



FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ (TEZSİZ) PROGRAMI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI KURAM VE PSİKANALİTİK KURAM
PERSPEKTİFİNDEN KARŞILAŞTIRILARAK
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS PROJESİ

NUREFŞAN YALÇIN

İSTANBUL, 2021



FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ (TEZSİZ) PROGRAMI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI KURAM VE PSİKANALİTİK KURAM
PERSPEKTİFİNDEN KARŞILAŞTIRILARAK
İNCELENMESİ**

TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROJESİ

**NUREFŞAN YALÇIN
200134025**

**Danışman
(Prof. Dr. Ayşe Pınar VURAL)**

..... tarafındanproje
numarası ile desteklenmiştir.

İSTANBUL, 2021

..... KODLU TEZ ONAY SAFYASI KONULACAK

BEYAN/ ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Öğrencinin Adı ve Soyadı

Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Kuram ve Psikanalitik Kuram Perspektifinden Karşılaştırılarak İncelenmesi

Nurefşan Yalçın

ÖZET

Bu çalışma Obsesif kompulsif bozukluğun psikanalitik ve Bilişsel Davranışçı kuramın geliştirdiği açıklamalar üzerine yapılan bir literatür araştırmasıdır. Obsesif kompulsif bozukluk kişinin işlevselliğinde bozulmalara yol açan, rahatsız edici ve kişinin benliğine yabancı düşünceler ve bu rahatsızlığı azaltma amacı ile yapılan yineliyici davranışlarla (kompulsiyon) karakterize ruhsal bir bozukluktur. Literatürde Obsesif kompulsif bozukluk hakkında yapılan araştırmalar her ne kadar çeşitlilik göstersede Psikanalitik kuram perspektifinden yapılan araştırmaların özellikle ülkemizde diğer kuramlara göre daha az olduğu görülmektedir. Bilişsel Davranışçı kuram ile açıklanması yaygın olan obsesif kompulsif bozukluğun Psikanalitik kuramın bakış açısı ile karşılaştırılarak incelenmesinin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Bu çalışmada amaçlanan her iki kuramın Obsesif kompulsif bozukluk hakkında geliştirdiği açıklamaları bir araya getirmektir.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Psikanalitik kuram, Kaygı, Bilişsel Davranışçı kuram.

Examination of Obsessive Compulsive Disorder in Comparison with Cognitive Behavioral and Psychoanalytic Theory Perspectives

Nurefşan Yalçın

ABSTRACT

This study is a literature review on explanations of obsessive compulsive disorder developed by psychoanalytic and Cognitive Behavioral theory.

Obsessive-compulsive disorder is a mental disorder that causes deterioration in the functionality of the person, is characterized by disturbing and alien thoughts and repetitive behaviors (compulsions) with the aim of reducing this discomfort. Although the studies on obsessive-compulsive disorder vary in the literature, it is seen that studies conducted from the perspective of psychoanalytic theory are less than other theories, especially in our country.

It is thought that examining obsessive compulsive disorder, which is commonly explained by the Cognitive Behavioral theory, by comparing it with the perspective of the psychoanalytic theory will contribute to the literature.

The aim of this study is to bring together the explanations developed by both theories about Obsessive Compulsive Disorder.

Key Words: Obsessive Compulsive Disorder, Anxiety, Psychoanalytic theory, Cognitive Behavioral theory.

ÖNSÖZ

Obsesif kompulsif bozukluk tekrar eden, istenmeyen düşünceler (obsesyon) ve bunlara eşlik eden istem dışı davranışlar (kompulsiyonlar) ile karakterize, kişinin günlük işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen bir bozukluktur. Obsesif kompulsif bozukluğun bilimsel tanımı ilk olarak 19. yüzyılın sonlarında Sigmund Freud tarafından yapılmıştır ve 14 eseri ile makaleleri arasında en çok OKB'ye yer vermiştir. Bu da OKB'yi psikanalitik kuramın en ilgi çeken konularından biri haline getirmiştir. Freud takipçisi kuramcılar bu bozukluğa ilişkin yeni açıklamalar geliştirerek OKB'nin psikanalitik açıklamasını genişletmişlerdir. Psikanalitik kuram OKB'nin anlaşılmasında önemli bir yere sahiptir fakat uygulama esnasında Bilişsel davranışçı terapi daha çok tercih edilmekte ve etkinliği daha güçlü olduğu düşünülmektedir. Tüm bunlarla birlikte Obsesif Kompulsif Bozukluğun Psikanalitik kuram çerçevesinden anlaşılması önem arz etmektedir. Freud, obsesif nevrozun gelişimini anal döneme saplanma ya da bu döneme gerileme olarak açıklamıştır. Obsesif kompulsif kişilik sıklıkla karşıt tepki oluşturma, yalıtma, yer değiştirme ve yapma bozma savunmalarını kullanmaktadır. Bilişsel kuram obsesif kompulsif bozukluğu hatalı inançlar ile davranışçı kuram ise klasik öğrenme kuramı ile açıklamıştır. Psikanalitik kuram hastalığın altında yatan dinamikleri anlamak için etkili olmakla birlikte bilişsel davranışçı kuram obsesyonlar ve kompulsiyonları ortadan kaldırmada etkili olmaktadır.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ	vi
GİRİŞ	1
1. Obsesif Kompulsif Bozukluk	2
1.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanımı	3
1.1.1. Epidemiyoloji	3
1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili bozukluklar	4
1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanı Kriterleri	5
2. Bilişsel Davranışçı Kuram Perspektifi ile Obsesif Kompulsif Bozukluk	7
2.1. Bilişsel Davranışçı Kurama göre Kaygı	8
2.2. Bilişsel Kuram Perspektifi ile Obsesif Kompulsif Bozukluk	8
2.2.1. Bilişsel Kontrol Modeli	9
2.2.2. Abartılı Sorumluluk Algısı Modeli	9
2.2.3. Anlamın Yanlış Yorumlanması Modeli	10
2.3. Davranışçı Kuram Perspektifi İle Obsesif Kompulsif Bozukluk	12
2.4. Psikanalitik Açıdan Obsesif Kompulsif Bozukluk	13
2.4.1. Psikanalitik Bakış Açısı İle Kaygı	13
2.4.2. Psikanalitik Kuram Perspektifinden Obsesif Kompulsif Bozukluk ..	16
2.4.2.1. Obsesif kompulsif bozuklukta gerileme	17
2.4.3. Psikanalitik kurama göre obsesyonlar ve kompulsyonlar	18
2.4.4. Freud takipçilerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk	19
2.4.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Kullanılan Savunma Mekanizmaları	21
2.4.5.1. Karşıt Tepki Oluşturma Savunma Mekanizması	21
2.4.5.2. Yapma Bozma Savunma Mekanizması	22
2.4.5.3. Yalıtma Savunma Mekanizması	22

2.4.5.4. Yer Değiştirme Savunma Mekanizması	22
YÖNTEM.....	23
SONUÇ.....	24
KAYNAKÇA	27
ÖZGEÇMİŐ.....	Error! Bookmark not defined.

KISALTMALAR

OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
vb.	Ve benzeri
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi

GİRİŞ

İlk olarak esquirol tarafından belirlenen OKB'nin tanı kriterleri günümüzde çok fazla değişikliğe uğramadan taşınmıştır (Akbaş ve Yiğitoğlu, 2018). Kişinin günlük işlevselliğini olumsuz olarak etkileyen obsesyonlar ve kompulsiyonlar OKB'nin temel özelliğidir. İstenmeyen ve zorlayıcı düşüncelerin ve davranışların bulunduğu OKB kişide korku ve kaygılara neden olan bir patolojidir. Obsesyonlar her türlü uzaklaştırma çabalarına rağmen dürtüsel bir şekilde akla gelmeye devam eden zorlayıcı düşünceler olarak açıklanırken; kompulsiyonlar obsesyonlara bir cevap olarak ortaya çıkan veya bunları yapmaya dair zorunluluk duyulan davranışlar olarak tanımlanır.

Yaygın obsesyon türleri arasında kirlilik obsesyonları, dinsel obsesyonlar, biriktirip saklama obsesyonları, saldırganlık obsesyonları, somatik ve cinsel obsesyonlar yer almaktadır. Yaygın kompulsiyon türleri arasında ise yıkama ve yıkanma kompulsiyonları, biriktirip saklama ve toplama kompulsiyonları, kontrol ve sayma kompulsiyonları, tekrarlama ve düzenleme kompulsiyonları yer almaktadır (Şimşek, 2015).

Geliştirilen bilişsel modeller arasında obsesif kompulsif bozukluğun anlaşılmasına katkı sağlayan Bilişsel Kontrol Modeli, Abartılı Sorumluluk Algısı Modeli ve Anlamın Yanlış Yorumlanması Modeli günümüzde geçerliliğini halen devam ettirmektedir. Davranışçı kuram obsesif kompulsif bozukluğu klasik öğrenme kuramı ile açıklamıştır ve istenmeyen düşüncelerin kişide kaygıya neden olduğunu belirtmiştir. Kaygı da kaçma ve kaçınma gibi tekrarlayıcı kompulsif davranışları doğurmaktadır. Kompulsif davranışlar bireyin algıladığı kaygıyı azaltıcı etkiye sahip olduğu için pekiştirici işlevi görmektedir.

