

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OTOJEN VE REAKTİF OBSESİF KOMPUSİF BOZUKLUK
HASTALARINDA NESNE İLİŞKİLERİ, SAVUNMA DÜZENEKLERİ,
MİZAÇ VE KARATER ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ
DR. REFİKA YAMANEL

ANKARA
HAZİRAN 2018

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OTOJEN VE REAKTİF OBSESİF KOMPUSİF BOZUKLUK
HASTALARINDA NESNE İLİŞKİLERİ, SAVUNMA DÜZENEKLERİ,
MİZAÇ VE KARATER ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ
DR. REFİKA YAMANEL

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ASLI KURUOĞLU

ANKARA
HAZİRAN 2018

KABUL ve ONAY

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Refika YAMANEL
Baba Adı	Burhan
Doğum Yeri/Tarihi	Kırıkkale/12.01.1989
Diploma Tarihi / Diploma No	18.07.2013/4988
Mezun Olduğu Fakülte	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Psikiyatri
İhtisas Süresi	Yıl:4 Ay:5
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Otojen ve Reaktif Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Nesne İlişkileri, Mizacı/Koorder Özelliklerinin ve Savunma Düzeneklerinin Karşılaştırılması

JÜRİ KARARI: 28.06.2018 tarihinde yapılan Tez Sınavında yukarıda adı geçen tez başarılı bulunmuştur.

JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Nevzat Yücel
BAŞKAN

ÜYE

Prof. Dr. Mustafa
ERSENER ÖZGEN

ÜYE

Prof. Dr. Mustafa
ERSENER ÖZGEN

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu'na, eğitim hayatımın yanında tez sürecimde de destek ve önerileriyle her zaman yanımda olan Prof. Dr. Selçuk Candansayar ve Prof. Dr. Filiz Karadağ'a, eğitimim sürecince bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum kıymetli hocalarım Prof. Dr. Nevzat Yüksel, Prof. Dr. Zehra Arıkan, Prof. Dr. Mustafa Ender Taner, Prof. Dr. Behçet Coşar, Prof. Dr. Selçuk Aslan'a; Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonum süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Elvan İşeri, Prof. Dr. Yasemen Işık Taner ve Doç. Dr. Esra Güney ve Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünün değerli psikologlarına ve sevgili asistan arkadaşlarıma ve Nöroloji rotasyonum sırasında bilgilerinden yararlandığım tüm hocalarıma;

Asistanlığım süresince beraber çalıştığım, yardımlarını ve arkadaşlıklarını her zaman hissettiğim tüm değerli asistan arkadaşlarıma, özellikle de değerli dostum Dr. A. Merve Atalay Saka'ya,

Yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen sevgili Uzman Klinik Psikologlarımız Çisem Utku ve Tuğba Uyar'a, her zaman çok uyumlu bir işbirliği içinde çalıştığımız kliniğimizin değerli hemşireleri ve tüm tedavi ekibine;

Hayatımın her anında koşulsuz sevgi ve destekleriyle yanımda olan, bugünlere gelmem için benden hiçbir fedakârlığı esirgemeyen canım aileme; anneme, babama, abime;

Kendisini tanıdığım için mutlu olduğum, bu süreçteki destekçim, dostum, yol arkadaşım Dr. Utkan Boran Aşık'a,

Bu çalışmaya katılmayı Kabul eden ve kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarımın teşekkür ederim.

Dr. Refika YAMANEL

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLOLAR DİZİNİ	v
KISALTMALAR VE SİMGELER	vi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Obsesif -Kompulsif Bozukluk.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tarihçe.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji	5
2.1.5. Klinik Özellikler.....	18
2.1.6. Otojen ve Reaktif Obsesyon Kavramları.....	20
2.1.7. Tanı.....	26
2.1.8. Eştanı	28
2.1.9. Ayırıcı Tanı	30
2.1.10. Tedavi.....	31
2.2. Nesne İlişkileri Kuramı	33
2.3. Savunma Mekanizmaları	39
2.4. Mizaç ve Karakter	42
3. GEREÇ VE YÖNTEM	48
3.1. Araştırmanın Yeri ve Süresi	48
3.2. Örneklem Grubunun Seçimi.....	48
3.3. Etik Kurul Onayı.....	49
3.4. Araştırmanın Bütçesi.....	49
3.5. Veri Toplama Araçları	49
3.5.1 Sosyodemografik Veri Formu	49
3.5.2 Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği.....	50
(Y-BOCS).....	50
3.5.3 Beck Depresyon Envanteri (BDE)	50
3.5.4. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme	
(SCID- I).....	51

3.5.5. DSM-III-R Eksen II bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-II):	51
3.5.6. Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme Envanteri (BORRTI)	51
3.5.7. Savunma Biçimleri Testi (40 Maddelik Form) (SBT-40)	52
3.5.8. Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI).....	53
3.6. İstatistik Analizler	54
4. BULGULAR	55
4.1. OKB Gruplarına Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikler	55
4.2. OKB Gruplarına Göre Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme Testi (BORRTI) Sonuçlarının Karşılaştırması	58
4.3. OKB Gruplarına Göre Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) Sonuçlarının Karşılaştırması.....	61
4.4. OKB Gruplarına Göre Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) Sonuçlarının Karşılaştırması.....	64
4.5. OKB Gruplarına Göre Korelasyon Analizi Sonuçlarının Karşılaştırması .	67
5. TARTIŞMA.....	80
5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler.....	80
5.2. Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme Testi (BORRTI)	84
5.3. Savunma Biçimleri Testi (SBT-40).....	87
5.4. Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI).....	90
6. SONUÇLAR	94
7. KAYNAKLAR.....	96
8. ÖZET.....	114
9. SUMMARY	116
10. EKLER	118
EK 1 ETİK KURUL ONAYI.....	118
EK 2-YBOCS	120
EK 3-BECK DEPRESYON ENVANTERİ	130
EK 4-BELL NESNE İLİŞKİLERİ VE GERÇEĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	131
EK 5-SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ.....	134
EK 6-MIZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ	139
11. ÖZGEÇMİŞ.....	147

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Otojen ve Reaktif Obsesyonların Farkları	22
Tablo 2. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler	56
Tablo 3. Katılımcılara Ait Hastalık Özellikler	57
Tablo 4. OKB Gruplarına Göre YBOCS ve BDE Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 5. OKB Gruplarına Göre Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme Ölçeği (BORRTI) Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 6. OKB Gruplarının BORRTI T Puanlarına Göre Karşılaştırılması	60
Tablo 7. OKB Gruplarına Göre Savunma Biçimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 8. OKB Gruplarına Göre Mizaç ve Karakter Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 9. Reaktif Grupta Şikâyet süresi, YBOCS, Beck Depresyon Ölçeği ile Uygulanan Diğer Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	68
Tablo 10. Reaktif Grupta Savunma Düzenekleri Ölçek Puanları ile Nesne İlişkiler, Mizaç ve Karakter Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	70
Tablo 11. Reaktif Grupta Nesne İlişkileri ile Mizaç ve Karakter Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	73
Tablo 12. Otojen Grupta Şikâyet süresi, YBOCS, Beck Depresyon Ölçeği ile Uygulanan Diğer Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	75
Tablo 13. Otojen Grupta Savunma Düzenekleri Ölçek Puanları ile Nesne İlişkiler, Mizaç ve Karakter Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	77
Tablo 14. Otojen Grupta Nesne İlişkileri ile Mizaç ve Karakter Ölçek Puanları Arasındaki İlişki	79

KISALTMALAR VE SİMGELER

5-HT: Serotonin

5- HIAA: 5- hidroksi indol asetik asit

AIDS: Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

BDE: Beck Depresyon Envateri

BDNF: Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BORRTI: Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme Ölçeği

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal Ve İstatistiksel El Kitabı

ERP: Maruz Bırakma Ve Cevap Engelleme

ICD: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması

m-CPP: meta-klorofenilpiperazin

OFC: Orbitofrontal korteks

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKKB: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

OKSB: Obsesif-Kompulsif Spektrum Bozuklukları

PANDAS: Streptokok enfeksiyonu ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluk

rTMS: Repetitif Transkranyal Manyetik Stimulasyon

SBT-40: Savunma Biçimleri Testi-40

SCID I: DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme

SCID-II: DSM-IIIR Eksen II bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme

SNRI: Serotonin noradrenalin geri alım inhibitörü

SSRI: Selektif serotonin geri alım inhibitörü

TCA: Trisiklik antidepresan

TCI: Mizaç ve Karakter Envanteri

TPQ: Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği

Y-BOCS: Yale-Brown obsesyon kompulsiyon ölçeği

1. GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), belirgin sıkıntı ve günlük, kişilerarası, mesleki birçok alanda işlevsellik kaybına neden olan yineleyen şiddetli obsesyon ve/veya kompulsiyonlarla karakterize, genellikle değişkenlik göstermekle birlikte sıklıkla çocukluk ve genç erişkinlik döneminde başlayan, vakaların çoğunda kronik seyirli bir ruhsal hastalıktır.

Obsesif kompulsif bozukluk, etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen yapıya sahiptir (1). Şu ana kadar OKB'nin etyolojik, klinik, nörobiyolojik temellerini anlamaya yönelik yapılan çalışmalardan bazı çelişkili sonuçlar elde edilmiş olup heterojen bir doğaya sahip bu hastalığın, homojen özellikli alt tiplerini belirlemeye yönelik çalışmalar giderek artmaktadır. Böylece, hastalığın daha iyi anlaşılması ve daha özgül psikofarmakolojik ve psikoterapötik tedavi seçeneklerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Yeni tedavi seçeneklerinin gelişmesiyle, OKB tedavisinde başarı oranlarının artması hedeflenmektedir.

Hastalığın sınıflandırılmasına yönelik olarak, pek çok çalışmacı değişik yöntemler önermiştir. Obsesif Kompulsif Bozukluğun belirti yapısını tanımlayan çalışma ve sınıflandırmalar başlangıçta kompulsiyonlara dayanılarak yapılmıştır. Yakın zamanda Lee ve Kwon isimli iki çalışmacı, obsesyonları bilişsel gelişim dizgelerini temel alarak *otojen obsesyonlar* ve *reaktif obsesyonlar* olarak iki alt gruba ayırmayı önermiştir (2). Hastalıkla ilgili psikanalitik literatürde tam bir alt grup ayrımı olmayıp daha çok obsesif ve kompulsif bireyler olarak geçtiği görülmektedir. Kompulsif eylem göstermeyen kişilerin, zihni istila eden düşüncelerden kurtulmak amacıyla, düşüncelerden rahatsız olmayan kişilerin ise kompulsiyonlardan kurtulmak için tedaviye başvurduğu bahsedilmektedir (3).

Her ne kadar otojen-reaktif ayrımı bilişsel ve nörobiyolojik temelde bir ayrım olsa da bugün biliyoruz ki; kişilik, karakter, kişilerarası ilişkiler, savunma

düzenekleri, ebeveyn-çocuk ilişkisi, travmatik yaşantılar gibi dinamik alanı işgal eden konular bu sürecin dışında değildir. Psikiyatrik araştırmalar, hastalığın gelişiminde ve seyrinde biyolojik ve genetik faktörlere daha yakın durmasına rağmen, kişiliğin psikopatoloji üzerindeki ifadesi önemli bir etkiye sahip olmaya devam etmektedir. Nörobilim araştırmalarına karşı olan aşırı vurgu, benlik işlevinin potansiyel olarak verimli araştırmalarını yerinden etmektedir. İnsan davranışının hiyerarşik olarak biçimlenmesi, bu örgütlenmenin en üst düzeyini incelemek için kavramsal bir çerçeve sağlar.

Benlik işlevi, şiddetli ve inatçı ruhsal hastalığı olan kişiler için adaptasyon, baş etme ve rehabilitasyon ile ilgili sorunları araştırırken özellikle yararlı bir yapı olabilir. Toplum tedavileri ve rehabilitasyon daha yaygın hale geldikçe, ruhsal hastalığı olan kişilerin yaşamlarını iyileştirme ve kişilik güçlerini ve zayıflıklarını anlama yöntemleri daha uygun hale gelir. Benlik işlevinin örüntüsündeki bireysel farklılıklar, hastalığın seyrini ve psikososyal tedavi ihtiyaçlarını öngörmeye hatırı sayılır bir açıklayıcı güce sahip olabilir (4).

Benliğin yapısı ve işleviyle ilgili zengin bir psikolojik düşünce tarihi vardır. Sentetik inceleme ve kuramsal literatürü takiben, benliğin 12 farklı işlevi tanımlanmış ve klinik görüşme yoluyla bunların değerlendirmelerine yönelik sistematik yöntem sunulmuş, öz-bildirim envanterleri geliştirilmiştir. Bu envanterlerin avantajları arasında; artan güvenilirlik, psikometrik güç ve yöntem kolaylığı, yerleşik normlara göre daha büyük örneklemelerin toplanmasını mümkün kılması bulunmaktadır (4).

Bu çalışmanın amacı, otojen ve reaktif OKB alt grupları arasında benlik işlevleri açısından; nesne ilişkileri, gerçeği değerlendirme, savunma düzenekleri, karakter ve mizaç özellikleri açısından fark olup olmadığını incelemektir. Bilindiği kadarı ile bu konuda yapılan ilk çalışmadır.

Çalışmamızın birincil hipotezi; otojen OKB hastalarının reaktif OKB hastalarına kıyasla daha düşük benlik işlevleri gösterebileceği şeklinde ifade edilebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif -Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), belirgin sıkıntı ve günlük, kişilerarası, mesleki birçok alanda işlevsellik kaybına neden olan tekrarlayan obsesyon ve/veya kompulsiyonlarla karakterize bir ruhsal hastalıktır (APA 2013).

Obsesyon, latince kuşatma anlamına gelen ‘obsidere’ sözcüğünden gelmekte ve hastalar tarafından ‘takıntı, saplantı, evham ya da vesvese’ gibi terimlerle ifade edilmektedir (1,5). Obsesyonlar, egodistonik nitelikte olup bireyin zihninden uzaklaştırmaya çalıştığı fakat aksine ısrarla zihin alanını işgal eden, zorlayıcı, her türlü düşünce, dürtü ya da düşlemdir (5).

Kompulsiyonlar ise genelde obsesyonları etkisizleştirmek için yapılan, istemsiz tekrarlayan davranışsal ya da zihinsel eylemlerdir. Önce obsesyonun doğurduğu sıkıntı hissini azaltmak için yapılırken, sonrasında bu durum denetlenemez bir düzeye ulaşır ve bu tekrarlayan eylemin kendisi artık sıkıntı hissi yaratmaya başlar. Kompulsiyonlar dışarıdan gözlemlenebilen bir davranış ya da dışarıdan gözlemlenemeyen zihinsel bir eylem şeklinde olabilir (6).

2.1.2. Tarihçe

Eski metinlerde obsesyon ve kompulsiyonları düşündüren davranış örneklerine rastlanılmaktadır. 1467’de Alman Heinrich Kramer’in “Malleus Maleficarum” (Cadı Tokmağı) adlı kitabında cadının nasıl çıkarıldığı anlatırken obsesyon ve kompulsiyonlar, şeytanın insanı ele geçirmesi olarak tarif edilmiş, orta çağda bir papazın kilisenin önünden geçerken veya dua ederken şeytanın etkisi ile sürekli dilini çıkardığından ve rahibi dinlemeye çalıştıkça şeytanın onu daha da fazla etkilediğinden bahsedilmektedir (1). 17. yüzyılda, Shakespeare’in yazdığı Macbeth’de, Baron Macbeth ve hırslı bir kadın olan eşi Lady Macbeth, beraber plan yaparak İskoç Kralı Duncan’ı öldürürler. Lady Macbeth, gün

geçtikçe işlediği suçun vicdan azabıyla baş edemez ve her gece uyurgezer halde, ellerinden hayali kan izlerini çıkarmaya çalışır. “Arabistan’ın bütün kokulu sabunları getirilse bu elin kirleri temizlenemez” diyerek devamlı ellerini yıkar, ama kan izlerini bir türlü temizleyemez (7,8).

Ruh sağlığı ve hastalıkları literatürüne bakıldığında ise ilk kez 1838’de, Esquirol, Matmazel F isimli olgusu için “kısmi delilik”, “dürtü monomanisi” tanımını kullanarak istemsiz, önlenemez aktiviteyi tarif etmiş ve OKB ile ilgili yeni bir ufkun açılması sağlanmıştır. 1883 yılında, bu kez Richard Burton, “Melankolinin Anatomisi” adlı eserinde; korkuları nedeniyle, köprü, havuz kenarlarına yaklaşamayan, sessiz bir ortamda da uygunsuz şeyler söyleme korkusu olan bir vaka tanımlamıştır (9). Obsesyon terimi, ilk kez Morel tarafından 1866 yılında kullanılmıştır (1). 1878 yılında nörolog Carl Westpahl, obsesyonları, depresif belirtilerden ayıran ve obsesyon, tik ve epilepsinin arasındaki bağlantıdan ilk kez söz eden hekim olup temel patolojiyi “mental tikler” olarak adlandırmıştır (10). Westpahl, anlamsızlığın hasta tarafından da bilindiğini belirterek bu durumu psikotik düşünceden ayırmıştır (5,11). 1903 yılına gelindiğinde, Pierre Janet’in fobileri, obsesyon ve kompulsiyonları “psikastenî” olarak tanımladığı kuşku hastalığı adını verdiği bu klinik tablo daha sonraları “anankastik nevroz, obsesif kompulsif reaksiyon, obsesif kompulsif nevroz” olarak tanımlanmıştır (6). Aynı yıl içinde, Janet tarafından, ilk çocuk OKB vakasını bildirilmiştir. Freud, obsesyonların saldırgan veya libidinal dürtülerden kaynaklandığını öne sürerken, Anna Freud ise bu dürtülerin, içsel çatışmaya neden olduğunu, benliğin bazı savunma mekanizmaları aracılığı ile bu çatışmadan doğan anksiyeteyi gidermeye çalıştığını ileri sürmüştür (12). 1911’de Paul Eugen Bleuler, OKB’yi şizofreni başlığı altında sınıflandırmıştır.

1980 yılında yayınlanan DSM-III ile OKB, yapılandırılmış bozukluk sınıflandırmalarına dâhil edilmiştir (13). 1987 yılında DSM-III yeniden gözden geçirilmiş ve OKB günlük yaşamı aksatan, en az bir saat süren obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanıp “obsesif kompulsif bozukluk” olarak adlandırılmıştır (14). DSM-IV ile beraber “anksiyete

bozuklukları” alt grubu içerisinde değerlendirilmiş ve OKB terimi kullanıma sunulmuştur. DSM-IV’te tanı için, hekim tarafından, bireyin işlevselliğinin bozulduğu düşüncesine varılması şartı konulmuştur (15). OKB, ICD-10’da anksiyete bozuklukları içinde değil, ”Nevrotik, stresle ilişkili somatoform bozukluklar” içinde yer almıştır (16). OKB’nin çocukluk çağı ruhsal bozuklukları arasında yer alması, Amerika Birleşik Devletleri’nde ilk kez 1968 yılında DSM-II, Avrupa’da ise 1978’de ICD-9 ile olmuştur. DSM-IV-TR’de, “Birey, obsesyon veya kompulsiyonlarının aşırı ya da mantıksız olduğunu bilir” tanı ölçütünün, çocuklar tarafından karşılanamayabileceğini bildirilmiştir (17).

“Obsesif Kompulsif Bozukluk” DSM-5 de, DSM-IV-TR’deki “Anksiyete Bozuklukları” bölümünden çıkartılarak, yeni oluşturulan “Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar” bölümüne eklenmiştir.

2.1.3. Epidemiyoloji

1980 öncesinde yapılan çalışmalar klinik verilere dayandığı için, hastaların pek çoğu durumları katlanılmaz olmadan önce tedavi için başvurmadığından ve belirtilerini sakladığından dolayı OKB nadir görülen hastalıklardan biri olarak kabul edilip; sıklığı % 0,05- 1 düzeylerinde değerlendiriliyordu. 1984’te Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılmış olan ilk toplum örneklemli çalışmaya göre yaşam boyu yaygınlığı % 2,5; altı aylık yaygınlığı % 0,5-2,1 olarak saptanmıştır (18). Çeşitli çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığının %1,9-3,3 arasında olduğu bildirilmiştir (19-22). Ülkemizde ise bu hastalığın yaşam boyu yaygınlığının %2-3,7 oranında olduğu tespit edilmiştir (23, 24).

Fobiler, madde kullanımı ve majör depresyondan sonra OKB en sık görülen dördüncü psikiyatrik bozukluktur (25). Toplumdaki görülme sıklığı, diyabet ve astımın görülme sıklığına yakındır (26). Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre yeti yitimine neden olan en sık 10 tıbbi durum arasında yer alır (27).

Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan çalışma sonuçlarına göre, OKB’nin görülme sıklığı açısından cinsiyetler arasında bir fark göstermediği

bulunmuştur (28). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre ise ülkemizde kadınlarda erkek cinsiyete göre 3 kat daha fazla sıklıkta saptanmıştır (29).

Genellikle genç yaşlarda başlar. Ortalama başlangıç yaşı 18-25 arası olup, çocukluk yaşlarında başlayan OKB vakaları da bildirilmiştir. Bazı yazarlar ise bu hastalığın %80 oranında çocukluk çağında başladığını ileri sürmektedir (30). Çocukluk çağı OKB vakalarına bakıldığında erişkinin aksine erkeklerde 3-4 kat daha fazla bulunmuştur.

Fakat erişkinlerde de hastalığın erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığı görülür (31). Erken yaşta başlayan hastalık grubunda erkek cinsiyetinin, trikotillomani ve tik bozuklukları ile birlikteliğin, ailesel geçişin ve simetri obsesyon ve kompulsiyonunun daha fazla olduğu, tedaviye yanıtın daha kötü olduğu saptanmıştır (32, 33). OKB'nin daha ileri yaşlarda başlayan formları da vardır. Geç başlangıç gösteren hastalarda organik etyolojinin dışlanması gerekir.

2.1.4. Etiyoloji

OKB'nin fizyopatolojisini oluşturan etyolojik süreçler tam olarak bilinmemekte olup günümüzde tek bir neden yerine birçok faktörün ortaklaşa etkisinin olduğuna inanılmaktadır. Etiyolojide rol oynayan önemli faktörler şunlardır:

2.1.4.1. Genetik

OKB ile ilgili genetik araştırmalar denilince aile ve ikiz çalışmaları, segregasyon çalışmaları, bağlantı (linkage) ve moleküler genetik çalışmaları akla gelmektedir (26).

Ailesel geçiş OKB'de 1930'lu yıllarda araştırılmaya başlanmıştır (34). Yapılan iki farklı aile çalışmasında OKB'li çocuk ve ergenlerin birinci derece akrabalarında %20-25 oranında OKB tanısı saptanmıştır. Sonuçların yüksek çıkması örneklemin yaş ortalamasının düşük olmasına bağlanmıştır. Çünkü erken başlangıç daha fazla ailesel yüklülük ile ilişkilendirilmektedir (35, 36). Başka bir

çalışmada ise OKB'li hastaların birinci derece akrabalarında OKB tanısı kontrol grubuna göre ortalama beş kat yüksek saptanmıştır. Ayrıca obsesyonların kompulsiyonlara kıyasla daha fazla ailesel geçiş gösterdiği ve erken başlangıçlı OKB hastalarında da ailesel geçişin daha yüksek olduğu saptanmıştır (37). Yaklaşık olarak obsesyonlar için %33, kompulsiyonlar için %26 civarında genetik geçiş olabileceği bildirilmiştir (38). OKB için eş hastalanma oranının tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerinden çok daha yüksek olduğu bulunmuştur (34).

Segregasyon analizleri ise OKB'nin genetiğinde otozomal bir genin rolünü araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmalar sonucunda OKB ile tik bozukluğu arasında ilişki olduğu saptanmıştır (39). Tik bozukluğu olan OKB'lilerin akrabalarında tik bozukluğu olmayanlar OKB'lilere göre OKB daha sık görülmektedir (40, 41). Buna ek olarak OKB'lilerin akrabalarında anksiyete bozuklukları, Tourette sendromu, trikotillomaninin de görülme oranının yüksek olması çok etmenli ve güçlü bir kalıtsal özelliği akla getirmektedir (42, 43). Otozomal dominant ve kadınlarda daha belirgin bir majör gen bölgesinin bu hastalıkta etkili olabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (44).

Ayrıca, glutamat reseptörleri ve beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) ile yapılan çalışmalar da mevcuttur (24).

2.1.4.2. Nöroimmunoloji

Çocukluk çağı OKB olgularının üçte birinde belirtilerin faranjit, impetigo, selülit, üst solunum yolu enfeksiyonu, akut romatizmal ateş, Sydenham koresi gibi bir streptokok enfeksiyonu ile başladığı ve daha sık alevlenme gösterdiği belirtilmektedir. Bir otoimmün hastalık olarak kabul edilen ve A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarından sonra gelişen özellikle koreiform hareket olarak tanımlanan gövdede ve ekstremitelerde, amaçsız, kontrolsüz, hızlı, sıçrayıcı tarzda hareketlerin görüldüğü Sydenham koresi hastalarının dörtte üçünde OKB belirtilerinin görüldüğü ve bu belirtilerin kore belirtilerinden kısa bir süre önce başladığı saptanmıştır. Bu hastalarda OKB belirtilerinin nörolojik belirtilerle paralel düzeldiği izlenmiştir. Otoimmün kaynaklı bu OKB özel alt

grubuyla ilgili olarak PANDAS (Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections) kavramı ortaya konulmuştur (45). PANDAS'lı bir grup hastada yapılan bir çalışmada, OKB belirtilerinin bu çocuklarda diğer çocukluk çağı başlangıçlı OKB'ye göre ortalama 3 yıl daha erken başladığı, belirti alevlenmesinin ani ve dramatik ve A grubu hemolitik streptokok enfeksiyonları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca hiperaktivite, dürtüsellik, dikkat dağınıklığı gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin sıklıkla görüldüğü, dönemsel ve enfeksiyonlarla ilişkili olarak duygusal labilite, seperasyon anksiyetesi, yaş ile uygunsuz davranışlar gibi belirtilerin de olduğu gözlenmiştir (46). Bu enfeksiyonlarda karşı gelişen antikorlar, streptokok ve basal ganglionlardaki proteinlerin yüksek benzerlik göstermesinden dolayı, başta kaudat çekirdek, globus pallidus ve subthalamus olmak üzere basal ganglionlardaki endojen antijenlere bağlanıp nöronlara karşı çapraz reaksiyon göstererek bazal ganglion disfonksiyonuna neden olmaktadır (47). PANDAS için kabul gören diğer bir mekanizma ise moleküler benzerlik ve kalsiyum-kalmodulin'e bağımlı kinaz II aktivitesi yoluyla otoimmün aracılı nöron sinyal iletilsinin bozulmasıdır. Bu yolla, dopamin salınımını tetikleyerek nöropsikiyatrik belirtilere yol açmaktadırlar (48). PANDAS'ın tedavisi ile ilgili olarak, literatürde görüş birliğine varılmış ortak bir tedavi kılavuzu halen mevcut değildir. Snider ve Swedo gibi araştırmacılar streptokok enfeksiyonu kanıtlanmadığı sürece, antibiyotik tedavisi ve profilaksisi önermemektedir (49). Prospektif yapılan bir çalışmada, PANDAS'lı olgularda antibiyotik tedavisinin OKB ve anksiyete belirtilerini ve tikleri 14 gün içinde iyileştirdiği görülmüştür (50).

2.1.4.3. Nöroanatomi ve Nörogörüntüleme

OKB' nin nörolojik temelleri olduğuna dair ilk tanım, ciddi influenza enfeksiyonları sırasında bazal ganglionlarında yapısal hasar oluşan hastalarda görülen kompulsif tarzda motor tikler ve ritüel benzeri davranış paterni sonucunda oluşturulmuştur (51). Bunların birlikte OKB hastalarının belirgin bir kısmında 'silik nörolojik belirtilerin' görülmesi, özellikle bazal ganglionları tutan

Sydenham koresi, bilateral globus pallidus nekrozu, Tourette sendromu gibi hastalıklarla OKB' nin birlikte görülmesi bu bölgedeki bir patolojinin OKB gelişiminde etkili olabileceğini göstermektedir (52). Bazal ganglionlar, motor davranışların düzenlenmesinin yanı sıra bilişsel işlevlerin yürütülmesinde de önemli rol oynamaktadır. Belirli motor, duyuşsal ya da bilişsel uyarılar, bazal ganglionlarda ya filtre edilir ya da algısal ve davranışsal değışikliklere dönüştürölür. OKB' de, bazal ganglionların, uygun olmayan uyarıları yeterince filtre edememeleri sonucu korteks- kaudat çekirdek- globus pallidus- talamus korteks döngüsü, aşırı bir aktivite kazanmakta ve obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkmaktadır (2).

Bu döngünün bileşenlerinden bir tanesi orbitofrontal korteks (OFC) olup OFC'nin medial bölgesi, özellikle ödöl ve güdülenme olmak üzere motivasyonel değeriendirme, uyarana uygun yanıtın öğrenilmesinde önemlidir. Duygulanımın düzenlenmesinden sorumlu paralimbik, limbik ve diensefalik yapılarla (insular korteks, amigdala ve hipotalamus) doğrudan bağlantılıdır. Lateral orbitofrontal korteks ise davranış inhibisyonu, yanıtlardan birinin seçimi ile ilişkilidir (53). OFC, uyarının emosyonel önemini kaydeden belleğe sahip olup çevrede olanların doğru gidip gitmediğini algılar, örneğin yakında kirli ya da mide bulandırıcı birşeyin varlığını saptar, bu bilgiyi striatum yoluyla talamus'a iletir (54). Talamus, sinyalin diğeri beyin bölgelerine yayılımını sağlar ve ilişkili bilgilerin talamusa geri dönüşünü düzenler. Nukleus kaudatus, OFC ile talamus arasında uzanır ve ikisi arasındaki sinyal iletimini devreler oluşturarak gerçekleştirir. Böylece kontaminasyon, başkalarına zarar verme, kontrol etme ihtiyacı gibi karmaşık düşünce ve davranışları düzenleyebilir. Kaudat çekirdeği aslında bir "dur işareti" gibi çalışır ve beynin gereksiz endişeler için çalışmasını engeller. OKB'de kaudat çekirdeğin, yani durdurucu noktanın, hasara uğramış olduğı ve görevini yerine getiremediğı düşünölmektedir. Böylece talamus aşırı uyarılmakta, sinyal ileti devresi sürekli kendini tekrarlamaya başlamaktadır. Sonunda, herhangi bir dış uyarı olmadan aktivasyon oluşmakta ve bunun sonucunda da OKB belirtileri oluşmaktadır (55).

Tedaviye dirençli OKB hastalarında stereotaksik cerrahi ile limbik l kotomi ve singulotomi operasyonlarında frontal korteks ile bazal gangliyonlar arasındaki ilişki kesilmektedir ve anterior singulotomi uygulanması sonucu belirtilerinde düzelme olması da bazal gangliyonların, OKB etyopatogenezindeki önemini desteklemektedir.

Literatürde yapılmış birçok n r g r nt leme çalışmalarında, OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre, prefrontal korteks, singulat korteks, talamus, kaudat nükleus, putamen ve globus pallidusun ön plana çıktığı yapısal farklar ortaya konulmuştur (56, 57).

2.1.4.4. Nörotransmitterlerin Rolü

2.1.4.4.1. Serotonin

Serotonerjik nöronlar, nöronal yapıda koordine edici ve düzenleyici rol oynarlar. Serotonerjik nöronlar, cevap verme latansını (d rt selliliği), sosyal davranışları düzenler ve duygudurum ve benlik saygısını dengede tutarlar. Prefrontal kortekste serotonerjik aktivitenin azalması; artmış huzursuzluk, dalgalı duygudurum, stresle başa çıkma yetisinde azalma, heyecan arama-risk alma davranışı ve kendine ve dışarıya yönelik öfkeyle ilişkili bulunmuştur (58).

OKB'nin etyolojisinde serotoninin rolünün olduğu hipotezi, serotonin geri alımını inhibe eden antidepresan, klomipraminin belirgin antiobsesyonel etkinliklerinin görülmesiyle ortaya atılmıştır (59, 60). Daha sonra yapılan çalışmalarda OKB tedavisinde klomipraminin desimipramin ve amitriptiline üstünlüğünün gösterilmesi bu hipotezi güçlendirmiştir (41). Günümüzde klomipramin altın standart olmak üzere, seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) OKB tedavisinde en etkili ilaçlar olarak kabul edilmesi yine bu serotonin hipotezini desteklemektedir (61). Bir  alışmada BOS'da serotonin metaboliti olan 5-HIAA düzeyi ile klomipramine yanıt arasında güçlü bir ilişki gösterilmiş ve BOS 5-HIAA düzeyi yüksek olanların tedaviye daha iyi yanıt verdikleri g r lm ştir (62). Ayrıca serotonin reseptör agonistleri olan sumatriptan ve meta-

klorofenilpiperazinin (m-CPP) OKB hastalarında belirtileri alevlendirmesi yine serotonin hipotezi ile uyumludur (63).

OKB'de serotoninin rolü karmaşıktır ve yalnızca serotonerjik sistemin hipoaktivitesi veya hiperaktivitesinden söz etmek yanı sıra neden olacaktır. Ayrıca serotonerjik disregülasyon, tek başına OKB'nin tüm nörokimyasını açıklamaya yetmemekte ve bu durumda serotonerjik sistemin diğer işlevi bozulmuş nörotransmitter sistemlerini organize etmesi veya kompanse etmesi de ihtimaller arasındadır (52).

