsiyon obsesyonların neden olduğu yoğun sıkıntı ve huzursuzluğu azaltmak ya da ortadan kaldırmak üzere yapılan yineleyici davranış ve zihinsel eylemlerdir (<http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=23>).

Kompulsiyonlarda yapılan etkinlik, önlenmek istenen şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır (Tükel, 2000).

1.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri ile kişinin ailevi, akademik, mesleki ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen süregelen bir bozukluktur (Hollander; Stein; Kwon ve ark, 1997, s. 48-58).

OKB hastalarında görülen obsesif yaşantılar zorlayıcı istenmeyen düşünceler karşısındaki tutumlar ve kompulsif davranışlarla yansızlaştırma girişimleri açısından klinik anlamı olmayan yaşantılardan farklılık göstermektedir. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) obsesyon ve kompulsiyon belirtileri ile giden kronik ruhsal bir bozukluktur (Abay ve ark., 2010).

DSM IV TR'ye göre obsesyonlar şu şekilde sınıflandırılmıştır (Frances ve Ross, 2001):

A-Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır;

Obsesyonlar aşağıdakiler ile tanımlanır:

- 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, dürtü ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır yada başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır,
- 4) Kişi obsesyon düşünceleri, dürtü ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür. (Düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir.)

Kompulsiyonlar aşağıdakiler ile tanımlanır;

- 1) Kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (el yıkama,

düzene koyma, kontrol etme gibi) ya da zihinsel eylemler (dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri yineleme),

2) Davranışsal 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 etkisizleşmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir, ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu Bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur ya da zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini mesleki (ya da eğitimle) ilgili işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinlik ve ya ilişkilerini önemli ölçüde bozarlar.

D. Başka bir “Eksen I” bozukluğu varsa obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir,

E. Bu bozukluk bir maddenin kötüye kullanımına ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa Belirtiniz:

İçgörüsü az olan tip: O sıradaki epizotta kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

OKB’de kişiler bazı girici tarzdaki düşüncelerinin önemine ve etkilerine yönelik olumsuz inançlara sahiptirler. Örneğin, “olumsuzluklara karşı hazır olmak için daima endişe içinde olmalıyım” ya da “çocuğuma zarar vereceğim diye düşünüyorsam, bu ona zarar vereceğimi gösterir” gibi. Bunlar kişiyi bir takım nötrleştirici ve kontrol edici türden yineleyen davranışlara yöneltebilir. Örneğin, “eğer o davranışı yapmazsam, bu duygu artar ve çıldırabilirim” ya da “bu davranışı tekrar tekrar yapmazsam o düşüncem gerçekleşir ve başıma kötü bir şey gelir” gibi. Bu durum kişilerin tehdit hakkındaki değerlendirmelerinin kalıcı hale gelmesine ve belleklerine olan güvenlerinin azalmasına yol açar (Akt. Irak, 2012, s.47-54).

1.1.4. Sık Görülen Obsesyon Türleri

1.1.4.1. Bulaşma- Kirlenme Obsesyonu

Hastalarda sıklıkla kirlilik ya da pislik gibi obsesyonların içeriğiyle ilgili durumlardan bir kaçınma vardır (Koroğlu, 1995). Tuvalet gidildiğinde üzerine idrar sıçramış olabileceği, el sıkışmayla ya da kapı tokmakları, para gibi nesnelere dokunmayla mikrop ya da idrar, dışkı, sperm bulaşabileceği şeklinde ortaya çıkan ve oldukça yaygın görülen obsesyonlardır (Tükel, 2000). Genellikle bulaşma obsesyonuna yıkama temizlik kompulsiyonu eşlik eder (Şahin, 1997, s. 492-504). Örneğin kişi yıkadığı tabaklarda deterjan kalmış gibi düşünebilir, çevre kirliliğinden aşırı endişe duyabilir, evdeki böceklerden eve pislik bulaştığını düşünebilir, yapışkan maddelerden ve atıklardan tedirgin olabilir (Koyuncu, 2012, s. 9-11). Sıklıkla kirlilik, toz, kan, insan veya hayvan dışkısı, mikrop, bakteri ve virüs gibi şeylerin bulaşacağından kişi tedirgindir (Avasthi ve Kumar, 2004, s. 9-14).

1.1.4.2. Kuşku Obsesyonu

Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumunda, kuşku obsesyonundan söz edilebilir (Tükel, 2000). Kişiler gerçekleşme olasılığının son derece düşük olduğunu bilseler de, kontrolleri dışında kalırsa bir felaket olabileceği endişesiyle, emin olmaya çabalarlar (Şahin, 1997). Örneğin, bu tarz obsesyonu olan bir kişi, ütüyu prizden çekip çekmediğinden, kapıyı kilitleyip kilitlemediğinden bir türlü emin olamaz (Tükel, 2000). Genellikle kontrol etme ve denetleme kompulsiyonlarıyla birliktedir (Şahin, 1997).

1.1.4.3. Saldırganlık Obsesyonu

Saldırganlık, obsesyonların içeriğinde ya da bunların ardında yatan çağrışımlarda önemli ölçüde yer almakta ve sıklıkla başkalarına ya da kendisine yönelik fiziksel saldırı (Avasthi ve Kumar, 2004) öldürme, yaralanma, çeşitli şekillerde zarar verme düşünceleri biçiminde ortaya çıkmaktadır. Bir anne ya da babanın, çocuğunu öldürme, yaralama biçimindeki düşüncelerinin olması, bu duruma örnek verilebilir (Tükel, 2000).

Saldırganlık obsesyonu düşünsel obsesyonlardır (Koyuncu, 2012, s. 23-26) ve bu hastalarda düşünce, büyüsel bir güce sahiptir ve eylemle eşdeğer tutulur. Bu nedenle

sevilen bir kişiye duyulan nefret, onun öleceğine ilişkin bir düşünce, bu kişiler üzerinde yoğun suçluluk duygularının eşlik ettiği, o kişi gerçekten ölmüş ya da ölecekmiş gibi bir etki oluşturur (<http://www.turkishfamilyphysician.com/egazete/2010-03-01-s03-s12.pdf>).

Zarar verme obsesyonu olan kişiler, bıçak, makas gibi sivri nesnelerden, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan kaçınabilirler. Ölümle ilgili obsesyonları nedeniyle, ölüm ilanlarıyla karşılaşmamak için gazete okumayan, ölüm haberlerini dinlememek için televizyon seyretmeyen hastalar vardır. Bazı hastalar ise, daha çok kendilerine zarar vermekten korkarlar. Bu tür obsesyonlar, arabaların önüne atlama, kendini pencereden aşağı atma düşünceleri şeklinde ortaya çıkabilir (Tükel, 2000).

1.1.4.4. Cinsel Obsesyon

Cinsellik, sık rastlanan obsesif temalar arasında yer almaktadır. Cinsel obsesyonların içeriği kişi için sıklıkla utanç verici ve kabul edilemez bir niteliktedir. Cinsel obsesyonları olan bir kişi, çocuklarıyla, ebeveyniyle cinsel ilişkiye girdiği düşünce ya da imgelerine sahip olabilirler. Bu tür obsesyonlar, eşcinsel olmakla ilgili korkular içeren düşünceler tarzında da karşımıza çıkabilir (Tükel, 2000).

Agresif ve cinsel obsesyonlara çoğunlukla anlatma ve sorma kompulsiyonları eşlik eder ve endişe ettikleri şeyi gerçekten yapmayacakları ya da yapamayacakları konusunda güvence aramak amacıyla çevresindekilere anlatma ve sorma ihtiyacı hissederler. Bu obsesyonlar kompulsiyonsuz da olabilir (Şahin, 1997). Örneğin bu obsesyona sahip insanlar sapıklık derecesinde cinsel düşünce, dürtüler ya da hayali görüntüler görebilmekte, kendi aklına eşcinsel olduğu gelebilmekte, hemcinslerine karşı ilgisinin olduğu şeklinde düşünceler, dürtüler ve hayaller gelebilmekte, çocuklara karşı sapıkça cinsel isteği varmış ya da kendi ailesi ile ensest ilişki oluşacağı şeklinde takıntılı düşünceler oluşabilmekte ve annesi, kardeşi ya da herhangi biriyle ilişkiye girmiş gibi görüntüler gözünün önüne gelebilmektedir (Koyuncu, 2012, s. 14-17).

1.1.4.5. Dini Obsesyon

Genellikle dindar bir insanda günah sayılan düşüncelerin akla gelmesi şeklinde ortaya çıkan obsesyonlardır (Tükel, 2000). Bu obsesyonlara tezin ikinci bölümünde detaylı olarak yer verilecektir.

1.1.4.6. Simetri Obsesyonu

Simetri ve düzen gereksinimi duyan hastalar, olayların ya da nesnelerin tam istedikleri düzende, mükemmel ya da kesin bir simetrisi olmaları gerektiği obsesyonuna sahiptirler (Şahin, 1997). Nesnelerin ve olayların belli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunmasıyla karakterize obsesyonlardır (Tükel, 2000). Örneğin bu hastaların sakal traşı olması saatleri alabilir (Şahin, 1997). Bu obsesyona sahip hastaların tüm günleri kurdukları düzen ve simetrinin devamını sağlamakla geçer ve evdeki her şeyi belirli bir düzen ve sıraya koymak isterler (Koyuncu, 2012, s. 12-14).

1.1.4.7. Somatik Obsesyon

Bedensel obsesyonların en sık görülen şekillerinden birisi, hastalık kapma ile ilgili takıntılı düşünce ve düşlemlerdir. Bu tür hastalar basit bir bedensel işareti felaket olarak yorumlarlar (Koyuncu, 2012, s. 20). Böyle durumlarda kişi, sürekli olarak söz konusu hastalıklara yakalanma korkusu içindedir ve korunmak için çeşitli önlemlere başvurmaktadır (Tükel, 2000).

Somatik obsesyonlar güncel hastalıklarla kanser, AIDS, kuduz gibi hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanmayla ilgili olabilir (Tükel, 2000; Şahin, 1997).

1.1.4.8. Biriktirme Obsesyonu

İstifçilik yaygın bir semptomdur ancak klinik tabloya egemen olduğu olgular azdır. Semptomlar çoğu zaman şikayet üzerine ya da biriktirdiklerinin evini, işyerini tamamen doldurmasından dolayı işlevlerini sürdürememesi üzerine tedaviye başvururlar (Şahin, 1997).

1.1.4.9. Diğer Obsesyonlar

Bilme veya hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri söyleme korkusu, doğru şeyi söylememe korkusu, bir şeyler kaybetme korkusu, istenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler, anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma, belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma, uğurlu veya uğursuz sayılar, özel anlamı olan renkler, batıl itikatlarla ifade edilen diğer obsesyonlardır (Karamustafalıoğlu; Üçışık; Ulusoy vd, 1993, s. 86).

1.1.5. Sık Görülen Kompulsiyon Türleri

1.1.5.1. Temizlik

Kişide kirlenme ya da bulaşma obsesyonuna karşılık gelir. Yani kişi bulaşma veya kirlenme düşüncesini, temizlik yaparak etkisizleştirmeye çalışır (Koyuncu, 2012, s. 32). Yineleyen tarzda el yıkama, banyo yapma, sürekli evi, eşyaları temizleme, saatlerce bulaşık ve çamaşır yıkama şeklinde görülen kompulsiyonlardır. Böyle bir durumda kişi, kendini, eşyalarını ya da çevresini kirli ve pis hissetmesinin üstesinden gelmeye çalışmaktadır (Tükel, 2000). Örneğin kişi aşırı ve törensel el yıkayabilir, diş fırçalayabilir ya da banyoda uzun süre kalabilir (Koyuncu, 2012, s. 32). Kendisini aşırı veya törensel el yıkama, aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat, kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler şeklinde göstermektedir.

1.1.5.2. Kontrol

Kontrol etme davranışının nedeni şüphe ya da emin olmama obsesyonlarıdır (Koyuncu, 2012, s. 37). Sıklıkla da güvenliği sağlamakla ilişkili olarak ortaya çıkan kompulsiyonlardır. Örneğin kişi, hava gazı musluğunun kapalı olup olmadığını ya da ütünün prizde unutulup unutulmadığını defalarca kontrol edebilir. Bu törensel davranışlar, evde yaşayanların hava gazından zehirlenmesi, evin havaya uçması, ya da yangın çıkması gibi felaketleri önlemek amacıyla yapılmaktadır ve sıklıkla bunların ardında şiddet ve yok etme içerikli obsesif düşünceler yer almaktadır. Kontrol etme, ayrıca, bulaşmayla ilgili korkuları hafifletmeye yönelik olarak da yapılabilir (Tükel, 2000).

1.1.5.3. Simetri (Sıralama Düzenleme)

Bir denge ve simetri sağlamak üzere eşyaları belli bir düzen içinde tutmaya çalışma tarzındaki kompulsiyonlardır. Sıklıkla, genel bir rahatsızlık duygusunu hafifletmek üzere yapılır (Tükel, 2000).

1.1.5.4. Tekrarlama Kompulsiyonu

Bir takım davranışların belli tarzda ve sayıda yinelandığı kompulsiyonlardır. Bu tür durumlarda törensel davranışın tam olarak yapıldığından emin olunamaz ve davranış emin olununcaya kadar yinelenebilir (Tükel, 2000). Tekrar okuma veya yazma, rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi şeklinde görülebilir (Avasthi vd., 2004).

1.1.5.5. Biriktirme ve Saklama

Bir çok şeyi gereksinim duyulmadığı halde satın alma, sahip olunan hiçbir şeyi atamama tarzında görülür (Tükel, 2000). Hobilerden, maddi veya manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır. Örneğin eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek gibi (Avasthi vd., 2004).

1.1.5.6. Sayma

Otomobil plakalarını, binaların katlarını, evlerin numaralarını, atılan adımları sayma tarzında ortaya çıkar. Zihinsel Kompulsiyonlar arasında yer almaktadır (Tükel, 2000).

1.1.5.7. Diğer Kompulsiyonlar

Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında) , aşırı liste hazırlama, söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi, dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi, göz kırpmaya veya gözlerinin dikme töreni davranışları, tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları gibi kompulsiyonlardır (Avasthi vd., 2004).

Dokunma kompulsiyonu, kişinin kendini belli nesnelere dokunmak zorunda hissettiği kompulsiyonlardır (Tükel, 2000). Çoğu kişinin kültürel özelliklerinden kaynaklı olarak

birtakım batıl inançları vardır. Merdiven altından geçmemek, evden veya herhangi bir yerden sağ ayakla çıkmak gibi. Bu davranışlar kişinin yaşamını etkiliyorsa kompulsif bir davranış halini alır (Koyuncu, 2012, s. 29).

1.1.6. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi

OKB nin nasıl geliştiği OKB hastalarınca merak edilmektedir. Bununla ilgili birçok bilimsel görüş ortaya atılmış ve sonucunda OKB’yi tek bir nedenle açıklayamayacağımız görüşü en çok kabul gören görüş olmuştur. Bu etkenler sırasıyla kişinin kalıtımının da büyük ölçüde etkisiyle şekillenen beyin özellikleri, içinde bulunduğu ortam, koşullar ve yaşadığı olaylar, kişilik özellikleri ve düşünme biçimi, davranış tepkileri ve duygusal özellikleridir. Bunlardan bazıları kimi hastalarda diğerlerine göre daha ön plandadır. Bugün için bu etkenlerin tam olarak OKB’nin gelişimine nasıl yol açtığına ilişkin tek bir görüş olmamakla beraber bu etkenlerin bir arada rahatsızlığa yol açtığı düşünülmektedir (Türkçapar, H., 2012). Bu görüşlerden bazıları şunlardır:

1.1.6.1. Bilişsel Davranışçı Model

Bilişsel- davranışçı kuram açısından, OKB’un oluşumu ve devam etmesini anlamada, Mowrer’in “İki Aşamalı Öğrenme” kuramının yeri önemlidir (Özkırış, 2011:8). Mowrer’in iki basamaklı öğrenme kuramı klasik ve edimsel koşullanma kuramlarını bir araya getirerek anksiyete bozukluklarının oluşumunu açıklar. Bu kurama göre klasik koşullanma ile edinilen korku, kaçınma davranışları ile edimsel olarak koşullanmaya devam ederek pekişir. Yani kaçınma davranışları anksiyetenin azalmasına ve böylelikle korkunun pekişmesine neden olmaktadır (Ceyhun ve Ceyhun, 1994, s. 5-24). Davranışçı görüşe göre, obsesif kompulsif bozukluk, sonuçlarının pekişmesiyle öğrenilen davranışlardır (Akt. Davison ve Neale, 1998, s.146-152). Bu kurama göre obsesyonlar koşullanmış uyaranolardır ve anksiyete oluşturalar (Bayraktar, 1997, s. 25-32). Klasik koşullanma yolu ile öğrenilen korku, edimsel koşullanma yoluyla artarak pekişir ve devamlılık kazanır (Özkırış, 2011:8). Çocukluk dönemindeki yaşantılarla oluşan bazı koşullanmaların (örneğin kirlilikle ilgili ailenin olumsuz tepkileri-kirlendiğinde kızılması ve titiz davranışları, buna karşılık yıkanma, silme davranışlarının beğenilmesi, desteklenmesi) OKB gelişiminde etkili olduğunu öne sürer.

Bu koşullanmaların etkisiyle normalde herhangi bir özelliği taşımayan ve dolayısıyla da sıkıntı doğurma gücü olmayan bazı uyaranlar (örneğin evin zemini, kapı kolu vb) ve durumlara (örneğin kirlilik, bulaşma) karşı öğrenilmiş bir korku ve kaçınma davranışı gelişir (Türkçapar, H., 2012). Kişide anksiyete oluşturan obsesyon, süreç içerisinde kompulsiyonlarla nötralize edilmeye çalışılır. Kompulsiyonların, anksiyetenin giderilmesinde etkili olduğu hasta tarafından görüldükçe kompulsiyonların sıklığı artar (Bayraktar, 1997). Ayrıca birey kompulsiyonlara başvurdukça kısa süreli ve geçici olarak rahatladığı için kompulsiyonlar (yikanma, temizlenme, kontrol vb gibi) yerleşik hale gelir (Türkçapar, H., 2012). Kompulsiyonlar, anksiyeteyi gerçekten azaltsa da bütün kompulsiyonlar kaygıyı aynı derecede azaltmamaktadır. Rachman ve Hodgson (Akt. Davison ve Neale, 1998,) temizleme kompulsiyonu olan hastaların kontrol kompulsiyonları olanlara kıyasla kaygılarını daha fazla azaltabildiklerini bildirmişlerdir. Bunun yanı sıra çocukluk döneminin bazı düşünsel özelliklerinin ve o dönemde oluşan bazı inançların yetişkinlikte de sürdürülmesi (“bir eylemle ilgili düşünmek onu yapmak gibidir”, “kendine ya da başkasına gelebilecek bir zararı önleyememek (ya da önlemeye çalışmamak) o zarara neden olmak demektir”, “sorumluluk bir olayın olasılığının az olmasıyla azalmaz”, “kişi düşüncelerini kontrol edebilmelidir, etmelidir” gibi inançlar) bir diğer etkidir (Türkçapar, H., 2012).

1.1.6.2. Psikanalitik Kuram

Psikanalizin kurucusu Freud'un ve takipçilerinin uyguladığı tedavi yöntemleri, 1970'lere kadar takıntı hastalarında ameliyat dışında en etkili olduğu düşünülen tedavi yöntemi değildi. Ancak bu tedavi yöntemi çok uzun sürdüğü halde fazla başarı elde edilemiyordu. Son yıllarda ise psikolojik oluşumumuz konusunda bilişsel davranışçı yaklaşımlar ön plana çıkmaktaysa da psikodinamik teori hala önemini korumaktadır (Tan, 2004, s.167-212).

Freud obsesif - kompulsif davranışları şöyle tanımlamıştır: "Hastanın zihni gerçekte kendisini hiç ilgilendirmeyen düşüncelerle doludur ve kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmektedir; arada bir karşı duramadığı eylemlere geçmek zorunda kalır. Zihnine takılan bu düşünceler -obsesyonlar- hasta için hiçbir anlam taşımadığı gibi, çoğu kez kendisine de saçma gelir. Bu düşünceler aslında hiçbir zaman eyleme dönüşmezse de, hastanın, bu düşünceleri anımsatan durumlardan sürekli kaçmasına neden olurlar.

Hastanın kendi istemi dışında yaptığı davranışlar, günlük yaşamın olağan etkinlikleri olan yıkanma gibi eylemlerin abartılmış ve törensel biçimlerinden öteye gitmez; ne var ki, obsesif eylem veya kompulsiyon denilen bu zararsız davranışlar kişinin istemi dışında yapılır" (Geçtan, 1989, s. 220).

Psikanalitik kuram OKB ile ilgili iki temel görüş üzerine odaklanmaktadır. Bunlardan birisi, "anal dönemdeki tuvalet eğitimi", ikincisi "kabul edilemeyecek cinsel ve saldırgan dürtülere karşı kullanılan savunma mekanizmalarıdır" (Eryılmaz ve Tosun, 2013, s. 121-130).

Psikanalitik kuramda obsesyonlar ve kompulsiyonlar benzer olarak kabul edilir (Davison ve Neale, 1998). Buna göre çözümlenmemiş ödipal çatışmalardan kaynaklanan anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluğun dinamiğinde önemli rol oynamaktadır. Kişide daha önce gelişmiş olan anal fiksasyon, anksiyete karşısında bireyin daha güvenli olduğu bu döneme gerilemesine neden olur (Köroğlu, 1995). Klasik analitik kuramsal formülasyonda regresyon, obsesif-kompulsif bozukluğun oluşumunda temel mekanizmadır ve kişide konversiyon histerisi gelişeceğine obsesif-kompulsif bozukluk gelişmesini belirleyen mekanizmadır (Davison ve Neale, 1998). Buna göre Obsesif kompulsif hastanın, ödipal dönemin çatışmaları ile baş edemediği, anksiyete duyduğu ve daha önceki bir psikoseksüel gelişim dönemine -anal sadistik döneme- gerilediği kabul edilir (Freud, 1913, s.125-143.).

Obsesyonel nevrozun gelişiminde çocuğun boşaltım işlevlerinin denetimini kazandığı ve tuvalet eğitiminin verildiği anal dönemin özel önemi olduğu öne sürülmüştür. Tuvalet eğitimi, çocuğun egosu ile dürtüleri arasındaki ilişkinin gelişmesinde önemlidir. Tuvalet eğitimi, çevrenin dikkate alınması ile çocuğun dürtü doyumunu geri bırakmayı veya ondan vazgeçmeyi öğrenip öğrenemeyeceği ilk durumdur. (Topçuoğlu, 2003, s. 46-50) Anal dönemin belirgin özelliklerinden biri, hemen hemen eşit düzeydeki birbirine zıt dürtüler arasında çatışmanın olmasıdır. Eşzamanlı olarak sevgi ve nefret duygularına sahip olan kişinin duygu ve davranışlarında "iki değerlilik (ambivalans) mevcuttur. Bu özelliği nedeniyle de her eyleminde sevgi ve nefret arasındaki karşıtlığı yaşar (Tükel, 2000). Bu süreçte yaşanan çatışmada bazen idin saldırgan dürtüleri, bazen de savunma mekanizmaları öne geçer (Davison ve Neale, 1998). Freud'a göre, be novrozların oluşmasının temel özelliği; yaşamın ilk yıllarında anne-babaya karşı

zıt(ambivalan) duyguların ve ödipal çatışmaların çözümlenememesidir (Özkırış, 2011:8). Tuvalet eğitimi çevresindeki çatışmalarla anal karakter özelliklerinin oluştuğu kabul edilir (Topçuoğlu, 2003).

Psikodinamik kurama göre, obsesif kompulsif semptomların ve karakter özelliklerinin şeklini ve niteliğini belirleyen başlıca üç savunma mekanizması vardır: İzolasyon (Yalıtma), Yapma Bozma ve Reaksiyon Formasyon (Karşı Tepki Oluşturma) (Koroğlu, 1995).

a- İzolasyon (Yalıtma): İzolasyon kişiyi anksiyete doğuran etkilerden ve dürtülerden koruyan bir savunma mekanizmasıdır. İzolasyon savunma mekanizması kullanıldığında, ortaya çıkan etki kaynağını aldığı düşünce içeriğinden ayrılır ve bilinçdışına itilir. Yalıtma tam olarak gerçekleştiğinde dürtünün duygusal bileşeni, düşünsel içeriğinden ayrılarak bilinç dışına itilmektedir (Özkırış, 2011:8).

b- Yapma Bozma: Dürtünün birincil savunması olan izolasyondan kaçma ve serbestleşme tehdidi karşısında bununla savaşmak ve dürtünün bilince çıkabilecek olmasının hastada doğurduğu anksiyeteyi gidermek için ikincil savunucu işlemler gerekir. Yapma bozmada bir eylem bir diğeri tarafından iptal edilmektedir. Bu iki evreli işlemler birbirine zıt iki dürtü (sevgi - nefret) arasındaki çatışmayı ifade etmektedir. Buradaki temel amaç, bir eylemin iptal edilmesi ve farklı bir niyetle tekrarlanmasıdır. Eskiden dürtüsel olarak yapılmış olanın yerine şimdi süper egonun yaptırdığı geçirilmektedir (Topçuoğlu, 2003). Bu nedenle, obsesiflerin içinden geleni yapmak istedikleri / yaptıktan sonra ise yapmamaları gerektiğine inandıkları için davranışlarını iptal ettikleri ya da kompülsiyonlar geliştirdikleri düşünülebilmektedir (Eryılmaz ve Tosun, 2013).

c- Karşı Tepki Oluşturma: Birey esas güdüsünün tam tersi bir güdüye sahip olduğuna inanarak esas güdüsünü gizleyebilir. Örneğin, manevi huzursuzluğa düşen, başkasına karşı derin bir kin duyan biri, bunu örtmek için, yapay bir sevgi davranışına bürünebilir. Bu durumda, saldırgan ve olumsuz duygular daima bu sevgi örtüsü altında kalırlar. (Ünlü, 2001, s. 151-176). İnsanları sömürmeye meyilli bir politikacı sürekli sömürüye karşı savaştan, diktatörlük heveslisi bir lider her gün demokrasiden bahsedebilir. Yasakların çağrısına dayanmakta zorluk çeken bir kişi kurallara aşırı bağlılık

gösterebilir. Bazı insanların içlerindeki kirlenme duygusuna karşı temizlik ve titizlik hastası olarak rahatlamaya çalışmaları buna örnek olabilir (Tan, 2004).

1.1.6.3. Psikososyal Etkenler

Bilişsel kuramlar açısından OKB'yi anlamada bir diğer kavram da sosyal öğrenmedir. Sosyal öğrenme kuramlarına göre, anksiyete iç çatışmalardan ziyade belirli dış olaylardan tetiklenir. Genelleşmiş anksiyetesi olan kişi, karşılaştığı pek çok durumun kendi kontrolünde olmadığını hisseder; bu nedenle, kaygı duyguları hemen her zaman mevcuttur (Atkinson vd., 1995). Ailesinde OKB öyküsü olan bireylerin, bu düşünce ve davranışları bakış açısıyla da açıklanabilmektedir.

Temel olarak bireyin psikososyal gelişimini psikolojik, sosyal ve kültürel güçlerin etkileşimlerinin ortak ürünü olarak tanımlayan Erikson'a (1963) göre bilişsel, biyolojik ve genetik etkiler sonucu ortaya çıkan ve yaşam boyu süren bir süreç olan kişilik gelişimi, geçmiş ve gelecek başarıların ışığında hiyerarşik ve sırası değişmeyecek bir biçimde sekiz farklı evreden oluşur (Özgüngör ve Kapıkıran, 2011, s. 114-126). Bu evreler sırasıyla şunlardır:

1. Temel Güvene Karşı Güvensizlik (0-18 ay),
2. Özerkliğe Karşı Utanç ve Şüphe (1,5-3 yaş),
3. Girişimciliğe Karşı Suçluluk Duygusu (3-6 yaş),
4. Çalışkanlığa Karşı Yetersizlik Duygusu (6-11 yaş),
5. Kimlik Kazanmaya Karşı Kimlik Karmaşası (12-21 yaş)
6. Yakınlığa Karşı Yalıtılmışlık (Yalnızlık) (21-30 yaş)
7. Üretkenliğe Karşı Verimsizlik (Durgunluk) (30-65 yaş)
8. Benlik Bütünlüğüne Karşı Umutsuzluk (65 yaş ve sonrası)

Erikson'a göre her birey bu dönemler içerisinde bir dizi kriz ve dönüm noktasıyla karşılaşmaktadır. (Arslan ve Arı, 53-60). İnsanların sağlıklı bir kişilik kazanmalarında bu krizlerin ya da çatışmaların başarılı olarak atlatılması önem taşımaktadır. Bir evredeki krizin başarılı olarak atlatılması kendinden sonraki evre için sağlıklı temeller oluşturmaktadır (Senemoğlu, 2004, s.74).