Psikanalitik kuram perspektifinde Freud obsesif kompulsif bozukluğun dinamiğinde anal döneme saplanma veya bu döneme gerilemenin varlığından söz etmiştir. Obsesif kompulsif bozuklukta kullanılan temel savunma mekanizmaları ise karşıt tepki oluşturma, yapma bozma, yalıtma ve yer değiştirmedir. Freud'un takipçisi psikanalitik kuramcılar Freud'un görüşlerine eklemeler yaparak genişletmişlerdir. Klein obsesyonarı içsel iyi nesnenin tahrip edilmesine dair bir arzu olarak tanımlamıştır ve obsesif semptomların tamir çabası olduğundan söz etmiştir. Anna Freud nesne ilişkilerindeki başarısızlık ve anal karakter özelliklerinde artış olarak tanımlamıştır. Mallinger ve Salzman obsesif kompulsif bozukluğa sahip hastalardaki kontrol ihtiyacına dikkat çekmiştir (Topçuoğlu, 2003).

1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk istemsiz bir şekilde zihne gelen ve stres kaynağı olan obsesyonlar ve bu stresi zihinden uzaklaştırmak için yapılan kompülsiyonların eşlik ettiği bir kaygı bozukluğudur (APA, 2013).

Obsesyonlar ve Kompülsiyonlar ilk olarak 1838'de Jean Ettiene Dominique tarafından tanımlanmıştır ve depresyon ve melankoli sonucunda ortaya çıktığını aktarmıştır. Obsesyon terimi 1860'da ilk olarak Morel tarafından kullanılmıştır (Yılmaz, 2018). Esquirol 1838 yılında obsesif kompulsif bozukluğu yarı delilik haline benzetmiştir ve orta çağ dönemin bu bozukluğa sahip kişilerin şeytan tarafından ele geçirildiğine inanılmıştır. (Uzun, 2016).

Kurt Schneider ve Pierre Janet Obsesif Kompulsif bozukluğu 20. Yüzyılın başlarında ayrı bir klinik tablo olarak tanımlayarak ve aşağıdaki ölçütleri geliştirmişlerdir (Ünyeli, 2015) :

1. Belli bir şeyi yapmaya, hissetmeye ya da düşünmeye dair öznel bir zorlanma duygusunun bulunması,
2. Obsesyonların içeriğinin benliğe yabancı (ego distonik), saçma veya mantık dışı olarak algılanması,
3. Obsesyonlara direncin eşlik etmesi.

Obsesyonların arasında kirlilik obsesyonu, dinsel obsesyon, biriktirme obsesyonu, cinsel obsesyon, saldırganlık obsesyonu ve somatik obsesyonlar yaygındır. Kompulsiyonlarda ise yıkama ve yıkanma kompulsiyonları, kontrol kompulsiyonları, biriktirip ve toplama kompulsiyonları, yineleme, sayma, düzenleme kompulsiyonları yaygındır (Şimşek, 2015). Bir meta-analiz araştırmasının sonuçlarına göre en sık görülen obsesyonlar simetri, bulaşma, kontrol etme, bulaşma ve biriktirmedir (Mataix-Cols, Rosario-Campos ve Leckman, 2015).

1.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanımı

Obsesyonlar:

Obsesyon kökenini latince tedirgin etmek, bunaltmak, sıkıştırmak anlamına gelen 'obsidere' sözcüğünden almıştır ve İstemsiz zihne gelen ve benliğe uyumlu olmayan (ego-distonik) her türlü çabaya rağmen durdurulamayan düşünce dürtü ya da düşlemlerdir (Yılmaz, 2018). Schneider obsesyonu kişinin kendisini bilincin içeriğinden kurtaramadığında ortaya çıktığını söyler. Bu bilincin içeriği ise hastanın zihninden uzaklaştıramadığı ısrarlı düşünceler, dürtüler, imajlar, kuşkular ve korkuları içerir (Yüksel, 1994).

Kompulsiyonlar:

Obsesyona tepki şeklinde ortaya çıkan katı bir biçimde uyulması gereken kurallar ve kişinin kendisine engel olamadığı tekrarlayan davranışlar veya zihinsel eylemler ile karakterizedir. Bu eylemler ile rahatsızlığı azaltmaya ya da korku uyandıran olay veya duruma karşı kişinin kendisini korumasını sağlamaktadır (Sakallı, 2014).

Salkovskis Kompulsif davranışların amacının, kişinin kendisinin ya da bir başkasının başına gelebilecek tehlikeyi azaltma ya da engellemesi ve kişinin sorumluluğunu azaltıp suçlanmasına engel olması olduğunu belirtmiştir (Salkovskis, 1985).

1.1.1. Epidemiyoloji

Güncel araştırmalara göre OKB en sık rastlanan dördüncü ruh sağlığı hastalığıdır ve yaşam boyu yaygınlığı ise %2,5 (1.9-3.3), 6 aylık yaygınlığı ise

%1,5 (0.7-2.1) arasında bulunmuştur (Karamustafalıoğlu, 2010). Obsesif Kompulsif bozukluğun ortalama başlangıç yaşı 20-25 olarak bildirilmiştir ve bununla birlikte olguların yaklaşık olarak yarısında çocukluk ve ergenlikte belirtilerin ortaya çıktığı aktarılmıştır (Karşlıoğlu ve Yüksel, 2007). Çocukluk çağında erkeklerde daha fazla görülürken yetişkinlikte kadınlarda daha fazla görülmektedir (Altıntaş ve Özçürümez, 2015). Yapılan cinsiyet çalışmalarının bazılarında kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir fakat genel olarak erkekler ve kadınlarda eşit oranda görüldüğü kabul edilmektedir. Hastalığın başlangıcı ise erkeklerde daha erkendir. Diğer hastalıklarla birlikte görülebilmekle birlikte en sık majör depresif bozukluk ve fobik bozuklukla birlikte görülür (Demirkol ve Tamam, 2019) .

1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili bozukluklar

DSM-IV'te "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılan OKB DSM-V'te bu başlıktan ayrılarak 'OKB ve ilişkili bozukluklar' başlığı altına alınmıştır. (APA, 2013; APA, 2000). Bu başlıkta yer alan diğer bozukluklar ise şunlardır;

Beden Disformik Bozukluğu:

Beden disformik bozukluğu kişinin olmayan ama hayali bir şekilde olduğunu kabul ettiği veya hafif derecede olan fiziksel bir kusurla zihnini aşırı meşgul ederek kaygı duyması ile karakterize ruhsal bozukluktur (Veale, 2004). Kadınlarda erkeklere göre daha fazla rastlanan bu bozukluğun ortalama başlangıç yaşı on beş ve otuz yaşları arasındadır, genel popülasyonda görülme sıklığı ise yaklaşık %2'dir (Demirkol ve Tamam, 2019).

Deri Yolma Bozukluğu (Ekskoriasyon):

Derinin doku hasarına neden olacak derece cildin aşırı derecede kompulsif olarak yolunması ile karakterize bir bozukluktur ve kişinin mesleki ve ilişkisel hayatındaki işlevselliğini önemli derece etkilemektedir. Ciltteki hasarlar dermatolojik bir neden bağlı olmamalıdır (Odlaug ve Grant, 2008). Kadınlarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Cilt yolma Psikanalitik kurama göre mastürbasyon ile eşit olarak kabul edilmektedir (Demirkol ve Tamam, 2019).

İstifçilik (Biriktiricilik):

İstifçilik işe yaramayan veya çok az değeri olan eşyaların toplanması, biriktirilmesi ve elden çıkarılamaması sonucu kişinin yaşam alanının dağılmasına, daralmasına ve işlevselliğinde bozulmalara yol açmasına neden olan bir bozukluktur (Frost ve Hartl, 1996).

Saç Yolma (Trikotillomani):

Saç yolma kişinin bedenindeki kıllarını çekme davranışı sonucunda gözle görülür derecede saç kaybının olduğu ruhsal bir bozukluktur. Genellikle çocukluk çağında başlar ve sıklıkla erken çocukluk ve ergenlikte görülür. Kişi saç yolma davranışına geçmeden önce yoğun bir gerginlik yaşamaktadır ve saç yolma davranışı gerçekleştiğinde bu gerginlik ortadan kalkmakta ve bu döngü sayesinde kişi haz almaktadır (Çoban, 2021).

1.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanı Kriterleri

DSM-5'e göre OKB Tanı Kriterleri:

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

- 1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.
- 2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

- 1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)

2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B.Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

C.Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D.Başka bir eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

Varsa belirtiniz:

- İç görüşü iyi: Kişi inanışlarının gerçek olmadığını farkındadır.
- İç görüşü kötü: Kişi inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.
- İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Kişi inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır (APA, 2013).

ICD-10'a göre OKB Tanı kriterleri;

Obsesyonel belirtiler veya kompulsif hareketler, en az 2 hafta (üst üste 2 hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır.

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

- a. Bunlar, kişinin düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.
- b. Bu düşünceler ya da hareketlerden en az birine karşı, kişi, direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler veya hareketler bulunabilir.
- c. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur.)
- d. Düşünceler, imgeler ve dürtüler, rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

ICD-10' da OKB ile ilgili alt başlıklar şunlardır:

- F42.0 Obsesyonel düşünceler veya kurlmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip
- F42.1 Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip
- F42.2 Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip
- F42.8 Başka obsesif kompulsif bozukluklar
- F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş (Kaplan ve Sadock, 2004; Akt. Şimşek, 2015).

