

**T.C.**  
**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARININ OBSESYON TÜRLERİ**  
**İLE PSİKODİNAMİK KİŞİLİK ORGANİZASYONU VE TRAVMATİK**  
**YAŞANTI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Esmannur AVAN**

**HAZİRAN 2023**

**ANTALYA**



**T.C.  
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARININ OBSESYON TÜRLERİ  
İLE PSİKODİNAMİK KİŞİLİK ORGANİZASYONU VE TRAVMATİK  
YAŞANTI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Esmenur AVAN**

**HAZİRAN 2023**

**ANTALYA**

**T.C.**  
**ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA OBSESYON TÜRLERİ İLE  
PSİKODİNAMİK KİŞİLİK ORGANİZASYONU VE TRAVMATİK YAŞANTI  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Esmanur AVAN**

PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK  
LİSANS PROGRAMI tezi olarak 22 / 06 /202 tarihinde jüri tarafından (oybirliği  
/ oyçokluğu ile) kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Muazzez Merve AVCIOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Cumhur AVCİL

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. İbrahim Sani MERT

Tez Teslim Tarihi: / / 202

## **BEYAN**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif Kompulsif Bozuklukta Obsesyon Türleri ile Psikodinamik Kişilik Organizasyonu ve Travmatik Yaşantı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı bu çalışmanın hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, bu çalışmanın herhangi bir kısmının başka bir akademik çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

/ / 20

**Esmannur AVAN**

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.i
ABSTRACT .....	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	iii
TABLolar LİSTESİ .....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	v
ÖNSÖZ.....	vi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	2
1.2. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi.....	2
1.3. Araştırmanın Varsayımları.....	2
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	3
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	4
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Tarihçe.....	4
2.1.3. Obsesyon Alt Türleri ve Klinik Özellikleri.....	5
2.1.4. DSM-5 Tanı Ölçütleri.....	7
2.1.5. Epidemiyoloji.....	7
2.1.6. Etiyoloji.....	8
2.1.6.1. Genetik.....	8
2.1.6.2. Nörobiyoloji.....	8
2.1.6.3. Nörokimyasal.....	9
2.1.6.4. Kuramlar Açısından Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	9
2.1.7. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Eş Tanı.....	12
2.1.8. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Ayırıcı Tanı.....	13
2.2. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar ve Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	13
2.3. Kişilik Örgütlenmesi.....	14
2.3.1. Kimlik Bütünleşmesi.....	17
2.3.2. Savunma Mekanizmaları.....	17
2.3.3. Gerçeklik Testi Değerlendirmesi.....	18
2.4. Psikodinamik Kişilik Yapıları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	19
3. YÖNTEM.....	21
3.1. Örneklem.....	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi.....	21
3.3. Verilerin Toplanması.....	21
3.4. Veri Toplama Araçları.....	22
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	22
3.4.2. Kişilik Organizasyonları Envanteri (KOREN).....	22
3.4.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Semptom Kontrol Listesi.....	23
3.4.4. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇOYÖ).....	24

3.5. İstatiksel Değerlendirme / Verilerin Analizi.....	24
3.5.1. Normallik Testi.....	24
4. BULGULAR.....	26
4.1. Sosyodemografik Değişkenlerin Betimsel ve İstatistiksel İncelenmesi.....	26
4.2. Klinik Verilerin ve Ölçeklerin Betimsel ve İstatistiksel Dağılımı.....	27
4.3. Sosyodemografik ve Klinik Verilerin ÇÇÖYÖ, YBOKÖ ve KOREN (PS, KD ve GT) Açısından Karşılaştırılması.....	29
4.3.1. Obsesyon Türlerinin KOREN Alt Boyutları ve ÇÇÖYÖ Açısından Karşılaştırılması .....	32
4.4. Ölçeklerin ve Sosyodemografik Değişkenlerin Korelasyon Analizi.....	35
4.5. Sosyodemografik, KOREN Alt Boyutları ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Değişkenlerinin Obsesyon Türlerini Yordayıcı Analizi.....	37
4.5.1. Obsesyon Türlerinin Regresyon Analiz Sonuçları.....	37
5. TARTIŞMA .....	39
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	44
KAYNAKÇA .....	45
EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU.....	54
EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	55
EK 3. KİŞİLİK ORGANİZASYONLARI ENVANTERİ.....	56
EK 4. YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ.....	58
EK 5. ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ.....	65
EK 6. TERAPİ TIP MERKEZİ İZİN BELGESİ.....	67
EK 7. ETİK KURUL ONAYI.....	68
EK 8. DSM- 5 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANI KRİTERLERİ.....	69

## ÖZET

### **OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA OBSESYON TÜRLERİ İLE PSİKODİNAMİK KİŞİLİK ORGANİZASYONU VE TRAVMATİK YAŞANTI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Esmenur AVAN**

**Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı**

**Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ**

**Haziran, 2023; 83 sayfa**

Bu çalışmanın amacı, DSM-5'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanımlı kişilerin obsesyon türleri ile Psikodinamik Kişilik Örgütlenmeleri ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının incelenmesi hedeflenmiştir. Obsesyon türlerinin nevrotik, sınır durum ve psikotik yapılarındaki konumları ve çocukluk dönemi olumsuz deneyimlerin bu türlerine etkisi incelenmiştir. Araştırmaya Antalya Terapi Tıp Merkezinde ayaktan tedavi gören 18-65 yaş aralığında, 17 kadın ve 14 erkek toplam 31 OKB hastası katılmıştır. Çalışmanın verilerini toplayabilmek için Sosyodemografik Veri Formu (SVF), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Kişilik Organizasyonları Envanteri (KOREN) ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇYOÖ) kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri için IBM SPSS 26 sürümü kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre obsesyon türleri ile çocukluk çağı olumsuz yaşantıları incelendiğinde; biriktirme obsesyonuna sahip bireylerin çocukluk döneminde olumsuz yaşantı deneyimiyle saptanmıştır. Saldırganlık ve kirlenme obsesyon türleri ile psikodinamik kişilik örgütlenmesi incelendiğinde psikodinamik kişilik örgütlenmesi alt boyutları; primitif savunmalar, kimlik difüzyonu ve gerçeklik testi ile bağlantılıdır. Saldırganlık obsesyonu var olan katılımcılar, sınır durum kişilik yapısına eğilimlidir.

**ANAHTAR KELİMELER:** Çocukluk çağı olumsuz yaşantıları, obsesif kompulsif bozukluk, obsesyon türleri, psikodinamik kişilik organizasyonu

**JÜRİ:** Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan HERDİ

Dr. Öğr. Üyesi Muazzez Merve AVCIOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Cumhur AVCİL



## **ABSTRACT**

### **INVESTIGATING OBSESSION SUBTYPES OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER PATIENTS WITH PSYCHODYNAMIC PERSONALITY ORGANIZATION AND TRAUMATIC EXPERIENCES**

**Esmanur AVAN**

**MSc Thesis in Psychology**

**Supervisor: Asst. Prof. Dr. Oguzhan HERDI**

**June, 2023; 83 pages**

The main aim of this study is to examine Psychodynamic Personality Organizations and Adverse Childhood Experiences to subtypes of obsession of people who diagnosed with obsessive compulsive disorder (OCD) according to DSM-5. Neurotic, borderline, and psychotic structure levels of obsession types and the relationship of childhood negative experiences on these types were investigated. A total of 31 OCD patients (17 women and 14 men) aged 18-65 years who received outpatient treatment at Antalya Therapy Medical Center, participated in the study. A total of 31 OCD patients (17 women and 14 men) participated between the ages of 18-65 who received outpatient treatment at Antalya Therapy Medical Center in the study. Sociodemographic Data Form (SDF), Yale-Brown Obsession Compulsion Scale (YBOCS), Inventory of Personality Organizations (IPO), and Adverse Childhood Experiences Scale (ACE) were used to collect the data of the study. According to the results of the analysis, when the types of obsessions and negative childhood experiences are examined; It has been determined by the negative life experience of individuals with hoarding obsessions in childhood. Aggression and contamination are related to primitive defences, identity diffusion and reality testing psychodynamic personality organization is examined. Participants with an aggression obsession tend to have a borderline personality structure.

**KEYWORDS:** Adverse childhood experiences, obsessive-compulsive disorder, subtypes of obsession, psychodynamic personality organization.

**COMMITTEE:** Asst. Prof. Dr. Oğuzhan HERDI

Asst. Prof. Dr. Muazzez Merve AVCIOGLU

Asst. Prof. Dr. Cumhuri AVCIL

## SİMGELER VE KISALTMALAR

### Simgeler

$p$	: Anlamlılık değeri
$\chi^2$	: Ki- Kare
$\pm$	: Standart sapma
$\beta$	: Regresyon katsayısı
$r$	: Korelasyon katsayısı
$N$	: Katılımcı sayısı

### Kisaltmalar

<b>BOF</b>	: Bilgilendirilmiş Onam Formu
<b>ÇÇOYÖ</b>	: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği
<b>ÇÇTY</b>	: Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar
<b>GT</b>	: Gerçeklik Testi
<b>KD</b>	: Kimlik Difüzyonu
<b>KOREN</b>	: Kişilik Organizasyonları Envanteri
<b>NKÖ</b>	: Nevrotik Kişilik Örgütlenmesi
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>PKÖ</b>	: Psikotik Kişilik Örgütlenmesi
<b>PS</b>	: Primitif Savunma
<b>SKÖ</b>	: Sınırdurum Kişilik Örgütlenmesi
<b>SVF</b>	: Sosyodemografik Veri Formu
<b>YBOKÖ</b>	: Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> ÇÇOYÖ, YBOKÖ ve KOREN Alt Boyutlarının (PS, KD ve GT) Shapiro-Wilk Normallik Testi.....	25
<b>Tablo 2.</b> Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımı.....	26
<b>Tablo 3.</b> Klinik Verilerin ve Ölçeklerin Betimsel ve İstatistiksel Dağılımları.....	28
<b>Tablo 4.</b> Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇOY) ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinin (YBOKÖ) Bağımsız T-test Analizi .....	30
<b>Tablo 5.</b> . Sosyodemografik ve Klinik Verilerin KOREN Alt Boyutlarının (PS, KD ve GT) Bağımsız T-test Analizi.....	31
<b>Tablo 6.</b> Obsesyon Alt Türleri ile KOREN Alt Boyutlarının (PS, KD ve GT) Bağımsız T-Test Analizi .....	33
<b>Tablo 7.</b> Obsesyon Alt Türleri ile Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇOYÖ) Bağımsız T-Test Analizi.....	34
<b>Tablo 8.</b> ÇÇOYÖ ile KOREN Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Analizi.....	35
<b>Tablo 9.</b> . Sosyodemografik Değişkenler ile Obsesyon Türlerinin Korelasyon Analizi.....	36
<b>Tablo 10.</b> Saldırganlık Obsesyonunun Yordayıcı Değişkenleri.....	37
<b>Tablo 11.</b> Kirlenme Obsesyonunun Yordayıcı Değişkenleri.....	38

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1.</b> Kernberg Kişilik Örgütlenmesi Şeması.....	16
<b>Şekil 2.</b> Psikodinamik Kişilik Yapıları ve Kriterleri.....	18

## ÖNSÖZ

Tez sürecimde desteğini sunan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan Herdi'ye;

Veri toplama sürecinde yardımlarını ve desteğini hep hissettiğim Antalya Terapi Tıp Merkezi çalışanlarına;

Desteğini ve sevgisini hiçbir zaman esirgemeyen anneme, babama ve biricik kardeşime;

Yüksek lisans eğitimim boyunca eğlenceli anılar biriktirdiğim sevgili arkadaşlarıma ve özellikle Merve Ersöz'e ve Yeşim Kavrar'a;

Yollarımız kesiştiğinden beri ihtiyacım olan her an yanımda hissettiğim beni iyileştiren ve geliştiren canım Aytül Kocabıyık'a, canım Merve Aksu'ya ve canım Ayşenur Bakiler'e;

Ve tüy yumağım Ares'e sonsuz teşekkür ederim ...

## BÖLÜM I

### GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon (takıntı) ve kompulsiyonlardan (saplantı) oluşan, bireyin yaşamında ciddi hasarlara ve işlev kayıplarına neden olan bir mental bozukluktur. Obsesyonlar, davetsiz şekilde akla gelen, kişiyi rahatsız eden veya engelleyen, belirgin bir kaygıya neden olan, tekrarlayan düşünce ve imgeler olarak tanımlanan karakteristiktir. Bu obsesyonlar karşısında anksiyeteyi azaltmak için veya bireyin kendini yapmaktan alıkoyamadığı yineleyici davranış ya da zihinsel süreçler kompulsiyonlar olarak adlandırılmaktadır. Bozukluk, bireyin ailevi, sosyal ve mesleki fonksiyonlarında işlev kaybına neden olur.

Obsesif Kompulsif Bozukluk, çeşitli obsesyonları ve kompulsiyonları kapsayan heterojen bir bozukluktur. Ancak son dönemdeki araştırmalarda ve klinik çalışmalarda, OKB'nin alt türlerini homojen şekilde incelenildiği görülmektedir (Beşiroğlu ve ark. 2007). Hastalığın alt tiplerini belirlerken başlama yaşı, cinsiyet, hastalığın belirtileri, aile geçmişi, eş tanı ve tedavi yanıt gibi özellikleri incelemektedir. Lochner ve Stein (2003)'in çalışma sonucuna göre uzun dönem kazançları, nörobiyolojik semptomlar, psikofarmakolojik ve psikoterapi cevapları göz önüne alındığında bozukluğun alt türlerini homojen olarak tanımlanmasının faydalı olacağı savunulmuştur(Lochner & Stein, 2003).

OKB alt türleri başlangıçta obsesyon - kompulsiyon içerikleri ve OKB belirti (fenotip) alt tipleri olarak iki ayrı yaklaşımda incelenmiştir. İçerik yaklaşımında; 8 obsesyon tipi (Clark. 2004; Goodman ve ark., 1989) ve 7 kompulsiyon türü (Goodman ve ark., 1989) tanımlanmaktadır. Fenotip yaklaşımında ise temizleyenler/kontrol edenler en yaygın ve sık görülen obsesyon (Matsunaga ve ark., 2001) tipi iken ikinci sırada kendine zarar verme içeriğini barındıran obsesyonlar (Rasmussen ve Eisen. 1992) ve üçüncü sırada utanç/uygunsuz temalar içeren obsesyon türleri (Clark. 2004) gelmektedir.

Geçmiş dönem araştırma sonuçlarına göre kadınlarda kirlenme/bulaşma obsesyonlarının (Aslan ve ark., 1996; Tükel ve ark., 2004) ve erkeklerde ise saldırganlık obsesyonlarının (Tükel ve ark., 2004) diğer alt türler ile karşılaştırıldığında daha yüksek düzeydedir (Akt. Çelikel, 2007). Tezcan ve arkadaşlarının (1998) Türk ve Fransız hastalarla yaptıkları çalışmada, en yaygın olarak kirlilik, pislik bulaşması konulu obsesyonları bulmuşlardır. Bu obsesyonlar Türk kadın hastaların % 63.6'sında ve erkek hastaların % 25'inde saptanmışken Fransız kadın hastaların % 88.2'sinde ve erkek hastaların % 69.2'sinde tespit edilmiştir (Tezcan ve ark., 1998). Sonuçlara bakılarak Fransız hastaların, Türk hastalara göre daha yüksek kirlenme obsesyonuna sahip olduğu tespit edilmiştir.

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar, bireyin 18 yaş öncesinde doğrudan maruz kaldığı ya da tanık olduğu fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ve ihmalin yanında göç, kayıplar (manevi ve maddi), doğal afetler ve kazalar gibi kişinin yaşamını derinden etkileyen yaşam olaylarının tamamını içerir. Yazındaki çalışmalar dikkate alındığında çocukluk döneminde mazur kalınan travmatik olaylar ve yaşantılar ile OKB arasında ilişki vardır.

Psikodinamik kişilik organizasyonu, bireyin temel kişiliğini oluşturan ve gözlenebilen, klinik değerlendirme sonucunda kişilik boyutlarını kuramsal düzeyde temsil eden sabit kurulum olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım, 2022; Blüml ve Doering, 2021). Psikanalitik yönden Freud ve ondan etkilenen psikoterapistler, kişiliği nevrotik ve psikotik düzey olarak ikiye ayırarak incelemişlerdir. 20. yüzyılın ortalarında Kernberg (1975)'in araştırma sonuçları ve klinik bulgularının sağladığı aydınlatıcı bilgiler ışığında Psikanalitik alana yeni bir kişilik düzeyi olan sınır durum (borderline) kişilik kategorisi kazandırılmıştır. 1975'ten sonraki ve şu zamandaki çalışmalarda kişilik şeması nevrotik, sınır durum ve psikotik yapılandırma olarak incelenmektedir.

### 1.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, DSM-5'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı kişilerin obsesyon türleri ile Psikodinamik Kişilik Örgütlenmeleri ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılarının ilişkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Psikodinamik kişilik yapısının ve çocukluk dönemi olumsuz deneyimlerin spesifik obsesyon türlerinin yordanmasında bir rol alıp almadığı incelenecektir.

### 1.2. Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi

Son yıllarda OKB'nin heterojen bir hastalık olmasına rağmen obsesyon alt tiplerinin homojen olarak araştırılmasının hastalığın kişilik yapısına göre daha detaylı tanımak için önemli olduğu düşünülmektedir. Alt tiplerin belirgin özellikleri tespit edilmesi halinde hem kişilik yapısıyla olan bağlantısı hem de psikoterapi tedavisinin kazançları için önemlidir. Türkiye'de OKB tanılı bireyler ile psikodinamik kişilik örgütlenmesi üzerine yapılan sınırlı çalışma bulunmaktadır. Gıynaş ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bu çalışmada 100 OKB tanılı katılımcının psikodinamik kişilik örgütlenmesi incelendiğinde % 24'ü nevrotik, % 62'si sınır durum ve % 14'ü psikotik organizasyonda olduğu tespit edilmiştir. Araştırma yorumlandığında, bu hastalığa sahip bireylerin çeşitli kişilik yapılarında olabileceği ve kişilik yapılarının özelliklerine göre farklı semptomlar göstermektedirler. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların hem alanda çalışan uzmanlara hem de gelecek çalışmalara katkı sunması hedeflenmektedir.

### 1.3. Araştırmanın Varsayımları

Çalışmanın varsayımları aşağıda açıklanmıştır.

1- Cinsel, dini ve saldırganlık obsesyon türüne sahip bireylerin, sahip olmayanlara göre daha yüksek primitif savunmaları, daha yüksek kimlik dağınıklığı ve gerçeklik test değerlendirmesinde daha çok bozulma olacaktır.

2- Kirlenme, somatik, simetri ve biriktirme obsesyon türüne sahip bireylerin, sahip olmayanlara göre daha düşük primitif savunmaları, daha düşük kimlik difüzyonu ve gerçeklik test değerlendirmesinde daha düşük bozulmaya sahip olacaktır.

3- Saldırganlık, somatik, dini, cinsel, simetri, kirlenme ve biriktirme obsesyon türlerine sahip bireylerin çocukluk dönemi olumsuz yaşantıları vardır.

#### **1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın sınırlılıkları; katılımcı sayısının sınırlı olması ve kullanılan ölçeklerin öz bildirim dayalı olarak doldurulması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. İleri yaş grubu katılımcıların, çocukluk döneminde yaşanan olayları ‘biz böyle yetiştirildik’ diyerek ihmal ve istismar durumlarını normalleştirmesi nedeniyle travmatik deneyimin yok olduğunu savunmaktadır. Bu sebeple öz-bildirim dayalı olarak dolduran ölçekte, cevapların yanlı şekilde doldurulmuştur. Katılımcıların çoğunluğunun kadın olması, bazı obsesyon türlerinde yetersiz veri bulunması ve çalışmada kontrol grubunun bulunmaması sınırlılıkları göstermektedir.



## BÖLÜM II

### KAVRAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

##### 2.1.1. Tanım

Obsesif Kompulsif Bozukluk, obsesyonların veya kompulsiyonların ya da birlikte her ikisinin de varlığıyla kronik veya dönemsel süregiden, kişinin yaşam becerilerinde işlev bozukluğuna ve yeti kaybına neden olabilen egodistonik mental bir bozukluktur.