2.1.4.4.2. Dopamin

Bazal ganglion bozukluklarında ve yüksek doz psikostimülan alımı sonrasında obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkması ve antidopaminerjik ilaçlarla bu belirtilerin düzelmesi OKB patogeneğinde dopaminin rolü olduğunu düşündürmektedir. Psikostimülana bağlı olgularda, obsesif kompulsif davranışlarla ilgili ruhsal gerginlik görülmemektedir. Bu da yineleyici düşünce ve davranışların aşırı dopaminerjik aktivasyona bağlı fakat egodistonisite için serotonin işlev bozukluğunun daha önemli olduğunu ileri sürmektedir (64). Obsesif kompulsif bozuklukta birincil serotonin azlığında, normal dopaminerjik aktivitenin baskılanamaması sonucu oluşan görece dopamin yüksekliği ile sabit hareket örüntüsü uygunsuz biçimde artmakta ve obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıkmaktadır (65). Dopamin antagonisti ajanların OKB'nin tedavisinde SSRI'lara yardımcı olarak kullanılabilmeleri ve Tourette bozukluğunun birlikte sık görülmesi de OKB'de dopamin hipotezini destekleyen bulgulardır (52). Antipsikotiklerin bu etkisi alışılmış dozlardan daha düşük dozlarda kullanıldığı zaman ortaya çıkmaktadır. Bunun nedeni olarak ise, presinaptik reseptörleri bloke etmek yoluyla dopaminerjik aktiviteyi arttırmaları olduğu kabul edilmektedir (66). Buradan anlaşılabileceği üzere OKB'de "serotonin-dopamin hipotezi" ortaya atılmıştır. Bu hipotezde, OKB'nin bazı formlarında serotonin-dopamin dengesinin bozulduğu düşünülmektedir. Striatum ve korteksteki dopaminerjik nöronlar üzerinde bulunan postsinaptik 5-HT₂ reseptörlerinin serotonerjik nöronlarca

uyarılması dopamin seviyelerinin azalması ile sonuçlanır. Aksine 5-HT1A agonistleri ve 5-HT2 antagonistleri serotonin seviyesini azaltarak, dopamin sistemi üzerindeki inhibisyonu azaltırlar (52). Genel olarak dopaminin prefrontal korteks ile amigdala arasındaki bağlantıyı düzenlemedeki etkinliğinin obsesif kompulsif belirtilere aracılık ettiği söylenmektedir (67).

2.1.4.4.3. Glutamat

OKB'de serotonin ve glutamat etkileşiminin normal olmadığı hipotezi ilk kez 1998 yılında öne sürülmüştür. Kortikostriatal glutamatın, kaudat nukleusta serotonin salınımını azalttığı ve serotonerjik nöronların da glutamaterjik salınımda rol oynadığı, karşılıklı etkileşimde olduğu düşünülmektedir (68). Glutamaterjik uyarımın artırıldığı hayvan çalışmalarında OKB benzeri davranışlar ortaya çıkmıştır. Manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) ile yapılan çalışmalarda ise striatal glutamat konsantrasyonunun arttığı ve serotonerjik ilaçlarla bu artışın normale döndüğü gözlenmiştir (69).

İnternal kapsülün ön boynuzu, orbitofrontal korteksten kaudat nukleusa glutamaterjik projeksiyon alanı olup buraya yapılan lezyon sonrasında, tedaviye dirençli OKB olgularında iyileşme gözlenmiştir. Bu sebeple orbitofrontal kortekste serotonerjik otoresptör duyarsızlaşması için uzun süre gerektiğinden, doğrudan bu alanlarda antiglutamaterjik etkili bir ilacın hızlı yanıt ortaya koyabileceği ön görülmektedir (68).

2.1.4.5 Psikososyal Kuramlar

2.1.4.5.1 Psikodinamik Kuram

Geleneksel psikanalitik bakış açısına göre OKB, altbenliğin libidinal ve saldırgan dürtülerine karşılık benlik ve üstbenliğin çatışmaları ile karakterize olan nevrotik bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. Bütün psikonevrozlarda ego kontrolü görece yetersizleşmiştir. Kompülsiyon ve obsesyonlarda ego yönetimi olgusu değişmemiş ancak ego bu yönetici gücü kullanmakta kendini serbest hissetmemektedir (70). Bu bakış açısına göre obsesyon durumunda, benlik bir

tarafından altbenliğin zorlayıcı ve kabul edilemez saldırgan ve libidinal dürtüleri ile diğer taraftan ise üstbenliğin aşıkâr ahlaki yönergeleri ile mücadele etme süreci içindedir. Altbenlik, benlik, üstbenlikten oluşan ruhsal aygıt ve bileşenleri arasındaki çatışma OKB’li olmayan bireylerde de gözlemlenebilir. Ancak, OKB’liler ile OKB’si olmayanlar arasındaki fark, egonun çelişkili yönleri dengeleme kapasitesi ile açıklanabilir (71).

OKB’nin tarihsel sürecine bakıldığında, Janet ve Freud’un ortaya koyduğu kavramların önemi göz ardı edilemez. Janet, 1903 yılında obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkışında mükemmeliyetçilik, kararsızlık ve duyguları ifade etmede kontrollü olma gibi kişilik özelliklerinin önemli olduğunu ifade etmiştir. Janet ayrıca kaygının OKB belirtilerine ikincil bir durum olarak oluştuğundan ve belirtilerin ruhsal bir zayıflıkla açıklanabilirliğinden söz etmektedir (72). Freud ise 1909’da “sıçan adam” diye adlandırdığı bir vakadan yola çıkarak obsesif kompulsif nöroz kavramını açıklamıştır. Freud bu vakada, babaya karşı yöneltilmiş olan sevgi ve nefret şeklindeki çiftdeğerli duygular arasındaki çatışmanın bireyin kendisi için önemli diğer kişilerle olan ilişkisinde de ortaya çıkmasından ve nefretin güçlü bir şekilde bastırılıp sevgi olarak yansımından bahsetmektedir. Freud, bu vakasından hareketle obsesif kompulsif belirtilerin benlik ve üstbenlik arasındaki çatışmanın ve benliğin cezalandırılma korkusunun sonucu olarak ortaya çıktığına vurgu yapmaktadır (12). Obsesif kompulsif nevroz histeride olduğu gibi ödipal istekler sonucunda ortaya çıkar. Obsesif kompulsif hastanın, ödipal çatışmaları ile baş edemediği, kaygı duyduğu ve histeriden farklı olarak bir önceki psikoseksüel gelişim basamağına (anal sadistik döneme) gerilediği kabul edilir (73). OKB’de savunma önce fallik ödipus karmaşasına yöneltilmiş sonra onun yerini anal sadizm almıştır; daha sonra savunma anal dürtülere karşı devam etmektedir (70). Yani bir başka deyişle, gerileme ile libidonun genital organizasyonu terk edilmiş; sadizm ve anal erotizm genital cinsel dürtünün yerini almıştır. Fallik dönemde sevgi ve düşmanlık duyguları uygun bir biçimde kaynaştırılmış iken anal sadistik evrede libidinal dürtü nesnesine karşı sevgi ve nefret birlikte hissedilerek çiftdeğerlilik oluşturulur ve bu

dürtüler ile de savaşılmaktadır (74). Ayrıca anal dönemdeki temel tutma-bırakma davranış biçimi de çiftdeğerlilik gelişiminde rol oynar (66). Sadistik eğilimler-anal erotik dürtüler veya bunlara karşı savunmalar bu hastalığın değişmez bulgularıdır. Tanımlayıcı yaklaşımda obsesyon ve kompulsiyonların bir kısmı bilinçdışı dürtülerin gizlenmiş ve çarpıtılmış ikameleri; bir kısmı üstbenliğin tehditleri; bir kısmı ise bu ikisi arasındaki çatışma olarak ifade edilir (70). Anksiyete bozukluklarında olduğu gibi benlik kontrolü, kısmen yetersiz hale gelir ve gerileme aynı zamanda üstbenliği de etkileyerek onu daha katı ve daha ilkel hale getirir. Düşüncede oluşan gerileme ise çocuklarda olduğu gibi büyüsel düşüncenin egemen olmasına neden olur. Hasta, eylem olmaksızın sadece düşünceyle veya sözcüklerle gerçeğin değişeceğini düşünür (75). Bu dönemin önemli bir diğer özelliği de biseksüalitedir. Biseksüalite, çiftdeğerliliği de beraberinde getirir.

Freud, OKB'li bireyin iç örgütlenmesinin gelişimin anal-sadistik dönemindeki bir çocuğunkine benzediğini bildirmiştir (70). Psikanalitik kurama göre bu dönem, 1 ile 3 yaşları arasındaki evre olup anal ve üretral bölgelerin haz bölgeleri olduğu saptanmıştır (6). Çocukluktaki tuvalet eğitimi, ego ve içgüdüsel dürtüler arasındaki ilişkinin gelişmesi için çok önemli olup çevrenin dikkate alınması sonucu içgüdüsel doyumdan vazgeçmeyi öğrenip öğrenemeyeceği ilk durumdur (70). Bu eğitim sırasındaki çatışmalar sonrasında oluşan anal dönem özellikleri; dağınıklık, çiftdeğerlilik içeren davranışlar, büyüsel düşünce, inatçılık, meraktır. Çiftdeğerlilik, eyleme geçme sırasında kendini kararsızlık şeklinde göstermektedir (6). İnatçılık ise eylemin olanaksız kabul edildiği ortamlarda pasif tipte bir saldırganlık olup çocuk ilk kez tuvalet eğitimi sırasında sfinkterlerini sıkarak bakım verene karşı gelebildiğini görür (70). Abraham'a göre çocuğun inatçılığı, ailenin çocuklarına düzeni, temizliği öğretme sırasında baskıya dönüşmekte ve bu durum anal karakterin ortaya çıkışında önemli yer tutmaktadır. Burdaki çatışmaların çözüm şekilleri ise OKB'nin temel belirleyicisi olarak görülmektedir (6). Anal dönemde, çocuğun merakından dolayı çok soru sormasını, inatçılığını, çiftdeğerlilik içeren davranışlarını engellemek; bu döneme

saplanmanın önemli bir nedeni olabilmekte ve bu dönemde koyulan kurallarda ölçünün kaçırılması, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkilemekte, özerklik duygusunu zedeleyebilmektedir (76). Tuvalet eğitimi sırasında suçlayıcı, cezalandırıcı, katı anne figürü ve uymak zorunda bırakıldığı kurallar ve yasaklar suçluluk duygusu, itaat ve öfke gibi duyguların ve çatışmanın başlangıcıdır (12).

OKB’de saldırgan ve libidinal dürtülerle baş edebilmek için temel olarak yalıtma, yapma-bozma ve karşıt tepki kurma savunma mekanizmaları kullanılır. Yalıtma ile dürtünün duygusal bileşiminden ayrılması ve sadece düşünce içeriği ile bilinç düzeyinde tutulması söz konusudur. Yapma-bozma ise gerçekten yapılmış veya yapıldığı düşünülen bir eylemin, doğuracağı kötü sonuçları önlemek için tam tersi eylemle ortadan kaldırılmasıdır. Kompulsif davranış ile, ilk eylemin iptal edilmesi ve kişinin benliği tehdit eden, korkutucu obsesif düşüncelerden kurtulması söz konusudur (77). Karşıt tepki kurma ise kişinin dürtülerinin tam tersi davranış örüntüleri geliştirmesidir. Kirlilik dürtülerine karşı bilinçdışında bu dürtüler devam ederken bilinç düzeyinde kişinin aşırı temiz olmaya yönelmesi, kirlenme obsesyonları sonucunda gelişen temizlenmeye yönelik kompulsif eylemler şeklinde ortaya çıkabilmektedir (70).

Freud’dan sonraki dönemde OKB ile ilgili psikanalitik çalışmalar onun görüşlerinin bir miktar genişletilmesinden öteye gitmemiştir. Anna Freud, karşıt tepki oluşturma benzeri özgül savunmaların bu hastalığı, tekrarlayıcı davranışlar gösteren diğer bozukluklardan ayırt ettiğini savunur. Ayrıca Anna Freud, nesne ilişkilerindeki başarısızlık ile anal özelliklerin artışı arasında bir ilişki olduğunu ileri sürmüştür (78). Leib, OKB hastalarının analizinde anne çocuk ilişkisinin önemli olduğunu ve çoğunda tümgüçlü, despot ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilmiş anne tasarımları ile kurulan ilişkinin hastalık gelişiminde rol oynadığını göstermiştir (79).

Klein, obsesyonları içsel iyi nesnenin zarar görmesi düşüncesine karşı ortaya çıkarılan savunmalar olarak kabul etmekte ve obsesif belirtileri bir tamir gayreti olarak görmektedir. Çocuk sevdiği nesneyi tahrip ettiğinden dolayı

tasalanmakta ve onu tamiri imkânsız olacak şekilde bozmamak için kontrol etmektedir (12).

Salzman, OKB’li hastanın kontrol ihtiyacı ile her türlü psikoterapiyi "halat çekme oyununa" benzer bir yarışa dönüştürebileceğini ve böylece ilaç tedavisi veya davranışçı tedavilerin devam etmesinde zorluk yaşanabileceğini belirtmektedir. Öfkeden ziyade, onur kaybı, utanç, zayıflık ve yetersizlik duygularının ortaya çıkışını engelleme çabası olarak değerlendirilmiştir (80).

Mallinger’a göre, OKB’li birey, eleştiren ve cezalandıran diğerlerinin olumsuz özelliklerinin bir yansımasını içermekte, bu nedenle tüm bunlar "kontrol etme ve bağımsızlık" düşüncelerine sıkça sebep olmaktadır (81).

OKB gelişiminde tuvalet eğitiminin önemli rolü olduğu düşüncesi zaman içinde sorgulanmaya ve kabul görmemeye başlamıştır. Judd, OKB ile ilgili özellikleri gösteren çocuk hastalarının bir tanesinin bile tuvalet eğitiminde sorun ve sıkıntı yaşadığını gözlemlemediğini söylemektedir (82).

Son dönemde Freudyen yaklaşımları benimseyenler, anal karakteristik özellikler yerine suçluluk duygusunun yerini aldığı asabi bir karşı çıkmanın altı çizilmektedir. OKB’li birey, anal dönem yerine kendi kontrolündeki engellenmeyle savaşılmaktadır. Kontrol etme davranışı, çocuğa bireysel karar verme yeteneğini kullanabildiğini hissetmesini sağlayan bir çıkış kapısı olarak değerlendirilebilir (70).

2.1.4.5.2.Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Miller ve Dollard tarafından obsesif-kompulsif belirtiler ile ilişkilendirilen Mowrer’in iki aşamalı kaçınmayı öğrenme kuramı, OKB’de ağırlıklı olarak öne sürülen davranışsal öğrenme kuramıdır. Bu kurama göre ilk aşamada, klasik koşullanma yoluyla nötral uyaranların korkutucu düşünce veya deneyimlerle eşleştirilmesi sonucunda kişide nötral uyaran ile de kaygı başlamaktadır. Örneğin kapı kollarına dokunma ya da el sıkışma gibi eylemler "korkutucu" kirlenme düşüncesiyle bağdaştırılmaktadır. İkinci aşamada ise, bu yeni edinilmiş kaygı

edimsel koşullanma vasıtasıyla sürdürülür. Bu ilişkinin bir kez kurulmasının ardından her el sıkıştığında veya kapı koluna her dokunduğunda oluşan rahatsızlığın giderilmesi için yapılan el yıkama kompulsiyonunun kişiyi rahatlattığının fark edilmesi sonucu kişi bu tutumunu defalarca tekrarlamayı göze almaktadır. Kaygıyı azalttığı için, kaçınma tepkisi olan yıkama davranışı pekiştirilmiştir (83). Tetikleyici uyaran ile her karşılaşmada artan kaygı, tekrarlayan hareket ile azalmakta bu da kompulsif davranışın negatif şekilde pekiştirilerek tamamen ortadan kalkmasına engel olmaktadır (84).

Carr, obsesif-kompulsif bozuklukta bilişsel yaklaşımı ortaya atan ilk kişi olup, aşırı abartılmış tehlike oluşturan düşüncelerin varlığından bahseder ve kompulsiyonların bir kontrol mekanizması görevi gördüğünü öne sürer. Yani bu düşüncelerin neden olduğu kaygı ve olacağı düşünülen istenmeyen duruma engel olmak için ritüelistik davranışlar ortaya çıkar (85, 86) Bu görüşe göre obsesif kompulsif belirtilerin oluşumu ve sürdürülmesi bilgiyi işleme tarzıyla ilgili görülmektedir. OKB hastaları sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, OKB'lilerin bilgiyi işleme biçimlerinin belirgin bir şekilde işlevsiz olduğu görülmüştür (87). Bilişsel kurama göre obsesyonların altında bir takım aşırı kötüye yorulan düşünceler var olmakta ve bunlar obsesif düşüncenin kaygıya yol açmasına neden olmaktadır (87, 88).

Carr, kişilerin obsesyonları ortaya çıkaran tehdit algısına (tetikleyici) yaptıkları yorumların, gerçek dışı olduğundan bahsetmiş ve OKB'li kişilerin, olası olumsuz sonuçlarla karşılaşması ya da bunun ihtimali sonucunda ödenecek bedellerle ilgili yanlış yorumlamalara yol açan abartılmış tehdit algısına sahip olduklarını iddia etmiştir (85, 89). Bu “abartılmış sorumluluk algısı” OKB'yi anlamada kritik bir öneme sahip “değerlendirme süreci”nin (appraisal process) temeli kabul edilmektedir (90). İntruzif düşüncelerle bağlantılı olduğu düşünülen tehdit algısı OKB ve Yaygın Anksiyete Bozukluğunun ortak içeriği olup ancak OKB'de intruzif düşüncelerin varlığını kişi kendisini veya diğer insanları hedef alan bir tehdit olarak algılamakta, daha önceki deneyimleri neticesinde bununla ilgili varsayımlar geliştirerek bu olası tehditi engellemeye ilişkin bireysel bir

sorumluluk algısı hissetmektedir (91). Bu durum kişinin intruzif düşüncelere ve tetikleyen çevresel etmenlere dikkatinin yoğunlaşmasına neden olabilmektedir. Sonuçta kişi kompulsiyon ve bastırma gibi etkisizleştirme davranışları, kaçınma gibi güvenlik davranışları sergileyerek kaygı ve sorumluluğu azaltmaya çalışmaktadır (90). Süregelen huzursuzluk ve etkisizleştirme çabası, normal intruzif düşünce ile obsesyonel intruzif düşünceyi birbirinden ayırır. Salkovskis, etkisizleştirmeyi bir çeşit güvenlik arama davranışı (safety seeking behavior) olarak tanımlamaktadır. Etkisizleştirme davranışları, kaygıyı azaltmaları ve kısa süreli etkilerinden dolayı kuvvetlenmiş olmaları nedeniyle kompulsif davranışlar ile benzerlik gösterse de tüm etkisizleştirme davranışları kompulsif nitelik taşımazlar (92, 93). Etkisizleştirme davranışı, basmakalıp olmayışı, uygulamaya yönelik kompulsif bir dürtünün olmayışı ve tekrar edici niteliğinin olmayışı ile kompulsiyonlarda ayrılır. Ayrıca kişi bu davranışları istemli bir şekilde yapar ve bunlar kompulsiyonlardan ziyade bir çeşit taktik olarak değerlendirilebilirler (93). OKB’li kişilerde intruzif düşüncenin varlığı sorumlulukla ilgili yorumu tetiklemekte ve OKB’li kişi istenmeyen, zarar verici içerikte bir eylemi düşünmesinin onun gerçekleşme olasılığını artıracağına, obsesif içerikteki düşünceye sahip olmak ile o düşünceyi gerçekleştirmenin aynı anlama geldiğine inanmaktadır (94). Bu düşünce-eylem füzyonu “thought action fusion” olarak kavramsallaştırılmıştır (95). Bu kuram düşünce olay kaynaşması “thought event fusion” (örneğin; sapık düşüncelerimin olması benim sapık olduğum anlamını taşır), düşünce nesne kaynaşması “thought object fusion” (olumsuz düşüncelerim nesneleri etkiler) ile geliştirilir. Bütününde bilişsel davranışçı model bilişsel bileşenlerin anlamını (bilgi işleme, değerlendirme, inanma), aynı zamanda öğrenme deneyimlerini (örneğin; rahatsız edici hisleri ritüellerle azaltmak), rahatsızlığı oluşturan veya sürdüren faktörler olarak incelemektedir (96).

2.1.5. Klinik Özellikler

OKB kliniğinde ana belirtilerden biri düşünce içeriğindeki yineleyen obsesyonlardır. Birey, benliğe yabancı olan obsesyonların, mantığına, görüşlerine, inançlarına, ahlak kurallarına aykırı olduğunu bilir ve bu

düşüncelerden kurtulmaya çalışır. Duygularında, davranışlarında yaşadığı tereddütler, obsesif düşünceler ve törensel-ritüelistik davranışlar, bireylerin günlük etkinliklerini yerine getirirken zaman kaybına neden olabilmekte, tamamlanmasını geciktirmekte ve bu durum “obsesyonel yavaşlık” olarak adlandırılmaktadır. (97). OKB hastalarının yaklaşık %75’inde obsesyonlar ve kompulsiyonlar birlikte gözlemlenirken sadece obsesyonlar (%9-29) ya da sadece kompulsiyonlarla (%11-31) da seyredebilmektedir (98-100).

Hastalarda yaklaşık %33-60 oranında birden fazla obsesyon ve %38-48 arasında değişen oranlarda birden fazla kompulsiyon bir arada bulunmaktadır (100, 101). Obsesyonlar ve kompulsiyonların klinik görünüşleri çok çeşitli olabilir.

Bulaşma (kontaminasyon) obsesyonları, en sık görülen obsesyon türü olup hastaların yaklaşık %45-55’inde görülmektedir. Kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, feçes vb. tiksindirici şeylerin bulaşacağı düşüncesi ile kişide kaygı, korku ve utanç duygusu sıklıkla yaşanabilmektedir. Bu obsesyonlara karşı sık ve tekrarlayıcı el yıkamalar, uzun süreli banyo yapma, eşyaları aşırı temizleme gibi temizleme kompulsiyonları ya da kaçınma davranışları ortaya çıkmaktadır (102-104). İkinci en sık görülen obsesyon türü kuşku obsesyonlarıdır. Bir eylemin yapılıp yapılmadığından emin olamama durumudur. Kişilerin, kendini suçlayıcı düşünceleri olup obsesyonları genellikle bir tehlikeyi işaret ettiği için, güvenliği sağlamakla ilgili olarak kontrol etme kompulsiyonları oluşur (102, 105). Saldırganlık obsesyonlarının yaygınlığı %10-20 arasında olup kişinin kendine veya çevresindeki başka birine zarar verme, öldürme ve şiddet içeren korkutucu imgeler, utanılacak bir şeyi yapmaktan korkma, dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar vermekten korkma ile ilgili obsesyonlardır (106).

Cinsel obsesyonların görülme sıklığı %13-26 arasındadır. Herhangi biri ile ilgili istenmeyen cinsel düşüncelere sahip olma, çocukları içeren cinsel düşünceler, eşcinsellik ile ilgili cinsel düşüncelerin olduğu obsesyonlardır (104). Dini obsesyonların görülme sıklığı %11-42 arasında değişmektedir. İnancına

aykırı düşüncelere sahip olmaktan endişe duyma, dini değerlere küfür etme ve bundan dolayı ceza almaktan korkma gibi durumları içeren obsesyonlardır (103). Dini, cinsel ve saldırganlık obsesyonlarında ortak noktalardan biri kompulsiyon yoktur. Bazen kendisini polise ihbar etmek gibi davranışlarda bulunabilirler, ancak bunu kompulsif olarak tekrarlamadıkları için kompulsiyon olarak kabul edilmez. Somatik obsesyonlar da kişilerin kanser, AIDS gibi tedavisi zor olan bir hastalığa yakalanma korkusu şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu tür obsesyonlara karşı hastalıkla ilgili olduğu düşünülen beden bölümünün kontrolü, onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar geliştirirler (107). Nesnelerin tam istedikleri düzende, mükemmel veya tam bir simetrisi olması gerektiğini düşündükleri simetri, düzen obsesyonları, diğerlerinden farklı olarak egodistonik olarak yaşantılamazlar. İstedikleri düzeni sağlayamadıkları zaman anksiyeteden aşırı rahatsız olurlar. Büyüsel düşüncesi ön planda olan hastalar ise hayali bir tehlikeyi önlemek amacıyla düzene ihtiyaç duydukları için yapma-bozma ve sayma ritüellerini kullanırlar (108).

2.1.6. Otojen ve Reaktif Obsesyon Kavramları

Obsesif Kompulsif Bozukluk etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen doğaya sahip bir klinik tablodur (109). Bu nedenle günümüzde bozukluğun çeşitli özelliklerinin gruplaştığı daha homojen özelliklere sahip alt tiplerini tanımlamaya yönelik çalışmalarda gözle görülür bir artış bulunmaktadır. OKB hastalarının homojen alt tiplerinin belirlenmesi bu hastalardaki psikopatolojik mekanizmaları anlamak, tedaviye yanıt farklılıkları arasındaki farkları anlayabilmek ve yeni tedavi yöntemleri geliştirmek açısından önem arz etmektedir. (110). OKB alt tipleri semptomatoloji, nörobiyoloji, ailesel ilişkiler ve tedaviye yanıtla yakından ilişkilidir. OKB'nin fenotiplerini belirlemek, genetik yatkınlığı saptamak ve belirti boyutları kullanılarak fenotiple genetik bağlantı ilişkisini saptamak açısından yararlı bir yaklaşımdır; ancak OKB heterojenitesi gen lokasyon tekniğini zorlaştıran etmen olarak karşımıza çıkmaktadır (109, 110). Alt tiplere ayırma çalışmaları arasında en sık kullanılan uygulamalardan biri zengin dağılıma sahip belirtilerin yapısal

farklılıklarına dayanan ayırımdır. Belirti yapısı ile ilgili alt tiplendirme çalışmaları başlangıçta yalnızca kompulsiyonlara dayanarak yapılmışsa da daha sonra genellikle istatistiksel faktör analizlerine dayanan çalışmalarda ilişkili belirtilerin kümелendiği 3 ile 5 arasında benzer faktör yapısı ile yeni gruplar oluşturulmuştur (111-113):

Kirlenme (bulaş) obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları

Simetri obsesyonları ve sıralama, sayma, tekrar etme kompulsiyonları

Biriktirme obsesyon ve kompulsiyonlar

Dini, cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonları

Saldırganlık obsesyonları, ilgili kompulsiyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları (111-113).

Lee ve Kwon'un 2003 yılında OKB'nin sınıflanması için önerdikleri yeni model bağlamında, obsesyonlar bilişsel gelişim dizgelerine göre "otojen" ve "reaktif" obsesyonlar olarak sınıflandırılmıştır. Bu modelde obsesyonlar; düşünce tetikleyicileri, düşünce karakteristikleri, tehdit odağı, bilişsel değerlendirme ve kompulsif davranışlar arasındaki ilişkiye göre sistematik biçimde ikiye ayrılmaya çalışılmıştır (5).

Otojen obsesyonlar kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyabileceği, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyan daha fazla tekrarlayıcı, daha fazla rahatsız edici özelliktedir. Bu obsesyonlar, açıkça gösterilebilen bir uyarı olmadan veya bazı sembolik tetikleyicilerle ortaya çıkarlar. Saldırganlık, dini ve cinsel temalı obsesyonlar bu grupta yer alır.

Reaktif obsesyonlar ise daha fazla bir dış uyarı tarafından tetiklenme eğiliminde, kişinin daha az saçma bulduğu, daha az saklama gereği duyduğu, diğerlerine oranla daha az rahatsızlık uyandıran türdedir. Kirlenme, kuşku, simetri, biriktirme obsesyonları ise bu grupta yer alırlar (114).

Otojen ve reaktif obsesyonların başlıca farkları **Tablo 1'** de özetlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 1. Otojen ve Reaktif Obsesyonların Farkları

	OTOJEN OBSESYON	REAKTİF OBSESYON
Obsesyonun içeriği	Saldırganlık, cinsel, dini	Bulaş, kuşku, düzen, simetri, somatik
Uyaranın niteliği	Belirsiz-uzak-sembolik (zor tanımlanan)	Belirgin-açık (kolay tanımlanan)
Algılanan tehdit	Düşüncenin kendisi	Dış uyaranlar
Düşünce (obsesyon) formu	Dürtü, imaj	Endişe, kuşku, kesinlik ihtiyacı
Bilişsel değerlendirme odağı	Düşüncenin kendisi	Olumsuz sonuç
Nötralizasyonun amacı	Düşüncenin kendisini uzaklaştırmak	Korkulan olası olumsuz sonucun önüne geçmek
Kompulsiyon	Örtük, mental, garip	Aşikâr
Egodistonisite	Yüksek	Düşük
İçgörü düzeyi	Yüksek	Düşük

Lee ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, reaktif obsesyonu olanlara kıyasla otojen obsesyonu olanların düşüncenin kendisinin oldukça tehlikeli algıladıkları ve daha fazla suçluluk hissine kapıldıkları tespit edilmiştir. Bu hastalar kendi düşüncelerini çok suçlandırıcı, tehlikeli ve kabul edilemez olarak yaşıntıladıklarından dikkatlerini kendi düşünceleri üzerinden başka yerlere çekmeye yönelik kontrol stratejileri kullanmaktadırlar. Bu nedenle otojen

obsesyonlara dışarıdan fark edilmesi zor olan zihinsel ritüeller ya da kaçınma davranışları eşlik etmektedir (5).

Buna karşılık, reaktif obsesyonu olan hastalarda obsesyonun daha çok endişeye yol açtığı, bu olası tehlikeyi önlemek için açık ritüellerin belirgin olduğu, dikkatin daha çok dış uyarana yoğunlaştığı tespit edilmiştir. Bu ritüeller düşüncelerle ilgili durumu düzeltmek ya da düşüncenin gerçekliğini kontrole yönelik olarak yapılmaktadır. Bu da daha çok sorumluluk algısı ile ilişkilidir.

Sonuç olarak obsesyonların önerilen bu iki alt tipinde algılanan tehdit odağı, bireyin bu düşüncelere nasıl karşılık verdiği göre (değerlendirme ve nötralizasyon stratejileri açısından) farklılık göstermektedir. Sonuçta otojen obsesyonların klasik davranışçı tedavilere (maruz bırakma, tepkiye engel olma) iyi yanıt vermediği, ancak bilişsel tedavilere daha iyi yanıt verdiği tahmin edilmektedir (114).

Lee ve arkadaşlarının hipotezine göre reaktif obsesyon endişe ile otojen obsesyon arasında bir yerde bulunmaktadır. Bu görüşü desteklemek için yapılan çalışmada katılımcılara Düşünceyi Test Etme Ölçeği (TES) verilerek primer zihinsel intrüzyonun karakteristiği saptanmıştır. Sonuçta otojen obsesyon endişeye nazaran daha kabul edilemez, daha çok impuls, dürtü, imaj şeklinde olmaya meyilli, düşünce tetikleyicisi daha az tariflebilirken endişe ise olması daha muhtemel, şüphe, kaygı düşünce biçimini almaya eğilimli, tetikleyicisi daha kolay tariflebilmektedir (115).

Literatürde mükemmeliyetçi kişilik özellikleri ve OKB arasındaki ilişkiyi gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Reaktif OKB hastalarının tekrarlayan ritüelistik davranışlarının, algıladıkları potansiyel zararlardan korunmak için çevreyi kontrol etmeye yönelik düzenleme çabaları olduğu düşünülebilir. Reaktif hastaların olası bir güvensiz veya istenmeyen şartta bulunmadıklarından emin olmak için çevreyi düzenleme gayretleri, bu nedenle standartlarının yüksek olması ile paralel olarak reaktif hastaların otojen hastalara göre daha mükemmeliyetçi kişilik özellikleri olabileceğini düşündürmektedir (114).

Bazı çalışmalarda kişilik özelliklerini değerlendirmek için Multidimensional Perfectionism Scale (MPQ) uygulanmıştır. Öngörülen ile uyumlu olarak reaktif obsesyonu olan hastalar bu ölçeğin Kişisel Standartlar ve Yanlış Yapma Kaygısı alt ölçeğinde daha yüksek skorlar almışlarken otojen obsesyonu olan hastalar ise organizasyon alt ölçeğinde belirgin olarak daha yüksek skor almışlardır.

Otojen obsesyonu olanların ise büyüsel düşünce ve olağan olmayan algılar gibi şizotipal kişilik özellikleri ile çok güçlü bir ilişki içinde olduğu öne sürülmektedir. Buna göre otojen grupta, obsesyonel düşünce içeriğini ortaya çıkaran anormal düşünce ile şizotipal düşünce benzerlik göstermekte ve aralarında güçlü bir ilişki görülmektedir. Bu amaçla yapılan bir çalışmada otojen obsesyonların OKB belirtileri, yaygın anksiyete ya da depresyona göre şizotipal kişilik özellikleri ile çok daha güçlü bir ilişkide olduğunu, bunun aksine reaktif obsesyonlar ile şizotipal kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin ihmal edilecek düzeyde olduğu görülmüştür (116).

OKB hastaları, diğer anksiyete bozukluklu hastalarıyla kıyaslandığında şizotipi anketinde belirgin olarak daha yüksek puanlar almıştır. Temel parçaları biliş ve algıda görülen bozulmalar olan şizotipi psikoza nonspesifik bir eğilim ya da nonpsikotik insanlarda psikotik bozuklukların minör klinik görünümüleri olarak kavramsallaştırılabilir. Çeşitli çalışmalar OKB hastalarının yaklaşık yarısında şizotipi özellikleri olduğunu bulmuştur (117, 118). Tüm bunlar OKB hastalarından en azından bir grubunun şizotipi ve şizofreni eksenine uzanan çok boyutlu bir düzlemle ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Exner' in 1993 yılında yaptığı bir çalışmada, aşıkâr kompulsif davranışları olan OKB hastalarının Rorschach testi sonuçlarının, diğer anksiyete bozukluğuna sahip hastalarla çok benzer olduğu bulunmuş. Bir grup OKB hastasının ise ciddi algısal bozulmalar sergilediği ve bu grubun Rorschach testinin psikotik bir hastanın testinden ayırt edilemez olduğu gösterilmiştir (119). Sonuç olarak birçok çalışmada otojen obsesyonu olan hastalarda, reaktif obsesyonlu ya da anksiyete

bozukluğu olanlar ile karşılaştırıldıklarında çok daha ağır düşünce ve algı bozukluğu olduğunu göstermiştir. Reaktif obsesyonlular ve anksiyete bozukluğu olanlar ise uygun düzeyde algısal yeterlilik ve mantıksal düşünce göstermişlerdir (5).