2. Bilişsel Davranışçı Kuram Perspektifi ile Obsesif Kompulsif Bozukluk

Bilişsel kuram psikopatolojiyi bilişsel süreçler bağlamında değerlendirir. Beck'in bilişsel modeli açıklarken bireyin yaşadığı herhangi bir olayı algılama biçimi, olaya dair geliştirdiği otomatik düşünceleri kişiyi duygusal ve davranışsal olarak etkilediğini belirtmiştir. Modele göre kişinin yaşadığı rahatsızlıklar olayları çarpıtılmış ve işlevsiz bir şekilde algılamaya yönelik geliştirdiği düşüncelerden

kaynaklanmaktadır. Kişi olayları gerçekçi bir şekilde değerlendirip sıkıntıları azaldığında, daha işlevsel bir şekilde davranabilecek ve kaygı gibi fizyolojik belirtileri de azalacaktır (Şimşek, 2020).

2.1. Bilişsel Davranışçı Kurama göre Kaygı

Bilişsel Davranışçı kurama göre kişilerin duygu, davranış ve bedensel tepkilerini olaylara karşı algılarını etkileyen Bilişsel Model belirlemektedir. Kişinin bir olay karşısında nasıl hissedeceği ve nasıl davranacağı o olayı yorumlama biçimlerine bağlıdır (Beck, 2018). Kurama göre kaygı, kişinin bir durumun tehlikeli olduğuna yönelik geliştirdiği yargılardan kaynaklanmaktadır. İlk değerlendirme potansiyel tehlikenin olasılığını, yakınlığını ve derecesini ölçer. Ardından gelen ikinci değerlendirme sürecinde ise kişi tehlikeye karşı koyabilme, etkisizleştirme ve ona karşı mücadele edebilme ihtimallerine yönelik tahminde bulunur. Sonuç olarak kaygı, kişinin tehlikeyi kontrol etme ve bununla mücadele edebilme becerilerini kaybetmesi arasındaki karasızlığın ve tehlikenin bir arada bulunmasından kaynaklanır (Leahy, 2007).

Kaygının en önemli belirleyicisi bilişsel süreçtir. Kişi kaygı anında bilişsel süreç içerisinde bir reflekse benzer şekilde bilinçli bir çaba sarf etmeden imge veya otomatik düşünce geliştirir. Kaygının Bilişsel modeline göre kişi şemalarından ve geliştirdiği inançlarından dolayı aslında belirsiz olan bir uyarıyı felaketleştirerek hatalı bir şekilde yorumlar. Bu durum kişide bellek yanlılığına neden olur ve bunun sonucunda kişi tüm dikkatini varlığına inandığı tehlikeye odaklar. Zamanla bu şekilde davranmayı öğrenir ve aslında nötr olan uyarıyı tehlikeli olarak yorumlamaya başlar. Bu yanlı değerlendirmeler bir süre sonra bilinçli bir çaba olmadan otomatik olarak gerçekleşmeye başlar (Beck ve Emery, 2011) .

2.2. Bilişsel Kuram Perspektifi ile Obsesif Kompulsif Bozukluk

Bilişsel kuram obsesif kompulsif bozukluğun temelini, aşırı kötüye yorumlanan düşüncelere ve bu obsesif düşüncelerin doğurduğu kaygıya bağlar. Geçmişin aksine şimdiki zamandaki bilişsel düşüncelere odaklanır. (Clark, 2004; Salkovskis, 1996). Kişi istenmeyen obsesif düşüncelerin etkisini azaltmak için bilişsel kaçınma stratejilerinden ‘bastırma’yı kullanır bu da aksine kişinin zihninden

uzaklaştırmak istediği ve benliğine yabancı olan düşünceleri daha da artırır (Ağargün, Beşiroğlu, Kıran, Kara ve Özer, 2004). Bu istenmeyen düşüncelerin sıklık ve yoğunluğunun artması da obsesyonları doğurmaktadır (Tolin, Worhunsky ve Maltby, 2006).

Bilişsel kuram obsesif kompulsif bozukluktaki obsesif düşüncelerin normal zorlayıcı düşüncelerden farklı olmadığını vurgular ve klinik obsesyonlar ile normal zorlayıcı düşünceleri birbirinden değerlendirilmesi bakımından ayırır. Klinik obsesyonlarda obsesif hasta zorlayıcı düşüncelerini zarar ve zararı önlemede sorumluluğunun olabileceği yönünde değerlendirmektedir. Geliştirilen bilişsel modeller arasında obsesif kompulsif bozukluğun anlaşılmasına katkı sağlayan Bilişsel Kontrol Model, Abartılı Sorumluluk Algısı Modeli ve Anlamın Yanlış Yorumlanması Modeli günümüzde geçerliliğini halen devam ettirmektedir (Pişgin ve Özen, 2010). Bu üç bilişsel model şu şekilde açıklanabilir;

2.2.1. Bilişsel Kontrol Modeli

Clark obsesif kompulsif bozukluğu ‘Bilişsel Kontrol Modeli’ ile açıklamıştır. Model obsesyonların nedenini bireyin zihnine istem dışı olarak gelen düşüncelerini kontrol edemeyeceğine dair geliştirdiği hatalı inanca dayandırır. Kişinin bu hatalı bilişsel değerlendirmeleri yaşanan kaygıyı, obsesif düşüncelerin yoğunluğunu ve böylece kompulsif davranışlara yönelmeyi artırır. Bilişsel kontrol modeli iki farklı değerlendirme sürecinin obsesif kompulsif bozukluğun ortaya çıkmasında rol oynadığını söyler. Birincil değerlendirme sürecinde kişi istem dışı olarak zihnine giren obsesif düşüncelerin uygunsuz ve benliğini tehdit edici (ego distonik) olduğunu fark eder. İkincil değerlendirme sürecinde ise kişi zihnine giren uygunsuz düşüncelerin kontrolünü kaybederse davranışlarının da kontrolünü kaybedeceğine yönelik hatalı bir inanış geliştirir. Modele göre obsesif kompulsif bozukluğun ortaya çıkmasında ikincil değerlendirme sürecindeki hatalı bilişsel yorumlamalar rol oynamaktadır (Clark, 2004).

2.2.2. Abartılı Sorumluluk Algısı Modeli

Salkovskis obsesif kompulsif bozukluk ile ilgili ‘Abartılı sorumluluk algısı’ modelini geliştirmiştir. Bu model obsesif kompulsif bozukluğa sahip bireylerin

zihninden geçen zorlayıcı düşüncelerin her normal yetişkinin de zihinden geçtiğini söyler. Fakat obsesif kompulsif bozuklukta kişi, diğerlerinden farklı olarak bu zorlayıcı düşünceler üzerinde kişisel sorumluluğu olduğu yönünde yanlış bir algı geliştirir. Bu abartılmış sorumluluk duygusunun etkisini ortadan kaldırmak için de işlevsiz yollara başvurur (Salkovskis,1989). Algılan sorumluluğun artması bu durumu yansızlaştırmak (nötrleştirmek) için daha fazla zorlanmanın yaşanmasına, daha fazla rahatsızlığa ve obsesyonların sıklık ve belirginliğinin artmasına neden olur.

Zorlayıcı düşüncenin obsesyona dönüşmesi, bu düşüncenin yorumlanma biçimine bağlıdır. Zorlayıcı düşünce zihne ilk girdiğinde duygusal olarak tarafsızken sonrasında kişi geçmiş yaşantıları ve düşünceleri ile ona olumsuz, olumlu veya tarafsız duygusal anlamlar yükler. Zihnine giren bu düşünceye kişi yüksek sorumluluk yükleyerek değerlendirirse bu düşünce obsesyona dönüşme ihtimali taşır (Salkovskis, 1985).

Abartılı sorumluluk algısı modelinin temelini düşünceye yüklenen anlam oluşturur. Bu modelde Obsesyonun gelişimi için 2 aşama çok önemlidir; sorumluluğun değerlendirilmesi ve yansızlaştırma (nötrleştirme) davranışları. Kişinin sorumluluğunda olduğu şeklinde yanlış yorumlanan obsesif düşünce, imge veya dürtüler kaygıyı arttıracaktır ve buna karşı olarak bu sorumluluktan kaçınma amacı ile yansızlaştırma davranışlarına başvurulacaktır. Yansızlaştırma algılanan sorumluluğu azaltma amacı ile bilinçli olarak başlatılan davranışlardır yani kompulsiyonlar veya düşünce ritüelleri olarak ortaya çıkabilir (Salkovskis, 1989).

Sorumluluğun değerlendirilmesi aynı zamanda Obsesif kompulsif bozukluğa sahip kişinin zihnine giren zorlayıcı düşünce imge veya dürtülerini kontrol etme çabasına neden olmaktadır. Bu istenmeyen düşünceleri bastırmak için kişi yoğun bir çaba harcamakta ve bunlar başarısızlıkla sonuçlandığında obsesyonlar daha da artmaktadır (Salkovskis 1985).