Erikson, insanın diğer insanlarla ilişki içinde geliştiğini öne sürmüş ve sosyal çevre içinde yer alan anne-baba, öğretmenler ve arkadaşların çocuğun psiko-sosyal gelişimi için önemli ve gerekli bir rol oynadığını belirtmiştir (Özdemir; Özdemir; Kadak vd., 2012, 566-589). Özellikle okul öncesi dönemde çocukların aile ilgili yaşantıları kişilik gelişiminin ilk üç aşaması için önemli bir yer tutmaktadır.

Birinci evrede çocuğun dünyasında anne ya da yerine geçen kişi, birinci derece önemlidir. İhtiyaçları giderilirken annenin çocuğunu sevmesi, okşaması, sıcaklığını hissettirmesi, ilgilenmesi, çocuğun gerek kendisine, gerekse çevresine güven duygusunun temelini atar (Senemoğlu, 2004). Annenin çocukla olan bu etkileşimi sayesinde çocukta annenin kendisini sürekli sevdiği ve ihtiyacı olduğunda sürekli yanında olduğu duyguları pekişir. Bu noktada çocukla anne arasında güvene dayalı bir ilişki kurulmuş olur. Eğer bu ilişki sağlanamazsa bu dönemde yaşanabilecek olumsuz duygu güvensizliktir. Güvensizlik duygusu, annenin çocuğun yanından ayrıldığında kaygı duyması, ağlaması ile kendini göstermektedir. Çocuk kaygıyı ilk kez bu durumda yaşamaktadır.

Bu döneme ilişkin Bowlby'nin bağlanma kuramı da bize bazı bilgiler vermektedir. Bowlby'e göre çocuğa temel bakım veren kişi ile çocuk arasında kurulan sosyal bağ normal gelişim için oldukça önemlidir (Kapçı, ve Küçüker, 2006, s. 286-295). Ainsworth ve arkadaşları (1978), Bowlby'nin kuramını temel alarak üç tür bağlanma örüntüsü betimlemiştir. Temel gereksinimlerine zamanında karşılık verebilen bir bakıcının varlığında güvenli; bakıcının, bebekten gelen sinyallere tutarsız karşılık verdiği ya da zamanında karşılık veremediği durumlarda kaygılı/kararsız bağlanma; bakıcının bebeğin gereksinimlerine karşı tutarlı olarak tepkisiz kalması durumunda ise bebeğin bakıcısına kaygılı/kaçınmacı tarzda bağlandığı belirtilmektedir (Kapçı ve Küçüker, 2006).

Erikson'un psikososyal gelişimin ifade ettiği diğer bir dönem de 12/18-36 ay arası çocukları kapsayan özerkliğe karşı utanç ve şüphe dönemidir. Bu dönem çocuğun bağımsızlığını kazanmak istediği dönemdir. Özellikle psikomotor becerileri gelişen çocuk yürümeye ve konuşmaya başlamaktadır. Kazanılan bu iki önemli yetenek onu süt çocukluğunun güçsüz, edilgin ve bağımlı durumundan çıkarır (Yörükoğlu, 2004, s.52) Bu beceriler onun çevreyi daha iyi tanımasına ve araştırmasına destek olmaktadır.

Çocuğun kısmi olarak bağımsızlığını kazandığı bu dönemde anne-baba ile çocuk arasında beslenme, oyun oynama, kurallara uyma gibi bir çok alanda gerginlikler yaşanabilmektedir. Çocuğun isteklerine ve bağımsızlık kazanma duygusuna karşı anne babaların tavır ve tutumları çocuklarda ileriki yaş dönemlerinde oluşabilecek psikolojik rahatsızlıklara zemin hazırlayabilmektedir.

Yapılan bazı çalışmalar anne-babaların çocuk yetiştirme davranışlarının bireylerin ruhsal durumlarını etkilediğini göstermektedir. Anne-babaları tarafından baskıcı ve disiplinli bir tutumla yetiştirildiğini ifade eden bazı ergenlerin anne babalarına karşı korkulu ve güvensiz bağlandıkları ortaya çıkmıştır (Keskin ve Çam, 2008, s.139-147). Bu bağlanma stili ise kişide ileriki yaşlarda ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır.

Yapılan çalışmalar da göz önüne alındığında çocuğun özerkliğini kazanmaya başlayacağı bu dönemde anne-baba otoriter ve baskıcı bir tavır izler ve dayak, korkutma ve ayıplama yöntemleriyle çocuğa aşırı bir baskı uygularsa çocuk, doğal eğilimlerini içe bastırarak anne-babanın istediği davranışları benimsemek zorunda kalmakta ve anne-babaya karşı karşıt tepkiler göstermek durumunda kalmaktadır. Bu durumda çocuk dönemin doğal özellikleri arasında yer alan pisleme ve dağıtma yerine aşırı titizlik ve temizlik-düzenlilik davranışlarını koyabilmektedir (Yörükoğlu, 2004). Bu davranışlar da yaşamın ileriki yıllarında karşımıza obsesif-kompulsif davranışlar olarak çıkabilmektedir.

1.1.6.4. Biyolojik Etkenler

OKB'de kalıtımın rolü üzerinde uzun süreden beri durulmaktadır (Nestdat; Samuels; Riddle vd, 2000, s. 358-363). Önceleri aile çalışmaları şeklinde yapılan araştırmalar son zamanlarda özgül genetik yöntemlerle tasarlanmakta ve OKB'nin genetik temeli ile ilgili kesin bir sonuç bulunmamakla birlikte varolan bilgiler giderek artmaktadır (Demet, 2005, 45-52). OKB'nin heterojen bir hastalık olması, OKB spektrum bozukluklarının ve eşik altı durumların tanıda yarattığı kargaşa hastalığın biyolojik kökeninin gösterilmesini zorlaştırmaktadır. OKB'de yapılan aile ve genetik çalışmaları hastaların akrabalarında beklenenin üzerinde psikiyatrik bozukluk oranları göstermektedir. Aday gen belirleme, aile ve ikiz çalışmaları sonuçları sadece hastalığın

patogenezinin belirlenmesine değil tedavi ve tanı stratejilerinin de gelişmesine yardımcı olacaktır (Vardar, 2000, s.153-159).

Obsesif Kompulsif Bozuklukta önemli derecede genetik bir yatkınlık olduğu düşünülmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastalarda yapılan aile çalışmalarında bu hastaların birinci derecede akrabalarında % 35 oranında benzer bir bozukluğun olduğu bulunmuştur (Köroğlu, 1995). Demet ve arkadaşlarının (2005) yaptığı diğer bir çalışmada da hastaların %28'inin birinci derece akrabalarında obsesif kompulsif bozukluk olduğu belirtilmiştir (Demet; Deveci; Deniz, 2005, s.133-144).

OKB'de açık olarak aileselliği gösteren bazı aile araştırmaları mevcuttur. Bu araştırmalarda OKB olan probandların akrabalarında, kontrol probandlarının ailelerine göre 3-5 kat daha yüksek oranda obsesif kompulsif bulgular olduğu bildirilmektedir (Sadock ve Sadock, 2007, s. 1718-1788).

Genel olarak yapılan gen çalışmaları bazı OKB olgularının kalıtsal özelliği varken bazılarının olmadığını; başlangıç yaşı, nörolojik semptomlar, bozuklukta semptom özellikleri gibi alt tiplerinin belirlenmesinin çalışmalardan alınan sonuçları etkileyeceğini; aile ve ikiz çalışmaları, OKB'de kalıtımın rolüne ilişkin kanıtlar sağlamasına karşın, bu kalıtımın niteliği hakkında bir sonuca varılmasında yeterli olmadığını göstermektedir. Yapılan son çalışmalar immun sistem ile OKB arasında pozitif sonuçlar bulunduğunu göstermektedir (Vardar, 2000; Demet, 2005).

1.1.6.5. Nörobiyolojik Çalışmalar

Obsesif kompulsif bozuklukta (OKB) hastalığı daha iyi anlamak ve daha etkin tedavi yöntemleri geliştirmek için nörobiyolojik araştırmalar önemli rol oynamaktadır. Serotonin varsayımı, bu nörotransmitter üzerinden etkili olan ilaçların hastalıkta etkinliği ile ortaya çıkmıştır ancak tedavi etkinliği oranları ve diğer serotonerjik sisteme yönelik çalışmalar hastalık etyolojisini açıklamada yetersiz kalmıştır (Işıklı ve Gönül, 2012, s. 24-32).

1.1.7. OKB'nin Epidemiyolojisi

OKB ile ilgili yapılan epidemiyolojik araştırma verileri arasındaki farklılıklar hastaların yakınmalarını gizlemesi, belirti ve bulguları kişilik özelliği olarak kabul etmeleri; başka bir deyimle bunun bir hastalık değil yaradılış olduğuna inanmaları, bir bölümünün psikiyatri dışı disiplinlere (temizlenme kompulsiyonları bulunan hastaların sık sık ellerini yıkamaları nedeniyle gelişebilen dermatit nedeniyle dermatologlara gitmesi gibi) başvurmaları gibi nedenlerle bu hastaların psikiyatri kliniklerine başvurusu gerçek OKB oranlarını yansıtmamaktadır. Bu nedenlerle psikiyatri kliniklerine başvuran hastaları temel alarak yapılan epidemiyolojik araştırmalara göre bu hastalık, gerçekte olduğundan daha az görünmektedir (Bayraktar, 1997). OKB kişi tarafından bir yakınma ve hastalık belirtisi olarak getirilmedikçe tanınması hemen hemen olanaksızdır (Öztürk ve Uluşahin, 2008, s. 480-496).

Son zamanlarda yapılan bir çok araştırma obsesif kompulsif bozukluğun sıklığının tahmin edilenden fazla olduğunu göstermektedir. OKB'nin belirgin olarak heterojen doğası hem de klinik olmayan zorlayıcı düşünceler ile klinik obsesyonları ayırt etmedeki zorluk, bu yaşantıların hastalık ile ilişkili yaşantı olarak tanınmasını zorlaştırmaktadır. Bu durum bu sorunları olan kişilerin daha az sağlık yardımı araması ile sonuçlanmaktadır (Beşiroğlu; Akman; Selvi vd., 2010, 133-138).

TPD' ye göre büyük toplum kesimlerinde yapılan araştırmalarda OKB'nin her 100 kişiden 2-3'ünde görüldüğü saptanmıştır. Ancak pek çok kişi; belirtilerinin çok hafif olması, hastalıklarını gizlemeleri, kimseye belli etmek istememeleri veya yıllarca süren sorunlarını artık benimsemeleri nedeniyle hekime başvurmaktan kaçınmaktadırlar (Köroğlu, 1995).

Hastaların çoğunluğunun psikiyatri uzmanları dışındaki hekim veya hekim dışı kişilere başvurması, OKB'nin toplumumuzda diğer ruhsal bozukluklara göre daha az tanındığını düşündürmektedir. Bunda toplumumuzda özellikle bulaşma obsesyonu ve yıkama / temizleme kompulsiyonu olmak üzere OKB belirtilerinin kişilerin 'huyu', 'karakteri' olarak bilinmesinin rolü olabilir (Uğuz; Karababa; Aşkın, 2007, s. 29-33)

Obsesif-kompulsif bozukluk, yapılan ilk çalışmalarında nadir görülen bir bozukluk olarak bulunmakta ve toplumda %0.05 gibi düşük oranlarda var olduğu kabul

edilmekteydi (Crino; Slade; Andrews, 2005, s.876-882). Tayvan'da yapılan çalışmalarda OKB'nin yaşam boyu prevelansı % 0,5 - % 0,9 arasında; Hindistan'da yapılan çalışmada ise % 0,6 olarak bulunmuştur (Yeh ve ark. 1985; Khanna vd., 1993).

Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarla yaşam boyu yaygınlığı % 2.5-6.2 arasında, 12 aylık yaygınlığı % 0.5-5.6 arasında tespit edilmiştir (Doğan; Gülmez; Ketenoğlu, 1995, s. 50-52; Kırkpınar; Özer; Coşkun vd., 1997, s. 253-265; Çilli; Telcioğlu; Aşkın vd., 2004, s. 367-374). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre; 12 aylık bir sürede genel toplumda toplam OKB oranı % 0.5 olarak tespit edilmiştir (Erol; Kılıç; Ulusoy vd., s. 77-98).

ABD'de epidemiyolojik alan araştırması (Epidemiologic Catchment Area, ECA) çalışmalarında erişkinlerde yaşam boyu yaygınlığı % 3.3, bir aylık yaygınlığı klinik örnekleme % 0,6 genel örnekleme % 3.1, altı aylık yaygınlığı %1-2 olarak bulunmuştur (Crino vd., 2005; Stein; Forde; Anderson vd., 1997, p. 1120-1126; Korno; Golding; Sorenson vd., 1988, s. 1094-1099)

Çocuk ve ergenler söz konusu olduğunda ise bulgular ergen ve ailesi için çekilmez bir hale geldiğinde klinik başvurusu yapılmaktadır (Calvocoressi; Lewis; Haris vd., 1995, s. 441-446). Çocuklar ve ergenler genellikle semptomlarını saklama eğilimindedir. Bu nedenle ailelerden alınan bilgiler kişilerin yaşadığı gerçek OKB tanısını ve şiddetini anlamada yetersiz kalmaktadır.

Yapılan araştırmalar OKB yaygınlığında cinsiyet ile ilgili farklı sonuçlar vermektedir. Kimi araştırmalarda OKB'nin kadınlarda daha fazla, kimisinde erkeklerde daha fazla kimisinde her iki cinsde de eşit olduğu ifade edilmektedir. DSM IV TR'ye göre kadınların Obsesif-Kompulsif Bozukluk geliştirme olasılıkları erkeklerden biraz fazladır (Frances ve Ross, 2001). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre de OKB oranı kadınlarda (% 0.6) erkeklerden (% 0.2) üç kat yüksek oranda bulunmuştur (Erol vd., s. 77-98). Yapılan birçok araştırmada da kadın erkek oranı 3/2 olarak bulunmuştur (Sayar; Uğurad; Acar, 1999, s.142-147). Bayraktar'a göre OKB, erişkinlerde her iki cinsiyette eşit sıklıkta görülmekte, çocukluk döneminde gelişen OKB'de ise hastaların %75'ini erkek çocuklar oluşturmaktadır (Bayraktar, 1997). Sivas ilinde yapılan bir çalışmada araştırmaya seçilen örneklemin 16-65 yaş aralığında %66.7 kadın, %33.3'ü erkek olan

957 kişi oluşturmuştur (Doğan, 2010, s.12-22). Meram Üniversitesinde yapılan bir araştırmada örneklemin %69.2 kadın, % 30.8 ise erkek olarak bulunmuştur (Uğuz vd., 2007). OKB fenomenolojisi ile ilgili yapılan diğer bir çalışmada rastgele seçilmiş 40 OKB hastasından oluşan bir örneklem grubunda ise %35 erkek, %65 kadın hasta bulunmuştur (Sayar vd., 1999). Rasmussen ve arkadaşlarının 44 kişilik çalışma grubunda % 64, Coryell'in çalışmasında % 66 oranında kadın oranı bulunmuştur (Rasmussen ve Tsuang, 1986, s. 317-322; Coryell, 1981, s. 220-224). Demet ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tüm hastalarda 33.19 ± 12.52 yıl - erkeklerde 31.38 ± 16.33 yıl, kadınlarda 33.79 ± 11.05 yıl olarak bulunmuştur (Demet vd., 2005). Bu çalışmaların aksine Okasha ve arkadaşlarının (1994) Mısır' da yaptığı çalışmada ise erkek hasta oranları kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Okasha; Saad; Khalil vd, 1994, s. 191-197).

Ortalama başlangıç yaşı oldukça geniş bir aralıkta seyretmektedir. Erkeklerde OKB başlangıç yaşı 19, kadınlarda ise 22 yaş civarında olduğu ifade edilmekle birlikte Sayar ve arkadaşlarının (1999) yaptığı bir çalışmada başlangıç yaşı erkeklerde 18.2 ± 6.9 , kadınlarda 24.5 ± 9.4 olarak bulunmuştur (Sayar vd., 1999).

Yapılan bir çalışma ilk doğum ve tek çocukların OKB'ye daha yatkın olduğunu ve vakaların %34'ünün ilk çocuk olduğunu gösterirken, diğer bir çalışmada arada bir fark bulunamamıştır (Demet vd., 2005).

Sosyoekonomik düzeyle ilgili yapılan araştırmalar da çelişkiler taşımaktadır. Sosyoekonomik düzey ile ilgili yapılan araştırmalarda bazı araştırmalar OKB'lerin üst sosyoekonomik sınıftan olduğunu gösterirken, bir diğer araştırma ise sosyoekonomik sınıfla bir ilişki gösterememiştir (Samuels ve Nestadt, 1997, s. 61-72; Parkin, 1997, 73-82). Gözleme dayalı bazı klinik çalışmalarda OKB vakalarının zekalarının ortalamaya göre daha yüksek olduğu söylenmiştir. Başka bir çalışmada ise, WAIS Zeka testine göre ölçüm yapılmış ve bu sonuç desteklenememiştir. Hastanede yatan OKB vakalarında yapılan bir çalışma ise, OKB vakalarının ortalamanın üstünde zeka seviyeleri olduğunu göstermiştir.

Meram Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmaya göre psikiyatri kliniğine başvuran 18-65 yaş arasındaki 104 hasta arasında yaş ortalaması 32.2, OKB'nin başlama yaşı ortalama

22.8 (aralık=10-64), toplam 104 hastanın 72'si (%69.2) kadın, 32'si (% 30.8) ise erkek; 35'i (% 33.7) bekar, 64'ü (% 61.5) evli, 5'i (%4.8) boşanmış, dul veya ayrı yaşamakta idi. Hastalardan 54'ü (% 51.9) ilköğretim, 33'ü % 31.7) ortaöğretim ve 17'si (% 16.3) yükseköğretim mezunu olarak bulunmuştur (Uğuz vd., 2007).

OKB fenomenolojisi ile ilgili yapılan diğer bir çalışmada rastgele seçilmiş 40 OKB hastasından oluşan bir örneklem grubunda 14'ü erkek (%35), 26'sı kadın (%65) hastanın ortalama yaş 28.78 ± 11.07 , ortalama başlangıç yaşı 22.38 ± 9.06 olarak bulunmuştur. Ortalama yaş ve ortalama başlangıç yaşı açısından erkek ve kadın denekler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kırk hastanın 22'si (%55) evli, 16'sı (%40) bekar ve 2'si (%5) dul olarak bulunmuş ve hastaların 3'ü (%7.5) okuma yazma bilmediği, 15'i (% 37.5) ilkokul mezunu, 4'ü (% 10) ortaokul mezunu, 14'ü lise mezunu (%35), 4'ü (%10) yüksek okul mezunu olduğu tespit edilmiştir. Hastalık süresi 1 yıl ile 34 yıl arasında değiştiği ve ortalama değer 6.5 ± 6.36 yıl olarak bulunmuştur. Hastaların üçünde ailede OKB öyküsü bulunmuştur (%7.5). Hastaların önemli bir kısmında (n:36, %90) obsesyon ve kompülsiyonlar birlikte görülürken, dört hastada (%10) sadece obsesyonlar bulunmuştur. Depresyonun cinsler arasında eşit olmayan bir dağılım gösterdiği bulunmuştur. Hastalık süresi ise (6.5 ± 6.36 yıl) olarak tespit edilmiştir (Sayar vd., 1999).

Türk ve Fransız hastalarla yapılan bir diğer çalışmada ise çalışmaya alınan OKB tanısı konulmuş Türk hastaların 22'si kadın (%73.3), 8'i (%26.7) erkek (kadın erkek oranı 2.8/1); Fransız hastaların 17'si kadın (%56.7), 13'ü (%43.3) erkek (kadın erkek oranı 1.3/1) olarak bulunmuştur. Hasta gruplarının cinsiyet yönünden birbirleriyle karşılaştırılması ise istatistiksel yönden anlamlı olarak bulunmamıştır. Türk hastaların yaşları 18-57 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 35.3 (SS:10.5), Fransız hastaların yaşları 24-63 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 37.9 (SS:12.1) olarak bulunmuştur ($t=0.227$, pAD). Fransız hastaların öğrenim düzeyi Türk hastalardan anlamlı şekilde yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.01$). Mesleki yönden Türk hastalarda ev kadını ve memur olanlar ($p<0.01$ ve $p<0.05$), Fransız hastalarda işçi ve serbest çalışanlar çoğunlukta olmakla beraber ($p<0.05$). Türk hastalarda evli, Fransız hastalarda bekar olanlar çoğunlukta olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). (Tezcan; Millet; Kuloğlu, 1998, 35-41)

OKB'nin sosyodemografisi ile ilgili Manisa Psikiyatri ABD'de yapılan bir diğer araştırmaya göre de örneklem hasta sayısı 96'dır. Erkek hasta sayısı 24 (%25), kadın hasta sayısı 72'dir (%75). Hastalığın ortalama başlangıç yaşı 23.89 ± 11.3 (aralık = 7-60 yaş), ortalama hastalık süresi 9.3 ± 8.28 yıl (aralık = 1-36 yıl) olarak belirlenmiştir. Hastaların birinci derece akrabalarında obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığı %28 olarak belirlenmiştir. Hastaların obsesyon ve kompulsiyon dağılımlarına bakıldığında erkek hastalarda saldırganlık (%70.8) ve diğer obsesyonlar başlığı altında toplanan bilme ve anımsama gereksinimi, uğurlu ve uğursuz sayılara inanma ve çeşitli batıl inanışlar (%62.5) ile kirlenme (%58.3) ve simetri (%54.2) obsesyonları en sık görülen obsesyonlar olarak belirlenmiştir. Erkek hastalarda en sık görülen kompulsiyonlar ise yineleyici törensel davranışlar (54.2), temizlik-yıkama kompulsiyonları (%50.0), kontrol kompulsiyonları (%45.8) ve dokunma gereksinimi, aşırı liste hazırlama ve batıl davranışlar şeklindeki diğer kompulsiyonlar (%37.5) olarak saptanmıştır. Kadın hastalarda ise saldırganlık obsesyonları (%75), kirlenme (%59.7), simetri (%59.7) ve kuşku (%58.3) obsesyonları en sık görülen obsesyonlardır. Kadın hastalarda en sık görülen kompulsiyonlar ise temizlik-yıkama kompulsiyonları (%69.4), kontrol kompulsiyonları (%54.2), tekrarlayıcı törensel davranışlar (%47.2) ve diğer kompulsiyonlardır (41.7). Erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan tek obsesyon kadınlarda daha yüksek oranda olmak üzere biriktirme obsesyonlarıdır.

1.1.8. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisi

Bu alanda çeşitli bilişsel, davranışsal ve tıbbi tedavilerin karşılaştırmalı olarak incelendiği heyecan verici güncel araştırmalar vardır ve hekim hastanın tercihi ve bozukluğun şiddetine göre psikoterapiyi, ilaçları ya da ikisinin birleşiminden oluşan bir yöntemi seçebilmektedir (Frances ve Ross, 2001).

OKB'nin tedavisine, semptomlarının hastaya açıklanması ve gerekliyse, bunun çıldıracağı anlamına gelmediğinin vurgulanmasıyla yani psikoeğitimle (Türkçapar, 2012) başlanmalıdır. Aynı zamanda hastanın yakınları bilgilendirilmeli, tedavide işbirliği yapmaları sağlanmalıdır. Hastaya karşı ödünsüz ama sevecen ve sempatik bir tutum sergilenmesi önemlidir (Köroğlu, 1995). Foa ve arkadaşlarına göre ise de (Akt.

Davison ve Neale, 1998) ailelerle işbirliği kısıtlamalara yol açacağından hastaların çoğunun hoşuna gitmemekte ve hastaların %25'i bu nedenle tedaviyi reddetmektedir.

Günümüzde OKB hastalarının çoğu, ilaç ve davranış tedavilerinden yararlanarak tedavi edilmektedir. OKB nin tedavisinde öncelikle serotonin geri alım inhibitörü ilaçlar ile “alıştırma” ve “tepki önlenmesi” ni içeren davranış tedavisi kullanılmaktadır. Çeşitli araştırmaların sonuçları ilaç ve davranış tedavilerinin birlikte uygulanmasının en iyi sonucu verdiği yönündedir (Tükel, 2000). Son zamanlarda uygulanan bilişsel davranışçı tedavilerin etkinliği ise % 85'e kadar varmaktadır (Türkçapar, 2012).

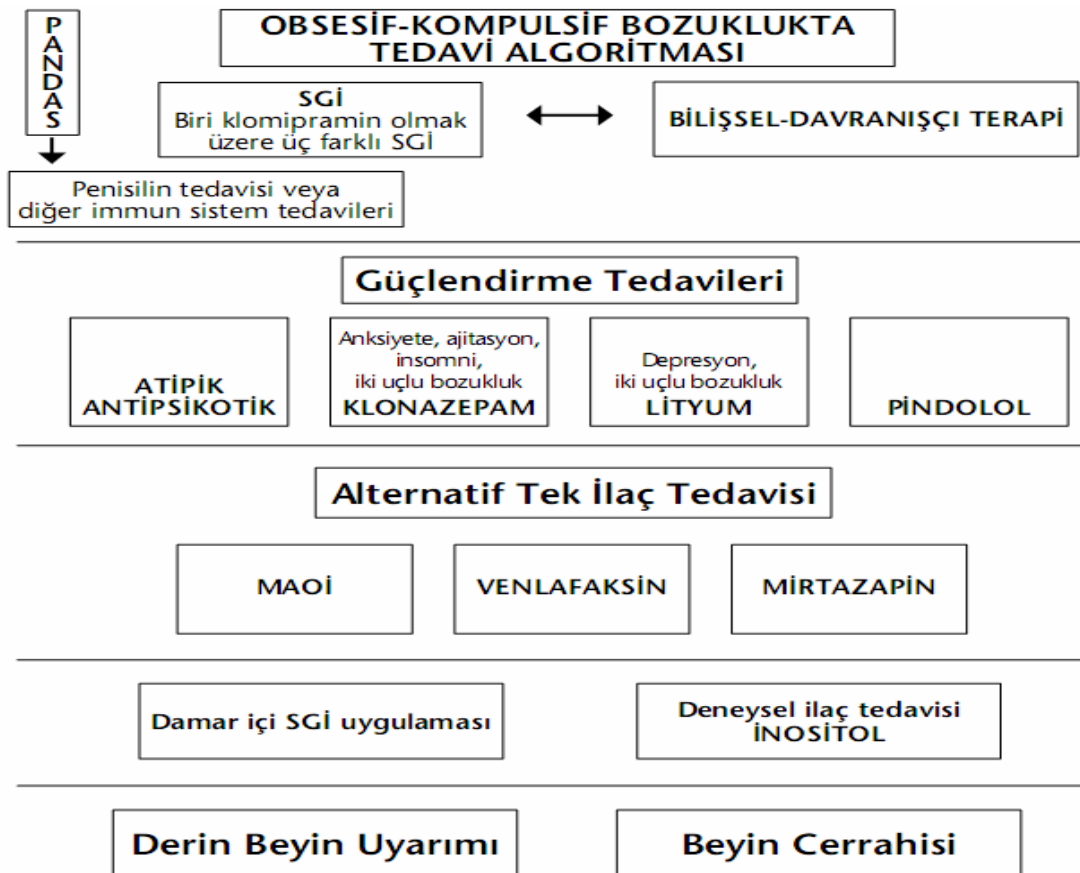
1.1.8.1. Farmakoterapi

Yapılan bir çok klinik çalışma ile OKB'de farmakoterapinin etkili olduğu gösterilmiştir. (Köroğlu, 1997, s.145-167). Ancak bu ilaç tedavisi herhangi bir tedavi olmayıp özgül olarak OKB de etkili olduğu gösterilmiş ilaçlardan oluşmalıdır. OKB'de yardımcı olan ilaç grubu serotonin geri alım inhibitörleri adını verdiğimiz bir grup antidepresandır. Bu ilaçlar serotonin adı verilen ve sinirler arası iletide rol alan beyindeki bir kimyasal madde olan serotoninin sinir aralığındaki miktarını sinirlere geri alımını önleyerek artırır. Serotonin geri alım önleyici sınıfına giren ve OKB de yararlı bulunan birçok ilaç vardır. İlacın türüne göre yarar sağlama açısından bazı ilaçların daha etkili olduğunu gösteren veriler olmakla beraber genel anlamda ilaçlar arasında büyük fark yoktur. Clomipramin, fluvoxamin, sertraline, fluoksetin, paroxetine, citalopram bu ilaçların başlıcalarıdır (<http://www.dps.missouri.edu/resources/Handbook/ocd.pdf>). Clomipramin ise diğer ilaçlardan biraz daha etkili görünmekte, yan etkileri fazla olmasına rağmen tedaviyi klomipraminle bırakma oranı daha düşük görünmektedir (Şahin, 1997). OKB tedavisine klomipramine yan etkileri nedeniyle düşük dozda başlanmalı (25 mg/gün), doz yavaş yavaş artırılmalıdır. Günlük maksimal doz 300 mg olarak önerilmektedir (Tükel, 2000).