Obsesyon sözcüğünün kökeni Latince ‘obsidere’ kelimesinden gelen bunaltmak, fethetmek, kuşatılmak anlamına kullanılmaktadır. Kişinin, tekrarlayan ve sıkıntı veren düşüncelerle kuşatılmasıdır. Obsesyonlar, bireyin zihninden uzaklaştırmaya çalıştığı, yoğun kaygı veya sıkıntıya neden olan ve kolayca zihni ele geçirebilen zorlayıcı her türlü düşünce, imge ve düşlemdir (Yamanel, 2018; Bayraktar, 1997). Schneider’e göre obsesyonlar, kişinin kendisini bir bilinç içeriğinden kurtaramadığında, aklından atamadığı veya aklına ısrarla gelen korkular, kuşular ve imajlardır (Kocakula ve Altunoğlu, 2018). Obsesyonlar, hastalar tarafından ‘vesvese, evham, takıntı’ şeklinde adlandırılarak aktarılır. Tespit etmesi kolay, mantıksız bulunan ve davetsiz şekilde gelen düşünce veya dürtülerdir.

Kompulsiyon, Latince ‘compellere’ kelimesinden türemiş olup, iradesiyle kontrol edemediği davranışları sergileme anlamına gelmektedir. Obsesyonların verdiği sıkıntıyı veya kaygıyı nötr hale getirmek için yapılan ya da bireyin kendini rahatlatmak için belirli kurallar dahilinde yapmak zorunda hissettiği, ruminatif davranışlar ya da zihinsel eylemlere verilen isimdir (Sereyim, 2018). Korku yaratan bir durumdan korunmak veya durumu önlemek, kontrol altına almak amacıyla yapılabilir. Bu davranışların ya da zihinsel aktivelerin hedefi, kişinin içinde bulunduğu sıkışmışlık hissini yok olmasını sağlamaktır.

Kişinin kendini rahatlatmak, kaygıyı azaltmak amacıyla yaptığı davranışlar bir süre sonra yapmaktan keyif almadığı, yaparken sıkıntı veren uygulamalar haline gelebilir. Doyum sağlama ya da haz alma hedefi bulunmamakla birlikte yapılan davranışların önlenmek istenilen durumla gerçekçi bir bağlantısı yoktur (Elbir, 2020). Bu durum bireyin mesleki, sosyal ve ailevi yaşantısında işlevsellik kaybı ve ilişki çatışmalarına neden olmaktadır. OKB’nin yaşam kalitesine etkilerini inceleyen kesitsel çalışmaların sonucu göre en çok psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve bağımsızlık alanlarını etkilediği tespit edilmiştir (Ersoy Özcan ve Ünsal Barlas, 2017; Beşiroğlu ve ark., 2008).

##### 2.1.2. Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyon, Plutarch’ın yazılı kaynaklara göre ilk çağdan beri bilinen, çeşitli dönemlerde farklı isimlerle adlandırılan psikiyatrik bir hastalıktır. Orta çağlarda daha çok batıl inançlarla, büyü ve dini inanış tanımlanıp açıklanmaya çalışılmıştır (Elbir, 2020). Shakespeare’in tanınmış eseri Macbeth’te Kral Duncan’ın ölümüne sebebiyet veren Lady Macbeth’in suçluluk duygusuyla baş edebilmek için el yıkama durumu anlatılmaktadır (Rasmussen ve Eisen, 1989).

OKB, 1838 yılında Esquiral tarafından ilk kez tanımlanmış ve içgörüsü olan delilik olarak adlandırılmıştır. 1866'da psikiyatrist Morel tarafından obsesyon terimi ilk kez kullanılmış. 1878'e kadar bu durumun depresyon veya melankolinin bir belirtisi olarak değerlendirilirken Westphal hastalığının psikozla benzerliği üzerinde durmuştur. Ancak temel patolojinin, akıldışı düşünceler olduğunu savunarak mental tikler olarak isimlendirmiş (Özerdem, 1998) ve obsesyonları ayrı bir hastalık olarak tanımlamıştır (Kandaz, 2009). 1895 yılından itibaren Freud çalışmalarını bu alan üzerinde yoğunlaştırmış ve temel yapı taşlarını oluşturmuştur. 1903'te Janet fobi, obsesyon ve kompulsiyon adını verdiği klinik tabloyu psikasteni olarak tanımladı (Akt. Öztürk ve Uluşahin, 2008).

İlerleyen zamanlar bu tablo sırayla anankastik nevroz, 1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) aracılığıyla yayınlanan DSM (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)-1'de Obsesif-Kompulsif Reaksiyon, 1968'de DSM-2'de Obsesif Kompulsif Nevroz ve 1978 yılında DSM-3'te Obsesif Kompulsif Bozukluk adıyla ifade edilmeye başlanmıştır. DSM-3'te obsesyon ve kompulsiyon arasındaki fark açık bir şekilde tanımlanmış ve biçimsel karakteristikleri ifade edilerek günümüze en yakın halini almıştır (Charley, 2007). DSM-4 ve DSM-4-TR'de kompulsiyonların davranışsal eylemlere ek olarak zihinsel eylemleri de içerdiği belirtilmiştir. Bu versiyonda OKB, Anksiyete Bozuklukları kategorisinin altında bulunmaktaydı.

2013'te DSM-5 versiyonunda (Köroğlu, 2013) ve 2022'de DSM-5-TR versiyonunda bozukluk için ayrı başlık oluşturulmuş ve Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar olarak ifade edilmiştir.

### **2.1.3. Obsesyon Alt Türleri ve Klinik Özellikleri**

Obsesif kompulsif belirtilerin, faktör ve meta analiz sonuçlarına göre her araştırmacı farklı alt tip sayısı belirtmiştir. Baer (1994) 3 farklı alt tip; simetri, kirlenme/bulaşma ve biriktirme tanımlamıştır. Leckman ve arkadaşları (1997) 4 farklı alt tip; yasak düşünceler, simetri, temizleme ve biriktirme obsesyon ve kompulsiyonları birlikte belirtmiştir (Vatan, 2015). Mataix ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada 12 farklı faktör analizi sonucuna göre 4 alt tip belirtilmiş ve çalışmada özellikle Yale-Brown Obsesif Kompulsif Ölçeğini kullanılarak bu dört alt tipi obsesyon ve kompulsiyon olarak eşleştirmiştir. Gruplama dikkate alındığında birinci sırada saldırganlık, cinsel, din ve somatik içerikli obsesyonlar ve kontrol etme kompulsiyonları; ikinci sırada simetri obsesyonları ve düzenleme kompulsiyonları; üçüncü sırada kirlenme obsesyonları ve temizleme kompulsiyonları ve dördüncü sırada biriktirme olmak üzere 4 farklı alt tip meydana getirilmiştir (Summerfeldt ve ark., 2004).

Obsesyon türleri içeriklerine göre saldırganlık, cinsel, kuşku/emim olamama, dinsel, somatik, biriktirme, simetri ve bulaşma/kirlenme obsesyonları olarak 8 alt türe ayrılmaktadır (Clark, 2004; Goodman ve ark., 1989). Çalışmaların sonuçlarında en yaygın görülen obsesyon türlerinin ilk sırada %45-55 oranla kirlenme/bulaşma obsesyonu ve ikinci sırada %34-42 emim olamama-şüphe obsesyonu olduğu tespit edilmiştir (Akt. Sereyim, 2018).

Başka bir çalışmada dağılım şu şekildedir; % 5.5 cinsel, % 5.9 dinsel, % 7.2 somatik, % 10 simetri, % 23.6 kuşku ve % 37.8 kirlenme obsesyonlar yer almaktadır

(Karamustafaloğlu ve ark., 1993). Obsesyon türlerinin görülme sıklığı farklı araştırmalarda farklı dağılımlarla sonuçlanmıştır. Saf obsesyonlar(kompulsiyon bulunmayan) çoğunlukla saldırganlık, cinsellik ve beden içeriklerinden oluşur ve pek sık bulunmaz.

Saldırganlık obsesyonlarının içeriğinde, kişinin kendine ya da başkalarına yönelik öldürme, yaralama, utanılacak bir şey yapmaktan korkma, dikkatsizlik nedeniyle diğerlerine ciddi şekilde zarar verme düşünceleri ve imgeleri yer almaktadır.

Kirlenme/bulaşma obsesyonlarının içeriğinde, kişinin kendinin ya da diğerlerinin veya kendine veya başkalarına sperm, pislik, kir, idrar, dışkı vb. atıkları bulaştırma ya da bulaş nedeniyle hastalık kapma veya hastalık bulaştırma düşüncesi, dürtüsü veya görüntüsü ortaya çıkmaktadır.

Kuşku/şüphe obsesyonlarının içeriğinde, yaptığı eylem ya da eylemin sonucundan emin olamama durumu söz konusudur. Bilmeme, hatırlayamama şüphe obsesyonlarını besleyen kaynaklardır.

Cinsel obsesyonlarının içeriğinde, kişinin kendisi veya başkaları hakkında toplum tarafından kabul görülmeyecek, kabul edilemez ve utanç verici arzu, imgelem veya düşünceyle ilişkilidir.

Dinsel obsesyonlarının içeriğinde, kişinin günah işlediğine, dini inancına karşı geldiğine dair düşünceler ve görüntülerdir.

Simetri obsesyonlarının içeriğinde, kişinin olaylar, durumlar ve eşyalar/gereçler için katı bir düzen ve sıralamayla ilgili düşüncelere ve imgelere sahiptir. Eğer eşyaların yeri değiştirilirse ya da sıralama değişirse kendisinin veya sevdiği bir kişinin başına bir şey geleceğine dair inanışa sahiptir.

Somatik obsesyonların içeriğinde, kişinin ölümcül bir hastalığa veya tedavi edilmesi zor bir hastalığa yakalanma ihtimali dair düşünceleri ve imgeleri içerir.

Biriktirme obsesyonlarının içeriğinde, kişi için maddi veya manevi olarak değeri olmayan, gereksinim duymadığı ve kullanım için uygun koşullara sahip olmayan her çeşit eşya veya materyali istiflemeye, saklamaya yönelik tekrarlayan düşünceleri içerir.

Klinik açıdan bakıldığında birçok hastada hem obsesyonların hem de kompulsiyonların birlikte görüldüğü ancak birliktelik oranına göre düşük olsa da sadece obsesyon ve sadece kompulsiyon belirtileri bulunduran kişilerde bulunmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalarda, obsesyonlar kişilerin %40'ında, kompulsiyon bireylerin %30'unda ve %30'luk kısmında da her ikisi birlikte görülmüştür (Şahin, 2007). Kompulsiyonların eşlik etmediği durumlarda obsesyon içeriği agresif, cinsel ve somatik desenlerden oluşur ve çok sık görülmez.

Bayar ve Yavuz (2008) obsesyon ve kompulsiyonların yaygın özelliklerini şu şekilde aktarmıştır:

1- Bir düşüncenin, dürtünün ya da imgenin kişinin bilincine istenmeden tekrarlayıcı şekilde zorla girmesidir.

2- Bu durum kişinin sıkıntı, endişe ya da korku hissetmesine neden olur ve düşünceye, dürtüye karşı önlem almaya çalışır.

3- Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar ego distoniktir.

4- Kişi obsesyonları ya da kompulsiyonları tuhaf, mantıksız bulur ve algılar.

5- Kişi obsesyonlara ve kompulsiyonlardan yakınmasına rağmen direnmek için güçlü bir arzu duyar (Akt. Kandaz, 2009).

#### 2.1.4. DSM- 5 Tanı Ölçütleri

Günümüzde kullanılan tanı ve sınıflandırma sistemleri çeşitlik göstermektedir. APA'nın kaynağı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM)-5 2013 yılında yayınlanmıştır. OKB tanısı koyabilmek için DSM-5'in tanı kriterlerini dikkate alarak obsesyon veya kompulsiyonlardan minimum birine sahip olunması, bulunan obsesyon ya da kompulsiyonun en az bir saatten fazla olacak şekilde kişinin zamanı tüketmesi ve bu belirtilerin mesleki, ailevi ve sosyal yaşantıda işlevselliği ağır şekilde sekteye uğratabilecek kadar veya kaybına neden olacak şekilde etkilemesi gerekmektedir.

DSM-5'te OKB için Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar adlı ayrı bir başlık oluşturulmuş, içgörü değerlendirilmesi kriteri eklenilmiş ve geçmişte ya da tanı sırasında eşlik eden tik öyküsüyle ilgili değerlendirilme yapılması tanı koyabilmek için gerekli ölçütlerdir. DSM-5 OKB tanı kriterlerinin EK-8'de sunulmuştur.

“DSM-5'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı altında bulunan diğer bozukluklar; Vücut Dismorfik Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani, 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 ve Tanımlanmamış Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk” (Koroğlu, 2013).

#### 2.1.5. Epidemiyoloji

OKB, belirgin derecede şiddetli ve yaygın seyreden bir hastalık olmasına rağmen yeterli tanı ve tedavisi yapılamayan bir hastalıktır (Şahin ve Edipoğlu, 2022; Durmuş, 2022). Kişinin, her ne kadar çevresi durumdan rahatsızlık duysa bile kendisi için normal olan durumundan rahatsızlık duymaması nedeniyle tanı koyma gecikmektedir. Bu gecikme sebebiyle tedavinin başlama süresi uzamaktadır. OKB çoğunlukla araştırmalarda dördüncü en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluktur. Epidemiyolojik çalışmalar OKB'nin yaşam boyu genel popülasyonda % 2.3 ile % 3.8 arasında değişen yaygınlıkta olduğunu göstermiştir (Subramaniam ve ark., 2014). Ülkemizde yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığının %2 - %3.7 oranında olduğu tespit edilmiştir (Zıblak, 2019).

7-12 yaş arasındaki erkekler kadınlara oranla daha yüksek tanı almakta ancak erken yetişkinlik döneminde kadınların oranında artış bulunmuştur (Günaydın, 2021). Erişkinlik çağında cinsiyet farkı olmadığı tespit edilmiştir. Ortalama başlama yaşı 18-25

aralığındadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırma sonuçlarına göre OKB'nin bir yıllık genel yaygınlığı %0.5 olarak, erkeklerde %0.2 ve kadınlarda %0.6 olarak saptanmıştır (Kılıç, 1998). Hastalığın şiddeti dönemsel olarak değişkenlik göstermektedir. Kronik veya dönemsel olarak şiddetindeki bu değişikliğin tanı ve tedavinin yaklaşık 8-10 yıl gecikmesine neden olmaktadır (Richter & Ramos, 2018).

### **2.1.6. Etiyoloji**

OKB'nin heterojen bir bozukluk olmasından kaynaklı bozukluğun nedeni ve gelişimi hakkında çeşitli görüşler bulunmaktadır. OKB'nin etyopatogenezinde rol oynayan etkenler günümüzde tam olarak bilinmemekte olup birçok faktörün entegrasyonu var olduğuna inanılmaktadır. Bunlar; psikolojik, nörobiyolojik ve genetik faktörlerdir.

#### **2.1.6.1. Genetik**

Genetik çalışmaların alt başlıkları aile ve ikiz, moleküler genetik, linkage genleri, aday ve segregasyon çalışmalarını içerir (Esencan, 2021). OKB tanılı bireyler ile birinci derece yakınları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve hastalık sıklığının %20-25 oranında olup kontrol grubunun 5 katıdır (Demet, 2005). Obsesyonların, kompulsiyonlara göre daha yüksek kalıtsal aktarım gösterdiği ve erken başlangıçlı OKB'nin aile geçmişinin büyük rol olduğu tespit edilmiştir (Pauls, 1992). İkiz çalışmalarının sonucunda eş hastalanma oranının monozygotik ikizlerde %87 ve dizigotik ikizlerde %47 olarak bulunmuştur (Carey & Gottesman, 1981). Linkage araştırmalarında 9. kromozomun üzerinde durulmuş ve birden fazla bağlantı noktası tespit edilmiştir (Willour ve ark., 2004).

#### **2.1.6.2. Nörobiyoloji**

##### **2.1.6.2.1. Nöroanatomi**

Günümüzde OKB semptomlarını aydınlığa kavuşturmak için birçok nöroanatomik bölge hakkında modeller önerilmiştir. Üzerinde en fazla durulan model prefrontal korteks-bazal ganglion-talamus döngüsündeki bir ögenin işlevini yerine getirememesinden kaynaklı belirtilerin ortaya çıktığı sonucuna varılmıştır (Rauch ve ark., 2006). Ancak yapılan çalışmaların sonuçları birbiriyle her zaman uyumlu olmamaktadır. Stein (2002)'in beyin görüntüleme çalışma sonuçlarına göre bazı ağlarda azalmış volüm ve artmış gri madde özkütlesi saptanmıştır (Stein, 2002).

##### **2.1.6.2.2. Nöroimmunoloji**

Streptokok enfeksiyonları ve A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası gelişen PANDAS tablosuna eşlik eden OKB belirtilerinin ortaya çıkmanın nöro-immün mekanizmayla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. A grubu enfeksiyonlarının antikolar aracılığıyla bazal ganglionlarda var olan dokularla etkileşime girerek devrelerde bozulmaya neden olması nörolojik kısmını açıklamaktadır (Tükel ve ark., 2006). Yine A grubu enfeksiyonlarla bağlantılı olarak Sydenham Koresi olgularında henüz nörolojik şikayetler ortaya çıkmadan da obsesif kompulsif belirtiler başlamaktadır.

### 2.1.6.3. Nörokimyasal

- **Serotonin Hipotezi**

Serotonerjik nöronlar, duygudurumu, impulsiviteyi, uygunsuz agresyonu düzenleyen ve sosyal davranışlarda uyum sağlamayı kolaylaştıran bir nörotransmitterdir. Serotonin hipotezinin OKB etiolojisindeki önemi, ilaç etkileşimlerinde etkin rol almasına dayanmaktadır. Beyin omurilik sıvısı çalışmalarında serotonin metaboliti olan 5-hidroksi indol asetik asit(5-HIAA) düzeyi, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Insel, 1985). Klomipramin tedavisinden sonra beyin omurilik sıvısındaki 5-HIAA düzeyinde azalma olması, serotoninin OKB patogenezinde rol oynayabileceğini göstermektedir (Insel, 1985; Thoren, 1980). Bununla beraber anti-obsesyonel etkiler için serotonin inhibisyonunun gerekli olduğu savunulmuştur (Leonard, 1989).

- **Dopamin Hipotezi**

Basal ganglionun işlevinde dopaminin görev alması ve birtakım hastalıklardan ve enfeksiyonlardan kaynaklı bazı hastalarda obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkması etiolojide dopaminerjik sistemin rolü olabileceğini düşündürmüştür (Stahl, 2003). OKB'nin Tourette Sendromuyla bağlantısının olması (Pauls ve ark., 1991), bazı bazal ganglionları tutan Sydenham Koresi vakalarında OKB görülmesi (Swedo ve ark., 1989) ve kokain kötüye kullanım vakalarında artan obsesif kompulsif belirtiler dopamin varsayımını güçlendirmektedir (Stahl, 2003; Rosse ve ark., 1994). Dopaminerjik sistem inhibisyonu ile D2 reseptör antagonizmasının, hastalığın semptomlarını azaltılabileceği düşünülmektedir (Westenber ve ark., 2007).

- **Glutamat Hipotezi**

Manyetik rezonans spektroskop araştırmalara göre, OKB tanılı kişilerin kortiko striato talamik kortikal yolakta bulunan glutamat ve ilişkili türevlerinde düzensizlik bulguları tespit etmiştir (Pitterger, 2011). 21 OKB ve 18 sağlıklı kişiyi beyin omurilik sıvısındaki glutamat seviyeleri karşılaştırıldığında, tanılı grubun sağlıklı gruba göre anlamlı şekilde artmış glutamat düzeyi saptanmıştır (Chakrabarty, 2005). Glutamat taşıyıcısı SLC1A1'den yoksun farelerde yapılan bir çalışmada temizlik perseverasyonu strese karşı artmış duyarlılık ve deri yolunması gibi OKB ve ilişkili bozuklara ait fenotipik belirtiler gözlenmektedir (Aoyama ve ark., 2006).