2.2.3. Anlaman Yanlış Yorumlanması Modeli

Rachman (1997) Anlaman yanlış yorumlanması modeli obsesif kompulsif bozukluğun belirtilerini açıklayan bir başka modeldir. Bu model obsesif kompulsif

bozukluğa sahip kişilerin saldırganlık, değerlere hakaret cinsellik vb. içerikteki zorlayıcı düşünce, dürtü veya imgelerin yanlış yorumladığının ve bunun sonucunda ise kişinin kendisini ahlaksız, günahkar ve tehlikeli olarak algıladığını açıklamaktadır. Hatalı ve felaketleştirici olarak yanlış yorumlanan bu girici düşüncelerin OKB belirtilerinin yoğunluğunu arttırdığını ve bu yanlış yorumlamaların azalmasının obsesyonları da azaltacağını kabul eder. Rachman obsesif düşünce ve yasaklanan davranışı gerçekleştirmenin ahlaki açıdan eşdeğer olarak değerlendirilmesi durumunu kaynaşma (fusion) kavramı ile açıklamıştır. Örneğin bir kişiyi tren raylarına itmeyi düşünmek ve gerçekten itmek ahlaki açıdan aynı derecede kötü olarak değerlendirilir. Bu nedenle Rachman obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde davranışların ve zihne gelen obsesif düşüncelerin birbirinden ayrıştırılması gerektiğini ve bunun da obsesyonları azaltacağını söyler. Tedavideki ilk yapılması gerekenin obsesif kompulsif bozukluğun yapısına dair psikoeğitim verilmesini ardından zihne gelen bu istemsiz obsesif düşüncelerin kişinin kişiliği ile ilgili olmadığını belirtmek olmalıdır (Rachman, 1997).

İstenmeyen düşünceler bir çok kişinin zihnine girerken yalnızca bazı kişilerde obsesif kompulsif bozukluğa neden olması bu kişilerin diğerlerinden farklı olarak işlevsiz inanışlar ve ön yargılar geliştirmesidir (Rachman, 1997). Obsesif Kompulsif Bozuklukta sık kullanılan bilişsel hataları Hyman ve Pedrick (2010) şu şekilde özetlemiştir;

- A. Tehdidin veya riskin aşırı önemsenmesi:** ‘Durumun güvenli olduğu kanıtlanana kadar tehlikeli olduğuna inanacağım.’
- B. Aşırı kontrol ve mükemmeliyetçilik:** ‘Düşüncelerim, duygularım, davranışlarım ve hayatımın her alanında tam olarak kontrol sağlamalıyım’, ‘Sevdiklerimi koruyamazsam cezalandırılmalıyım çünkü bu benim hatam olur.’
- C. Felaketleştirme:** ‘Anemle tartışırsam bu şiddet eğilimli biri olduğum anlamına gelir’.
- D. Ya hep ya hiç biçiminde düşünme:** ‘Eğer mükemmel bir iş çıkarmazsam berbat bir iş çıkarmış olurum’.

- E. Sürekli şüphe:** Birisine zarar verdiğiine dair veya ahlaksız bir şey yaptığıına dair şüphe içeren düşünceler.
- F. Düşünce eylem kaynaşması:** ‘Sevgilimi aldatmayı düşünmem onu gerçekten aldattığımanlamına gelir’.
- G. Düşüncelere aşırı değer verme:** ‘Kötü bir şey düşünüyorsam bu benim kötü biri olduğum anlamına gelir’
- H. Belirsizliğe tahammülsüzlük:** ‘Her şeyden tam anlamıyla emin olmalıyım, emin olmazsan bu belirsizliğe dayanamam.’
- I. Kötümser önyargı:** ‘Kötü bir şey olacaksa bu benim veya sevdiklerimin başına gelir’.
- J. ‘Ya şöyle ise’ biçiminde düşünme:** ‘Ya hata yaparsam’, ‘Ya ona zarar verdiysem’.
- K. Kaygıya Tahammülsüzlük:** ‘Kaygı dayanamam ve hemen iyi hissetmek için bir şeyler yapmalıyım’.
- L. Sıradışı sebep ve sonuç:** ‘Nesnelerin olağanüstü güçleri vardır, örneğin insan müdahalesi olmadan kilitler kendi kendine açılabilir’.

2.3. Davranışçı Kuram Perspektifi İle Obsesif Kompulsif Bozukluk

Davranışçı kuram OKB semptomlarını klasik öğrenme kuramıyla açıklamıştır ve davranışçı tedaviler 1970’li yıllardan beri uygulanmaktadır. Davranışçı kurama göre zorlayıcı ve istenmeyen düşünceler kişide kaygıya neden olmaktadır ve kaygı da kaçma ve kaçınma gibi tekrarlayıcı kompulsif davranışları doğurmaktadır. Kaçma ve kaçınma davranışları bireyin algıladığı kaygıyı azaltıcı etkiye sahip olduğu için pekiştireç işlevi görmektedir.

Davranışçı kuram obsesyonları koşullu uyaranlar olarak tanımlamaktadır. Sıradan koşullarda bir çok kişinin zihnine girebilecek temelde korkutucu olmayan düşünceler, obsesif kompulsif bozuklukta kaygı uyandıran etkiye sahip olurlar. Zihne giren bu düşüncelerin doğurduğu kaygıyı azaltma amacı ile kaçma ve kaçınma davranışları gelişir. Hasta bu kaygılar ile başa çıkmak için sadece kaçma, kaçınma gibi yöntemlere başvurduğunda kaygı daha çok artacak ve bu da bu yöntemlerin daha

sık kullanılmasına neden olacaktır. Sonuç olarak hasta kendisine bir kısır döngü içerisinde bulacaktır. Alıştırma (exposure) ve tepkiyi engelleme olarak tanınan Bilişsel davranışçı terapi bu görüş ile birlikte gelişmiştir. Bu yaklaşım kişiyi kaygı uyandırdığı için kaçınma davranışına neden olan obsesyonları ile maruz bırakmayı ve bu maruz kalma sonucu doğan kaygıları azaltmak için başvurduğu kompulsif davranışların gerçekleştirilmesini engeller. Özetle amaç obsesyondan doğan kaygıyı söndürmek ve alışmayı sağlamaktır (Atile, 2015; Sungur,2006; Akt. Toprak,2018).

2.4. Psikanalitik Açıdan Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.4.1. Psikanalitik Bakış Açısı İle Kaygı

Freud'a Göre Kaygı

Kaygı kavramını ilk olarak Freud ele almıştır ve kaygıyı egonun bir işlevi olarak tanımlamıştır. Freud'a göre insan amaçsız bir davranışı olmayan ve davranışlarını uyum sağlamaya yönelik belirleyen bir varlıktır. Kişinin hayatına devam edebilmesi için uyum sağlayabilmesi gerektiğini, sağlayamadığı durumlarda ise kaygının ortaya çıktığını belirtmektedir (Freud, 1994).

Freud kaygıyı tehlikelere karşı önlem olarak hayatta kalabilmek için gerekli bir süreç olarak görmektedir. Kişinin yaşamını engelleyen ve bir bozukluk haline getiren sürecin ise bilinçdışı çatışmaların olduğunu belirtir (Freud, 1997).

Bu bilinçdışı süreçte, kişiliğin ilkel yanı olan id'in arzularının ve tepkilerinin bastırılması ile kaygının ortaya çıktığını belirtir ve kaygıyı nevrotik bir durum olarak tanımlar (Davison ve Neale, 2004).

Freud ego'nun 3 ayrı tehlike ile karşı karşıya olduğunu belirtir bunlar;

- Engellenmeler ve dış dünyadan gelebilecek saldırılar,
- İd'in içgüdüsel ve gerçek dışı arzuları,
- Süperegonun Cezalandırması.

Ego bu 3 tür tehlikeye karşı 3 farklı anksiyete geliştirir;

Gerçeklik Kaygısı; Korku ile eş anlam taşır ve dış dünyadaki gerçek tehlikelere karşı geliştirilir.

Vicdani Kaygı; Suçluluk ve utanç duygusu doğurur ve süperegonun tehlikeli gördüğü durumlarda ortaya çıkar.

Nevrotik kaygı; İçgüdülerden gelen arzuların doyurulmasının ceza ile sonuçlanmasına karşı duyulan kaygıdır.

Freud'a göre nevrotik kaygı ise 3 farklı biçimde yaşantılanabilir.

Bağlantısız kaygı; burada ego genellikle savunmasızdır ve kişide genel bir kaygı durumu hakimdir.

Fobik kaygı; korku olarak tanımlanır ve belirli bir nesnesi vardır.

Panik ya da kaygı nöbeti; tehlikeli olduğu düşünülen durumla, bu duruma verilen tepki arasında bağlantı olmamasıdır ve buradaki panik, tüm engellenmelere karşı idin isteklerinin doyum sağlayarak gerilimden kurtulmaya çalışmasının simgesel bir belirtisidir. Freud Obsesif Kompulsif bozukluktaki kaygının bu biçimde yaşantılandığını belirtmiştir (Freud, 1997; Geçtan, 2005).

Otto Rank'e Göre Kaygı

Psikanalitik kuramın temsilcilerinden Otto Rank ilk kaygının, insanın rahat koşullardan sonra mücadele etmesi gereken bir ortama geldiği için doğum anında yaşandığını belirtir. Her ne kadar insanlar tarafından bastırılmaya çalışılsa da doğum anında yaşanan kaygı kişinin yaşamında çeşitli olaylarda ortaya çıkmaya devam eder ve davranışlarını etkiler. Yaşanılan ve yaşanılacak tüm kaygıların aslında ilk kaygının yansımaları olduğunu söyler. Freud'da insanın yaşadığı ilk kaygının doğum anı olduğunu belirtmiş fakat Otto Rank'e karşın, kişinin sonraki yaşamındaki kaygılarını genellikle cinsel nitelikteki nedenlere bağlamıştır (Geçtan, 2004).