Antidepresan ve anksiyolitik ilaçlarla yapılan çalışmalarda plaseboya yanıt verme oranları % 30-40 larda bulunurken, obsesif kompulsif bozuklukta plaseboya yanıt verme oranının yaklaşık % 5 gibi düşük bir oranda bulunması ilaçların etkili olduğu görüşünü güçlendirmektedir (Köroğlu, 1997).

Birinci basamak tedaviyi en az 3 serotonin geri alım inhibitörü ve bilişsel davranışçı tedavinin denenmesi oluşturur. Eğer sonuç alınmazsa güçlendirme tedavileri uygulanır. Eğer güçlendirme tedavisi de sonuç vermezse alternatif monoterapiler uygulanır ve bu da sonuç vermezse damar içi serotonin geri alım inhibitörü uygulanır. Tüm tedavi de sonuç vermezse beyin cerrahisi yoluna gidilir (Tükel, 2000).

Tablo 1. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Tedavi Algoritması



PANDAS: Streptokok enfeksiyonlarıyla ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluklar;
SGİ: Serotonin geri alım inhibitörleri; MAOI: Monoamin oksidaz inhibitörleri; EKT: Elektrokonvülsif tedavi

1.1.8.2. Bilişsel ve Davranışçı Tedaviler

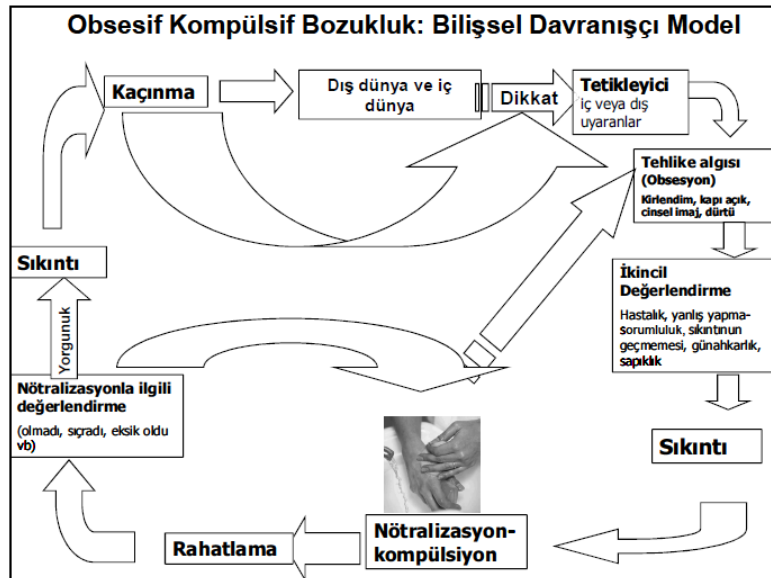
1970’lerde Obsesif Kompulsif Bozukluk tedavisi için Drs.Rachmann, Marks ve Foa tarafından ERP (Exposure and Response Prevention / Maruz Bırakma ve Tepki Önleme) terapisi adı altında başarılı bir davranış terapisi geliştirildi. Orjinalinde 1966 yılında Victor Meyer tarafından başlatılan bu tedavi, ardı ardına gelen daha korkulu durumlara sistematik ve kademeli maruz bırakmayı ve kompulsiyon ritüellerini gerçekleştirmeyi engellemeyi içermektedir (<http://www.academyofct.org/i4a/pages/in>

dex.-cfm?pageid=3321)(30.07.2013). OKB'nin davranışçı tedavisinde en etkin yöntem yaşayarak maruz bırakma ve tepkiye engel olma tekniklerinin birlikte kullanılmasıdır (Şahin, 1997). Bu tedavide hastanın belirli bir program dahilinde sıkıntısını ve kompulsiyonlarını artıran durumların üstüne gitmesi sağlanmakta ve bir yandan da kompulsiyonları önlenmektedir (Tükel, 2000). Tedavide esas, önce anksiyete oluşturacak durumları uyarmak (exposure) ve daha sonra ardından gelecek yanıtı önlemektir (Grados; Labuda; Riddle vd., 1997, 83-98). Bu amaçla, örneğin kirlilik obsesyonundan dolayı gelen bir hasta için önce maruz bırakma (ellerini kirlletmesi), sonra ortaya çıkacak yıkama kompulsiyonlarını önleme şeklinde ev ödevleri verilir. Bu sırada gelişecek anksiyeteyle baş etmesi öğretilir (Mcleod, 1997, s. 119-132).

Bilişsel psikoterapi, takıntı hastalığının tedavisinde davranışçı psikoterapiyle birlikte kullanılan bir iyileştirme yöntemidir. Takıntı hastalarında yalnızca bilişsel psikoterapi uygulanmaz, davranışçı psikoterapiye ek olarak bilişsel terapiye başvurulur. Davranışçı terapide kişinin davranışlarına odaklanırken, bilişsel psikoterapide hedef kişinin zihnini değiştirmektir (Tan, 2004).

Türkçapar'a (2012) göre Bilişsel Davranışçı Terapide OKB'nin fomülasyonu aşağıdaki şekildedir:

Tablo 2. Bilişsel Terapinin OKB Formülasyonu



Bu formülasyona göre kaçınma davranışı iç ve dış uyarılarla tetiklendikçe sıkıntı artmakta, sıkıntı giderilmesi için kompulsiyonlar belirli bir rahatlama sağlamaktadır. Obsesyonların (olmadı, eksik oldu) tekrar kompulsiyonları tetiklemesiyle yorgunluk ve sıkıntı artmakta ve kaçınma davranışı yinelemektedir.

Lapsekili'ye (http://78.189.53.61/-/upk/6/6_n_lapsekili.pdf) göre Bilişsel Davranışçı tedavide iki şey yapılır:

- 1- Hastanın değerlendirmesini değiştirmek
- 2- Kompulsiyon ve nötralizasyonu ortadan kaldırmak.

Gökçakan (2005)'a göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun bilişsel tedavisinde temel amaç, hastanın hastalık ile ilgili bilgilerinin ele alınması, hastalığı ve tedavi konusunda bilgilendirmesidir. Dolayısıyla Obsesif Kompulsif Bozuklukta ele alınacak bilgiler şu türden olmalıdır (Gökçakan, 2005, s. 81-90)

- Ben bu kadar kötü bir insan mıyım, neden aklıma böyle düşünceler geliyor?
- Ellerimi yıkamazsam bu düşüncelerim asla aklımdan çıkmayacak
- Bu düşünceler aklımdan çıkmazsa aklımlı kaybedeceğim
- Bu düşüncelerin yarattığı sıkıntıya dayanamayarak kontrolümü kaybedeceğim.

Bu amaçla yapılan Bilişsel Davranışçı Terapinin bileşenleri şunlardır:

- 1- Psikoeğitim: Hastayı BDT ile ilgili eğitmek, tedavinin temel mantığını açıklamak, tüm tedavi modelini ele almak,
- 2- Bilişsel Yeniden Yapılandırma: kişinin hastalığına ilişkin abartılmış düşüncelerinin gerçek dışı olduğunu kabule etmesi sağlanır.
- 3- Maruz bırakma: Kişide obsesif düşünceyi tetikleyen durumlara karşı maruz bırakılır.
- 4- ERP ile bilişsel yeniden yapılandırma: Kişide bulunan hatalı değerlendirmeleri test etmek ve kişide yapılan maruz bırakma işleminin hatalı değerlendirmeleri destekleyen bir şeyle mi yoksa reddeden bir şeyle mi sonuçlandığını değerlendirmektir.

1.1.8.3. Diğer Tedavi Yöntemleri

Tan'a (2012) göre Trans Manyetik Stümilasyon tedavisinin etkililiği ile ilgili yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu ve ana tedavi olarak uygulanmasının uygun olmadığı ifade etmiştir. Bu yöntemde kafaya 8 şeklinde bir bobin dayanır ve beyne manyetik akım gönderilir. Yöntem, kafanın dışından beyne manyetik akım verilmesi (Koyuncu, 2004) anlamına gelmektedir.

Yine Tan (2012) hipnoz, neuro-feedback, akupunktur, kinesioloji, meditasyon ve yoga, NLP, EFT, bitkisel tedaviler ve beyin haritalaması tedavilerinin OKB tedavisinde kanıtlanmış bir etkisinin olmadığını ifade etmiştir.

1.1.9. Dini İçerikli Obsesyonlar

Genellikle dindar bir insanda günah sayılan düşüncelerin akla gelmesi şeklinde ortaya çıkan obsesyonlardır (Tükel, 2000). Obsesyon türleri arasında sayılan dini obsesyon dini ve ahlaki değerlere (Allah'a, Peygamber'e) küfür etme, karşı gelme ve doğru/yanlış kavramları ile aşırı ilgilenmeyle ilgilidir. Özellikle dini inançları yoğun yaşayan toplum kesimlerinde sık görülen bir obsesyon türüdür. Kişi kendini inanç ve görüşlerine tam karşıt bir biçimde ve çok yoğun sıkıntı yaratacak şekilde dini içerikli takıntılı düşünceleri düşünmekten alıkoymaz. Kişi bu düşünceleri saçma bulmasına rağmen oldukça rahatsız olur ve engel olamadığında özellikle dini hassasiyeti yüksek bireylerde çok yoğun bir kaygıya neden olur (Tan, 2004).

Bu obsesyonlar abdestinin ya da namazının bozulduğu, gusül abdestinin tam olarak alınamadığı, namazda yanlış bir şey söylendiği ya da yapıldığı, ibadetlerin eksik kaldığı gibi temalar etrafında oluşmakta ve sıklıkla yineleme, yıkanma gibi kompulsiyonlarla seyretmektedir. İbadet sırasında ya da günlük hayatta Tanrı'ya kötü söz söyleme, inkar etme gibi obsesyonlar, daha nadir olmakla birlikte, bunlar da dini obsesyonlar arasında görülebilmektedir (Sayar vd., 1999)

Dini obsesyon yabancı dilde “scrupulosity” kelimesi ile ifade edilmektedir. Scrupulosity tanrı, günah ve bir dini davranış ve bağlılığın yeterliliği konusunda kalıcı şüphelere sahip olma eğilimi ile karakterize obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) şeklindedir (İnözü; Clark; Karnaci, 2011, s. 190-202). Obsesif Kompulsif Bozukluğun dini alanda kendini

göstermesine karşılık gelir fakat biriktirme ya da sayma gibi OKB'nin bir çeşidi değildir. Buna sahip olan bireyler günün büyük bir zamanını günah işlemiş ya da dini kuralları ihlal etmiş olduğunu düşünmektedirler (Gluck, 2013, <http://www.healthyplace.com/ocd-related-disorders/ocd/scrupulosity-religious-obsessions-and-compulsions/>).

“Scrupulosity” Latince küçük sert taş anlamına gelen “scrupulum” kelimesinden türemiştir. Kelimenin Latincedeki bir diğer karşılığı 1,3 grama denk gelen küçük bir ağırlık birimidir. Budan dolayı bu kelimedenden 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 (Akt. Yağcı, 2006).

1.1.10. Dini İçerikli Kompulsiyonlar

Dini obsesyonların etkililiğini azaltmak için ortaya çıkan kompulsiyonlardır. Dini takıntıların en yaygın şekli “Allah var mı, yok mu?” sorusunu bir türlü kafadan atamamaktır. Son derece yaygın başka bir dini takıntı biçimi de “Allah’a küfür etme” şeklinde ortaya çıkar. Diğer kutsal şeylerle ilgili küfürler veya olumsuz düşünceler de görülebilir. Günah sayılan şeyleri yapma isteği de dini takıntıların bir başka şeklidir (Tan, 2004). Dini obsesyonlar abdestinin ya da namazının bozulduğu, gusül abdestinin tam olarak alınmadığı, namazda yanlış bir şey söylendiği ya da yapıldığı, ibadetlerin eksik kaldığı, abdesti tekrarlama, namazı tekrarlama, dua tekrarlama gibi temalar etrafında oluşmakta ve sıklıkla temizlik, yıkanma, yıkama, tekrarlama ve sayma gibi kompulsiyonlarla seyretmektedir.

1.1.11. Mevcut Literatürdeki Dini Obsesyon Türleri

Literatürde dini obsesyon türlerinin kendi içerisinde kabul edilmiş bir sınıflaması olmamakla beraber bazı bilimsel yayınlarda ifade edilen dini obsesyonlar aşağıda ifade edilmiştir.

Yağcı (2006) tarafından yapılan çalışmaya göre dini obsesyonlar şu başlıklar altında yer almaktadır (Yağcı, 2006, s. 37-50):

1.1.11.1. Tanrıya ve diğer dini öğelere karşı küfür ve saygısızlık

Bu tür vakalarda ibadetler esnasında ya da sair zamanlarda hastanın zihninde bu tür düşünceler belirivermektedir. Bu kişiler aslında Tanrıya küfür etmek istememektedirler. Ancak zihinlerinden Yaratıcıya ya da dini öğelere yönelik kötü sözler geçmekte ve onlar bu düşüncelerine mani olamamaktadırlar (Yağcı, 2006).

1.1.11.2. İtikadi konularda şüpheyeye düşme

Dini obsesyonların en yaygın biçimlerinden biri de “Tanrı var mı yok mu” sorusunu bir türlü zihinden uzaklaştıramamaktır. Ahiret, peygamberler vb. diğer itikadi konularda da benzer düşünceler bu kişilerin zihnine gelebilmektedir. Bu bir inanç sorgulaması değildir. Bu kişilerin dini konulardaki inançları tamdır. Ancak yine de böyle obsesyonları olan kimseler sadece zihne gelen varsayım halindeki düşünceyi aklen tasdik edip kabul etmiş gibi görmekte ve imana zarar veren bir şüphe olarak değerlendirmektedirler (Yağcı, 2006)..

1.1.11.3. Günah sayılan şeyleri yapma korkusu

Bu obsesyonlarda söz konusu olan haramın çekiciliğine kapılmak değildir. Mesela kişi cinsel arzularına mağlup olup zina yapma isteği duymaz. Aksine zihninde aniden beliriveren bu düşünceleri gerçekleştirmekten çok büyük korku duyar (Yağcı, 2006). Camide kalkıp kürsü duvarını kirletmek, Kuran sayfalarını çiğnemek, namaz sırasında kötü anlamlı el hareketleri yapmak, kilise koridorunda çıplak yürümek bu tür obsesyonlar arasında gösterilebilir (Armaner, 1973; Tükel, 2000; Tan, 2004; Atkinson vd, 1995).

1.1.11.4. Günahkar olma ve farkında olmadan günah işlemiş olma düşüncesi:

Kişinin zihninden geçirdiği dini içerikli ve sıkıntı verici bazı eylemleri yapmış olduğunu düşünmesi ve bilinçsizce bu fiilleri işlemiş olabileceği düşüncesi ile kendini göstermektedir (Paksu, 2010).

1.1.11.5. İbadetlere hazırlık niteliğindeki temizlenme ritüellerinde ortaya çıkan obsesyonlar

Bilindiği gibi ibadetlere hazırlık olarak yapılan temizlenme ritüelleri, bedensel temizlikle birlikte ruhsal bir arınmayı da amaçlar. Böyle obsesyonları olan kimseler Allah'a karşı çok kirli olmaktan, bir türlü temizlenememekten yakınır (Armaner, 1973).

1.1.11.6. İbadetler esnasında görülen obsesyonlar

Bu obsesyonlar namaz esnasında akla erotik düşüncelerin gelmesi , oruçluyken durup dururken cinsel boşalmanın olması korkusu, yine oruç tutarken Allah'ın olmadığı düşüncesinin zihne gelmesi ve hac ibadetini yerine getirirken gözün önünde müstehcen sahnelerin belirmesi gibi biçimlerde ortaya çıkabilmektedir (Akt, Yağcı, 2006).

1.1.11.7. Dini herhangi bir hükmün yerine getirilmesi ile ilgili obsesyonlar

Bu konuya örnek olarak İslam dünyasında boşanma (talak) ile ilgili olarak görülen obsesyonları verebiliriz. Bilindiği gibi İslami kurallara göre boşanma üç aşamada gerçekleşir. İlk iki boşamada eşe dönülebildiği halde üçüncü boşamadan sonra eşe dönme bazı kurallara bağlanmıştır ve daha zordur (Karaman, s.114-118) . İşte bu konuyu bir obsesyona dönüştüren ise kişinin eşini kaç talakta boşadığını hatırlayamamasıdır. “Ya İslami kurallara göre eşimden tamamen boşandıysam” düşüncesi bu kişilerin hayatını ve evliliğini çok olumsuz bir biçimde etkilemektedir (Göka, 1999, s.158). Ancak yine İslami kurallara göre bu kişilerin idrakleri ve akli melekeleri tamamen ortadan kalkmamış olmasına rağmen (Erturhan, 2006, s. 215) vesvese edenin talakı geçerli sayılmamaktadır.

Penzel (2001) tarafından yapılan bir çalışmada ise dini obsesyonlar ve kompulsiyonlar birbirinden ayrılmamış ve şu şekilde sınıflandırılmıştır:

- a) Günah işleme ya da dini bir kuralı ihlal etme ya da geçmişte ya da gelecekte herhangi bir şekilde tanrının hoşuna gitmeyen bir şey yapma ve başka bir yolla cezalandırılma ya da cehenneme gitme düşüncesi
- b) Duaları ihmal etme ve yanlış okuma

- c) Din hizmetleri ile ilgili ya da değil, tekrarlayan hakaret içerici düşünceler
- d) Bir şekilde tanrı ya da inançları ile ilgili temas yoksunluğu
- e) Değersizlik duygusu
- f) Tanrı, din görevlileri ya da dini figürler hakkında cinsellikle ilgili düşünceler
- g) İhmalkar olma ve bu yüzden dini kuralları çiğneme
- h) Dini pratiklerin %100 mükemmel olması gerektiğine inanma

Pollard (2010)'a göre ise yaygın dini obsesyonlar zihni şu alanlarda meşgul eder:

- a) Cehenneme gitme
- b) Manevi davranışlar
- c) Günahkarlık
- d) Tanrı'ya küfür
- e) Ölüm
- f) Temizlik
- g) Dürtü kontrol kaybı

1.1.12. Mevcut Literatürdeki Dini İçerikli Kompulsiyon Türleri

Yağcı (2006) tarafından yapılan çalışmada dini içerikli kompulsiyon türleri şu şekilde belirtilmiştir:

1.1.12.1. Tövbe etme

İslam dinine göre kurtuluş ve günahlar için bir telafi vasıtası gören tövbe, günah işlemiş olmanın yarattığı stresi ortadan kaldırmada, kişide Allah'ın hoşnutluğunu kazanmış olma düşüncesinin kuvvetlenmesini sağlamada, günahkarlık ve suçluluk hisleriyle başa çıkmada ve bu histen doğabilecek rahatsızlıklardan korunmada kullanılabilecek bir dini başa çıkma yöntemidir (Tükel, 2000, s.84). Tövbenin insanın ruh sağlığı üzerindeki bu olumlu etkilerine rağmen Tanrıya küfür, inanılan dince kutsal sayılan figürlere saygısızlık, itikadi konularda zihne takılan şüpheler ya da patolojik bir biçimde hissedilen suçluluk ve günahkarlık duyguları gibi obsesyonların yarattığı sıkıntıyı hafifletmek üzere geliştirilen sürekli tövbe davranışı dini kompulsiyonlar arasında sayılmaktadır (Öztürk, 1997, s.285).

1.1.12.2. Dua etme ve tekrarlama kompulsiyonları

Dua inançlı kişilerin Allah’la bir nevi diyalog kurma biçimidir. Bu haliyle dua insanı rahatlatan ve insana huzur veren bir dini eylemdir. İtikadi konularda zihne takılan obsesyonel düşüncelerden kurtulmak amacıyla birtakım dini ibarelerin defalarca tekrarlanması tekrarlama biçimindeki dini kompulsiyonlardandır (Sedat, 2000, s.68-72).

1.1.12.3. Temizlenme ritüellerinde ortaya çıkan kompulsiyonlar

Bilindiği gibi İslam’da dini anlamda “kirli” ya da “temiz” olma durumları vardır. Kirlilik durumu belli hallerde ortaya çıktığı gibi temizlenme de vücudun belli yerlerini belli sayılarda yıkamayı ihtiva eden temizlenme ibadetleriyle sağlanmaktadır. Özellikle de vücudun belli yerlerinin belli sayılarda yıkanması gerekliliğinden dolayı, eksik yıkandığı düşüncesi ve yaşanan şüphe ve kararsızlık nedeniyle abdest ya da gusül ibadetini bir türlü tamamlayamamak İslam toplumlarında son derece yaygın bir dini kompulsiyondur. Bu tür kompulsiyonları olan kişiler mükemmeliyetçilik ve kontrolcülük gibi nedenlerle abdest veya gusüllerini saatlerce uzatabilmektedirler (Yağcı, 2006).

1.1.12.4. İbadetler sırasında ortaya çıkan kompulsiyonlar

Kabul olmadığı düşüncesiyle tekrar tekrar namaz kılmak, her namazın sonunda sehiv secdesi yapmak, namazın içindeki sureleri defalarca okumak, obsesyonların yarattığı etkiden kurtulmak için Kuran okumak bu tür dini kompulsiyonlardan bazılarıdır (Paksu, 2010, s. 35-46).

1.1.12.5. Dini obsesyonlardan dolayı yapılan ancak dini bir muhtevaya sahip olmayan kompulsiyonlar

Müslüman hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda bu tür kompulsiyonlara rastlanılmamasına rağmen Hristiyan hastalarda bu tür kompulsiyonlar bulunmuştur. Hristiyanların manevi önderlerinden John Bunyan’nın, Kutsal Ruha karşı günah işleme obsesyonuna karşılık çenesinin altında ellerini çırpması (Ciarrocchi, 2000, s.42; Akt. Yağcı, 2006), yine başka bir Hristiyanın Tanrıya karşı müstehcen el hareketleri yapmak

obsesyonunu bertaraf etmek için yedi defa yüzüne dokunması (Ciarrocchi, 2000, s.42; Akt. Yağcı, 2006) bu tür kompulsiyonlar arasında gösterilebilir.

Pollard (2010), dini kompulsiyonları davranışsal ve zihinsel olmak üzere ikiye ayırır: (http://www.ocfoundation.org/uploadedFiles/MainContent/Find_Help/IOCDF_Scrupulosity_fact_sheet.pdf)

Ona göre yaygın davranışsal kompulsiyonlar şunları içerir:

- a) Günah çıkarmak için kiliseye aşırı ziyaret
- b) Kişinin kendisinden ödün verdiği gereksiz hareketler
- c) Tekrarlayıcı temizleme ve yıkama ritüelleri
- d) Dini olarak sevilen birinden sürekli onay alma davranışı
- e) Kötü şeyler olacağını düşünerek günahlardan kaçınma

Yaygın zihinsel kompulsiyonlar ise şunlardır:

- a) Mükemmel olana kadar duayı tekrarlama
- b) Kutsal kitaptaki bölümleri ve ayetleri zihinden tekrarlama
- c) Sürekli tanrıyla anlaşmalar yapmak
- d) Kutsal resim veya imajları düşünmek

1.1.13. Dini İçerikli OKB'nin Etiyolojisi

Freud, obsesif (saplantılı) davranışlar ile dini davranışlar (ritüeller) arasında bir benzerlik kurar ve dini ibadetlerin saplantı nevrozu olduğunu iddia eder (Ayten, 2012, s. 29). Ona göre dini ritüellerle saplantılı davranışlar arasında sekiz benzerlik bulunmaktadır:

- a) İhmal edildikleri takdirde hem dini ritüel hem de saplantılı davranış, bireyde vicdan azabı ve sıkıntı oluşturur.
- b) Her iki davranış türü de zihnin önemli bir bölümünü meşgul eder. Birey bunları gerçekleştirirken diğer işlerinden soyutlanır.
- c) Her iki davranış türünde de tüm ayrıntılar özenle yerine getirilir.

- d) Suçluluk duygusu: Freud'a göre dini davranışta bulunan bireylerde tıpkı saplantılı davranış gösterenler gibi yaptıkları davranışı suçluluk duygusunun etkisinde kalarak yerine getirirler ve eğer bu davranışları yapmazlarsa kendilerine bir kötülüğün isabet edeceğini düşünürler.
- e) Pişmanlık duygusu: Ona göre dini ritüeller ve saplantılı davranışlar yapılmadığı zaman bireyler pişmanlık duygusu hissederler.
- f) İçgüdüsel dürtülerin bastırılması: Freud'a göre nevrozlarla dini ibadetler arasındaki en önemli benzerlik, her ikisinde de bir takım içgüdüsel isteklerin bastırılmasıdır.
- g) Uzlaşma hali: Ona göre saplantılı davranışlar güdülerin istediği zevklere engel olurlar ve zamanla kendileri zevk haline gelirler.
- h) Yer değiştirme mekanizması: Saplantılı davranışlar gerçekte önemsiz davranışlar olmalarına rağmen gerçekte önemli şeyleri temsil ederler.

Kısaca Freud, dinin evrensel bir saplantı nevrozu olduğunu söylemekte ve kendince dini ritüeller ve saplantı nevrozları arasındaki benzerlikleri bu iddiasına delil olarak getirmektedir. Ona göre din, tıpkı nevroz gibi hastalıklı bir haldir ve bireylerin ondan kurtulması gerekmektedir.

Dini OKB ile ilgili alanda yapılan çalışmalar vaka örneklerinden ve kişilerin yaşadıkları obsesyon ve kompulsiyonlara temel teşkil edebilecek bazı duyguların nedenlerine ilişkin bilgileri ortaya koymaktadır. Örneğin kompulsiyonlardan kurtulmak için suçluluk duyan bir bireyin suçluluk duygusunun; Tanrı'yı farklı ve olmadığı gibi algılayan ve böylece ona ilişkin obsesyon ve kompulsiyon geliştiren bireylerin tanrı tasavvurundaki yanlışlıkların, ailede ve kurumlarda verilen yanlış din eğitiminin ve eksik ve yanlış dini bilginin dini obsesyon ve kompulsiyonların nedenleri arasında olduğu ifade edilmiştir (Yağcı, 2006, s.52-59). Fakat temelde dini obsesyonların asıl sebebi bilinmemektedir ve OKB'nin diğer formlarında olduğu gibi dini obsesyonlar da genetik ve çevresel faktörler gibi birkaç faktörün birleşmesinden oluşacağı tahmin edilmektedir (Pollard, 2010).

1.1.13. Dini İçerikli OKB'nin Epidemiyolojisi

OKB için DSM IV alan taramasında dini obsesyonlar tüm obsesyonlar arasında beşinci en yaygın obsesyon türü olarak bulunmuştur (Foa; Kozak; Googman vd., 1995, s.90-

94). Dini OKB'nin yaşamboyu yaygınlığını yaklaşık % 2.0–2.5 arasında bulmuşlardır. Buna rağmen dini obsesyonların yaygınlığı araştırmalar arasında farklılık göstermektedir çünkü alt tip araştırmaları her araştırmada farklı aralıklar vermektedir.

Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk ölçeği kullanılarak son zamanlarda yapılan klinik çalışmalarda OKB yaygınlığı % 5-33 arasında bulunmuştur (Miller ve Hedge, 2008, s. 1042-1058). Mataix-Cols ve arkadaşları (2002) OKB hastalarının % 30 'unun dini OKB'li olduğunu ifade etmektedir. (Mataix-Cols; Marks; Greist vd., 2002, 255-262). Tolin ve arkadaşlarının 395 kişilik geniş bir örnekleme yaptığı araştırmada dini OKB oranı % 5 olarak bulunmuştur (Tolin; Abramowitz; Kozak vd., 2001, s.501-510). Buna ek olarak Abramowitz ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada klinik örnekleme dini obsesyon yaygınlığı % 24.2 bulunmuştur. Miller ve Hedge (2008) yaptıkları bir çalışmada ise dini obsesyon oranını % 5 bulmuşlardır.

Bunlara rağmen dini eğilimi yüksek toplumlarda yüksek dini obsesyon oranları da bulunmuştur. Arap ve Yahudi ırkının daha fazla yaşadığı ülkelerde %40-60 gibi yüksek oranlarda bildirilmiştir (Shooka; Haddad; Raees, 1998, s.14-154; Ghassemzadeh; Mojtai; Khamsesh vd., 2002, s. 20-28). Mısır'da % 60 (Okasha vd., 1994) Suudi Arabistan'da % 50 oranında dini obsesyon bulunmuştur (Maghoub ve Hafeiz, 1991, s.840-842). Bu çalışmalardan da anlaşılmaktadır ki dini obsesyonların yaygınlığı ya da sıklığı ile ilgili güvenilir tahminler yapmak zordur. Araştırmacılar burada dini obsesyonu olan kişilerin obsesyonlarını ifade edememelerinden kaynaklanan zorluğun bu oranları etkilediğini düşünmektedirler. Örneğin, Greenberg ve Shefler (2002) dini obsesyonu olan kişilerin dini bilgilerine güvendikleri kişilerle bu obsesyonları konuşmaya eğilimli olduklarını belirtmiştir. Pollard, Henderson, Frank, ve Margolis (1989) OKB hastalarının yalnızca % 28'inin yardım arama davranışı içerisinde olduklarını belirtmişlerdir (Akt., Altın, 2009:36).

Türk toplumunda ise dini OKB'nin erişkinlerde sıklığı %11-33.3 arasında, çocuk ve ergenlerde ise yapılan bir çalışmada %9,1 oranında olduğu bildirilmiştir (Eğrilmez ve ark., 1997, Sayar ve ark., 1999).

OKB, genellikle ergenlik döneminde ve 20-30'lu yaşlarda başlamasına karşın, okul öncesi çağıdaki çocuklar dahil herhangi bir yaşta görülebilir. Fakat dini OKB'nin başlangıç yaşı ile ilgili veriler bulunmamaktadır.

Türk ve Fransız hastaları karşılaştırılarak yapılan bir araştırmada Türk kadın hastalarda; kir-pislik bulaşması obsesyonları ve temizlik yıkama kompulsiyonları, erkek hastalarda dinsel obsesyonlar ve dua kompulsiyonları, Fransız erkek hastalarda zarar verme obsesyonları istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Fransız erkek hastalarda daha çok zarar verme obsesyonları görülmekte iken, Türk erkek hastalarda dinsel obsesyon ve dua kompulsiyonların sık görüldüğü ifade edilmiştir (Tezcan vd., 1998).

1.1.14. Dini İçerikli OKB'nin Tedavisi

Yapılan çalışmalar dini obsesyonların tedavisinin OKB tedavileri için uygulanan yöntemlerle olabileceğini göstermektedir. Buna göre tedavi farmakoterapi, davranışsal ve bilişsel terapiler olarak sınıflandırılabilir.

Yapılan bir araştırmada dini obsesyonları olan 15-69 yaş aralığında 10 Yahudi ve Katolik hastanın Clomipramin ve Fluoxetine ile tedavi sonuçlarına göre, 10 hastanın 7 si ek bir tedaviye ihtiyaç duymadan fluoxetine ile en geç sekiz hafta içerisinde süreci tamamlamışlardır. Bu yedi hastanın beş tanesinin evrensel klinik izleme ölçeği puanları yükselmiştir. Klomipraminle tedavi olan ve ek bir tedaviye ihtiyaç duyan altı hasta ise tedaviye 3 ayda diğer iki tanesi ise uzun tedavi sonucunda iyileşmişlerdir. Bu araştırmaya göre seratonin geri alım inhibitörleri dini obsesyonları tedavi etmede etkin görünmektedir (<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1991-16239-001>) (30.07.2013)

Daha önce Obsesif Kompulsif Bozukluk tedavisinde değindiğimiz psikoeğitim, kaçınma davranışının engellenmesi, maruz bırakma ve tepkiyi önleme teknikleri dini obsesyonların tedavisinde de aynen kullanılabilir. Beraber, bu tedavide en önemli noktanın hastanın dini inancına ve dini düşüncelerine saygı duymak olduğu belirtilmiştir. Dini obsesyonların tedavisinde asıl amaç kişinin tanrı ile arasındaki bağı en iyi şekilde kurmasına yardımcı olmak, kişiyi normal dini seviyesine tekrar döndürmek ve kişiyi bağlı bulunduğu dinin sağlıklı bir ögesi haline getirmektir. Bu

yüzden kişiyi bağlı bulunduğu toplumun dini kurallarını gözeterek değerlendirmek çok önemlidir. Böylece sıcak terapötik bir ilişki, güçlü bir motivasyon ve daha az şüphe ile terapi sonuçlandırılabilir (Huppert ve Siev, 2010, 382-392).

Diğer bir çalışmada ise dini obsesyonların tedavisinde maruz bırakma ve tepkiyi önleme (EX/RP) mekanizmalarını kullanarak Abramowitz (2001) in yaptığı bir vaka değerlendirme çalışmasında toplam 6 ay sonunda hastanın dini obsesyon ve kompulsiyonları tamamen ortadan kalkmış olduğu bildirilmektedir.

Dini bilişsel davranışçı terapinin dini obsesif kompulsif bozukluk üzerindeki etkisini araştıran Akuchekian ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre de dini bilişsel davranışçı terapi ve ilaç tedavisi bir arada kullanıldığında hastalar üzerinde etkili sonuçlar alınmaktadır. Ona göre bilişsel davranışçı terapinin dini olması, asıl terapistin yanında dini kimliği bulunan birinin de terapi sürecinde bulunması anlamına gelmektedir. Bu tip bir tedavide terapist ya da dini kimlik taşıyan herhangi birinin yokluğu terapinin etkisini azaltacaktır (Akuchekian; Almasi; Meracy, 2011, s. 1647-1651).

Yukarıda ifade edilen araştırmaların sonuçları bize göstermektedir ki, dini içerikli obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde hastanın dini inançlarına saygı duyulmalı ve onu normal dini yaşantısına geri döndirmek amaçlanmalıdır. Daha önce de ifade edildiği üzere dini OKB hastaları hastalık belirtilerini normal karşıladıkları, hastalıklarını önemsemedikleri, utandıkları ve dini kimlik taşıyan kişilere danışmayı tercih ettikleri için tedavi aramada hekim dışı yola en çok başvuran grup olarak ifade edilmiştir. Bu yüzden hastaların dini inançlarına saygı duyan ya da yapılan çalışmada da ifade edildiği üzere terapistin yanında dini kimlik taşıyan birinin terapi esnasında bulunması hastanın iyileşmesini kolaylaştırabileceği düşünülmektedir.

1.2. Vesvese Nedir ?

Dini obsesyonlarla ilgili diğer bir konu da İslam literatüründe sıkça yer alan bir terim olan “vesvese” dir. Vesvese, sözlükte "fısıltı, hışırta gibi gizli söz, fiske, kuruntu, işkil" gibi anlamlara gelmekte, ıstılahta, şeytanın ilkâ, kötü bir işin yapılması, iyi bir işin terk edilmesi veya geciktirilmesi ya da eksik yapılması için insanı kışkırtması, aklını

çelmesi, nefsin bayağı arzularına uymaya teşvik etmesi demektir. Armaner (1973, s.114-115) e göre dînî vesveseler, metafizik ve mistik obsesyonlara, musallat fikirlere yakın görülmektedir. Hayrettin Karaman’a göre vesvese şeytandandır ve şeytan sıfatlı insanlardandır. Vesvesenin aşırısı hastalıktır; tedavi edilmesi gerekir.

Vesvesenin tarihinin insanlık tarihi kadar eski olduğunu söylemek hiç de yanlış olmayacaktır. Zira Kur’an-ı Kerim’de bahsedildiği üzere Adem ile Havva’nın cennetten çıkarılma olayında Adem ile Havva’nın, şeytanın vesvese vermesi sonucu birbirlerine avret yerlerini gösterdiği iletilmiştir. Allah Adem’i ve Havva’yı Cennet’e yerleştirir, fakat bir ağaçtan uzak durmaları konusunda uyarır. Bu durum Kur’an’da şöylece haber verilir: “...sen ve eşin beraberce Cennet’e yerleşin; orada kolaylıkla istediğiniz zaman her yerde Cennet nimetlerinden yiye, sadece şu ağaca yaklaşmayın. Eğer bu ağaçtan yerseniz her ikiniz de kötülük eden zalimlerden olursunuz.” (Bakara, 2/35). Adem ve Havva Cennet’te yaşamaya başlarlar ve ağaçtan da uzak dururlar. Çok geçmeden şeytan bir takım vesveselerle Adem ve Havva’yı kandırmaya çalışır: Bu durum Kur’an’da şöyle bildirilir: “Derken şeytan avret yerlerini kendilerine göstermek için ikisine de vesvese verdi ve Rabbiniz sırf iki melek olursunuz veya ebedî kalanlardan olursunuz diye sizi bu ağaçtan menetti” der. Arkasından onlara “Ben gerçekten size öğüt verenlerdenim” diye de yemin eder.” (A’raf, 7/20-21) Bu arada şeytanın bizzat Adem’e de vesvese verdiği “Şeytan Âdem’e vesvesede bulundu: Ey Âdem sana ebedilik ağacını ve sonu gelmez bir saltanatı göstereyim mi?” (Taha, 20/120) ayetiyle haber verilir

1.2.1. Kur’an da Vesvese

Vesvese kelimesi Kur’ân’da dört yerde geçmektedir. Vesvesecinin (vesvâs) şerrinden Allah’a sığınılması emredilmiş (Nâs, 114/1-6), şeytanın Hz. Âdem ile eşini cennetten vesvese yoluyla çıkardığı bildirilerek müminlerin bu konuda duyarlı olmaları ısrarla istenmiştir (A’râf, 7/20). Hz. Peygamber de müminlere vesvese ile hareket etmemelerini tavsiye etmiş, vesvesenin dînî-hukukî bir hüküm doğurmayacağını bildirmiştir (<http://www.enfal.de/buhari/>) (30.07.2013).

Vesvese ile ilgili Kur’anda geçen ayetler şunlardır:

“Onları -ne olursa olsun- şaşırtıp-saptıracağım en olmadık kuruntulara düşüreceğim ve onlara kesin olarak davarların kulaklarını kesmelerini emredeceğim ve Allah'ın yarattıklarını değiştirmelerini emredeceğim." Kim Allah'ı bırakıp da şeytanı dost (veli) edinirse kuşkusuz o apaçık bir hüsrana uğramıştır. (4/119)

“(Şeytan) Onlara vaadler ediyor onları en olmadık kuruntulara düşürüyor. Oysa şeytan onlara bir aldanıştan başka bir şey va'detmez.” (4/120)

“Şeytan, kendilerinden 'örtülüp gizlenen çirkin yerlerini' açığa çıkarmak için onlara vesvese verdi ve dedi ki: "Rabbinizin size bu ağacı yasaklaması, yalnızca, sizin iki melek olmamanız veya ebedi yaşayanlardan kılınmamanız içindir." (7/20)

(Allah'tan) Sakımanlara şeytandan bir vesvese eriştiğinde (önce) iyice düşünürler (Allah'ı zikredip-anarlar), sonra hemen bakarsın ki görüp bilmişlerdir. (7/201)

“Sonunda şeytan ona vesvese verdi; dedi ki: "Sana sonsuzluk ağacını ve yok olmayacak bir mülkü haber vereyim mi?" (20/120)

“Andolsun, insanı biz yarattık ve nefsinin ona ne vesveseler vermekte olduğunu biliriz. Biz ona şahdamarından daha yakınız.” (50/16)

“Sinsice, kalplere vesvese ve şüphe düşürüp duran' vesvesecinin şerrinden. (114/4) Ki o, insanların göğüslerine vesvese verir (içlerine kuşku, kuruntu fısıldar).” (114/5).

Vesvese ile ilgili Kuran'da geçen Nas suresinin 4. ayetini meşhur müfessir Mücâhid, şöyle tefsir etmiştir: “Şeytan kalbe yayılır. Ne zaman insan, Allah'ı anarsa, geri çekilip kalıbına döner. İnsanoğlu gâfil olduğu zaman yeniden kalbi istilâya başlar!” Bu bakımdan Allah'ın zikriyle şeytanın vesvesesi arasında zulmet ile nûrun, gece ile gündüzün arasında olduğu gibi, kovalamaca vardır.

1.2.2. Hadislerde Vesvese

Hz. Muhammed aşağıda örneklerini de verdiğimiz hadis-i şeriflerde vesvesenin imandan olduğunu; vesvesesiz insan olamayacağını, ashabin iradeleri olmadan içlerinden, kendiliğinden doğan vesveselerin kişiye zarar vermeyeceğini, çünkü kişinin

bu vesveselerden sonra korku duyduğunu; şeytanın kişinin kalbinin üzerine tünediğini ve kişinin gaflet anında kendisine vesvese vereceğini; Allah'ın kişinin üzerinden vesveseyi alması için kişinin dua etmesi gerektiğini; vesvesenin çoğunun banyo yapılan yere bevletme sonucunda olacağını; abdest alırken vesvese veren "Velehan" adında bir şeytanın olduğunu ve kişinin vesvese edenlerden olmaması gerektiğini ifade etmiştir.

Ebu Hüreyre (radıyallahu anh) anlatıyor: Hz. Peygamber (aleyhissalâtu vesselâm)'in ashabından bir kısmı ona sordular: "Bazılarımızın aklından bir kısım vesveseler geçiyor, normalde bunu söylemenin günah olacağına kaniyiz." Hz. Peygamber (aleyhissalâtu vesselâm): "Gerçekten böyle bir korku duyuyor musunuz?" diye sordu. Oradakiler Evet! deyince: "İşte bu (korku) imandan gelir (vesvese zarar vermez) dedi (Müslim, İman 209 (132); Ebu Dâvud, Edeb 118 (5110)).

Diğer bir rivayette: "(Şeytanın) hilesini vesveseye dönüştüren Allah'a hamdolsun" demiştir. Müslim'in İbnu Mes'ud (radıyallahu anh)'dan kaydettiği bir rivayet şöyledir: "Dediler ki: "Ey Allah'ın Resulû, bazılarımız içinden öyle sesler işitiyor ki, onu (bilerek) söylemektense kömür kesilinceye kadar yanmayı veya gökten yere atılmayı tercih eder. (Bu vesveseler bize zarar verir mi?)" Hz. Peygamber (aleyhissalâtu vesselâm): "Hayır bu (korkunuz) gerçek imanın ifadesidir" cevabını verdi."

İbnu Abbas (radıyallahu anhümâ) anlatıyor: "Resûlullah (aleyhissalâtu vesselâm) buyurdular ki: "Şeytan insanoğlunun kalbinin üzerinde tünemiş vaziyette bekler. Allah'ı zikredince siner, çekilir, gaflet etse vesvese verir." (Buhârî, Tefsir, Kul eûzu birabbi'nnâs 1.)

İmam Mâlik'ten rivayete göre, ona şu haber ulaşmıştır: "Hâlid İbnu'l-Velid (radıyallâhu anh), Hz. Peygamber (aleyhissalâtu vesselâm)'e: "Ben uykuda iken korkutuluyorum. (Ne yapmamı tavsiye buyurursunuz?)" diye sordu. Ona şu tavsiyede bulundu: "Allah'ın eksiksiz, tam olan kelimeleri ile O'nun gadabından, ikabından, kullarının şerrinden, şeytanların vesveselerinden ve (beni kötülüğe atan) beraberliklerinden Allah'a sığınırım! de!" (Kütüb-i Sitte, 1810)

Ebü Hüreyre (radıyallâhu anh) anlatıyor: "Resûlullah (aleyhissalâtu vesselâm) buyurdular ki: "Namaz için ezan okunduğu zaman şeytan oradan sesli sesli yellenerek uzaklaşır, ezanı duyamayacağı yere kadar kaçır. Ezan bitince geri gelir. İkamete

başlanınca yine uzaklaşır, ikamet bitince geri dönüp kişi ile kalbinin arasına girer ve şunu hatırla, bunun düşün diye aklında daha önce hiç olmayan şeylerle vesvese verir. Öyle ki (buna kapılan) kişi kaç rekat kıldığını bilemeyecek hale gelir." (Kutubi-Sitte, 2410)

Müslim'in diğer bir rivayetinde şöyle denmiştir: "Şeytan namaz için okunan ezanı işitti mi kaçır. Müezzinin sesini işitmek için sesli sesli yellenir. (Ezan bitip müezzin) susunca geri döner ve vesvese verir. İkameti işittiği zaman, müezzini duymamak için gider, susunca geri döner ve vesvese verir." (Kütüb-i Sitte, 2409)

Abdullah İbnu Mugaffel radiyallahu anh anlatıyor: "Resulullah aleyhissalâtu vesselâm buyurdular ki: "Sizden kimse hamam yaptığı yere akıtmassın. Zirâ vesveselerin çoğu bu yüzden hâsıl olur." (Kütüb-i Sitte, 3514)

Ubey İbnu Ka'b radiyallahu anh anlatıyor: "Resûlullah aleyhissalâtu vesselâm buyurdular ki: "Abdest (sırasın)da vesvese veren bir şeytan vardır. Adı da el-Velehân'dır. Öyleyse suyun vesvesesinden kaçın." (Kütüb-i Sitte, 3620)

İbnu Abbâs radiyallahu anhüma anlatıyor: "Ey Allah'ın Resulü dendi, herbirimiz içinde, (bazan, öylesine çirkin) bir şeyn ârız olduğunu görür ki, bunu söylemektense o şeyin bir korparçası olup (kendisini yakması) ona daha sevimli gelmektedir!" Resûlullah aleyhissalâtu vesselâm bu söze şöyle mukabelede bulundu: "Allahuekber, Allahuekber, Allahuekber!) Şeytan'ın hilesini vesveseye çeviren Allah'a hamd olsun!" (Kütüb-i Sitte, 5112).

Ebu Zümeyl rahimehullah anlatıyor: "İbnu Abbas radiyallahu anhüma'ya (bir gün): "İçimde duyduğum bu (fena) şeyler de ne?" diye sormuştum. Bana: "Ne hissediyorsun ki?" dedi. Ben: "Vallahi (onlar çok fena!) dilime alamam!" dedim. "Şekk nev'inden bir şey mi ?" dedi ve güldü. Sonra açıkladı: "Bu (çeşit vesveseler)den hiç kimse kurtulamaz. Nitekim Allah Teâla hazretleri (Resûlüne) şu ayeti inzal buyurmuştur. (Mealen): "Eğer sana indirdiğimiz (kitapta anlatılan bu kıssalar) hakkında bir şüpheden varsa, senden evvel indirilmiş olanları okuyanlara sor. Andolsun ki, sana Rabbinden hak (olan kitap) gelmiştir, sakın şüphe edenlerden olma!" (Yunus 94.) İbnu Abbas bana dedi ki: "Eğer içinde herhangi bir vesvese bulursan şöyle de: "O

(Allah), hem evveldir, hem ahirdir, hem zâhirdir, hem bâtıdır. O herşeyi bilendir"(Kütüb-i Sitte, 5858).

Zeyd İbnu Hârise anlatıyor: "Resûlullah aleyhissalâtu vesselâm buyurdular ki: "Cebrail aleyhisselam bana abdesti öğretti. Bu meyanda bana, abdestten sonra, çıkacak bevl (sızıntısından hâsıl olacak vesveseyi önlemek) için elbisemin altına su serpmemi emretti."

1.2.3. İslam Alimlerine Göre Vesvese

Vesvese, İslami kaynaklarda, İmam-ı Gazali ve Said Nursi gibi bazı İslam alimleri tarafından kaleme alınmış ve konu ile ilgili açıklamalar yapılmaya çalışılmış olsa da genel manada üzerinde çok durulmamış ve İslami kaynaklarda geniş yer verilmemiş bir konu olarak varlığını sürdürmektedir (Yağcı, 2006:37).

Zağravi ye göre vesveseden kurtulmanın üç yolu vardır: Birincisi Allah’a sığınmak, ikincisi şeytanın zihne getirdiği şeyleri men etmek, üçüncüsü de her ikisini birlikte yapmaktır ki en güzel yol da budur. Bu konuyu kendisi Risale-i Teavvüz’da şöyle dile getirmiştir (<http://www.feyizlersofrasi.com/Risale-i%20Teavvuz.pdf>):

“Ey ihvân-ı dîn! Mâlum olsun ki şeytanın vesveselerini def için üç tarik beyan etmişlerdir: Evvelkisi, Cenâb-ı Hakk'a ilticâ etmek. İkincisi, şeytanın hatıra getirdiği şeyleri men etmek. Yani haram ise hurmetini, mekruh ise kerâhetini kendi kendine tefekkür edip cevap vermek. Üçüncüsü, ikisini birden icra etmektir. Yani hem Cenâb-ı Hakk'a istiâze etmek, hem şeytana cevap vermektir. Ve bu üçüncü tarik, fukahâ beyninde ahsen-i tariktir. Böyle olduğu surette evvela onun şerrinden Cenâb-ı Hakk'a istiâze ederiz ki Cenâb-ı Hak, mânây-ı sure-i A'rafta buyurdu "Şeytan cânibinden sana bir vesvese ârız olduğu vakitte" yani şeytan, memur olduğun tarikin gayri bir tarike götürmek murat eylediği vakitte, "Cenâb-ı Hakk'a ilticâ eyle. Tahkik, Cenâb-ı Rabbü'l-âlemîn işitici ve bilicidir." demektir. Zira iptila için şeytan üzerimize bir musallat geliptir ki, onun şerrini defde ve elinden halâs olmakta Cenâb-ı Hakk'a rucû lâzım gelir.”

Şimdi bu konuda kapsamlı görüşlerine ulaşabildiğimiz Gazali ve Bediüzzaman'ın görüşlerine değineceğiz.

1.2.3.1. Gazali'ye Göre Vesvese

Gazali, İhya-i Ulûm-id-dîn adlı eserinde “kulun, kalbin vesveselerinden, himmet ve hatıratından ve maksudunun hangi kısımlarından muâhaze edilip-edilemeyeceğinin izahı” ve “şeytanın kalbe vesvese ile tasallutu, vesvese'nin anlamı ve galebe çalmasının sebebi” kısımlarında kalp, kalbin mahiyeti, kalbe gelen hatıralar ve çeşitleri, melek ve şeytanın kalpteki yeri, kalbin melekleşmesi ve şeytanlaşması, kalbi vesveseden korumanın yolları, şeytanın mahiyetini incelemenin zararları, ilhamla vesvesenin nasıl ayırt edileceği, şeytanın nasıl zayıf düşürülebileceğini, şeytanın kalbe giriş yollarını, namaz kılarken gelen vesveseyi, vesveseyle kılınan namazı ve şeytanın vesvese verme yolları gibi bir çok konuyu ele almıştır.

Gazali, şeytanın çeşitli biçimlerle insana vesvese verdiğini ifade etmiştir. Bunlardan biri gerçeği gerçek olmayanla karıştırmaya yönelik olan vesvesedir: Buna göre şeytan insana dünya nimetlerini süslü gösterir, bunlardan mahrum kalmamasını öğütler ve hayatın uzun olduğunu, hayat boyu bunlardan mahrum kalmanın ona ızdırap vereceğini ilham eder. (Kahraman, 2012)

Ona göre kalp kurulmuş bir çadır gibidir, kapıları vardır, her kapısından kendisine haller gelir. Kalbe giren eserlerin giriş noktaları ya beş duyudandır ya da iç duyulardır. İnsanoğlu beş duyusuyla birşeyi idrâk ettiği zaman, o idrâk edilen şeyden kalpte bir eser oluşur. Kalpte oluşan eserlerin en güzeli hatıralardır. Hatırat ile ifade edilen şey; kalpte meydana gelen fikir ve zikirlerdir. İradeleri harekete getiren de hatırat'tır. Aynı zamanda fiillerin başlangıcını ve eğilimleri yönlendiren şey hatırat'tır. Eğilim de azmi tahrik eder, azim de niyeti tahrik eder. Niyet ise âzayı harekete geçirir. Rağbeti harekete geçiren (şerre dâvet eden, sonucu zarar veren) hâtırat ile hayra dâvet eden (ahirette fayda veren) hâtırat diye ikiye ayrılır. Bu iki kısım değişik hâtırat'tır. Bu bakımdan değişik isimlere muhtaçtırlar. Güzel sonuç veren hâtırata “ilham”, kötü hâtırata (şerre dâvet eden âtırata) ise “vesvese” adı verilir.

Gazali “İhya-i Ulûm-id-dîn”de belirttiği üzere bir sebep-müsebbep örgüsü vardır ve hayra davet eden hatırat sebebine melek, şerre davet eden hatırat sebebine de şeytan

denmektedir. Ona göre yaratılış itibariyle kalp, melekten de şeytandan da gelen şeyleri kabul etmeye elverişlidir. Kişi nefesine uyarsa kalbe şeytan musallat olur, eğer uymazsa melekler onun kalbinde yer tutar. Hiçbir kalp hırs, tamahkarlık, şehvet gibi nefsani duygulardan münezzehe olmadığından, şeytan her kalpte bulunabilir. Şeytanın bulunduğu her kalpte de vesvese yer alır. Böylece vesvesesiz kalp olamaz. Bunu Gazali İhya-u Ulumiddin’de şöyle anlatır:

“Her sonradan olanın mutlaka “muhtdis” (icat edicisi) vardır. Havadis ne zaman değişik olursa, onların değişimleri, sebeplerinin çeşitliliğine delâlet eder. İşte müsebbebleri sebeplere bağlamak tertibindeki Allah Teâlâ’nın kanunundan anlaşılan budur! Ne zaman evin duvarları ateşin ışıyla aydınlanırsa, tavanı ateşten çıkan duman ile kararır, bilirsin ki kararmanın sebebi, aydınlanmanın sebebinden ayrıdır. İşte böylece kalbin nûrları ve zulmeti için de iki değişik sebep vardır. Bu bakımdan hayra davet eden hâtırat sebebine 'melek' ismi verilir. Şerre dâvet eden hâtıratın sebebine 'şeytan' ismi verilir. Ona göre kalp -yaratılış itibariyle- melekten gelen eserleri de, şeytandan gelen eserleri de kabul etmeye eşit bir şekilde elverişlidir. Bunların biri diğerine esasında ağır basmamaktadır. Ancak taraflardan birinin ağır basması, nefsin hevasına uymak, şehvetlere düşmek veya şehvet ve hevâ-i nefisten yüz çevirmekle olur. Eğer insanoğlu öfkесinin ve şehvetinin isteğine ayak uydurursa heva-i nefis vasıtasıyla şeytanın kendisine tasallut ettiği anlaşılır. Kalp böylece şeytanın yuvası ve kaynağı olur. Çünkü heva-i nefis, şeytanın merasıdır. Eğer insanoğlu şehvetlerle mücadele edip onları nefse musallat kılmazsa ve meleklerin ahlâkına uyarsa, bu takdirde onun kalbi meleklerin istikrar yeri ve iniş merkezi olur. Hiçbir kalp; şehvet, öfke, hırs, tamahkârlık ve kötü emelden, kısacası hevâ-i nefisten dallanıp budaklanan beşerî sıfatlardan boş olmadığı için şeytanın vesveseyle dolaşmadığı kalp yoktur. Bunun için Hz. Peygamber (s.a) “Hiç kimse yoktur ki onun bir şeytanı olmasın” buyurmuştur. “Ey Allah’ın Rasûlü! Senin de şeytanın var mı?” diye sorulduğunda “Benim de var. Ancak Allah Teâlâ bana yardım ederek şeytanı mağlup etti ve böylece benim şeytanım teslim oldu. Bu bakımdan o bana hayırdan başkasını emretmez.” buyurmuştur (Gazali).