### 2.1.6.4. Kuramlar açısından Obsesif Kompulsif Bozukluk

- **Psikodinamik Kuram**

Sigmund Freud, Obsesif Kompulsif Bozukluk üzerine ilk bilimsel hipotezi ortaya atmadan önce, Janet tarafından obsesif kompulsif belirtiler psişik zayıflık veya mental dejenerasyon olarak öne sürülmüştür (Laplanche ve Pontalis, 1973). Freud obsesif ve kompulsif belirtileri klinik açıdan şöyle açıklamaktadır: “Hastanın zihni gerçekte kendisini hiç ilgilendirmeyen düşüncelerle doludur ve kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmektedir; arada bir karşı duramadığı eylemlere geçmek zorunda kalır. Zihnine takılan bu düşünceler (obsesyonlar) hasta için hiçbir anlam taşımadığı için çoğu kez

kendisine de saçma gelir. Karşı koymayı bir türlü başaramadığı bu düşünceler onu bitkin düşürene dek oyalır ve bir ölüm kalım sorunuyla karşılaşmışçasına kaygılandırır.”(Gençtan, 1997).

Geleneksel Freudiyen bakış açısına göre kaygı sebebiyle psikoseksüel gelişim süreçlerinden anal-sadistik dönemde fiksasyon (saplanma) ve regresyon (gerileme) görülmesi ve buna eşlik eden OKB’ye özgü savunma mekanizmalarının (karşıt tepki oluşturma, yalıtma ve yapıp-bozma) eşlik ettiği nevroitik bir rahatsızlıktır. Gerileme, zorlanılan durumlarla karşılaşıldığında ruhsal gelişimin vardığı noktadan daha önceki döneme geri dönmesidir (Laplanche ve Pontalis, 1973). Bu nevroitik bozukluk bir yandan ego ve süperegö arasında çatışma ve diğer yandan idden kaynaklanan saldırgan ve cinsel dürtüler ile karakterizedir (Fenichel, 1945).

Freud, bozukluk için anahtar kelimenin ambivalans (ikircilik) olduğunu öne sürmüştür (Csigo, 2021). Freud’un görüşüne göre obsesif nevroz her zaman aşk ve nefret arasındaki çatışmadan kaynaklanmaktadır. İnatçı obsesyonlar, kabul edilemez agresif ve cinsel davranışların, dürtülerin ya da sert süperegönün cezasına karşılık patlak vermesiyle oluşur (Fenichel, 1945). Kişi, tahammül etmeyi zorlaştıran dürtüler, istekler ve bunların baskılayan süperegö arasında sıkışıp kalmaktır. Baskıcı süperegönün bireyin hayatındaki önemli eleştirel ve talepkâr kişilerle özdeşleşmesinden kaynaklı olduğu düşünülürken yüksek seviye saldırganlığın kısmen doğuştan ve kısmen öfkenin aşırı bastırılmasının manifestosudur (Akt. Kempke & Luyten, 2007).

Freud, ünlü ‘Sıçan Adam (Rat Man)’ vakasında sevgi ve nefret arasındaki çatışmaya atıfta bulunarak açıklamaktadır. Karşıt tepki oluşturma mekanizmasında, kişi olumlu ve olumsuz iki dürtüden birini baskı altında tutarak kaybolmasını sağlar. Çok güçlü olan öfke bilinçdışında tutulmaya ve yoğunlaşmış olan sevgi bilinçte tutularak diğerlerine karşı nazik ve kibar olunur. Görünürde olan, batırılmış olanın tam tersidir (Topçuoğlu, 2003). Yalıtma mekanizmasında, kişinin düşüncelerini anlatırken ya da başından geçen bir olayı anlatırken duygudan yoksun şekilde bahsetmesidir. OKB tanılı bireyin istenmeyen dürtülerini kontrol etmesini sağlar (Salzman, 1980).

Yapıp-bozma düzeneği, temelde ‘sihirli düşünme (magical thinking)’ yapısı bulunan iki evreli bir mekanizmadır. OKB hastası kabul edilemez bir düşünceyi veya eylemi etkisiz hale getirmek için yaptığı belirli ritüellerin kapsamaktadır (Fenichel, 1945).

Anal sadistik dönem, 2 ile 4 yaş arasını içine alan çocukta tuvalet eğitimiyle boşaltma ve tutma yeteneklerinin geliştiği dönemdir. Boşaltım işlevlerinin denetimini kazandığı bu dönemde, çocuk egosu ile dürtüsü arasındaki ilişkiyi de geliştirir. Tuvalet eğitimiyle dürtülerinin tatminine ulaşamayan çocuk ya kızgınlıkla karşılık vererek dışkısını boşaltır ya da annesinin cezalandırma korkusundan kaynaklı boyun eğer. Annenin cezalandırıcı tutumu çocuğun suçluluk duygusu ve itaat etme zorunluluğu ile öfke ve karşı koyma isteği arasında sıkışıp kalır (Topçuoğlu, 2003).

Ego saldırganlığını ne kadar dışa yönlendirmezse de süperegönün sadizmi aynı derecede artış gösterir (Topçuoğlu, 2003). Freud anal kişilik özelliklerini titizlik, inatçılık ve düzenlilik olarak tanımlamıştır. Abraham, anal karakterin özelliklerine eklemeye bulunmuştur. Obsesyonel nöroz ve anal kişiliğin birbirinden ayrı olduğunu belirtmiş ve

farkının anal kişilikte bastırmanın başarısızlığı ve bastırılanın geri dönüşünün olmaması olduğunu ifade etmiştir (Öznur ve Erdem, 2013).

Anna Freud, karşıt tepki oluşturma mekanizmasının OKB'yı diğer tekrarlayan hastalıklardan ayırdığını savunmuştur (Öznur & Erdem, 2013). İlâveten, Anna Freud içselleştirilmiş nesne ilişkilerindeki başarısızlık ile anal özelliklerin artması arasında bir ilişki olduğunu varsaymıştır (Freud, 1997).

Ferenczi, Freud'un teorisini takip etmiş ve yenilikler etkileyerek geliştirmiştir. Obsesif nevrozun, gerileme mekanizmasının doğası gereği olduğunu düşünmektedir (Csigo, 2021). Ferenczi, Freud'un psikoseksüel gelişimin gerilemesi savı yerine gerçeklik algısındaki gerilemenin patogenez için önemli bir faktör olduğunu savunmuştur. Gerçeklik algısının gelişimini üç ardışık evrede incelemiştir; büyümlü aşama, projektiv aşama ve mantıksal düşünme aşaması (Ferenczi, 1913). Ferenczi'ye göre OKB, bireyin kişiliğinin bazı parçalarının gelişmiş ve olgunlaşmış olmasına rağmen diğer parçalarının büyümlü aşamada takılı kalıp gelişmemiş olmasıdır. Başka bir deyişle, kişinin birtakım parçaları gerçeklikle bağlantısı kopuktur. Onun görüşüne göre psikoterapinin başarılı olması için psikoterapist seans içerisinde aktif rol alması gerekmektedir (Ferenczi, 1921).

Klein'in çalışmaların öne çıkan iki ana başlık bulunmaktadır; savunma mekanizmaları ve nesne ilişkileri. Savunma mekanizmalarına, 'obsesif savunma mekanizması' adıyla yeni bir ekleme yapmıştır fakat Psikanalitik düşüncenin bir parçası haline gelemediği için artık kullanılmamaktadır (Csigo, 2021). Obsesif savunma mekanizmasını içsel iyi koşulların korunabilmesi için dürtü ya da duyguyu kontrol edebilmeyi amaçlayan tekrarlayan bir düşünce ya da eylem olarak tanımlamaktadır (Csigo, 2021). Bu mekanizma saldırgan veya sadistik dürtülere karşı bir savunma olarak hizmet eder. Bu yüzden Klein (1931) bu savunmayı, bilincin en erken gelişim dönemlerindeki kaygılar arasında alır (Akt. Csigo, 2021). Nesne ilişkileri ve OKB arasında özel bir durum tanımlanmaktadır. Klein'e göre kompulsif bağ durumu, şizoid pozisyon içinde yer almaktadır (Klein, 1929). Kompulsif bağ, nesneyi kontrol etme, her şeye gücü yetme (omnipotans) ve gerçekliği inkâr ile karakterizedir (Csigo, 2021). Onun görüşüne göre obsesyonlar, içsel olan iyi nesnelere yok edilme arzusuyla karşı kullanılan savunmadır. İyi nesneye zarar gelmesinden korkan çocuk, onarımı mümkün olmayan tahribi engellemek için kontrol etmektedir. Klein, obsesif semptomların bir tamir girişimi olduğunu savunmaktadır.

Mallinger (1984)'in gelişimsel perspektifine göre kontrol gereksinimi, çocuğun ana babasının sürekliliğinden emin olmadığında tehlike algısının görünür hale gelmesini mümkün kılmaktadır (Topçuoğlu, 2003). Mallinger (1984) OKB'yi kendiliğinden ve ötekilerin temsillerini, eleştiren ve cezalandıran diğerlerinin bir yansıması olarak belirtmektedir (Toptaş, 2019). Bu yansıtma, çoğu kez kontrol etme ve özgürlük düşüncelerine neden olmaktadır (Özer, 2015). Araştırmalar ve klinik çalışmalar arttıkça farklı sonuçlar elde edildiği için bu bakış açısı geliştirilmeye devam edilmiştir.

Salzman, OKB'nin kökeninde öfkeden ziyade utanç, onur kaybı, zayıflık ve yetersizlik duygularının gün ışığına çıkma çabasını engellemek olduğunu savunmuştur (Salzman, 1985). Anne-çocuk ilişkisinin incelenmesinin önemli olduğunu savunmaktadır. OKB hastalarının çocuğunda her şeye gücü yeten, aşırı kuralcı ve



koruyucu olarak içselleştirilmiş anne tasarımları bulunmaktadır ve bu tasarımlarla etkileşimi bulunması hastalığın gelişimi açısından rol oynaktadır (Leib, 2001).

Meares, Freud'un OKB hastalarının önemli bir karakteristiği olarak açıkladığı 'düşüncelerin omnipotansı' görüşüne katılır. Savunduğu diğer bir görüş ise OKB tanılı kişilerin kendilik sınırlarının gelişmemiş olmasından kaynaklı hastalığı ortaya çıkmasıdır (Meares, 2001). Kendilik sınırlarının belirginleşmemesi içerisinin dışarıyı, dışarisinin da içeriye etkileyebildiği ortamlar yaratabilir (Topçuoğlu, 2003).

Psikanalitik kuramlar dikkate alındığında obsesyon ve kompulsiyonlar için herhangi bir sınıflandırma veya alt grup ayrımı bulunmamaktadır. Ancak kişilik yapısı olarak obsesif ve kompulsif olarak ikiye ayrılmıştır (McWilliams. 2011. s. 339).

- **Bilişsel ve Davranışçı Kuram**

Bilişsel kuram, OKB'yi yorumlamada yanılı ve düşünce hataları ile açıklamaktadır. Beck ve arkadaşları (1985) içinde bulunulan durumdan çok, kişinin bu durumu yorumlama şeklinin kaygı yarattığını belirtmişlerdir. Carr (1974)'in realistik olmayan tehdit, McFall-Wollersheim (1979)'in ikili yorumlama süreçleri, Salkovskis (1985)'in abartılmış sorumluluk modeli, Rachman (1997)'in yanlış yorumlama modeli ve Clark (2004)'in düşünce kontrol teorisine göre birden farklı şekilde OKB'yi açıklamaya yönelik vurgu yapılmıştır. En çok kullanılan bilişsel çarpıtmalar; düşüncelere olağandışı değer atfetme, abartılı sorumluluk, mükemmeliyetçilik, hep ya da hiç şeklinde düşünme ve belirsizliğe tahammülsüzlüktür.

Davranışçı kuram ise korku ve kaçınma kökenli Mowrer tarafından açıklanmaktadır. Obsesyonlar, öğrenilmiş eylemlerdir. Anksiyeteyi azaltabilmek veya yok etmek için kazanılmış ve pekiştirilmiş davranışlar ise kompulsiyonlardır.

Lee ve Kwon (2003) obsesyon türlerini, gözlemlerinin ve çalışmalarının sonucunda otojen obsesyonlar (saldırganlık, cinsel ve dini obsesyon) ve reaktif obsesyonlar (bulaşma, şüphe, simetri ve biriktirme) olarak iki alt kategoriye ayırmışlardır. Bu ayrımı yaparken çağrıştırmacı uyarıların tanımlanabilirliği, uyarıların düşünce içerikleri ve özellikleri, bilişsel süreçler ve öznel deneyimler göz önünde alınmıştır (Lee ve Kwon. 2003).

### **2.1.7. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Eş Tanı**

OKB, diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülme oranı yüksek olan bir bozukluktur. Epidemiyolojik araştırma bulguları OKB'ye eşlik eden hastalıkların oranlarının yüksek olduğunu göstermiştir (Brown ve ark., 2001). Ruscio ve arkadaşlarının çalışma sonucuna göre OKB tanısı almış hastaların yaklaşık % 90'ı başka bir psikiyatrik bozukluğun tanı kriterlerini de karşılamaktadır (Ruscio ve ark., 2010). 2015 yılında yapılan epidemiyolojik çalışmalar ve ona eşlik eden klinik çalışmalar, eş tanı sıklığını %25-%65 arasında olduğu sonucuna göstermektedir (Torp ve ark., 2015).

OKB'ye eşlik eden en yaygın psikiyatrik hastalıklar; kaygı bozukluğu ve depresyon bozukluğudur. Tanılı birey, yaşamı boyunca %80 oranında en az bir kaygı atağı deneyimlemiştir (Bobes ve ark., 2001). Eşlik eden kaygı bozukluğunun

sınıflandırılması % 17.7 oranında basit fobi, % 15.6 oranında sosyal fobi, % 12.2 oranında yaygın anksiyete bozukluğu ve % 9.5 oranında panik bozukluk görüldüğü bildirilmiştir (Tükel ve ark., 2002). OKB komorbiditesinin, depresyon çalışmalarındaki oranın %30 olduğuna ancak yaşamı boyunca %70 oranında deneyimlendiği tespit edilmiştir (Mataix-Cols, 2002). OKB’de bipolar bozukluğun görülme oranı yaklaşık %20’dir (Chen ve Dilsaver, 1995). OKB ve eş tanı olarak travma sonrası stres bozukluğuyla (TSBB) ilgili yapılan bir çalışmanın çıktılarına göre katılımcıların % 82’sinde travma öyküsü ve % 39’undan fazlasında TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır (Gershuny ve ark., 2008).

OKB ile şizofreni ve ilişkili bozukluklar arasındaki ilişki uzun süredir bilinmektedir. Şizofrenin prodromal döneminde obsesif veya kompulsif belirtiler görülebilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda OKB’ye eşlik eden şizofreninin sıklığının % 12.2 ve şizofreniform bozukluğunun sıklığının ise % 1.3 olduğu ortaya koyulmuştur (Zhou ve ark., 2016). Eş tanıyla ilgili yapılan çalışmalarda, eş tanının var olması tedaviye cevap ve adaptasyonu, işlevselliği, yaşam standartlarında değişikliğe ve intihar girişimine sebep olabileceği araştırmanın sonuçlarında tespit edilmiştir. (Akt. Elbir, 2020).

### **2.1.8. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Ayırıcı Tanı**

Obsesyonlar, kompulsiyonlara göre birçok psikiyatrik bozukluğa eşlik etmektedir. Klinik obsesyon ile anksiyetenin ayırımını yapmak kimi zaman çok zorlayıcı olabilmektedir (Aouizerate ve ark., 2004). Depresyonda görülen ruminatif negatif düşünceler bunaltıcı olmasına rağmen obsesif düşünceler mantıksız, istem dışı giriş yapan özelliklerinden kaynaklı olarak farklılaşmaktadır (Rosenberg ve ark., 1998). Yaygın anksiyete bozukluğundaki kaygıların gerçeklikle olan ilişkisinin yüksek olması ve açıklanabilmesi, OKB kaynaklı kaygıyla farklılaştığı noktadır.

Panik atak, OKB hastalarının % 60’ında görülmektedir (Rosenberg ve ark., 1998) ve sekonder kazanç sağlamaktadır. Şizofrenin prodromal döneminde görülen kompulsiyonlar amaçsız, acayip ve stereotiptir (Yamanel, 2018). Sanrı kriterlerini karşılamayan fakat içgörü göstermeyen olgularda ayırıcı tanı güçleşir (Akt. Yamanel, 2018). Sanrılar, direnç göstermez ve başkaları tarafından müdahale edilerek akla sokulduğuna inanılır. Şizofreni hastaları, obsesyonlar ve kompulsiyonları kontrol altında tutmak için mücadele göstermez ve duygulanımları künt olduğu için kaygı duymazlar (Hollander, 2008).

### **2.2. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları ve OKB**

Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar (ÇÇOY), bireyin 18 yaş öncesinde doğrudan maruz kaldığı ya da tanık olduğu fiziksel, cinsel ve duygusal istismar ve ihmalin yanında göç, kayıplar (manevi ve maddi), doğal afetler ve kazalar gibi kişinin yaşamını derinden etkileyen yaşam olaylarının tamamını içerir. Çocukluk dönemi olumsuz yaşantılar, çocuğun anne, baba, kardeşler, diğer bakım verenler, yakın çevresinde olan yetişkinler ve 18 yaşına kadar etkileşim içinde olduğu her kişiden kaynaklanabilmektedir. Travmatik yaşantıya neden olan olaylara ya da kişilere maruziyet kısa süreli veya sistematik olarak devam edebilir.

Travmatik yaşantıya neden olan önemli etkenlerden biri aile içi istismar ve ihmaldir. Çocukluk ya da ergenlik dönemi ihmal ve istismarı, çocuğun/ergenin ruhsal sağlığını zedeleyen ve yaşamı boyunca kalıcı hasar bırakan bir sorundur (Çelik & Hocaoğlu, 2018; Güler ve ark., 2002). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), çocuklara yönelik istismarı ‘Bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan ve çocuğun sağlığını, fizik gelişimini, psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar’ diye tanımlamaktadır. İhmal ise çocuğa bakım vermekle sorumlu kişilerin, onun gelişimi için her türlü ihtiyacını karşılamaması ya da bu gereksinimlere önem vermemesidir. Temel gereksinimler, sağlık ve eğitim başlıca ihmalin görüldüğü alanlardır.

Çocukluk döneminde savunmasız ve korumasız olan çocuğun travmatik yaşantılar deneyimlemesi nörobiyolojik değişikliklere (Matthews ve ark., 2008) ve yetişkinlikte psikiyatrik rahatsızlıkların görülme riskinin artmasına neden olabilmektedir (Barrigon ve ark., 2015). Çocukluk çağı travmatik yaşantılar (ÇÇTY), psikiyatrik bozuklukların tetiklenmesini, ağırlaşmasını ve nüksetmesini kolaylaştırdığı saptanmıştır (Carr ve ark., 2013). ÇÇTY’nin, madde kötüye kullanım bozukluğu (Aksoy ve Ögel, 2003), travma sonrası stres bozukluğu (Taner ve Gökler, 2004), OKB veya trikotillomani (Lochner ve ark., 2002) ve kaygı bozuklukları (akt. Evren ve Ögel, 2003) ile arasında pozitif yönlü bir bağlantı olduğu saptanmıştır (Dereboy ve ark., 2018).

ÇÇTY, OKB’nin belirtileri için uyarıcı bir etken olarak yer alabilmektedir (Çelikel ve Beşiroğlu, 2008). Hastalığın belirtilerinin, erken yaşlarda ortaya çıkmasının birden fazla travmatik yaşantıyla ilişkilidir (Korkmaz ve ark., 2020). Cromer ve arkadaşlarının (2007) 265 OKB tanılı bireyle yaptığı bir çalışmada katılımcıların %54’ünde en az bir tane olumsuz yaşam olayı bulunmaktadır. 104 OKB hastasıyla yapılan çalışmada %82’sinde travmatik bir yaşam olayı saptanmıştır (Gershuny ve ark., 2008). OKB tanılı ve kontrol grubunu içeren çalışmanın sonucuna göre; tanılı grubun %23’ünde ve kontrol grubunun %8’inde çocukluk döneminde fiziksel ihmal öyküsü bulunmaktadır. İlave olarak, aynı çalışmanın kadın tanılı grubunda %45’inde ve kadın kontrol grubunun %15’inde cinsel istismar yaşantıları bulunmaktadır (Stein ve ark., 1996). Lochner ve arkadaşlarının araştırma sonuçları göre OKB ve Trikotillomani tanılı grubun duygusal ihmal skorları, kontrol grubunun skorlarından daha yüksektir (Lochner ve ark., 2002).