Bu iki ayrımın klinik temelleri de mevcuttur (120). Otojen obsesyonlu grup daha geç hastalık başlangıç yaşı, daha fazla erkek cinsiyet ve daha sık disosiyatif bozukluk tanısı alma eğilimindedir (121). Bir çalışmada reaktif obsesyonu olanların daha fazla kadınlardan oluştuğu, otojen obsesyonlu hastalarının reaktif gruba göre stresör faktörlerle daha fazla tetiklendiği bulunmuştur. Yine aynı çalışmada otojen hastaların tedavisine antipsikotik eklenmesinin daha yaygın olduğu, otojen obsesyonlu hastaların kullandıkları antidepresanlara ilave olarak %60 oranında antipsikotik kullandığı bulunmuştur (122). Bu görünüm Lee ve Telch' in bir çalışmalarında bildirdiği gibi otojen OKB hastalarının daha fazla şizotipi özelliği göstermesi ve otojen obsesyonların zaman zaman sanrı olarak değerlendirilmesiyle ilişkili olabilir (116).

Son yıllarda OKB'nin psikofarmakolojik tedavisi ile ilgili olarak önemli yollar kat edilmesine rağmen, hastaların %40-60'ının tedaviye yeterli derecede yanıt vermediği anlaşılmıştır (123). Erken başlangıç yaşı, şizotipal kişilik özellikleri, iç görü azlığı, hastalık şiddeti, uzun hastalık süresi gibi etmenler ilaç tedavisine olumsuz yanıt ile ilişkilendirilmiştir (124-129). Bu çalışmaların büyük kısmında belirti içerikleri ile tedavi yanıtı ilişkilendirilememiştir. (124, 129, 130, 131).

Beşiroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada otojen ve reaktif obsesyonlara sahip olan hastaların 12 haftalık SSRI tedavisine olan yanıt düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Her iki grup arasında fark yaratan bulgular ise otojen grubun tedavi ile obsesyon şiddetinde ve istenmeyen düşünceleri bastırma eğilimindeki azalma oranının reaktif gruptan anlamlı olarak daha fazla bulunması olmuştur. Reaktif grupta ise kompulsiyon şiddetinde daha fazla azalma saptanmıştır (110).

Çalışmacılar önerilen bu sınıflandırmanın hem farmakoterapi ve hem de psikososyal tedaviye cevabı öngörmede kullanışlı olabileceğini iddia etmektedirler. Bu sınıflandırma obsesyonlara karşı açık kompulsiyonu olmayan obsesif ruminasyonlarla giden hastalarda maruz bırakma ve cevap engelleme (exposure with response prevention, ERP) tekniklerinin niçin başarılı olmadığını açıklamada yardımcı olabilir. ERP'nin genelde yıkama /kontrol etme gibi kompulsiyonu olan belirli OKB tiplerinde başarılı olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle reaktif obsesyonları olan OKB'li hastaların ERP'den çok yarar sağlayacakları varsayılmaktadır. Otojen obsesyonları olan hastalarda ortaya çıkan daha kötü tedavi yanıtının temel nedeni alıştırma için hedef tehditlerin ve cevap engelleme için ise engellenecek hedef davranışları belirlemenin güçlüğüdür. Otojen obsesyonlu hastalarda ise kaydedilen düşüncelerin sürekli olarak odyoteyp ile dinlenilmesi temelinde uygulanan alıştırma tedavisinin daha çok fayda sağlayabileceği ileri sürülmüştür. Bu hastaların olağan olmayan düşünce ve algıları (büyüsel düşünce gibi) hedef alan bilişsel bir yaklaşımdan fayda sağlayabilecekleri belirtilmiştir (110).

Otojen ve reaktif obsesyon ayırımı, bilişsel açıdan farklı bir gelişim dizgesine sahip olmaları, farklı uyaranlarla tetiklenmeleri, farklı içeriklere sahip olmaları, farklı klinik özelliklerle ilişkili olmaları ve farklı başa çıkma tutumlarının kullanılması açısından homojen bir alt tiplendirme fırsatı sunmaktadır.

2.1.7. Tanı

Ruh sağlığı ve hastalıklarında tanı için Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) ile Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması 10. Baskı (ICD-10) tanı sistemleri kullanılmaktadır. Yakın zamana kadar DSM-IV-TR kullanılmaktayken 2013'te DSM-5 yayımlanmış olup Obsesif Kompulsif Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı altına alınıp Anksiyete Bozuklukları'ndan ayrılmış ve sınıflandırılmıştır.

2.1.7.2. Obsesif-Kompulsif Bozukluk İçin DSM-5 Tanı Ölçütleri

DSM-5'e göre OKB tanısı koyabilmek için, obsesyon veya kompulsiyonlardan en az birinin varlığı, bunların günde en az 1 saatten daha fazla kişinin vaktini alması ve belirtilerin işlevselliği bozacak kadar ağır olması gerekmektedir. Obsesyon ve/veya kompulsiyonların, belirtilerin madde-ilaç etkisine veya tıbbi bir hastalığın etkisine bağlı olmaması, bulguların başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaması gerekmektedir.

DSM 5'de içgörü değerlendirmesi zorunlu tutulmakta, olguları içgörü düzeyine göre içgörüsü iyi, içgörüsü kötü ve içgörüsü yok/sanrısalları inancılar olarak gruplandırmaktadır. Ayrıca DSM-5'te kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü olduğu tikle ilişkili bir grupta tanımlanmıştır (132).

OKB, DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında yer almaktadır. Bu gruptaki diğer bozukluklar:

Beden Algısı Bozukluğu (Vücut Dismorfik Bozukluğu),

Biriktiricilik Bozukluğu,

Trikotillomani (Sa Yolma Bozukluğu),

Deri Yolma Bozukluğu,

Maddenin/İlacın Yol Açtığı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk,

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk,

Tanımlanmış Diğer Bir Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk

Tanımlanmamış Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk

2.1.7.2. Obsesif-Kompulsif Bozukluk İçin ICD-10 Tanı Ölçütleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı International Classification of Disease (ICD-10) ruhsal ve davranışsal bozukluk lar sınıflandırmasında, OKB F-42 kodu ile “nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar” başlıkları altında sınıflandırılmıştır.

ICD-10 içindeki tanı ölçütleri ise obsesif belirtiler veya kompulsif davranışların, en az iki hafta (üst üste iki hafta) ile çoğu günler boyunca var olması, kişide sıkıntı kaynağı olması veya gündelik işlevselliği etkilemesi gerektiğini belirtir.

Kişi, obsesif belirtileri, kendi düşünceleri veya dürtüleri olarak algılamalıdır. Bu düşünce veya eylemlerden en az birine karşı koyulmaz direnç olmalıdır. Eylemi gerçekleştirme düşüncesi haz verici değil, gerginlik veya kaygının azaltılmasına yönelik olmalıdır. Düşünceler, imgeler veya dürtüler tekrarlayıcı ve rahatsızlık verici olmalıdır (16).

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

F42.0 Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (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

2.1.8. Eştanı

OKB'de eş tanı görülme oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (87). OKB tanılı kişilerde yürütülen epidemiyolojik çalışmalar göstermektedir ki; hastaların yüzde 90'a yakın bir oranı bir başka bozukluğun da tanı ölçütlerini karşılamaktadır (133).

Anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları, OKB ile en sık eş tanıli görülen bozukluklardır. Yapılan bir çalışmada, OKB ile anksiyete bozukluğu eş tanısı görülme oranı yüzde 75.8 iken duygudurum bozuklukları için bu oran yüzde 63.3 olarak bulunmuştur (133). Literatürdeki bazı çalışmalarda ise duygudurum bozukluklarının eş tanı olarak görülme oranları daha yüksek olarak bulunmuştur (134, 135)

OKB' de eş tanı oranları; %46.5 özgül fobi, %31.7 major depresyon, %13.8 panik bozukluğu, %24.1 alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı %12.2 şizofreni, %1.3 şizofreniform bozukluk, %17.6 diğer ilaç kullanımı ya da bağımlılığı olarak tespit edilmiştir. Depresyon genellikle OKB'ye ikincil olarak gelişmektedir (136).

Eksen II kişilik bozukluklarının da OKB ile sıkça birliktelik gösterdiği izlenmektedir. Bazı yayınlar, çekingen, bağımlı, histrionik ve şizotipal kişilik bozukluklarının OKB'ye eşlik edebileceğini gösteren bulgular içermektedir (137, 138).

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) ve OKB arasındaki ilişkiler uzun zaman boyunca tartışmaların konusu olmuş ancak tutarlı bulgular elde edilememiştir. Bazı araştırmalardan edilen bilgiler ışığında, OKKB'nin, OKB ile ortak bir etiyolojisi olmadığı ve OKB'nin bir önkoşulu olmadığı konusunda birleşilse de bu konuda daha çok araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (87).

OKB ile ilişkili ve ortak bir etiyoloji, nörobiyoloji ve aile geçmişi paylaştığı, tedaviye yanıt oranlarının benzer olduğu öne sürülen psikolojik ve nöropsikiyatrik bozukluklara Obsesif-Kompulsif Spektrum Bozuklukları (OKSB) adı verilmiştir (87). Bu grup içerisinde vücut dismorfik bozukluğu, yeme bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları (trikotillomani, kleptomani vs, tik bozuklukları ve Tourette bozukluğu yer alan bazı bozukluklar olup OKB ile eş tanı ilişkisini araştıran çalışmalar mevcuttur. (87, 139). Özellikle erken başlangıçlı OKB hastalarında tikler ve Tourette sendromu eşlik edebilmektedir (140). OKB ve OKSB arasındaki ilişkiler incelenmeye devam etmektedir.

2.1.9. Ayırıcı Tanı

Çocukluk döneminde gelişimsel olarak döneme özgü ritüelistik davranışlar olabileceği için bunların hastalıktan ayırt edilmesi gerekir. OKB'deki ritüeller çoğunlukla sıkıntı veren, işlevselliği olumsuz etkileyen durumda iken normal ritüeller anksiyeteyi azaltıp, sosyalleşmeyi artırmaktadırlar (17). Obsesyonlar birçok psikiyatrik bozuklukta görülebilirken, kompulsyonlar nadiren görülür. Klinikte obsesyon ile anksiyeteyi ayırmak zor olabilmektedir (66). Depresyonda olumsuz düşüncelerin rüminatif nitelikte görülmesi sık ve huzursuz edici olsa da, gerçek obsesyonda görülen mantıksız, istem dışı, zorlayıcı obsesif düşünce uğraşlarından farklıdır (141). Benzer şekilde beden dismorfik bozukluğunda beden ve görünüşü ile ilgili, yeme bozukluklarında yiyecekler ve kilo ile ilgili, fobilerde korkulan nesne ile ilgili takıntılı düşünceler obsesyon olarak değerlendirilmez (17). Ciddi bir hastalığa yakalanma korkusu tarzında somatik obsesyonların olduğu OKB ile hipokondriyazisi ayırt etmek ise bazen çok zor olabilmektedir. Bu noktada hastanın başka obsesyon ve kompulsyonlarının olması OKB lehine bir bulgu olarak değerlendirilir (66). Hipokondriaziste kişi sürekli ciddi bir hastalığa yakalandığını düşünür ve bunu bulmak için çabalar, OKB'de ise kişi hastalanmaktan ya da hastalık bulaştırmaktan aşırı korkar, hastalık tanısını bulmak yerine hastalanmamak için yaptığı ritüellere aşırı zaman harcar (17).

Yaygın anksiyete bozukluğu'nda da burdaki kaygılar OKB'deki kaygılardan daha gerçekçidir. OKB'de ise panik ataklar obsesyonlara ikincil iken panik bozuklukta yineleyen beklenmedik panik atakların olması gerekir. OKB hastalarının %60'ında panik ataklar görülmektedir (66)

Şizofreninin başlangıç döneminde OKB'dekine benzer belirtiler olabilir. Şizofrenideki kompulsyonlar genelde, acayıptır ve stereotipi şeklinde kendini gösterir, amaçsızdır. Bazı OKB hastaları da seyri, hastalığın kronikleşmesi ve işlevsellik kaybı nedeni ile şizofreniye benzemektedir (141). Ayırıcı tanı sanrı olarak kabul edilmeyen ancak iç gözü içermeyen vakalarda güçleşir.(5, 17, 42). Obsesyonlar egodistonik, dirençli ve şiddetli bunaltı oluştururken sanrılar nispeten

dirençli değildir ve egosintoniktir. Şizofreni hastaları ise genelde obsesyonları ve kompulsiyonları kontrol etmek için çaba göstermezler ve künt bir duygulanımları vardır (141). Otizm spektrum bozukluğundaki tekrarlayıcı davranışlar OKB'den ayırt edilmelidir. Bu davranışlar, anksiyeteyi gidermeye yönelik değildir (5, 17, 42).

Tourette Sendromundaki karmaşık tiklerin belli nesnelere, belli biçimde dokunma gereksinimi, simetri gereksinimi gibi özelliklerinin olması OKB ile ayırıcı tanıda zorluklara yol açar. Tikler, istemli ve amaçlı hareketler olup rahatlama hissi elde edilinceye kadar tekrarlanır (66).

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda obsesyon ya da kompulsiyonlar aşıkardır değildir. Esas sorun oluşturan düzenli olmak, denetim altında tutmak, mükemmeliyetçi olmak üzerine sürekli düşünüp durmadır ve bozukluk genç erişkinlik döneminde başlamış olmalıdır (82).

2.1.10. Tedavi

Uzun yıllar boyunca dirençli bir hastalık olarak kabul edilen OKB hakkındaki fikirler son dönemde psikofarmakoloji ve psikoterapi uygulamaları sayesinde değişmeye başlamıştır (142). Klomipramin veya SSRI ile düzelme oranı %55-60 iken tedaviye davranışçı yöntemlerin eklenmesiyle bu oran % 70'lere ulaşabilmektedir (143).

OKB'nin psikofarmakolojik tedavisinde ilk öne çıkan ilaç, klomipramindir. Klomipramin, trisiklik antidepresanlar (TCA) arasında serotonin geri alımı üzerinde diğerlerinden daha güçlü bir etkiye sahiptir (144). Tedavide etkili olmasından dolayı OKB'nin serotonin hipotezi öne atılmıştır. Patogeneizde serotoninin olası rolü, serotonerjik etkili diğer ilaçların OKB tedavisinde kullanılmasına neden olmuştur. Araştırmalar sonucunda OKB'de etkili olan grubu ilaç grubu SSRI'lardır. Bu grup içerisinde fluoksetin, fluvoksamin, sertraline, paroksetin, sitaloqram ve essitaloqramın antiobsesyonel etkilerine yönelik bulgular öne çıkmakla birlikte, tüm SSRI'ların OKB tedavisinde etkili olduğu yine aynı çalışmada, klomipraminin OKB tedavisinde, SSRI'lardan daha üstün

olduğu bulunmuştur (145, 146). Genel itibariyle metaanalizler tutarlı biçimde klomipraminin SSRI'lerden daha fazla etkinlik gösterdiğini gösterse de birebir analizler eşit etkinlik olduğunu ifade etmektedir ve bu etkinlik, antidepresan etkilerinden bağımsızdır (144). Bununla birlikte, antiobsesyonel etki için genellikle 10 haftadan fazla (16-18 hafta) beklemek gerekir. Antidepresanların OKB'deki etkinlik araştırmalarında deneme süresi 6 hafta değil yaklaşık 16 hafta kadardır (5). Özellikle obsesyonlarla seyreden ve tedaviye dirençli olgularda güçlendirme tedavisi için en sık kullanılan ilaçlar antipsikotiklerdir. Antipsikotikler OKB'de faydasız bulunurken SSRI'larla birlikte kullanıldığında tedavi yanıtını arttırdıkları bulunmuştur (147). Yine bu amaçla lityum, karbamazepin, klonidin ve L-triptofan gibi ajanlar eklenebilir. Özellikle duygudurum belirtilerin klinik tabloya egemen olduğu olgularda lityumun eklenmesi ile olumlu sonuçlar gösterilmiştir (5).

OKB tedavisinde bilişsel ve davranışçı psikoterapi uygulamaları etkili sonuçlar vermektedir. Davranışçı terapide maruz bırakma (exposure) ve tepki önlenmesi (response prevention) birlikte kullanılır. Hastanın, belirli bir program içerisinde anksiyete ve kompüsyonlarını artıran durumların üstüne gitmesi salanmakta, bu şekilde, hastalar tarafından balangıçta duyulan korku ve kaygının kontrol altına alınması ve giderek azalması amaçlanmaktadır (90).

Bilisel terapi ise OKB hastalarındaki mevcut hatalı inançlar üzerine çalışılır. Bu inançlar, artmış bir tehlike oluşma ihtimali algısı ve tehlikenin sonuçlarına yönelik abartılı düşünceler olarak görülür. Bu hatalı düşünceler sonucunda oluşan kaygıdan kuurtulmak için kompulsif davranışlar yapılmaya başlanır. Bilisel terapi sürecinde aşırı sorumluluk, düşüncelerin aşırı önemsenmesi, belirsizlik için tolerans yetersizliği, tehdit tahmini, mükemmeliyetçilik ve düşünceleri kontrolde tutma alanları ile ilgilenilir (90).

OKB tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemler arasında anterior singulotomi, anterior kapsülotomi, subkaudatraktomi, limbik lökotomi bulunmaktadır. Bu yöntemlerde bazal ganglion ve frontal korteks arasındaki

bağlantıların ayrılması amaçlanmıştır. Bu hastalarda frontal lob işlev bozukluğuna bağlı olarak yürütücü işlevlerde bozulma, kişilik, duygudurum ve davranış değişiklikleri görülebilmektedir. Bu tedavi için en az 5 yıldır hastalığın devam etmesi, 18-61 yaş aralığı, işlevsellikte önemli oranda etkilenme, farmakoterapiye yanıt vermeme, en az 20 saatlik BDT uygulanmasına yanıt alınamama ve tedavi sonrası semptomatik iyileşmenin Yale Brown obsesyon kompulsiyon ölçeğine (Y-BOCS) göre %25'in altında olması gibi ölçütler aranmaktadır (148).

Repetitif Transkraniyal Manyetik Uyarı (rTMS) ve Derin Beyin Uyarımı yöntemlerinin de tedaviye dirençli olgularda iyileşme sağlayabileceği belirtilmektedir (149).

2.2. Nesne İlişkileri Kuramı

Psikanalitik çevrede “nesne ilişkileri” terimi, kişilerarası ilişkileri düzenleyen davranış, biliş ve duygulanım ile ilgili süreçlere atıfta bulunmaktadır (150). Buradaki önemli nokta, nesne ilişkileri kuramına göre, erken dönem bakım verenlerle kurulan ilişki bağlamında gelişen kişinin kendine ve diğerlerine dair içsel temsillerinin, yaşamında önemli olan diğerleriyle ilişkilerinde, beklentilerini, davranışlarını, duygu ve düşüncelerini belirlemesi ve hem bilinçli, hem de bilinçdışı düzeyde yaşamını etkilemesidir (151).

Freud, geliştirmiş olduğu kişilik kuramını ifade etmek için çok sayıda yeni kavram ve terim üretmek zorunda kalmıştır. İlk kez onun tarafından kullanılan bazı terim ve kavramlar, klinik çalışmalarda klasik dürtü kuramını yetersiz bulan ve bu nedenle kendi kişilik modellerini geliştiren birçok psikanalist için başlangıç noktası olmuştur. İnsan kişiliği hakkında birbirlerine yakın düşünce ve görüşler ileri süren bu kuramcılar, zamanla okul ya da model olarak isimlendirilen gruplar altında toplanmaya başlamışlardır. Ego psikolojisi, nesne ilişkisi modeli ve kendilik psikolojisi, psikanalitik yapı içerisinde gelişen bu okul ya da modellerin en tanınmışlarıdır (152).

Psikanalitik çevrede “Nesne İlişkileri Kuramı” en geniş ifadesi ile Freud’un dürtü kuramından, Kohut’un kendilik psikolojisine kadar birçok

yaklaşımı içine alan oldukça geniş bir yelpazeyi tanımlanmaktadır. Çünkü aslında tüm psikanalitik kuramlar bireysel yaşamın ilk döneminde gerçekleşen nesne ilişkilerinin, bilinçdışı çatışmaların oluşumunda, ruhsal yapının gelişiminde ve bireyin şimdiki davranışları üzerindeki etkileriyle ilgilenmektedir. Yani her psikanalitik kuramın aynı zamanda bir noktaya kadar bir nesne ilişkileri kuramı olduğunu söylemek en geniş anlamda tanımlaması olacaktır. Bununla birlikte, kişiliğin gelişimi ve şekillenışı açısından hangi dönemin ve kiminle gerçekleşen ilişkilerinin ön plana çıkarılması gerektiği konusunda ise her kuram farklı düşünmektedirler (153).

Freud ile İngiliz nesne ilişkileri kuramları arasındaki en önemli köprüyü Melaine Klein kurmuştur. Klein, dürtünün doğasını içinde var olan insan nesnelerini kapsayacak şekilde yeniden tarif ederken, kuramın temel önerme ve metaforlarını da temelden değiştirmiştir. Zihnin temel maddesine ilişkin anlayış dürtülerden ilişkilere doğru kaymıştır. Freud'un çizdiği hayvandan insana doğru gelişimsel geçiş yerine Klein, başlangıçtan itibaren çok farklı bir bebeklik tanımladı. Bu bebek, memeyi raslantısal bir şekilde öğrenmemekte, bu bilgiyi bilerek doğmuş olup içgüdüsel olarak ona yönelmektedir. Bebeğin ağzının anatomik olarak annenin memesine uyum göstermesi gibi, bebeğin içgüdüsel dürtüleri de insan doğasına uyacak biçimde şekillenmektedir. Klein'in bebeği, huzursuzluk ve ağrıyı eziyet eden bir "kötü", huzur ve hazzı kurtarıcı olan bir "iyi" öteki imgesine örgütlenme becerisi ile doğmuştur (154). Klein, Freud'un ölüm içgüdüğü kavramından çok etkilenecek, onu kendi tarzında yorumlamış ve bebeğin temelde yok olma anksiyetesi deneyimlediğinden bahsetmiştir. Bu anksiyete ile baş etmek için benlik tüm kötü ve saldırgan dürtüleri dış nesnelere, burda ilk bakım veren anneye, yansıtmaktadır (155). Çünkü kötü niyetin kişinin içinde olduğunu hissetmesinden önce kişinin dışında bir nesnede konumlandığını hissetmesi daha az tehlikelidir; kişinin kendi içinden kaçışı yoktur ancak dışında olandan olabilir. Klein yaşamın bu ilk örgütlenmesine şizoid-paranoid konum adını vermiştir. Paranoid, merkezi bir zülüm kaygısına karşılık gelirken şizoid ise merkezi savunmaya yani bölme ile iyi ve kötü memenin etkin ayırımına işaret eder

(154). Buradaki diğ er temel mekanizma yansıtmadır. Anneden beklenen bebekten gelen kötü yansıtmaları, yansıtmalı özdeşim düzeneği ile içine alması, duygusal olarak dönüştürerek, bebeğe geri vermesidir. Bebekte, anneden gelen bu yansıtma larla özdeşim kurarak kendi kaygısı ile başa çıkmakta ve içsel gereksinimlerini karşılamaktadır. Bu şekilde, iyi ve kötü nesneler bütünleşmeye başlar, kötü içsel nesnelerin oluşturduğu kaygı ile bölme ve yansıtmalı  zdeşimin katı kullanımı azalır. Buna karşın, bu dönemdeki travmatik yaşantılar, bu savunma düzeneklerinin kullanılmasının devamını sağlayabilir (156).

Ancak paranoid-şizoid konumun dışına çıkışın getirdiği kazanımlara yeni korkular eşilk etmeye başlamaktadır. Klein’a göre temel sorun saldırganlığı içinde taşıyabilmektir (152). İyi ve kötü nesnenin aslında bütün olduğunun anlaşılması  iftdeğerli bir ilişki oluşturmakta ve daha önce oluşturulan sakinlik bozulmaktadır. Bebeğin hiddet dolu fantezilerinde kötü nesneyi yok ederken, bütün nesne ile birlikteyi olanı da ortadan kaldırmaktadır (154). Kişinin sevdiği dışarıdakine zarar verebileceği anksiyetesi ve beraberinde getirdiği suçluluk duygusu bebeğin afektif yaşamının önemli bir parçası olmaktadır. Klein bu dönemi depresif konum adını vermiştir (155). Bebek bu suçluluğu tamir yoluyla çözmeye çalışmakta ve bu inancı konumunu korumasını sağlamaktadır (154).

Özetle, Klein’a göre, yenidoğan bebek ilk 3-4 ayda “paranoid-şizoid konum”, sonrasında ise “depresif konum” adını verdiği her iki dönemin de kendine ait nesne ilişkileri, kaygıları ve savunma düzenekleri mevcuttur. Bunlar, bireyin tüm yaşamı boyunca aralıklarla sahnelenmekte olup erken dönem ilişkiler neticesinde şekillenmiş nesne ilişkileri kişinin erişkin yaşamındaki ilişkilerinde baskın olan yaklaşımını belirlemektedir (156).

1940’larda yıllarca süren tartışmalardan sonra İngiliz Psikanaliz Topluluğu 3 gruba ayrılmıştır: Klein’ın kuramını tümüyle kabul edenler, Freudcu uygulamalara nispeten sadık kalanlar (Anna Freud önderliğinde) ve Kleinci olmayan verisyonları ile nesne ilişkileri kuramları olarak bilinen bağımsız grup. Bu grubun başlıca  yeleri Fairbairn, Winnicott, Balint, Bowlby ve Guntrip,

Klein'in insanî etkileşim ile donatılmış bebek fikri üzerine görüşlerini inşa etmişlerdir. Ancak Klein'in ölüm içgüdüsüne dayanan saldırganlık önermesi yerine uyumlu ve travmatik olmayan gelişim için programlanmış fakat yetersizlik ebeveynlikle engellenmiş bebek kavramını ileri sürmüşlerdir (154).

Fairbairn, libidonun Freud iddia ettiğinin aksine haz değil nesne aradığını, asıl amacın ilişki kurmak olduğunu, nesnenin ilişki için merkezi bir rolü olduğunu savunmaktadır. Benlik gelişimi ve yetişkin yaşamda diğerleriyle olan ilişkilerin kalitesini nesne ilişkilerindeki değişimlere bağlamaktadır (157). Libido yapışkan bir doğası olup çocuk ebeveyninden öğrendiği şekilde temas biçimleri kurmakta ve bunlar başklarına bağlanmanın ve ilişki kurmanın yaşam boyu kullanılan örüntüleri haline gelmektedir (154). Fairbairn'e göre sağlıklı sağlıklı ebeveynlik, bir çocukta dışa yönelim, gerçekçi temas ve alışveriş sağlayacak gerçek insanlara yönelim ile sonuçlanmaktadır. Fairbairn tarafından Klein'in tarif ettiği içsel nesneler yetersiz ebeveynliğin bir sonucu olarak kabul edilmektedir (154). Buna göre, bebeğin ihtiyaçları ebeveyni tarafından karşılanmazsa, bebek bu acıyı, kontrol edebilmek için içe yansıtmakta, sonrasında "bölme" savunma düzeneği ile nesnenin iyi ve kötü parçalarını ayırarak, acı veren parçasını bastırmak suretiyle bilinçdışına itmektedir. Burada, hem bastırılmış olan hem de bastırılan içsel ilişkilerdir. Bastırılmış olan sadece reddeden nesne değil, aynı zamanda kendiliğin, sıklıkla ebeveynlerin ulaşılamaz tehlikeli yönlerine bağlanmış olan kısmı, antilibidinal egodur (157).

Sonuçta Fairbairn'e göre, sağlıklı benlik gelişimi için kendilik ve nesne temsillerinin farklılaşması gerekmektedir. Aksi halde, bütün halinde kendilik ve nesne temsilleri gelişmemekte, nesnenin bölünmesine paralel olarak benlik de kendi içinde bir bölünme yaşamakta, bu da benlik zayıflığına sebep olmakta ve "gerçek ötekiler" ile kurulamayan ilişkinin yerini parça benlikler almaktadır (157).

Buna karşın, Guntrip, ağır yoksunluk durumlarında libidonun sadece dış nesnelerden değil hem iç, hem de dış nesnelerden vazgeçtiğini ve bunun

sonucunda da Fairbairn'in belirttiği bölünmelere ek olarak libido benliğinin bir bölünme daha geçirdiğini dile getirmektedir. Bunun sonucunda, bir parça heyecanlandırıcı nesne'ye bağlı kalarak sürekli ilişki peşinde koşarken, Guntrip'in "gerilemiş benlik" adını verdiği diğer parça ise içe kapanarak, her türlü iç ve dış nesne ile ilişkisi kesilmektedir. Gerilemenin çok kuvvetli olduğu durumlarda, büyük bir umutsuzluk ve çaresizlik içerisinde olan gerilemiş benlik, ölüm arzusuyla dolmakta ancak gerilemenin bu denli güçlü olmadığı durumlarda ise ana rahmine geri dönüş ile ilgili büyük bir arzu duymaktadır. Bu durumda, kişi izole ve işlevsellikten uzak bir hal almakta ve psikopatoloji ortaya çıkmaktadır (154).

Mahler'e göre de, sağlıklı bir gelişim için bebeğin "ötekiler" dünyasıyla etkileşime girmesi önemli bir aşamadır. "Otistik dönem" olarak adlandırılan yaşamın ilk aylarında bebek temel olarak kendi fiziksel ihtiyaçlarına, duyumlarına odaklanmıştır, annenin varlığından habersizdir. Sonraki "simbiyotik dönem" de ise bebek dikkatini yavaş yavaş annesine yöneltmeye başlamakta ve anneye tümgüçlü bir somatopsişik füzyon hali oluşmaktadır. Bu dönemde, annenin bebeğe hem fiziksel hem duygusal olarak ulaşılabilir olması, yeterli düzeyde bakım sağlaması, sonraki dönemde bebeğin benlik saygısının gelişiminde ve gelişimin diğer basamaklarında büyük önem taşımaktadır. Bunu takip eden "ayrılma-bireyleşme" döneminde ise, bebek, bir yandan bağımsız ve özerk olma arzusu, diğer yandan tekrar annesine gömülmek arzusu arasındaki çelişkiyi yaşamaktadır. Bu dönemin başarılı bir şekilde atlatılması, bebekte sağlıklı, bütüncül bir benlik oluşumunu ve devamlılık arz eden, bağımlı olmayan yakın nesne ilişkileri geliştirebilmesini sağlarken, ayrışma-birleşme sürecinin başarısızlığa uğraması ise, bebeğin duygusal olarak aşırı bir şekilde aileye bağlanmasına, bir tür yapışmasına yol açmaktadır (158).

Winnicott'un klinik ilgi odağı ise, belirtiler ya da davranışlarda dış vurulan karakter deformasyonları açısından psikopatoloji değildi. Winnicott, içsel gerçeklik algısıyla bireyin kendisine dair imgesinin deneyiminin merkezindeki özgün rolüyle ilgilenmektedir. İlgisini çeken hasta tipi, depresif, suçluluk duyan

hastalardan ziyade işlevselliği korunmuş insan gibi hissetmeyen insanlardı. Winnicott, sahte kendilik bozukluğu terimini birey olma niteliğinin bir biçimde bozulduğu psikopatoloji biçimini belirtmek için kullanmaya başlamıştı. Gözlemlerinde annenin bebeğin ihtiyaçlarını idare edişi, sevgi, bebeğin kişisel özelliklerine hassasiyeti, bebeğin ihtiyaçlarının doyurulmasından daha önemli olduğu fark etmişti. Winnicott’a göre, bebek bütünleşmemiş anlar akıntısında sürüklenmekte ve bu Klein’ın tersine, parçalanma olmaksızın kopuk fakat korkutucu olmayan yaşantıyı ifade etmektedir. Bebeğin dürtülerinin aksine, erken yaşamda annenin sunduğu ortam sonraki yaşantısını, birey olma halini etkilemektedir (154).

Winnicott, “yeterince iyi anne”nin bebeğin ihtiyacına göre çevreyi sağlamasına olanak tanıyan zihinsel süreci “birincil annelik meşguliyeti” olarak tanımladı. Gebeliğin son evrelerinde biyolojik değişimin dışında anne tümüyle bebeğe yönelmekte, kendini dış dünya ilgilerinden geri çekmektedir. Yenidoğan bebek henüz kendiliği, nesneden ayırt edememekte ve sadece bir bütün oluşturduğu anne bakımı sayesinde var olabilmektedir. Başlarda olusturuluna öznel tümgüçlülük kadar bebeğin ihtiyaç duymadığında annenin geri çekilmesi de eşit derecede önemlidir. Annenin hem ihmali, hem sınır ihlâli, bebek tarafından kişisel varlığına bir müdahale olarak yaşantılanmakta ve bunlar uzun sürerse, bebek gerçek kendiliği gizleyerek, annenin beklentilerine göre hareket etmeye başlamakta; böylece savunmacı bir şekilde sahte kendilik gelişmektedir. Birey olma sürecinde gerçek kendilik kişiliğin özü iken, sahte kendilik Winnicott’ın “sahte kendilik bozukluğu” olarak kavramsallaştırdığı patolojik yapılanmaya yol açmakta ve bu bağlamda erken dönem anne-çocuk etkileşimleri neticesinde şekillenen içselleştirilmiş patolojik nesne ilişkilerine işaret etmektedir (154).

Son yıllarda psikanalitik düşünceye önemli katkılar yapan Bowlby’nin yaklaşımı, Freud’unki gibi Darwin’den köken almaktaydı. Temel mesajı; uyumun insan doğasını şekillendirmedeki temel rolü üzerine idi. Freud’dan farklı olarak dürtüleri, insanî çevreye önceden uyumlandırılmış, doğal seçim ile yontularak geliştirilmiş şeyler olarak değerlendirmektedir. Temel nitelikteki uyumsal,

içgüdüsel dürtü bebeğin anne ile bağını içermektedir. Bu bağlanma, Bowlby tarafından bebeğin hayatta kalma şansını artıran içgüdüsel bir sistem olarak değerlendirilmiştir. Annenin yakınlarında olmak iyi bir bakımı ve korunmayı güvence altına lamaktadır (154). Fiziksel ihtiyaçların giderilmesi ikincil öneme sahipken, birincil olan anne-bebek arasındaki “bağlanma”dır. Psikopatoloji ise temel bakım veren ile bağ kurmadaki ya da kurulan bağdaki bozukluklardan ileri gelmekte, erken dönem ilişkiler neticesinde oluşan içsel modeller, yetişkin yaşamda diğerleriyle olan ilişkilerde de belirleyici olmaktadır (159).