Ona göre vesveseden kurtulmak kişinin Allah’a dönmesi ve onu zikretmesiyle mümkündür.

“Ne zaman hevanın istekleriyle dünyanın zevki kalbe hâkim olursa, şüphesiz şeytan, bir imkân bulur ve vesveseye başlar. Ne zaman ki kalp, Allah'ın zikrine dönerse, şeytan oradan göçeder ve onun için imkân kapısı oldukça daralır ve böylece melek gelip ilham eder.”

Ona göre hiçbir şey zıddından başkasıyla tedavi olmaz. Yani vesvese şeytandan gelmektedir ve bunun tek çaresi de Allah'ı zikretmektir.

“Şeytanın vesvesesini ancak vesvese veren şeyden başkasını düşünmek ister. Çünkü herhangi bir şeyin hatırlanması kalpte meydana gelirse, ondan önce kalpte bulunan şey yok olur. Fakat herşey Allah Teâlâ'nın gayrisidir ve herşey Allah ve Allah ile irtibatlı olanın gayrisidir. O, vesveseye vesile olup şeytanın at oynatma meydanı olabilir. Bu bakımdan vesveseyi silip artık bir daha şeytana cevelân etme imkânını vermeyen tek şey, Allah'ın zikridir ve bilinir ki Allah'ın zikrinde şeytanın mecali yoktur ve hiçbir şey zıddından başkasıyla tedavi olunamaz.”

Kalbe gelen herşeyin bir sebebi vardır ve o sebep, bilinmesi için bir isme muhtaçtır. Bu bakımdan vesvesenin sebebinin ismi şeytandır ve insanoğulları şeytana isyan etmek veya ona tâbî olmak sûretiyle değişik durumda bulunurlar ve bunun için de Hz. Peygamber (s.a) şöyle buyurmuştur: “Hiçbir kimse yoktur ki bir şeytanı olmasın.”

İmam-ı Gazali kişinin düşündüklerinden dolayı sorumlu tutulmayacağı ve ancak yaparsa mesul olacağıyla ilgili bazı hadisler rivayet etmiştir. Peygamber Efendimiz “Ümmetimden, konuşmadıkları veya yapmadıkları takdirde, sadece düşündükleri kötülükler affedilmiştir”. (Buhari, Müslim) buyurmuştur. Yani kişinin aklına gelen vesveseler ne olursa olsun affedileceği söylenmiştir.

Ebu Hüreyre Hz. Peygamber'in şöyle buyurduğunu rivayet eder: “Allah Teâlâ, koruyucu meleklerle 'Benim kulum herhangi bir günahı işlemeye kast ve teşebbüs ederse, onu yazmayın. Eğer onu bilfiil işlerse, o zaman bir günah olarak yazın. Eğer kulum bir sevabı işlemeyi kast ve teşebbüs ettiği halde bilfiil işlememişse, onu bir hasene (bir sevap) olarak yazın. Eğer bilfiil işlerse, o vakit on sevap yazın” (Buhari, Müslim) buyurur. Gazali'ye göre bu hadîs, kalp amelinin ve günahı işleme teşebbüs ve kasdinin bağışlandığına delildir. Ona göre bunu destekleyen bir ayetse şöyledir: “Kulum

herhangi bir günahı işlemeyi tasarlırsa, onu işlemedikçe ben onu affederim. İşte bütün bunlar, affa delâlet etmektedirler.

1.2.3.2. Said Nursi'ye Göre Vesvese

Said Nursi vesvese ile ilgili görüşlerini Risale-i Nur külliyyatında ifade etmiştir. Ona göre vesvese iki çeşittir: birisi iyi, diğeri kötü. İyi vesvese insanın kafasına takılan meselenin aslını ve mahiyetini araştırmaya sevkeder. Kötü vesvese ise hastalıktır. Kişiyi ümitsizliğe bedbinliğe düşürür. Vesveseye kapılan bu insan hastalıktan kurtulamayacağı, iyileşemeyeceği kanaatine kapılır (Paksu, 2010)

Said Nursi'ye göre şeytanın yaratılması kişilerin manevi yolda engellemeleriyle ilerlemelerine ve yarışmalarına sebep olduğundan hayırlıdır. Bu noktada onun görevlerinden bir tanesi de vesvese vermektir. Ona göre vesvesenin mahiyeti üç tanedir: *tedai-yi hayalat*, *tahattur-u faraziye*, *irtisam-ı gayri ihtiyari*. *Tedai-yi hayalat*, kişinin bir şeyi hatıra getirerek bir şeyin başka bir şeyi hatıra getirmesi ve çağrışım kurması yoluyla düşüncelere dalmasını ifade etmektedir. Yani vesvesenin hayal ürünü olup zihne giren ve birbirini çeken düşünceler olduğunu, bireyin bir şey düşündükçe başka bir şey daha düşüneceğini ifade etmektedir. *Tahattur-u faraziye* vesvesenin farazi olduğunu, olamayacak bir şeyi olacaktıymış gibi düşünme olduğunu ifade eder. Yani varsayımsal bir şey olduğunu ifade eder. *İrtisam-ı gayri ihtiyari* de vesvesenin istek dışı bir görüntünün zihinde oluşmasıyla ortaya çıktığını ifade etmektedir (Mektubat, s.43-45).

Said Nursi vesveseli kişinin önce bunun bir hastalık olarak kabul etmesi gerektiğini, ona önem vermemesi gerektiğini ve onu tanıması gerektiğini ifade eder. Ona göre vesveseler evham ve kuruntudur ve aynı zamanda bir musibet ve beladır. Vesveseye önem verilirse o daha da büyür fakat önem verilmezse yok olur ve söner. Şayet kişi vesveseyi büyük birşeymiş gibi görürse o ona daha büyük görünür fakat umursanmaz ise vesvese kaybolur. Eğer vesveseden korkulursa insanı hasta edebilir fakat korkulmazsa kişiden tamamen kaybolmasa da gizli olarak kalır (Sözler, s. 261-271).

Ona göre vesvese şüphe şeklinde kalbe gelmekte ve şeytan şüpheyi önce kalbe atmaktadır. Kalp bunu kabul etmemekte fakat bir süre sonra kişinin zihninde istemediği görüntüler oluşmaya başlamaktadır. Zaten kişi bu görüntülerden yeterince bunalmış ve

sıkılmıştır. Bu noktada kişi telaşlanmamalıdır çünkü kişinin zihnine gelen “şetm” yani küfür değil sadece hayaldir. Kişi hayal ettiğinden sorumlu olmadığından vesveseden korkmaması lazım gelmektedir. Yine ona göre akla gelen düşünce veya sözler şayet kişinin kendine ait olsaydı kişi bundan etkilenmiş ve üzölmüş olmayacaktır. O, kötü hayallerin güzel düşünceleri bozamayacağını ve bundan dolayı da insanın mesul olamayacağını ifade etmektedir (Sözler, s. 261-271).

1.3. Vesvese, Obsesyon, Kompulsiyon ve OKB İlişkisi

Vesvese hem terim olarak İslami literatürde, hem de bir deyim olarak halk arasında sıklıkla kullanılmaktadır. Psikiyatrik bir terim olarak ise vesveseyle ifade edilen şeye karşılık olarak obsesyon terimi kullanılmaktadır. Fakat bu kelimenin birçok alanda kullanılıyor olması, kullanımlar arasında farklılık oluşturup oluşturmadığı ve ifade etmek istenenle anlaşılan şeyin aynı olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir.

Bu soruya cevap bulabilmek için öncelikle vesvesenin halk arasında ve İslam literatüründe nasıl kullanıldığını ve obsesyon, kompulsiyon ve OKB terimleri ile psikiyatri literatüründe ne kastedildiğini ifade etmenin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Günlük yaşamı gözlemlediğimizde bireyler yaygın olarak -dini ya da değil- bir şeyi yaptıklarını düşünseler dahi yapıp yapmadıklarından emin olamadıklarında, yaşadıklarını vesvese olarak nitelendirmektedirler. Örneğin fişi çekip çekmediğini düşünmek, ocağı kapatıp kapatmadığını düşünmek, namazda aklına farklı şeyler gelmesi, namaz rekâtını kılıp kılmadığından emin olamama gibi. Bireylerin içerisinde bulunduğu bu ruh haline göre vesvese, kişinin gündelik yaşam içerisinde zihnine gelen şüphe ve kuruntuları ifade etmektedir.

Dini bir terim olarak vesvese ikiye ayrılmıştır: kötü ve iyi. Kötü vesvese kalbe şeytan tarafında verilen kötölükleri, kötü hatıratları, zihne gelen kötü resim ve düşünceleri, boş söz ve lafları ifade etmektedir. Buna göre vesveseye önem verilmesi kişiyi Allah’tan uzaklaştırmaktadır. İyi vesvese ise kişinin aklına takılan bir şeyi araştırmasına ve bununla ilgili bilgi sahibi olmasına yardımcı olacağından zararsızdır ve hatta hayırlıdır. Gazali, kişinin bir şeyi bulmak ve araştırmak için de şüphe duyabileceğini ifade ederek iyi huylu vesveseye (hatırat’a) ilham demiştir (Said Nursi, er; Gazali,). Ebû Talip Mekkî (v.291/903) de kalbe gelen düşünce ve duygularla ilgili olarak: “Kalpte hayırlı

işlere meyleden düşüncelere ilham; şerre meyleden düşüncelere de vesvese demiştir (Çelik, 2002,s.157).

Psikiyatrik bir terim olarak obsesyon ise kişinin reddetme ve engelleme çabalarına rağmen tekrarlayan ve devam eden, kişinin zihnini ısrarla meşgul eden, istenmeyen düşünceler ve imgelerdir. Bu düşünce ve imgeleri kişi istese de atamamakta ve çoğu kez bu düşüncelerin oluşturduğu sıkıntıyı ortadan kaldırmak için kompulsiyon denilen bazı davranışlara başvurmaktadır.

Psikiyatrik hastaların tanı sistemlerinde bir kişiye obsesif kompulsif tanısı konması için bazı kriterler söz konusudur. Örneğin sık kullanılan tanılama sistemi DSM IV'e göre OKB tanısı konması için kişilerin obsesyon ve kompulsiyonlarının olması ve bu obsesyon ve kompulsiyonların belirli bir sıkıntıya neden olması, günde bir saatten fazla olmak üzere zamanın boşa harcanmasına yol açması ya da kişinin olağan günlük işlerini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde etkilemesi gerekmektedir (Frances ve Ross, 2001).

Herken (2013)'e göre sadece basit bir hastalıkta küçük şüphe ve emin olamama duyguları psikiyatrik bir hastalığa neden olmamakta, halk arasında vesvese diye ifade edilen bu durum eğer kişiyi rahatsız ediyor, işlevselliğini bozuyor ve zaman kaybına neden oluyorsa psikiyatrik bir rahatsızlık olarak ifade edilebilmektedir. Yine Herken (2013)'e göre vesvese, hastalığın şikayetlerinden sadece biridir ve bunun basit bir vesvese mi yoksa üst düzeye çıkmış bir takıntı mı olduğu hasta ile görüşüldükten sonra ifade edilebilmektedir (<http://www.sabah.com.tr/Gunaydin/Saglik/2013/06/12/vesvese-psikiyatrik-hastalik-belirtisi>) (31.07.2013).

Yapılan tanımları karşılaştırdığımızda temel problemin kelimeler arasında ifade ettikleri anlamın yoğunluğu açısından bir derecelendirme problemi olduğu düşünülmektedir. Halk arasında ve İslam dini literatüründe kullanılan “vesvese” kelimesinin ifade ettiği anlamın yoğunluğu itibarıyla obsesyon kadar kişiyi rahatsız edici ya da anksiyeteye sebep olucu bir işlevi olmadığı düşünülmektedir. Fakat dikkat edilmesi gereken nokta hem halk arasında ifade edilen anlamıyla hem de İslami literatürde ifade edilen anlamıyla ortaya çıkan vesveselere, kişi önem ve değer verirse, bu, o kişide obsesyonların temellerinin atıldığı anlamına gelebilmektedir.

Diğer yandan halk arasında sıklıkla kullanılan “vesvese” kelimesinin “obsesyon” kelimesiyle aynı yoğunluğu ifade edebilecek farklı bir kelime arayışında “takıntı” kelimesinin uygun olacağı düşünölmekle beraber, İslami literatürde vesvesenin daha yoğun olarak ifade edilmiş ve saplantı boyutunu da kapsayacak şekilde, yani obsesyona karşılık gelecek şekilde ifade edildiğı bir kelime bulunamamıştır. Yine aynı şekilde İslami literatürde de halk arasında da kompulsiyonları ifade eden farklı bir kelimeye rastlanmamıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUMLAR

2.1. SOSYODEMOGRAFIYE İLİŞKİN BULGULAR

2.1.1. Cinsiyete İlişkin Bulgular

Tablo 3. Cinsiyete İlişkin Bulgular

	F	%
Erkek	7	31,8
Kadın	15	68,2
Toplam	22	100,0

Araştırmada katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımlarının verildiği tabloda % 68,2 oranında kadın ve % 31,8 oranında erkek katılımcı olduğu görülmektedir. Dini OKB ile ilgili yapılan çalışmalara göz attığımızda örneklemin cinsiyete göre dağılımıyla ilgili değişik sonuçlara rastlanmaktadır. Bu yüzden çalışmamızdaki örneklemin cinsiyete göre dağılımının bazı araştırmalarla uyumlu olduğunu bazı araştırmalarla ise uyumlu olmadığını görmekteyiz. Tek ve Uluğ (2001, s. 99-108)'un yaptığı çalışmada 19 dini obsesyonları olan hastanın 14'ünün (% 74,4) kadın ve 5'inin (25,6) erkek olduğu bulunmuştur. Abramowitz ve arkadaşlarının (2001, s. 825-838) klinik olmayan örnekleme yaptığı çalışmada ise dini OKB belirtileri olan hastaların %58,6 sı erkek, % 41,4 'ü kadın olarak bulunmuştur. Tezcan ve arkadaşlarının (1998, s. 35-41) Fransız ve Türk örneklem olarak yaptığı çalışmaya bakıldığında ise dini obsesyonlarla ilgili örnekleme kadın erkek oranı eşit (%50-%50) olarak bulunmuştur. DSM IV (1994) tanı kitabına göre kadınların obsesyon geliştirme olasılıkları erkeklerden biraz fazladır. OKB'nin tüm alt grupları ile ilgili yapılan çalışmalarda ise genel oran 3/2 şeklinde kadınlar lehinedir. Bu noktada araştırmamız örneklem dağılımı da bunu

desteklemektedir. Diğer bir yandan yapılan araştırmalar kadınların erkeklere göre daha dindar olduğunu (Akşit; Cengiz; Küçükkural vd., 2012) ve dini eğilimleri fazla olan insanların dini obsesyonlara daha yatkın olduklarını göstermektedir. Bu noktada örneklemin kadın erkek oranının kadınlar lehine yüksek olması diğer bulgularla uyumlu görünmektedir.

2.1.2. Medeni Duruma İlişkin Bulgular

Tablo 4. Medeni Duruma İlişkin Bulgular

	F	%
Evli	8	36,4
Bekar	12	54,5
Boşanmış	2	9,1
Toplam	22	100,0

Dini obsesyonlarla ilgili yapılan araştırmalarda katılımcıların medeni durumlarına ilişkin herhangi bir bilgiye rastlanmamıştır. Bu yüzden araştırma sonuçları genel OKB verileri ile karşılaştırılacaktır. Cinsiyete ilişkin verilerde olduğu gibi medeni durumla ilişkili veriler de çelişkili sonuçlar içermektedir. Bir çok araştırma obsesif kompulsif bozukluğu yaşayan hastaların kaliteli aile ilişkisi olduğunu göstermektedir (Steketee ve Noppen, 2003, s. 42-50). Bazı araştırmalardan alınan klinik çalışmalar ve demografik veriler OKB’de düşük boşanma oranları (% 3) olduğunu göstermektedir (Lensi; Cassana; Correddu vd., 1996, s. 101-107). Anksiyete bozukluklarının epidemiyolojisi ile ilgili yapılan bir alan taramasında ise OKB’li hastaların OKB’li olmayanlara göre boşanma oranlarının yüksek, yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirtilmektedir (Regier; Narrow; Rae, 1990). Araştırmamız sonucuna göre örneklemin % 54,5’i bekar, %36,4’ü evli ve %9,1’i boşanmış olduğu görülmektedir. Boşanmış hastaların hastalık belirtilerini fark etme yaşlarına baktığımızda boşandıkları anda OKB belirtilerinin olduğunu görmekteyiz. Araştırmamızda kişilerin yaşam kalitelerine ilişkin herhangi bir soru sorulmamasına rağmen yapılan bire-bir görüşmeler esnasında kişilerin kaygı puanlarına bağlı olarak yaşam kalitelerinin düşük olduğu gözlenmektedir.

2.1.3. Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 5. Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular

Eğitim Durumu	F	%
İlkokul	3	13,6
Ortaokul	1	4,5
Lise	6	27,3
Yüksekokul	1	4,5
Üniversite	9	40,9
Yüksek Lisans	2	9,1
Toplam	22	100,0

Araştırmada eğitim durumlarının gösterildiği tabloda katılımcıların % 40,9'unun üniversite mezunu, % 27,3'ünün lise mezunu, % 13,6'sının ilkokul mezunu, % 9,1'inin yüksek lisans mezunu olduğu, % 4,5'inin yüksekokul mezunu olduğu ve % 4,5'inin ortaokul mezunu olduğu belirtilmektedir. Sayar ve arkadaşlarının (1999) OKB'de fenomenoloji ile ilgili yaptığı çalışmada hastaların 3'ü (%7.5) okuma yazma bilmediği, 15'i (% 37.5) ilkokul mezunu, 4'ü (% 10) ortaokul mezunu, 14'ü lise mezunu (%35), 4'ü (%10) yüksek okul mezunu olduğu belirtilmiştir. Demet ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada ise yine genel OKB hastalarının % 1'i eğitimsiz, % 22,9'u ilkokul, % 10,4'ü ortaokul, % 36.5 lise ve % 29.2'sinin yüksekokul mezunu olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda üniversite ve yüksek lisans mezunu kişiler örneklemin yarısını oluşturmakta ve aynı zamanda okuma-yazma bilmeyen ya da eğitimsiz kimseye rastlanmamaktadır. Bireylerin tıbbi yardım arama davranışı eğitim seviyesi yükseldikçe yükselmektedir (Uğuz vd., 2007). Bu noktada örneklem seçiminin özel muayenehanelere başvuran hastalar çoğunluklu olarak seçilmesi örneklemin eğitim durumu dağılımıyla ilgili böyle bir tablo ortaya çıkarabileceğini düşündürmektedir.

2.1.4. Yaşanılan Yere İlişkin Bulgular

Tablo 6.1. Yaşanılan Yere İlişkin Bulgular

	F	%
Merkez İlçe	21	95,5
Diğer İlçe	1	4,5
Toplam	22	100,0

Araştırmamızda katılımcıların neredeyse tamamı (%95,5) merkez ilçede ikamet etmektedir. Tablo 4.1’de katılımcıların çocukluklarını geçirdikleri yerlere bakıldığında ise % 81,8’i merkez ilçede, % 18,2 ‘sinin ise köy, kasaba gibi kırsal bölgelerde olduğu görülmektedir.

Tablo 6.2. Çocukluğun Geçirildiği Yere İlişkin Bulgular

	F	%
Köy, Kasaba	4	18,2
Merkez İlçe	18	81,8
Toplam	22	100,0

Yukarıdaki tablolar birlikte değerlendirildiğinde katılımcıların büyük kısmının merkez ilçelerde doğup büyüdüğü gözlenmektedir.

2.1.5. Gelir Düzeyine İlişkin Bulgular

Tablo 7.1. Gelir Düzeyine İlişkin Bulgular

	F	%
500 TL den az	1	4,5
500-1000	3	13,6
1001-1500	5	22,7
1501-2000	2	9,1
2001-2500	3	13,6
2500 üstü	8	36,4
Toplam	22	100,0

Katılımcıların gelir düzeyinin gösterildiği tabloda yüksek gelir düzeyi diyebileceğimiz aylık 2000 TL ve üstü gelire sahip olanlar örneklemin yarısını oluşturmaktadır. Gelir düzeyi düşük olarak ifade edilen katılımcıların da genelde öğrenci oldukları ve kısıtlı imkanlarına rağmen dini obsesyonlarından kurtulmak için yardım arama davranışında bulunmaları dikkat çekicidir. Bu durumun dini obsesyonların kişilerin yaşam kalitesini yüksek düzeyde engellediğini ve yardım aramaya ittiğini gösterebileceğini düşündürmektedir.

Tablo 7.2. Çalışma Durumu ve Çalışılan Meslek

	F	%
İşçi	3	13,6
Memur	4	18,2
Serbest	3	13,6
Emekli	1	4,5
Öğrenci	6	27,3
Ev Hanım	3	13,6
İşsiz	2	9,1
Toplam	22	100,0

Yukarıdaki tabloda tanımlanan her meslek grubundan katılımcılar bulunmuştur. Demet ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada katılımcıların % 1'i işsiz, % 44,8'i ev hanımı, % 27,1'i öğrenci, % 17,7'si memur, % 6,7 si ise serbest meslekte çalıştıkları bulunmuştur. Özkırış (2011) tarafından yapılan çalışmaya göre de OKB tanısı konan ve araştırma örneklemini oluşturan 63 hastanın %38.1 (n=24)'i ev hanımı, %30.2 (n=19)'u öğrenci, %23.8 (n=15)'i çalışıyor/emekli, %7.9 (n=5)'i işsiz olduğu bulunmuştur. Bu çalışmalarda ifade edildiği gibi örneklemlerde ev hanımı oranların yüksek olduğu gözlenmektedir. Bizim çalışmamızda ise ev hanımı oranı % 13,6 oranında ifade edilmiştir.

2.1.6. Belirtileri Fark Etme Yaşına İlişkin Bulgular

Tablo 8. Belirtileri Fark Etme Yaşına İlişkin Bulgular

	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
8-12 Yaş	0	0	2	13,3	2	9,2
15-18 Yaş	5	71,4	7	46,7	12	54,5
19-25 yaş	2	28,6	5	33,3	7	31,8
26-35 yaş	0	0	1	6,7	1	4,5
Toplam	7	100	15	100	22	100

Yukarıdaki çarpaz tabloda araştırma örneklemini oluşturan erkek ve kadınların dini OKB belirtilerini fark etme yaşları verilmiştir. Tabloya göre katılımcıların % 9,2 si 8-12 yaş arasında, % 54,5'i 15-18 yaş arasında, % 31,8'i 19-25 yaş arasında, % 4,5'i ise 26-35 yaş arasında belirtileri fark ettiklerini ifade etmişlerdir. Buna göre katılımcıların % 63,7'si belirtilerini 18 yaşına kadar fark ettiklerini ifade etmişlerdir. Eğrilmez ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmada obsesif kompulsif belirtilerin başlangıç yaşı hastaların %33,3'ünde 20 yaşından önce, %46,7'sinde 20-29 yaşları arasında %4,5'inde 30-39 yaşları arasında ve %15,5'inde 50 yaşından sonra olduğu ifade edilmektedir. Yine aynı çalışmada ortalama başlangıç yaşı erkeklerde 25,5, kadınlarda 24,3 olduğu ifade edilmektedir. Araştırmamızda belirtileri fark etme yaşının, sadece dini içerikli OKB ile ilgili yapılmış olmasalar da diğer çalışmalarla da uyumlu olarak, sonuçların 15-25 yaş arasına yığılması beklenen bir sonuçtur. Araştırmamıza göre kadınlar dini OKB belirtilerini erkeklerden daha önce fark ettiklerini ifade etmişlerdir. Aslan ve arkadaşları (1996) kadınlarda OKB bulgularının erkeklere göre daha erken yaşlarda başladığını bildirmektedirler. Tezcan ve arkadaşları ise (1998) OKB belirtilerinin başlama yaşının erkeklerde daha önce olduğunu ifade etmektedir. Bu sonuçlar, başlama ve başvuru yaşının örneklem grubuyla değişebileceğini düşündürse de DSM-IV'te erkeklerde başlama yaşı daha erken olarak verilmektedir.

2.1.7. Yakın Akrabalarda Obsesif Kompulsif Bozukluk ya da Belirtileri Bulunma Durumu

Tablo 9. Yakın Akrabalarda Obsesif Kompulsif Bozukluk ya da Belirtileri Bulunma Durumu

	F	%
Anne	2	9,1
Baba	5	22,7
Ağabey/Abla	2	9,1
Kuzen	1	4,5
Dayı/Hala/Amca/Teyze	1	4,5
Yok	11	50,0
Total	22	100,0

OKB'nin etiyolojik çalışmaları bu hastalığın genetik geçişleri ve sosyal öğrenme yoluyla geçişleri olduğunu ifade etmektedir. Birçok aile çalışmasında OKB bulgularının, hastaların biyolojik akrabalarında tesadüfen olabileceğinden çok üzerinde bir sıklıkta görüldüğü saptanmış, bu bulgunun da OKB' nin ailesel özellik taşıdığının kanıtı olabileceği ileri sürülmüştür (Karahan, 2006:12). OKB' si olan kişilerin birinci derece akrabalarında OKB oranı yüksek olsa da, çoğu akrabanın etkilenmemiş olması, ailesel özelliğin OKB olgularının tümü için geçerli olmadığını düşündürmektedir (Rasmussen ve Tusuang, 1986, s. 317-322). Çalışmamızda örneklemi oluşturan katılımcıların % 50'sinin akrabalarında ya obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş ya da bu belirtileri gösteren kişiler olduğu bulunmuştur. Buna göre katılımcıları % 22,7'sinin babasında, % 9,1'inin annesinde, % 9,1'inin ağabey ya da ablasında, % 4,5'inin kuzeninde ve % 4,5'inin dayı/hala/amca ya da teyzesinde dini OKB ya da obsesif belirtiler bulunduğu ifade edilmiştir. Lenane MC. ve ark. (1990), ağır OKB' si olan 46 çocuk ve ergenin birinci dereceden 145 akrabası ile görüşerek yaptıkları çalışmada hastaların babalarının %25 'inde, annelerinin %9' unda OKB bulunduğunu görmüştür. Bu oranlara ek olarak ebeveynlerinin %13'de, obsesif kompulsif semptomlar saptandığı belirtilmiştir. Çalışmamızda aynı zamanda yakın akrabalarında belirtilerin olduğunu ifade eden kişilerin % 63'ü, bu belirtilerin dini içerikli olduğunu ifade etmişlerdir.

2.1.8. Dini Eğitimde En Baskın Kişi ya da Kurum

Tablo 10. Dini Eğitiminde En Baskın Kişi

	F	%
Anne	11	50,0
Baba	5	22,7
Diğer	4	18,2
Yok	2	9,1
Total	22	100,0

Eksik ve yanlış dini bilgi ediniminin obsesyonları artırdığı ileri sürülmektedir. Dini obsesyonlarla ilgili vaka örnekleri incelendiğinde de vakaların geçmişlerinde edindikleri dini bilgileri kimden ve nasıl edindikleri sorulduğunda genelde “ailem tarafından ve kulaktan duyma” olarak ifade ettikleri gözlenmektedir. Araştırmamızda da katılımcılara dini eğitimlerinde en baskın kişi sorulduğunda % 50 oranında anne, % 22,7 oranında baba, % 18,2 oranında diğer (diğer akrabalar ya da dini kurumlar) ve % 9,1 oranında hiçbir kurum ya da kişiden bu eğitimi almadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılarla bire bir görüşmelerde dini eğitimi ailesinden aldıklarını ifade eden % 77,7’lik kısmın tamamı, bu eğitimi belli bir sistematikte almadıklarını ve eğitimi annesinden babasından gördüğü şekilde ve kulaktan duyma bilgilerle edindiklerini ifade etmişlerdir. Bu veriler de dini bilginin belli bir sistematikte alınmadığı takdirde dini obsesyona neden olabileceğini düşündürmektedir.