### 2.3. Kişilik Örgütlenmesi

Kişilik örgütlenmesi, kuramcılar tarafından benzer içeriklerin değerlendirilmesiyle oluşturulmuştur. Nancy McWilliams (2011) bireyin karakter yapısını iki farklı ve etkileşim halindeki boyuta göre tanımlamaktadır. Kişilik organizasyonunun gelişimsel seviyesi ve bunun içindeki savunmacı tarz. Gelişimsel düzey, bireyleşme seviyesini veya psikopatoloji derecesini; nevrotik, sınır durum ve psikotik düzeyi belirler. Savunmacı tarz ise bireyin karakter tipini depresif, şizoid, paranoid ve benzerlerini tespit eder (McWilliams, 2011, s. 51).

Kişilik örgütlenmesi (KÖ), temelini Klein’in nesne ilişkileri kuramından alan, savunma mekanizmalarını ve kendilik tasarımlarını kapsayan bilinçdışı içeriklerin kümeleşmiş haliyle oluşmaktadır. Klein, kişilerin ruhsal yaşamlarının anne karnındayken başlayıp ve dış dünyadaki gerçek nesnelere bağlı olmayan, içselleştirilmiş nesne imajıyla dünyaya gelen ve daha sonrasında dış dünyayla bu nesne imajlarını kullanarak bağ

kurmaya çalışmaktadır (Klein, 1932). Dürtüler ve dürtülerin tatmini için ihtiyaç olan şey, objelere duyulan arzudur. Bu arzu, doğumdan sonra sevgi-iyi veya nefret-kötü aracılığıyla nesnelere tarafından sağlanmaktadır. Klein nesne ilişkisini, kişinin bakım verenleri ve ötekilerle olan erken yaşlardaki ilişkisine göre geliştiğini ifade etmektedir. Gerçek nesneyle deneyimlediği ilişkisi sevgi veya nefret içeren bebeğin geleceğe yönelik temelini yapılandırmaktadır. Nesne ilişkisi kuramı, bireyin zihninde bulunan ve duygusal açıdan önem verilen ilişki kazanımlarının, içselleştirilmiş kendilik ve nesne tasarımlarını kapsayan yapı olarak açıklanmaktadır (Greenberg & Mitchell, 1983). KÖ, nesne ilişkisi kuramına göre 3 boyuta ayrılmaktadır; Dağılma ve yok olma korkusuyla simbiyotik (PKÖ), Nesneden korkuyla/Nesnenin kontrolüyle alt düzey sınır örgütlenme/Terk edilme, yalnızlık korkusuyla üst düzey sınır örgütlenme (SKÖ) ve Kastrasyon, depresyon korkusuyla ödipal düzeydir (NKÖ).

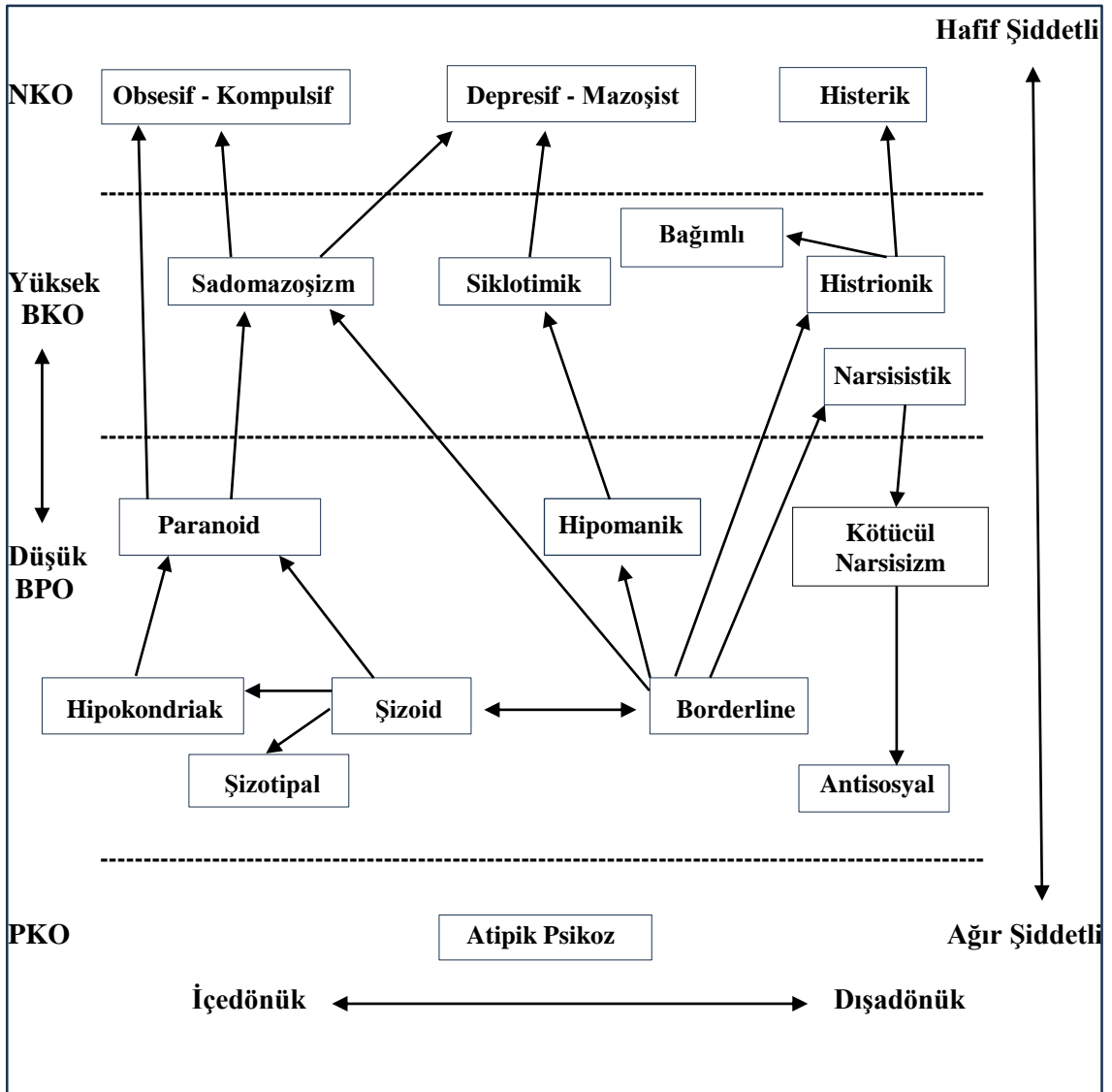
Kernberg, kişilik örgütlenmesini (KÖ) çoğunluğu bilinçdışı, kararlı ve erken dönem yaşantıların etkisiyle ortaya çıkan devimsel bir yapı olarak açıklamaktadır (Kernberg & Caligor, 2005). Kernberg tarafından oluşturulan karma model hem kategorik sınıflandırma (DSM) hem de boyutsal yaklaşımı (Beş faktör modeli) kapsamaktadır.

Bu karma model, normal ve patolojik düzeyi yelpazenin içinde kapsayan ve farklı alt boyutların değerlendirilmesi sonucu nesne ilişkileri ekolüne dayanarak 3 farklı KÖ; nevrotik kişilik örgütlenmesi, sınırdurum kişilik örgütlenmesi ve psikotik kişilik örgütlenmesi tanımlamaktadır (Diguier ve ark., 2006). Bu yelpazenin bir ucunda gerçekliği değerlendirme yetisi deforme olmuş psikotik düzey ve diğer ucunda gerçeklikle uyumluluğu daha yüksek olan nevrotik düzey bulunmaktadır (Gamache ve ark., 2009).

Psikotik Kişilik Örgütlenmesi (PKÖ), kendilik ve diğerlerinin kendilik konsepti ile entegre olamamış kimlik dağınıklığını bulunan, çoğunlukla ilkel savunma mekanizması kullanan ve gerçeklik testinde bozulmalar ile karakterize, bir kişilik düzeyidir. Ağır basan primitif savunmalar başta bölme, yansıtımlı özdeşim, inkar, ilkel idealizasyon ve tüm güçlülüktür (Kernberg, 1996). PKÖ'ye sahip olan bireylerin gerçeklik testindeki bozulmaların temsili halüsinasyonlar ve sanrılardır. Nesne ilişkileri kuramı açısından dağılma ve yok olma korkusuyla simbiyotik boyuttur.

Sınırdurum Kişilik Örgütlenmesi (SKÖ), yoğun kimlik difüzyonu ve hakim olan savunmaların ilkel kategoride olması PKÖ'ye benzerlik gösterse de daha iyi gerçeklik testi değerlendirmesiyle PKÖ'den ayrılmaktadır. SKÖ'nün ana savunma mekanizması bölmedir ve buna eşlik eden savunmalar; inkar, yansıtımlı özdeşim ve içe atımdır. SKÖ, DSM-5 Kişilik Bozuklukları bölümünde bulunan tüm kişilik bozukluklarını kapsar. Bu örgütlenmedeki bireylerin, belirgin şekilde kişilerarası ilişkilerinde bozulma ve kimlik entegrasyonunda ciddi sorunlar olduğu bildirilmiştir. Diğerleriyle yakın ilişkiler kurmada problemlere, istikrarlı ve tutarlı hedefler izleyememe, yaşamının bazı alanlarında belirsizlik ve yaşamına yön vermekte başarısızlık ve cinsel yaşamlarında çeşitli zorlanmalar deneyimlemektedirler (Kernberg, 1996). Alt düzey sınırdurum kişilik örgütlenmesi; paranoid, şizoid, şizotipal, hipokondriak, hipomanik, maling narsisizm, borderline ve antisosyal kişiliklerden oluşmaktadır. Yüksek düzey sınırdurum kişilik örgütlenmesi; sadomazoşistik, siklotimik, bağımlı, narsisistik ve histriyotik kişiliklerden meydana gelmektedir.

Nevrotik Kişilik Örgütlenmesi (NKÖ), kimlik bütünlüğünü tamamlanmış, çoğunlukla nevrotik savunmaları ve kısmen olgun mekanizmaları kullanan ve gerçekliği değerlendirme kabiliyeti tam olan bireylerden oluşan örgütlenmedir. NKÖ, içselleştirilmiş nesnelere uyum sağlayan, çatışmalardan kaynaklanan bunaltıyı regüle edebilen, yüksek ego gücü ve başarılı dürtü kontrolünü sağlayabilen, yaşam alanlarında yaratıcı ve samimi ilişkiler kurabilme yeteneğine sahip kişileri kapsamaktadır. Çatışmalar, ego ve süperego arasında gerçekleştirilmektedir ve bireylere rahatsızlık veren bilinçli olmayan suçluluk duygusudur. En çok kullanılan savunma mekanizması bastırma'dır. Diğer savunmalar; yalıtma, karşıt tepki oluşturma, rasyonalizasyon ve diğer kamlıktır. Uyumsuz dürtü ve arzular, bu savunmalar kullanılarak egodan uzaklaştırılmaktadır. Böylelikle, içsel çatışmadan ego korunmaktadır. NKÖ içerisinde obsesif-kompulsif, depresif-mazoşist ve histerik yapıyı bulundurmaktadır.



Şekil 1. Kernberg Kişilik Örgütlenmesi Şeması

Kaynak; Clarkin ve ark., 2006.

Düzeylerin psikolojik işleyişi 3 alt boyutta incelenmektedir. Bunlar savunma mekanizmaları, kimlik bütünleşmesi ve gerçekliği değerlendirme alt boyutlarıdır (Diguer ve ark., 2006).

### 2.3.1. Kimlik Bütünleşmesi

Kernberg (1975), olağan kişiliği hem kişinin kendi benliği hem de önem verdiği diğerlerinin benliğiyle entegre edilmiş bir konsept olarak tanımlamaktadır. Erikson (1956), Jacobson (1964) ve Kernberg (1975) tarafından ego kimliği olarak isimlendirilen bu yapı, içsel ve dışsal anlamda bir öz tutarlılık göstermektedir. Kişinin benlik saygısı, kendinden ve yaşamdan zevk alma içsel tutarlılık koşullarıdır. Dışsal tutarlılık ise önemli diğer kişilerle bütünleştirilmiş bir fikri ötekilere uygun koşullarda değerlendirilmesi, eş duyum kapasitesi ve diğerlerine duygusal yatırım yapma kapasitesinden oluşmaktadır. Bu tutarlılıklar özerklik duygusunu sağlarken gelişmiş bir bağlılık yetisi kazandırmaktadır.

Ego kimliğinin önemli bir yapısı ego gücüdür. Ego gücü, geniş duygudurum yelpazesi içinde dürtü kontrol kabiliyeti ve değerleri yüceltebilme (süpergonun etkisi) kapasitesidir. Çeşitli ilişkilerde istikrarlı, kararlı ve yaratıcı olmak ve diğerlerine güven duymak, karşılıklık ve bağlılık gücü ego kimliğinden meydana gelmektedir. Ayrıca, büyük ölçüde süpergonun da etkisidir. Kimlik dağınıklığı, kişinin benlik konsepti ile önemli olan diğerlerinin benlik konseptinin bütünleşmenin azalması olarak ifade edilmektedir (Kernberg, 1996). Sürekli boşluk hissi, karışık benlik algısı, duygularla entegre olmayan tavır, tutum ve davranışlar, kısa süreli benlik tasarımı ve diğerleri tarafından durağan, fakirleştirilmiş olarak algılanan bireysel deneyimlerle kendi gösterir (Oğuz, 2018). Nevrotik kişilik örgütlenmesinin karakteristik özelliği kimlik bütünlüğü iken Sınırdurum ve Psikotik kişilik örgütlenmesinin kimlik dağınıklığıdır (Kernberg, 1996).

### 2.3.2 Savunma Mekanizmaları

Freud (1966), egonun ana görevlerinden olan bireyin psikolojik denge halinin devam etmesini sağlamak amacıyla savunmaların kullanıldığını savunmaktadır. Savunmalar hoş karşılanmayacak, onaylanmayacak bir dürtünün veya dürtünün düşünsel sunumunun sebep olduğu intrapsişik çatışmayı bilinçdışında tutarak egoyu zorlantılardan korur (Willick, 1995). Çatışmalardan ortaya çıkan kaygıyı tolere edebilmek ve benlik tarafından dürtüleri kısıtlayabilmek için ego savunma mekanizmalarını uygulamaktadır. Bazı savunma mekanizmaları (bastırma) içsel dürtülerinden korurken, bazı savunmalar (inkâr) kişiyi dışsal uyaranlardan korur. Savunmalar üç(3)'e ayrılmaktadır. Bunlar ilkel savunmalar, nevrotik savunmalar ve olgun savunmalardır.

İlkel savunmalar; bölme (splitting), yansıtımlı özdeşim (projective identification), yansıtma (projection), yadsıma-inkar (denial),çözülme (dissociation), ülküleştirme (idealization), eyleme vurma (acting out), bedenselleştirme (somatization), döndürme (conversion), gerileme (regression), şizoid fantezi (schizoid fantasy), düş-kurma(fantasy formation-day dreaming)dır.

Nevrotik savunmalar; içe atım (introjection), özdeşim (identification), yer değiştirme (displacement), düşünselleştirme (intellectualization), yalıtma (isolation of

affect), akla uygunlaştırma (rationalization), cinselleştirme (sexualization), karşıt tepki kurma (reaction formation), bastırma (repression), bozma (undoing)dir.

Olgun savunmalar; mizah (humor), baskılama (supression), çilecilik, sofuluk (asceticism), diğerkamlık (alturism), öngörü (anticipation) ve yüceleştirme (sublimation)dir.

### 2.3.3 Gerçeklik Testi Değerlendirmesi

Kernberg (1976, 1984), gerçeklik testini kişinin kendi içsel dünyası ve dış dünyayı birbirinden ayırt edebilme kapasitesi olarak tanımlamaktadır. Halüsinasyonlar ve sanrılar içsel ve dışsal gerçekliğin göstergesidir. Gerçeklik kaybı, benlik ve nesne temsilleri arasındaki ayrımın eksikliğinin kalıcı etkisi olarak ortaya çıkmaktadır. Bireyin düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını sosyal standartlar açısından gerçekçi olarak deneyimlememesi gerçeklik testindeki bozulmaların görünümü temsil etmektedir.

Klinik açıdan gerçeklik testini değerlendirmek için bireyin sosyal, aile ve iş hayatındaki etkileşimlerini göz önünde alarak davranış, düşünce ve duygu sürecindeki ve içeriğindeki bozulmalara, tutarsızlıklara bakılarak empati yapabilme yeteneğinde bozulmanın var olup olmadığına göre belirlenmektedir (Kernberg, 1984).

<b>Yapılar / Kriterler</b>	<b>Kimlik Bütünlüğü</b>	<b>Savunma Mekanizması</b>	<b>Gerçeklik Testi</b>
<b>Nevrotik Yapı</b>	Nesne ve benlik temsilleri keskin bir şekilde çizilmiş. Konsolide kimlik	Savunmalar intrapsişik çatışmaya karşı korur. Nispeten uyumludur ancak katılık getirir. Bastırma ve üst düzey savunmalar*	Kendini ve başkalarını gerçekçi ve derinlikle değerlendirir. Tam kapasite gerçeklik testi mevcuttur.
<b>Sınırdurum Yapı</b>	Kendisi ve diğerlerinin birleşmesi zayıf şekilde bütünleşir ve ayrı tutulur. Kimlik patolojisi mevcuttur.	Yüksek seviye uyumsuz ve katı. Bölme ve alt düzey savunmalar**	Değişken gerçeklik testi. Kendi ve diğerlerinin gerçekliğini değerlendirmede bozulmalar zaman zaman vardır.
<b>Psikotik Yapı</b>	Benlik ve nesne temsillerinin bütünlüğü yoktur. Kimlik patolojisi.	Savunmalar parçalanmaya ve kendilik/nesne birleşmesine karşı koruma sağlar. Gerileme mekanizması, aşırı derecede uyumsuz.	Gerçeklik testi yetenekleri tamamen bozulmuştur.

\*Üst düzey savunmalar: Reaksiyon oluşturma, izolasyon, geri alma, entelektüelleştirme.

\*\*Alt düzey savunmalar: Yansıtımlı özdeşim, idealleştirme, tümgüçlülük, inkar, değersizleştirme.

## Şekil 2. Psikodinamik Kişilik Yapıları ve Kriterleri

**Kaynak:** Clarkin ve ark., 2006

### 2.4. Psikodinamik Kişilik Yapıları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk'un sınıflandırılmasının psikotik mi nevrotik mi tartışması, hastalığın ilk tanımlandığı zamanlardan beri sürmektedir. Pierre Janet (1903) psikasteniyi (o dönemki OKB'nin terminolojik adı) psişik tükenmişlik ve iradenin zayıflaması olarak ifade etmiştir (Akt. Pitman, 1987). Janet ve Schneider, obsesif kompulsif (OK) nevrozun ayrı bir var olma durumu olarak tanımlamaları üç ölçüte göre belirlemiştir. Bunlar "1-Belli bir şeyi düşünmeye, hissetmeye ya da yapmaya yönelik öznel bir zorlanmışlık duygusunun varlığı, 2- Obsesyon içeriğinin "saçma" ya da "benliğe yabancı" olarak algılanması, içgörünün korunmuş olması, 3- Obsesyona direncin eşlik etmesi" (Solyom ve ark., 1985) (Akt. Özerdem, 1998). O dönemde, içgörü bütünlüğü temel koşulu dikkate alınarak hastalığın nöroz yapıda olduğu savunulmuştur. Ancak Janet'in 300 psikasten hastasıyla yürüttüğü çalışmasında, katılımcıların %7.7'sinde psikotik semptomların var olduğunu saptamıştır (Bulut ve ark., 2014). Freud, OKB'yi obsesif nöroz olarak adlandırmış ve çalışmalarında bahsettiği ünlü hastasının zaman içinde paranoid semptomlar gösterdiğini belirtmiştir. OK semptomlarının her koşulda nevroz yapıda olmadığını, belirtilerin psikotik olabileceği ortaya çıkmıştır (Eisen ve Rasmussen, 1993). Pujel ve Savy'nin araştırmaları incelendiğinde OK nevrozun, duyularla algılanması boyutuna bağlı olarak farklılaşan ölçülerde nevrotik ve psikotik yapı özellikleri bünyesinde bulundurulabilir (Solyom ve ark., 1985).