Sonuç olarak, nesne ilişkileri kuramında birbirinden farklılaşan yaklaşım tarzları olmakla birlikte, normal gelişimin aşamalı bir seyir izlediği ileri sürülmektedir. Hemfikir olunan temel konu, bireyin içsel kendilik-nesne temsillerinin erken dönem ilişkilere dair deneyimleri sonucunda şekillendiği ve bu içselleştirilmiş nesne ilişkilerinin yetişkin yaşamda diğerleri ile olan ilişkilerde belirleyici olduğu yönündedir (159). Psikopatolojinin ise söz konusu gelişimsel süreçte yaşanan aksaklıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir (160).

2.3. Savunma Mekanizmaları

Yaşayan her varlığın yaşamını sürdürücü, onu koruyan doğal ya da sonradan kazanılmış yapıları, yetenekleri bulunmaktadır. En ilkle canlılarda dâhil organizma homeostasis ilkesini sürdürmektedir. Uyum dengesini bozacak herhangi bir etken organizmada tehlike olarak algılanır. Ağır tehlike durumunda Cannon ve Bard’ın da dediği gibi organizma “acil durumda kaçma veya saldırma” şeklinde temel savunma yollarına başvurmaktadır. Bu tepkileri sadece biyolojik tepkiler olarak görmek kuşkusuz hata olacaktır. Bu tür durumlarda tehlikenin değerlendirilmesi, savunma aygıtlarının hazırlanması ve eyleme geçilmesi gibi benliğin işlevleri görev alır. Fakat benliğin savunma düzenekleri denilince bu tür dış tehlikelere olan değil, içsel çatışma ve kaygılara karşı kullanılan benlik işlevleri ifade edilmektedir (161).

Bu savunma düzenekleri, bireyin ruhsal sağlığı için gerekli olan bilinçdışı olarak içsel çatışmanın oluşturduğu tehlikenden kendini korumak için belirli duygu

ve dürtüleri yönteabilen benliğin otomatik yanıtlarıdır (162). Savunma düzenekleri, çoğu kez kaygı gibi bilinçdışı güçlü bir duygudan kaçmaya ve özsaygıyı sürdürmeye hizmet etmeye çalışmaktadır (3). Ego psikologları, kaygı ile baş etmede savunmaların işlevinin önemini belirtmektedir. Ego psikolojisinin öncüsü olarak bilinen Anna Freud, savunma düzeneklerini sınıflayarak gerçeklik ilişkisi ve duygularındaki rolü üzerinde durmaktadır. Çocukluk döneminde gelişimsel açıdan normal olan bazı savunmaların, yetişkin yaşamda aşırı kullanımın psikopatolojinin bir işareti olduğunu ifade etmektedir (163).

Bağlanma-ayrılma konuları üzerine çalışan nesne ilişkileri kuramcıları savunmaların keder duygusuna karşı da işlediği görüşünü ortaya atmıştır. Nesne ilişkileri kuramı, özellikle bölme, içe atma, yansıtma ve yansıtımlı özdeşim savunmaları üzerinde durmakta ve bu savunmaların gelişimsel dönemde çocuğun dürtü ve duygularını yönetmesine, çocuğun gelişimine ve ilişkilerinin düzenlenmesine hizmet ettiğini iddia etmektedir (3).

Kendilik psikologları ise kişinin güçlü, tutarlı, olumlu değerlendirilen bir kendilik duygusu sürdürme çabasında savunmaların önemli olduğunu ifade etmiştir (3).

Kernberg ise, savunma düzeneklerini kişilik örgütlenmesine göre sınıflandırmakta yani karakter yapısı, savunma düzenekleri, gerçekliği değerlendirme ve kimlik gelişimine göre belirli bir hiyerarşik düzen oluşturmaktadır (164). Bu hiyerarşik düzende, gerçeklik ile bağı tamamen kopmuş, kimlik bütünlüğü olmayan psikotik kişilik örgütlenmesi ile gerçeği değerlendirme yetisi görece korunmuş ancak kimlik karmaşası yaşayan sınır durum kişilik örgütlenmesine sahip hastalar immatür, gerçeği değerlendirme yetisi tam ve kimlik bütünlüğü olan nevrotik kişilik örgütlenmesine sahip kişiler ise, matür savunma düzeneklerini kullanmaktadır (165).

Psikanalitik literatürde “savunma” terimi başlarda uyum bozucu olarak değerlendirilip hekimin görevinin bu savunmaların gücünü azaltmak olduğu düşünülmüştür. Aslında kişide bir savunmanın işliyor olması ille de patolojik bir

şeylerin işlediği anlamına gelmemektedir. Örneğin; psikanalitik yönelimli terapistler psikotik çözümleri, savunmaların yetersiz kalmasına kanıt olarak değerlendirmişlerdir (3).

Psikanalitik çevre, hepimizin başa çıkma yöntemleri ile bütünleşik hale gelmiş olan savunma düzenekleri olduğunu varsayar. Kişinin temel savunma düzeneklerini; 1) yapısal mizaç 2) erken çocukluk dönemi yaşantıları 3) ebeveynler tarafından aktarılan ya da öğretilen savunmalar 4) belirli savunmaların kullanımının sonuçlarına ilişkin pekiştirici deneyimler gibi faktörlerin çok boyutlu etkileşimi belirlemektedir. Kişinin en çok kullandığı başa çıkma düzeneğinin bilinçdışı seçimi, psikodinamik kuramlarda “üstbelirlenmiş”tir (3).

Savunmaların, düzenli bir sıra ile ortaya çıktığı yönünde bir kanıt olmasa da psikanalitik kuramcılar, bazı savunmaların daha ilkel bir süreci temsil ettiklerini, gelişimin başında işlevselken sonrasında yetersiz kaldığını ifade etmişlerdir. Genelde alt düzey savunmalar olan immatür savunmalar, kendilik ve dış dünya arasındaki sınırlarla ilgili iken, üst düzey savunma olan matür savunmalar benlik ve üstbenlik ile altbenlik arasındaki ya da benliğin gözlemleyen ile deneyimleyen kısımları arasındaki gibi içsel sınırlar ile ilgili olanlardır. İmmatür savunmalar, bilişsel, duygusal ve davranışsal boyutları iç içe geçirerek tüm sinir sisteminde ayrışmamış şekilde işlerken, matür savunmalar bu süreçlerinde birinde ya da bir kaçında dönüşüm yapmaktadır. Bir savunmanın immatür kabul edilmesi için gelişimin dil-öncesi ile bağlantısı olduğu gösteren, gerçeklik ilkesinin kazanılmış olmaması ve nesne sabitliğinin olmaması gibi niteliklere ait bulguların olması gerekmektedir (3).

Buna karşın, savunma mekanizmalarının hemen hepsini herkes zaman zaman kullanılsa da bazılarının katı ve aşırı kullanımı patolojik olmasına yol açar. Savunma düzeneklerinin benlik gelişimi ve psikopatoloji ile yakından ilgisi bulunmaktadır. İmmatür savunma düzeneklerinin aşırı kullanımı ya da matür savunmaların yetersiz oluşu psikopatoloji ile sonuçlanabilmektedir (3, 162). Daha da ötesinde, bazı araştırmacılar, belirli psikopatolojilerle, belirli savunma

mekanizmaları arasında ilişki olduğunu iddia etmektedirler. Örneğin, yapılan bir çalışmada inkâr, yer değiştirme, içe alma, gerileme ve bastırma savunma mekanizmalarının intihar girişimi olan ergenlerde intihar olmayan ergenlere göre anlamlı derecede daha çok görüldüğü bulunmuştur (166). Ayrıca, bazı kuramcılar da, savunma mekanizmalarının normalin dışında belli psikopatolojilerle olan ilişkisinden söz etmektedir. Örneğin, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu olan bireylerin, yer değiştirme, yapıp-bozma, yalıtma savunmalarını daha sık kullandıkları, histeride bastırma düzeneği ile arasında güçlü bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (167).

Nitekim savunma düzenekleri, psikopatolojinin değerlendirilmesinde önemli bir araç olup gerek tanı, gerekse ayırıcı tanı süreçlerinde savunma düzeneklerinin önemi dikkat çekmektedir (162).

2.4. Mizaç ve Karakter

Mizaç (temperament), karakter (character) ve kişilik (personality) birbirinden farklı kavramlardır. Mizacın karşılığı olan “temperament”, “karışım” anlamına gelen “temperare” sözcüğünden türetilmiştir (168). Mizaç; kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter ise; çevrenin ve yetiştirilmenin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır; dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir. Kişilik ise; yapısal kurama göre, genetik olarak gelen mizaç ile sonradan elde edilmiş sosyal ve kültürel öğeleri içeren karakterin zekâ ile birleşmesi sonucu meydana gelmektedir (169).

Eski Yunanda Hipokrat’ın, kara safra (melankolik), kan (kolerik, öfkeli), sarı safra (plegmatic, sakin-soğukkanlı), lenf (sanguinik, umut dolu) şeklindeki bilindiği üzere sıvı kuramı ile ilk kez kişilik ve mizaç tipleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Geçtiğimiz yüzyıla gelindiği zaman Kraepelin, kişinin hastalık olmaksızın ömür boyu taşıdığı özellikleri olarak tanımladığı “kişisel görüntü” (hastalık öncesi kişilik) ve bu kavramla bağlantılı “temel durumlar”ı (fundamental states) açıklamıştır (170). Depresif tip, hipertimik/manik tip, iritabl tip ve siklotimik tip

olmak üzere 4 temel mizaca ayırmıştır. Bu kişisel görüntü (mizaç), duygudurum bozukluklarına kişisel yatkınlık sağlayabilmekte, temelde silik ruhsal hastalık özellikleri olarak gözlenebilmekte ya da yaşam boyu bir duygulanım bozukluğu olmaksızın kişiliğin bir özelliği olabilmektedir (171).

Schneider 1958 yılında Kraepelin'in bu gözlemlerini genişletmiş, depresif ve hipomanik mizaçlar tanımlayarak Kraepelin'in aksine bu iki duygulanım mizacının duygudurum bozukluklarıyla genetik olarak bağlantısı olmadığını iddia etmiştir (169, 171).

Akiskal da bu alanda yaptığı çalışmalar ile afektif mizaç tanımlamasını yapmış, bunun duygudurum bozukluklarının temelini oluşturduğunu iddia etmiş ve depresif, siklotimik, hipertimik (Kraepelin'in manik tipine karşılık gelir), irritabl ve anksiyöz mizaç şeklinde beş temel afektif mizacı tanımlamıştır (172).

Mizaç ve karakter konusunda en çok çalışma yapan kişilerden biri de şüphesiz Cloninger'dir. Cloninger, kişilik modeli oluşturmada fenotip ve genotipik kişilik boyutlarının birlikte ele alınmasını savunmuş ve bu kişilik yapılarının aynı olduğunu savunan Eysenck modelini kendine temel alsa da bu modeli eksik olarak nitelendirmiştir (173).

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiştir. Bu model, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları ve işlemsel bellekte presemantik duyuları içerdikleri varsayılan dört mizaç ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında içgörü kazanılması ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu içermektedir. Mizaç ve karakter özellikleri etiyolojik olarak ayrı oluşumlar olmasına karşın işlevsel olarak bağlantılıdır ve aralarındaki etkileşim dinamik bir kişilik organizasyonu ortaya çıkarmaktadır. Psikobiyolojik model önceki kişilik modellerinden farklı olarak altta yatan sosyal ve biyolojik belirleyicileri dikkate almış ve belleğin tiplerini ayırt etmiştir (174). Mizaç ya da kişiliğin “emosyonel çekirdeği”, kortiko-striato-limbik sistemde bulunan

kompleks döngüler, birincil sensorikortikal bölge, amigdala, putamen ve kaudat nükleuslar tarafından kontrol edilen işlemsel(prosedürel) ya da örtülü(implicit) belleği kapsamaktadır. İşlemsel bellek öğrenme ile ilişki içindedir ve bilinç dışının farkında olmadan yaşadığı öğrenme ile duygulanım değerini, algılama sürecinin anlam öncesini içermektedir. Bir kişinin tehlike, yenilik, ödül ve cezaya otomatik olarak vereceği yanıt mizaç özellikleri ile doğuştan getirilmiştir. Mizaç, duygu ve öğrenme sisteminde kalıtlılabilir ön özellikler oluşturarak duygulara dayanan otomatik davranışlar ve alışkanlıkların gelişiminde rol oynar. Mizaç özellikleri kalıtlılabilir niteliktedir ve tüm kültürlerde, etnik gruplarda benzerdir. Bu özellikler kişinin yaşamının ilk yıllarında belirginleşir ve hayat boyu değişmeden kalır. 4 temel duygu ile ilişki göstermektedir. Yapılan ikiz çalışmalarında bu dört mizaç özelliğinin birbirinden bağımsız olarak aktarıldığı gösterilmiştir (174).

Karakter kişiliğin kavramsal çekirdeğidir ve neokorteks ile hipokampus tarafından düzenlenen soyutlama, sembolizasyon, yorumlama, çözümleme, mantık süreçleri gibi daha yüksek bilişsel işlevleri içeren semantik (anlamsal) bellek ile ilişkilidir (173, 174). Bu işlevler, dış dünya ile benlik hakkındaki kavramların gelişmesine yol açarlar.

Cloninger'in psikobiyolojik kişilik modelinde, dört temel mizaç boyutu; yenilik, tehlike, ceza ve ödüle yanıt olarak çağrışımsal öğrenmedeki bireysel farklılıklara göre tanımlanmaktadır. Temel duyguların algısal bilgi süreçlerini değiştirdiği, özellikle şartlı uyaranlara verilen bilinçdışı yanıtlar gibi erken öğrenme özelliklerini biçimlendirdiği tespit edilmiş ve bellek sistemleri tarafından işlenen bilginin kalıtsal eğilimleri yansıtılmıştır (175). Bu mizaç boyutları, erken gelişimsel dönemde gözlenebilir özelliktedirler. Erken gelişimsel dönemde insan davranışında gözlenen diğer birçok karmaşık sosyal işlevler, özellikle frontal, temporal ve limbik kortikal bölgelerdeki yoğun sinapslar ve nöronal devrenin düzenlenmesinde rol oynayan bazı aktif ve pasif değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Daha sonra korku, öfke, bezginlik, heyecan gibi temel duygular, daha karmaşık sevgi, empati, sevecenlik, beceriklilik gibi pozitif ikincil duygulara dönüşür (176).

Bu modele uygun olacak şekilde geliştirdiği ilk ölçek olan Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği'nde (Tridimensional Personality Questionnaire; TPQ) birbirinden genetik olarak bağımsız ve her biri farklı birincil ulak sistemi tarafından düzenlenen üç farklı mizaç özelliği tanımlamaktadır (176). Buna göre yenilik arayışı (novelty seeking) (yenilik ve ödöl ile cezanın sonlanması gibi sinyallere karşı davranış aktivasyonu) dopaminerjik, zarardan kaçınma (harm avoidance) (ceza veya ödölsüzlüğe karşı davranış inhibisyonu) serotonerjik, ödöl bağımlılığı (reward dependence) (önceden ödüllendirilen davranışların yeniden güçlendirme olmadan bir süre devam etmesi davranışı) noradrenerjik dizge tarafından denetlenmektedir. Cloninger, başlangıçta ödöl bağımlılığının bir alt grubu olarak düşöndüğu sebat etmeyi (persistence), daha sonra ödöl bağımlılığının diğer alt başlıkları ile bağlantılı olmadığını görünce, dördüncü mizaç grubu haline getirmiştir (175). Cloninger'e göre bu dört mizaç özelliği birbirinden genetik olarak bağımsızdır, yaşamın erken dönemlerinde şekillenir ve kişiliğin biyolojik temelini oluşturur.

Mizaç özelliği olarak tanımlanan yenilik arayışı puanları yaşla birlikte yeni uyaranlara ilginin azalmasıyla her on yılda 1 puan azalmaktadır (177).

Cloninger ‘‘kişilik’’ tanımlaması yerine bu kavramın psikodinamik formülasyonlarda sıkça kullanılan şeklini, yani ‘‘karakter’’i ele almıştır. Karakterin, mizacın aksine kalıtsal yönü daha azdır. Belirgin biçimde sosyal öğrenme, kültür ve bireye özgü yaşam olaylarından etkilenmekte, yaşla birlikte olgunlaşmaktadır. Olgun kişiliği tanımlayacak olan üç karakter özelliği kendi kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendi kendini aşma olarak tanımlanmaktadır. Bu karakter özellikleri yaşla birlikte artış göstermekte, kişisel ve sosyal etkinliği belirlemekte; zorluklarla dolu bir yaşam olayı karşısında kişiyi güçlü kılmaktadır. Bu özelliği düşük olan bireyler ise materyalist başarılar için uygun kişiliklerdir.

Cloninger bu dört mizaç boyutundan oluşan özgün modelinin kişilik özelliklerini yeterince açıklamadığını gözlemlemiş; aynı mizaca sahip bireylerin farklı davranışlar sergileyebildiği bulgusundan yola çıkarak, ölçeğe üç karakter

boyutu (kendi kendini yönetme (self-directedness), iş birliği yapma (cooperativeness), kendini aşma (self-transcendence) eklemiş ve ismini ‘‘Mizaç ve Karakter Envanteri’’ (Temperament and Character Inventory; TCI) olarak değiştirmiştir (175).

Cloninger, mizaç modeli ile anksiyete bozukluğu olan bireylerin daha yüksek zarardan kaçınma, daha düşük yenilik arayışı ve ödül bağımlılığı puanlarına sahip olabileceğini öne sürmektedir (173). Yüksek zarardan kaçınma puanlarına sahip kişiler, gelecek problemleri ile ilgili olumsuz kaygılar, kaçınma davranışı, kesin olmayana karşı korku, yabancılara karşı utangaçlık ve yüksek oranda dayanıksızlık göstermekte ve ‘‘anksiyöz kişilik’’, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk karakteristikleri geliştirebilmektedirler (175). Panik bozukluğu hastalarının mizaç özelliklerini araştıran birçok çalışmada kontrol grubuna göre yüksek zarardan kaçınma (HA) puanları saptanmıştır (178-180). Bazı araştırmacılar, akut hastalık dönemindeki panik bozukluk hastalarının yüksek zarardan kaçınma (HA) puanlarının, anksiyete durumunun şiddeti HA puanlarını değiştirdiği için, semptomatoloji şiddetiyle ilişkili olabileceğini önermektedir (181,182). Bu görüşün tersi olarak, diğer araştırmacılar ise yüksek HA karakter boyutunun panik bozukluğunun incinebilirliğiyle (vulnerability) ilişkili olduğunu varsaymaktadırlar (178,183).

Bu tartışmanın tedavi öncesi ve sonrası kişilik boyutlarını değerlendiren uzunlamasına çalışmalarla çözümlenebileceği düşünülmektedir. Bir yüzyıl önce Janet ve Freud tarafından kararsızlık ya da düzenlilik gibi kişilik faktörlerinin obsesif kompulsif bozukluğun gelişiminde ana rol oynadığı varsayılmasına rağmen, kişilik ve obsesif kompulsif bozukluk arasındaki ilişki için hemfikir olan görüş, bu ilişkinin anlaşılmasının zor olduğudur. Boyutsal bir perspektif, kişilik işlevinin tanımlanmasında daha yararlı bir yaklaşım olabilmekte ve belki de kişilik ve obsesif kompulsif bozukluk arasında anlamlı ilişkileri daha iyi ortaya çıkarabilmektedir (184). Şimdiye kadar obsesif kompulsif bozukluk hastalarında Cloninger’in kişiliğin biyogenetik teorisini ilgilendiren az sayıda çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmaların hepsinde sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırılan

obsesif deneklerde zarardan kaçınma (HA) boyutunda daha yüksek puanlar rapor edilmiştir (185-190). Diğer bildirilen mizaç sapmaları düşük yenilik arayışı (NS) ve yüksek ödül bağımlılığını (RD) kapsamaktadır (185, 188, 189). Karakter modelleri dikkate alındığında, kendini yönetme (SD) ve işbirliği yapma boyutunda (C) düşük puanlar gözlemlenmiştir (187-190).

Mizaç ve Karakter Envanteri'nin, kişilik bozukluklarının kümesel belirtileri ve tanılarını yordama yeteneği, kişilik bozukluğu olan veya olmayan, değişik tanılardan ayaktan veya yatarak tedavi gören psikiyatri hastaları gibi çeşitli örneklemelerde klinik olarak sınanmıştır (173).

Cloninger'in modeli, davranış görünümleri ile nörotransmitterler arasında bağlantı kurmayı sağlamaktadır. Yenilik arayışı, davranışsal aktivasyon ile dopamin, zarardan kaçınma, davranışsal inhibisyon ile serotonin, ödül bağımlılığı davranışı sürdürme ile norepinefrin, sebat etme davranışta ısrar etme ile glutamin arasında ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Mizaç bileşenlerinin genetik olarak bağımsız oldukları ve %40–60 kalıtsal özellik gösterdikleri düşünülmektedir. Karakter ölçeğinde genetik etkilerin %10–15, yaşanan çevresel etkilerin %30–35 oranlarında etkili olduğu öne sürülmektedir (175, 177).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Süresi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na Ekim 2017-Mart 2018 tarihleri arasında ayaktan başvuran veya kliniğinde yatarak tedavi gören, çalışmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan 69 OKB hastası çalışmaya alınmıştır. Hastalar otojen ve reaktif OKB diye 2 gruba ayrılmıştır.

3.2. Örneklem Grubunun Seçimi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı'na ayaktan başvuran ya da yatarak tedavi görmekte olan hastalardan DSM 5 kriterlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısını karşılayan okuma-yazma bilen 18-65 yaş arası hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastalara çalışmanın amacı ve gerekçesi hakkında sözel bilgi verilmiş, katılmaya gönüllü olmayan hastalar çalışmaya alınmamıştır.

Hastalara bu tanıyı doğrulamak ve ek tanıları dışlamak için araştırmacı tarafından SCID I ve SCID II uygulanmış, başka bir Eksen I Bozukluk tanısı olan ve herhangi bir Eksen II tanısı olan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Hastalara YBOCS, YBOCS belirti kontrol listesi ve Beck Depresyon Envanteri uygulanmış ve BDE puanı 17 ve üzerinde olan hastalar ve ayırıcı tanı sorunu olan hastalar da çalışma dışı bırakılmıştır. Herhangi bir antidepresan ya da antipsikotik kullanımı olan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir.

Klinik görüşme ve YBOCS belirti kontrol listesine göre hasta grubu, otojen ve reaktif olmak üzere iki alt gruba ayrılmıştır. Her hastanın sosyodemografik verileri alındıktan sonra çalışma kriterlerine uygun olan ve çalışmayı kabul ettiğine dair aydınlatılmış onam imzalayan 69 OKB hastasına Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme Ölçeği (BORRTI), Savunma Düzenekleri Ölçeği (SBT-40) ve Karakter ve Mizaç Envanteri (TCI) verilmiştir.

Dışlama Kriterleri:

1. Eşlik eden Eksen 1ve Eksen 2 hastalık tanısı olan bireyler,
2. Klinik görüşmede Major Depresyon tanısı düşünülmesine bile Beck Depresyon Envanteri skoru 17 ve üzerinde olan hastalar
3. Okuma-yazma bilmeyenler (ölçekler, öz-bildirim yolu ile doldurulmaktadır.)
4. Nörolojik, metabolik veya inflamatuvar hastalığı olan bireyler
5. Alkol-madde kötüye kullanım, bağımlılık öyküsü olanlar
6. Mental retardasyon olması
7. Geçirilmiş ağır kafa travması öyküsü
8. Aynı anda hem otojen hem reaktif obsesyonların varlığı (mikst obsesyon varlığı).
9. TCI 230. Madde de “ Bu anket formunda çok yalan söyledim.” Maddesini DOĞRU olarak kodlayan katılımcılar (TCI profili geçersiz kabul edildiği için)

3.3. Etik Kurul Onayı

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurul komitesinden 2017-495 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi belirlenmemiş olup araştırmacının kendi kaynaklarından karşılanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1 Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formunda: yaş, cinsiyet, kaçınıcı çocuk olduğu, eğitim durumu, medeni hali, çocuk sayısı, geçirilmiş veya devam etmekte olan bir organik hastalığı olup olmadığı, OKB

belirtilerinin başlangıç yaşı, hastalık süresi, kullanmakta olduğu ilaç tedavisi, alkol, madde kullanım öyküsü ve ailede ruhsal hastalık olup olmadığını içeren sorular bulunmaktadır. Bu form görüşmeyi yapan çalışmacı tarafından doldurulmuştur.

3.5.2 Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği

(Y-BOCS)

Bu ölçek, OKB olan hastalarda görülen belirtilerin niteliğini ve şiddetini belirlemek amacıyla Goodman ve Rasmussen tarafından 1989'da geliştirilmiş olup Uluğ ve Savaşır tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 1993 yılında Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Toplam 19 maddeden oluşan ölçekte ilk 10 maddenin puanı değerlendirmeye dâhil edilir. 1-5. sorular obsesyonlar, 6-10. sorular kompulsiyonlar hakkında değerlendirmeler yapar. Kalan 9 madde ise; kaçınma, içgörü, global etkilenim konularında bilgi sağlamaktadır.

Ölçeğin değerlendirilmesi klinisyen tarafından her bir madde 4 puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlanarak yapılır. Alınabilecek maksimum puan 40 olup 0-7 puan subklinik; 8-15 puan hafif; 16-23 puan orta; 24-31 puan şiddetli olarak sınıflandırılır.

Ölçeğin yanında, geçmişteki ve şu andaki belirtilerin tanınmasına yardımcı olan Y-BOCS Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır.

3.5.3 Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek formunda, hasta tarafından doldurulan 21 belirti kategorisi olup her biri için 0-3 arasında puan verilen dört seçenek vardır. Hastadan her bir kategori için uygulama günü de dâhil son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir.

Her madde 0 ile 3 arasında puan alıp toplamda alınabilecek maksimum puan 63'tür. Test puanının yüksekliği depresyon şiddetiyle koreledir. Hisli (1988) tarafından Türkçe 'ye uyarlaması yapılmıştır. Araştırmamızda komorbid depresyon tanısı klinik görüşmeler ve SCID-I tarama ile dışlanmasına rağmen yine de BDE uygulanmıştır.

3.5.4. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme

(SCID- I)

First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilen, özgün adı “Structured Clinical Interview for DSM- IV, Clinical Version” olan; DSM-IV’e göre Eksen I tanısının araştırılmasında, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur. Özkürkçügil (1999) ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır.

3.5.5. DSM-III-R Eksen II bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme

(SCID-II):

Spitzer, Williams ve Gibbon tarafından geliştirilen, özgün adı “Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Personality Disorders” olan; DSM-III’e göre Eksen 2 tanısı araştırılmasında, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme formudur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

3.5.6. Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme Envanteri (BORRTI)

Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme Ölçeği (BORRTI), Bell (1995) tarafından psikodinamik yaklaşımın ruh sağlığı modeline paralel olarak egonun nesne ilişkileri ve geçeceği değerlendirme gibi iki önemli boyutunu ölçmek için geliştirilmiştir. Nesne İlişkileri Kuramı çerçevesinde geliştirilen BORRTI özellikle de kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları ve psikotik durumları değerlendirmeye elverişli bir öz-bildirim ölçeğidir. Bu ölçek, yarısı nesne ilişkileri, yarısı gerçeği değerlendirme olmak üzere toplam 90 maddeden oluşup doğru-yanlış şeklinde yanıtlanmaktadır.

Nesne İlişkileri boyutu:

Yabancılaşma,
Güvensiz Bağlanma,
Benmerkezcilik,
Sosyal Yetersizlik;

Gerçeği Değerlendirme boyutu:

Gerçekliğin Bozulması,
Algıların Belirsizliği,
Halisünasyon ve Delüzyonlar

Alt boyutlarında ağırlıklı puan hesaplamasının dışında T-skorları üzerinden hesaplama yapılmaktadır. Patolojik kullanım için kesme puanı 60 olarak belirlenmiş (159).

BORRTİ'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları da Uluç ve Tüzün (2013) tarafından yapılmıştır.

3.5.7. Savunma Biçimleri Testi (40 Maddelik Form) (SBT-40)

Bilinç dışı kullanılan savunma mekanizmalarının bilinç düzeyindeki yansımalarını değerlendiren, ilk olarak Bond, Gardner, Christian ve Sigal (1983) tarafından geliştirilen Savunma Biçimleri Testi'nin ilk formu, 26 savunmayı ölçen 88 maddeden oluşmaktadır. Andrews, Singh ve Bond (1993) tarafından, 20 savunma mekanizmasını ölçen 40 maddeye indirilerek ölçeğin kısa formu geliştirildi. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Yılmaz, Gençöz ve Ak (2007) tarafından yapılmıştır.

Her bir madde, 1 (bana hiç uygun değil) ile 9 (bana çok uygun) arasında değerlendirilmektedir. Ölçek 20 savunma mekanizması, ilkel-olgunlaşmamış, nevrotik ve olgun olmak üzere 3 boyutta ele alınmaktadır. Aşağıda bu üç boyut ve içerdiği savunmalar yer almaktadır:

a. İmmatür Savunmalar: Rasyonalizasyon, otistik fantezi, yer değiştirme, gerileme, eyleme dökme/dışavurum, pasif agresyon, yansıtma, yalıtma, değersizleştirme, inkar, dissosiyasyon, bölme ve bedenselleştirme

b. Nevrotik Savunmalar: Yapma-bozma, yapay özgecilik, idealleştirme, karşıt tepki geliştirme.

c. Matür Savunmalar: Bastırma (baskılama), yüceltme, mizah ve geleceği tahmin/beklenti.

3.5.8. Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI)

Cloninger, mizaç ve karakter üzerine geliştirdiği psikobiyojik bir modele uygun olacak şekilde Mizaç ve Karakter ölçeğini geliştirmiştir (176). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (198). Ölçek “Doğru” ya da “Yanlış ” şeklinde yanıtlanan 240 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek 4 mizaç boyutu, 3 karakter boyutu ve bunların toplam 24 alt ölçeğinden oluşmuştur.

Yenilik Arayışı mizaç boyutu:

keşfetmekten heyecan duyma-kayıtsız bir katılık,
dürtüsellik-iyice düşünme,
savurganlık- tutumluluk,
düzensizlik- düzenlilik

Zarardan Kaçınma mizaç boyutu:

beklenti endişesi ve karamsarlık-sınırsız iyimserlik,
belirsizlik korkusu,
yabancılardan çekinme,
çabuk yorulma ve dermansızlık

Ödül Bağımlılığı boyutu:

duygusallık,
bağlanma,
bağımlılık

Sebat Etme mizaç boyutu: alt ölçeği yoktur.

Kendini Yönetme karakter boyutu:

sorumluluk alma-kınama,
amaçlılık-amaçsızlık,
beceriklilik,

kendini kabullenme-kendisiyle çekişme,
aydınlanmış ikinci mizaç(görev duygusu)

İşbirliği Yapma karakter boyutu:

kabullenme- sosyal hoşgörüsüzlük,
empati duyma- sosyal ilgisizlik,
yardımseverlik- yardım sevmezlik,
acıma- intikamcılık,
temiz kalplilik/vicdanlılık-kendine yarar sağlama

Kendini Aşma karakter boyutu:

kendini kaybetme-kendilik bilincinde yaşantı,
kişiler arası özdeşim- kendi kendine ayrışma,
manevi kabullenme- akılcı maddecilik

3.6. İstatistik Analizler

İstatistik değerlendirmeler SPSS 21.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm değerlendirmelerde parametrik testler kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, gruplar arası karşılaştırma yaparken, T-Testi ve Ki-Kare, bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için de Pearson Korelasyon analiz yöntemleri kullanılmıştır. Bazı bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini incelemek için de Tek Yönlü Kovaryans analiz yöntemi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilere uygulanan OKB, depresyon, savunma mekanizmaları, nesne ilişkiler, mizaç ve karakter ölçeklerine ait verilerin sonuçları verilecektir.