Karen Horney'e göre kaygı

Kaygı kavramına önemli katkıları olan Karen Horney, kaygıyı daha farklı biçimde ele alarak düşmanlık duyguları ve kaygı arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Ona göre kaygı değişik türdeki düşmanlık duygularından doğar. Aynı zamanda düşmanlık duygularının da kaygıya neden olduğundan bahseder ve bu duyguların

kaygılı olan kişide yeni kaygılara zemin hazırladığını söyler. Diğer yandan kaygının cinsel arzular veya düşmanca duygular ifade edildiğinde kişinin varoluşunun güvenliği tehlike ile karşılaştığı durumda doğacağını ifade eder. Horney kaygının içgüdüsel dürtülerin varlığından dolayı duyulan korkudan daha çok baskı altında tutulan dürtülerden kaynaklandığına inanır (Geçtan, 2004).

Horney kişinin ölüm ve doğaya karşı duyduğu kaygıyı normal kaygı olarak tanımlarken nörotik savunmaların oluşmasına yol açan kaygıyı ise Temel anksiyete (basic anxiety) olarak tanımlar. Horney kaygının korku kavramı ile yakınlığına değinir ve her ikisinin de tehlikeye karşı geliştirildiğini söylese de aralarında önemli farklılıklar olduğunu belirtir. Korku karşılaşılan tehlikeye bağlı bir duygu iken kaygıda gerçek bir tehlike yoktur, bağlantısızdır ve çoğunlukla imgesel bir tehlikeye karşı verilen bir tepkidir. Örneğin, yüksek bir yerde pencereye yaklaşan biri paniğe kapılır ve bu korkusu dışarıdan bakan birine anlamsız gelir. Aslında bu korkunun temelinde, yaşama isteğine karşın yüksek bir yerden kendini ölüme terk etme dürtüsü arasında bir çatışma vardır ve bu kişinin kaygılanmasına neden olur. Dolayısıyla kişinin içinde bulunduğu durum kaygının şiddetini belirlemektedir ve korkuyu belirleyen nesnel iken, kaygıyı belirleyen öznelidir. Horney, Freud'dan farklı olarak kaygının Oedipus kompleksinin çözülmemesi sonucu ortaya çıkmadığını, çocuğun gerekli olan doğal gelişiminin engellenmesi sonucu ortaya çıktığını söyler (Geçtan, 2004).

Harry Stuck Sullivan'a göre kaygı

Freud'un öğrencisi olan Harry Stuck Sullivan çocuklukta girilen sosyal ilişkilerin kişilik gelişiminde önemli rolü olduğundan bahseder. Sullivan çocuğun gelişen kişiliğinin anne babası ve yaşlılarının derin etkisi olan kişilerarası ilişkilerin toplamına eşit olduğunu vurgulamıştır (Geçtan, 2004).

Sullivan'a göre kaygı kişinin diğerleri karşısındaki başarısızlığıdır ve bu başarısızlık duygusu kişiyi çaresiz hissettirir ve çevresinden koparır. Sullivan kendimizi diğerlerinin gözünden gördüğümüzü ve diğerlerinin bizi nasıl algıladığını düşünüyorsak kendimizi de o şekilde algıladığımızı söyler. Bu durumun da kaygıya neden olduğunu söyler (Yörükoğlu, 2007).

2.4.2. Psikanalitik Kuram Perspektifinden Obsesif Kompulsif Bozukluk

Geleneksel psikanalitik görüşler, OKB'yi bir yanda ego ve süperego arasındaki bir çatışma, diğer yanda id'den gelen saldırgan ve cinsel dürtüler ile karakterize nevrotik bir bozukluk olarak kavramsallaştırmıştır (Fenichel, 1946).

Obsesif kompulsif bozukluk hakkında ilk bilimsel açıklamalar, Ondokuzuncu yüzyılın sonlarında Freud tarafından paylaşılmıştır ve diğer hastalıklara kıyasla en fazla yayını obsesyonel nöroz üzerine yapmıştır. Bu da obsesif kompulsif bozukluğu psikanalizin en çok ilgi çeken konularından biri haline getirmiştir (Topçuoğlu, 2003).

Freud obsesif kompulsif davranışların klinik belirtilerini 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 yapılırlar" (Geçtan, 1993).

Freud Obsesif kompulsif bozukluktaki temel özelliğin ambivalans olduğunu belirtmiştir. Hasta bir yandan içgüdüsel dürtüler ve arzular yaşarken diğer yandan bunları engelleyen ketlenmeler yaşamaktadır ve bu iki tarafın çatışması ise Obsesif kompulsif semptomu doğurur (Freud, 1909).

Freud'a göre semptomlar arzuların zararlı bir biçimde bastırılması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bastırma süperego'nun emri ile egonun id'in dürtüleri ile işbirliği yapmayı reddettiğinde oluşur. İçgüdüsel dürtü tüm bu bastırma çabalarına rağmen kendisine ikame boşaltım imkanları bulacaktır fakat bu dürtü artık tatmin etmeyecek kadar azalmış, yeri değiştirilmiş bir ikame haline gelecektir. Sonuç olarak ikame aracılığı ile boşaltılan arzudan artık bir haz duyulamayacak ve gerçekleştirilmesi ise bir zorunluluk halini alacaktır (Freud, 2009).

Freud obsesif kompulsif semptomları birbirine zıt iki gruba ayırmıştır. İlk grup savunma anlamına gelen olumsuz semptomlardan oluşan engellenmeler, koruyucu önlemler veya kefarettirlerdir. Diğer semptomlar tam aksine çoğunlukla sembol kılığına girerek doyumunu sağlayanlardır. Semptom başlangıçta savunmacı olan bir emri veya yasaklanan şeyi doyum sağlayacak şekilde yasakla birleştirdiğinde zafer elde etmiş olacaktır (Freud, 1926).

Freud'a göre obsesif kompulsif bozukluk anal döneme saplanma veya gerileme, ego ile sadistik süperego arasındaki sadomazoşistik bir ilişki ve yer değiştirme, yapma bozma, yalıtma savunma mekanizmalarından oluşan bir bozukluktur (Topçuoğlu, 2003).

2.4.2.1. Obsesif kompulsif bozuklukta gerileme

Obsesif kompulsif bozukluğa sahip hasta, ödipal dönemin çatışmaları sonucu doğan kaygı ile baş edemeyip bir önceki dönem olan anal sadistik döneme geriler (Freud, 1913).

Gerileme, ruhsal gelişimde ulaşılan evrede yaşanan zorlanmalar sonucunda önceki gelişim dönemlerine geri dönme anlamına gelir (Laplanche ve Pontalis, 1973).

Gerileme sonucunda libido genital organizasyondan ayrılır ve genital cinsel dürtülerin yerini sadistik ve anal erotik dürtüler alır. Anal sadistik dönemde nesneye karşı sevgi ve nefret beraber bulunur ve durum ambivalans olarak adlandırılır, anal erotizm ve nefretin birlikte bulunmasının obsesif kompulsif bozukluğa ait bir durum olduğundan söz eder (Jonest, 1913; Akt. Topçuoğlu 2003).

Obsesif kompulsif bozuklukta bu gerileme beklenenin aksine ödipal çatışmaya çözüm olmamaktadır. Çünkü bu çatışmanın üstesinden gelemeyen kişi anal sadistik dürtüler ile durmaksızın savaşmak zorunda kalır. Obsesif kompulsif hastanın savunmaları ise ödipal çatışmaya yöneltilmişken gerileme ile anal sadistik dürtülere yöneltilir. Sadistik eğilimler ve anal erotik dürtüler ile bunlara karşı geliştirilen savunmalar obsesif kompulsif bozukluğun değişmez özelliğidir (Fenichel, 1946).

Anal sadistik döneme anal döneme saplanma koşulu ile gerilenebilir. Tuvalet eğitimi sırasında yaşanan sorunlar, baskıcı, cezalandırıcı ve kuralcı ebeveyn tutumları anal sadistik dönemde saplanmaya zemin hazırlayıcı etkenlerdir. Çocuğun boşaltım becerilerinin kontrol kazandığı ve tuvalet eğitimi verildiği anal dönem, obsesyoneel nöroz gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Tuvalet eğitimi sonucunda çocuk öncekinden farklı olarak dürtülerini anında tatmin etmenin engellendiğini deneyimleyecek. Bu engellenmeye karşı öfkelenen çocuk kakasını dışarıya atarak protesto edecektir. Ya da annesinin cezalandırılma ihtimaline karşı korku yaşayacak ve ona teslim olarak kakasını boşaltmaktan kaçınacaktır. Bunun sonucunda ise bu durum zaman zaman çocuğun zaman zaman annenin kazandığı bir savaşa dönüşebilir. Anne çocuğa karşı suçlayıcı ve cezalandırıcı olursa, çocuk suçluluk duyguları ve boyun eğme zorunluluğu ile öfke ve karşı koyma arzuları arasında bocalayacaktır (Odağ, 2001).

Anal karakter özelliklerinin belirleyicisinin tuvalet eğitiminde yaşanan çatışmalar olduğu kabul edilir ve Freud temel anal karakter özelliklerini tutumluluk, düzenlilik ve inatçılık olarak tanımlamıştır. (Freud 1908).

Buna karşın Judd, OKB özelliklerini taşıyan çocuk hastalarında tuvalet eğitiminde sorunlar yaşandığını tespit etmemiştir (Judd 1965).