İçgörü ve sanrı, obsesyonun iç kaynaklarıdır (Özerdem, 1998). Sanrıların dışarıdan geldiğine inanan hasta, bu sanrılara karşı direnmez (Kindler ve ark.1993). Foa, tedaviye dirençli OKB hastalarının iki özelliği üzerinde yoğunlaşmıştır. Aşırı değerlendirilmiş düşünce ve depresyon. Yoğun önem verilmiş bu düşüncelerin karakteristiği, hastanın saplantı ve korkularının gerçekçi olduğuna inanmasıdır (Solyom ve ark., 1985). Bu inanış ve düşünce nevrozdan psikoza geçişte akışı sağlamaktadır. İçgörü, tek boyuttan oluşan bir konsept değildir. Aslan ve Altınöz (2010) içgörünün boyutlarını "Zihinselleştirme, zihin kuramı, biliş, inanç sistemi gibi kavramlarla bağlantılı olan içgörünün, ruhsal hastalık söz konusu olduğunda hastalığı kabul etmek, hastalık belirtilerini tanımak ve tedaviyi kabul etme alt boyutları olduğu gösterilmiştir" şeklinde açıklamaktadır. Akiskal ve Insel (1986) hastalığın içgörü düzeyindeki değişikliğinin psikopatolojik spektrumunda farklı noktalara denk geldiğini ifade etmişlerdir. Yelpazenin bir ucunda içgörüsü tam hastalar bulunurken diğer ucunda içgörüsü yok olan obsesif kompulsif psikoz olarak tanımlanan hastalar bulunmaktadır. İçgörünün tamamen kaybolduğu ve irrite edici düşüncelere karşı direncin yok olması durumunda obsesif inanış veya düşünceler sanrılara evrilebilir (Akiskal ve Insel, 1986). İçgörüye sahip olmayan OKB tanımlı bireylerin kimlikleri daha karmaşık, yoğun olarak immatur savunmalar kullanmakta ve gerçeklik testinde bozulmalar mevcuttur (Gıynaş ve ark., 2019). Nesne ilişkilerine göre içgörüsü tam olan hastalar "terkedilme ve yalnız kalma korkuları ile yüksek düzey borderline ve kastrasyon korkusu ile ödipal" ve içgörüsü bulunmayan hastalar "simbiyotik ya da nesne korkusu ile düşük düzey sınır durum" 'dadır. Kernberg'e göre içgörüsüz grupta yer alan hastalar, göze çarpan gerçeklik çarpıtmaları, ağır kimlik dağınıklığı ve inkar ilkel savunma karakteristiğinden oluşan psikotik kişilik organizasyonu içerisindedir (Akt. Gıynaş, 2019). Diğer taraftan,



içgörüsü bulunan hastaların kimlik dağınıklığının daha az, ağırlıklı olarak olgun savunma mekanizmalarını kullanmakta ve gerçeklik değerlendirmesi tamdır.

OKB ve kimlikle ilgili çalışmalar halen yetersiz sayıdadır. Psikodinamik açıdan kimlik bütünlüğünü, kişilik yapılandırması için önemli bir yere sahiptir. Nesne sürekliliğine ulaşamamış bireyler iyi entegrasyon sağlayan bir kişilik oluşturamaz ve sonuç olarak kimlik difüzyonu ortaya çıkar. Gıynaş ve arkadaşlarının OKB ve psikodinamik kişilik yapısı ile ilgili çalışmasının sonucuna göre, psikotik bozukluğu olan hastalar ve sanrı/varsanı içeren obsesyonlu bireylerin dışlanmasına rağmen kimlik difüzyonu belirtilerinin nesne sürekliliğe ulaşmış ve kişilik yelpazesinin her noktasında tespit edilen OKB tanılı bireylerde görülebileceğini saptamışlardır (Gıynaş ve ark., 2019). Yazarlar, tanılı hastaların tümüyle psikoz haricinde olmalarına rağmen, kimlik difüzyonu sergileyebileceklerini tespit etmişlerdir (Gıynaş ve ark., 2019). OKB tanılı grubun psikopatolojik durumları ağırlaştıkça nesne ve kendilik tanımlamaları daha karmaşık, tutarsız, yüzeysel ve empatiden yoksun bir anlatım şeklindedir (Blatt, 1995). Kernberg, kimliğin iyi bir entegrasyon sağlanması için nesne sürekliliğinin tamamlanmış olması gerektiğini savunur (Kernberg, 1996).

## BÖLÜM III

### YÖNTEM

#### 3.1. Örneklem

Antalya Terapi Tıp Merkezi'ne ayaktan başvuru yapan, merkezin hekimleri tarafından psikofarmakolojik tedavisi devam hastalardan, DSM-5'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanı kriterlerini karşılayan 18-65 yaş aralığındaki 17 kadın ve 14 erkek, okuma-yazma bilen, yeterli bilişsel fonksiyonlara (anlama ve muhakeme) sahip kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın dışlama kriterleri hariç eş tanılı hastalar da çalışmaya dahil edilmiştir.

Tüm katılımcılara çalışmanın amacı hakkında sözel ve yazılı bilgi verilmiş olup çalışmaya katılımın gönüllük esasına dayandığı ve istedikleri takdirde yarıda kesebilecekleri hakkında bilgilendirilmişlerdir.

Çalışmanın dışlama kriterleri şu şekilde belirlenmiştir;

- 18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olma.
- Okur-yazar olmama
- Öz-bildirime dayalı ölçekleri ve yarı yapılandırılmış görüşmeyi değerlendirmesini etkileyecek mental ve bilişsel kapasite yetersizliği veya organik/nörolojik kökenli hasar
- Şizofreni veya diğer psikotik tanılı bozukluklara sahip olma
- Eş tanılı hastalarda psikoz özelliklerin bulunması

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi

Çalışma, Antalya Terapi Tıp Merkezi'nde Nisan ve Aralık 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Ayaktan ilaç takibi yapılan veya psikoterapi tedavisi devam eden 31 OKB hastası çalışmaya katılmıştır. Katılımcılar, merkezde takip edilen hastalardan araştırmaya gönüllü olarak dahil olmayı kabul eden bireyler olup 23 Nisan'dan itibaren, 14 Aralık 2022 tarihine kadar ölçekler aracılığıyla veri toplanmıştır. Veri toplama işlemi Terapi Tıp Merkezinde gerçekleşmiştir. Katılımcıların hepsine çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

Antalya Terapi Tıp Merkezinden çalışmanın yürütülmesine dair izin alınmıştır. İzin belgesi (EK-6) eklerde sunulmuştur. Çalışmanın bilimsel ve etik yönden incelenmesi Antalya Bilim Üniversitesi Etik Kurul'u tarafından değerlendirilmiştir. Etik Kurul Onay Formu (EK-7) ekte bulunmaktadır.

#### 3.3. Verilerin Toplanması

Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve dışlama kriterlerini karşılamayan OKB tanılı hastalar alınmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan Bilgilendirilmiş Onam Formu (BOF) (EK-1) hastaya sunulmuş ve formu imzalayarak araştırmaya katılmayı onaylamıştır. BOF'ta çalışmanın adı, amacı, araştırmacı ve danışman bilgileri, kullanılan ölçek sayısı, çalışmanın ortalama

tamamlanma süresi, kişisel veri gizliliği ve gönüllülük esasları hakkında ayrıntılı bilgi verilmektedir.

Katılım sağlayan hastalara, Sosyodemografik Veri Form (SVF)(EK-2) ve bir (1) ölçeğin (Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesi) araştırmacıyla birlikte tamamlanacağını ve diğer iki (2) ölçeğin (Kişilik Organizasyonları Envanteri ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği) öz-bildirime dayalı olarak dolduracağı açıklanmıştır. SVF’de katılımcının ad/soyad bilgileri veya tanımlayıcı herhangi bir bilgi gizliliği ihlal etmemek amacıyla öğrenilmemiştir. Ölçek maddeleri yanıtlanmaya başlamadan önce katılımcıya açık ve net şekilde yönerge verilmiştir. Ölçek maddeleri hakkında soru sorulduğunda yönlendirici olmamak için yanıt verilmemiştir.

Katılımcıların sahip olduğu obsesyon türünü tespit etmek için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)’nin Semptom Kontrol Listesi dikkate alınmıştır. Kontrol listesinin sağladığı sekiz (8) obsesyon türünün alt maddelerinden birinin hasta tarafından var olduğunu belirtmesi, bireyi o obsesyon grubunun içine dahil etmektedir. Her katılımcı, birden fazla obsesyon türü belirtilerinin var olduğunu aktarmıştır.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Verileri elde edebilmek için katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu (EK-2), Kişilik Organizasyonları Envanteri (EK-3), Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesi (EK-4) ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (EK-5) uygulanmıştır.

#### **3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, çalışmaya kapsamlı bilgi sunması amacıyla katılımcıların; cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eğitim durumu, gelir durumu, kardeş sayısı ve doğum sırası, yaşanan kayıplar, psikiyatriye başvuru sebepleri ve zamanı, tanı alınan yaş, tedavi türü, eşlik eden mental rahatsızlık ve fiziksel hastalık bilgilerini içeren sorulardan oluşturulmuştur. Sorular, görüşmeci tarafından hastalara yönlendirilip yanıtlar kaydedilmiştir.

#### **3.4.2. Kişilik Organizasyonları Envanteri (KOREN)**

Kişilik Organizasyonları Envanteri, bireyin kişilik yapısı hakkında çalışmayı yürüten kişiye veya psikoterapistle kişilikle ilgili bilgi desteği sunmak amacıyla oluşturulan boyutsal bir envanterdir. Primitif savunmaları, kimlik difüzyonu ve gerçeklik testi alt boyutlarıyla toplam 31 maddeden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Primitif savunmalar alt boyutunda 9 madde (5, 7, 9, 12, 13, 15, 19, 22, 30), kimlik difüzyonu alt boyutunda 10 madde (3, 4, 6, 8, 11, 14, 16, 24, 26, 28) ve gerçeklik testi alt boyutunda 12 madde (1, 2, 10, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 27, 29, 31) bulunmaktadır. Alt boyutlardan alınan yüksek puanlar sırayla kişinin, primitif savunmalarının kullanımının arttığını, kimliğindeki dağınıklığının yükseldiğini ve gerçeklik algısında bozulmaların arttığını belirtmektedir.

5'li Likert tipi puanlama sistemi kullanılan ölçekte 1-Doğru değil, 2-Nadiren Doğru, 3-Bazen Doğru, 4-Sıklıkla Doğru ve 5-Her zaman doğruyu ifade etmektedir. Ters puanlanan bir madde bulunmamaktadır.

Envanterin orijinali, psikodinamik alana objektif bir ölçek sunmak için Kernberg ve Clarkin tarafından 1995'te geliştirilmiştir. Hem Türkçe 'ye çeviren ve kültürümüze uyarlayan hem de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ceran Yıldırım ve Yüksel tarafından 2021 yılında yapılmıştır. Envanterin alt boyutları için Cronbach alfa güvenilirlik değerleri primitif savunmalar (PS) için 0.77, kimlik difüzyonu (KD) için 0.82 ve gerçeklik testi (GT) 0.85'tir. Envanterin tamamının alfa katsayısı 0.91'dir. Çalışmanın Cronbach alfa güvenilirlik değerleri PS için 0.72, KD için 0.80 ve GT için 0.75'tir. Çalışmanın tamamının alfa katsayısı 0.90'dır.

KOREN; primitif savunmalar, kimlik difüzyonu ve gerçeklik testi alt boyutlarının yüksek ve düşük puan aralıkları, ölçeğin boyutsal bir envanter olmasından kaynaklı 1 veya 2 standart sapmayla belirlenmektedir. Orijinal envanterin primitif savunmaların ortalama puanı 17.72 ve standart sapma 6.38'dir. 11.34 ve altındaki puanlar düşük primitif savunmayı ve 24.10 ve üstündeki puanlar yüksek primitif savunmayı ifade etmektedir. Kimlik difüzyonu ortalama puanı 23.63 ve standart sapma 7.02'dir. 16.61 ve altındaki puanlar düşük kimlik dağınıklığını ve 30.65 ve üzeri puanlar yüksek kimlik karmaşıklığını belirtmektedir. Gerçeklik testi değerlendirmesi ortalaması 19.08 ve standart sapma 6.09'dur. 12.99 ve altındaki puanlar gerçeklik testinde bozulma olmadığını ve 25.17 ve üzerindeki puanlar gerçeklik testi değerlendirmesinde bozulmaların var olduğunu göstermektedir (Ceran Yıldırım ve Yüksel, 2021).

### **3.4.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Semptom Kontrol Listesi**

Bu ölçek, araştırmacı tarafından katılımcıyla yapılan görüşmeye göre değerlendirilen hem klinik veri sunan hem de araştırmalarda kullanılan bir ölçektir. YBOKÖ, OKB tanılı hastaların hastalık şiddetini ölçmek ve Semptom Kontrol Listesi ise şimdi ve geçmiş obsesyon-kompulsiyon türlerini belirlemek için kullanılmaktadır. Çalışma için ölçeğin ilk 10 maddesi ve semptom kontrol listesi kullanılmıştır. Bu çalışmadaki ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.89'dur.

Toplam 19 sorudan oluşan ölçeğin ilk 10 maddesi OKB'nin şiddetini ölçer ve değerlendirme bu maddelere göre yapılır. İlk beş (5) madde obsesyon ve 6-10 arası kompulsiyon şiddetiyle ilgilidir. Her madde için 5 yanıt bulunur ve en düşük 0, en yüksek 4 olarak derecelendirilmiştir. Buna göre maksimum alınabilecek puan 40 olup 0-7 subklinik, 8-15 hafif, 16-23 orta, 24-31 şiddetli ve 32-40 çok şiddetli şeklinde kategorize edilmiştir. Diğer 9 madde; kaçınma, içgörü, aşırı sorumluluk vb. başlıklar hakkında fikir sahibi olmayı hedefler.

Ölçeğin orijinali 1989'da Goodman ve Rasmussen tarafından geliştirilmiş olup Türkçe'ye Uluğ ve Savaşır tarafından çevrilmiştir. Çevrilen ölçeğin, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından 1993'te yapılmıştır.

#### 3.4.4. Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇOYÖ)

Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği, katılımcının öz bildirimine dayalı olarak doldurduğu 10 maddeden oluşan olumsuz yaşantının var olup olmadığı ortaya çıkaran bir ölçektir. Katılımcının, 18 yaş ve öncesindeki yaşantısını göz önüne alarak doldurması aktarılır. Maddelerin içerikleri aile içi duygusal-fiziksel-cinsel şiddet, alkol kötüye kullanım, duygusal-fiziksel ihmal, boşanma ve aile üyelerinde intihar girişimini kapsar. Sadece evet yanıtını içerir eğer maddeyle ilgili bir yaşantı yoksa boş bırakılır. Katılımcıların alabileceği minimum puan 0 ve maksimum 10 puandır. Kesme noktası bulunmamaktadır. Bu araştırmadaki ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.66'dır.

Ölçeğin orijinali 1997 yılında CDC ve Permanente tarafından geliştirilmiştir. 2013 yılında Ulukal ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ancak güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmamıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2018'de Gündüz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Gündüz ve diğerleri, 2018). Orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.74 olarak hesaplanmıştır.

#### 3.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 26 IBM sürümü kullanılmıştır. Sosyodemografik değişkenlerin ve klinik ölçeklerin betimsel istatistiklerine (ortalama, standart sapma, yüzdelik ve aralık) ve normallik dağılımlarını incelenmiştir. Bu incelenme sonucuna göre tüm analizlerde parametrik testler kullanılmıştır.

Bağımsız değişkenlerin gruplar arasındaki istatistiksel anlamlılık düzeylerine değerlendirmek için Bağımsız t-test analiziyle yapılmıştır. Sürekli değişkenleri değerlendirmek için Pearson Korelasyon Analizi ve Lojistik Regresyon kullanılmıştır. Güven aralığı değeri % 95'tir. Bu sebeple tip-1 hata düzeyi % 5 olarak değerlendirilmiştir ( $p < .05$ ).

##### 3.5.1 Normallik Testi

Katılımcılardan toplanan verilerin dağılımının normalliğini değerlendirmek için Shapiro Wilk normallik testi kullanılmıştır. Verilerin basıklık (skewness) ve çarpıklık (kurtosis) istatistiksel değerlerinin -1.5 ile +1.5 arasında olması; verilerin normal şekilde dağıldığı anlamına gelmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2014). Ölçeklerin çarpıklık ve basıklık değerlerine göre verilerin dağılımı normaldir ( $p > .05$ ). Bu nedenle parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Tablo-1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** ÇÇÖYÖ, YBOKÖ ve KOREN Alt Boyutlarının (PS, KD ve GT) Shapiro-Wilk Normallik Testi

	Basıklık	Çarpıklık	$\bar{x}$	dF	<i>p</i>
Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇÖYÖ)	.377	-.479	.923	31	.029
Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)	.040	-.437	.976	31	.705
KOREN / Primitif Savunma (PS)	.563	.854	.962	31	.338
KOREN / Kimlik Difüzyonu (KD)	.345	.315	.975	31	.671
KOREN / Gerçeklik Testi (GT)	.119	-.998	.955	31	.208

$p > .05$ .  $\bar{x}$ : istatistiksel değer.

## BÖLÜM IV

### BULGULAR

#### 4.1. Sosyodemografik Değişkenlerin Betimsel ve İstatistiksel İncelenmesi

Bu bölümde sosyodemografik değişkenlerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve gelir durumu betimsel değerleri incelenmiştir.

Çalışma Nisan - Aralık 2022 tarihleri arasında Antalya Terapi Tıp Merkezi'nin hekimleri tarafından takip edilen 17 (% 45.2) kadın ve 14 (% 54.8) erkek Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı toplam 31 katılımcıyla yürütülmüştür. Katılımcıların sosyodemografik verileri Tablo-2' de verilmektedir.

Katılımcıların; yaş ortalaması  $31.52 \pm 1.59$ , 17'si (%54.8) bekar ve 14'ü (% 45.2) evlidir. Eğitim durumlarına bakıldığında 3'ü (% 9.7) ilkokul, 13'ü (% 41.9) lise, 4'ü (% 12.9) önlisans, 9'u (% 29.0) lisans ve 2'si (% 6.4) lisansüstü mezundur. Analiz öncesinde verilerin eşit dağılımını sağlamak amacıyla eğitim durumu iki grup haline getirilmiştir. Lise ve öncesi grubu; ilkokul ve lise mezunlarını ve önlisans ve sonrası grubu; önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarını kapsamaktadır.

**Tablo 2.** Katılımcıların Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımı

	N	%
<b>Yaş</b>	31	100
<b>Cinsiyet</b>	31	100
Kadın	17	45.2
Erkek	14	54.8
<b>Medeni Durum</b>		
Bekâr	17	54.8
Evli	14	45.2
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise ve öncesi	16	51.6
Önlisans ve sonrası	15	48.4
<b>Gelir Durumu</b>		
0 – 4000 TL	5	16.1
4001 – 8000 TL	17	54.9
8001 ve üstü TL	9	29

N: Birey sayısı %: Yüzde

#### 4.2. Klinik Verilerin ve Ölçeklerin Betimsel ve İstatistiksel Dağılımı

Bu bölümde klinik veriler; tanı yaşı, eş tanı, tedavi türü, tedavi süresi ve ailede psikiyatrik hastalık tanısı değişkenleri ve KOREN alt boyutları (Primitif savunmalar, Kimlik difüzyonu ve Gerçeklik testi) ve Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeklerinin betimsel ve istatistiksel değerleri incelenmiştir.