4.1. OKB Gruplarına Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 2’de gösterilmiştir. OKB hastaları reaktif ve otojen şeklinde iki gruptan oluşmaktadır. Gruplar arasında sosyodemografik değişkenler açısından fark olup olmadığını belirlemek için Ki-Kare ve T-Testi analiz yöntemleri kullanılmıştır. Gruplar arasında eğitim durumları ($X^2=3.580$, $p=.310$), yaş ($t=0.893$, $p=.375$) ve çalışma durumu ($X^2=0.227$, $p=.633$) açısından anlamlı bir fark olmadığı ancak cinsiyet dağılımı açısından anlamlı bir fark olduğu ($X^2=6.256$, $p<.05$) görülmüştür. Otojen grupta erkek katılımcıların daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	Reaktif (N=34)		Otojen (N=35)	
	N	%	N	%
Cinsiyet				
Kadın	28	82.4	19	54.3
Erkek	6	17.6	16	45.7
Medeni Durum				
Bekâr	15	44.1	24	68.6
Dul/Boşanmış	7	35.3	4	20
Evli	12	20.6	7	11.4
Eğitim Durumu				
İlköğretim	10	29.4	8	22.9
Lise	16	47.1	12	34.3
Üniversite	8	23.5	15	42.9
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	26	76.5	25	71.4
Çalışıyor	8	23.5	10	28.6
	Ort.	s.d	Ort.	s.d.
Yaş	33.03	12.13	30.51	11.24

OKB hasta gruplarına ait hastalıkla ilişkin bilgiler ise Tablo 3’de belirtilmiştir. Gruplar arasında bu değişkenler açısından fark olup olmadığını

belirlemek için Ki-Kare ve T-Testi analiz yöntemleri kullanılmıştır. Gruplar arasında psikiyatri servisine yatış sayısı ($t=0.304$, $p=.762$), şikâyet süresi ($t=-0.542$, $p=.590$), hastalık başlangıç yaşı ($t=1.290$, $p=.201$), aile öyküsü ($X^2=4.449$, $p=.217$), aldıkları tedavi ve antipsikotik ilaç kullanımı ($X^2=0.029$, $p=.865$) açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 3. Katılımcılara Ait Hastalık Özellikler

Değişkenler	Reaktif (N=34)		Otojen (N=35)	
	N	%	N	%
Psikiyatrik İlaç Kullanımı				
Antidepresan	21	61.8	22	62.9
Antidepresan+Tipik Antipsikotik	0	0	4	11.4
Antidepresan+Atipik Anipsikotik	11	32.4	8	22.9
BDT	2	5.9	1	2.9
Aile Öyküsü				
Yok	22	64.7	28	80
OKB Öyküsü	8	23.5	2	5.7
Psikotik Bozukluklar	1	2.9	1	2.9
Diğer	3	8.8	4	11.4
	Ort.	s.d	Ort.	s.d.
Psikiyatri Servisine Yatış	0.41	1.78	0.31	0.58
Şikâyet Süresi	5.5	6.84	6.37	6.5
Hastalık Başlangıç Yaşı	27.53	11.45	24.14	10.30

Reaktif ve otojen OKB grupları, YBOCS ve BDE ölçek puanları açısından karşılaştırmak için T-Testi analizi yapılmış, sonuçlar Tablo 4'te gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde gruplar arasında YBOCS ($t=1.715$, $p=.090$) ve BDE ($t=1.044$, $p=.300$) puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4. OKB Gruplarına Göre YBOCS ve BDE Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	S	Sd	t	p
YBOCS	Reaktif	34	19.12	8.37	65.42	1.715	.090
	Otojen	35	15.86	7.37			
BDE	Reaktif	34	12.15	4.55	66.18	1.044	.300
	Otojen	35	10.91	5.24			

* $p<.001$

4.2. OKB Gruplarına Göre Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme

Testi (BORRTI) Sonuçlarının Karşılaştırılması

OKB grupları BORRTI alt ölçek puanları açısından T-Testi analizi ile karşılaştırılmış ve sadece Benmerkezcilik ($t=2.126$, $p<.05$) puanları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 5). Buna göre, reaktif grupta yer alanlar ($Ort.=11.29\pm5.54$), otojen grupta yer alanlardan ($Ort.=8.46\pm5.55$) anlamlı olarak daha fazla Benmerkezcilik puanı almışlardır. Cinsiyet değişkeninin etkisini ortadan kaldırarak gruplar arasında ölçek puanları açısından fark olup olmadığını

incelemek için Tek Yönlü Varyans analizi yapılmıştır. Sonuçta tüm alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 5. OKB Gruplarına Göre Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme Ölçeği (BORRTI) Puanlarının Karşılaştırılması

BORRTI	Grup	N	Ortalama	S	Sd	t	p
Yabancılaşma	Reaktif	34	17.97	7.45	62.38	1.950	.056
	Otojen	35	14.83	5.81			
Güvensiz Bağlanma	Reaktif	34	11.56	5.38	60.67	1.866	.067
	Otojen	35	9.43	3.97			
Benmerkezcilik	Reaktif	34	11.29	5.54	66.95	2.126*	.037
	Otojen	35	8.46	5.55			
Sosyal Yetersizlik	Reaktif	34	8.65	4.55	67.00	1.682	.097
	Otojen	35	6.77	4.71			
Gerçekliğin Bozulması	Reaktif	34	11.97	8.61	65.18	1.557	.124
	Otojen	35	8.94	7.49			
Algıların Belirsizliği	Reaktif	34	9.12	3.76	66.24	0.473	.638
	Otojen	35	8.66	4.32			
Halüsinasyonlar Delüzyonlar	Reaktif	34	5.21	5.38	65.01	0.524	.602
	Otojen	35	4.57	4.64			

*p<.05

Gruplara ait BORRTI alt test puanları T puanlarına çevrilmiş ve bu puanlara göre nesne ilişkileri açısından patolojik düzeyde olanlar ve olmayanlar ayrılmıştır. Gruplar T puanları açısından Ki-Kare analizi ile karşılaştırılmıştır (Tablo 6). Sonuçta, sadece Güvensiz Bağlanma alt test T puanı açısından anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($X^2=6.250$, $p<.05$). Reaktif grupta Güvensiz Bağlanmanın olması yönünde bir yığılma olduğu görülmüştür.

Tablo 6. OKB Gruplarının BORRTI T Puanlarına Göre Karşılaştırılması

BORRTI	Reaktif		Otojen		X^2	p
	N	%	N	%		
Yabancılaşma					1.759	.185
Olan	20	57.1	15	42.9		
Olmayan	14	41.2	20	57.1		
Güvensiz Bağlanma					6.250*	.012
Olan	14	73.7	5	26.3		
Olmayan	20	40	30	60		
Benmerkezcilik					3.587	.058
Olan	25	58.1	18	41.9		
Olmayan	9	34.5	17	65.4		
Sosyal Yetersizlik					2.442	.118
Olan	18	60	12	40		
Olmayan	16	41	23	59		
Gerçeğin Bozulması					0.750	.387
Olan	21	53.8	18	46.2		
Olmayan	13	43.3	17	56.7		
Algıların Belirsizliği					0.116	.733
Olan	12	52.2	11	47.8		
Olmayan	22	47.8	24	52.2		
Halüsinasyonlar Delüzyonlar					0.153	.696
Olan	21	51.2	20	48.8		
Olmayan	13	46.4	15	53.6		

* $p<.05$

4.3. OKB Gruplarına Göre Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) Sonuçlarının Karşılaştırması

Her iki grup uygulanan savunma biçimleri ölçek puanları açısından da T-Testi analizi yapılarak karşılaştırılmıştır (Tablo 7). Sonuçlar incelendiğinde her iki grup arasında Yansıtma ($t=2.792$, $p<.01$), İnkâr ($t=-2.497$, $p<.05$), Disosiyasyon ($t=-2.249$, $p<.05$) ve Bölme ($t=2.310$, $p<.05$) açısından anlamlı bir fark olduğu, diğer alt ölçümler açısından ise bu tarz bir farkın olmadığı saptanmıştır. Otojen gruptaki hastalar (Ort.= 8.11 ± 3.95) reaktif grubundaki hastalardan (Ort.= 11.15 ± 4.99) anlamlı olarak daha az yansıtma savunma biçimini kullanmaktadırlar. Benzer şekilde otojen gruptaki hastalar (Ort.= 7.03 ± 3.82) reaktif grubundaki hastalardan (Ort.= 9.35 ± 4.50) anlamlı olarak daha az bölme savunma biçimini kullanmaktadırlar. Otojen gruptaki hastalar (Ort.= 8.29 ± 4.51) reaktif grubundaki hastalardan (Ort.= 5.97 ± 3.08) anlamlı olarak daha fazla yadsıma/inkar savunma biçimini kullanmaktadırlar. Yine otojen gruptaki hastalar (Ort.= 5.14 ± 4.06) reaktif grubundaki hastalardan (Ort.= 3.41 ± 2.03) anlamlı olarak daha fazla disosiyasyon savunma biçimini kullanmaktadırlar. Cinsiyet değişkeninin etkisini ortadan kaldırarak gruplar arasında ölçek puanları açısından fark olup olmadığını incelemek için Tek Yönlü Varyans analizi yapılmıştır. Sonuçta tüm alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark görülmemiştir.

Tablo 7. OKB Gruplarına Göre Savunma Biçimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Savunma Biçimleri Ölçeği	Grup	N	Ortalama	S	Sd	t	p
Yansıtma	Reaktif	34	11.15	4.99	62.83	2.792**	.007
	Otojen	35	8.11	3.95			
Pasif Agresyon	Reaktif	34	9.24	4.91	65.86	0.335	.738
	Otojen	35	8.86	4.43			
Dışa vurma	Reaktif	34	10.26	5.57	60.31	0.759	.451
	Otojen	35	9.37	4.07			
Yalıtma	Reaktif	34	9.79	4.90	65.99	0.197	.844
	Otojen	35	9.57	4.46			
Değersizleştirme	Reaktif	34	7.97	4.17	66.90	0.113	.910
	Otojen	35	7.86	4.14			
Otistik Fantezi	Reaktif	34	7.18	4.42	66.80	-0.321	.749
	Otojen	35	7.51	4.31			
İnkâr	Reaktif	34	5.97	3.08	60.20	-2.497*	.015
	Otojen	35	8.29	4.51			
Yer Değiştirme	Reaktif	34	8.82	4.92	63.21	0.526	.601
	Otojen	35	8.26	3.95			
Disosiyasyon	Reaktif	34	3.41	2.03	50.35	-2.249*	.029
	Otojen	35	5.14	4.06			
Bölme	Reaktif	34	9.35	4.50	64.58	2.310*	.024
	Otojen	35	7.03	3.82			
Mantıksallaştırma	Reaktif	34	7.26	4.38	64.50	-1.162	.249
	Otojen	35	8.40	3.70			

Bedenselleştirme	Reaktif	34	11.35	4.84	66.49	0.492	.624
	Otojen	35	10.74	5.45			
Yapma Bozma	Reaktif	34	11.32	4.35	66.99	1.187	.240
	Otojen	35	10.06	4.52			
Yapay Özgecilik	Reaktif	34	13.41	3.29	66.97	0.120	.905
	Otojen	35	13.31	3.46			
İdealleştirme	Reaktif	34	8.82	5.21	66.57	0.182	.856
	Otojen	35	8.60	4.95			
Karşıt Tepki Geliştirme	Reaktif	34	9.94	3.92	66.98	1.386	.170
	Otojen	35	8.60	4.12			
Yüceltme	Reaktif	34	9.12	4.76	63.75	-1.876	.065
	Otojen	35	11.09	3.90			
Mizah	Reaktif	34	9.15	4.57	63.34	-0.338	.737
	Otojen	35	9.49	3.69			
Beklenti	Reaktif	34	11.76	4.44	61.82	-0.696	.489
	Otojen	35	12.43	3.40			
Baskılama	Reaktif	34	8.59	4.82	64.85	1.415	.162
	Otojen	35	7.06	4.13			
İmmatür Savunmalar	Reaktif	34	101.76	29.49	66.96	0.368	.714
	Otojen	35	99.14	29.66			
Nevrotik Savunmalar	Reaktif	34	43.50	10.00	66.85	1.168	.247
	Otojen	35	40.57	10.81			
Matür Savunmalar	Reaktif	34	38.62	12.35	65.49	-0.513	.610
	Otojen	35	40.06	10.92			

*p<.05,**p<.01

4.4. OKB Gruplarına Göre Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) Sonuçlarının Karşılaştırması

OKB grupları Mizaç ve Karakter Envanteri alt test puanları açısından T-Testi analiz yöntemi ile karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 8’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde gruplar arasında Yenilik Arayışı 1 (Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık) alt test puanları açısından anlamlı bir fark varken ($t=-2.404$, $p<.05$), diğer alt test puanları açısından anlamlı bir fark yoktur. Otojen gruptakiler ($Ort.=5.91\pm2.13$), reaktif gruptakilerden (4.65 ± 2.24) anlamlı olarak daha yüksek Yenilik Arayışı 1 (Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık) puanı almışlardır. Sebat Etme alt test puanları açısından ise sınırda bir anlamlılık düzeyi olduğu görülmektedir. ($t=1.993$, $p=.05$). Cinsiyet değişkeninin etkisini ortadan kaldırarak gruplar arasında ölçek puanları açısından fark olup olmadığını incelemek için Tek Yönlü Varyans analizi yapılmıştır. Sonuçta tüm alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 8. OKB Gruplarına Göre Mizaç ve Karakter Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması

Mizaç ve Karakter Envanteri	Grup	N	Ortalama	S	Sd	t	p
Yenilik Arayışı 1	Reaktif	34	4.65	2.24	66.59	-2.404*	.019
	Otojen	35	5.91	2.13			
Yenilik Arayışı 2	Reaktif	34	3.44	1.88	66.47	0.145	.885
	Otojen	35	3.37	2.12			
Yenilik Arayışı 3	Reaktif	34	4.03	2.28	66.80	-0.315	.754
	Otojen	35	4.20	2.22			
Yenilik Arayışı 4	Reaktif	34	3.24	1.83	66.92	-1.620	.110
	Otojen	35	3.97	1.95			
Yenilik Arayışı Toplam	Reaktif	34	15.35	5.09	66.99	-1.681	.097
	Otojen	35	17.46	5.30			
Zarardan Kaçınma 1	Reaktif	34	8.38	2.09	66.04	1.645	.105
	Otojen	35	7.49	2.43			
Zarardan Kaçınma 2	Reaktif	34	5.62	1.44	64.12	0.055	.956
	Otojen	35	5.60	1.19			
Zarardan Kaçınma 3	Reaktif	34	5.42	1.71	65.23	1.088	.281
	Otojen	35	4.91	2.08			
Zarardan Kaçınma 4	Reaktif	34	5.88	2.45	64.03	-0.429	.670
	Otojen	35	6.11	2.03			
Zarardan Kaçınma Toplam	Reaktif	34	25.29	5.61	67.00	0.861	.392
	Otojen	35	24.11	5.77			
Ödül Bağımlılığı 1	Reaktif	34	7.32	1.59	64.39	0.187	.852
	Otojen	35	7.26	1.34			
Ödül	Reaktif	34	3.56	1.97	66.51	-0.705	.484

Bağımlılığı 2	Otojen	35	3.91	2.21			
Ödül Bağımlılığı 3	Reaktif	34	2.74	1.46	65.66	-0.621	.537
	Otojen	35	2.94	1.30			
Ödül Bağımlılığı Toplam	Reaktif	34	13.62	3.31	66.93	-0.623	.535
	Otojen	35	14.11	3.31			
Sebat Etme	Reaktif	34	5.21	1.89	66.75	1.993	.050
	Otojen	35	4.31	1.83			
Kendi Kendini Yönetme 1	Reaktif	34	3.29	2.22	66.44	-1.634	.107
	Otojen	35	4.14	2.09			
Kendi Kendini Yönetme 2	Reaktif	34	4.47	1.85	66.82	-1.944	.056
	Otojen	35	5.37	2.00			
Kendi Kendini Yönetme 3	Reaktif	34	2.00	1.37	65.82	-1.348	.182
	Otojen	35	2.49	1.62			
Kendi Kendini Yönetme 4	Reaktif	34	5.56	2.35	66.16	1.079	.284
	Otojen	35	4.97	2.16			
Kendi Kendini Yönetme 5	Reaktif	34	7.32	1.90	66.68	-0.692	.491
	Otojen	35	7.66	2.10			
Kendi Kendini Yönetme Toplam	Reaktif	34	22.65	6.94	65.94	-1.240	.219
	Otojen	35	24.63	6.30			
İş Birliği Yapma 1	Reaktif	34	5.53	2.00	66.44	0.276	.783
	Otojen	35	5.40	1.88			
İş Birliği Yapma 2	Reaktif	34	4.09	1.44	66.95	0.336	.738
	Otojen	35	3.97	1.44			
İş Birliği Yapma 3	Reaktif	34	4.68	1.25	65.55	0.058	.954
	Otojen	35	4.66	1.49			

İş Birliği Yapma 4	Reaktif	34	6.82	3.04	66.26	0.033	.974
	Otojen	35	6.80	2.82			
İş Birliği Yapma 5	Reaktif	34	8.26	1.24	64.88	-1.205	.232
	Otojen	35	8.60	1.06			
İş Birliği Yapma Toplam	Reaktif	34	29.38	6.20	64.53	-0.033	.973
	Otojen	35	29.43	5.24			
Kendi Kendini Aşma 1	Reaktif	34	5.94	2.57	66.12	-0.147	.884
	Otojen	35	6.03	2.36			
Kendi Kendini Aşma 2	Reaktif	34	4.50	1.74	66.44	-0.606	.547
	Otojen	35	4.77	1.97			
Kendi Kendini Aşma 3	Reaktif	34	7.38	2.63	66.46	-1.098	.276
	Otojen	35	8.06	2.47			
Kendi Kendini Aşma Toplam	Reaktif	34	17.82	5.16	65.30	-0.885	.379
	Otojen	35	18.86	4.51			

*p<.05

4.5. OKB Gruplarına Göre Korelasyon Analizi Sonuçlarının Karşılaştırması

Reaktif grupta yer alanların şikâyet süresi, YBOCS, Beck Depresyon Ölçek puanları ile uygulanan diğer ölçek puanları arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmek için Pearson Korelasyon analizi yapılmış ve sonuçlar Tablo 9’da sunulmuştur. Tabloya göre, Beck Depresyon Ölçeği puanları ile İmmatür Savunmalar ($r=0.416$, $p<.05$), Gerçekliğin Bozulması ($r=0.393$, $p<.05$) ve Algıların Belirsizliği ($r=0.384$, $p<.05$) pozitif yönde; Kendi Kendini Yönetme Toplam puanları ($r=-0.456$, $p<.01$) ile negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 9. Reaktif Grupta Şikâyet süresi, YBOCS, Beck Depresyon Ölçeği ile Uygulanan Diğer Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Şikâyet Süresi	YBOCS	BECK Depresyon
İmmatür Savunmalar	.137	-.069	.416*
Nevrotik Savunmalar	.182	-.211	.201
Matür Savunmalar	.234	-.211	-.180
Yabancılaşma	.085	-.033	.332
Güvensiz Bağlanma	.110	-.153	.233
Benmerkezcilik	.046	-.083	.269
Sosyal Yetersizlik	.241	-.150	.324
Gerçekliğin Bozulması	.077	-.009	.393*
Algıların Belirsizliği	-.102	.149	.384*
Halüsinasyonlar Delüzyonlar	.053	.171	.220
Yenilik Arayışı Toplam	.138	-.352*	-.008
Zarardan Kaçınma Toplam	.096	.053	.192
Ödül Bağımlılığı Toplam	-.026	-.054	.187
Sebat Etme Toplam	-.034	.206	.010
Kendi Kendini Yönetme Toplam	-.169	.106	-.456**
İş Birliği Yapma Toplam	-.505**	.005	.035
Kendi Kendini Aşma Toplam	.001	-.065	.155

*p<.05, **p<.01

Reaktif grupta Savunma Düzenekleri Ölçek Puanları ile Nesne İlişkiler, Mizaç ve Karakter Ölçek puanları arasında ilişki olup olmadığına Pearson Korelasyon analizi ile bakılmıştır (Tablo 10). İmmatür Savunmalar puanı ile Yabancılaşma ($r=0.668$, $p<.01$), Güvensiz Bağlanma ($r=0.798$, $p<.01$), Benmerkezcilik ($r=0.783$, $p<.01$), Sosyal Yetersizlik ($r=0.428$, $p<.01$), Gerçekliğin Bozulması ($r=0.850$, $p<.01$), Algıların Belirsizliği ($r=0.682$, $p<.01$), Halüsinasyonlar ve Delüzyonlar ($r=0.770$, $p<.01$), Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.400$, $p<.01$), Kendi Kendini Aşma Toplam($r=0.620$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, Ödül Bağımlılığı Toplam ($r=-0.378$, $p<.05$), Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.803$, $p<.01$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.569$, $p<.01$) puanları arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Nevrotik Savunmalar puanı ile Güvensiz Bağlanma ($r=0.365$, $p<.05$), Gerçekliğin Bozulması ($r=0.351$, $p<.05$) ve Kendi Kendini Aşma Toplam($r=0.562$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.373$, $p<.05$) puanları arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Matür Savunmalar puanları ile Yenilik Arayışı Toplam ($r=0.409$, $p<.05$) puanları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken, Zarardan Kaçınma Toplam ($r=-0.422$, $p<.01$) puanları ile negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 10. Reaktif Grupta Savunma Düzenekleri Ölçek Puanları ile Nesne İlişkiler, Mizaç ve Karakter Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	İmmatür Savunmalar	Nevrotik Savunmalar	Matür Savunmalar
Yabancılaşma	.668**	.219	-.087
Güvensiz Bağlanma	.798**	.365*	-.075
Benmerkezcilik	.783**	.314	.112
Sosyal Yetersizlik	.428*	.254	-.144
Gerçekliğin Bozulması	.850**	.351*	-.047
Algıların Belirsizliği	.682**	.242	-.199
Halüsinasyonlar Delüzyonlar	.770**	.306	-.052
Yenilik Arayışı Toplam	.062	.083	.409*
Zarardan Kaçınma Toplam	.400*	.062	-.422**
Ödül Bağımlılığı Toplam	-.378*	.032	.028
Sebat Etme Toplam	-.191	-.142	-.017
Kendi Kendini Yönetme Toplam	-.803**	-.373*	.234
İş Birliği Yapma Toplam	-.569**	-.115	-.053
Kendi Kendini Aşma Toplam	.620**	.562**	.088

*p<.05, **p<.01

Reaktif grupta Nesne İlişkileri ile Mizaç ve Karakter Ölçek Puanları arasındaki ilişki de Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiş olup sonuçlar Tablo

11’de belirtilmiştir. Yabancılaşma puanları ile Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.557$, $p<.01$) ve Kendi Kendini Aşma Toplam($r=0.586$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, Ödül Bağımlılığı Toplam ($r=-0.358$, $p<.05$), Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.662$, $p<.01$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.569$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Güvensiz Bağlanma puanları ile Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.409$, $p<.05$) ve Kendi Kendini Aşma Toplam($r=0.621$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.837$, $p<.01$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.582$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Benmerkezcilik puanları ile Kendi Kendini Aşma Toplam($r=0.529$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, Ödül Bağımlılığı Toplam ($r=-0.377$, $p<.05$), Sebat Etme Toplam ($r=-0.366$, $p<.05$), Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.731$, $p<.01$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.600$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sosyal Yetersizlik puanları ile Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.374$, $p<.05$) ve Kendi Kendini Aşma Toplam($r=0.460$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-.489$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Gerçekliğin Bozulması puanları ile Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.368$, $p<.05$) ve Kendi Kendini Aşma Toplam($r=0.701$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken, Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.755$,

$p<.01$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.571$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Algıların Belirsizliği puanları ile Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.434$, $p<.05$) ve Kendi Kendini Aşma Toplam($r=0.426$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde, Ödül Bağımlılığı Toplam ($r=-0.463$, $p<.05$), Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.731$, $p<.01$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.346$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Son olarak Halüsinasyonlar ve Delüzyonlar puanları ile Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.366$, $p<.05$) ve Kendi Kendini Aşma Toplam($r=0.618$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.621$, $p<.01$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.578$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Tablo 11. Reaktif Grupta Nesne İlişkileri ile Mizaç ve Karakter Ölçek

Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Yabancılaşma	Güvensiz Bağlanma	Benmerkezcilik	Sosyal Yetersizlik	Gerçekliğin Bozulması	Algıların Belirsizliği	Halüsinasyonlar Delüzyonları
Yenilik Arayışı Toplam	-.309	.027	.042	-.319	-.050	-.119	-.061
Zarardan Kaçınma Toplam	.557**	.409*	.328	.374*	.368*	.434*	.366*
Ödül Bağımlılığı Toplam	-.358*	-.322	-.377*	-.168	-.324	-.463*	-.278
Sebat Etme Toplam	-.269	-.140	-.366*	-.189	-.108	-.097	-.082
Kendi Kendini Yönetme Toplam	-.662**	-.837**	-.731**	-.489**	- .755**	- .731**	-.621**
İş Birliği Yapma Toplam	-.406*	-.582**	-.600**	-.237	- .571**	-.346*	-.578**
Kendi Kendini Aşma Toplam	.586**	.621**	.529**	.460**	.701**	.426*	.618**

*p<.05, **p<.01

Otojen grupta yer alanların şikayet süresi, YBOCS, Beck Depresyon Ölçek puanları ile uygulanan diğer ölçek puanları arasında bir ilişki olup olmadığı Pearson Korelasyon yöntemi ile incelenmiştir ve sonuçlar Tablo 12’de gösterilmiştir. Tabloya göre, YBOCS puanları ile Algıların Belirsizliği ($r=0.359$, $p<.05$) pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme Toplam puanları ($r=-0.464$, $p<.01$) ile negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği puanları ile Yabancılaşma ($r=0.528$, $p<.01$), Benmerkezcilik ($r=0.385$, $p<.05$) ve Algıların Belirsizliği ($r=0.381$, $p<.05$) pozitif yönde; Nevrotik Savunmalar ($r=-0.412$, $p<.05$), Matür Savunmalar ($r=-0.370$, $p<.05$) ve Kendi Kendini Yönetme Toplam puanları ($r=-0.563$, $p<.01$) ile negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 12. Otojen Grupta Şikayet süresi, YBOCS, Beck Depresyon Ölçeği ile Uygulanan Diğer Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Şikayet Süresi	YBOCS	BECK Depresyon
İmmatür Savunmalar	-.021	.105	.214
Nevrotik Savunmalar	-.127	-.150	-.412*
Matür Savunmalar	.030	-.287	-.370*
Yabancılaşma	.092	.319	.528**
Güvensiz Bağlanma	-.100	.057	.185
Benmerkezcilik	.115	.185	.385*
Sosyal Yetersizlik	.096	.032	.136
Gerçekliğin Bozulması	-.021	.251	.202
Algıların Belirsizliği	-.128	.359*	.381*
Halüsinasyonlar Delüzyonlar	-.012	.190	.133
Yenilik Arayışı Toplam	-.049	-.140	-.081
Zarardan Kaçınma Toplam	-.142	.132	.085
Ödül Bağımlılığı Toplam	-.106	-.139	-.213
Sebat Etme Toplam	-.245	-.228	-.252
Kendi Kendini Yönetme Toplam	-.119	-.464**	-.563**
İş Birliği Yapma Toplam	.109	-.219	-.313
Kendi Kendini Aşma Toplam	.037	-.018	-.109

*p<.05, **p<.01

Otojen grupta Savunma Düzenekleri Ölçek Puanları ile Nesne İlişkiler, Mizaç ve Karakter Ölçek puanları arasında ilişki olup olmadığına Pearson Korelasyon analiz yöntemi ile bakılmıştır (Tablo 13). İmmatür Savunmalar puanı ile Güvensiz Bağlanma ($r=0.628$, $p<.01$), Benmerkezcilik ($r=0.568$, $p<.01$), Sosyal Yetersizlik ($r=0.350$, $p<.05$), Gerçekliğin Bozulması ($r=0.631$, $p<.01$), Algıların Belirsizliği ($r=0.418$, $p<.05$), Halüsinasyonlar ve Delüzyonlar ($r=0.455$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.456$, $p<.01$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.506$, $p<.01$) puanları arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Nevrotik Savunmalar puanı ile diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Matür Savunmalar puanları ile sadece Yenilik Arayışı Toplam ($r=0.457$, $p<.01$) puanları ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 13. Otojen Grupta Savunma Düzenekleri Ölçek Puanları ile Nesne İlişkiler, Mizaç ve Karakter Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	İmmatür Savunmalar	Nevrotik Savunmalar	Matür Savunmalar
Yabancılaşma	.287	-.139	-.229
Güvensiz Bağlanma	.628**	.004	.143
Benmerkezcilik	.568**	-.113	-.072
Sosyal Yetersizlik	.350*	.143	.019
Gerçekliğin Bozulması	.631**	.237	.071
Algıların Belirsizliği	.418*	-.061	-.149
Halüsinasyonlar Delüzyonlar	.455**	.097	.101
Yenilik Arayışı Toplam	.195	.177	.457**
Zarardan Kaçınma Toplam	.294	-.139	-.180
Ödül Bağımlılığı Toplam	-.272	.184	-.124
Sebat Etme Toplam	-.131	-.005	.123
Kendi Kendini Yönetme Toplam	-.456**	.078	.215
İş Birliği Yapma Toplam	-.506**	.126	-.028
Kendi Kendini Aşma Toplam	.094	.297	.175

*p<.05, **p<.01

Otojen grupta da Nesne İlişkileri ile Mizaç ve Karakter Ölçek Puanları arasındaki ilişki de Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiş olup sonuçlar Tablo 14'te belirtilmiştir. Yabancılaşma puanları ile Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.503$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, Yenilik Arayışı Toplam ($r=-$

0.419, $p<.05$), Ödül Bağımlılığı Toplam ($r=-0.403$, $p<.05$), Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.378$, $p<.05$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.457$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Güvensiz Bağlanma puanları ile Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.438$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.356$, $p<.05$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.516$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Benmerkezcilik puanları ile Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.352$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.461$, $p<.01$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.552$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sosyal Yetersizlik puanları ile Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.480$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, Ödül Bağımlılığı Toplam ($r=-0.406$, $p<.05$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.439$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Gerçekliğin Bozulması puanları ile Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.516$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken, Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.404$, $p<.05$) ve İş Birliği Yapma Toplam ($r=-0.410$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Algıların Belirsizliği puanları ile Zarardan Kaçınma Toplam ($r=0.511$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde, Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.581$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Son olarak Halüsinasyonlar ve Delüzyonlar puanları sadece Kendi Kendini Yönetme Toplam ($r=-0.355$, $p<.05$) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Tablo 14. Otojen Grupta Nesne İlişkileri ile Mizaç ve Karakter Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Yabancılaşma	Güvensiz Bağlanma	Benmerkezcilik	Sosyal Yetersizlik	Gerçeklik in Bozulması	Algıların Belirsizliği	Halüsinasyonlar Delüzyonlar
Yenilik Arayışı Toplam	-.419*	.115	-.032	-.204	-.016	.008	.162
Zarardın Kaçınma Toplam	.503**	.438**	.352*	.480**	.516*	.511**	.306
Ödül Bağımlılığı Toplam	-.403*	-.212	-.247	-.406*	-.248	-.117	-.206
Sebat Etme Toplam	-.020	.208	-.052	.067	-.237	-.325	-.278
Kendi Kendini Yönetme Toplam	-.378*	-.356*	-.461**	-.116	-.404*	-.581**	-.355*
İş Birliği Yapma Toplam	-.457**	-.516**	-.552**	-.439**	-.410*	-.325	-.268
Kendi Kendini Aşma Toplam	-.042	-.003	-.092	.066	.087	.099	.139

* $p<.05$, ** $p<.01$

5. TARTIŞMA

Obsesif kompulsif bozukluk, etiyolojisi, belirti yapısı, klinik, tedaviye direnç ve sağaltım gibi özellikleri açısından oldukça heterojen bir yapıya sahip olup daha homojen alt tiplerinin tanımlanması için güncel çalışmalar yapılmaktadır. Güncel literatürde otojen ve reaktif OKB ayırımına yönelik, gruplar arası farkları inceleyen az sayıda sosyodemografik, klinik, nörogörüntüleme, bilişsel farklılıkları içeren çalışmalar mevcuttur. Yapılan çalışmalar, otojen-reaktif OKB ayırımının hastalığı sadece bilişsel dizgelere göre sınıflandırmakla kalmadığı, bu ayırımın nörobiyolojik temelleri de olabileceğini de göstermektedir. Literatürde, bu grupları nesne ilişkileri, savunma düzenekleri, mizaç ve karakter özellikleri açısından karşılaştıran güncel bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

5.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Yapılan karşılaştırmalar sonucunda, bizim çalışmamızda gruplar arası sosyodemografik ve klinik veriler incelendiğinde; otojen ve reaktif OKB gruplarının cinsiyet açısından anlamlı farklılık içerdiği görülmektedir. Otojen grupta erkek katılımcıların daha fazla olduğu görülmektedir. Literatürde otojen-reaktif gruplarla yapılan bazı çalışmada, gruplar arası cinsiyet farklılığı gösterilmezken, Çamlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada reaktif OKB hastalarının daha çok kadın cinsiyetten olduğu, Beşiroğlu ve arkadaşlarının bir çalışmada ise otojen hastaların daha çok erkek cinsiyetten olduğu gösterilmiştir (121, 122).

Çalışmadaki otojen ve reaktif grupların yaş, eğitim seviyesi, medeni durum, çalışma hali yönünden benzer oldukları görülmektedir. Fontenelle ve arkadaşlarının çalışmasında, yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durum, çalışma hali gibi diğer sosyodemografik özellikler açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir (98).

Çalışmamızda, OKB şiddeti YBOCS ile değerlendirilmiş olup; hastalık şiddeti açısından otojen ve reaktif OKB grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Psikiyatrik hastalık ve belirti şiddetinin kullanılan savunma düzeneklerini, mizaç özelliklerini etkilediği daha önce depresyon, anksiyete bozukluğu gibi klinik psikopatoloji gruplarında yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (162, 191). OKB' ye en sık eşlik eden ruhsal hastalık olan Major Depresyonun, olası bir yordayıcı olması nedeni ile bu çalışmada klinik olarak depresyonu olan ve BDE puanı 17'nin üzerinde olan OKB hastaları dışlanarak, sonuçlar üzerine depresyonun olası etkileri engellenmeye çalışılmıştır. Örneklem grubunun hepsinin BDE puanı 17'nin altında olması ile birlikte otojen ve reaktif OKB grupları arasında BDE puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Literatüre bakıldığında, otojen ve reaktif OKB gruplarının depresif eğilimlerine dair farklı bulgulara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır. Otojen obsesyonlar daha çok hoşnutsuzluk ve suçluluk duygularına, reaktif obsesyonlar daha çok kaygı ve endişeye yol açmaktadır (114). Otojen obsesyona sahip hastalar obsesyon içeriklerinin (örn. dini, cinsellik ve saldırganlık) kabul edilemez, utanılır olması, günah işleme kaygısı taşıması nedeniyle daha fazla suçluluk hissedebilirler. Bu hastalar zihne zorla giren bu düşünceleri, reaktif obsesyonları olan hastalara göre daha fazla bilinçli olarak bastırma eğiliminde olup bu çaba da paradoksal olarak otojen obsesyonların daha da artmasına neden olmaktadır (192). Bunun yanında istenmeyen düşünceleri bilinçli olarak bastırma eğilimi ile olumsuz duygu durum arasında anlamlı ilişki olduğu söylenmektedir. Bu yorumu destekleyecek bir çalışmada, Millet 2004 yılında, siklotimik ve epizodik özellikleri olan OKB hastalarının dini, saldırganlık ve cinsel obsesyonlara daha fazla sahip olma eğiliminde olduklarını bulmuş ve bu hastalarda depresif atakların aslında OKB'yi tetikleyebileceğini öne sürmüştür (134). Reaktif obsesyonlar ise otojen obsesyonlara göre daha az olumsuz duygusal reaksiyonlarla ilişkili olup, daha az suçluluk uyandırmakta ve hastalar olması muhtemel olumsuz sonuçların gerçekleşmesi ile ilgili endişe yaşayabilmektedir. Belloch tarafından yapılan çalışmada ise farklı olarak reaktif grup depresif belirtiler daha ilişkili bulunmuştur. Bu sonucu reaktif grubun çoğunlukla kompulsif davranış ile ilişkili olması, bu davranışların hastanın günlük aktivitelerine daha büyük oranda engel olması ve böylece duygu durumunu etkilemesi ile açıklamışlardır (193).