2.4.3. Psikanalitik kurama göre obsesyonlar ve kompulsiyonlar

Freud, 1914 yılında kaleme aldığı ‘Anımsama, Yineleme ve Özümseme’ yazısında yineleme kompulsiyonu olan bir hastasını anlatır. Hastası unuttuğu ve bastırıldığı anısını hatırlamamakta fakat onu eyleme dökmemektedir. Böylece hasta unuttuğu anısını eyleme dökerek tekrar üretmektedir. Farkında olmadan anısını yineleyerek tekrar yaşantılamaktadır. Ayrıca Freud tedavi boyunca hastasının tekrarlama kompulsiyonundan vazgeçemediğini aktarmıştır. Bunun sonucunda da kompulsiyonların hastası için hatırlamanın bir yolu olduğunu anlamıştır (Freud, 1914).

Freud yineleme kompulsiyonunun temeli olan dört ampirik gözlem aktarmıştır;

- 1) Travmatik anıyı tekrarlayan hastalardaki travmatik nevrozlarda meydana gelen rüyalar,
- 2) Hastaların analizleri sırasında geçmişten gelen acı verici deneyimleri tekrarlama eğilimleri,
- 3) Nevrozların kaderi,
- 4) Çocukların oyunlarının tipik türleri (İnderbitzin ve Levy, 1998).

Freud Haz ilkesinin ötesinde (1940)'de kompulsiyonları çocukların oyunları bağlamında açıklamıştır. Ona göre çocuklar hoş olmayan yaşantılarını oyunlarda yineleyerek, güçlü bir izlenimin üstesinden edilgin olarak gelmektense etkin olarak baş etmeyi amaçlarlar. Çocukların oyunlarda sergiledikleri her yineleme davranışının ihtiyaç duydukları egemenliği güçlendirdiğini gözlemlemiştir (Freud, 1940).

Ketlenmeler, semptomlar ve kaygı eserinde yineleme kompulsiyonlarına yönelik tutumunu belli bir ölçüde terk eden Freud bunu travmatik yaşantıları 'bozma' çabası ile bağdaştırmıştır (Freud, 2009).

Anna Freud'a göre obsesif kompulsif bozukluğun nesne ilişkilerinde yaşanan başarısızlıkların ve anal özelliklerin artışı arasındaki ilişki olduğunu varsayar (Freud 1966; Akt. Topçuoğlu, 2003).

2.4.4. Freud takipçilerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk

Ferenzci teorik ve teknik bazı önerilerde bulunarak Freud'un OKB teorisini genişletmiştir. Ferenczi de benzer şekilde obsesif nevrozun regresif bir yapıya sahip olduğunu söylemiştir. Fakat bu gerilemenin Freud'un bahsettiği psikoseksüel gelişimden farklı olarak, gerçeklik algısının gelişimindeki gerileme ile ilgili olduğunu belirtmiştir. Ferenczi, gerçeklik algısındaki gelişimin birbirini takip eden üç aşaması olduğunu belirtir; büyüsel aşaması, yansıtma aşaması ve mantıksal düşünce aşaması. Ferenzci'ye göre OKB'de gerçeklik algısı, kişinin her şeye gücünün yettiğine dair geliştirdiği inancı tanımlayan büyüsel aşamaya gerilemiş durumdadır.

Ferenzci obsesif nevrozun ikili doğasından bahseder. Burada bilincin bir kısmı arzu ve eylemin aynı olduğu yani engellemelerin, arzuların ve düşüncelerinin

ertelenmesinin sağlanamadığı çocuksu bir düzeydedir (dürtüsel eylemler buna bir örnektir). Bilincin diğer yönleri ise normal olarak gelişmektedir. Pek bilinmese de Bilişsel kuramın OKB'yi tanımlarken kullandığı düşünce ve eylem karmaşası kavramı ilk olarak Ferenczi tarafından arzu ve eylem arasındaki belirsizlik olarak tanımlanmıştır. (Csigó, 2021). Ferenczi ayrıca OKB'nin tedavisine ilişkin önemli teknik önerilerde bulunmuştur ve terapistin aktif katılımı olmadan hiçbir tedavinin gerçekten başarılı olamayacağını belirtmiştir (Ferenczi, 1921). Ayrıca OKB'deki bastırma diğer bozukluklardan farklı bir türde işlediği için analistin genel yorumlar yapamayacağından söz eder. OKB'deki bastırma imgenin veya düşüncenin içeriğini değil, imge veya düşünceye bağlı olan arzuyu içermektedir (Ferenczi, 1913).

Klein obsesif savunma mekanizması kavramını ortaya atmıştır ve bu savunmanın amacının saldırgan veya sadist dürtülere karşı kontrolü sağlamak olduğunu belirtmiştir. Ona göre çocuk sevdiği nesneyi tahrip etmekten korkmaktadır ve bunu engellemek için obsesyonları bir savunma olarak kullanmaktadır ve obsesif semptomların tamir çabaları olduğundan söz eder (Klein, 1940; Akt. Topçuoğlu, 2003).

Mallinger obsesif kompulsif bozuklukta semptomların, kişinin kontrol etme çabalarının yetersiz kaldığında ortaya çıktığından ve bu çabanın temelinde ise güçsüzlük korkularının var oluşundan bahsetmiştir (Mallinger, 1984; Akt. Topçuoğlu, 2003).

Salzman'a göre obsesif kompulsif bozuklukta kişi öfkenin ortaya çıkmasını değil yetersizlik, utanç, zayıflık gibi duyguların ortaya çıkmasını dolaylı önlemeye çalışmaktadır (Topçuoğlu, 2003).

Leib Obsesif kompulsif bozukluğa sahip hastaların çoğunluğunda içselleştirilen anne imgesinin aşırı koruyucu, baskıcı ve tüm güçlü olduğundan bahsetmiştir ve bu içselleştirilen anne imgeleri ile kurulan ilişki obsesif kompulsif bozukluğun gelişiminde rol oynadığını söylemiştir. Bu nedenle analizde hastanın çocukluğunda annesi ile olan ilişkinin incelenmesinin önemini vurgulamıştır (Leib, 2001).

Maeres obsesif kompulsif bozukluktaki bulaşma alt grubuna dair önemli görüşler belirtmiştir. Freud'un da bahsettiği gibi OKB hastalarında düşüncelerin omnipotans içeriğinin önemli bir rol oynadığından söz eder. Piaget omnipotans düşüncenin çocuğun içsel dünyasının dış dünyadan ayrı olduğunu kavrama olgunluğuna erişememesinden kayanklandığını ve bunun da yaşamın ilk 4 yılında geliştiğini belirtir. Bu ayrımın farkında olmamak kendilik sınırlarının oluşmamasına neden olacaktır ve bu durum kişinin iç dünyasının dış dünyayı, dış dünyanın da iç dünyasını etkileyeceğine dair büyüsel bir düşünceye neden olur. Bir yandan dış dünyadan gelebilecek mikrop, idrar, dışkı gibi tehlikeler söz konusu iken diğer yandan iç dünyadan doğabilecek sevdiklerine zarar verme arzusunun doğurduğu tehlike vardır. Bu tehlikeleri önlemek için ve bunlardan doğan kaygı ile baş etmek için kişi ritüeller geliştirecektir. Maeres Obsesif kompulsif bozukluğa sahip hastalarının kendilik sınırlarının oluşmadığına bu nedenle tedavide hastalara düşüncelerinin kendilerine ait olduğunu dair bilinçlendirilmeleri gerektiğine vurgu yapar (Meares, 2001). Bu büyüsel düşünce abartılı suçluluk ve sorumluluk duygularına da yol açabilir, örneğin; 'eşimin kaza yapma ihtimalini düşünürsem, bu gerçekten olabilir' (Kempke, 2007).

2.4.5. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Kullanılan Savunma Mekanizmaları

Obsesif kompulsif bozuklukta kullanılan savunma mekanizmaları karşıt tepki oluşturma, yapma bozma, yalıtma ve yer değiştirmedir. (Freud, 1926; Mc.Williams, 1994).

2.4.5.1. Karşıt Tepki Oluşturma Savunma Mekanizması

Bu savunma mekanizması ile kişi, gerçekte var olan duygu ve düşüncelerini diğer insanlar tarafından anlaşılmasını engelleme amacı ile tam karşıtı bir tepki göstererek kendisini korumaya çalışır.

Bu savunma mekanizması ile kişi tehdit edici olan bir şeyi daha az tehdit edici bir hal almasını sağlamak için tam tersi bir şekilde dönüştürür. Obsesif kompulsif bozuklukta çok güçlü olan öfke duygusunu kişi bastırarak bilinçten uzaklaştırmaya çalışır. Karşıtı olan sevgi ise öfkeyi bastırabilmek için güçlenir. Yalnızca bir şeyi tersine döndürmekten daha öte çift değerlilik durumunu inkar etme

amacını da içerir. Örneğin kişi öfke duygusunu hissederken aynı zamanda sevgi duygusunu da hissedebilir, karşıt tepki oluşturma savunma mekanizmasında kişi her iki duyguyu da hissederken ikisini de hissettiğini inkar ederek sadece öfke veya sadece sevgi duygusunu hissettiğine dair kendisini ikna eder. Freud'a göre obsesif kompulsif kişiliklerin sahip olduğu çalışkanlık, titizlik ve tutumluluk gibi kişilik özelliklerini aslında sorumsuz, isyankar, dağınık, cimri olma gibi isteklerine yönelik karşıt bir tepki olduğunu kabul eder. Vicdanlılık, mükemmeliyetçilik gibi kişilik özellikleri ise düşmanca duygular ve cinsel arzuları kontrol etme amacıdır (Mc.Williams, 1994; Topçuoğlu, 2003).