Katılımcıların hastalıkla ilgili verileri; ortalama tanı alma yaşı  $26.10 \pm 1.44$ , 18'inin (% 58.1) eş tanısı yok, 8'inin (% 25.8) Majör Depresif Bozukluk eş tanısı ve 5'inin (% 16.1) anksiyete bozuklukları tanısı; katılımcıların 26'sına (% 83.9) ilaç tedavisi ve 5'ine (% 16.2) ilaç ve psikoterapi tedavisi uygulanmış; şu ana kadar aldıkları tedavi süresinin ortalaması  $18.77 \pm 16.82$  (min 2 – max 72) aydır. Tanılı bireylerin 14'ünün (% 45.2) birinci derece ailesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsü bulunmaktadır fakat katılımcıların 17'sinin (%54.8) psikiyatrik hastalık öyküsüne rastlanılmamıştır. Tablo-3'te veriler gösterilmektedir.

Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) puanlarının ortalaması  $21.84 \pm 6.18$ 'dir. Katılımcıların ölçek üzerinden elde ettikleri minimum puan 8 ve maksimum puan 34'tür. Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) Semptom Kontrol Listesine göre katılımcıların 19'u (% 61.3) saldırganlık, 19'u (% 61.3) kirlenme, 6'si (% 19.4) cinsel, 7'si (% 22.6) biriktirme, 11'i (%35.5) dini, 9'u (% 29.0) simetri, 5'ı (% 16.1) somatik obsesyon alt türüne sahiptir. Katılımcıların her birinde birden fazla obsesyon türü mevcuttur. Tablo-3'te veriler gösterilmiştir.

Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeğine (ÇÇOYÖ) göre katılımcıların hepsi travmatik yaşantı deneyimlemiştir. Katılımcıların ölçek skor ortalaması ve standart sapması  $2.90 \pm 1.49$ 'dur. Ölçekten edilen bilgilere göre beş (5) katılımcı 1 tane ve bir (1) katılımcı 7 tane çocukluk çağı olumsuz yaşantısı olduğunu belirtmiştir. Tablo-3'te veriler gösterilmiştir.

Çalışmanın, Kişilik Organizasyonu Envanteri (KOREN) alt boyutlarının ortalaması; primitif savunmalar (PS)  $23.32 \pm 6.69$ , kimlik difüzyonu (KD)  $29.26 \pm 7.62$  ve gerçeklik testi (GT)  $25.39 \pm 7.81$ 'dur. Orijinal KOREN envanterinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması dikkate alınarak alt boyutların düşük ve yüksek puan aralığı 1 standart sapmaya göre hesaplanmıştır.

PS toplam puan ortalaması  $23.32 \pm 6.69$ 'dur. Ortalama ve standart sapma dikkate alınarak; 16.63 ve altındaki puanlar düşük primitif savunmaları ifade ederken, 30.01 ve üstündeki puanlar yüksek primitif savunmaları sahip olduğunu göstermektedir. Buna göre katılımcıların % 9.7 (N=3)'sü düşük primitif savunmalara ve % 9.7 (N=3)'ü yüksek primitif savunmalara sahiptir.

KD toplam puan ortalamasına  $29.26 \pm 7.62$ 'dir. Buna göre; 21.64 ve altındaki puanlara düşük kimlik difüzyonu ifade ederken 36.88 ve üstü yüksek kimlik difüzyonunu belirtmektedir. Bu sonuçlara göre katılımcıların % 16.1 (N=5)'i düşük kimlik dağılımlığına ve % 9.6 (N=3)'sü yüksek kimlik dağılımlığına sahiptir.

GT toplam puan ortalaması  $25.39 \pm 7.81$ 'dir. Ortalamaya göre 17.58 ve altındaki puanları elde eden bireylerin gerçeklik testi değerlendirmesinin tam gösterirken 33.20 ve



üstü puanlar gerçeklik testi değerlendirmesinde bozulmaların/çarpıtmaların olduğunu temsil etmektedir. Buna bağlı olarak katılımcıların % 22.6 (N=7)'sının bozulmamış gerçeklik testi değerlendirmesi yapabildiğini ancak % 19.4 (N=6)'ünün bozulmuş gerçeklik algısı mevcuttur. Tablo-3'te veriler gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Klinik Verilerin ve Ölçeklerin Betimsel ve İstatistiksel Dağılımları

	N	%	Ort./SS
<b>Tanı Yaşı</b>	31	100	26.10 ± 1.44
<b>Eş Tanı</b>	31	100	
Tanısı yok	18	58.1	
Major Depresif Bozukluk	8	25.8	
Anksiyete Bozuklukları	5	16.1	
<b>Tedavi Türü</b>			
İlaç	26	83.9	
İlaç ve Psikoterapi	5	16.2	
<b>Tedavi Süresi (Ay)</b>	31	100	18.77 ± 16.83
<b>Ailede Psikopatolojik Tanı</b>			
Var	14	45.2	
Yok	17	54.8	
<b>Obsesyon Alt Türleri</b>			
Saldırganlık Obsesyonu	19	61.3	
Kirlenme Obsesyonu	19	61.3	
Cinsel Obsesyon	6	19.4	
Biriktirme Obsesyonu	7	22.6	
Dini Obsesyonlar	11	35.5	
Simetri Obsesyonları	9	29.0	
Somatik Obsesyonlar	5	16.1	
<b>YBOKÖ Puanı</b>	31	100	21.84 ± 6.18
<b>ÇÇOYÖ Puanı</b>	31	100	2.90 ± 1.49
<b>KOREN Alt Ölçekleri Puanı</b>			
PS Toplam	31	100	23.32 ± 6.69
KD Toplam	31	100	29.26 ± 7.62
GT Toplam	31	100	25.39 ± 7.81

N: Birey sayısı. %: Yüzde Ort.; Ortalama SS; Standard sapma

### 4.3. Sosyodemografik ve Klinik Verilerin ÇÇÖYÖ, YBOKÖ ve KOREN (PS, KD ve GT) Açısından Karşılaştırılması

Çalışmanın cinsiyet ve eğitim durumu sosyodemografik verileri ile ÇÇÖYÖ YBOKÖ ve KOREN alt ölçekleri primitif savunma (PS), kimlik difüzyonu (KD) ve gerçeklik testi (GT) puanları bağımsız örneklem t-testi Levene varyans analizine göre gruplar homojen dağılıma sahiptir ( $p > .05$ ).

Eğitimi durumu grubunun ('Lise veya öncesinden mezun' ve 'önlisans veya sonrasında mezun') ÇÇÖYÖ, YBOKÖ, PS ve KD puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p > .05$ ). Ancak lise ve öncesi mezunu grubunun GT puanları önlisans ve sonrası mezunu grubundan anlamlı ve istatistiksel olarak fark bulunmaktadır ( $t(29) = 2.364, p = .025$ ). Lise ve öncesi mezunu grubun GT ortalaması ( $M = 28.38, SS = 7.56$ ), önlisans ve sonrası mezunu grubunun GT ortalamasından ( $M = 22.20, SS = 6.94$ ) daha yüksektir. GT ortalaması daha yüksek olan grubun gerçeklik testi değerlendirmesi daha çok bozulmuştur. Tablo 5'te gösterilmektedir.

Klinik verilerin analizinde eş tanı, birinci derece aile üyelerinde psikiyatrik rahatsızlık verileri ile ÇÇÖYÖ, YBOKÖ ve KOREN alt ölçekleri PS, KD ve GT puanları bağımsız örneklem t-testi Levene varyans analizine göre gruplar homojen dağılıma sahiptir.

Eş tanı grubu ve birinci derece aile üyelerinde psikiyatrik tanı grubunun ÇÇÖYÖ YBOKÖ ve KOREN alt ölçeklerinin veri analizi sonucunda grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlı bir fark yoktur ( $p > .05$ ). Analiz sonuçları Tablo 4'te ve Tablo 5'te gösterilmektedir.

**Tablo 4.** Sosyodemografik ve Klinik Verilerin Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇÖY) ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinin (YBOKÖ) Bağımsız T-test Analizi

Değişkenler	ÇÇÖY				YBOKÖ			
	Ort.	SS	t	p	Ort.	SS	t	p
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın (N=17)	3.12	1.45	.879	.387	21.24	5.45	.593	.558
Erkek (N=14)	2.64	1.55			22.57	7.10		
<b>Eğitim Durumu</b>								
Lise ve Öncesi (N=16)	3.19	1.79	1.100	.280	21.19	6.67	-.600	.553
Önlisans ve Sonrası (N=15)	2.60	1.06			22.53	5.77		
<b>Eş Tanı</b>								
Yok (N=19)	2.68	1.53	-1.030	.312	21.37	5.51	-.527	.602
Var (N=12)	3.25	1.42			22.58	7.31		
<b>Aile Psikopatoloji Tanısı</b>								
Yok (N=)	2.95	1.51	.204	.840	23.21	5.65	1.596	.121
Var (N=)	2.83	1.53			19.67	6.58		

\*  $p < .05$ . N=31. Ort:Ortalama. SS:Standart Sapma

**Tablo 5.** Sosyodemografik ve Klinik Verilerin KOREN Alt Boyutlarının (PS, KD ve GT) Bağımsız T-test Analizi

Değişkenler	Primitif Savunma (PS)				Kimlik Difüzyonu (KD)				Gerçeklik Testi (GT)			
	Ort.	SS	t	p	Ort.	SS	t	p	Ort.	SS	t	p
<b>Cinsiyet</b>												
Kadın (N= 17)	24.18	6.32	.778	.443	30.71	7.90	1.172	.251	25.29	6.70	.072	.943
Erkek (N= 14)	22.29	7.22			27.50	7.17			25.50	9.23		
<b>Eğitim Durumu</b>												
Lise ve Öncesi(N= 16)	23.56	6.59	.203	.841	30.44	7.90	.886	.383	28.38	7.56	2.364	<b>.025*</b>
Önlisans ve Sonrası(N=15)	23.07	7.02			28.00	7.38			22.20	6.94		
<b>Eş Tanı</b>												
Yok (N=19)	23.21	4.56	-.115	.909	29.21	5.76	-0.43	.966	24.63	7.10	-.672	.507
Var (N=12)	23.50	9.38			29.33	10.20			26.58	9.01		
<b>Ailede Psikopatoloji Tanısı</b>												
Yok (N=19)	22.79	6.46	-.552	.585	29.05	8.63	-.186	.854	23.95	7.62	-1.308	.201
Var (N=12)	24.17	7.23			29.58	6.02			27.67	7.86		

\*  $p < .05$ . N: katılımcı sayısı. N(toplam)=31 Ort:Ortalama. SS:Standart Sapma

### 4.3.1. Obsesyon Türlerinin KOREN Alt Boyutları ve ÇÇÖYÖ Açısından Karşılaştırılması

Katılımcıların obsesyon alt türleri (saldırganlık, kirlenme, cinsel, biriktirme, dini, simetri ve somatik) ile KOREN alt ölçekleri PS, KD ve GT puanları ve ÇÇÖYÖ puanlarının karşılaştırılmasında Levene varyans testine göre gruplar homojen dağılmaktadır ( $p > .05$ ).

Saldırganlık obsesyon türüne sahip olan katılımcıların PS ( $t(29) = 2.649, p = .013$ ), KD ( $t(29) = 2.999, p = .006$ ) ve GT ( $t(29) = 5.901, p = .000$ ) puanları ile saldırganlık obsesyonuna sahip olmayan katılımcılar arasında anlamlı istatistiksel bir fark vardır. Bu obsesyon türü var olan bireylerin PS ortalaması ( $M = 25.63, SS = 6.46$ ), KD ortalaması ( $M = 32.16, SS = 6.89$ ) ve GT ortalaması ( $M = 29.58, SS = 6.29$ ), saldırganlık obsesyona sahip olmayan bireylerden (PS;  $M = 19.67, SS = 5.48$ ; KD;  $M = 24.67, SS = 6.58$ ; GT;  $M = 18.75, SS = 4.88$ ) daha yüksektir.

Kirlenme obsesyonuna sahip bireylerin PS ( $t(29) = 2.521, p = .017$ ) ve GT ( $t(29) = 2.410, p = .013$ ) puanları ile kirlenme obsesyonuna sahip olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık vardır. Kirlenme obsesyonun bulunan katılımcıların PS ortalaması ( $M = 21.11, SS = 5.67$ ), bulunmayanlardan ( $M = 26.83, SS = 6.90$ ) daha düşüktür. Kirlenme obsesyonu olan bireylerin GT ortalaması ( $M = 22.89, SS = 6.96$ ), bu obsesyona sahip olmayanlardan ( $M = 29.33, SS = 7.69$ ) daha düşüktür.

Biriktirme obsesyonları var olan kişilerin çocukluk çağı travma ( $t(29) = 2.762, p = .010$ ) puanları ile bu obsesyonu var olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Biriktirme obsesyonu bulunan katılımcıların çocukluk çağı travma ortalaması ( $M = 4.14, SS = 1.68$ ), bulunmayan bireylerden ( $M = 2.54, SS = 1.25$ ) daha yüksektir.

Diğer obsesyon alt türleri ile ÇÇÖYÖ ve KOREN alt ölçekleri PS, KD ve GT puanlarının grup karşılaştırılmasında anlamlı bir fark yoktur ( $p > .05$ ). Tablo 6 ve Tablo 7'de gösterilmektedir.

**Tablo 6.** Obsesyon Alt Türleri ile KOREN Alt Boyutlarının (PS, KD ve GT) Bağımsız T-Test Analizi

Obsesyon Türü	Primitif Savunma (PS)				Kimlik Difüzyonu (KD)				Gerçeklik Testi (GT)			
	Ort.	SS	t	p	Ort.	SS	t	p	Ort.	SS	t	p
<b>Saldırganlık</b>												
Yok (N=12)	19.67	5.48	-2.649	<b>.013*</b>	24.67	6.58	-2.999	<b>.006*</b>	18.75	4.88	-5.091	<b>.000*</b>
Var (N=19)	25.63	6.46			32.16	6.89			29.58	6.25		
<b>Kirlenme</b>												
Yok (N=12)	26.83	6.90	2.521	<b>.017*</b>	31.17	6.92	1.112	.275	29.33	7.69	2.410	<b>.023*</b>
Var (N=19)	21.11	5.67			28.05	7.96			22.89	6.96		
<b>Cinsel</b>												
Yok (N=25)	23.04	6.57	-.474	.639	29.44	7.85	.267	.791	25.84	8.26	.653	.519
Var (N=6)	24.50	7.71			28.50	7.20			23.50	5.75		
<b>Biriktirme</b>												
Yok (N=24)	22.67	6.11	-1.011	.320	28.04	7.04	-1.695	.101	24.67	8.49	-.950	.350
Var (N=7)	25.57	8.54			33.43	8.64			27.86	4.38		
<b>Dini</b>												
Yok (N=20)	22.65	7.17	-.749	.460	28.15	7.11	-1.095	.283	23.70	8.17	-1.671	.106
Var (N=11)	24.55	5.84			31.27	8.45			28.45	6.31		
<b>Simetri</b>												
Yok (N=22)	23.27	6.71	-.064	.950	29.05	6.49	-.239	.813	26.32	8.09	1.040	.307
Var (N=9)	23.44	7.06			29.78	10.34			23.11	6.97		
<b>Somatik</b>												
Yok (N=26)	23.58	5.86	.476	.637	29.37	7.01	.081	.936	25.46	7.53	.119	.906
Var (N=5)	2.00	10.87			29.00	11.34			25.00	10.12		

\*  $p < .05$ . N: katılımcı sayısı. N(toplam)=31 Ort:Ortalama. SS:Standart Sapma

**Tablo 7.** Obsesyon Alt Türleri ile Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇOYÖ) Bağımsız T-Test Analizi

Obsesyon Türü	Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Ölçeği (ÇÇOYÖ)			
	Ort.	SS	t	p
<b>Saldırganlık</b>				
Yok (N=12)	2.42	1.65	-1.472	.152
Var (N=19)	3.21	1.62		
<b>Kirlenme</b>				
Yok (N=12)	2.75	1.42	-.449	.657
Var (N=19)	3.00	1.56		
<b>Cinsel</b>				
Yok (N=25)	3.04	1.57	1.044	.305
Var (N=6)	2.33	1.03		
<b>Biriktirme</b>				
Yok (N=24)	2.54	1.25	-2.762	<b>.010*</b>
Var (N=7)	4.14	1.68		
<b>Dini</b>				
Yok (N=20)	2.55	.89	-1.849	.075
Var (N=11)	3.55	2.12		
<b>Simetri</b>				
Yok (N=22)	2.86	1.32	-.277	.822
Var (N=9)	3.00	1.94		
<b>Somatik</b>				
Yok (N=26)	2.77	1.42	-1.147	.261
Var (N=5)	3.60	1.82		

\*  $p < .05$ . N: katılımcı sayısı. N(toplam)=31 Ort:Ortalama. SS:Standart Sapma

#### 4.4. Ölçeklerin ve Sosyodemografik Değişkenlerin Korelasyon Analizi

Katılımcıların ÇÇÖYÖ ve KOREN alt ölçekleri PS, KD, GT arasındaki ilişkisi incelenmiştir. Buna göre;

KOREN alt ölçekleri PS ile KD ( $r = .81, p < .05$ ) ve PS ile GT ( $r = .75, p < .05$ ) arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Köklü ve ark., 2006).

KOREN alt ölçekleri ile ÇÇÖYÖ arasında bir ilişki bulunmamaktadır ( $p > .05$ ). Tablo 8’de gösterilmektedir.

**Tablo 8.** ÇÇÖYÖ ile KOREN Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	1	2	3	4
1. ÇÇÖY	–			
2. PS	.174**	–		
3. KD	.193**	.809**	–	
4. GT	.235**	.744**	.643**	–

\*\*  $p < .01$

Sosyodemografik değişkenler ve obsesyon türlerinin ilişkisi Pearson Korelasyon analiziyle incelendiğinde;

Yaş değişkeni ile kirlenme obsesyonu arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişkisi bulunmaktadır ( $r = -.39, p < .05$ ).

Eğitim seviyesi değişkeni ile dini obsesyon arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r = -.49, p < .05$ ).

Kirlenme obsesyon türü ile saldırganlık ( $r = -.36, p < .05$ ), cinsel ( $r = -.61, p < .05$ ) ve dini ( $r = -.38, p < .05$ ) obsesyon türleriyle negatif yönde orta düzey anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca kirlenme obsesyonu ile simetri obsesyonu arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ( $r = .36, p < .05$ ). Tablo 9’da gösterilmektedir.



**Tablo 9.** Sosyodemografik Değişkenler ile Obsesyon Türlerinin Korelasyon Analizi

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>1. Yaş</b>	–									
<b>2. Eğitim Durumu</b>	-.280	–								
<b>3. Gelir Durumu</b>	.241	.104	–							
<b>4. Saldırganlık Obsesyonu</b>	.169	-.291	-.045	–						
<b>5. Kirlenme Obsesyonu</b>	<b>-.387*</b>	.239	.055	<b>-.360*</b>	–					
<b>6. Cinsel Obsesyon</b>	.084	.179	-.096	.054	<b>-.616**</b>	–				
<b>7. Biriktirme Obsesyonu</b>	.083	-.060	-.106	.112	.112	-.069	–			
<b>8. Dini Obsesyon</b>	-.114	<b>-.448*</b>	-.145	.313	<b>-.380*</b>	.319	.083	–		
<b>9. Simetri Obsesyonu</b>	-.120	.234	-.017	-.221	<b>.362*</b>	-.133	.334	-.177	–	
<b>10. Somatik Obsesyon</b>	-.197	.102	-.352	-.192	.168	-.215	-.027	.041	-.087	–

\* $p < .05$ , \*\* $p < .001$ .

#### 4.5. Sosyodemografik, KOREN Alt Boyutları ve Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantılar Değişkenlerinin Obsesyon Türlerini Yordayıcı Analizi

Bu bölümde obsesyon türlerinin yaş, cinsiyet, KOREN alt boyutları; primitif savunmalar, kimlik difüzyonu ve gerçeklik testi ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılar değişkenleri tarafından ne derece yordandığını tespit etmek amacıyla yürütülen lojistik regresyon analiz sonuçları verilmiştir.