Moulding ve arkadaşları, otojen ve reaktif alt gruplar arası depresif belirtiler ve benlik saygısı ölçeklerinde fark olmadığını söylemektedir (194). Bu farklı sonuçlar dikkate alındığında, depresyon ve anksiyete bulgularının otojen ve reaktif OKB grupları arasındaki farklılıkları daha geniş bir klinik örneklem ile desteklenmelidir.

Diğer taraftan güncel çalışmalarda büyüsel düşüncelerin otojen OKB’de daha sık olduğu gösterilmiştir (116). Batıl inançlar ve büyüsel düşüncelerin erken yaşlarda başlamasının daha yaygın olduğu düşünülürse (118), otojen ve reaktif OKB hastaları arasında, hastalığın başlangıç yaşı açısından fark olabileceği, otojen OKB’nin daha erken başlangıçlı olabileceği düşünülebilir. Bizim çalışmamızda otojen OKB grubunda hastalık başlangıç yaşı reaktif OKB grubundan daha erken gözükmeyle birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürdeki reaktif ve otojen OKB başlangıç yaşıyla ilgili yapılan çalışmalar farklı sonuçlar içermektedir. Hastalık başlangıç yaşları arasında fark olmadığını söyleyen çalışmalar olduğu gibi; otojen OKB’ nin başlangıç yaşının reaktif OKB’ye göre daha geç olduğunu söyleyen çalışmalar da mevcuttur (121). Hastalığın başlangıç yaşı çoğunlukla hastaların öznel değerlendirmelerinden etkilenebilmektedir. Özellikle otojen tipte olanların işlevselliğin bozulduğu zamanı hastalık başlangıcı olarak değerlendirmiş olma olasılığı bulunmaktadır.

Ayrıca otojen ve reaktif OKB hastalarının hastalık süreleri kıyaslanmış, reaktif OKB hastalarının hastalık süresi ortalama 5.5 yıl, otojen OKB hastalarının hastalık süresi ortalama 6.5 yıl bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bilişsel açıdan farklı süreçleri izleyerek ortaya çıkan otojen ve reaktif OKB gruplarının aldıkları tedaviler açısından bir fark olup olmadığı araştıran çalışmalar vardır. Çalışmamızda, hastaların kullanmakta olduğu ilaçlar antidepresan tedavi (SSRI ve SNRI) ve bunun tipik ve atipik antipsikotik ilaçlar ile kombinasyonundan oluşan 4 gruba ayrılmıştır. Analizlerde, otojen ve reaktif OKB hastalarının kullandıkları ilaçlar açısından gruplar arası anlamlı fark bulunmamıştır. Aynı zamanda; hastaların herhangi bir antipsikotik ile kombine

tedavi alması açısından da gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde; ilaç grupları arasında gruplar arası fark olmayan çalışmalar olduğu gibi (195); otojen OKB hastalarının kombine ilaç kullanımının ve atipik antipsikotik kullanımının reaktif gruptan daha fazla olduğunu saptayan çalışmalar da bulunmaktadır (122). Tedavinin benzer nitelikte olması, bizim gruplarımız arasında sosyodemografik-klinik özellikler ve hastalık şiddeti açısından fark olmamasına bağlı olabilir.

Bu çalışmada otojen ve reaktif hasta gruplarının birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık sıklığı da taranmıştır. Literatürde daha fazla şizotipal özelliklerle gittiği söylenen otojen OKB hastalarının ailelerinde psikotik bozuklukların daha sık olabileceği düşünülmüş fakat çalışmadaki otojen OKB hastalarının birinci derece yakınlarında reaktif OKB grubuna göre psikotik bozukluklar ve diğer psikiyatrik hastalıklar açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aile öyküsü bilgileri, hasta beyanına dayandığı, kişinin bu soruları hastalıktan bağımsız algılama ihtimali, kültürel ve stigmatize edilme nedenleri ile yanlış cevap vermesi ihtimali sonuçları etkilemiş olabilir.

OKB gruplarının yaş, medeni durum, çalışma ve eğitim durumları, hastalık süresi, başlangıç yaşı, hastalık şiddeti, eşik altı depresif belirtiler seviyesi açısından aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamasının çok sayıda nedeni olabilir. Örneklem grubunun görece küçüklüğü en başta gelen etken olabilir.

Çalışma örnekleminin bir üniversite hastanesine başvuran daha çok lise ve üniversite mezunu olan işlevselliği daha iyi hastalardan oluşması, tanı karmaşası olanlar dışında BDE ile ölçülen depresyon eş tanısı olanların da dışlanmış olması nedeni ile genel OKB popülasyonu içinde görece homojen bir alt grubu temsil ediyor olabildiği düşünülebilir.

Diğer taraftan sosyodemografik ve klinik veriler açısından iki grup arasında cinsiyet dışında anlamlı fark olmaması, otojen ve reaktif OKB gruplarının nesne ilişkileri, savunma düzenekleri, mizaç ve karakter açısından değerlendirilmesi aşamasında bu parametrelerin etkisinden bağımsız biçimde yorumlama olanağı sunmuştur. Cinsiyet farklılığı ve bazı ölçekleri etkilebilmesi nedeni ile yapılan analizlerde cinsiyet karıştırıcı bir faktör olarak alınmıştır.

5.2. Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme Testi (BORRTI)

Yukarıda da ifade edildiği gibi, araştırmada nesne ilişkilerini ve gerçeği değerlendirme yetisini ölçmek üzere Bell Nesne İlişkileri ve Gerçeği Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek, nesne ilişkileri ve gerçeği değerlendirme olmak üzere iki global boyuttan oluşmakta ve her iki boyut da kendi içerisinde alt ölçeklere ayrılmaktadır (159).

Araştırmanın bulgular bölümünde aktarıldığı gibi OKB hastaları otojen ve reaktif olarak gruplandırıldığında, BORRTI ile değerlendirilen nesne ilişkileri ve gerçeği değerlendirme boyutlarındaki alt ölçeklerinden “Benmerkezcilik” alt ölçeğinde reaktif OKB grubunda otojen OKB grubuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur.

Benmerkezcilikçi kişiler, kendi benliklerini dünyanın merkezi olarak algılamakta, kendi bireysel amaçları dışında başka hiç kimsenin ihtiyaçları, inançları ve tutumlarını önemli görmemektedir. İlişkilerinde zorlayıcı, talepkâr, manüplatif ve kontrolcüdürler (159). Yüksek benmerkezcilik (EGC) puanı olan bireyler tipik olarak kendilerini koruyucu, kendi merkezli, sömürücü ve kontrol edicidir. Başkalarının varlığını sadece ihtiyaçlarını karşılamak için deneyimler ve başkalarına karşı empati gösteremezler (196). Nesne ilişkileri açısından, OKB olan bireylerde dikkat çeken nokta, yetiştikleri ailelerde kontrol etme meselesinin taşıdığı merkezi konudur. Erken dönem literatürde yeterince ebeveynlik görmemiş çocuklarda OKB görülmesi, bireyin algıladığı ebeveyn tutumunun önemini gözler önüne sermiştir (3).

Bilindiği gibi hem nesne ilişkileri hem de bağlanma kuramı erken dönem bakım veren (ebeveyn) ve çocuk ilişkilerine ve bunların yetişkinlik yaşamındaki etkisine vurgu yapmaktadır. Gerek BORRTI ile değerlendirilen nesne ilişkileri boyutlarının gerekse bağlanma kuramının tanımlarının binişen pek çok özelliğinin olduğu düşünülmektedir. “Yabancılaşma” alt ölçeği ilişkilerde yaşanan temel güven eksikliği, uzak, yapay ve yüzeysel ilişkilerle ilgili iken; “Güvensiz Bağlanma” ilişkilerde yoğun yakınlık arzusuna karşın reddedilmeye, terk

edilmeye ve yalnızlığa yönelik aşırı hassasiyet ile ilişkili olarak tanımlanmaktadır. “Benmerkezcilik”, ilişkilerde diğerlerinin niyetine yönelik güvensizlik, kendi istekleri için diğerlerini kontrol, talepkârlık, tüm güçlülük gibi özelliklerle ilişkili iken; “Sosyal Yetersizlik” ise ilişki kurma ve sürdürmede yetersizlik, çekingenlik ve sosyal anlamda kendini yetersiz algılama ile ilgili olarak tanımlanmıştır (159). Bell, söz konusu ölçek boyutlarının nesne ilişkileri kuramı temelinde tanımlanan gelişimsel dönemlerdeki sorunlarla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Yabancılaşma, “simbiyoz-ayrılma süreci”, Güvensiz Bağlanma “nesne devamlılığının sağlanması süreci”, Benmerkezcilik ise “diğerinin ayrı bir varlık olarak tanımlanması süreci” ile ilişkili sorunlar olarak değerlendirilmiştir (159).

Bağlanma kuramında, kaçınan bağlananlar ilişkilerinde yakınlık arayışı ve duygularını gösterme eğilimi sergilemeyen, dünyayı tehlikeli, diğerlerini güvenilmez olarak algılayan ve sıkıntılı durumlarda kaçınma eğilimi sergileyen kişiler olarak tanımlanmaktadır. Kaygılı bağlananlar ise ilişkilerde yoğun bir biçimde kendine odaklanma, diğerlerinden destek, sevgi ve yakınlık görme konusunda ısrarcı olma ve reddedilmeye karşı duyarlılık sergileme eğilimleri temelinde tanımlanmaktadır (197). Bu açıdan kaçınan bağlanmanın “Yabancılaşma”; kaygılı bağlanmanın ise “Benmerkezcilik ve Güvensiz Bağlanma” alt ölçekleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Literatürdeki OKB ve bağlanma ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; genel olarak kaygılı bağlanmanın obsesif inanışlar ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (198). Kaygılı bağlanma; işlevsel olmayan mükemmeliyetçi eğilimler ve tehlike algılarında artış ile de ilişkilidir (199).

Literatüre baktığımızda BORRTI’nin daha önce OKB’de kullanıldığı bir çalışmaya rastlanılmamaktadır. Yalnızca ergenlerde OKKB da BORRTI’nin değerlendirme gücünün az olduğuna dair bilgiler bulunmaktadır (200). OKB’de nesne ilişkileri boyutundaki analitik literatür; kompulsif obsesifin, kendi düşüncelerinin tüm güçlülüğünden duyduğu korku nedeni ile kendi düşüncesine bağımlı kalmasından bahseder (70). Kompulsif davranış, ayrıca, bilinç dışı olan tüm güçlü kontrol fantezilerini açığa vurur, bu bireyler bir düzeyde doğru şeyleri yaparlarsa, kontrol edilemez olanı kontrol edebileceklerini düşünürler. Ancak kişi

bu denli kontrol altına alma ısrarı sonucunda kontrolünü kaybetme durumuna düşer (3). Lee, reaktif obsesyonu olanların dışarıdaki durumu düzenlemek, organize etmek, güvenli olmayan ve istenmeyen bir durumda olmadıklarından emin olmak için kontrol etme ihtiyacı duyduklarından ve bu doğrultuda yaşamlarına yüksek ve katı standartlar koyduklarından bahseder (114).

Bu bilgilerden yola çıkarak araştırmamız sonucunda reaktif OKB’li bireylerin otojen OKB’li bireylere kıyasla daha belirgin olarak benmerkezci yani aşırı kontrolcü, tüm güçlü, diğer insanları da kontrol etmeye çalışan kişiler olarak tanımlayabilir, gelişimlerinde diğerini ayrı bir varlık olarak tanımlaması sürecinde aksaklık olduğunu iddia edilebilir. Hastalık ilerlemesi ile birlikte reaktif grubun kompülsiyonlarına ev halkını, etrafındaki diğer bireyleri de dâhil etmesi, onları kompulsif eylemlere zorlamaları bu duruma klinik bir kanıt olarak yorumlanabilir. Kaygılı bağlanma ihtimallerinin daha yüksek olduğu iddia edilebilmekle birlikte bu konularda geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

BORRTI’nın alt ölçekleri, toplam yük puanları ile değil aynı zamanda T-skorunun 60ın üzerinde olmasının patolojik düzeyde nesne ilişkilendirmelerine işaret etmesi üzerinden de değerlendirilebilmektedir (159). Bu sebeple, çalışmamızda gruplar, nesne ilişkileri açısından T-skorları ile tekrar değerlendirildi. Bu analizler, sonucunda “Güvensiz bağlanma” hariç diğer tüm alt ölçeklerde iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Ancak reaktif grubun otojen gruba göre “Güvensiz bağlanma”yı patolojik düzeyde kullanması, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuca göre reaktif grubun güvensiz bağlanmayı patolojik seviyede daha fazla kullandığı, ayrılıklar, terk edilme konusunda daha duyarlı olduğu söylenebilir. Bu özelliklerin daha yoğun kullanılması kişiler arası ilişkilerde zorlanmaya, içe çekilmeye yol açabilir. Yukarıda da vurgulandığı gibi “Benmerkezcilik” gibi “Güvensiz bağlanma” da kaygılı bağlanma ile ilişkili olabilmektedir. Buradan daha önce dediğimiz gibi reaktif OKB grubunda kaygılı bağlanmanın daha fazla olması beklenebilir. Bu açıdan OKB alt gruplarında daha detaylı bağlanma çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Egonun bir diğerk fonksiyonu olan gerçeği değerlendirme yetisi açısından bakıldığında; çalışmamızda ölçeğin gerçeği değerlendirme boyutu için elde edilen oranların iki grup arasında anlamsız ve dūřuk olduğu görülmektedir. Obsesif bireylerde yalıtma savunma mekanizmasının belirgin ve yaygın kullanımı, şizoid görünmelerine sebep olmaktadır (3). Literatürde, otojen OKB hastalarının algısal distorsiyonlar, şizotipal kişilik özellikleri, daha fazla büyüsel dūřnceyle ilişkisi olduğu ve reaktif alt tiple kıyaslandığında tuhaf, acayip dūřnce içeriğinin psikotik dūřnceye daha çok benzerlik gösterdiği sonucu bulunmuştur (201).

Söz konusu boyutun alt ölçekleri için ilgili ölçek maddeleri incelendiğinde bazı ifadelerin psikotik nitelikli olmak dışında diğerk belirti kümelerini de kapsayabileceği dūřnlebilir. Örneęin; “İnsanlar kabul etse de etmese de genellikle bana kızgındır.” maddesi depresif, “Açıklayamadığım kaygı duyguları yaşarım” maddesi anksiyöz ve “Günlerce gerçeklikle bağlantımın koptuğunu hissederim.” maddesi disosiyatif belirtilerle ilişkili de görülmektedir. Ölçekteki bu soruların psikotik belirtiler dışındaki belirtilerde de olumlu cevaplanabilme ihtimali, tedavi altında olmaları ve şizoid görünüme sahip OKB hastalarının poliklinik şartlarında ayırıcı tanı sorunun daha fazla olması nedeni ile çalışma dışı bırakılma olasılığının yüksek olması bu çalışmada gerçeği değerlendirme boyutunda gruplar arası fark olmamasını açıklayabilir.

Diğerk taraftan Bell, ölçeğin kuramsal arka planını tanımlarken hem nesne ilişkilerinin hem de gerçeği değerlendirme yetisinin sağlıklı ego gelişiminin bileşenleri olduğunu ifade etmiştir (159). Bu açıdan söz konusu boyutlar doğrudan psikotik içerikli yaşantıların değerlendirilmesinden çok ego gücü ve kullanılan savunma düzeneklerinin niteliği temelinde de ele alınabilir. Çalışmamızda otojen ve reaktif grupların her ikisinde de immatür savunma düzenekleri ile gerçeği değerlendirme alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuş olması bunu destekleyen bir bulgudur.

5.3. Savunma Biçimleri Testi (SBT-40)

Araştırmada, savunma mekanizmalarının düzeyini ölçmek üzere, Savunma Biçimleri Testi'nin (SBT-40) kırk soruluk kısa formu kullanılmıştır. Her

biri iki sorudan yirmi savunma mekanizmasını ölçen ölçekte, savunma mekanizmaları matür, nevrotik ve immatür olmak üzere üç düzeyde sınıflandırılmıştır.

İmmatür savunmalar; yansıtma, pasif agresyon, dışa vurma, yalıtma, değersizleştirme, otistik fantezi, inkâr, yer değiştirme, disosiyasyon, bölme, mantıksallaştırma, bedenselleştirme savunma biçimlerinden oluşmaktadır. Nevrotik savunmalar; yapma–bozma, yapay-özgecilik (pseudo-alturizm), idealleştirme, karşıt tepki geliştirme savunma biçimlerini içermektedir. Matür savunmalar; yüceltme, mizah, beklenti, bastırma savunma biçimlerini kapsamaktadır (191).

Bizim çalışmamızda otojen ve reaktif OKB alt gruplarında savunma düzenekleri seviyesi açısından anlamlı fark olmamakla birlikte her iki grubun immatür savunma düzeneklerini daha sık kullandığı görülmektedir. Literatürde OKB ile sağlıklı kontrolleri karşılaştıran çalışmalarda immatür düzenekler açısından anlamlı farklılık görülmüştür (202, 203). Daha önce de ifade edildiği gibi, savunma düzenekleri, kişinin içsel başa çıkma düzenekleri olup uygun kullanıldığında, psikolojik sağlık için gereklidir. Buna karşın, savunma düzeneklerinin aşırı ve katı kullanımı psikopatolojinin bir işareti olabilir. Hatta savunma düzeneklerinin düzeyi ile psikopatolojinin düzeyi arasında güçlü bir bağ vardır (3, 162). Bir birey tarafından matür savunmanın kullanılması, egonun matürasyonu ile yakın ilişki içinde olup farklı streslere karşı ağırlıklı olarak bu savunmaların kullanılmasının genel olarak ruhsal sağlık ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, iki grup birbiri ile karşılaştırıldığında reaktif grupta yansıtma ve bölme mekanizmaları, otojen grupta inkâr ve disosiyasyon mekanizmaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Savunma biçimleri ölçeği kullanarak OKB hasta grubunda literatürde yapılmış kısıtlı çalışma bulunmaktadır. Andrew ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada OKB hastalarında eyleme vurma ve yansıtma yüksek çıkarken, başka bir çalışmada değersizleştirme, otistik fantezi, bölme, mantıksallaştırma daha sık olarak bulunmuş. Her iki çalışmada da immatür savunmaların belirgin kullanıldığı görülmüştür (202, 203).

Çalışmamız otojen ve reaktif OKB gruplarını savunma düzenekleri açısından da kıyaslayan ilk çalışmadır.

Analitik literatüre bakıldığında ise; OKB’de, temelde obsesif özelliklerin ön planda olduğu gruplarda (otojen grup olarak kabul edilebilir) temel savunma yalıtma iken kompulsif bireylerde (reaktif grup olarak kabul edilebilir) esas savunma yapıp-bozma savunmasıdır. Üst düzey işlevselliği olan obsesif-kompulsif kişiler yalıtma savunmasını genellikle aşırı biçimde kullanmazlar; bunun yerine duygulanımı bilişten ayırmanın daha olgun biçimlerini tercih ederler: mantıksallaştırma, bölme, karşıt tepki kurma gibi (3). Bu çalışma alanında, bilinçdışı bir alanın bilinçli bir şekilde verilen cevaplar ile değerlendirilmeye çalışılması sonuçları farklı kılabilmektedir. Örneklem grubumuzun görece işlevselliğinin iyi olması ile ilişkili olarak kuramlar sonuçlarımızı desteklemektedir. Buradan, OKB’de immatür savunma düzeneklerinin hastalık ile ilişkisi olduğu, alt gruplarda farklılık olabileceği, bunun için daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu yorumunu yapmak mümkündür.

OKB hastalarında hâkim olan suçluluk duygusu çoğunlukla projekte edilmeye çalışılabilir. Bu kişiler yaşadıkları içsel çileyi başkalarına yansıtmak zorundadır. Üstbenlik zaman zaman bu duygudan kurtulmak için dışarıya projekte olur. OKB’de görülen genel duygulanımsızlık haline istisna teşkil eden diğer duygu utançtır (70). Bu açıdan, reaktif OKB’lilerin kendilerinden beklentisi yüksek olup, bunları karşısındakine yansıtabilirler ve sonra da kendi koydukları standarta uymadıklarının karşından görünüyor olmasının utancını duyumsayabilir, böylece algılanan tehlike içeriden değil dışardan olup bireyin savunma düzenekleri harekete geçebilir.

Egonun bölünmesi ise bireyin, bir tarafı ile mantıklı düşünmesini sağlarken diğer tarafla büyüsel düşünceye devam etmelerini sağlar. Bir başka açıdan da hastalık döneminde büyüsel düşüncenin baskınlaşması karşısında ego bölme düzeneği ile bu düşünceleri uzak tutmaya çalışıyor da olabilir (70). Bu durum reaktif OKB’li bireylerde, sık sık düşüncelerini akla aykırı veya tuhaf olarak tanımlasalar da düşüncelerin görece gerçekçi ve akla yatkın olduğuna inanmaya eğilimi ile ilişkili olabilir. Bu nedenle bazı OKB hastaları, tedavide iç

görüsü olduğu yönünde izlenimi oluşturmamasına, rağmen kompulsif eylemlerinde haklı olduklarını düşünmeye devam edip, tedavide direnç oluşmasına neden olabilir.

Otojen OKB’li bireyler, insani olarak var olan cinsel ve saldırgan dürtülerin varlığını yok sayabildiği, kendi düşüncelerini çok suçlandırıcı, tehlikeli ve kabul edilemez olarak yaşıttıladıkları için, inkâr ve disosiyasyon mekanizmasını reaktif gruba kıyasla belirgin kullanabilir. Yapılan bir çalışmada, otojen OKB’li bireylerin daha sık disosiyatif bozukluk tanısı alma eğiliminde ve reaktif gruba göre stresör faktörlerle daha fazla tetiklendiği bulunmuştur (121, 122). Ayrıca, Fontenelle ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada OKB hastalarında travmatik yaşantıların ve disosiyasyonun ilişkili olabileceği, travmatik yaşantının OKB grubunda fobik hastalara kıyasla sık olduğu göstermiştir (98). Bizim çalışmamızda travmatik yaşantılar, stresörler araştırılmamış fakat otojen OKB’nin disosiyasyon ilişkisi literatür ile uyumlu görünmektedir.

Çalışma sonuçları, ayrıca SBT-40 ölçeğinde inkârı test eden sorularla da ilişkili olabilir. Örneğin; “Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.” maddesi inkârı ölçmekte fakat kişi bunu bilinç düzeyinde ancak farkındalığı olması halinde olumlu cevaplamaktadır. Bu da bu savunma düzeyi için sonuçların yorumlanmasını güçleştiren bir kısıtlılık olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ayrıca gruplar arası cinsiyet farkının savunma düzenekleri sonuçları üzerine etkisi literatür açısından tartışmalıdır. Cinsiyetler arası fark olmadığını söyleyen çalışmaların aksine (203, 204), cinsiyetin savunma düzeneğinin biçimini ve seviyesini belirlemede belirleyici olduğunu söyleyen, erkeklerin daha çok bastırma ve yalıtma, kadınların ise yapay-özgecilik kullandığını ifade eden çalışmalar da vardır (205, 206).

5.4. Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI)

OKB’li hastaların kişilikleri, yıllardan beri çalışılmaktadır. İngilizlerin yaptığı bir çalışmada, OKB’li hastalarda, kişilik bozukluğu görülme oranı %74’tü.

En sık görülenler; Paranoid, Obsesif-Kompulsif, Kaçınan, Şizoid ve Şizotipal Kişilik Bozuklukları'ydı (189).

Kişilik Bozuklukları'nı çalışırken ki kategorik yaklaşıma ek olarak; Cloninger ve arkadaşları tarafından geliştirilen, kişiliğin biyopsikososyal modeli; kişinin nasıl hissettiği, düşündüğü ya da davrandığını belirlemek için sıklıkla kullanılır. Bu boyutsal model, hayat boyunca sabit kaldığı düşünülen 4 mizaç faktörünü ve sosyal öğrenme ve yaşam deneyimlerine cevaben olgunlaştığı düşünülen 3 karakter faktörünü içerir. 4 mizaç faktörü yenilik arama (NS), zarardan kaçınma (HA), ödüle bağımlılık (RD) ve sebat etmedir (P). 3 karakter faktörü kendini yönetme (SD), iş birliği yapma (C) ve kendini aşmadır (ST) (175).

Bizim çalışmamızda otojen ve reaktif OKB grupları TCI alt ölçeklerine göre karşılaştırıldığında her iki grupta “Zarardan kaçınma” diğerlerine göre daha yüksek bulunmuş (otojen grupta %24.11, reaktif grupta %25.29), fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bugüne kadar, OKB’li hastaların kişilik özelliklerini TCI ile inceleyen birkaç çalışma mevcuttur, fakat otojen ve reaktif OKB alt gruplarında daha önce TCI ile yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Günümüze kadar erişkin OKB olgularında mizaç ve karakter özelliklerini araştıran çalışmalarda, OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre yüksek “Zarardan kaçınma” skorlarının olduğu tutarlı bir şekilde gösterilmiştir. Bununla birlikte, OKB hastalarında TCI'nın diğer alt ölçekleri ile ilgili sonuçlar tutarlı değildir. Bazı çalışmalarda “Yenilik arayışı” puanlarının düşük ve “Ödül bağımlılığı” puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Karakter özelliklerine bakıldığında OKB olgularının sağlıklı bireylere göre kendini yönetme ve işbirliği yapma özelliklerinin düşük olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (184-189).

“Zarardan kaçınma”, davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkilidir. Gelecekteki sorunlar için kötümser bir endişe, belirsizlik korkusu ve davranışın önlenmesi ya da durdurulmasına yönelik kalıtsal bir eğilimdir. Serotonerjik sistem ile ilişkisi vardır (175-177). Otojen ve reaktif OKB hastalarının her ikisinin de SSRI grubu ilaçlara olumlu yanıt vermesi dolaylı olarak bu sonucu destekleyebilmektedir. Zarardan kaçınmanın davranış kontrolü üzerindeki etkisi göz önüne alındığında, kompulsif eylemlerde yüksek çıkması beklenebilir. Klinik

olarak pür obsesyon olarak adlandırılan olguların var olan anksiyetelerini gidermek amacıyla mental/zihinsel kompülsiyon gibi dışarıdan gözlenmeyen kompülsiyonlara sahip olabileceğini, klinisyenlerin bu tür kompülsiyonları daha ayrıntılı değerlendirmesi gerektiği düşünülebilir.

Bu çalışmada, iki grup birbiri ile kıyaslandığında otojen OKB grubunda reaktif OKB grubuna kıyasla “Yenilik arayışı-1” alt ölçeği anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında; OKB’de “Yenilik arayışı” skorları ilişkisi çelişkili sonuçlar içermektedir. OKB ve kontrol grubu arasında “Yenilik arayışı” skorlarında bir fark olmadığını bildiren çok sayıda çalışma vardır, ancak bazı çalışmalarda bu hastalarda daha düşük “Yenilik arayışı” skorları görülmüştür. Lyoo ve arkadaşları, Koreli OKB hastalarında kontrollere göre daha düşük “Yenilik arayışı” skorları bulmuşlardır (189). Ancak yaptıkları bazı izlem çalışmalarında, OKB’li hastalar ile kontroller arasında hem tedavi öncesi hem tedavi sonrası “Yenilik arayışı” skorlarında herhangi bir fark bulunmamıştır (207). Birbirleriyle çelişkili sonuçlar veren bu çalışmalar, bizim araştırmamızdan farklı olarak tüm OKB hastalarını içermektedir. Bu nedenle otojen grupta yenilik arayışının rekatif gruba göre yüksek oluşu, daha sonraki geniş örneklemelerle yürütülecek çalışmalarla da desteklenmesi durumunda önemli bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda, reaktif OKB grubunda otojen OKB grubuna göre “Sebat etme” alt ölçeğinde sınırda bir anlamlılık bulunmuştur. Yüksek “Sebat etme” skorları hayal kırıklığı ve yorgunluğa rağmen sürekli ve istikrarlı olmayı, ödül yokluğunda davranışı sürdürme eğilimini ifade eder (175, 177,). Yapılan bir çalışmada yüksek “Sebat etme” skorları ile OKB’nin biriktirme alt tipi (çalışmamızda reaktif grup içerisine girmekte) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (180).

Ancak çalışmada SCID-II ile değerlendirilen II. Eksen tanısı olanların çalışma dışı bırakılması, TCI sonuçlarının karşılaştırılmasında sınırlılıklara neden olmuş olabilir. TCI da yüksek puanlarla II. Eksen özellikleri arasında yakın ilişki olduğu bilinmektedir.

Ayrıca bu çalışmada otojen grupta daha fazla erkek olması TCI sonuçlarını etkileyebilecek diğer bir kısıtlılıktır. Yakın dönemde yapılan bir metaanalizde TCI yenilik arama ve sebat etme boyutunun cinsiyetten etkilenmediği bulunmuşsa da zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı kadınlarda daha fazladır (208). Bu nedenle cinsiyet karıştırıcı faktör olarak alınarak analizler yapılmış, sonuçların etkilenmediği görülmüştür.

Mizaç ve karakter profilleri ile OKB belirti şiddeti arasındaki ilişkinin sonuçları da tartışmalıdır. Bu çalışmada, hastalık şiddeti ve TCI alt ölçekleri arasında ilişki saptanmamıştır. Bazı çalışmalarda, düşük “Kendini yönetme” ve daha yüksek “Zarardan kaçınma” puanlarının OK belirti şiddeti ile korele olduğu gösterilmiştir (189). Bununla birlikte bir çalışmada, Y-BOCS ile ölçülen belirti şiddetleri ve TCI alt ölçekleri arasında bir ilişki bulunmamıştır (184).

Bu çalışmada etiyolojisi hakkında yoğun tartışmaların sürdüğü OKB hastalarında bilişsel davranışçı paradigmaya göre yapılan bir alt sınıflandırma, hem psikanalitik paradigmanın (nesne ilişkileri, savunma düzenekleri) hem de biyolojik/ yapısal karakter özelliklerinin tanımlayıcı paradigması olan “ mizaç” ve “karakter” boyutları ile olan ilişkisi bakımından değerlendirilmiştir. Görece 3 farklı kuramsal paradigmanın birbiriyle karşılaştırmasının yapıldığı düşünülebilir. Çalışmada otojen/ reaktif kavramına göre ayrılan OKB hastalarının nesne ilişkileri, savunma düzenekleri ve TCI’ya göre birbirinden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı gruplar oluşturmadıkları, hipotezimizi doğrulamadığı görülmüştür. Örneklem sayısı küçük olmakla birlikte otojen/ reaktif ayırımına göre ayrılan vakalar diğer paradigmalara göre de net olarak iki gruba ayrılıyor olsalardı, söz konusu ayırımın etyopatogeneze yönelik bir karşılığının olduğunu söylemek çok daha mümkün olabilirdi.

Yine de üç farklı kuramsal paradigmanın vakaları hemen hemen homojen olarak ayıramadıklarının gösterilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR

Otojen ve reaktif OKB alt grupları arasında benlik işlevleri açısından; nesne ilişkileri, gerçeği değerlendirme, savunma düzenekleri, karakter ve mizaç özellikleri açısından fark olup olmadığını incelemeyi amaçlayan çalışmamızın sonuçları aşağıdaki gibidir:

- 1- Otojen ve reaktif OKB grupları arasında sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında cinsiyet dışında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Otojen OKB grubunda erkek katılımcıların fazla olduğu görülmektedir. Bu sonuç, çalışmamızdaki veriler kıyaslanması açısından bir kısıtlılık olarak karşımıza çıkmıştır.
- 2- OKB hasta grubunda hastalık ile ilişkili veriler incelendiğinde, iki grup arasında hastalık şiddeti, süresi, başlangıç yaşı, aldıkları tedavi ve aile öyküsü bakımından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
- 3- Nesne ilişkileri ve gerçeği değerlendirme işlevlerini saptayabilmek için BORRTI kullanılmıştır. Reaktif OKB grupta otojen gruba kıyasla “Benmerkezcilik” alt ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.
- 4- BORRTI alt ölçekleri T-skorları üzerinden kesme puanı 60 alınarak karşılaştırma yapıldığında reaktif grupta “Güvensiz bağlanma”nın olması yönünde bir yığılma olduğu görülmüştür.
- 5- Savunma düzeneklerini değerlendirmek için SBT-40 ölçeği kullanılmış olup savunma seviyeleri açısından iki grup arasında anlamlı farklılık bulunamamakla birlikte her iki grubunda immatür savunmaları daha çok kullandığı bulunmuştur.
- 6- Savunma mekanizmaları açısından reaktif OKB grubunun otojen OKB grubundaki hastalardan anlamlı olarak daha fazla yansıtma ve bölme savunma düzeneklerini kullandığı bulunmuştur.