2.4.5.2. Yapma Bozma Savunma Mekanizması

Yapma bozma savunma mekanizması ile kişi bunaltı, kuşku ve korku veren davranışını diğer davranışı ile ortadan kaldırır (Odağ, 2001).

Yapma Bozma obsesif kompulsif bozukluktaki kompulsif davranışları tanımlar ve kompulsif davranışlar bilinçdışı bir özür veya büyüsel bir koruma anlamı taşıyan, yapıp bozmayı sağlayan eylemlerdir (Mc. Williams, 1994).

Freud Sıçan adam vakasında danışanın, sevgilisinin arabasının çarpmaması için yoldaki taşı önce yana sonra tekrar ortaya getirdiğini bazen de tam tersi amaçla aynısını yaptığını anlatır (Freud, 1909). Bu ve buna benzer iki aşamalı kompulsif eylemler birbirine zıt iki dürtü arasındaki çatışmayı ifade ederler ve Obsesif kompulsif bozuklukta bu iki dürtü sevgi ve nefrettir (Topçuoğlu, 2003).

2.4.5.3. Yalıtma Savunma Mekanizması

Bu savunma mekanizması ile kişi bir deneyimin veya düşüncenin duygusal içeriğini, bilişsel boyutundan ayrı tutarak hatıralarını, arzularını, veya amacını duygudan yoksun bir şekilde anlatır. Böylece obsesif kompulsif hasta istenmeyen dürtülerini kontrol edebilir. Bir anlamda hastanın zihnindeki bazı düşüncelere dokunulmasını engellemektedir (Fenichel, 1946; Salzman, 1980; Topçuoğlu, 2003).

2.4.5.4. Yer Değiştirme Savunma Mekanizması

Yer değiştirme savunma mekanizması kişinin yönetmekte zorlandığı duygularının yoğunlaştığında kullanılır ve bir uyarının sebep olduğu tepkinin

gerçekleştirilmesi tehdit edici olduğunda bu tepkinin sebep olan uyarana yerine başka bir uyarana yöneltilmesi anlamını taşır. Özetle bu savunma mekanizması 2 türde işler; 1) Yönetmekte zorlanılan duygu ait olduğu nesne ya da durumla alakasız başka bir nesneye ya da duruma yöneltilmesi ile, 2) Tehlikeli olduğu varsayılan duygunun doğurduğu tepki yerine başka bir tepki gösterilerek (Geçtan, 1993).

YÖNTEM

Bu çalışma Obsesif kompulsif bozukluk hakkında Psikanalitik ve Bilişsel Davranışçı kuram tarafından geliştirilen açıklamaları bir araya getirme amacı ile yapılan bir literatür araştırmasıdır. Araştırma kapsamında daha önce yapılmış olan araştırmalar ‘Obsesif Kompulsif Bozukluk’ ‘Psikanalitik kuram’, ‘Kaygı’, ‘Bilişsel Davranışçı Kuram’ anahtar kelimeleri ile taranmıştır. Literatür taraması için Google Akademik, EBSCOhost, SpringerLink, ScienceDirect, Dergipark, YÖK TEZ vb. veri tabanlarından faydalanılarak yayımlanmış olan Türkçe ve İngilizce makaleler, tezler ve kitaplar taranmıştır.

SONUÇ

Bu literatür taramasında Obsesif Kompulsif Bozukluk Psikanalitik ve Bilişsel Davranışçı kuramların geliştirdiği açıklamalar ile incelenmiştir. Her ne kadar DSM 5'te anksiyete bozukluklarından ayrılrsa da Obsesif Kompulsif Bozukluğun kaygı ile yakından ilişkisi olduğu bilinmektedir. Bu nedenle OKB'yi anlamak için kaygıyı da anlamının gerekliliği gözetilerek her iki kuramın kaygıya dair açıklamalarına değinilmiştir.

Literatüre göre Obsesif Kompulsif Bozukluğun tedavisinde Psikanalitik psikoterapi ve Bilişsel Davranışçı terapinin birbirlerinden farklılıkları ve avantajları ve dezavantajları vardır. Bilişsel Davranışçı kuramlar semptomların anlamını analiz etmeden hedefe yönelik formülasyon ile problem ve davranış odaklı çalışmaktadır. BDT Psikanalitik kuramın aksine hastalığın dinamiğinden ziyade mevcut olan davranış ve düşüce kalıplarına odaklanır. Psikanalitik psikoterapi hastalığın alttan yatan nedenlerine, mevcut kişilerarası ilişkilere, geçmiş yaşantılara ve gelişim aşamalarında yaşanan sorunlara önem vermektedir. Psikanalitik psikoterapiler terapist ve hasta arasındaki ilişki içerisinde canlanan ve hastanın geçmiş ilişkilerine dayanan aktarım ve karşı aktarımlar üzerine çalışırken Bilişsel Davranışçı terapilerin odağı yalnızca şimdide işleyen bilişsel süreçlerdir. BDT daha kısa süreli çalışması ile danışanlar için bir avantaj olabilmekte fakat bazı araştırmalara göre danışanların terapiyi yarıda bırakma (drop-out) oranları daha fazla olabilmektedir. BDT'nin kişilik bozukluğunun eşlik etmediği daha ziyade semptom odaklı tedaviye başvuran danışanlarda daha işlevsel olabileceği yönünde görüşler mevcuttur (Haverkamp, 2017). Kişilik bozukluğunun eşlik ettiği OKB vakalarında hastanın ilişkisel süreçlerinin terapist ile ilişkisi bağlamında çözümlenmesi hastalığın sağaltımında oldukça önemli bir etkiye sahip olduğu bilinmektedir.

Freud ve takipçilerinin Obsesif kompulsif bozukluk ile ilgili gözlemleri sonucu literatüre kazandırdıkları açıklamalar bu hastalığın anlaşılmasında önemli bir

yere sahip olmuştur. Fakat hastalığın oraya çıkma nedenleri ne kadar anlaşılırsa anlaşılırsa obsesyonlar ve kompulsiyonların sadece yorumlanarak ortadan kalkmasının mümkün olmadığı anlaşılmıştır. Esman (2001) yaptığı bir araştırmasında psikanalitik psikoterapinin obsesif kompulsif bozukluğun tedavisi için etkili olduğuna dair yeterli veri olmadığını aktarmıştır. Öte yandan da obsesif kompulsif kişilerin normal popülasyona göre daha çok boşanma ve ayrılık yaşadıkları tespit edilmiştir ve psikanalitik psikoterapinin de ilişkisel problemlerin çözümünde etkili olduğu bilinmektedir. Obsesif kompulsif bozukluktaki bu ilişkisel problemlerin çözümünde ise psikanalitik psikoterapilerden yararlanılabilir (Topçuoğlu 2003; Zetin ve Kramer, 1992).

Bilişsel kuram hastanın olumsuz otomatik düşünceleri tanımasını ve bunları gerçekçi olanlar ile değiştirmesine destek sağlamaktadır (Haverkampt, 2017). Davranışçı kuram ise alıştırma (exposure) ve tepkiyi engelleme yolu ile kompulsif davranışların engellenmesini sağlamaktadır (Atile, 2015). Araştırmalar serotenerjik ilaç tedavisinin ve Bilişsel Davranışçı psikoterapinin etkili olduğunu göstermiştir bu nedenle çoğu OKB vakası için ilk basamak olarak düşünülmektedir (Chelebowski ve Gregory, 2009). Salzman obsesif kompulsif hastaların kontrol ihtiyacından bahseder ve bu ihtiyaç doğrultusunda gidecekleri her türlü psikoterapi yöntemlerini halat çekme oyunu gibi mücadele alanına dönüştürebileceklerini söyler. Bu mücadelenin ise ilaç ve davranışçı terapiler için zorlayıcı olacağını belirtmiştir (Salzman,1997; Akt. Topçuoğlu, 2003). Anoreksik hastalar ile yapılan bir çalışmada kilo alımında Bilişsel Davranışçı Terapi etkili olurken on iki aylık takip sonucunda hastalığın nüks etmesini engellemede ise psikodinamik terapilerin etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Haverkampt, 2017). Ferenzci terapistin aktif katılımı olmadan hiç bir tedavinin gerçekten başarılı olmayacağını belirtmiştir (Ferenzci, 1921), bu nedenle Obsesif kompulsif bozukluğun da sadece yorumlanarak tedavi edilmeye çalışılmasının yetersiz kalınacağı söylenebilir.

Leib bazı hastalarda ilaç ve davranışçı terapinin psikanalitik terapi ile birlikte kullanılması gerektiğinin önemini savunmuştur ve seansların ilk dakikalarını davranışçı terapiye ayırarak psikanalitik terapiye devam ettiği seanslarının tedaviye başarılı bir şekilde yanıt verdiği bir vakasını aktarmıştır (Topçuoğlu, 2003).

Literatüre göre OKB tedavisinde semptomları ortadan kaldırmak için Bilişsel Davranışçı terapilerden, kalıcı etki sağlamak için de Psikanalitik psikoterapiden yararlanılabilinecektir.