Obsesyon türlerinin KOREN alt boyutları; Primitif savunmalar, Kimlik difüzyonu ve Gerçeklik testi ile ilişkisinin ne derecede yordandığını belirlemek amacıyla Yale-Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Semptom Kontrol Listesine göre yedi alt boyuttan oluşan obsesyon türleri; Saldırganlık Obsesyonu, Kirlenme Obsesyonu, Cinsel Obsesyonu, Biriktirme Obsesyonu, Dini Obsesyonu, Simetri Obsesyonu ve Somatik Obsesyonu için yedi ayrı lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Sonuç olarak iki (2) model istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Obsesyon türlerini yordayan değişkenler; yaş, cinsiyet, primitif savunmalar, kimlik difüzyonu, gerçeklik testi ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılardır.

##### 4.5.1. Obsesyon Türlerinin Regresyon Analiz Sonuçları

Tablo 9’da gösterildiği üzere saldırganlık obsesyon türü yaş ve cinsiyet sosyodemografik değişkenleri tarafından yordanmamaktadır. Saldırganlık obsesyonu KOREN alt boyutları; primitif savunmalar ve kimlik difüzyonu ve ÇÇÖYÖ tarafından yordanmamıştır. Bu obsesyon türü KOREN alt boyutlarından Gerçeklik testi tarafından anlamlı ve pozitif yönde yordanmıştır ( $\beta = 1.389$ ,  $t(1) = 5.196$ ,  $p = .023$ ). Model istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < .05$ ) ve model varyansın % 47’sini açıklamaktadır ( $R^2 = .47$ ,  $F(1.29) = 25.92$ ,  $p = .00$ ).

**Tablo 10.** Saldırganlık Obsesyonunun Yordayıcı Değişkenleri

Model S	B	SH	t	$\beta$	p
<b>Cinsiyet</b>	.379	1.410	.072	.1460	.788
<b>Yaş</b>	-.016	.097	.029	.984	.865
<b>PS</b>	-.206	.216	.913	.814	.339
<b>KD</b>	.193	.221	.765	1.213	.382
<b>GT</b>	.329	.144	5.196	1.389	<b>.023*</b>
<b>ÇÇÖY</b>	.378	.511	.548	1.460	.459

\*:  $p < .05$

Kirlenme obsesyonu, yaş ve cinsiyet sosyodemografik değişkenler tarafından yordanmamıştır. Kimlik dağınkılığı, gerçeklik testi alt boyutu ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılar tarafından da yordanmamaktadır. Ancak kirlenme obsesyonu, KOREN primitif

savunmalar alt boyutu tarafından negatif ve anlamlı olarak yordanmaktadır ( $\beta = -.161$ ,  $t(1) = 4.391$ ,  $p = .036$ ). Model istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < .05$ ) ve model toplam varyansın %29'unu açıklamaktadır ( $R^2 = .29$ ,  $F(2,28) = 5.82$ ,  $p = .08$ ). Tablo 11'de gösterilmiştir.

**Tablo 11.** Kirlenme Obsesyonunun Yordayıcı Değişkenleri

Model K	B	SH	t	$\beta$	p
Cinsiyet	-1.170	1.090	1.153	.310	.283
Yaş	-.176	.092	3.629	.839	.057
PS	-.161	.077	4.391	.851	<b>.036*</b>
KD	.219	.175	1.567	1.245	.211
GT	-.056	.123	.205	.946	.650
ÇÇOY	.472	.394	1.438	1.603	.230

\*:  $p < .05$ .

Biriktirme, cinsel, dini, simetri ve somatik obsesyon türleri yaş, cinsiyet, primitif savunmalar, kimlik difüzyonu, gerçeklik testi ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılar tarafından yordanmamaktadır. Lojistik regresyon analizi sonucunda modeller istatistiksel olarak anlamlı değildir.

## BÖLÜM V

### TARTIŞMA

Araştırmada obsesyon türleri ile psikodinamik kişilik örgütlenmesi ve çocukluk çağı olumsuz yaşantıların ilişkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Çalışmanın katılımcıları Antalya Terapi Merkezi'nde ayaktan takip edilen 17 kadın, 14 erkekten oluşan toplam 31 Obsesif Kompulsif Bozukluk hastasından elde edilen verilerle yürütülmüştür.

Bu bölümde, OKB tanılı bireylerde obsesyon alt türlerinin (saldırganlık, kirlenme, cinsel, dini, biriktirme, simetri ve somatik), sosyodemografik ve klinik verilerinin çocukluk dönemi olumsuz yaşantıları ve psikodinamik kişilik örgütlenmesi boyutlarını(primitif savuma, kimlik difüzyonu ve gerçeklik testi) üzerindeki rolünü incelemek amacıyla yürütülen çalışmanın bulgular bölümündeki analiz sonuçlarına göre literatür desteğiyle tartışılacaktır. Ayrıca, obsesyon türleri üzerinde etkisi olabileceği düşünülen değişkenlerin yordayıcı etkisi çalışmada incelenmiştir. Öncelikle analizler yorumlanacak ardından çalışmanın sınırlılıkları değinilecektir. Son olarak gelecekteki araştırmalar için önerilerden bahsedilecektir.

Çalışmaya katılan OKB tanılı bireylerin cinsiyet ve eğitim durumu açısından obsesyon türlerine, KOREN alt boyutları; PS, KD, GT ve çocukluk çağı travmatik yaşantı deneyimlerine göre karşılaştırıldığında; cinsiyet ile obsesyon türleri arasında ve eğitim seviyesi grupları ile GT değişkeni arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya göre, cinsiyetler arasında primitif savunmalar, kimlik difüzyonu, gerçeklik testi ve travmatik yaşantılar bakımında fark bulunmazken, obsesyon türlerine göre incelendiğinde fark bulunmaktadır. Çalışmanın sonuçlarına göre kadınlarda saldırganlık, kirlenme, biriktirme ve simetri obsesyon türleri fazlayken, erkeklerde cinsel, dini ve somatik obsesyon türü daha fazladır. Lensi ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışma sonucunda kadınlar, erkeklerden daha yüksek saldırganlık obsesyonu seviyesine sahiptir (Lensi ve ark., 1996). Kadınlardaki saldırganlık obsesyonun içeriği yoğun olarak kontrolü kaybetme korkusu olarak ortaya çıkarken bu durumun tetikleyicileri sevdiği birini kaybetme ve yenidoğana zarar verme korkusuyla ilişkili olabilir (Lensi ve ark. 1996). Tükel ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışma sonuçlarında, kadınlarda en çok kirlenme/bulaşma obsesyonu görülmekteyken erkeklerde baskın olan obsesyon türü saldırganlıktır (Tükel ve ark., 2004). Erkeklerde saldırganlık türünün, biyolojik açıdan, daha baskın olmasının sebebinin hormonal faktörler olduğu düşünülmektedir. Testosteron hormonun cinsel dürtüleri, dürtüsellik ve agresif davranışlar üzerindeki etkisiyle açıklanabilir (Mathis ve ark., 2011). Saldırganlık türüne erkeklerde daha yaygın şekilde eşlik eden diğer obsesyonlar dini ve cinsel türleridir. Erkeklerdeki saldırganlık türünün konsepti kadınlar daha farklıdır. Kültürel olarak güçlü, kendini savunan, otoriter vb. sosyal rollere maruz kalarak yetiştirilen erkek bireylerin kişisel ve sosyal yetersizlikler karşısında kendine veya başkalarına zarar verme eğilimi daha yoğun olduğu düşünülmektedir. Labad ve arkadaşlarının çalışma sonucuna göre de kadınlarda kirlenme/bulaşma obsesyonu yüksek seviyedeysen erkekler katılımcılarda cinsel ve dini obsesyonlar daha yüksektir (Labad ve ark., 2004). Kadınlarda daha çok kirlenme/bulaşma obsesyonlarının yoğun olmasının sebebi kültürel faktörler olabilir. Erken yaştan itibaren verilen ev içi temizlik/düzen görevleri, stereotipik olarak kadına yüklenen rolün temizlikle ilişkisi ve olumsuz koşulların nedeniyle görülme riski artmaktadır. Genetik

çalışmaların sonuçlarında hem kadın hem de erkek cinsiyet grubunda obsesyon türlerinin farklılık göstermesinin nedenin bazı genlerin etkisi olarak açıklanmaktadır. Katerberg ve arkadaşlarının çalışmasında belirli bir gen ve gen allelinin kadınlardaki cinsel ve saldırganlık obsesyonun ortaya çıkmasında rol oynadığı tespit edilmiştir (Katerberg ve ark., 2009). Simetri, sıralama/düzenleme ve biriktirme obsesyonlarının erkeklerde mükemmeliyetçilik yapıyla ilişkisi kuvvetle muhtemeldir (Akt. Coles ve ark., 2006). Cinsiyete bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli obsesyon türleri biyolojik, kültürel ve psikososyal etmenlerden etkilenmektedir.

Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde lise mezunu kişilerin GT puanları, önlisans ve üstü eğitim seviyesine sahip gruba göre daha yüksektir. Bu sonuca göre GT değerlendirilmesinde bozulmalar eğitim seviyesi lise mezunu ve altında olan grupta daha fazladır. Gren ve arkadaşlarının çalışmasındaki düşük eğitim seviyesine sahip olan bireylerin örselenmeye karşı verdikleri tepkileri daha yüksektir (Gren ve ark., 1985). Travma nedeniyle kişilerin gerçekliği değerlendirme yetisinde bozulmalar meydana gelebilmektedir. Lisans ve üstü eğitim grubundaki bireylerin sosyal ağlarının daha geniş olması, içgörünün daha yüksek olması, baş etme mekanizmalarının daha gelişmiş olması ve olaylara karşı bakış açılarının alternatiflerle desteklenmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Obsesyon türleri ile sosyodemografiklerin ilişkilerine bakıldığında; bireyler yaş aldıkça kirlenme obsesyonunun azaldığı saptanmıştır. Çocuk ve ergenlerde en sık görülen obsesyon türü çoğunlukla kirlenmedir (Türkbay vd., 2000). Erken yaşta ortaya çıkan bu obsesyon türünün, bazı çalışmalarda yetişkinlik döneminde de kirlenme obsesyonunun en sık görülen tür olduğunu belirtmektedir. Bu durumu etkileyen potansiyel faktörler cinsiyet farklılığı ve kadınlarda prevalansın yüksek olması, kültürel ve dini etmenler olabileceği düşünülmektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe dini obsesyonlar azalmaktadır. Yorulmaz ve arkadaşlarına göre yüksek dini inancı olan bireylerin OK bilişe eğilimi, daha az inancı olan gruptan yüksektir (Yorulmaz, 2009).

OKB tanılı bireylerin obsesyon türleri ile psikodinamik kişilik örgütlenmesi incelendiğinde; saldırganlık obsesyonu ve kirlenme obsesyonu psikodinamik kişilik örgütlenmesi alt boyutları (primitif savunmalar, kimlik difüzyonu ve gerçeklik testi) ile bağlantılıdır. Diğer obsesyon türleri; dini, cinsel, somatik, simetri ve biriktirme ile kişilik yapısı alt boyutları arasında bir ilişki saptanamamıştır. Bunun sebebinin obsesyon tiplerinin örneklem grubundaki sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Saldırganlık obsesyonunda her üç boyutun değerlendirilmesi sonucunda; bu obsesyon türüne sahip bireylerin primitif savunmalarının ortalamasının, standart sapmaya göre belirlenen düşük ve yüksek primitif savunma ortalaması arasında kaldığı tespit edilmiştir. Bu değer, çalışmanın genel katılımcı primitif savunma ortalamasının üstündedir. Bu obsesyon türüne sahip katılımcıların ilkel savunmaları kullanarak obsesif düşüncelere baş ettiğinin göstergesi olabilir. Aynı obsesyon türünün kimlik dağınıklığı ortalaması sonucu, alt ve üst kimlik dağınıklığı ortalamasının arasında kalmaktadır. Son olarak saldırganlık türüne sahip katılımcıların gerçeklik testi ortalamasına bakıldığında, düşük ve yüksek ortalama aralığının düşük kısmına, yani gerçeklik testi değerlendirmesinde bozulmanın olmadığı gruba daha yakın olduğu saptanmıştır. Çalışmanın bulgularını göz önüne alarak saldırganlık obsesyonuna sahip bireylerin kişilik envanteri alt boyutlarının ortalamasının standart sapmaya göre belirlenen alt ve üst

aralığın orta kısmında bulunmasından kaynaklı, bu obsesyonu olan katılımcıların sınır durum kişilik örgütlenmesi eğiliminde olduğunu düşünülmektedir. Sınırdurum yapı, nevrotik ve psikotik düzeyin alt ve üst sınırlarının haricinde kalan bölgeyi kapsayan alandır. Ara grup olarak tanımlanan sınır durum (borderline) kişilik özellikleri hem nevrotik yapının karakteristiklerini hem de psikotik yapının özelliklerini görmektedir. Çoğunlukla ilkel savunmalara dayanarak yaşamını sürdüren, benlik entegrasyonunda göze çarpan dağınıklığın var olduğu ancak psikotik yapıdaki kadar olmayan ve gerçeklik değerlendirmesindeki bozulmaların/sapmaların yoğunluğunun psikotik düzeye kadar ulaşmasa da benliğin yoğun stres veya uyaranlara maruz kalma durumunda belirli derece azalma söz konusudur. Ayrılmış/bölünmüş kimlik duygusu ve bölme immatur savunması sınır durum yapının en belirgin özelliğidir (Kernberg, 1995). Psikotik yapı ile sınır durum yapı arasındaki farkı sağlayan önemli faktör gerçeklik testi değerlendirmesidir. Gıynaş ve arkadaşlarının OKB hastalarının kişilik örgütlenmesini incelediği çalışmada, (Erenköy) kişilik örgütlenmesi tanı formunu kullanarak bireylerin % 62'si sınır durum kişilik organizasyonuna (KO), %24'ü Nevrotik KO ve %14'ü Psikotik KO sahip olduğu tespit edilmiştir (Gıynaş ve ark., 2019). Geçmiş yıllardaki çalışmalar incelendiğinde, içgörüsü olmayan ya da düşük seviyede olan OKB hastalarının psikotik ve sınır durum eğilimde olduğu tespit edilmiştir. İçgörünün var ya da yok olarak değerlendirilmesinin doğru olmadığı, boyutsal açıdan değerlendirmenin hem psikopatolojik düzey hem de kişilik yapısı hakkında fikir sahibi olmayı sağlayacaktır.

Çalışmanın regresyon bulgularına bakıldığında, gerçeklik testi değerlendirmesinin saldırganlık obsesyonu üzerinde yordayıcı etkisi saptanmıştır. Araştırmanın katılımcılarının hiçbiri pozitif psikotik belirtiler göstermese de gerçeklik algısındaki çarpıklıklar saptanmıştır. Psikotik kişilik yapısının çoğunlukla baskın karakteristiği gerçeklik değerlendirmesindeki bozulmalar olmasından kaynaklı bu çalışmadaki saldırganlık obsesyon türüne sahip bireylerin psikotik ya da sınır durum yapı eğiliminde olduğu öngörülebilir.

Kirlenme obsesyon türüne sahip bireylerin primitif savunmalar ve gerçeklik testi alt boyutlarıyla bağlantısı bulunmaktadır. Bu obsesyona sahip bireylerin primitif savunmalarının ortalaması, standart sapmaya göre belirlenen çalışmanın PS genel ortalamasının düşük ve yüksek düzeylerin arasında olduğu tespit edilmiştir. Aynı obsesyon türünün gerçeklik testi ortalamasının, çalışmanın GT ortalamasının alt ve üst düzeyinin arasında olduğu saptanmıştır. Ancak kirlenme obsesyonuna sahip bireylerin kimlik dağınıklığı boyutuyla ilgili bulgu tespit edilememesinden kaynaklı bu obsesyona sahip bireyler hakkında kişilik yapısı hakkında yorumlama yapılamamaktadır. Kişilik yapısı değerlendirilirken dikkate alınması gereken üç(3) faktörün olmaması ve envanterin bu üç faktörden oluşturulmasından dolayıdır. Primitif savunmalar, kirlenme obsesyonu negatif yönde yordamaktadır. Negatif yöndeki ilişki göz önüne alınarak yüksek primitif savunmalar sahip katılımcıların kirlenme obsesyonun var olmama olasılığı öngörülebilir. Ancak literatürde bu çıkarımı destekleyen bir çalışma bulunmamıştır.

Kernberg kişilik organizasyonlarını tasarlarırken üç faktörü baz almıştır. Bunlar primitif veya olgun savunma mekanizmalarının kullanımı, kimlik bütünlüğünün sağlanabilmesi ya da kimlik dağınıklığı/karmaşası ve gerçekliği değerlendirme kapasitesinin yeterliğini göre üç kişilik şeması oluşturmuştur. Bu şema nevrotik, psikotik ve sınır durum kişilik kategorisinden oluşmaktadır. KOREN değerlendirmesinde primitif savunmaları, kimlik difüzyonu ve gerçeklik testi değerlendirmesinde belirlenen alt sınır

ortalamasında veya daha düşük puana sahip bireylerin daha sağlıklı ve matur grup olan nevrotik yapı özelliklerini göstermeye daha eğilimlidirler. Nevrotik yapıya yakın bireyler, değerlerine ve düşüncelerine bağlılık gösterir, bu değer ve düşüncelerle içselleşmenin ve bütünleşmenin yansıtımları görülür ve antisosyal hareket veya eylemleri yoktur (Tardivo, 2023). Nevrotik yapıdaki bireyler bastırma savunma mekanizmasını ağırlıklı kullanırlar (McWilliams, 2013). Alt boyutlarının skorlarının ortalaması belirlenen üst sınır puana eşit veya daha yüksek puan alan bireyler kişilik spektrumun psikotik tarafına daha meyillidirler. Üç boyutun puanlarının yüksek olması ve nispeten gerçeklik testindeki artış daha önemlidir. Yaşamında yoğun olarak immatur savunmaları kullanan, kimlik karmaşıklığını yoğun düzeyde deneyimleyen ve gerçekliği değerlendirmesinde ağır bozulmaları içeren veya tamamen bozulmanın söz konusu olduğu en sağlıksız grup psikotik özellikler gösteren gruptur. Psikotik yapıda, süperego ve ego bütünlüğünde dağınıklar ve ilkel obje sunumlarında defektler mevcuttur (Tardivo, 2023). Gerçek ve gerçekdışının ayırımını yapabilmek psikotik grup için oldukça zorlayıcıdır ve süregelen bir zihin karışıklığı bulunmaktadır. Yoğun olarak bölme mekanizmasını kullanmaktadırlar.

Obsesyon türleri ile çocukluk çağı olumsuz yaşantıları incelendiğinde; biriktirme obsesyonuna sahip katılımcıların çocukluk dönemi olumsuz yaşantıları vardır. Çalışmanın bulgularına göre diğer obsesyon türleri ile olumsuz yaşantılar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar, bireyin bakım ve korunmaya ihtiyaç duyduğu dönemlerde doğrudan ya da dolaylı olarak maruz kaldığı ihmal ve istismarın her boyutunu içeren travmatik deneyimlerdir. Bu deneyimler, kişinin nörobiyolojik yapısında değişikliklere ve yetişkinlik döneminde psikiyatrik hastalıkların meydana gelme ihtimalini artışa neden olabilmektedir (Demirci, 2016). Çocukluk çağında biriktirilen olumsuz anıların, maddi ve manevi önemi olmayan ancak çağrışımsal olarak anlam yüklenen olay ve nesnelerin yaşamın ilerleyen dönemlerinde kaybetme korkusuyla sürdürülmeye devam edildiği düşünülmektedir. Çocukluk döneminde yaşanan travmatik olaylara karşı anksiyeteyi azaltmak, kontrolü ve tümgüçlülüğü yeniden kazanmak için gerçekleştirilmektedir. Travmatik yaşam olaylarının sayısı arttıkça OKB semptom şiddeti de artmaktadır (Cromer, 2006).