- 7- Otojen OKB grubunun ise reaktif gruba kıyasla anlamlı olarak daha fazla inkâr ve disosiyasyon savunma düzeneklerini kullandığı, bunlarında farklı stresörler ile tetiklenme, travma öyküsü ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.
- 8- TCI alt ölçekleri açısından iki grup karşılaştırıldığında otojen OKB grubunda “Yenilik arayışı 1” alt ölçeği yüksek bulunurken, reaktif grupta “Sebat etme” alt ölçeği sınırda bir anlamlılık göstermektedir.
- 9- TCI sonuçlarında, iki grup arasında fark olmamakla birlikte “Zarardan kaçınma” her iki grupta da en sık karşılaşılan mizaç özelliği olarak bulunmuştur.
- 10- Örneklem büyüklüğü küçük olmakla birlikte, cinsiyet farklılığı, TCI’da 2. Eksen tanıılarının dışlanmış olması, bazı bilgilerin kişinin hatırlamasına dayanması bu çalışmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.
- 11- OKB hastalarında bilişsel davranışçı paradigmaya göre yapılan bir alt sınıflandırma, hem psikanalitik hem de biyolojik/yapısal karakter özelliklerinin tanımlayıcı paradigması “ mizaç” ve “karakter” boyutları ile olan ilişkisi bakımından değerlendirilen ilk çalışma olması bakımından önemlidir. Üç görece farklı kuramsal paradigmanın birbiriyle karşılaştırmasının yapıldığı düşünülebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Akgün N. Obsesyonel Nevroz (Saplantı Zorlantı Bozukluğu) 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi Ltd. Şti, Ankara, 1989.
2. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. Behav Res Ther, 2003;41(1):11-29.
3. McWilliams N. Psikanalitik tanı: klinik süreç içinde kişilik yapısını anlamak, 3. Baskı. (çeviri: Kalem E.). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2013.
4. Rice E. Reflections on the obsessive-compulsive disorders: a psychodynamic and therapeutic perspective. Psychoanal Rev, 2004; 91(1):23-44
5. Bayraktar E. Obsesif -Kompulsif Bozukluk. Psikiyatri Dünyası 1997;1:25-32.
6. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları cilt-1. Yenilenmiş 11. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. ti, Ankara, 2008.
7. Selek S, Herken H, Bulut M, Ceylan MF, Celik H, Savas HA et al. Oxidative imbalance in obsessive compulsive disorder patients: a total evaluation of oxidant-antioxidant status. Progress in neuropsychopharmacology & biological psychiatry 2008;32:487-491.
8. Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Gershon ES, Rapoport JL. Tics and Tourette's disorder: a 2 to 7 year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. The American journal of psychiatry. 1992;149:1244-1251.
9. Işık U, Şener Ş. Obsesif Kompulsif Bozukluk. In: Soykan Aysev A, Işık Taner Y editors. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. İstanbul: Golden Print, 2007, ss. 507-519.
10. Erkmen H. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Spektrum bozuklukları. In: Işık E, Taner E, Işık U editors. Güncel Klinik Psikiyatri. 2. baskı. İstanbul: Golden Print, 2008, ss. 179-188.
11. Özerdem A. Obsesif-kompulsif bozukluk ve psikoz üzerine bir gözden geçirme. Klinik Psikiyatri 1998;2:98-102.
12. Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. Klinik psikiyatri 2003;6:46-50.
13. American Psychiatric Association. DSM-III: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders III. Washington DC: American Psychiatric Press, 1980.

14. American Psychiatric Association. DSM-III-R: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders III-R. Washington DC: American Psychiatric Press, 1987.
15. American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders IV. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.
16. Öztürk O. Uluğ B. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1992.
17. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Washington DC, 2000, In: Köroğlu E (çeviri ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007.
18. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. Journal of Clinical Psychiatry 1994;55:5-10.
19. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE, Leaf PJ, Orvaschel H, et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. Archives General Psychiatry. 1984;41(10):959-67.
20. Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke JD, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Archives General Psychiatry. 1984;41(10):949-58.
21. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. Archives General Psychiatry. 1988;45(12):1094-9.
22. Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum. 1988;338:24-32.
23. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu C. Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. Sivas 1995.
24. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey. Comp Psychiatry. 2004;45:367-374.
25. Çavaş A. Obsesif Kompulsif Bozukluk. In Verimli A. Editor. Affektif Spektrum Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevi, 2004;38-50.

26. Bayar R, Yavuz M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi, İstanbul, 2008;185-192.
27. Murray CJ, Lopez AD, Jamison DT. The global burden of disease in 1990: summary results, sensitivity analysis and future directions. Bull World Health Organ. 1994;72(3):495-509.
28. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
29. Kılıç C. Türkiye ruh sağlığı profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara; 1998.
30. Fitzgerald KD, Moore GJ, Paulson LA. Proton spectroscopic imaging of the thalamus in treatment –naive pediatric obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiatry. 2000 Feb 1;47(3):174-82
31. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America. 1992 Dec;15(4):743-58.
32. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry 1994;55(5-10):11-4.
33. Abramowitz J, Moore K, Carmin C. Acute onset of obsessive-compulsive disorder in males following childbirth. Psychosomatics. 2001 SepOct;42(5):429-31.
34. Lenane MC, Swedo SE, Leonard H, Pauls DL, Sceery W, Rapoport JL. Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29:407-412.
35. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO. Genderdivergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. Br J Psychiatry. 1991;158:260-263.

36. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M et al. Family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:358-363
37. Jonnal AH, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Obsessive and compulsive symptoms in a general population sample of female twins. *Am J Med Genet*. 2000;96:791-796.
38. Torgersen S. Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of general psychiatry*. 1983;40:1085-1089.
39. Demir EY, Aslan S. Şizo-obsesif bozukluk: tanı, sınıflandırma ve tedavi. *Psikiyatri in Türkiye* 2005;7:38-42.
40. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, Crawley SA, Cochran LW, Kazuba D et al. Obsessive compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res*. 2005;135:121-132
41. Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, Koby EV, Lenane MC, Cheslow DL et al: Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents: A double blind cross-over comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 46:1088-1092, 1989.
42. Rapaport JL, Inoff-Germain G. Treatment of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:41-431.
43. Diler RS. Obsesif kompulsif bozukluğu olan gençlerde paroksetinin etkinliği ve güvenilirliği: Açık bir çalışma. Çocuk Ruh Sağlığı Uzmanlık Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1999
44. Grad LR, Pelcovitz D, Olson M, Matthews M, Grad GJ. Obsessive compulsive symptomatology in children with Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1987; 26:69-73.
45. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M. Pediatric auto-immune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS): a clinical description of the first fifty cases. *Am J Psychiatry*, 1998;155:264-271.
46. Swedo SE, Rapoport JL, Cheslow DL, Leonard HL, Ayoub EM, Hosier DM et al. High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. *Am J Psychiatry*, 1989;146:246-249.

47. Bronze MS, Dale JB. Epitopes of streptococcal M proteins that evoke antibodies that cross-react with human brain. *J Immunol*, 1993;151:2820-8
48. Kirvan CA, Swedo SE, Snider LA, Cunningham MW. Antibody-mediated neuronal cell signaling in behavior and movement disorders. *J Neuroimmunol*, 2006;179:173-9.
49. Snider LA, Swedo SE. Post-streptococcal autoimmune disorders of the central nervous system. *Curr Opin Neurol*, 2003;16:359-65.
50. Murphy ML, Pichichero ME. Prospective identification and treatment of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with group A streptococcal infection (PANDAS). *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2002;156(4):356-61.
51. Karslıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2007;10(3):3-13.
52. Eşel E. Obsesif kompulsif bozukluğun biyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 2000;3:46-55.
53. Bradshaw JL, Sheppard DM. The neurodevelopmental frontostriatal disorders: evolutionary adaptiveness and anomalous lateralization. *Brain Lang*, 2000;73:297-320.
54. Schoenbaum G, Setlow B. Integrating orbitofrontal cortex into prefrontal theory: common processing themes across species and subdivisions. *Learn Mem*, 2001;8:134-47.
55. March SJ, Benton MB. *Talking Back To OCD*. New York: The Guilford Press, 2006.
56. Luxenberg JS, Swedo SE, Flament MF, Friedland RP, Rapoport J, Rapoport SI. Neuroanatomical abnormalities in obsessive-compulsive disorder detected with quantitative X-ray computed tomography. *Am J Psychiatry*, 1988;145(9):1089-93.
57. Scarone S, Colombo C, Livian S, Abbruzzese M, Ronchi P, Locatelli M, et al. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Res*, 1992;45(2):115-21.
58. Baumgarten HG, Grozdanovic Z. Role of serotonin in obsessive compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 1998;173(Suppl 35):13-20.

59. Lopez Ibor JJ. The involvement of serotonin in psychiatric disorders and behaviour. *Br J Psychiatry* 1988;153(Suppl. 3):26-39.
60. Capstick N. Clomipramine in obsessional states. *Psychosomatics*, 1971;12:332-335.
61. Goddard AW, Shekhar A, Whiteman, AF, McDougle CJ. Serotonergic mechanisms in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Drug Discov Today*, 2008;13:325-332.
62. Swedo SE, Leonard HL, Kruesi MJ, Rettew DC, Listwak SJ, Berrettini W, et al. Cerebrospinal fluid neurochemistry in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(1):29-36.
63. Gross-Isseroff R, Cohen R, Sasson Y, Voet H, Zohar J: Serotonergic dissection of obsessive compulsive symptoms: a challenge study with mchlorophenylpiperazine and sumatriptan. *Neuropsychobiology*, 50:200-205, 2004
64. Allen AJ, Leonard HL, Swedo SE. A new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome: Case study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995;34:307-311.
65. Crespo Facorro B, Cabranes JA, Lopez Ibor JJ, Alcocer MI, Paya B, Fernandez Perez C, et al. Regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients with and without a chronic tic disorder: A SPECT study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:156-161.
66. Rosenberg DR, Keshavan MS. A.E. Bennett Research Award. Toward a neurodevelopmental model of of obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*. 1998; 43:623-640.
67. Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiat*, 2004;65(14):11-7.
68. Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000;39:1096-1103.

69. Arnold PD, Rosenberg DR, Mundo E, Tharmalingam S, Kennedy JL, Richter MA. Association of a glutamate (NMDA) subunit receptor gene (GRIN2B) with obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Psychopharmacology*, 2004;174:530-538.
70. Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi Çeviri. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi, 1974.
71. Kempke S, Luyten P. Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of Obsessive-Compulsive Disorder: Is it time to work through our ambivalence? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 200;71:291-311.
72. Berrios GE. Obsessive-compulsive disorder: Its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive Psychiatry*, 1989;30(4):283-295.
73. Freud S. Saplantı nevrozuna yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı). *Psikopatoloji Üzerine*, (Çeviren: S Budak) Ankara: Öteki Yayınları, 1997.
74. Jonest E. Hate and anal erotism in the obsessional neurosis. In: DJ Stein ve M Stone, editors. *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder*, New York, New York University Press, 1997; 65-72.
75. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, 2nd edition. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
76. Odağ C. Nevrozlar 2. cilt. İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, 2001; 47-80.
77. Tükel R. Nevrotik bir fenomen olarak yineleme kompulsiyonu. *Psikanaliz Yazıları- Nevrozlar*. İstanbul: Bağlam Yayınları, 2004; 43-51.
78. Freud A. Obsessional neurosis: A summary of psychoanalytic views as presented at the congress. In Stein DJ, Stone M (editors) *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder*, New York: New York University Press, 1997; 100-112.
79. Leib PT. Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive-compulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry*, 2001;21:222-242.
80. Salzman, L. Psychotherapeutic management of obsessive-compulsive patients. *American Journal of Psychotherapy*, 1985;39:323-330.
81. Mallinger AE. The obsessive's myth of control. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 1984;12:147-165.

82. Judd LL. Obsessive compulsive neurosis in children. *Archives of General Psychiatry*, 1965;12(2);136-143.
83. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 1978;16:233-238.
84. Franklin JC, Kent M, Lee KM, Hanna EK, Prinstein JM, Feeling Worse to Feel Better: Pain-Offset Relief Simultaneously Stimulates Positive Affect and Reduces Negative Affect. *Psychological Science*, 2013;24(4):521-9.
85. Carr AT. Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1974;81:311-318.
86. McFall ME, Wollersheim JP. Obsessive– compulsive neurosis: A cognitive behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 1979;3:333-348.
87. Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guilford Press, 2004.
88. Salkovskis PM. Cognitive behavioural approaches to understanding obsessional problems. In *Current controversies in the anxiety disorders*. New York: Guilford, 1996.
89. Carr AT. Compulsive neurosis: Two psychological studies. *Bulletin of the British Psychological Society*, 1971;24:256-257.
90. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 1999;37(1):29-52.
91. Salkovskis PM, McGuire J. Cognitive-behavioral theory of obsessive-compulsive disorder. In: Menzies R, De Silva P (Editors.), *Obsessive-compulsive disorder: theory, research, and treatment*. Chichester, West Sussex: JohnWiley & Sons Ltd, 2003; 59-78.
92. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behavior Research and Therapy*, 1985;23:571-583.
93. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 1998;36(4):385-401.
94. Rachman S. Obsessions, responsibility, and guilt. *Behavior Research and Therapy*, 1993;31:149-154.

95. Rachman S, Thordarson DS, Shafran R, Woody SR. Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour, Research and Therapy*, 1995;33:779-784.
96. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history, in: Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ, One-month prevalence of sites. *Archives of General Psychiatry*, 1988;45:977-986.
97. Tükel R, Alkın T. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. In: Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V editors. *Anksiyete bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006, ss.277-298.
98. Fontanelle LF, Mendlowicz MV, Marques C, Versiani M. Early- and late - onset obsessive compulsive disorder in adult patients: an exploratory clinical and therapeutic study. *J Psychiatr Res*, 2003;37(2):127-33.
99. Okasha A, Saad A, Khalil AH, el Dawla AS, Yehia N. Phenomenology of obsessive compulsive disorder: a transcultural study. *Compr Psychiatry*, 1994;35(3):191-7.
100. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2001;55(6):623-7.
101. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 1992;53:4-10.
102. Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, Pauls DL, Cohen DJ. "Just right" perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. *The American journal of psychiatry*, 1994; 151:675-680.
103. Eğrilmez A, Gulseren L, Gulseren S, Kultur S. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. *Psychopathology*, 1997;30:106-110.
104. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder: Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special references to gender related differences. *Br J Psychiatry*, 2006;169(1):101-107.
105. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry*, 1989;46(4):335-341.

106. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 1995; 152:9096.
107. Sözen M. Bilissel Açıdan Farklı Obsesyonlara Sahip Obsesif-Kompulsif Bozukluğu (OKB) Olan Hastalarda Fluoksetin Tedavisi Öncesi ve Sonrası Magnetik Rezonans Spektroskopi (MRS) Bulguları. Van: YYÜ Tıp Fakültesi, 2010.
108. Demet MM. Obsesif-kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2005;15:45-52.
109. Lochner C, Stein DJ. Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harv Rev Psychiatry* 2003;11:113-132.
110. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Ağargün MY, Aşkın R, Çilli AS. Psychopharmacological treatment response in obsessive compulsive patients with autogenous and reactive obsessions *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 2007;17(1):1-8.
111. Baer, L. Factor-analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1994;55:18-23.
112. Leckman JE, Grice DE, Boardman J, Zhang HP, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1997;154:911-917.
113. Calamari JE, Wiegartz PS, Janeck AS. Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behav Res Ther*, 1999;37:113-125.
114. Lee HJ, Kwon SM, Kwon JS, Telch MJ. Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *Depress Anxiety*, 2005;21(3):118-29.
115. Lee HJ, Lee SH, Kim HS, Kwon SM, Telch MJ. A comparison of autogenous/reactive obsessions and worry in a non-clinical population: A test of the continuum hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 2005;43:999-1010.
116. Lee HJ, Telch MC. Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *Journal of Anxiety Disorders*, 2005;19:793–805.

117. Kendler KS, Lieberman JA, Walsh D. The Structured Interview for Schizotypy (SIS): a preliminary report. *Schizophr Bull*, 1989;15(4):559-71.
118. Sobin C, Blundell ML, Weiller F, Gavigan C, Haiman C, Karayiorgou M. Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *J Psychiatr Res*, 2000;34(1):15-24.
119. Exner JE. The Rorschach: A comprehensive system Vol. I: Basic foundations. 3rd edition ed. New York Wiley; 1993.
120. March JS, Leonard HL. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1996;35(10):1265-73.
121. Beşiroğlu L, Çilli AS, Aşkın R. The predictors of health care seeking behaviour in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*, 2004;45:99-108.
122. Çamlı K, Türkçapar MH, Sargın A. Reaktif ve Otojen Özellikler Gösteren Obsesif Kompulsif Bozuklukta İlgörü, Bilişsel İlgörü ve Sosyodemografik Özellikler. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2012;1:28-35.
123. McDonough M, Kennedy N. Pharmacological management of obsessive-compulsive disorder: a review for clinicians. *Harv Rev Psychiatry*, 2002;10:127-137.
124. Alarcon RD, Libb JW, Spittler D. A predictive study of obsessivecompulsive disorder response to clomipramine. *J Clin Psychopharmacology*, 1993;13:210-213.
125. Ackerman DL, Greenland S, Bystritsky A, Morgenstern H, Katz RJ. Predictors of treatment response in obsessive-compulsive disorder: multivariate analyses from a multicenter trial of clomipramine. *J Clin Psychopharmacology*, 1994;14:247-254.
126. Ravizza L, Barzega G, Bellino S, Bogetto F, Maina G. Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 1995;56:368–373.
127. Denys D, Burger H, van Megen H, de Geus F, Westenberg H. A score for predicting response to pharmacotherapy in obsessive compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacology*, 2003;18:315-322.

128. Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS. Obsesif kompulsif bozuklukta ilaç tedavisine yanıtın öngörücüleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006;7:5-12.
129. Mataix-Cols D, Rauch SL, Manzo PA, Jenike MA, Baer L. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 1999;156:1409-1416.
130. Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. Clinical predictors of drug response in obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacology*, 2001;21:488-492.
131. Saxena S, Maidment KM, Vapnik T, Golden G, Rishwain T, Rosen RM, Tarlow G, Bystritsky A. Obsessive-compulsive hoarding: Symptom severity and response of multimodal treatment. *J Clin Psychiatry*, 2002;63:21-27.
132. *Diagnosis And Statistical Manuel Of Mental Disorders*. Fifth edition. American Psychiatric Association. 2013.
133. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 2010;15:53-63.
134. Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs MO, Demonfaucon F, Barrot I, et al. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *Journal of Affective Disorder*, 2004;79:241-246.
135. Morris MR, Blashfield RK, Rankupalli B, Bradley MM, Goodman WK. Subclinical obsessive-compulsive disorder in college students. *Depression and Anxiety*, 1997;4:233-236.
136. Karamustafalıoğlu KO, Akpınar A. Obsesif kompulsif bozukluk. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2006;2(12):30-44.
137. Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN, Holland A, Seymour R, Minichiello WE, et al. Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1990;47:826-830.
138. Chmielewski M, Watson D. The heterogeneous structure of schizotypal personality disorder: Item-level factors of the schizotypal personality questionnaire and their associations with obsessive-compulsive disorder

- symptoms, dissociative tendencies, and normal personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 2008;117;364-376.
139. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ, Denys D, Lochner C, Nestadt G, et al. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 2010;27;495-506.
 140. Janowitz D, Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, et al. Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and anxiety*, 2009;26:1012-7.
 141. Sayar K, Ugurad K, Acar B. Obsessif-kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1999;9;142-147.
 142. Karaca E, Doksat MK. Klinik açıdan obsesif-kompulsif bozukluk. *Yeni Symposium*, 1998;36(3-4);59-68.
 143. Zohar J, Zohar K, Kindler S. Current concepts in the pharmacological treatment of obsessive compulsive disorder. *Drugs*, 1992;43;219.
 144. Karslıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde paroksetin. *Klinik Psikiyatri*, 2007;10(3):14-19.
 145. Mundo E, Bianchi L, Bellodi L. Efficacy of fluvoxamine, paroxetine, and citalopram in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a single-blind study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1997;17:257-271.
 146. Geller DA, Biederman J, Stewart SE, Mullin B, Martin A, Spencer T, et al. Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 2003;160(11):1919-1928.
 147. Kim SJ, Veenstra-VanderWeele J, Hanna GL, Gonen D, Leventhal BL, Cook EH Jr. Mutation screening of human 5-HT(2B)receptor gene in early onset obsessive-compulsive disorder. *Mol Cell Probes*, 2000;14:47-52.
 148. Baer L, Rauch SL, Ballantine HT Jr, Martuza R, Cosgrove R, Cassem E, et al. Cingulotomy for intractable obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1995;52:384-392.
 149. Cherian AV, Math SB, Kandavel T, Reddy YC. A 5-year prospective follow-up study of patients with obsessive-compulsive disorder treated with serotonin reuptake inhibitors. *Journal of affective disorders*, 2014;152:387-394.

150. Westen D, Klepser J, Ruffins SA, Silverman M, Lifton N, Boekamp J. Object relations in childhood and adolescence: The development of working representations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991;59(3);400-409.
151. Calabrese LM, Farber AB, Westen D. The relationship of adult attachment constructs to object relational patterns of representing self and others. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 2005;33(3):513-530.
152. Clair M. *Object Relations and Self Psychology*. New York: Brooks/Cole Publishing Company, 1996.
153. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. The personality disorders institute/borderline personality disorder research foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of the personality disorders*, 2004;18(1):52-72.
154. Mitchell SA, Black MJ. *Freud and beyond*. NY: Basic Books, 1995.
155. Summers F. *Object relations theories and psychopathology: A comprehensive text*. London: The Analytic Press, 1994.
156. Segal H. *Introduction to the work of Melanie Klein*. London: The Hogarth Press, 1973.
157. Erten, Y. (2006). *Psikanalizden Dinamik Terapilere Seminer Notları*. İçgörü Psikoterpi Merkezi, İstanbul
158. Mahler M, Pine F, Bergman A. *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books, 1975.
159. Bell MD. *Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI) Manual*. California: WPS, 1995.
160. Güvenir T, Taş FV. *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı*, 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008.
161. Öztürk O. *Psikanaliz ve psikoterapi*, 4. Baskı. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri, 2008.
162. Vaillant GE. The historical origins and future potential of Sigmund Freud's concept of the mechanisms of defence. *The International Review of Psychoanalysis*, 1992;19:35-50.

163. Freud A. The ego and defence mechanisms. New York: International Universities Press, 1936
164. Kernberg OF. Internal world and external reality: Object relations theory applied. New York: Aranson, 1980.
165. Kernberg OF. Projection and projective identification: Developmental and clinical aspects. Journal of American Psychoanalytic Association, 1987;35:795-819.
166. Apter A, Gothelf D, Offer R, Ratzoni G, Orbach I, Tyano S et al. Suicidal adolescents and ego defense mechanisms. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997;36(11):1520-1527.
167. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. The Standard Edition of The Complete Psychological Works of Sigmund Freud, XX (1925-1926): An autobiographical study, inhibitions, symptoms and anxiety, the question of lay analysis and other works, 1926;75-176.
168. Keskibir S, Vahip S, Akdeniz F. Bipolar Bozuklukta Mizaç ile Klinik Özelliklerin İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, 2005;16(3):164-169.
169. Akiskal HS, Hirschfeld MA, Yerevanian BI. The relationship of personality to affective disorders. Arch Gen Psychiatry, 1983;40:801–810.
170. Akdeniz F, Keskibir S, Vahip S. Duygudurum bozuklukları ile mizaç arasında ilişki var mı? Türk Psikiyatri Dergisi, 2004;15(3):183-190.
171. Von Zerssen D, Akiskal HS. Personality factors in affective disorders: historical developments and current issues with special reference to the concepts of temperament and character. J Affect Disord, 1998;51:1-5.
172. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the soft bipolar spectrum: treatment implications. Psychopharmacol Bull, 1987;23:68-73.
173. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. Psychiatr Dev, 1986;3:167-226.
174. Svrakic DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. Acta Psychiatr Scand 2002;106:189–195.
175. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 1993;50:975-990.

176. Cloninger CR A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:573-588.
177. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. Washington University, St. Louis: Center for Psychobiology of Personality, 1994.
178. Saviotti FM, Grandi S, Savron G, Ermentini R, Bortolucci G, Conti S, et al. Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. *J Affect Disord*, 1991;23(3):113–117.
179. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Maggini C. Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions. *J Affect Disord*, 1999;52(1-3):203-207.
180. Kim JS, Kang JI, Kim CH. Temperament and character in subjects with in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2009;50:567-572.
181. Brown SL, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach. *Psychiatry Research*, 1992;26:192–211.
182. Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR, Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 1993;50:991-999.
183. Cloninger CR. The Tridimensional Personality Questionnaire. Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis, 1987.
184. Alonso P, Menchon J, Jimenez S, Mataix-Cols D, Jaurriete N, Labad J, et al. Personality dimensions in obsessive compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Research*, 2008;157:159-168.
185. Pfohl B, Black D, Noyes R, Kelley M, Blum N. A test of the tridimensional personality theory: association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive–compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 1990;28:41-46.
186. Richter MA, Summerfeldt LJ, Joffe RT, Swinson RP. The Tridimensional Personality Questionnaire in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 1996;65:185-188.

187. Bejerot S, Schlette P, Ekselius L Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998;98:243-249.
188. Kusunoki K, Sato T, Taga C, Yoshida T, Komori K, Narita T, et al. Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000;101:403-405.
189. Lyoo IK, Lee DW, Kim YS, Kong SW, Kwon JS. Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001;62:637-641.
190. Cruz-Fuentes C, Blas C, Gonzalez L, Camarena B, Nicolini H. Severity of obsessive-compulsive symptoms is related to self-directedness character trait in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*, 2004;9(8):607-612.
191. Yılmaz N, Gençöz T, Ak M. Savunma Biçimleri Testinin Psikometrik Özellikleri: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007; 18(3):244-253.
192. Belloch A, Morillo C, Soiano GG. The influence of obsesional subtypes, testing the autogenous/reactive model of obsessions. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2007;7(1):5-20.
193. Belloch A, Morillo C, Soiano GG. Obsession subtypes: relationships with obsessive-compulsive symptoms, dysfunctional beliefs and thought control strategies. *Revista de psicopatologia psicologia* 2006;11: 65-78
194. Moulding R, Kyrios M, Doron G, Nedeljkovic M. Autogenous and reactive obsessions: further evidence for a two-factor model of obsessions. *J Anxiety Disord*. 2007;21(5):677-90.
195. Stein DJ, Andersen EW, Overo KF. Response of symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder to treatment with citalopram or placebo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(4):303-7.
196. Bell M, Billington RN, Becker, B. A scale for the assessment of object relations: reliability, validity and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*, 1986;42(5):733-741.
197. Mikulincer M, Shaver PR, Sapir-Lavid Y, AvihouKanza N. What's inside the minds of securely and insecurely attached people? The secure-base

- script and its associations with attachment-style dimensions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2009;97,:615– 633.
198. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 1997;35(7):667- 681
 199. Mikulincer M, Birnbaum G, Woddis D, Nachmias O. Stress and Accessibility of Proximity-Related Thoughts: Exploring the Normative and Intraindividual Components of Attachment Theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000;78(3):509-523.
 200. Orlandini A, The validity of the diagnosis of personality disorders in adolescence through follow-up studies, In: Derksen J, Maffei C, Groen H, editors. *Treatment of personality disorders*. Originally published by Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York in 1999.
 201. Uçok A, Tükel R, Özgen G, Saylan M, Uzuner G. Frequency of obsessive compulsive symptoms and disorder in patients with schizophrenia: importance for prognosis. *L'Encephale*, 2006;32:41-44.
 202. Ruhollah Shabanpour R, Zahiruddin AR, Janbozorgi M, Ghaeli P. Assessment of Defense Styles and Mechanisms in Iranian Patients Suffering from Obsessive Compulsive or Panic Disorders versus Normal Controls using Persian Version of Defense Style Questionnaire-40
 203. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis*, 1993;181:246-256.
 204. Muris P, Merckelbach H. The short version of Defense Style Questionnaire: Factor structure and psychopathological correlates. *Personality and Individual Differences*, 1996;20(1):123–126.
 205. Watson DC, Sinha BK. Gender, age, and cultural differences in the Defense Style Questionnaire-40. *J Clin Psychol*, 1998;54:67–75.
 206. Petraglia J, Thygesen KL, Lecours S, Drapeau M. Gender differences in self-reported defence mechanisms: A study using the new Defense Style Questionnaire-60. *American Journal of Psychotherapy*, 2009;63(1):87-99.
 207. Lyoo IK, Yoon T, Kang DG, Kwon JS Patterns of changes in temperament and character in subjects with obsessive–compulsive disorder following a four month treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 2003;107(4):298-304.
 208. Miettunen J, Veijola J, Lauronen E, Kantojarvi L, Joukamaa M. Sex differences in Cloninger's temperament dimensions: a meta-analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 2007;48(2):161-169.

8. ÖZET

OKB, etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen yapıda bir hastalıktır. Şu ana kadar OKB' nin etyolojik, klinik, nörobiyolojik temellerini anlamaya yönelik yapılan çalışmalardan bazı çelişkili sonuçlar elde edilmiş olup heterojen bir doğaya sahip bu hastalığın, homojen özellikli alt tiplerini belirlemeye yönelik çalışmalar giderek artmaktadır. Hastalığın belirti yapısını tanımlayan çalışma ve sınıflandırmalar başlangıçta kompülsiyonlara dayanılarak yapılmış, fakat yakın zamanda, Lee ve Kwon obsesyonları bilişsel süreçleri temel alarak *otojen obsesyonlar* ve *reaktif obsesyonlar* olarak iki alt gruba ayırmayı önermiştir. Hastalıkla ilgili psikanalitik literatürde tam bir alt grup ayrımı olmadığı daha çok obsesif ve kompulsif bireyler olarak geçtiği görülmektedir.

Bu çalışmada, otojen ve reaktif OKB alt grupları arasında Benlik işlevleri açısından; nesne ilişkileri, gerçeği değerlendirme, savunma düzenekleri, karakter ve mizaç özellikleri açısından fark olup olmadığını incelemek için otojen OKB grubundaki hastaların reaktif gruptaki hastalara kıyasla daha az işlevsel, immatür başa çıkma düzenekleri olabileceği hipotezi kurulmuştur. Bu amaçla, 34 reaktif ve 35 otojen grubunda olmak üzere toplam 69 adet OKB hastası çalışmaya alınmıştır. Hastalara, yazarlar tarafından oluşturulmuş sosyodemografik veri formu, YBOCS, BDE, BORRTI, SBT-40 ve TCI uygulanmıştır.

Verilerin analizi sonucunda çalışmamızda iki grup arasında; sosyodemografik ve klinik verilerdecinsiyet dışında anlamlı fark saptanmamıştır. Nesne ilişkileri ve gerçeği değerlendirmesini ölçmek için BORRTI kullanılmıştır. Reaktif grupta otojen gruba kıyasla "Benmerkezcilik" ve "Güvensiz bağlanma" yüksek bulunmuştur. İki grup arasında savunma seviyeleri açısından fark olmamakla birlikte yansıtma, bölme, inkâr ve disosiyasyon savunma düzenekleri açısından fark olduğu bulunmuştur. Reaktif gruptaki hastalar, otojen grubundaki hastalardan anlamlı olarak daha fazla yansıtma ve bölme savunma biçimini kullanmaktadırlar. Otojen gruptaki hastalar ise reaktif grubundaki hastalardan anlamlı olarak daha fazla inkâr ve disosiyasyon savunma biçimini

kullanılmaktadırlar. TCI alt ölçekleri açısından iki grup karşılaştırıldığında otojen OKB grubunda “Yenilik arayışı 1” alt ölçeği yüksek bulunurken, reaktif grupta “Sebat etme” alt ölçeği sınırda bir anlamlılık göstermektedir.

Bu araştırmanın çeşitli kısıtlılıkları mevcuttur. Gruplarımız arasındaki cinsiyet farkı, 2. Eksen tanılarının dışlanmış olması, kullanılan ölçeklerin özbildirim şeklinde olması sonuçları etkileyebilecek kısıtlılıklar olarak görülmektedir. Örneklemizin küçük bir grubu oluşturması, toplam vaka sayısının az olması da çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Bu alanda örneklem sayısı artırılarak yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: otojen, reaktif, OKB, BORRTI, savunma düzenekleri, karakter, mizaç

9. SUMMARY

OCD is a heterogeneous disease in terms of its etiology, symptom structure, clinical and treatment response characteristics. Until now, some conflicting results have been obtained from studies on the etiological, clinical and neurobiological basis of OCD and studies have been increasingly carried out to determine homogeneous subtypes of this heterogeneous disease. Studies and classifications describing the symptomatic structure of the disease were initially based on compulsions but recently, based on cognitive processes, Lee and Kwon suggested that obsessions should be separated into two subgroups as autogenous obsessions and reactive obsession. It seems that the psychoanalytic literature on the disease is not a complete subgroup distinction but rather as examples of obsessive and compulsive individuals.

In order to see whether there is a difference between autogenous and reactive OCD subgroups in terms of self-functioning, object relations, truth evaluation, defense mechanisms, character and temperament traits; it was hypothesized in this study that patients with autogenous OCD patients may have less functional, immature coping mechanisms compared to patients in the reactive group. For this purpose, a total of 69 OCD patients, 34 reactive and 35 autogenous group, were included in the study. The sociodemographic data form, YBOCS, BDI, BORRTI, DSQ-40 and TCI, which were created by the authors, were applied to the patients.

As a result of the analysis of the data, we found that between the two groups; no significant difference, except gender, was found in sociodemographic

and clinical data. BORRTI was used to measure object relations and truth evaluation. In the reactive group, "Egocentrism " and "Insecure attachment" were found to be higher than the autogenous group. There was no difference in terms of defense levels between the two groups, but it was found that there were differences in projection, splitting, denial and dissociation defense mechanisms. Patients in the reactive group are significantly more likely to have projecting and splitting defenses than patients in the autogenous group. Patients in the autogenous group use significantly more denial and dissociation defenses than patients in the reactive group. When comparing the two groups in terms of TCI subscales, "Novelty Seeking 1" subscale was found high in autogenous OCD group, while " Persistence " subscale was scarcely significant in the reactive group.

This research has several limitations. The gender difference between the groups, exclusion of the Axis II diagnoses and using scales of self-reporting are seen as limitations. Our sample forming a small group and number of cases being low are limitations of the study. In this field, there is a need of future studies having larger number of patients.

Keywords: autogenous, reactive, OCD, BORRTI, defense mechanisms, character, temperament

10. EKLER

EK 1 ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/02/2018-E.24864



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

Sayın Prof. Dr. ASLI KURUOĞLU
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Arş.Gör.Dr. Refika YAMANEL'in uzmanlık tez çalışması olan "*Otojen ve Reaktif Obsesif
Kompulsif Bozukluk Hastalarında Nesne İlişkileri, Mizaç Karakter Özelliklerinin ve
Savunma Düzeneklerinin Karşılaştırılması*" adlı çalışması ile ilgili konu
Komisyonumuzun 19.12.2017 tarih ve 10 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanızın yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik
açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte
gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No : 2017-495

Ek:1 Liste

08/02/2018 Genel Evrak Sorumlusu

Ayfer ÇEKMEZ



Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

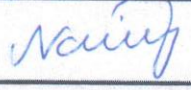
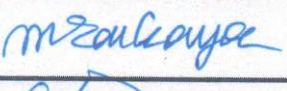
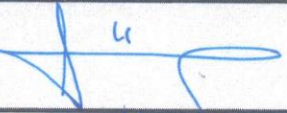
Bilgi için :Ayfer Çekmez
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 18 07

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 19/12/2017

TOPLANTI SAYISI : 10

ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	KATILAMADI
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	KATILAMADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	KATILAMADI
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	KATILAMADI
Prof.Dr.Fusun DEMİREL	
Doç.Dr.Nihan KAFA	

EK 2-YBOCS

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS) – Açıklamalar ve Değerlendirme

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru : Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluşuyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. İstenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını işgal ettiğini göz önüne alın. Şöyle sorun) : Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Aşırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok

1: Hafif (günde 1 saatten az) , veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden az)

2: Orta (günde 1 – 3 saat) , veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat) , veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü işgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla) , veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyip de yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif , sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki

2: Orta , sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır , sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum

4: Çok ağır , iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının "rahatsız edici" olduğunu kabul etmelerine karşın 'anksiyete' yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semtomlarla birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç

1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen başedilebilir durumda olan

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları koymaya ya da dikkatinizi başka şeylere vermeye çalışıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin şiddetinden çok kişinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda '0' puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcamaya gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir .

4: Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEŚİ

Soru : Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolünüz var?

Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini başka şeylere yöneltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa şu soru sorulmalıdır) : Çoğu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını işgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla olduğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Bir çok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. el yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. içten kontrol etme]).

0: Hiç

- 1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)
- 2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).
- 3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).
- 4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir? Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

- 1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.
- 2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.
- 3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum.
- 4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz? (kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönündeyse, şu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?

0: Hiç.

- 1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor; veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.
- 2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen başedilebilir durumda olduğunu belirtir; veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen başedebildiğini belirtir.
- 3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntıları durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artış.
- 4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıları ileri boyutlarda ve iş göremez duruma getiren artış; veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların şiddetinden çok, kişinin sağlık durumu sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda "0" puan veriniz).

0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır; veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcamaya gereksinimi duymaz.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hoşnut değildir.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECEİ

Soru : Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra şu soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiyet derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşın genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı hissediyor ancak güçlükle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geçiktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

Soru : Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra şu soru sorulmalıdır) : Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak birşey olmadığına tam ikna olmuş gözüküyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız görüldüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

12. KAÇINMA

Soru : Takıntılı düşünceleriniz veya istemeden bazı hareketler yapacağınız endişesiyle herhangi birşey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biriyle olmaktan kaçındığınız oluyor mu? (Eğer evet yanıtını veriyorsa, şu soruyla devam edilmelidir): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (kişinin olaylardan kasten kaçındığı durumları derecelendirin. Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu şeylere dokunmaktan kaçınması şeklindedir. Örneğin, törensel bir şekilde çamaşır yıkaması kompulsiyon olarak değerlendirilir. Bu durum bir kaçınma davranışı değildir. Eğer kişi çamaşır yıkamaktan vazgeçerse, bu bir kaçınmadır).

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

3: Ağır, epeyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin.

4: Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın. Hasta belirtilerini ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmak için hemen herşeyi yapıyor.

13. KARARSIZLIĞIN DERECESİ

Soru : Diğer kişilerin kolayca karar verebilecekleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorluk çekiyor musunuz (örneğin sabahları ne giyeceğiniz konusunda)? (Takıntılı düşüncelere bağlı karar verme güçlüklerini ve gerçekçi sebeplere dayalı tereddütü bu değerlendirmeye katmayınız).

0: Yok.

1: Hafif, ufak şeyler hakkında karar vermekte biraz zorluk çekiyor.

2: Orta, hasta, başkalarının üzerinde bir kez daha düşünmeyecekleri önemsiz konularda bile karar vermekte güçlük çektiğini kendiliğinden belirtiyor.

3: Ağır, sürekli olarak önemsiz şeyleri zihninde ölçüp biçme.

4: Çok ağır, hiçbir karar veremez, iş göremez durumdadır.

14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA

Soru : Kendi kontrolünüzde olmayan olayların sonuçlarından suçluluk duyma eğiliminiz var mı? Başkalarının başına gelen olaylarda da kendinizi sorumlu hissediyor musunuz?

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda hastanın belli belirsiz sözünü ettiği sorumluluk duygusu.

2: Orta, hasta, kendi kontrolü dışındaki olaylarda bile aşırı sorumluluk hissettiğini kendiliğinden ifade ediyor.

3: Ağır, bu türden düşünceler ileri derecede belirgin ve yaygındır. Kendi kontrolü dışındaki olaylardan sorumlu olduğuna derinden inanmaktadır. Kendini anlamsız hatta saçma bir şekilde suçlar.

4: Çok ağır, sanırsal bir sorumluluk duygusu. (Örneğin kişinin binlerce kilometre uzağında olan bir depremin kendisi kompulsiyonlarını yapmadığı için olduğuna inanması).

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorluğunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırınız. Özel obsesyonlar tanımlanamasa bile, olağan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

2: Orta, olağan işlerin sıklıkla uzaması ancak geç de olsa mutlaka tamamlanması. Sıklıkla geç tamamlanması.

3: Ağır, olağan işlevlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama. Genellikle işin uzaması.

4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olağan işlevlere başlayamama ve tamamlayamama.

16. PATALOJİK KUŞKU

Soru : Belleğinize güvenmediğiniz veya algılarınız (Örneğin gördüğünüz, işittiğiniz ve dokunduğunuz şeyler) konusunda emin olmadığınız oluyor mu? Neyi yapıp neyi yapmadığınız kuşkusu sizi ne derecede rahatsız ediyor?

0: Hiç.

- 1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.
- 2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.
- 3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.
- 4: İleri, algılama hakkındaki kuşkular devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta "Gördüklerime aklım güvenmiyor." diye belirtir).

17. GENEL ŞİDDET

Hastanın hastalığının ağırlığı hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0' dan (hastalığın olmama durumu), 6' ya (en ciddi hastalık) kadar derecelendirilir. (Hasta tarafından belirtilen rahatsızlığı, gözlenen belirtileri ve bildirilen işlevsel yetersizlik durumlarını dikkate alın. Sizin kanınız, hem bu bilgilerden genel bir sonuca varılması bakımından hem de bilgilerin güvenilirlik ve doğruluğunu belirlemek için gereklidir. Bu kaniya görüşmeyi yaparken elde ettiğiniz bilgilerin ışığında varmalısınız).

- 0: Hastalık yok.
- 1: Hafif, kuşkulu veya geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok.
- 2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.
- 3: Orta şiddette semptomlar. Çabayla işlevlerini yerine getirilebiliyor.
- 4: Orta – ağır şiddette semptomlar. İşlevler kısıtlanmış.
- 5: Ağır semptomlar. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine getirebiliyor.
- 6: Çok ağır semptomlar. Tümüyle iş göremez durumda

18. GENEL DÜZELME

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın hastanın durumunda ilk derecelendirme yapıldığı dönemden bu yana olan iyileşme.

- 0: Çok daha kötü.
- 1: Daha kötüye gidiş.
- 2: Çok az kötüye gidiş var.
- 3: Değişiklik yok.
- 4: Çok az iyileşme var.
- 5: Epeyce iyileşme var.
- 6: Çok fazla iyileşme var.

19. GÜVENİLİRLİK

Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini puanlandırın. Güvenirliği etkileyen faktörler hastanın doğal iletişim yeteneği ve hasta ile işbirliğinin kurulamamasıdır. Obsesif kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncesini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşabilmesini etkileyebilir. (Bazı obsesyonların içeriği nedeniyle hasta konuşma sırasında kullandığı kelimeleri dikkatle seçiyor olabilir).

- 0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.
- 1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir.
- 2: Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir.
- 3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

17 ve 18. bölümler Clinical Global Impression Scale' den uyarlanmıştır. [Guy w:ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology : Publication 76 – 338. Washington, D.C., US. Department of Health and Welfare (1976)]

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Varolan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz. (Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaziae ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "*" ile işaretlenen septomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir).

ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- Utanılacak birşey yapmaktan korkma*
- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- Çalacağından korkma
- Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

KİRLENME OBSESYONLARI

- Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak
- Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)
- Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler)
- Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örneğin, böcekler)
- Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
- Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
- Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
- Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- Çocuklar veya inest ilişkiye ile ilgili
- Homoseksüel ilişki ile ilgili*
- Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- Diğer

BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI

(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır)

DİNİ OBSESYONLAR

- Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
- Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- Doğüstü düşünce ile birlikte (örneğin, eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğini)
- Doğüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

- Bilme veya hatırlama ihtiyacı
- Belirli şeyleri söyleme korkusu
- Doğru şeyi söylememe korkusu
- Birşeyler kaybetme korkusu
- İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
- Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
- Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
- Uğurlu veya uğursuz sayılar
- Özel anlamı olan renkler
- Batıl itikatlar
- Diğer

SOMATİK OBSESYONLAR

- Hastalık ile ilgili*
- Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili (örneğin dismorfofobi)*
- Diğer

ŞİMDİ GEÇMİŞTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

- Aşırı veya törensel el yıkama
- Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
- Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin temizliği ile aşırı ilgili
- Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
- Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

- Tekrar okuma veya yazma
- Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örneğin, kapıdan girme / çıkma, sandalyeye oturma / kalkma)
- Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobiler, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır. (örneğin, eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek)]

DİĞER KOMPULSİYONLAR

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
- Aşırı liste hazırlama

- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
- Göz kırpmaya veya gözlerini dikme töreni davranışları*
- Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları *
- Diğer

Genel Bilgiler

Bu derecelendirme ölçeği obsesif-kompulsif rahatsızlığı olan hastalarda görülen belirtilerin tipi ve ciddiyetini derecelendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Genelde tüm bölümlerde hastanın bildirimleri esas alınmaktaysa da, sonuçtaki değerlendirme görüşmeyi yapanın klinik kararına dayanmaktadır. Görüşmenin yapılmasından bir hafta öncesinden başlayarak her bir madde için hasta gözlenmelidir. Puanlar bütün bu özelliklerin bir haftalık görülme ortalamasını yansıtmalıdır.

Bu derecelendirme ölçeği yarı – yapılandırılmış bir görüşme amacıyla hazırlanmıştır. Görüşmeyi yapan kişi sırayla ekte sunulan soruları kullanarak değerlendirme yapmalıdır. Bununla birlikte görüşmeyi yapan kişi, duruma açıklık getirecek ek sorular sormakta serbesttir. Eğer hasta görüşme sırasında ek bilgi vermeye istekli olursa, bu bilgiler de değerlendirilmelidir.

Derecelendirme, görüşme sırasında verilen yanıtlar ve gözlemlerle sınırlı olmalıdır. Eğer elde edilen bilgilerin büyük oranda yanlış olduğuna karar verirsiniz, hastanın güvenilirliğine ilişkin bir sorun vardır ve bu durum görüşme sonundaki “güvenirlilik” bölümünde değerlendirilmelidir (19’ uncu madde).

Sorulara başlamadan önce hastaya aşağıda belirtilen şekilde “obsesyonları” ve “kompulsiyonları” tanımlayınız.

“Takıntılar” sürekli olarak aklınıza gelen hoş olmayan fikir, düşünce ve görüntülerdir. İstemediğiniz halde aklınıza gelirler. Size çirkin ve anlamsız gelen bu düşünceler kişiliğinize uymazlar. Çoğu zaman da size sıkıntı verirler.

“Tekrarlayıcı hareketler” anlamsız ve gereksiz bulmanıza rağmen yaptığınız hareket ve davranışlardır. Zaman zaman bunları yapmamak için direnirsiniz, ama bu çok güç olabilir. Bu hareketi yapıp bitiremezseniz sıkıntı duyarsınız.

Şimdi size takıntılar ve tekrarlayan hareketlerle ilgili birkaç örnek vereyim :

Takıntıya örnek: Hiçbir zaman yapmayacağınız halde “çocuğuma fiziksel olarak zarar vereceğim” düşüncesinin tekrar tekrar aklınıza gelmesi.

Tekrarlayıcı hareketlere bir örnek : Evden çıkmadan önce pencerenin kapalı olup olmadığını 6 kez kontrol etmek. Çoğu zaman tekrarlayan hareketler gözle görülebilir davranışlardır. Ancak bazıları da kişinin içinden yaptığı davranışlardır. Mesela, aklına kötü bir düşünce geldiği zaman içinden ona kadar saymak gibi.

“Bu söylediklerimle ilgili sorunuz var mı?” (Eğer yoksa devam edilmelidir).

Testin tekrarlanması durumlarında bu tanımlayıcı açıklamaların yapılması gerekmez. Obsesyonların istenmeyen, ancak kişinin elinde olmadan itildiği düşünce ve değerlendirmeler olduğunu, kompulsiyonların ise yapmak zorunluluğunu hissettikleri davranışlar olduğunu hastaya hatırlatmak yeterli olacaktır.

Hedef semptomların bir listesini oluşturabilmek için, hastanın şimdiki obsesyon ve kompulsiyonlarını tek tek anlatmasını isteyiniz. Şu an varolan semptomları tanımlabilmek için, obsesyon ve kompulsiyon listesini kullanın. Daha sonraki değerlendirmelerde tekrar ortaya çıkabilecekleri için, geçmişteki belirtileri bilmek ve

tanımlamak da yararlı olur. Varolan obsesyon ve kompulsiyonları belirledikten sonra, Hedef Semptomlar Formu üzerinde klinik açıdan elverişli bölümler şeklinde düzenleyerek, liste oluşturun (örneğin, hedef kompulsiyonları kontrol etme ve yıkama olarak ayırın). İzlemeyi kolaylaştırmak açısından semptomların belirleyici özelliklerini tanımlayın (örneğin, listede "kontrol etme" şeklinde tanımlanan semptomun yanına, hastanın neyi kontrol ettiğini belirtin). Değerlendirmenin odak noktasını oluşturacağı için, en belirgin semptomların neler olduğunu belirtiniz. Buna rağmen her bölümün sonuç puanının, hastanın bütün obsesyon ve kompulsiyonlarının bileşik bir derecelendirmesini yansıtması gerektiğini unutmayın.

Testin tekrarlandığı durumlarda, Madde 1'i derecelendirmeden önce, hedef obsesyonları yeniden gözden geçirerek, gerekiyorsa değiştirin. Madde 6'nın derecelendirilmesinden önce de aynı işlemi kompulsiyonlar için yapın.

Ondokuz maddenin hepsi de derecelendirilmelidir. Ancak ilk on madde toplam puanı belirlemede kullanılır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır. **Obsesyonların** toplamı ilk beş, **Kompulsiyonların** toplamı ise ikinci beş maddenin toplamıdır.

Çevirenler: Doç.Dr.Berna Uluğ, Prof.Dr.Işık Savaşır

Geçerlik güvenirlik çalışmaları:

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity.

Tek C; Uluğ B; Rezaki BG; Tanrıverdi N; Mercan S; Demir B; Vargel S

Acta Psychiatr Scand. 1995 Jun; 91(6): 410-3

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması

Karamustafalıoğlu OK, Üçışık M A, Ulusoy M, Erkmen H

Serbest Bildiri, 28.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bursa 1993

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

EK 3-BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|--|---|
| 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum. |
| 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyeceğim gibi geliyor. | 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. | 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum. | 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum. | 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. | 20 (0) Sekse karşı ilgidemde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. | 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |
| 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum. | |

Toplam BECK-D skoru:.....

EK 4-BELL NESNE İLİŞKİLERİ VE GERÇEĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

BELL NESNE İLİŞKİLERİ VE GERÇEĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (BORRTI)

Her bir maddeyi dikkatlice okuyun. Daha sonra sizin yanıtınız olan harfi daire içine alın. Eğer madde içinde söz edilen durum sizin için doğruysa **Doğru** sütununda yer alan **D** harfini daire içine alın. Eğer madde içinde söz edilen durum sizin için doğru değilse **Yanlış** sütununda yer alan **Y** harfini içine alın. Her bir madde için sadece bir tane harfi daire içine alın. Hiç atlamadan tüm maddeleri yanıtlayın.

Madde	Doğru	Yanlış
1. En az bir tane tutarlı ve doyurucu ilişkim var.	D	Y
2. Bazen içime şeytan girmiş olduğunu düşünürüm.	D	Y
3. Eğer biri benden hoşlanmazsa o kişiye iyi davranmak için her zaman daha fazla uğraşırım.	D	Y
4. Sonsuza kadar inzivaya çekilmek isterdim.	D	Y
5. Genellikle bazı şeylerin gerçekten mi olduğuna yoksa rüyada mı gerçekleştiğine karar vermekte zorlanırım.	D	Y
6. Birdenbire içime kapanabilir ve haftalarca kimseyle konuşmayabilirim.	D	Y
7. Algılarım doğru olmasa da, bunun hemen farkına varırım ve kendimi kolayca düzeltebilirim.	D	Y
8. Genellikle bana en yakın olanları eninde sonunda incitirim.	D	Y
9. Alkol ya da esrar kullanmak zihnimi öylesine şiddetli etkileyebilir ki, neyin gerçek olduğundan emin olamayabilirim.	D	Y
10. İnsanların üzüntülerini kontrol etme becerilerinin ya çok az olduğuna ya da hiç olmadığına inanırım.	D	Y
11. Çevremdekiler bana bir yetişkinden çok, çocukmuşum gibi davranır.	D	Y
12. Halüsinasyonlar (aslında var olmayan şeyler görme ya da duyma) yaşarım.	D	Y
13. İyi tanıdığım biri uzaklara giderse, onu özleyebilirim.	D	Y
14. Aile ilişkilerimi bozmadan evdeki anlaşmazlıklarla uğraşabilirim.	D	Y
15. Günlerce gerçeklikle bağlantımın koptuğunu hissederim.	D	Y
16. Eleştirilmeye karşı son derece hassasım.	D	Y
17. İnsanlar üzerinde güç kullanmaktan gizli bir zevk duyarım.	D	Y
18. Bazen istediğimi elde etmek için hemen hemen her şeyi yaparım.	D	Y
19. Gizemli güçlere sahibim.	D	Y
20. Bana yakın olan biri tüm dikkatini bana vermediğinde, çoğu kez kendimi incinmiş ve reddedilmiş hissederim.	D	Y
21. Genellikle, yeni bir durumu hızlıca değerlendirebilirim.	D	Y
22. Eğer biriyle yakınlaşmaya başlarsam ve bu kişi güvenilmez biri çıkarsa, olaylar bu hale geldiği için kendimden nefret edebilirim.	D	Y
23. Hemen hemen hiçbir zaman gerçeklik algımın doğruluğundan şüphe etmek için bir nedenim yoktur.	D	Y
24. Kendi duygularımı bilirim.	D	Y
25. Birine yakınlaşmak benim için zordur.	D	Y

26. Cinsel yaşamım tatmin edicidir.	D	Y
27. Bana karşı düzenlenen bir komplo var.	D	Y
28. Başkalarının benden beklediği gibi biri olmaya çalışırım.	D	Y
29. Bir ilişki ne kadar kötüye giderse gitsin, ona asılırım.	D	Y
30. Bir dış güç tarafından düşüncelerimin benden alınıp götürüldüğünü hissedirim.	D	Y
31. Olaylar/durumlar hakkında genellikle güçlü fikirlerim yoktur.	D	Y
32. Çevremdekiler üzerinde hiçbir etkim yoktur.	D	Y
33. Kendi isteğim dışında konuşmaya veya hareket etmeye zorlanan bir robot olduğumu hissediyorum.	D	Y
34. İnsanlar, onları görmediğimde yoktur.	D	Y
35. Sıklıkla insanların davranışlarından gerçekte olmayan şeyler çıkarırım.	D	Y
36. Hayatta çok incitildim.	D	Y
37. En derin duygularımı paylaşabildiğim ve benimle böyle duygularını paylaşan biri var.	D	Y
38. Bana karşı bir komplo kurulduğuna inanıyorum.	D	Y
39. Ne kadar kaçınmaya çalışırsam çalışayım, en önemli ilişkilerimde aynı zorluklar ortaya çıkar.	D	Y
40. Takip ediliyorum.	D	Y
41. Biriyle tamamen “bir” olmak için güçlü bir istek duyarım.	D	Y
42. Hangi ay ya da yılda olduğumuzdan emin değilim.	D	Y
43. Genellikle doğru şeyleri söyleyebilirim.	D	Y
44. İlişkilerde, karşımdaki kişiyle sürekli bir arada olmadığım sürece tatmin olmam.	D	Y
45. Bedenim çeşitli yerlerinde açıklayamadığım garip hisler duyarım.	D	Y
46. Başkaları tarafından incitilmemenin tek yolu, bağımsız olmaktır.	D	Y
47. İnsanları çok iyi tartarım.	D	Y
48. Karşı cinsten olanlarla ilişkileri hep aynı şekilde sonuçlanır.	D	Y
49. Başkaları sık sık beni aşağılamaya çalışır.	D	Y
50. Diğer insanların duyamıyormuş gibi görüldüğü sesleri duyabilirim.	D	Y
51. Kendi duygularımla teması nadiren kaybederim.	D	Y
52. Benim yerime kararlarımı vermeleri için genellikle başkalarına bel bağlarım.	D	Y
53. Gerçekten tanıyor olmasam da, insanların, mekanların ya da nesnelerin bana tanıdık geldiğine inandığım sık olur.	D	Y
54. Birine güvendiğimde genellikle pişman olurum.	D	Y
55. Bana yakın birine kızdığım zaman, bunu ayrıntılarıyla konuşabilirim.	D	Y
56. Düşüncelerim yayımlandığı için diğer insanlar benim ne düşündüğümü bilir.	D	Y
57. İnsanlar, kabul etse de etmese de genellikle bana kızgındırlar.	D	Y
58. İstedikimi almanın en iyi yolu başkalarını ustaca idare etmektir.	D	Y
59. Etrafımda karşı cinsten birileri varken genellikle kendimi gergin hissedirim.	D	Y
60. Bazen bedenimin karşı cinse dönüştürüldüğünü hissedirim.	D	Y

61. Bir şeylerin dışında bırakılacağımdan sık sık kaygı duyarım.	D	Y
62. Herkesi memnun etmem gerektiğini hissedirim aksi taktirde beni reddedebilirler.	D	Y
63. Beni çok az tanıyan insanlar ne zaman isteseler düşüncelerimi okuyorlar.	D	Y
64. Bazen rüyalarım o kadar canlı olur ki uyandığım zaman gerçekten yaşanmış gibi gelir.	D	Y
65. Kendimi kapatıp birkaç ay kimseyle görüşmem.	D	Y
66. Hayatımdaki önemli insanlar tarafından olası reddedilmelere karşı duyarlıyım.	D	Y
67. Sıklıkla diğer insanların zalimliğinin kurbanı olurum.	D	Y
68. Arkadaş edinmek benim için sorun değildir.	D	Y
69. Lanetlenmiş bir insan olduğuma inanırım.	D	Y
70. Karşı cinsten olanlarla nasıl tanışılacağı ya da konuşulacağını bilmem.	D	Y
71. Bana yakın olan birine istediğim bir şeyi yaptıramadığımda, kızgın ya da incinmiş hissedirim.	D	Y
72. Düşünce ve davranışlarım hakkında sürekli yorum yapan, başkalarının duymadığı sesler duyarım.	D	Y
73. Yalnız bir yaşam sürmek benim kaderimdir.	D	Y
74. Bana ait olmayan şeyleri düşünmeme ya da dürtülere sahip olmama zorlayan, kendi dışımda bazı güç ve etkilerin kontrolü altındayım.	D	Y
75. Duygu durumum, olayları/durumları nasıl gördüğümü etkiler.	D	Y
76. İnsanlar birbirine karşı asla dürüst değildir.	D	Y
77. Uykuya dalma ya da uyanma aşamasında olsam bile gerçek ve hayal olamı daima ayırt edebilirim.	D	Y
78. İlişkilere çok şey katar ve çok şey alırım.	D	Y
79. Yakında dünyanın sonunun geleceği hissine kapılıyorum.	D	Y
80. Karşı cinsten olanlarla tanışmak ya da konuşmaktan utanırım.	D	Y
81. Bir ilişkide benim için en önemli şey, diğer kişi üzerinde güç kullanmaktır.	D	Y
82. İyi bir yön duygum vardır ve yolumu hemen hemen hiç kaybetmem.	D	Y
83. Hoş olmayan tüm olayları görmezden gelmeye çalışırım.	D	Y
84. Açıklayamadığım kaygı duyguları yaşarım.	D	Y
85. Alkol ya da madde kullandığımda çevremdeki herkes bana zarar vermek istiyormuş gibi gelir.	D	Y
86. Kendi duygularıma o kadar çok dikkat ederim ki, başkalarının duygularını görmezden gelebilirim.	D	Y
87. Kendi mahalleimde olsam bile, sıklıkla nerede olduğumu bilmem.	D	Y
88. Hayatımdaki trajik olayların gerçekliğini kabul etmede zorlanırım, ailedeki birinin ölümü gibi.	D	Y
89. İyi bir annenin, çocuklarını daima memnun etmesi gerektiğine inanırım.	D	Y
90. Bazen sadece görmek istediğimi görürüm.	D	Y

EK 5-SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ

SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ (SBT-40)

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş ölçek üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (×) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek: Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunun olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım (resim, el işi, ağaç oyma).

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimliler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Superman'mışım gibi tehlikelere aldırman.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Her zaman doğruyu söylemem.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissedirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınayım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

EK 6-MIZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ

Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını görüşlerini ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece su anda nasıl hissettiğiniz değil ÇOĞU ZAMAN ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız. Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini daire içine almanız yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK

DOGRU YANLIŞ

Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum. D Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için “D”yi daire içine alınız.)

Tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Yanıttan emin olmasanız bile her ifadeyi yanıtlamaya çalışınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987 1992 C. R. Cloninger

Türkçe TCI © 2001 Samet Köse Kemal Sayar

Türkçe TCI'nin eser sahipliği hakları Samet Köse ve Kemal Sayar'a aittir. Yazarların izni olmaksızın her türlü kullanımı eser sahipliğinden doğan hakların ihlalini oluşturur ve etik değildir.

1. Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu zaman yeni şeyler denerim. D Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim. D Y
3. Çoğu zaman güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim. D Y
4. Çoğu zaman koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm. D Y
5. Benden çok farklı olsalar bile genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim. D Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım. D Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider. D Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda çoğu zaman vaktin nasıl geçtiğinin farkına varmam. D Y
9. Çoğu zaman yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm. D Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta yardımcı olmak isterim. D Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum. D Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim. D Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin çoğu zaman o anda nasıl hissettiğime bakarak yaparım. D Y

14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa genellikle kendi tarzıma göre yaparım. D Y
15. Çoğu zaman çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir. D Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam. D Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır. D Y
18. Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile zengin ve ünlü olmak için yasal olan hemen her şeyi yapardım. D Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir. D Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için çoğu zaman yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım. D Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım. D Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. D Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan çoğu zaman “dalgın” olarak adlandırılırım. D Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim. D Y
25. Bir başkasının duygularını çoğu zaman kendiminkiler kadar dikkate alırım. D Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için çoğu zaman yabancılarla tanışmaktan kaçınırım. D Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım. D Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim. D Y
30. Zaman yokluğu nedeniyle genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam. D Y
31. Çoğu zaman hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım. D Y
32. Çoğu zaman başka herkesten daha zeki olmayı dilerim. D Y
33. Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir. D Y
34. Her ne zaman olursa olsun çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım. D Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür. D Y
36. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak çoğu zaman bana anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü alışkanlıklar kazandırdı. D Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim. D Y
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum. D Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var. D Y
40. Sorunlarıma çoğu zaman bir başkasının çözümü D Y sağlamasını beklerim.
41. Çoğu zaman nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım. D Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm. D Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum. D Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez. D Y
45. Kendimi rahatlatmış hissederken çoğu zaman beklenmedik iç gözü ya da anlayış parıltıları yasarım. D Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldımam. D Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım. D Y

48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir. D Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez. D Y
50. Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz. D Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür. D Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyiciyimdir. D Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim. D Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda çoğu kimseden daha sıkılganım. D Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır. D Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir. D Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım. D Y
58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım. D Y
60. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim. D Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım. D Y
63. Çok kolay yorulduğumdan çoğu zaman kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım. D Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım. D Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaaksızın daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm. D Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim. D Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda genellikle sakin ve güvenli kalırım. D Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım. D Y
69. Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem. D Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım. D Y
71. Kendilerine yardımcı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum. D Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kalmaz. D Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar. D Y
74. Çoğu zaman sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim. D Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım. D Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım. D Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissedirim. D Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım. D Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider. D Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürdüm. D Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir. D Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etrafla düşünürüm. D Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm. D Y

84. Çoğu zaman etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim. D Y
85. Çoğu zaman “Süperman” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim. D Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor. D Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım. D Y
88. Dinsel yaşıntılar yaşamımın gerçek amacını anlamama yardımcı olmuştur. D Y
89. Çoğu zaman başkalarından çok şey öğrenirim. D Y
90. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak pek çok şeyde iyi ve başarılı olmama olanak vermiştir. D Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim. D Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme destek ya da güvenceye gereksinim duyarım. D Y
93. Yaşamın kurallarının olduğunu ve hiç kimsenin sonunda bedelini ödemeksizin bu kuralları çiğneyemeyeceğini bilirim. D Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem. D Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim. D Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim. D Y
97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm. D Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım. D Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım. D Y
100. Birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek benim için kolaydır. D Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu zaman öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım. D Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim. D Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım. D Y
104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem. D Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var. D Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu zaman sorunların gereğine bakamam. D Y
107. Çoğu zaman zamanın akısını durdurabilmeyi dilerim. D Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim. D Y
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim. D Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine saka yapmak için doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm. D Y
111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesi için çalışırım. D Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım. D Y
113. Çok gergin yorgun ya da endişeli olacağım için işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür. D Y
114. İşleri eskiden olduğu gibi yapmayı bırakmadan önce genellikle çok gerçekçi gerekçeler talep ederim. D Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım. D Y
116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım. D Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımla çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim. D Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu zaman aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm. D Y

119. Hemen herkes korksa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım. D Y
120. Hüzünlü şarkıları ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum. D Y
121. Koşullar çoğu zaman beni irademin dışında bir şeyler yapmaya zorlar. D Y
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür. D Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm. D Y
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim. D Y
125. Çoğu zaman yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum. D Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum. D Y
127. Başkalarıyla olabildiğince is birliği yapmaya çalışırım. D Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir. D Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim. D Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu zaman içgüdülerimi önsezi ve sezgilerimi izlerim. D Y
131. İnsanlar benden beklediklerini yapmadığımda çoğu zaman benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler. D Y
132. Çoğu zaman etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim. D Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek benim için genellikle kolaydır. D Y
134. Başkaları benden daha çok is beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım. D Y
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikincil huy” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır. D Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam. D Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim. D Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar. D Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir. D Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder isler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım. D Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile çoğu zaman islerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim. D Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim. D Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler. D Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol var olduğunu söylese bile isleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim. D Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm. D Y
146. Düşmanlarımın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım. D Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum. D Y
148. Yaptığım her iste ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım. D Y
149. Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım. D Y
150. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim. D Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir. D Y
152. Çoğu zaman kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki bir an nereden olduğumu unuturum. D Y

153. Bir ekibin üyeleri kendilerine düşen payı nadiren eşit biçimde alırlar. D Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir. D Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam. D Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılman değilimdir. D Y
158. Çoğu zaman arkadaşlarımla arzularına boyun eğirim. D Y
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım. D Y
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dini ya da ahlaki ilkelerin etkin olması gerektiğini düşünmem. D Y
161. Başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için çoğu zaman kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım. D Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır. D Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım. D Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem. D Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam. D Y
166. Düşündüğümde daha uzun sürerse çoğu zaman o işi bırakırım. D Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim. D Y
168. Bana yanlış davranan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım. D Y
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler. D Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu zaman kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım. D Y
171. İşlerin yapılması için bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim. D Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım. D Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan kendimi daha coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur. D Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir. D Y
175. Duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım. D Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım. D Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir. D Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır. D Y
179. Çoğu zaman sonsuza değin yaşamak isterim. D Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım. D Y
181. Hüzünlü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır. D Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum. D Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu zaman kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim. D Y
184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güven duyabilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir. D Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar. D Y
186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir. D Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermekten hoşlanırım. D Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle sansım yaver gider. D Y

189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi) genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim. D Y
190. Başarılı olma sansı olmadıkça bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum. D Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım. D Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım. D Y
193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir. D Y
194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu. D Y
195. Ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu yasadığım epeyce coşkulu anlarım oldu. D Y
196. İyi alışkanlıklar isleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır. D Y
197. Çoğu kimse benden daha çok becerikli görünür. D Y
198. Sorunlarım için çoğu zaman başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım. D Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım. D Y
200. Çoğu zaman tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıyım hissinde kapılırım. D Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla “açılmayı” tercih ederim. D Y
202. Kendimi zorlamaksızın genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim. D Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm. D Y
204. Bir şeyi yanlış yaparken yakalandığımda, sorundan kurtulmayı beceremem. D Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir. D Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu sadece bir görüş meselesidir. D Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm. D Y
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım. D Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm. D Y
210. İnsanlar yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler. D Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir. D Y
212. Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yasam. D Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar vardır. D Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem. D Y
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu zaman olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım. D Y
216. Tanıdığım çoğu kimse başkalarının incinebileceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür. D Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle gergin ve endişeli hissederim. D Y
218. Çoğu zaman kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım. D Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür. D Y
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir. D Y

221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır. D Y
222. Herhangi bir kişinin acı çektiğini görmekten nefret ederim. D Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum. D Y
224. Yaptığım isin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım. D Y
225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu zaman ters gider. D Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda genellikle daha iyi hissederim. D Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm. D Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için başkalarına çoğu zaman sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir. D Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam. D Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim. D Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum. D Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim. D Y
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm. D Y
234. Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar. D Y
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığımızda sorun yaratır. D Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim. D Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde her şeyi okumaktan hoşlanırım. D Y
238. Yeni bir şey olmadığında genellikle heyecan ya da coşku verici bir şeyler aramaya başlarım. D Y
239. Bazen keyifsiz olurum. D Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum. D Y

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Refika

Soyadı: YAMANEL

Doğum Yeri ve Tarihi: Kırıkkale, 12/01/1989

Eğitimi:

☐ **Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
(Tıpta Uzmanlık)- Halen devam ediyor.**

☐ **Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi (Lisans)- 2013**

☐ **Kayseri Nuh Mehmet Küçükçalık Anadolu Lisesi- 2007**

Yabancı dili: İNGİLİZCE

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

☐ **Türkiye Psikiyatri Derneği**

Yayınlar:

1. Baykar K, Naçar M, Yamanel R, Uzun AO, Daglıtuncelzi S, Davran H, et al. Tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin organ nakli konusundaki bilgi tutum ve davranışları. Ulusal Cerrahi Dergisi, 2009;25(4):137-141