2.1.9. Anne-Baba Tutumları ile İlgili Bulgular

2.1.9.1. Annenin Çocuk Yetiştirme Tutumu ile İlgili Bulgular

Tablo 11. Yetiştirilme Tutumları ile ilgili Anneye İlişkin Tutum Algısı

Cinsiyet	Koruyucu		Otoriter		Demokratik		İlgisiz	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Erkek	2	28,6	2	33,3	3	42,9	0	0
Kadın	5	71,4	4	66,7	4	57,1	2	13,3
Toplam	7	31,8	6	27,3	7	31,8	2	9,1

Araştırmamızda katılımcılara “Yaşamınızın ilk on yılını düşündüğünüzde annenizin size karşı tutumu nasıldı?” sorusu sorulmuştur. Soruya ilişkin katılımcıları bilgilendirmek için literatürde yer alan anne-baba tutumları açıklanmıştır. Buna göre Kuzgun (1972) tarafından ifade edilen üç ana-baba tutumu (otoriter, demokratik, ilgisiz) ve Schoefer ve Bell tarafından ifade edilen beş ana-baba tutumu (aşırı koruyucu, annelik, ev kadınlığı rolünü reddetme, demokratik davranma, karı-koca geçimsizliği, baskı ve disiplin) katılımcılara anlatılmıştır. Katılımcılar bu ana-baba tutumları arasından istediklerini tercih etmişlerdir.

Katılımcıların ifade ettikleri sonuçlara göre % 31,8’i annesinin aşırı koruyucu, %27,3’ü otoriter, % 31,8’i demokratik ve % 9,1’i ilgisiz olarak ifade etmişlerdir. Sonuçlara göre katılımcıların % 70’3’ü annesinin koruyucu, otoriter ya da ilgisiz olduğunu ifade etmiştir. Anne-baba tutumları çocuğun psikososyal gelişim sürecinde şüphesiz çok önemli bir yer tutar. Daha önce de ifade ettiğimiz gibi özellikle psikososyal gelişim dönemleri içerisinde anne-babanın, çocuğun güven ve özerklik kazanmasını engelleyici tutumlar sergilemesi, çocukta güvensizlik ve şüpheyi yol açmaktadır. Böylece her gelişim döneminde elde edilmesi gereken olumlu tutumlar elde edilememekte ve kişilerin ileriki yaşlarında psikolojik rahatsızlık yaşama ihtimalleri artmaktadır. Bu sonuçlar da kişilerin kendi küçüklüklerini düşündüklerinde anne ve babalarını ya çok koruyucu (yani özerkliğe fırsat vermeyen) ya da otoriter ya da ilgisiz (güven vermeyen) tutumlara sahip olduklarını ifade etmişlerdir.

2.1.9.2. Babanın Çocuk Yetiştirme Tutumu ile İlgili Bulgular

Tablo 12. Yetiştirilme tutumları ile ilgili Babaya İlişkin Tutum Algısı

Cinsiyet	İlgisiz		Koruyucu		Otoriter		Demokratik	
	F	N	F	N	F	N	F	N
Erkek	1	14,3	1	14,3	3	42,9	2	28,6
Kadın	2	66,7	0	0	9	75,0	4	66,7
Toplam	3	13,6	1	4,5	12	54,5	6	27,3

Yine aynı şekilde araştırmamızda katılımcılara “Yaşamınızın ilk on yılını düşündüğünüzde babanızın size karşı tutumu nasıldı?” sorusu sorulmuştur. Soruya ilişkin katılımcıları bilgilendirmek için literatürde yer alan anne-baba tutumları açıklanmıştır. Buna göre Kuzgun (1972) tarafından ifade edilen üç ana-baba tutumu (otoriter, demokratik, ilgisiz) ve Schoefer ve Bell tarafından ifade edilen beş ana-baba tutumu (aşırı koruyucu, annelik, ev kadınlığı rolünü reddetme, demokratik davranma, karı-koca geçimsizliği, baskı ve disiplin) katılımcılara anlatılmıştır. Katılımcılar bu ana-baba tutumları arasından istediklerini tercih etmişlerdir.

Katılımcıların ifade ettikleri sonuçlara göre katılımcıların % 13,6’sı babalarının ilgisiz, % 4,5’i koruyucu, % 54,5’i otoriter, % 27,3’ü ise demokratik tutuma sahip olduğunu ifade etmişlerdir.

Burada dikkat çeken bir nokta katılımcıların annelerini babalarına göre daha demokratik ifade etmelerine karşın (31,8 / % 27,3), babalarının annelerinden daha otoriter olduğunu ifade etmişlerdir (% 27,3 / % 54,5). Bir diğer önemli bulgu da katılımcıların her birinin en az bir ebeveynini koruyucu ya da otoriter olarak ifade etmiş olmasıdır.

Katılımcıların ifade ettiği sonuçlar bize, olumsuz anne-baba tutumlarının çocuğun obsesif kompulsif bozukluk geliştirme ihtimalini yükseltebileceğini göstermektedir.

2.2. VESVESE İLE İLGİLİ BULGULAR

2.2.1. Yaşanılan Durumun Vesvese Olarak Nitelendirilme Durumu

Tablo 13. Yaşanılan Durumun Vesvese Olarak Nitelendirilme Durumu

	F	%
Evet	14	63,6
Hayır	8	36,4
Total	22	100,0

Vesvese, zararlı olan şüphe ve kuruntu demektir. Vesvese, şeytanın insan kalbini kurcalaması ve hayal aynasına bir kısım resim ve manzaralar, hatıra ve hayaller atması demektir. Kişinin zihninden geçen ve hayra sevk etmeyen düşünceler olarak da ifade edilebilmektedir. Araştırmada dini obsesyon yaşayanların hastalıklarını vesvese diye tanımlayıp tanımlamadıkları sorulmuş ve katılımcıların % 63,63'sı bu soruya “vesvese diye tanımladıkları” yönünde cevap vermişlerdir.

Katılımcıların cevaplarının dağılımının bu şekilde olması, kişilerin dindarlık algılarının nasıl olduğu ile ilgili soru işaretleri de ortaya çıkarmaktadır. Her ne kadar dini obsesyonların, dini eğilimi fazla olan insanlarda daha çok gözlemlendiği ifade edilse ve örneklemimizin hepsi dini obsesyon yaşayan kişilerden oluşsa da bu grup içerisinde de dindarlık algıları farklılaşabilecektir. Çünkü kişilerin yaşadıkları dini obsesif ve kompulsif davranışlar birbirlerinden farklıdır. Bu noktada bakıldığında hastalıklarını vesvese diye tanımlayan kişilerin kendilerini dindar algılama düzeyleri ile ilgili analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 14. Hastalıklarını Vesvese Diye Tanımlayanların Dindarlık Algısı

Grup	N	Ortalama
Evet	14	8,0
Hayır	8	6,5

Yapılan analizler sonucunda hastalıklarını vesvese diye tanımlayanlar tanımlamayanlara göre anlamlı düzeyde kendilerini daha dindar algılamaktadırlar. Beşiroğlu ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan “obsesif-kompulsif belirti kategorileri hakkında ruh sağlığı bilgisi” araştırmasına göre kişilerin psikolojik sorunları ve psikiyatrik hastalıkları tanıma yeteneklerine bakılmış ve dini belirti kategorisi diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla şeytan tarafından verilen bir vesvese olarak değerlendirilmiştir.

2.2.2. Vesvesenin Ne Olarak Tanımlandığına İlişkin Bulgular

Yaşadıkları durumu vesvese diye tanımlayanlar vesveseyi şeytandan gelen, zihin ve beden çatışması sonucu ortaya çıkan, engellenemeyen, sıkıntı veren, sürekli düşünmeye sebep olan, vazgeçilemeyen, evham veren bir saplantı olduğu ifade etmişlerdir. Kendi ifadeleriyle vesvese tanımları ise şöyledir:

- Vesvese, ruhun ve beden birbiriyle çatışma halidir.
- Vesvese, aklın kabul etmediği ve kimseyle paylaşmadığı bir durumdur.
- Vesvese, kendini yapmaktan alıkoyamadığın bir şey. Beyni boş şeylerle meşgul etmektir.
- Vesvese saplantıdır. Kurtulmak isteyip kurtulamadığın ve aynı zamanda tanımlayamadığın bir şey.
- Vesvese şeytanın oyunudur.
- Vesvese, şeytanın kişinin aklına girmesidir.
- Vesvese, şeytandandır.
- Vesvese, bir insanın aklında sürekli "acaba"larla yaşamasıdır, kendini ikna edememektir.
- Vesvese insanın içine sinmeyen sürekli hata yaptığını düşündüğü bir durum.
- Vesvese şeytandan gelen büyük bir rahatsızlık, sınanma. Dayanılmaz bir acı.
- Vesvese şüphe ve evhamlanmaktır.
- Vesvese şeytanın müslümanları yoldan çıkarmak için yaptığı şeyler.
- Vesvese zihnime gelen Allah var mı yok mu düşüncesidir, şeytandandır.
- Vesvese belirgin olmayan bir tehlikeye karşı sıkıntı duymaktır.
- Vesvese abdest almaktan şüphe duymaktır.
- Vesvese sorgulamadır.

2.2.3. Yaşanılan Durumun Vesvese Olarak Tanımlanmasının Doktora Gitme ile Bağlantısına İlişkin Bulgular

Tablo 15. Yaşanılan Durumun Vesvese Olarak Tanımlanmasının Doktora Gitme ile Bağlantısına İlişkin Bulgular

	F	%
Evet	6	42,2
Hayır	8	57,8
Toplam	14	100,0

Vesvese dini obsesyonun doğal bir öncülü ya da sonucu gibi düşünülebilmektedir. Bu noktada kişilerin yaşadıkları bu problemi vesvese diye nitelendirdiklerinde tıbbi yardım arama davranışlarını ertelemeleri beklentisi de olası bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Araştırma örnekleminde kişilerin hastalıklarını vesvese diye tanımladıklarında bu tanımlamanın onların doktora gitmelerini ya da tıbbi bir yardım almalarını engelleyip engellemediği sorulmuş ve örnekleimde hastalıklarını vesvese diye tanımlayanların % 42,2'si bu tanımlamanın kendilerinin doktora gitmelerini engellediğini ifade ederken, % 57,8'i vesvese diye tanımlasa dahi doktora gitmesini engellemediğini ifade etmiştir. Uğuz ve arkadaşlarının (2007) OKB için yardım aramada ilk başvuru yerleri ile ilgili yaptığı çalışmada örneklemin % 36,5'inin hekim dışı yollara başvurduğu ve bu hastalarda dini obsesyon sıklığının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada bu oranın yüksekliği obsesif nedenlerin tıp dışı yollarla açıklanmaya çalışılması, bulaşma ve kirlenme gibi obsesyonların kişilerin huyu ve mizacı olarak nitelendirilmesi, OKB'nin ruhsal bir hastalık olarak görülmemesi, OKB'nin yeterince tanınmaması ve psikiyatrik muayenelere karşı kişilerin önyargısından olabileceği düşünülmüştür. Probleme dini obsesyonlar açısından bakıldığında da yukarıda belirtilen sebeplerin bir çoğunu saymak mümkündür. Ayrıca diğer obsesyonlara göre dini obsesyon, tıp dışı yollara başvurmada kişilerin kültürel olarak da yatkın oldukları bir tür olduğu ifade edilebileceği düşünülmektedir. Araştırmamızda tıp dışı yollara başvurunun belki daha fazla olmasındaki engelin de, örneklemin eğitim düzeyiyle bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

2.2.4. Doktordan Önce Dini Bilgisine Güvenilen Birine Gidip Gitmeme ile İlişkili Bulgular

Tablo 16. Doktordan önce dini bilgisine güvenilen birine gidip gitmeme ile ilgili bulgular

	F	%
Hoca	11	50
İmam	2	9,1
Öğretmen	1	4,5
Gitmedim	8	36,4
Toplam	22	100,0

Dini kökenli olan ya da olduğu düşünülen rahatsızlıklarda bir çok insanın aklına ilk olarak çevrede tanıdıkları ya da önerilen ve dini bilgisine güvenlin, halk tabiri ile “nefesi kuvvetli” kişiler geldiği düşünülmektedir. Araştırmamızda katılımcılara yaşadıkları rahatsızlık ile ilgili doktordan önce dini bilgisine güvendikleri herhangi birine gidip gitmediklerini sorduğumuzda tüm grubun % 63,6 ‘sının herhangi birine gittiği ve % 36,4 ‘ünün ise gitmediği görülmektedir. Herhangi birine giden kişilerin yaklaşık % 80’inin (tüm grubun % 50’si) büyücü, cinci, muskacı diye tabir edilen hocalara gittikleri, yaklaşık % 15’inin (tüm grubun % 9,1’i) cami imamına danıştığı ve % 5’inin de bir din kültürü öğretmenine danıştığı bulunmuştur. Uğuz ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada tıp dışı yollara başvuran hastaların yaklaşık % 65 ‘inin dini bilgisine güvenilen bir hocaya, % 35’inin de resmi din görevlisine başvurduklarını belirtmişlerdir. Özellikle dini obsesyonları olan kişilerin -kültürel etkiler de göz önünde alındığında- tıp dışı yollara başvurması anlaşılır görünse de, bu konunun nedenleriyle ilgili geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

2.3. DİNİ OBSESYON VE KOMPULSİYONLARA İLİŞKİN BULGULAR

Bir kültürde hangi obsesyon ve kompülsiyonların daha fazla öne çıktığının araştırılmasının önemi yadsınamaz, ama bu araştırmalar yapılırken o kültürün simge sisteminin nasıl işlediğinin bilinmesi gereklidir. Bu da kültürün simge sistemlerini araştıran diğer bilim dallarıyla ilişkiyi zorunlu kılmaktadır. Örneğin, Türk kültüründe

suyun ve temizliğin rolü ve ‘kirlenmişlik’, ‘kirletilmişlik’ sözlerinin kullanımı hakkında bilgi sahibi olunmadan Türk hasta örnekleminde OKB fenomenolojisi hakkındaki araştırmalarda ciddi yöntem ve değerlendirme hatalarının yapılması kaçınılmaz hale gelecektir. Temizlenme çabasının gerçek kirden kurtulmak için mi, yoksa dinsel arınma amaçlı mı olduğu asla tam olarak saptanamayacaktır (Beyazyüz ve Göka, 2010).

Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalığı yaklaşık 300 yıldır var olduğu ve bu hastalığın sınıflandırılmasına ilişkin çeşitli çalışmalar yapıldığı bilinmektedir. Bunlar arasında Khanna ve Channabasavanna’nın obsesyon ve kompulsiyonların biçim ve içeriğine dayalı sınıflandırmaları daha geniş bir kabul görmüştür (Khanna ve Channabasavanna, 1988, s. 12-18; Khanna ve Channabasavanna, 1987). Obsesyonlar biçim yönünden altı, içerik yönünden on iki; kompulsiyonlar biçim yönünden dört, içerik yönünden ise sekiz kategoriye ayrılmıştır.

Diğer yandan OKB, yapılandırılmış sınıflandırmalara 1980’de yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-III) ile girmiştir (DSM- III, 1980). OKB, Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) yayınladığı International Classification of Disease (ICD–10) ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırmasında da F–42 kodu ile yer almıştır (ICD–10, 1992).

Yapılan bu tanımlamalara göre OKB’de yer alan alt türlerden birisi olarak dini içerikli obsesyonlar görülmekte ve buna eşlik eden “dini” olarak adlandırılmayan kompulsiyonlar görülmektedir. Dini OKB’ye sık eşlik eden kompulsiyonlar arasında ise temizlenme-yıkanma davranışları görülmektedir.

Araştırmamızda dini içerikli obsesyon ve kompulsiyonları sınıflandırmak için Yağcı (2006) tarafından vaka hikayeleri göz önüne alınarak geliştirilen sınıflandırmayı kullanmaktayız. Bu sınıflandırma, Obsesif Kompulsif Bozukluğun psikiyatrik tanılmasında yer almamasına rağmen, dini içerikli obsesif ve kompulsif davranışların tanımlanması ve bu konuda derinlemesine araştırmalar yapılması için farklı bir perspektif açtığı düşünülmektedir.

2.3.1. Dini Obsesyonla İlgili Bulgular

2.3.1.1. Tanrıya ve Diğer Dini Ögelere Karşı Küfür ve Saygısızlık

Tablo 17. Tanrıya ve Diğer Dini Ögelere Küfür ve Saygısızlık

	Erkek		Kadın		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Yok	4	57,1	15	100	19	86,4
Var	3	42,9	0	40	3	13,6
Toplam	7	100	15	100	22	100

Bu obsesyon türü dini içerikli obsesyonlara sahip olan vakalarda az rastlanan fakat insanları diğer obsesyonlara göre daha fazla rahatsız ettiği tahmin edilen obsesyon türü olarak ifade edilebilir. Bu tür obsesyonlarda kişiler ellerinde olmadan tanrılarına küfretmekte, kutsallarına hakaret ya da küfretmekte, saygısızlık göstermekte ve bundan dolayı yoğun sıkıntı yaşamaktadırlar. Araştırmamız örnekleminde özellikle erkek örneklem grubunun % 57,1'i bu obsesyonları yaşadığını ifade ederken, erkeklerin % 42,9'u ve kadınların tamamı böyle bir obsesyon yaşamadıklarını ifade etmektedirler. Araştırmamızda katılımcılar yaşadıkları durumu şöyle ifade etmişlerdir:

- İçimden bir şey haşa Allah'a küfür ediyor. İçimde sanki başkası var.
- Aklıma sürekli vesveseler geliyor ve Allah'a küfrediyorum, çok dua ediyorum, tövbe ediyorum ama nafile, geçmeyeceğine inanmaya başladım.
- Söylemiyorum, söyleyemiyorum ama içimden bir ses Allah'a küfrediyor.
- Durduramadığım bir ses içimden sürekli Allah'a küfür ediyor.

2.3.1.2. İtikadi Konularda Şüpheyeye Düşme

Tablo 18. İtikadi Konularda Şüpheyeye Düşme

	Erkek		Kadın		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Yok	2	28,6	13	86,7	16	72,7
Var	5	71,4	2	13,3	6	27,3
Toplam	7	100	15	100	22	100

İtikat sözlükte inanma anlamına gelmektedir. İtikadi konular ise imanla ve inanmayla ilgili konuları içermektedir. Allah’a inanma, peygamberlere inanma, meleklerle inanma, ahirete inanma, kaza ve kadere inanma, hayır ve şer olan her şeyin Allah’tan geldiğine inanma, temel itikadi konulardır. Dini obsesyonlar içerisinde itikadi konularda şüpheyeye düşme obsesyonu da aynı “Tanrıya ve diğer dini öğelere küfür içeren obsesyonlarda” olduğu gibi az rastlanan ve erkeklerde daha sık görülen bir obsesyon türü olduğu görülmektedir. Genel örnekleme % 27,3 olan bu oran erkeklerde % 71, 4’e yükselmektedir. Kadınlarda ise bu oran sadece % 13,2 olarak bulunmuştur. Bu obsesyona ilişkin bazı katılımcıların ifadeleri ise şöyledir:

- Elimde olmadan Allah var mı yok mu diye sorguluyorum. Aslında olduğunu biliyorum, bir sürü delil olduğunu da biliyorum ama kendimi ikna edemiyorum.
- Din hakkında ne duysam ona karşı hoş olmayan kelimeler aklıma geliyor, kendi bildiklerimi sorguluyorum, dinimize uygun olmayan hareketlerimi sorguluyorum.
- Dünya bir imtihan yeri midir bilmiyorum, sürekli onu sorguluyorum. Acaba ahiret var mı, sorgu-sual var mı diye düşünüyorum.

2.3.1.3. Günah Sayılan Şeyleri Yapma Korkusu

Tablo 19. Günah Sayılan Şeyleri Yapma Korkusu

	Erkek		Kadın		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Yok	2	28,6	9	60	11	50
Var	5	71,4	6	40	11	50
Toplam	7	100	15	100	22	100

Bu obsesyon türünde kişi zihninde aniden beliriveren günah işleme düşüncelerini gerçekleştirmekten çok büyük korku duyar (Yağcı, 2006). Araştırmamız örnekleminde erkeklerin % 71,4 ‘ü, kadınların ise % 40’ı bu doğrultuda ifadeler belirtmişlerdir. Katılımcılar yaşadıkları bu durumları şöyle ifade etmişlerdir.

- Aklıma tarif edemediğim garip düşünceler geliyor, günah işlemekten korkuyorum.
- Sanki her an günah işleyebilirmişim gibi geliyor. Namazda olsun, camiye gittiğimde olsun, dini bir sohbet dinlerken olsun sürekli aklıma böyle kötü şeyler geliyor.
- Yaptığım şeyin doğru olduğunu biliyorum ama yapmamam gerekiyormuş gibi geliyor ya bunu yaparken de günah işlersem diye.

Katılımcıların ifadelerinde, kişilerin günah işleme korkusunun kaçınmaya neden olabileceği görülmektedir. Kaçınma, kişilerin kaygı duydukları davranışları yapmaktan geri çekilmesi anlamına gelmektedir.

2.3.1.4. Günahkar Olma ve Farkında Olmadan Günah İşlemiş Olma Düşüncesi

Tablo 20. Günahkar Olma ve Farkında Olmadan Günah İşlemiş Olma Düşüncesi

	Erkek		Kadın		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Yok	3	42,9	6	40	8	36,4
Var	4	57,1	9	60	14	63,6
Toplam	7	100	15	100	22	100

Bu obsesyon, kişinin, yapılması uygun olmayan bazı davranışların aklına gelerek bu davranışları gerçekleştirdiğini düşünmesi veya bilinçsizce bazı günahlar işlemiş olabileceği düşünceleri ile ifade edilebilir. Ya da bu kişiler genel bir günahkarlık hissi duyarlar, yaptıkları her işte günah işlemiş olacakları düşüncesine kapılmaktadırlar (Yağcı, 2006). Böyle hastalar zaman zaman dinin yasak saydığı değil de kendi kendilerine günah ilan ettikleri bir takım eylemlerden titizlikle kaçınırlar. Örneğin bu kişiler tuvalete girmekten ya da eşleriyle cinsel ilişkiden sakınabilmektedirler.

Araştırma sonuçlarına göre erkek katılımcıların % 57,1'i; kadın katılımcıların ise % 60'ı böyle bir durumu yaşadıklarını ve yaşıyor olduklarını ifade etmişlerdir. Araştırmaya göre ilginç bir bilgi ise araştırmamızın örnekleminde yer alan ve medeni durumlarını boşanmış olarak belirten iki kadın katılımcının da bu grup içerisinde olumlu yanıt vermiş olmasıdır. Bu veri anlamlı bir farklılık oluşturmasa da kişilerin zihinlerinde oluşan bu düşüncelerin aile yaşamları için ciddi sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir. Yapılan bazı çalışmalar da obsesif kompulsif bozukluk hastalarının düşük yaşam kalitesi olduğunu, aile içi sorun çözme becerilerinin yetersiz olduğunu ve aile içi problemleri yoğun yaşadıklarını ifade etmektedir (Livingston; Rasmussen; Eisen, 1990, s. 325-340)

2.3.1.5. İbadetlere Hazırlık Niteliğindeki Temizlenme Ritüellerinde Ortaya Çıkan Obsesyonlar

Tablo 21. İbadetlere Hazırlık Niteliğindeki Temizlenme Ritüellerinde Ortaya Çıkan Obsesyonlar

	Erkek		Kadın		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Yok	2	28,63	2	13,3	4	18,2
Var	5	71,4	13	86,7	18	81,8
Toplam	7	100	15	100	22	100

Temizlenme ritüellerinde ortaya çıkan obsesyonlar, dini içerikli obsesyonlar arasında en sık rastlanan obsesyonlardan olduğu ifade edilebilmektedir. Abdestin yanlış ya da eksik alındığını düşünme, gusül abdestinin yanlış ya da eksik alındığını düşünme, üzerinin kirli olduğunu düşünerek ibadetin kabul olmayacağını düşünme, iç çamaşırının temizliği ile ilgili şüphe duyup abdestinin ve namazının olmayacağını düşünme, gibi düşünceler bu grupta yer almaktadır. Obsesyon sınıflandırılması içerisinde kirlenme/bulaşma obsesyonu alt tipinde yer alan bir çok davranış bu grup içerisinde yer almaktadır. Kirlenme/ bulaşma obsesyonların da kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, meni vb. şeylerin bulaşacağı endişesi yaşanır. Çeşitli çalışmalarda en sık karşılaşılan obsesyon türünün bulaşma obsesyonu olup hastaların yaklaşık %45-55’inde görülmektedir (Eğrilmez ve ark. 1997, Sayar ve ark. 1999, Rasmussen ve Eisen 1989). Araştırmamız sonuçları içerisinde de en sık görülen obsesyon türleri arasında yer almaktadır. Buna göre erkek katılımcıların % 71,4’ünde, kadın katılımcıların ise % 86,7’sinde bu obsesyon türü görülmektedir. Toplam grubun ise % 81,8’i temizlenme ritüellerinde karşılaşılan obsesyonlara sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Bu oran, OKB’nin tümü ile ilgili yapılan çalışmalardan daha yüksek bir oran olduğu görülmektedir. İbadetlerde temizlenme ritüellerinin olması ve temizlenme olmadan ibadetin gerçekleşmeyeceği olgusu bu oranı artırdığı söylenebilir.

2.3.1.6. İbadetler Esnasında Görülen Obsesyonlar

Tablo 22. İbadetler Esnasında Görülen Obsesyonlar

	Erkek		Kadın		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Yok	3	42,9	4	26,7	7	31,8
Var	4	57,1	11	73,3	15	68,2
Toplam	7	100	15	100	22	100

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 gibi obsesyonlardır. Araştırmamıza göre erkek katılımcıların % 57,1'i, kadın katılımcıların ise % 73,3'ü bu ibadetler esnasında bu obsesyonları yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu grup içerisinde ise daha çok ibadetinin tam olarak gerçekleşip gerçekleşmediği ile ilgili konularda tereddüt yaşadıklarını ifade edenler çoğunluktadır. Araştırma örnekleminin toplamda ise % 68,2'si bu grupta yer almaktadır. Buna göre temizlenme ile ilgili obsesyonlarda sonra araştırmamızda ikinci sıklıkta görülen dini içerikli obsesyon türü olarak ifade edilebilir.

2.3.1.7. Dini Herhangi Bir Hükmün Yerine Getirilmesi ile İlgili Obsesyonlar

Tablo 23. Dini Herhangi Bir Hükmün Yerine Getirilmesi ile İlgili Obsesyonlar

	Erkek		Kadın		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Yok	7	100,0	14	93,3	21	95,5
Var	0	0	1	6,7	1	4,5
Toplam	7	100	15	100	22	100

Bu obsesyona boşanma ile ilgili görülen obsesyonlar örnek olarak verilebilir (Yağcı, 2006). Kişiler boşanıp boşanmadıkları yönünde soru işaretleri obsesyonlara sebep olmaktadır. Araştırmamız örnekleminde sadece kadın katılımcıların % 4,5'inde bu obsesyona rastlanmıştır.

2.3.2. Dini Kompulsiyonlarla İlgili Bulgular

2.3.2.1. Tövbe Etme Kompulsiyonu

Tablo 24. Tövbe Etme Kompulsiyonu

	Erkek		Kadın		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Yok	3	42,9	9	60	12	54,5
Var	4	57,1	6	40	10	45,5
Toplam	7	100	15	100	22	100

Tevbe, kelime olarak dönmek, vazgeçmek anlamına gelir. Dindeki anlamı ise, insanın dince uygun görülmeyen bir davranıştan geri dönmesi, vazgeçmesi ve bir daha işlemeyeceğine dair söz vermesi demektir (Yılmaz ve Karacoşkun, 2012, s. 169). Kuran-ı Kerimde tövbenin Allah tarafından kabul edileceği ifade edilir. Nitekim Allah Teala, “Ey iman edenler, nasuh tövbe ile tövbe edin ki Allah da sizin kabahatlerinizi affetsin ve altlarından ırmaklar akan cennetlerine koysun.” (Tahrim, 66/8) buyurarak, yapılan tövbelerin kabul edileceğini beyan eder. Tövbe Etme kompulsiyonu da kişilerin yanlış bir şey yaptıklarını düşünerek ya da yanlış bir şey yapmasalar dahi yapmış olduklarına inanarak sürekli tövbe etmelerini içermektedir. Araştırmaya göre erkek katılımcıların % 57,1’i, kadın katılımcıların ise % 40’ı ve toplamda tüm katılımcıların % 45,5’i yaptıklarından dolayı sürekli tevbe ettiklerini ifade etmişlerdir.