Obsesif kompulsif bozukluğun dinamiğini anlamak ve tedavi için en etkili yolu belirlemek için her iki kuramın da geliştirdiği açıklamalar önemli bir etkiye sahiptir. Bu nedenle terapistin vakasının tedavisine dair bir yol haritası çizerken bütüncül bir şekilde danışanın ihtiyacına yönelik süreç belirlemesi etkili olabilecektir.

KAYNAKÇA

- Ağargün, M. Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü. K., Kara, H., & Özer, Ö. A. (2004).** Beyaz Ayı Supresyon Envanteri'nin Geçerlik ve Güvenilirliğine İlişkin Bir Ön Çalışma.
- Akbaş, E., & Yiğitoğlu, G. T. (2018).** Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Psikoz Eş Tanılı Hastaya Yönelik Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 9(16), 933-949.
- Altıntaş, E., & Özçürümez, G. (2015).** Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların cinsiyet farklılığı açısından değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 40(3), 409-417.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), (2001).** DSM-IV-TR Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı (4.Baskı). (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: HYB. (Orijinal çalışma basım tarihi 2000).
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013).** Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-V). (Çev. Köroğlu, E.). Hekimler Yayın Birliği: Ankara.
- Atile, A. (2015).** Böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif semptomları arasındaki ilişkinin sosyo-demografik değişkenler eşliğinde incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Beck, A., and Emery, G. (2011).** Anksiyete bozuklukları ve fobiler. (V. Öztürk, Çev.). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beck, J. S. (2018).** Bilişsel davranışçı terapi: temelleri ve ötesi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Chlebowski, S., & Gregory, R. J. (2009). Is a psychodynamic perspective relevant to the clinical management of obsessive–compulsive disorder?. *American journal of psychotherapy*, 63(3), 245-256.

Clark DA. (2004). Cognitive control: A new model of obsessions. In *Textbook of cognitive behavioral therapy for ocd*. New York: The Guilford Press. s.134-148.

Csigó, K. (2021). Obsessive position: the new psychoanalytic approach of obsessive-compulsive disorder. *Current Psychology*, 1-8.

Çiğdem, U. (2016). Klinik olmayan bir örnekte aleksitimi, bağlanma stilleri ve obsesif kompulsif özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi, Beykent Üniversitesi (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi, 23-33).

Çoban, M. C. (2021). Trikotillomani Tanı ve Tedavisine Güncel Bakış. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(12), 1193-1210.

Davison, D. C. ve Neale J. M. (2004). Anormal Psikolojisi. Ankara: Türk Psikologları Derneği Yayınları.

Esman, H. A. (2001). Obsessive compulsive disorder: Current views, Stein DJ, Stone M (Eds), *Essential papers on obsessive-compulsive disorder*, pp. 141-147 New York: New York University Press.

Fenichel, O. (1946). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Routledge.

Freud, A. (1966). Obsessional neurosis: A summary of psychoanalytic views as presented at the congress. *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder*, DJ Stein, M Stone (Ed), New York, New York University Press, 1997, s.100-112.

Freud, S. (1908). Kişilik ve anal erotizm. *Cinsellik Üzerine Üç Deneme*, (Çev. S Budak) Ankara, 1997, Öteki Yayınları, s.199- 209.

Freud, S. (1909). Bir saplantı nevrozu olgusu üzerine notlar ("Sıçan Adam"). *Olgu Öyküleri 2*, (Çev. A Eğrilmez), İstanbul, 1996, Payel Yayınları, s.29-111.

- Freud, S. (1913).** Saplantı nevrozuna yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı). Psikopatoloji Üzerine, (Çev. S Budak) Ankara, 1997, Öteki Yayınları, s.125-143.
- Freud, S. (1914).** Remembering, Repeating and Working-Through. Erişim Tarihi: 16 Ocak 2022, <https://marcuse.faculty.history.ucsb.edu/classes/201/articles/1914FreudRemembering.pdf>.
- Freud S (1926).** Ketlemeler, semptomlar ve kaygı. Psikopatoloji Üzerine, (Çev. S Budak) Ankara, 1997, Öteki Yayınları, s. 229- 329.
- Freud S (1940).** Haz ilkesinin ötesinde ben ve id, (Çev. A. Babaoğlu) İstanbul, 2011, Metis Yayınları.
- Freud, S. (1994).** Psikanaliz Üzerine. (Çev. A. Avni Öneş) , İstanbul: Say Yayınları.
- Freud, S. (1997).** Psikopatoloji Üzerine. (Çev. S. Budak). Ankara, Öteki Yayınları.
- Freud, S., Strachey, J., Freud, A., Strachey, A., & Tyson, A. (2001).** The standard edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Two case histories 'little Hans' and the 'rat man'. Vintage.
- Frost, R. O., Hartl, T. L., Christian, R. ve Williams, N. (1995).** The value of possessions in compulsive hoarding: Patterns of use and attachment. Behaviour Research and Therapy, 33, 897-902
- Geçtan E. (1993).** Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar. İstanbul: Metis.
- Geçtan, E. (2004).** Psikanaliz ve Sonrası. (Onuncu basım). İstanbul: Metis Yayınları.
- Haverkamp, C. J. (2017).** CBT and psychodynamic psychotherapy-A comparison. *J Psychiatry Psychotherapy Communication*, 6(2), 61-68.
- Hyman, B. M., & Pedrick, C. (2010).** The Ocd workbook: Your guide to breaking free from obsessive-compulsive disorder. New Harbinger.

- İleri Ünyeli, B. (2015).** *Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan ebeveynlerin 10-18 yaş çocuklarında anne babadan algılanan psikolojik kontrol ve mükemmeliyetçilik düzeyi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Inderbitzin, L. B., & Levy, S. T. (1998).** Repetition compulsion revisited: Implications for technique. *The Psychoanalytic Quarterly*, 67(1), 32–53.
- Jonest E (1913).** Hate and anal erotism in the obsessional neurosis. Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder, DJ Stein ve M Stone (Ed), New York, New York University Press, 1997, s.65-72.
- Judd L (1965).** Obsessive-compulsive neurosis in children. *Arch Gen Psychiatr*, 12:136-143.
- Karamustafaloğlu, K. O. (2010).** Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*.
- Karshoğlu, E. H., & Yüksel, N. (2007).** Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10(3), 3-13.
- Kempke, S., & Luyten, P. (2007).** Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence?. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(4), 291-311
- Laplanche J, Pontalis JB (1973).** *The Language of Psychoanalysis*. London, W.W. Norton & Company. Sayfa 386
- Leahy, R. L. (2007).** *Bilişsel terapi ve uygulamaları*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Leib PT (2001).** Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessivecompulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry*, 21:222-242.
- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005).** A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228–238.

- Meares R (2001).** A specific developmental deficit in obsessive disorder: The example of the wolf man. *Psychoanalytic Inquiry*, 21:289-320.
- Nancy, M. W. (1994).** Psikanalitik Tanı. Klinik süreç içerisinde kişilik yapısını anlamak. (Çev. E. Kalem). İstanbul, 2013, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Odağ, C. (2001).** Nevrozlar-2. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları No:2, İzmir, s.54.
- Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2008).** Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *General Hospital Psychiatry*, 30(1), 61-66.
- Pişgin, İ., & Özen, D. Ş. (2010).** Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 117-131.
- Rachman, S.J. (1997).** A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*, 35 9, 793-802 .
- S.Freud, (1914).** ‘Remembering, Repeating and Working-Through’, Standard Edition, Volume X11, Hogarth Press, London 1986, s.150.
- Sakallı, A. K. (2014).** Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların afektif mizaç, kronobiyoloji ve dürtüsellik açısından incelenmesi. İstanbul Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 1-26.
- Salkovskis, P. M. (1985).** Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23 5, 571-83 .
- Salkovskis, P.M. (1989).** Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour research and therapy*, 27 6, 677-82; discussion 683-4 .
- Stein, D. J., & Stone, M. H. (Eds.). (1997).** Essential papers on obsessive-compulsive disorder (Vol. 19). NYU Press

Şimşek, M. K. (2020). Ergenlerde Obsesif Kompulsif Belirtileri Azaltmaya Yönelik Bdt Temelli Psikoeğitim Uygulamasının Geliştirilmesi Ve Etkililiğinin İncelenmesi: Bir Karma Yöntem Çalışması.

Şimşek, M.K. (2015). Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Depresyon ve Anksiyete Duyarlılığı Arasındaki İlişkinin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi. Yüksek lisans tezi. Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2019). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar.

Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 469–480.

Topçuoğlu, V. (2003). Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik psikiyatri*, 6(1), 46-50

Toprak, T. B. (2018). Dini Obsesyon ve Kompulsiyonların Psikoterapisinde Kuramlar, İmkanlar, Sınırlılıklar . *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi* , 1 (1) , 123-141 .

Veale, D. (2004). Body dysmorphic disorder. *Postgraduate medical journal*, 80(940), 67-71.

Yılmaz, B. (2018). Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Lectio Scientific* , 2 (1) , 21-42.

Yörükoğlu, A. (2007). Gençlik Çağı. Ruh Sağlığı ve Ruhsal sorunlar. İstanbul: Özgür Yayınları.

Yüksel, N. (1994). Ruhsal belirtiler. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.

Zetin M, Kramer MA (1992). Obsessive-compulsive disorder. *Hosp Community Psychiatry*, 43:689-699.