2.3.2.2. Dua Etme ve Tekrarlama Kompulsiyonları

Tablo 25. Dua Etme ve Tekrarlama Kompulsiyonları

	Erkek		Kadın		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Yok	4	57,1	9	60	13	59,1
Var	3	42,9	6	40	9	40,9
Toplam	7	100	15	100	22	100

Tarih boyunca tüm dünyada insanlar, kimi zaman bir isteği, kimi zaman bir şikayeti, kimi zaman şükürü, kimi zaman pişmanlık ve tevbeyle ifade etmek, kimi zaman da yalnızca duygularını paylaşmak için Tanrıya dua etmektedir (Yılmaz ve Karacoşkun, 2012, s.169). Dua ile ilgili yapılmış araştırma sonuçlarına göre dua eden kimselerin sıklıkla hayatlarında tatmin, anlam ve amaçlılık duygusunu tecrübe ettikleri ((Yılmaz ve Karacoşkun, 2012, s.182) ve duanın kişiye yüce güçle birlikte olma hissi verdiğini ve bu hissin de kişiye huzur verdiği ifade edilmiştir.

Araştırmamızda katılımcıların belirttiği dua etme kompulsiyonu ise araştırmalarda ifade edilenden daha farklıdır. Burada ifade edilen dua kişinin obsesyonlarına ilişkin kaygısını azaltmak için kabul olunmadığını düşünerek tekrar tekrar dua etmesini ifade etmektedir. Bu kompulsiyona sahip olan insanlar dua etme kompulsiyonunu birkaç kez tekrar etme eğilimindedirler. Araştırmamızda erkeklerin % 42,9'ui kadınların %40'ı, toplam katılımcıların da % 40,9'u dua etme kompulsiyonlarını ifade etmişlerdir.

2.3.2.3. Temizlenme Ritüellerinde Ortaya Çıkan Kompulsiyonlar

Tablo 26. Temizlenme Ritüellerinde Ortaya Çıkan Kompulsiyonlar

	Erkek		Kadın		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Yok	2	28,63	2	13,3	4	18,2
Var	5	71,4	13	86,7	18	81,8
Toplam	7	100	15	100	22	100

Obsesyonlar nedeniyle oluşan olumsuz etkilerin kompulsiyonlar vasıtası ile geçici olarak azalması kişinin obsesyonlara ilişkin inanışlarının daha da kuvvetlenmesine neden olmaktadır. Bununla birlikte zamanla durdurulamayan kompulsiyonlar anksiyete kaynağı olurlar ve kişinin sosyal işlevleri belirgin olarak etkilenir (Sağlam, 2007:12) Dini kompulsiyonlar için de durum böyledir. Kirlilik obsesyonunu dindirmek için ibadetlerden önceki ritüeller yapıldığında kaygıyı azalttığından ritüele olan inanç artar

ve devamında ritüelsiz bir şekilde ibadet yerine getirilemeyeceği için bu sefer kompulsiyonlar kaygının kaynağı olurlar.

Araştırmamızda erkeklerin % 71,4'ü, kadınların ise % 86,7'si ve tüm grubun % 81,8'i temizlik ritüellerinde (abdest, gusül abdesti gibi) kompulsiyonları olduğunu belirtmiştir. Nazar ve arkadaşlarının (2011) Pakistan'da yaptıkları çalışmaya göre dini içerikli kompulsiyonlar içerisinde temizlenme kompulsiyonları ikinci sıklıkta yer almaktadır. Bizim araştırmamızda ise bu kompulsiyon türü sıklık açısından ilk sırada yer almaktadır.

2.3.2.4. İbadetler Sırasında Ortaya Çıkan Kompulsiyonlar

Tablo 27. İbadetler Sırasında Ortaya Çıkan Kompulsiyonlar

	Erkek		Kadın		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Yok	2	28,63	2	13,3	4	18,2
Var	5	71,4	13	86,7	18	81,8
Toplam	7	100	15	100	22	100

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 gibi davranışlar bu kompulsiyonlara örnektir.

Araştırmamızda erkek katılımcıların % 71,4'ü, kadın katılımcıların % 86,7'si ve tüm katılımcıların % 81,8'i bu kompulsiyonları sergilemektedir. Temizlik ritüellerine eşlik eden kompulsiyonlarla birlikte en sık rastlanan dini içerikli kompulsiyonlar arasında yer almaktadır.

2.3.2.5. Dini Obsesyonlardan Dolayı Yapılan Ancak Dini Bir Muhtevaya Sahip Olmayan Kompulsiyonlar

Tablo 28. Dini Obsesyonlardan Dolayı Yapılan Ancak Dini Bir Muhtevaya Sahip Olmayan Kompulsiyonlar

	Erkek		Kadın		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Yok	6	85,7	15	100,0	21	95,5
Var	1	14,3	0	0	1	4,5
Toplam	7	100	15	100	22	100

Müslüman hastalar üzerinde yapılan araştırmalarda bu tür kompulsiyonlara rastlanılmamasına rağmen Hristiyan hastalarda bu tür kompulsiyonlar bulunmuştur (Yağcı, 2006). Hristiyanların manevi önderlerinden John Bunyan'ın Kutsal Ruha karşı günah işleme obsesyonuna karşılık çenesinin altında ellerini çırpması, yine başka bir Hristiyan hastanın Tanrıya karşı müstehcen el hareketleri yapmak obsesyonunu bertaraf etmek için yedi defa yüzüne dokunması bu tür kompulsiyonlar arasında gösterilebilir (Yağcı, 2006). Araştırma örneklemimizde ise sadece erkek hastaların %14, 3'ünde bu kapsama gireceği düşünülen bir kompulsiyona rastlanmıştır. Katılımcının zihnine tanrıya küfretme obsesyonu geldiğinde şarkı söylemeye başlayıp kaygısını dindirdiğini ifade etmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bireylerin saçmalığını bilmesine rağmen düşünmekten ve yapmaktan kendini alıkoyamadığı obsesyonlar ve kompulsiyonlar bireyin aile hayatını, meslek hayatını ve sosyal hayatını etkilemekte (Beşiroğlu vd., 2007) aynı zamanda bu alanlarda kişinin daha işlevsel olmasını engellemektedir. Yaşadığı yoğun kaygı, sıkıntı ve baskı altında kişi var olan gerçek potansiyellerini açığa çıkaramamakta ve hem kendisi hem de etrafındaki insanlar, kişinin yaşadığı bu durumdan etkilenmekte ve zarar görmektedir. Öyle ki; kişinin yaşadığını bu obsesyon ve kompulsiyonların dini bir alanda açığa çıkması, kişinin hem inanç sistemi ile ilgili çelişkileri, hem de bu durumun kişinin tüm yaşam alanını ve işlevini engellemesiyle birleştğinde, yaşanan kaygı boyutu daha vahim hale gelmekte ve kişide yaşanan anksiyete düzeyini yükseltmektedir.

Diğer yandan araştırma alanımız her ne kadar psikiyatrik kökenli “obsesyon ve kompulsiyon” terimlerini içerse de, aynı zamanda gündelik yaşamda da kişilerin yaşadıkları bu durumu ifade edebilecekleri “vesvese” gibi deyimler olması, araştırma problemi içerisinde kişilerin ifade ettikleri şeylerin birbirini karşılayıp karşılamadığı noktasında soru işaretleri oluşturmaktadır. Zira bireyler, yaşadıkları problem itibarıyla psikiyatrik bir durumu ifade etmekte fakat bunu ifade ederken gündelik yaşamda ve hatta İslami literatürde sıklıkla kullanılan “vesvese” deyimiyile ifade etmektedirler. Bu noktada, ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda dini obsesyon ve kompulsiyonların tüm OKB içerisindeki oranına, bu durumu yaşayan bireylerin kendi içerisinde bazı değişkenlerine göz atılsa da yukarıda bahsettiğimiz problemler de temel alınarak yapılan kapsamlı bir çalışma bulunmaması, bizi ayrıca böyle bir çalışma yapmaya motive etmiştir.

Bu problemleri gözeterek yaptığımız çalışmada temel olarak üç amaç ortaya çıkmıştır: Birincisi, bu durumu yaşayan bireylerle ilgili bir durum tesbiti yapmak; ikincisi, bireylerin “dini obsesyon/kompulsiyon” terimlerini kullanırken ifade ettikleri şeyin

“vesvese” deyiimiyle ifade edilen Şeye karşılık gelip gelmediğini incelemek ve son olarak da dini içerikli obsesyon ve kompulsiyonları kendi içerisinde belli kategoriler ışığında incelemektir.

Herhangi bir alanla ilgili durum tespiti yapmak, aslında o alanda yapılması muhtemel bir çok çalışmaya temel oluŐturabilecek bilgileri o alanın hizmetine sunmak anlamına gelmektedir. Zira çalıŐılacak alanla ilgili mevcut durum tespit edilmeden yani fizibilite çalışmaları yapılmadan, alanla ilgili problemlerin tespiti güçleŐecek ve olası yanlış adımlar söz konusu olabilecektir. Bu noktada ülkemizde ve dünyada dini obsesyon ve kompulsiyonları detaylı inceleyen çalışma sayısındaki azlık, bizi öncelikle bu alanla ilgili sosyodemografik verileri elde etmeye yönlendirmiş ve alanla ilgili genel durum tespiti yapma ihtiyacı dođurmuŐtur. Böylece araştırmamızın ilk kısmı, bireylerden elde edilen sosyodemografik bilgilerin analizi ile tamamlanmıştır.

Bireylerin sosyodemografik verileri, araştırmacı tarafından daha önce yapılan sosyodemografik araştırmalar da gözetilerek hazırlanan bilgi formu ile sağlanmıştır. Buna göre kişilerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yetiŐtikleri bölge, gelir düzeyleri, dini obsesif kompulsif belirtileri fark etme yaşları, yakın akrabalarda bu durumun varlığı ya da yokluğu, dini eğitimde en baskın kişi ya da kurum gibi verileri toplanmıştır. Toplanan bu verilere ilişkin sonuçlar aşağıda sırasıyla ele alınmaktadır.

Yapılan tüm sosyodemografi ve epidemioloji araŐtırmalarında temel soru, kişilerin cinsiyetlerinin ne olduğuna ilişkin sorudur. Özellikle depresyon, OKB gibi yaygın bazı psikiyatrik ya da psikolojik problemlerde cinsiyet, hastalığa yakalanmak açısından risk faktörü haline gelebilmekte ve buna ilişkin tedbirler daha önem kazanmaktadır. Bu noktada yapılan araştırma sonucu diğer araştırma sonuçlarıyla birlikte değerlendirildiğinde örneklem dağılımı kadınların erkeklerden yaklaşık iki buçuk kat daha fazla (% 31,8 / % 68.2) dini içerikli obsesyona sahip olduklarını göstermektedir. Daha önce de belirttiğimiz üzere yaptığımız bu çalışma, alanda yapılan diğer bazı çalışmalarla uyumlu, bazılarıyla uyumsuz olsa da, dini içerikli obsesyonların kadınlarda daha fazla bulunma ihtimalinin gözden kaçmaması gerektiği konusunda bize n bilgi vermektedir.

Katılımcılardan topladığımız bir diğer veri de kişilerin medeni durumuna ilişkin verilerdir. OKB hastalarıyla ilgili yapılan bazı çalışmalar, OKB hastalarının düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu ifade etmekte ve bu yaşam kalitesinin kişinin kendisine ve çevresine olumsuz etki ettiğine dair bilgiler sunmaktadır. Kişilerin bir yuva kurması ve kurdukları bu yuvayı devam ettirmeleri, kişilerin yaşam kaliteleriyle doğrudan ilişkili görünmektedir. Araştırmadan elde edilen bilgilere göre araştırmaya katılanların % 45,5'i en az bir kez evlenmiş ve bunlardan % 9,1'i boşanmıştır. Diğer bir ifadeyle örneklem içerisinde evlenen on kişiden ikisi boşanmıştır. Burada dikkat çekici bir bulgu, kişilerin boşanma esnasında da obsesif kompulsif davranışlar gösterdiği ve - kendi ifadeleriyle- boşanmada bu davranışların önemli yer tuttuğunu ifade etmeleridir. Bu noktada psikiyatrik problem yaşayan hastaların boşanma istatistiklerinin elde edilmesi önemlidir. Uçan (2007)' ın boşanma sürecinde kriz merkezine başvuran 110 kadınla yaptığı bir çalışmaya göre, boşanmak için başvurdukları esnada kadınların % 74,5'inde depresyon, % 53,6'sında anksiyete tespit edildiği ifade edilmiştir. Araştırma sonuçlarına bu noktadan bakıldığında psikolojik ya da psikiyatrik problem yaşayan kişilerin boşanma ihtimallerinin olması, alınacak olası tedbirler için bir kapı aralamaktadır. Bu noktada psikiyatrik tanı ve tedavi sürecindeki bireyler için aile destek mekanizmaları oluşturulabileceği düşünülmekte ve bu mekanizmalar etkin işletilerek bireylerin aile yaşantılarının sağlıklı bir şekilde devam edeceği düşünülmektedir.

Kişilerin öğrenim durumlarına ilişkin verilerde dikkat çeken en büyük ayrıntı, araştırma örneklemine yaklaşık 65,2'sinin lise ve üstü okul mezunu olmasıdır. Bu noktada bireylerin yardım arama davranışlarına ilişkin veriler, araştırmamızdaki bu bulguyu değerlendirmek açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Zira sadece psikiyatrik rahatsızlıklarda değil, genel olarak bir çok alanda bireylerin eğitim seviyesi yükseldikçe bilinç düzeyleri artmakta ve yaşadıkları duruma ilişkin kendi öz değerlendirmelerini yapabilmekte ve böylece yaşadıkları durum için yardıma ihtiyaçları olup olmadıklarına karar verebilmektedirler. Burada ortaya çıkan problemin çözümü için bireylerin eğitim seviyelerinin artırılması şüphesiz ki sunulabilecek en önemli ve yararlı öneri olsa da, bu uzun soluklu ve detaylı çalışmadan daha ziyade kişilerin yaşadığı bu ruhsal problemde daha acil tedbirlere ihtiyaç vardır. OKB ile ilgili yaşanan bu duruma ilişkin bilgilendirme reklam ve broşürleri, tanıtım filmleri, aile hekimleri ya da diğer kamu görevlileri aracılığıyla hastalığı tanıtıcı ciddi organizasyonlar gerçekleştirmenin faydalı

olacağı düşünülmektedir. Zira OKB tedavisinde en önemli unsur, kişinin hastalığının içeriğiyle ilgili bilgilendirilmesi yani psikoeğitim verilmesidir.

Araştırma sonucuna göre bir diğer bulgu da kişilerin şu anda yaşadıkları ve çocukluklarını geçirdikleri yer ile ilgilidir. Buna göre katılımcıların % 95,5'i merkez ilçede yaşamakta ; % 81,8'i de çocukluklarını da şehir merkezinde geçirmişlerdir. Ortaya çıkan bu sonuç aslında OKB ile ilgili bireylerin yardım arama davranışları için fırsat sunan ya da yardım verecek kurum ve kuruluşların taşraya göre daha çeşitli olmasına rağmen hastalığın merkezde yaşayan bireylerde yoğunlaştığı görülmektedir. Fakat diğer yandan OKB'nin etiyojisi genetik, psiko-sosyal, psikodinamik, nörobiyolojik vb. birçok nedenle açıklanabildiğinden böyle bir çıkarım yapılması faydalı fakat eksik kalacaktır. Bu noktada daha geniş kapsamlı çalışmalarla başta OKB'nin ve özelde dini OKB'nin kırsaldaki ve merkezdeki prevalanslarının ortaya çıkarılması araştırmacılar için önemli bir bilgi sağlayacaktır.

Gelir dağılımı ile ilgili sonuçlar bize dini OKB'nin her gelir düzeyinden insanlarda bulunabileceğine ilişkin bir ön bilgi vermektedir. Araştırmaya göre katılımcıların % 50'sine yakını aylık 2000 TL ve altında gelire sahiptir. Bu noktada gelir düzeyi ile dini OKB arasında daha fazla ve geniş örnekleme yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

OKB'nin geneli ile ilgili yapılan diğer alan çalışmaları örneklemelerin çocuğunun ev hanımını olduğunu ifade etmektedir (Demet vd., 2005; Özkırış, 2011). Yaptığımız araştırma sonucunda örneklemin dağılımı ise bize ev hanımı ve çalışan oranının yaklaşık % 20'lerde olduğunu, öğrenci oranının % 27,3 olduğunu ve örneklemin % 50'den fazlasının herhangi bir meslekte çalışıyor olduğunu göstermektedir. Sosyodemografik araştırmalarda meslek grubuyla ilgili sorular daha çok, ortaya çıkan belli bir meslek grubuna ilişkin risk faktörü olup olmadığını belirlemek ya da kişilerin gelirlerine ilişkin gerçekçi bilgiler edinmek için sorulduğu gözlenmektedir. Araştırmamızda örneklemin sayıca az olması, bize belli bir meslek grubunun risk faktörü olduğuna ilişkin detaylı bilgi vermemekte fakat az da olsa bilgi sahibi yapmaktadır. Herhangi bir meslekle çalışmak, belli bir gelir elde etmek ve belli bir hayat standardına sahip olmak demektir. Maslow'a göre kişiler temel fizyolojik ihtiyaçları sağlandıktan sonra psikolojik ihtiyaçlarını karşılamaktadırlar. Böylece kişiler ruh sağlıkları ile ilgili yatırım yapabilecek gelir düzeyinde erişeceklerdir. Araştırmamız

sonuçlarına göre kişilerin mesleklerine ilişkin bilgiler, gelir düzeyleri ile paralel değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

Araştırmada kişilere dini obsesif kompulsif davranış belirtilerini ilk fark etme yaşları sorulmuş ve verilen bilgilere göre kadınlar dini OKB belirtilerini erkeklere oranla daha erken yaşta fark etmişlerdir (8-12 yaş oranı % 13,3). Toplam katılımcıların % 65' yakını ise dini OKB belirtilerini 18 yaşından önce farketmişlerdir. Alanda OKB ile ilgili yapılan genel çalışmalarda OKB belirtilerini kadın ve erkeklerin erken fark etmeleri açısından çelişkili sonuçlar olmakla birlikte (Aslan vd., 1996; Tezcan vd., 1998) araştırmamız sonucu kadınların dini OKB belirtilerini daha erken yaşlarda gördüklerini ifade etmişlerdir. Buna göre kız çocuklarının dini OKB belirtileriyle daha erken karşılaştıkları düşünülürse erken yaşlarda çocuklarda görülen obsesif kompulsif belirtileri aileler tarafından iyi bilinmeli ve özellikle kız çocukların bu konuda risk grubunda oldukları düşünülmelidir. Ailelerin çocuklarının yaşayabilecekleri ruhsal ve duygusal problemlere karşı bilinçlenmesinin, bu alanda da belirtilerin erken fark edilmesinin, tedavi için olumlu ve hızlı ilerleme kaydedeceği düşünülmektedir.

OKB'nin etiyolojik çalışmaları, bu hastalığın psikodinamik, psikososyal ve nörobiyolojik temelleri olduğunu ifade etmekle birlikte, hastalığın genetik yatkınlık da içerdiği ifade edilmiştir. Birçok aile çalışmasında OKB bulgularının, hastaların biyolojik akrabalarında tesadüfen olabileceğinden çok üzerinde bir sıklıkta görüldüğü saptanmış, bu bulgunun da OKB' nin ailesel özellik taşıdığının kanıtı olabileceği ileri sürülmüştür (Karahan, 2006;12). Araştırmamız sonuçlarına göre bu durumun dini OKB için de geçerli olduğunu söylemek mümkündür. Katılımcılara yakın akrabalarında dini OKB tanısı konmuş ya da belirtileri olan birileri olup olmadığı sorulduğunda katılımcıların % 50'si yakın akrabalarında; % 40,9'u anne-baba-ağabey ya da ablalarında dini OKB belirti ya da tanısı olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmamızda birinci derece akrabalarda dini OKB belirtileri, yapılan diğer çalışmalarda verilen genel OKB oranlarına göre (% 35, % 28) daha yüksek (Köroğlu, 1995; Demet, 2005) olduğu bulunmuştur. Bu oranın, dini OKB'nin de genetik geçişleri olduğu verilerini desteklemesinin yanı sıra, dini OKB belirtilerinde kompulsif davranışların yoğunluğunun bireylerde sosyal öğrenme sonucunda da oluşmuş olabileceğini düşündürmektedir. Bireyler yakın akrabalarından bu durumu görerek bunları davranış haline getirebilmekte ve böylece dini OKB de gelişebileceği düşünülmektedir. Dini

OKB'nin genetik geçişleri tüm diğer OKB'lerde olduğu gibi ikiz çalışmaları gibi çalışmalarla desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır. Fakat diğer yandan bireylerin yakın akrabalarında sosyal öğrenme yoluyla bu davranışı öğrendiklerini düşünmek farklı tedbirler almanın gerekliliklerini ortaya koymaktadır. Sosyal öğrenmeye göre gözlenen davranışların taklit edilmesi sonucunda alınan ceza ve ödül, gözlem sonucu öğrenilen davranışın kalıcı hale gelip gelmesini etkilemektedir. Bu noktada ailede herhangi birinin dini obsesyonlara ilişkin anksiyetenin ancak kompulsiyonlarla dindirilebileceğini gören çocuk, bu davranışı öğrenebilecektir.

Katılımcılara dini eğitimlerinde en baskın kişi sorulduğunda anne ve babaları en üst iki sırada yer almakta ve toplam grubun % 72,7'sini oluşturmaktadır. Bu oran tek başına değerlendirildiğinde de önemli bir bulgu olarak karşımıza çıksa da, kişilerin anne babalarının yetiştirme tutumlarını nasıl algıladıkları ile ilgili verilerle birlikte değerlendirmek daha makul ve mantıklı sonuçlar ortaya çıkaracağı düşünülmektedir. Araştırmada katılımcılara yaşamlarının ilk on yılında anne ve babalarının kendilerine karşı nasıl bir tutum sergiledikleri sorulduğunda % 70'e yakını annesinin, % 73,6'sının da babalarının koruyucu, otoriter ya da ilgisiz olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcıların her biri en az bir ebeveynini koruyucu ya da otoriter olarak nitelendirmişlerdir. Vaka örnekleri incelendiğinde eksik ve yanlış dini bilgilenmenin obsesyon ve kompulsiyonları tetiklediği görülmektedir. Araştırmamız sonucuna göre, bireylerin büyük kısmının dini eğitiminde anne ve babalarının etkin olduğunu ve yine katılımcıların anne babalarının kendilerine ilişkin tutumlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesiyle, sadece dini bilginin eksik ve yanlış edinilmesinin yanı sıra, dini bilginin kişiler tarafından nasıl verildiğinin de dini obsesyon ve kompulsiyonları tetikleyebileceği düşünülmektedir. Zira otoriter ya da koruyucu olarak algılanan anne ya da babanın eğitim metodunun da bunlara paralel olduğu düşünülmekte ve dini bilginin baskıcı, dayatmacı, kesin kurallar dahilinde ve tavizsiz verilmesi, kişilerde dini OKB ihtimalini artıracak düşünülmektedir. Bu noktada ailelere dini eğitimin nasıl verileceği ile ilgili bilgiler vermek ve bu konuda farkındalık oluşturmak çocukların OKB patolojilerini artırmalarını engelleyeceği düşünülmektedir.

Araştırmamızın ikinci kısmında ise bireylerin obsesyon ve kompulsiyonlarını halk arasında sıklıkla kullanılan bir terim olan vesvese ile aynı anlamda kullanıp kullanmadıkları, vesveseyi ne olarak tanımladıkları, hastalıklarını vesvese olarak

tanımlayıp tanımlamadıkları; tanımladıysa bu tanımlamanın onları doktora gitmekten vazgeçirip vazgeçirmediği ve doktordan önce dini bilgisine güvendikleri birine gidip gitmedikleri sorulmuş ve buna ilişkin bilgiler toplanmıştır.

Katılımcılardan vesveseyi tanımlamaları istenmiş ve genel olarak katılımcıların vesveseyi kişilerin iç dünyasında yaşadıkları bir çatışma, şeytani düşünceler, yapmaktan vazgeçilemeyen davranışlar ve iç sorgulamalar olarak ifade ettikleri gözlenmiştir. Ardından kişilerin vesvese tanımlarına göre yaşadıkları durumu vesvese olarak nitelendirip nitelendirilmediği sorulmuş ve katılımcıların % 63,6'sı, yaşadıkları bu durumu vesvese olarak nitelendirdiklerini ifade etmişlerdir. Diğer OKB alttipleri ile ilgili yapılan herhangi bir çalışma olmamasına rağmen, ortaya çıkan bu oranın yüksek olduğu düşünülmektedir. Yine aynı şekilde kişilerin yaşadıkları bu durumu vesvese diye adlandırmalarının doktora gitmelerini engelleyip engellemediği sorulmuş ve % 42,2'si bir doktora gitmesini engellediğini ifade etmiştir. Katılımcıların % 50'si de doktordan önce cinci, muskacı, büyücü gibi adlandırılan hocalara gittiklerini ifade etmişlerdir.

Herhangi bir hastalığa ilişkin bireylerin tedavi için girişimleri, öncelikle yaşadıkları durumu hastalık ya da tedavi edilmesi gereken bir durum olarak görüp görmedikleriyle ilgili olduğu düşünülmektedir. Bulguları bir bütün olarak değerlendirdiğimizde de temel problemin kişilerin vesveseden ne anladıkları ve hastalıklarını vesvese olarak nitelendirip nitelendirilmedikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Dini bir terim olan vesvesenin psikiyatrik bir problemi ifade etmek için kullanılması, kişilerin yaşadıklarının dini mi tıbbi mi olduğu noktasında karar vermelerini güçleştirmektedir. Araştırma sonuçlarına da bakıldığında hastalıklarını vesvese diye nitelendirenlerin % 42,2'si doktora gitme davranışlarından vazgeçmiş ya da bu davranışlarını ertelemişlerdir. Uğuz ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada dini obsesyon yaşayan kişilerin tıp dışı kaynaklara başvurma sıklığı anlamlı derecede daha yüksek bulunması da bu varsayımımızı destekler nitelikte görünmektedir.

Diğer yandan vaka örnekleri ve yaygın kullanımlar incelendiğinde kişilerin vesvese ile ifade ettikleri şeyin aslında obsesyona karşılık gelmediği, “vesvese” teriminin “obsesyon” kadar hastalığı ifade etmek için kullanılabilecek yoğun bir anlamı olmadığı düşünülmektedir. Obsesyon teriminin halk arasında “takıntı” kelimesiyle ifade edilmesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızın son kısmında dini obsesyon ve kompulsiyonlarla ilgili bulgular elde edilmiştir. Dini obsesyon ve kompulsiyonlarla ilgili psikiyatrik tanılama sisteminde geçerli bir sınıflandırma bulunmamakla birlikte, bireylerin yaşadıkları bu durumun daha ayrıntılı ve açık ifade edilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Diğer OKB alttiplerinde olduğu gibi dini OKB alt tiplerinin de bir bireyde bir ya da bir kaç aynı anda gözlemlenebilmektedir.

Katılımcıların dini obsesyonları değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğun ibadetlere hazırlık niteliğindeki temizlenme ritüellerinde ortaya çıkan obsesyonlara (% 81,8) ve ibadetler esnasında görülen obsesyonlara (% 68,2) sahip olduğu görülmektedir. Tanrıya karşı küfür ve itaatsizlik (% 100) ve itikadi konularda şüpheyne düşme obsesyonları (% 71) daha çok erkeklerde görülmektedir. Araştırma grubunun yarısı herhangi bir günah sayılan şeyleri yapma korkusuyla ilgili obsesyona sahip olduklarını ve % 63,6'sı günahkar olma ve farkında olmadan günah işlemiş olma düşüncesine ilişkin obsesyona sahip oldukları bulunmuştur.

Dini kompulsiyonlar değerlendirildiğinde ise, kir/bulaşma- yıkama gibi birlikte görülme ihtimali yüksek obsesyon ve kompulsiyonların , dini OKB'lerde de aynı şekilde seyrettiğini gözlemlemekteyiz. En sık görülen dini içerikli kompulsiyonun temizlenme ritüellerinde görülen kompulsiyonlar ve ibadetler sırasında ortaya çıkan kompulsiyonlar olduğu bulunmuştur. Tövbe etme (% 45,5) ve dua etme (% 40,9) kompulsiyonu da katılımcılar tarafından ifade edilen sık kompulsiyonlar arasındadır. Dikkat çeken bir bulgu ise temizlenme ritüellerinde ve ibadetler esnasına ortaya çıkan kompulsiyonların kadınlarda daha sık görülmesi olarak ifade edilebilir.

Bu bulgulara göre erkeklerde tanrı iradesine karşı gelme ve itikadi konularda şüpheyne düşme obsesyonları; kadınlarda da temizlenme ritüellerine ilişkin obsesyon ve kompulsiyonların yoğun olarak görüldüğü ifade edilebilir. Kadınların temizlenme ile ilgili dini içerikli obsesif kompulsif davranışlarının fazla olması, kültüre özgü davranışlar, anne-baba yetiştirme tutumları gibi farklı alanlardan incelenebilmektedir. Kültüre özgü olarak değerlendirme, bu davranışların sadece yaşanan yerin kültürüne özgü olarak bir farkındalığı ifade etse de, dünyada yapılan çalışmalar da kir ve bulaşma obsesyonlarının en sık karşılaşılan tür olduğunu ifade etmektedir (Rasmussen, 1989).

Baskıcı ve otoriter çocuk yetiştirme tutumları, tuvalet eğitiminden itibaren çocukların eğitiminde katı ve sert çizgilere sebep olabileceğinden ve bunun da çocuğun kazanması gereken güven ve özerklik duygularını engelleyeceğinden, çocuk, bu dönemlerde yaşaması muhtemel karşıt duyguları açığa çıkaracak ve yaptıklarından ve yeteneklerinden şüphe duyan, güvensiz bir çocuk olabilecektir. Bu yüzden çocuk yetiştirme tutumları hakkında ailelerin bilgilendirilmesi bir kez daha önem kazanmaktadır.

Araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, dini OKB'ye ilişkin sosyodemografik verilerin ve dini OKB yaşayan kişilerin hangi alt tipe ait olduğunun belirlenmesinin, alanda daha sonra yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmekte, vesvese ve ilişkili kavramların daha net ifade edilmesinin kişilerin hastalıklarının dini mi tıbbi mi olduğu ile ilgili karar vermelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu noktada daha geniş örneklem ve daha farklı kültürlerde yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

- Abay, E., A. Pulular, Ç.Ö. Memiş, N. Süt. (2010). Edirne İli Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 230-237.
- Akşit, B., Cengiz, K., Küçükkural, Ö., Şentürk, R. (2012). *Türkiye’de Dindarlık*. (1.Basım), İstanbul: İletişim Yayınları.
- Alec Pollard, C. (2010). Scrupulosity http://www.ocfoundation.org/uploadedfiles/maincontent/find_help/iocdf_scrupulosity_fact_sheet.pdf (Erişim Tarihi: Temmuz, 2013)
- Armaner, Neda. (1973). *Psikopatolojide Dini Belirtiler*. Ankara: Demirbaş Yayınları
- Arslan, E., R. Arı. (2006). “Erikson’un Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlama, Güvenirlilik Ve Geçerlik Çalışması”. *Türk Psikiyatri Dergisi*,17(4), 286-295.
- Atkinson R., R. Atkinson, E. Hilgrad. (1995). *Psikolojiye Giriş*. (Çev. Kemal Atakay, Mustafa Atakay, Aysun Yavuz). İstanbul: Sosyal Yayınları.
- Avasthi, A., D. Kumar. (2004). “Phenomenology Of Obsessive Compulsive Disorder”. *Jk Science*. 6 (1), 9-13.
- Ayten, Ali. (2012). *Psikoloji ve Din*. İstanbul: İz Yayıncılık.
- Bayraktar, E. (1997). “Obsesif-Kompulsif Bozukluk”. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 25-32.
- Beşiroğlu, L., N. Akman, Y. Selvi vd. (2010). “Obsesif Kompulsif Belirti Kategorileri Hakkında Ruh Sağlığı Bilgisi”. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47, 133-138.
- Beşkardeş, F. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluk. Web Sayfası: http://www.doktorumonline.net/mid/articles/id/608/p/1/Obsessif_Kompulsif_Bozukluk.htm (Erişim Tarihi: Temmuz, 2013)
- Beyazyüz, M., Göka, E. (2010). “Kültüre Duyarlı Yaklaşımın Obsesif Kompulsif Bozukluktaki Önemi”. *Anatolian Journal Of Psychiatry*, 11, 360-366.
- Calvocoressi L., B. Lewis, M. Haris vd. (1995). “Family Accommodation İn Obsessive Compulsive Disorder”. *The American Journal of Psychiatry*, 152 (3), 441-446.
- Ceyhun B. ve G. Ceyhun. (1994). Anksiyete Kuramları, *Anksiyete Monografileri Serisi 1*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ciarrocchi, J.W. (1995). *The Doubting Disease*, Mahwah: Paulist Press, Mahwah.

- Coryell W . (1981). Obsessive-Compulsive Disorder And Primary Unipolar Depression: Comparisons Of Background, Family History, Course And Mortality. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169:220-224.
- Crino R, T. Slade, G. Andrews. (2005). “The Changing Prevalence And Severity Of Obsessive Compulsive Disorder Criteria From Dsm-Iıı To Dsm-Iv”. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 876-882.
- Çelik, İ. (2002). “Tasavvufî Düşünce Havâtır”. *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi II*, 1, 157.
- Çilli A.S., M. Telcioğlu, R. Aşkın vd. (2004). “12 Month Prevalence Of Obsessive-Compulsive Disorder in Konya, Turkey”. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 367-374.
- Davison, G.C., J.M. Neale. (1998). Kaygı Bozuklukları, *Anormal Psikolojisi* içinde (ss.146-152) (Çeviren Işık Savaşır). Türk Psikologlar Derneği Yayınları
- Demet, M.M. (2005). “Obsesif Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar”. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15, 45-52.
- Demet, M.M., A. Deveci, F. Deniz vd. (2005). “Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Sosyodemografik Özellikler ve Fenomenoloji”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 133-144.
- Doğan O., H. Gülmez, C .Ketenoglu ve ark. (1995). *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. (1. Baskı). Sivas: Dilek Matbaası.
- Doğan, O. (2010). “Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji Çalışmalarında Özgün Bir Örnek: Sivas’ta Yapılan Araştırmaların Önemli Bulguları”. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 13 (1), 12-22.
- Eğrilmez A, L. Gülseren, Ö. Aydemir, S. Kültür. (1995). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomenolojik Özellikler. “*3p Dergisi*”, 3, 9-14.
- Egrilmez A, L. Gülseren, S. Gülseren vd. (1997). “Phenomenology Of Obsessions İn A Turkish Series Of OCD Patients”. *Psychopathology*, 30, 106–110.
- Ekşi, A. (1999). Çocuk ve Adolesanda Obsesif Kompulsif Bozuklukları, S.327. In: Ben Hasta Değilim:Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. (Edt.: Aysel Ekşi), İstanbul, 327.
- Erol N., C. Kılıç, M. Ulusoy vd. (1997). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. (1. Baskı). Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

- Erturhan, S. İslam Hukuku Açısından Öfkeli Şahsın Talakı Web sayfası: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/369.pdf> (Erişim tarihi: Temmuz, 2013)
- Eryılmaz, T.E., A. Tosun. (2013). “Obsesif Kompulsif Bozuklukta Kontrol İhtiyacı”. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13 (1), 121-130.
- Foa, E.B., M.J. Kozak, W.K. Goodman, E. Hollander vd. (1995). “Dsm-IV Field Trial: Obsessive–Compulsive Disorder”. *American Journal Of Psychiatry*, 152, 90–94.
- Freud S. (1913). *Saplanı Nevrozuna Yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı). Psikopatoloji Üzerine*. (Çev. S Budak) Ankara: Öteki Yayınları,
- Geçtan E. (1989). *Çağdaş Yaşam ve Normaldışı Davranışlar*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Ghassemzadeh, R.H. Mojtabai, A. Khamseh, A. Issazadegan vd. (2002). “Symptoms Of Obsessive-Compulsive Disorder in a Sample Of Iranian Patients”. *International Journal Of Social Psychiatry*, 48, 20-28.
- Göka, Erol. (1999). *Bilimlerin Vicdanı Psikiyatri*. Ankara: Ütopya Yayıncılık.
- Grados M.A, M.C. Labuda, M.A. Riddle, J.T. Walkup. (1997). “Obsessive-Compulsive Disorder in Children And Adolescents”. *International Review of Psychiatry*, 9(1), 83-98.
- Greenberg D, G. Shefler. (2002). “Obsessive Compulsive Disorder in Ultra-Orthodox Jewish Patients: A Comparison Of Religious And Non-Religious Symptoms”. *Psychol Psychotherapy*, 75 (2), 123-30.
- Herken, H. (2013). Vesvese Psikiyatrik Hastalık Belirtisi <http://www.sabah.com.tr/Gunaydin/Saglik/2013/06/12/vesvese-psikiyatrik-hastalik-belirtisi> (Erişim Tarihi: Temmuz, 2013).
- Hollander E., D.J. Stein, J.H. Kwon ve Ark. (1998.) “Psychosocial Function And Economic Costs Of Obsessive-Compulsive Disorder”. *Cns Spectrums*, 3(1), 48-58.
- Huppert, J.D., J. Siev. (2010). “Treating Scrupulosity in Religious Individuals Using Cognitive-Behavioral Therapy”. *Cognitive And Behavioral Practice*, 17, 382-392
- Inozu, M., D.A. Clark, A.N. Karnaci. (2012). “Scrupulosity İn Islam: A Comparison Of Highly Religious Turkish And Canadian Samples”. *Behavior Therapy*, 43, 190-202.

- Irak, M. (2012). “Üstbiliş Ölçeği Çocuk ve Ergen Formunun Türkçe Standardizasyonu, Kaygı ve Obsesif Kompulsif Belirtilerle İlişkisi”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23 (1), 46-52.
- Işıklı, S. (2000). “Saplantı Zorlantı Bozukluğunda Bellek Sorunları”. *Türk Psikoloji Bülteni*, 16-17, 68-72.
- Işıklı, S. ve Gönül, A.S. (2012). “Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi”. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry- Special Topics*, 5(3), 24-32.
- İmam-ı Gazali (tarihsiz) İhya-i Ulumiddin. (Çev: Arslan...
- Jonathan S. Abramowitz. (2001). “Treatment Of Scrupulous Obsessions And Compulsions Using Exposure And Response Prevention: A Case Report” *Cognitive And Behavioral Practice* 8 (1), 79-85,
- Kahraman, A. (2012). “Hayatı Zehir Eden Gizli Duygu: Vesvese”. *Somuncubaba Dergisi*, 2012.
- Kapçı, E.G., S. Küçüker. (2006). “Ana Babaya Bağlanma Ölçeği: Türk Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 286-295.
- Karaca, E., M.K. Doksat. (1998). “Klinik Açısından Obsesif- Kompulsif Bozukluk.” *Yeni Symposium*, 36 (3-4), 59-68.
- Karahan, D. (2006). *Erken Disfonksiyonel Şemaların Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalar ve Sağlıklı Kişilerdeki Aktivasyonlarının Karşılaştırılması*. Haydarpaşa Numune ve Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul.
- Karaman, D., İ. Durukan, M. Erdem. (2011). “Çocukluk Çağı Başlangıçlı Obsesif Kompulsif Bozukluk”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry* 2011; 3(2), 278-295
- Karaman, H. (tarihsiz). *Anahatlarıyla İslam Hukuku*, I-III. 3. Baskı, İstanbul.
- Karamustafalıoğlu, K.O. (2010). Obsesif Kompulsif Bozukluk Web Sayfası: <http://www.turkishfamilyphysician.com/egazete/2010-03-01-s03-s12.pdf> (Erişim Tarihi: Temmuz, 2013)
- Karamustafalıoğlu K.O., A.M. Üçışık, M. Ulusoy vd. (1993). “Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği’nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması”. (29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı). Savaş Ofset, 1993, s. 86.

- Khanna S., S.M Channabasavanna. (1987). "Towards A Classification Of Compulsions in Obsessive Compulsive Neurosis". *Psychopathology*, 20, 23-28.
- Keskin, G., O. Çam. (2008). "Ergenlerin Ruhsal Durumları Ve Anne Baba Tutumları İle Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 139-147.
- Khanna S, G. Gururaj, T.G Sriram. (1993). "Epidemiology Of Obsessive-Compulsive Disorder in India"
- Kırpınar İ., H. Özer, İ. Coşkun vd. (1997). "Erzurum'daki Üniversite Öğrencilerinde CIDI/DSM-III-R Ruhsal Bozuklukların Yaşam Boyu ve 12 Aylık Yaygınlığı". *3p Dergisi*. 5, 253-265.
- Korno, M., J.M. Golding, S.B. Sorenson Vd. (1988). "The Epidemiology Of Obsessive Compulsive Disorder İn Five Us Communities". *Archives of General Psychiatry*, 45 (12), 1094-1099.
- Koyuncu, A. (2012). *Takıntı...Kuruntu,,,Vesvese Obsesif Kompulsif Bozukluk* (2.Basım). İstanbul: Liman Yayınları.
- Köroğlu, Ertuğrul. (1995). *Obsesif Kompulsif Bozukluk Epidemiyoloji, Etyoloji, Hastaların Kişilik Özellikleri, Klinik Özellikler, Dsm Iv'e Göre... içinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Olgu Örnekleriyle* (ss. 5-29) Hekimler Yayın Birliği, Medikomat.
- Köroğlu, Ertuğrul. (1997). "Obsesif Kompulsif Bozukluğun Klinik Özellikleri", *OKB Monografı 4*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Lenane Mc., Swedo Se., Leonard H ve Ark. 1990) *Psychiatric Disorders İn FirstDegree Relatives Of Children And Adolescents With Obsessive Compulsive Disorder*, J.Am Acad Child Adolesc. Psychiatry 29; 407-412
- Lensi, P., G.B. Cassano, G. Correddu vd. (1996). "Obsessive-Compulsive Disorder. Familial Developmental History, Symptomatology, Comorbidity And Course with Special Reference To Gender-Related Differences". *The British Journal of Psychiatry*, 169 (1), 101-107.
- Livingston-Van Noppen B., S.A Rasmussen, J. Eisen vd. (1990). "Familyfunction And Treatment İn Obsessive-Compulsive Disorder". *İçinde Obsessive Compulsive Disorder: Theory And Treatment*. Chicago: Year Book Medical Publishers

- Mahgoub, O.M., H.B. Abdel-Hafeiz. (1991). "Pattern Of Obsessive-Compulsive Disorder in Eastern Saudi Arabia". *British Journal Of Psychiatry*, 158,840–842.
- Markarian Y, M.J. Larson, M.A. Aldea vd. (2010). "Multiple Pathways To Functional Impairment in Obsessive-Compulsive Disorder". *Clinical Psychology Review*, 30 (1), 78–88.
- Mather, A, S. Cartwright-Hatton (2004). "Cognitive Predictors Of Obsessive–Compulsive Symptoms in Adolescence: A Preliminary Investigation". *Journal of Clinical Childhood and Adolescent Psychology*, 33, 743–49.
- McLeod Dr. (1997). "Psychosocial Treatment Of Obsessive-Compulsive Disorder". *International Review of Psychiatry*,9(1), 119-32.
- Miller C.H., D.W. Hedges. (2008). "Scrupulosity Disorder: An Overview And Introductory Analysis" *Journal of Anxiety Disorders*. 22 (6), 1042-58.
- Miller C.H., D.W. Hedges, D. Mataix-Cols vd. (2002). "Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions As Predictors Of Compliance with And Response To Behavior Therapy: Results From A Controlled Trial". *Psychotherapy And Psychosomatics*, 71, 255-262.
- Nestadt G, J. Samuels, M. Riddle, O.J. Vd. (2000). "A Family Study Of Obsessive Compulsive Disorder". *Arch Gen Psychiatry*, 57, 358-363
- Nursi, Said (tarihsiz) Sözl. (Neşreden: Sözl. Yayınevi, 1993) İstanbul.
- Nursi Said (tarihsiz) Lem’alar. (Neşreden: Yeni Asya Neşriyat, 1999) İstanbul.
- Nursi Said (tarihsiz) Mektubat. (Neşreden: Sözl. Yayınevi, 1993) İstanbul.
- Okasha A, A. Saad, A.H Khalil, A. Seif El Dawla, N. Yehia. "Phenomenology Of Obsessive-Compulsive Disorder: A Transcultural Study". *Comprehensive Psychiatry*, 1994, 35, 191-197.
- Özgüngör, S., N.A. Kapıkıran. (2011). Erikson’un Psikososyal Gelişim Dönemleri Ölçeklerinin Türk Kültürüne Uygunluğunun Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi: Ön Bulgular". *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* ,4 (36), 114-126.
- Özkırış, A. (2011). *Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda İçgörü ve Duygu Dışavurum İle İlişkisi*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir

- Öztürk O., A. Uluşahin. (2008). Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar: Saplantı-Zorlantı Bozukluğu, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları İçinde* (ss. 480-496). Tuna Matbaacılık, 11.Baskı.
- Paksu, M. (2010). *Vesvese Sebepleri ve Kurtuluş Yolları* (38.Baskı). İstanbul: Nesil Yayınları.
- Parkin R. (1997). "Obsessive-Compulsive Disorder in Adults". *International Review of Psychiatry*, 1997, 9(1), 73-82.
- Penzel, F. (2001). "Let He Who Is Without Sin..." *Ocd Newsletter, Summer 2001*, 15 (4), 1-7.
- Pollard, C.A., J.G. Henderson, M. Frank vd. (1989). "Help-seeking patterns of anxiety-disordered individuals in the general population". *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 131-138.
- Rachman, S., R. Hodgson. (1980). *Obsessions And Compulsions*. Englewood Cliffs, Nj: Prentice Hall.
- Rasmussen S.A., M.T. Tsuang. (1986). "Clinical Charactersitics And Family History in DSM-III Obsessive Compulsive Disorder" *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Rasmussen, S.A., J.L. Eisen. (1989). "Clinical Features And Phenomenology Of Obsessive Compulsive Disorder". *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.
- Regier, D.A., Narrow, D.E., Rae, D.S. (1990). "The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience". *Journal of Psychiatric Research*, 24, 2, 3-14.
- Sadock B.J., V.A. Sadock. (2007). Anksiyete Bozuklukları, *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry* (Çev. H.Aydın, A. Bozkurt) içinde (ss. 1718-1788). Güneş Kitabevi, 8.Baskı.
- Sağlam, M. (2007). *Bilişsel Açıdan Farklı Obsesyonlara Sahip Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması*. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi. Van.
- Samuels J, G. Nestadt. (1997) "Epidemiology And Genetics Of Obsessive-Compulsive Disorder". *International Review Of Psychiatry*, 1997, 9(1), 61-72.
- Sayar K., I.K. Uğurad, B. Acar. (1999). "Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji". *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9 (3), 142-147.

- Senemoğlu, Nuray. (2004). *Gelişim, Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya* (9.baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Shooka A., M. Al-Haddad, A. Raees. (1998). "Ocd in Bahrain: A Phenomenological Profile". *Int J Soc Psychiatry* 44 (2): 147–54.
- Stein M.B., D.R. Forde, G. Anderson, J.R. Walker. (1997). "Obsessive-Compulsive Disorder in The Community: An Epidemiologic Survey With Clinical Reappraisal". *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1120-6.
- Steketee, G., B. Van Noppen. (2003). "Family Approaches To Treatment For Obsessive Compulsive Disorder". *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 25, 42–50.
- Şahin, A.R. (1997). Obsesif Kompulsif Bozukluk, Cengiz Güleç, Ertuğrul Köroğlu (Ed), *Psikiyatri Temel Kitabı* içinde (ss.....). Hekimler Yayın Birliği.
- Tan, Oğuz. (2004). *Takıntılar Vaka Örnekleri ve Tedavi Yöntemleri*. (2.Baskı). İstanbul: Timaş Yayınları
- Tatlı, B. Şeytanın Hileleri ve Korunma Yolları Hakkında Bir Çalışma: Risale-i Teavvüz - Kaynak Tahlil ve Tahkiki- http://ilahiyat.tekd.org/belgeler/C.U._Ilahiyat_Fak._Dergisi_2006_6-2.pdf (Erişim Tarihi: Temmuz, 2013)
- Tek, C., ve B. Uluğ (2001). "Religiosity And Religious Obsessions İn Obsessive And Compulsive Disorder". *Psychiatry Research*, 104, 99-108.
- Tezcan A.E., B. Millet, M. Kuloğlu. (1998). "Türkiye’de ve Fransa’da Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Sosyodemografik, Klinik ve Görüngüsel Özelliklerinin Karşılaştırılması". *Klinik Psikiyatri*, 1, 35-41.
- Topçuoğlu, V. (2003). "Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikoanalitik Görüşler". *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6, 46-50.
- Tolin,D.F., J.S. Abramowitz, M.J. Kozak vd. (2001). "Fixity of Belief Perceptual Aberration And Magical Ideation in Obsessive-Compulsive Disorder". *Journal Of Anxiety Disorders*, 15, 501-510.
- Tükel, R. (2000). *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi
- Türkbay T., T. Söhmen. (2000). Obsesif Kompulsif Bozukluk İle Psikotik Bozukluğun Karışması: Bir Olgu Sunumu. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 7, 106-112.
- Türkçapar, H. (2012). *Bilişsel Terapi Ders Notları*.

- Türkçapar, H. Saplantı Zorlantı Bozukluğu Nedir? http://www.bilisseldavranisci.org/index.php?option=com_content&view=article&id=62:obsesif-kompulsif-bozukluk (Erişim Tarihi: Temmuz, 2013)
- Uçan, Ö. (2007). “Boşanma Sürecinde Kriz Merkezine Başvuran Kadınların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi”. *Klinik Psikiyatri*, 10, 38-45.
- Uğuz, F., F. Karababa, R. Aşkın. (2007). “Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yardım Arama”. *Genel Tıp Dergisi*, 17, (1), 29-33.
- Ünlü, S. (2001). Davranış Bozuklukları ve Savunma Mekanizmaları, 151-176. In: Psikoloji (Ed: A. Hakan). Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Vardar, E. (2000). “Obsesif Kompulsif Bozukluğun Genetiği”. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10, 153-159.
- WEB_1 (2013). Türkiye Psikiyatri Derneği Web Sitesi. <http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=23> (20.07.2013)
- Wells, A. (2005.) “The Metacognitive Model Of Gad: Assessment Of Meta-Worry And Relationship With Dsm-Iv Generalized Anxiety Disorder”. *Cognitive Theraphy and Research*, 29, 107–21.
- Yağcı, H. (2005). *Saplantılı Dini Davranışlar*. Yayımlanmamış Doktora Tezi Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yeh E.K., H.G. Hwu, L.Y. Chang vd. (1985). “Mental Disorders In A Chinese Metropolis: Symptoms, Diagnosis, And Lifetime Prevalence”. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 87, 318–24.
- Yörükoğlu, Atalay. (2004). *Çocuk Ruh Sağlığı Çocuk Yetiştirme Sanatı ve Kişilik Gelişimi*. (27.baskı). İstanbul: Özgür Yayınları.

EKLER

1. Görüşme Formu

Obsesyonlar	Saldırganlık	Diğer	Kirlenme	Simetri-Düzen	Kuşku	Cinsel	Dinsel	Somatik	Biriktirme-Saklama
Kompulsiyonlar	Yineley.-Törens. Dav.	Temizlik-Yıkama	Kontrol Etme	Sayma	Biriktirme-Toplama	Sıralama-Düzenleme	Diğer		
Dini Obsesyon Türü									
Dini Kompulsiyon Türü									
Yaşınız									
Cinsiyet	Erkek	Kadın							
Medeni Durumunuz	Evli	Bekar	Boşanmış	Eşi Ölmüş	Diğer				
Eğitim Düzeyiniz	Eğitimsiz	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksekokul	Üniversite	Yüksek Lisans	Doktora	Diğer
Varsa Çocuk Sayısı	Yok	1	2	3	4	5	6+		
Şu an yaşadığınız yer	Köy	Kasaba	Merkez İlçe	Diğer İlçe					
Çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer	Köy	Kasaba	Merkez İlçe	Diğer İlçe					
Aylık gelir düzeyiniz nedir?	-500	500-1000 TL	1001-1500 TL	1501-2000 TL	2000-2500	2500 ve üzeri			
Çalışıyor musunuz?	Evet	Hayır	Evet ise hangi meslek?	Ev Hanımı	Memur	Serbest	Emekli	Öğrenci	İşçi
Meslekte çalıştığınız süre nedir?	1 yıldan az	1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16 yıl ve üzeri				
Anne Durumu	Sağ	Öldü	Öz	Üvey	Ayn	Birlikte	Diğer		
Baba Durumu	Sağ	Öldü	Öz	Üvey	Ayn	Birlikte	Diğer		
Çocukluğunuzda kim tarafından yetiştirildiniz?				Sizi yetiştiren kişi anneniz ya da babanız değilse yaşamınızın ilk on yılında bu kişi ile olan ilişkinizi düşündüğünüzde onun size karşı tutumunu nasıl tanımlarsınız?		İlgisiz	Demokratik	Otoriter	Koruyucu
Yaşamınızın ilk on yılında annenizle olan ilişkinizi düşündüğünüzde annenizin size karşı tutumunu nasıl tanımlarsınız?	İlgisiz	Koruyucu		Otoriter	Demokratik				

Yaşamınızın ilk on yılında babanızla olan ilişkinizi düşündüğünüzde babanızın size karşı tutumunu nasıl tanımlarsınız?	İlgisiz	Koruyucu		Otoriter	Demokratik				
Hastalığınızın belirtilerini ilk olarak kaç yaşında fark ettiniz?	8 ile 12	15-18	19-25	26-35					
Yaşadığınız rahatsızlığı ailenizde ya da yakın akrabalarınızda da yaşayan var mı?	Evet	Hayır		Cevabınız Evet ise kim ya da kimler?					
Eğer biliyorsanız yaşadıkları hastalığı biraz anlatırmısınız?									
Küçüklüğünüzden beri din eğitiminizde en baskın kişi ya da kurum hangileridir?	1.		2.		3.				
Sizce vesvese nedir?									
Hastalığınızı vesvese diye tanımladığınız oldu mu?									
Bu tanımlama sizin doktora gitmenizi engelledi mi?									
Hastalığınız için doktordan önce dini bilgisine güvendiğiniz herhangi birine danıştınız mı? (Hoca, imam vs.)	Evet	Hayır			Evet ise kime danıştınız?				

Dindarlık düzeyinizi 1-10 arasında puanlarsanız kendinize kaç puan verirsiniz?	1 Hiç Dindar Değilim 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Aynı Dindarım									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Osman AMİL

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 29 Ocak 1985, Ankara

Medeni Durumu: Evli

Tel: 0 554 583 74 70

email: oamil@meliksah.edu.tr

Yazışma Adresi: Melikşah Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü
Talas/KAYSERİ

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Ankara Üniversitesi PDR	2007
Lise	Gazi Çiftliği YDA Lisesi, Ankara	2003

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2012-halen	Melikşah Üniv Psikoloji Böl	Ar.Gör.
2009-2012	Sancaktepe İÖO	Rehber Öğretmen(Psk.Dan.)
2007-2009	TED Kayseri Koleji	PDR Uzmanı

YABANCI DİL

İngilizce