Cromer ve arkadaşlarının 265 OKB hastasının katılımıyla yürütülen çalışmada travmatik yaşam olayları ile OKB arasında oldukça güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. Katılımcıların % 54'ü yaşamları boyunca en az bir tane travmatik yaşam olayı deneyimlemişlerdir. Cromer'in bulgularına göre saplantılı düşünce ve simetri obsesyonları negatif yaşam olayları ile pozitif yönlü bir ilişki gösterirken biriktirme ve kirlenme boyutları için bir ilişki tespit edilmemiştir. Olumsuz yaşam olaylarının saplantılı düşünce/kontrol etme ve simetri/sıralama obsesyon-kompulsif semptomları, biriktirme veya bulaşma/temizleme semptomlarına göre daha güçlü korelasyon sağlayan yapılardır. Hasler'in çalışmasında saplantılı düşünce/kontrol etme ve simetri/sıralama belirtilerini komorbidite ışığında açıklamaktadır (Akt. Cromer ve ark. 2007). Tolin ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında saf biriktirme obsesyona sahip tedavi arayışındaki bireylerin, diğer obsesyon türlerine sahip bireylere göre en az bir tane olumsuz yaşam olayı bildirmiştir (Akt. Tolin ve ark., 2010). Biriktirme davranışını gerçekleştiren kişiler ebeveynlerinin psikiyatrik öyküsünün bulunduğunu, eve zorla girilme/haneyeye tecavüz ve aşırı fiziksel disipline maruz kaldıklarını aktarmışlardır (Samuels ve ark., 2008).

OKB ve çocukluk çağı negatif deneyimler üzerine yapılan çalışmalarda ilişkilerinin doğrudan ve dolaylı yoldan bağlantısı olduğunu gösteren sonuçlar ortaya

çıkıştır. Ayrıca, aradaki ilişkinin olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur. OKB semptomları ve çocuk travmasının ilişkisi çalışan araştırmacılar, direkt bir ilişki bulamazken aleksitimi ve bağlanma türleri aracılığıyla dolaylı bir ilişki olduğunu sonucuna varmışlardır. (Carpenter & Cheung Chung, 2011). Lochner ve arkadaşlarının yürüttükleri OKB, saç yolma bozukluğu ve çocukluk dönemi örselenme çalışmanın sonuçlarına göre tanılı kadın grubu ve sağlıklı grup karşılaştırılmasında OKB ve erken yaş örselenmeleri arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Belirgin olarak çocukluk döneminde duygusal ihmale maruz kalan grup ile kalmayan grubunda travma ölçek puanları arasında fark bulunmaktadır. Çalışmada, OKB ve trikotillomanin görülme ihtimali artıran farklı değişkenler olmasına rağmen çocukluk dönemi olumsuzlukları dikkat çekici şekilde etkisini olduğunu savunulmuştur (Lochner ve ark., 2002).

Çalışmayı özetlemek gerekirse araştırmanın varsayımları istatistiksel olarak anlamlı yeni sonuçlara ulaşmaya sağlamıştır. Literatürde kişilik örgütlenmesi ve obsesif kompulsif bozukluğu inceleyen nadir çalışma bulunurken obsesyon türleri ile kişilik yapılanmasını dikkate alan sınırlı çalışma bulunmaktadır. Bu sebeple kişilik organizasyonları ile obsesyonlar arasındaki ilişkilerin detaylı şekilde inceleyen daha fazla çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.



## BÖLÜM VI

### SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada OKB tanılı bireylerin obsesyon türleri ile psikodinamik kişilik yapıları ve çocukluk dönemi olumsuz yaşantıları arasındaki ilişkiyi incelemek hedeflenmiştir. Çalışmanın bulgularına göre, obsesyon türleri ile cinsiyet grupları arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Eğitimi seviyesi yükseldikçe gerçekliği değerlendirme düzeyi artmaktadır. Dini obsesyon ile eğitim seviyesi arasında ters yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Eş tanı, aile üyelerinde psikiyatri geçmişi, tedavi süresi ve tedavi türü ile psikodinamik kişilik alt boyutları olan primitif savunmalar, kimlik dağınıklığı ve gerçeklik testi arasında bir ilişki yoktur.

Saldırganlık obsesyonu ile primitif savunmalar, kimlik karmaşıklığı ve gerçeklik testi arasında fark bulunmaktadır. Kirlenme obsesyonu ile primitif savunmalar ve gerçeklik testi arasında fark bulunmaktayken kimlik dağınıklığı boyutunda fark yoktur. Bu obsesyon türü ile katılımcının yaşı arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Kirlenme obsesyon türü ile saldırganlık, cinsel ve dini obsesyon türleriyle negatif yönde orta düzey anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca kirlenme obsesyonu ile simetri obsesyonu arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki görülmektedir. Biriktirme obsesyonları sahip bireyler ile çocukluk dönemi olumsuz yaşantıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Diğer obsesyon alt türleri ile primitif savunmalar, kimlik karmaşıklığı, gerçeklik testi ve çocukluk dönemi olumsuz deneyimleri açısından anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Araştırmanın varsayımları kısmi olarak desteklenmiştir.

Çalışmayı başta örneklem grubu arttırarak, cinsiyet dengesizliğini minimal seviyeye çekerek, sosyodemografiklerin çeşitliliğini sağlamak amacıyla karma bir topluluktan katılımcıları seçerek, tedavi süresinin uzun yıllardır devam eden hastaların çalışmaya nasıl etkilediğini tespit ederek ve öz bildirime dayalı olmayan bir araştırma yöntemi belirlenerek yeniden yürütülmesi önerilmektedir.

**KAYNAKÇA****Kitaplar**

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, Text Revision (264-272)*. Washington. DC.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı (Beşinci Baskı, 129 –140)*. Hekimler Yayın Birliği. Ankara.
- Beck, A. T., Emery. G., and Greenburg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Blatt, SJ. (1995). Representational structures in psychopathology. In Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Emotion, Cognition, and Representation (Eds D Cicchetti, S. L. Toth):1-33. Rochester, NY, University of Rochester Press,
- Carey, G. G. II (1981). Twin and family studies of anxiety. phobia. and obsessivecompulsive disorder (117-136). In: Klein D. Rabkin J. eds. *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York. NY:Raven Press.
- Charley, DS. (2007). *Anksiyete Bozuklukları*. Sadock BJ. Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock's *Compherensive Textbook of Psychiatry. Volum II. (8th ed., 1718-1800.)* (çev.ed. H Aydın. A Bozkurt). Güneş Kitabevi. Ankara.
- Clark, D. M. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York: The Guilt Press. Clark. D. M. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York: The Guilt Press.
- Diguer, L., Hebert, E., Gamache, D., Laverdiere O., Daoust JP., & Pelletier S. (2006). *Personality Organization Diagnostic Form. II: Manual for Scoring*. Canada: Universite Laval. Quebec.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W.W. Norton & Company.
- Ferenczi, S. (1913): *Stages of the Development of the Sense of Reality* In: *First Contribution to Psycho-Analysis* Hogarth Press London.
- Ferenczi, S. (1921). *The Further Development of an Active Therapy in Psycho-Analysis*. In: *Further Contributions of the Theory and Technique of Psycho-Analysis*. Routledge London. ISBN 0429900015. 9780429900013.
- Freud, A. (1997). *Obsessional neurosis: A summary of psychoanalytic views as presented at the congress*. Stein DJ., Stone M. *Essential Papers on Obsessive Compulsive Disorder*. (100-112). New York University Press;
- Freud, S. (1926). *Inhibitions symptoms and anxiety*. SE 20. Freud Standard Edition. p. 77-175. ISBN 0701200677. 9780701200671.
- Geçtan, E. (1997). *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar*. İstanbul: Remzi Kitabevi
- Karamustafalıoğlu, OK., Üçışık, AM., ve Ulusoy, M. (1993). *Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması*.

29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Savaş Ofset. Bursa.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Aronson. New York.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven & London: Yale Universities Press.
- Kernberg, O. F. (1995). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson
- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In Lenzenweger MF, Clarkin. JF (Eds.). *Major theories of personality disorders* (106-140). New York: The Guilford Press.
- Klein, M. (1932). *The Psychoanalysis of Children*. Hogarth.
- Kindler, S., Kaplan, Z., & Zohar, J. (1993). Symptoms in Schizophrenia. Obsessive-Compulsive Related Disorders s.203-214. E Hollander (Ed), Washington DC. American Psychiatric Press,
- Köklü, N., Büyüköztürk, Ş., ve Coklu, Ö. (2006) *Sosyal Bilimler İçin İstatistik*. PegemA Yayınları, Ankara.
- Laplanche, J. and Pontalis, JB. (1973) *The Language of Psychoanalysis*. London. W.W. Norton & Company.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis Understanding Personality Structure in the Clinical Process* (2nd ed.). New York. London: The Guilford Press.
- Öztürk, O. & Uluşahin A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (Yenilenmiş 11. Baskı, cilt-1). Nobel Tıp Kitabevleri Ltd.
- Salzman, L. (1985). *Treatment of the Obsessive Personality*. Aronson. New York.
- Salzman, L. (1980). *Treatment of the obsessive personality*. Jason Aronson. New York.
- Stahl, SM. (2003). *Temel Psikofarmaokoloji: Nörobilimsel Temeli ve Pratik Uygulamalar*. Taneli B. Taneli Y (çev. ed.). (335-345). Yelkovan Yayıncılık. İstanbul.
- Şahin, AR. (2007). *Obsesif-Kompulsif Bozukluk*. Psikiyatri Temel Kitabında (2. Baskı. 343-352). Hekimler Yayın Birliği.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2014). *Using multivariate statistics* (New International Ed.). Harlow, Pearson.
- Tükel, R., Demet, M. M. ve Topçuoğlu, V. (2006). *Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Anksiyete bozuklukları içinde* (277-278). Türk Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara.
- Willick, MS. (1995). *Defenses. Psychoanalysis: The Major Concepts*. Pres; (485-493). New Haven and London: Yale University.

**Makaleler**

- Aksoy, A. & Ögel K. (2003). Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4:226-36.
- Altınöz, E. & Aslan, S.(2010). İçgörü Kavramı ve Şizofreni. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar (RCHP)*, 2010; 4(1-2):23-32.
- Aktay, M. (2020). İstismar ve İhmalin Çocuk Üzerindeki Etkileri ve Tedavisi. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 1(2), 169-184 .
- Aouizerate, B. Guehl, D. Cuny, E. Rougier, A. Bioulac, B. Tignol, J. et al.(2004). Pathophysiology of obsessive–compulsive disorder: a necessary link between phenomenology. neuropsychology. imagery and physiology. *Progress in neurobiology*. 72(3):195-221.
- Aoyama, K., Sang, W. S., Hamby, A. M., Liu, J., Wai, Y. C., Chen, Y. et al. (2006). Neuronal glutathione deficiency and age-dependent neurodegeneration in the EAAC1 deficient mouse. *National Neuroscience* 108(3), 227- 238.
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 55:18–23.
- Barrigón, ML., Diaz, FJ., Gurpegui, M., Ferrin, M., Salcedo, MD., Moreno-Granados, J., Cervilla, JA. and Ruiz-Veguilla, M. (2015). Childhood trauma as a risk factor for psychosis: A sib-pair study. *Journal of Psychiatry Research*, 70:130-6.
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif -Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1:25-32.
- Becker, J. V., Alpert, J.L., Bigfoot, D.S., Bonner, B.L., Geddie, L.F., Henggeler, S.W., Kaufman, K.L. and Walker, C.E. (1995). Empirical research on child abuse treatment: Report by the child abuse and neglect treatment working group, American psychological association. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 23-46.
- Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Sağlam, M., Ağargün, M. Y., Aşkin, R. ve Çilli, A. S. (2007). Otojen ve reaktif obsesyonlara sahip obsesif kompulsif hastalarda psikofarmakolojik tedaviye yanıt. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. Psychopharmacology*, 17(1). 1–8.
- Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A. & Bousoño. M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessivecompulsive disorder. *European Psychiatry*, 16(4). 239-245.
- Brown, T. A., Chorpita., B F., Lehman, C. L., Grisham, J. R. & Mancil, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect. positive affect. and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Bulut, S., Fıstıkçı, N. Ve Topçuoğlu V. (2014). İçgörüsü Az Olan Obsesif-Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2):126-141. doi:10.5455/cap.20130816032746

- Carpenter, L. & Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 84(4), 367-388. doi:10.1111/j.2044- 8341.2010.02003.x
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81. 311-318.
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201/12 - p 1007-1020 doi: 10.1097/NMD.0000000000000049
- Chakrabarty, K., Bhattacharyya, S., Christopher, R., & Khanna, S. (2005). Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*, 30(9). 1735-1740.
- Chen, YW. and Dilsaver C. (1995). Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Researches*, 59:57–64.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg. O. F. (2006). Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations. *The American Journal of Psychiatry*, 38, 163:5.
- Cromer Kiara, R., Schmidt Norman B. & Murphy Dennis L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive – compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7): 1683 - 1691
- Csigó, K., (2021). Obsessive position: the new psychoanalytic approach of obsessive-compulsive disorder. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01893-3>
- Cilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., & Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 367-374.
- Coles, M.E., Pinto, A., Mancebo, M.C., Rasmussen, S.A. and Eisen, J.L. (2008). OCD with comorbid OCPD: A subtype of OCD ? *Journal of Psychiatric Research*, 42 , 289–296.
- Demet, M. M., (2005). Obsesif-kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15. 45-52.
- Demirci, K. (2016). Çocukluk çağı travmaları ve obsesif kompulsif belirtilerin ilişkisinin incelenmesi. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 7 - 13.
- Dereboy, Ç., Demirkapi, E. Ş., Şakiroğlu, M., & Öztürk, C. Ş. (2018). The relationship between childhood traumas, identity development, difficulties in emotion regulation and psychopathology. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(4), 147–156.
- Eisen JL, Rasmussen SA. (1993). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry*, 54(10):373-379.

- Evren, C. & Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 30-37.
- Gamache, D., Laverdiere, O., Diguier, L., Hebert, E., Larochell, S., Descoteaux, J. (2009) The Personality Organization Diagnostic Form Development of a Revised Version. *J Nerv Ment Dis*, 197:368–377.
- Gershuny, B.S., Baer, L., Parker, H., Gentes, E. L., Jenike, M. A. (2008) Trauma and posttraumatic stres disorder intreatment – resistant obsessive – compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 25 (1): 69 – 71.
- Goodman, W. K., Price, L. H., & Rasmussen, S. A. (1989). The Yale-Brown ObsessiveCompulsive Scale. I: Development. use. and reliability. *Archieves of General Psychiatry*, 46. 1006-1011.
- Green, B.L. (1994), Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic. Stress*, 7: 341-362.
- Gündüz, A., Yaşar, A. B., Gündoğmuş, I., Savran, C., & Konuk, E. (2018). Çocukluk 50 çağı olumsuz yaşantılar ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 19(Special issue.1). 68–75. <http://doi: 10.5455/apd.294158>
- Giynas, FE., Kazan Kızılkurt, Ö., Yazıcı Güleç, M., & Güleç, H. (2019). İçgörüsü olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk hastalarında kişilik örgütlenmesi. *Çukurova Med J*, 44(1):18. doi: 10.17826/cumj.447337.
- Giynas, FE., Kazan Kızılkurt, Ö., Yazıcı Güleç, M., Yılmaz, Y., Çıtak, S. & Güleç, H. (2019). Personality organization in patients with obsessive-compulsive disorder and its relationship with functionality. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 20(1):38-46. doi: 10.5455/apd.300344.
- Insel, TR. & Akiskal, HS. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A Phenomenologic Analysis. *Am J Psychiatry*, 143:1527-1533.
- Kaur, N. & Stein, MB. (2008). Childhood trauma and obsessive compulsive symptoms. *Depression Anxiety*, 25:742-51.
- Katerberg H, Lochner C, Cath DC, de Jonge P, Bochdanovits Z, Moolman-Smook JC, Hemmings SM, Carey PD, Stein DJ, Sondervan D, Boer JA, van Balkom AJ, Polman A, Heutink P. (2009). The role of the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) val66met variant in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*.150B(8):1050-62
- Kempke, S. and Luyten, P. (2007). Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: is it time to work through our ambivalence?. *Bulletin of the Menninger Clinical*, 71(4). 291–311. <https://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.4.291>
- Klein, M. (1929). Personification in the play of children. *International Journal of Psychoanalysis*, 10. 193–204.
- Kocakula, Ö. ve Altunoğlu, A. E. (2018). Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğunun Karar Süreçlerine Etkisi. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, Vol. 1, pp. 114–131.

- Korkmaz, S. (2020). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Travmatik Yaşantılar. *Dicle Tıp Dergisi* . 47 (4) . 903-910. doi: 10.5798/dicletip.850486.
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B. S., Cohen, D. J., Rasmussen, S. A., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 154(7). 911–917. doi.org/10.1176/ajp.154.7.911
- Lee, H. J. & Kwon, S.-M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. 41(1). 11–29. doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00101-2
- Leib, P.T. (2001). Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive compulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry*, 21:222-242.
- Lensi, P., Cassano, GB., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, JL. & Akiskal, HS. (1996). Obsessive-compulsive disorder: familial developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*, 169:101-107.
- Leonard, HL., Swedo, SE., Rapoport, JL., Koby, EV., Lenane, MC., Cheslow, DL., et al (1989). Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. A double-blind crossover comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 46(12):1088-92.
- Lochner, C., Du Toit, PL., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., Niehaus, DJ., & Stein, DJ. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder. trichotillomania. and controls. *Depression and Anxiety*, 15. 66-68.
- Lochner, C., & Stein, D. J. (2003). Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: A literature review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(3). 113–132. <https://doi.org/10.1080/10673220303949>
- Mallinger, A. (1984). The obsessive myth of control. *J Am Acad Psychoanal*, 12:147-165.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., ... & Jenike, M. A. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159(2). 263-268.
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 162(2). 228–238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>.
- Matthews, CA., Kaur, N., & Stein, MB. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety*, 25:742-51.
- Mathis, M., Alvarenga, P., Funaro, G., Torresan, R.C., Moraes, I., Torres, A.R., Zilberman, M.L. and Hounie, A.G.( 2011). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(4).

- McFall, M. E., & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive–compulsive neurosis: a cognitivebehavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333–348.
- Özerdem, A. (1998). Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 2:98-102.
- Öznur, T. ve Erdem, M. (2013). Analizden nörobiyolojiye obsesif kompulsif bozukluk. *Anatol J Clin Investig*, 7(3):191-199.
- Pauls, DL., Raymond, CL., & Stevenson, JM. (1991). A family study of Gilles de la Tourette Syndrome. *Am J Hum Genet*, 48(1):154-163.
- Pauls, DL., Towbin, KE., Leckman, JF., Zahner, GE., Cohen, DJ. (1986). Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. Evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 1180-1182.
- Pauls, DL. (1992). The genetics of obsessive compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Psychiatr Clin North Am*, 15(4), 759-66.
- Pitman R. K. (1987). Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903): Review and commentary. *Archives of general psychiatry*, 44(3), 226–232. doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800150032005
- Pittenger, C., Bloch, M.H. & Williams, K. (2011). Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: *Neurobiology. pathophysiology. and treatment. Pharmacol Therapy*, 132(3), 314-332.
- Rachman, S. J. (1997). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 793-802.
- Rasmussen, S. & Eisen, J. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Ann.*, 19(2):67–73.
- Rauch, S. L., Dougherty, D. D., Malone, D., Rezai, A., Friehs, G., Fischman, A. J. (2006). A functional neuroimaging investigation of deep brain stimulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Neurosurg*, 104, 558-565.
- Richter, PMA. & Ramos, RT. (2018). Obsessive-compulsive disorder. *Continuum*, 24,828–44.
- Rosenberg, DR., Keshavan, MS., & Bennett, A.E. (1998). Research Award. Toward a neurodevelopmental model of of obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, 43:623-640.
- Rosse, RB., McCarthy, MF., & Alim, TN., Deutsch SI. (1994). Saccadic distractibility in cocaine dependent patients: a preliminary laboratory exploration of the cocaine-OCD hypothesis. *Drug Alcohol Dependency*, 35, 25-30.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.



- Samuels, JF. Bienvenu, OJ. .... Grados, MA. (2008). Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 46:836–844.
- Solyom, L., Dinicola, VF., & Phil M (1985) Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry*, 30(5):372-380.
- Stein, DJ. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 360(9330):397-405.
- Stein, MB., Walker, JR., Anderson, G., Hazen, AL., Ross. CA., Eldridge. G., & Folde, DR. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 2, 275-277.
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M., Richter, M. A., & Swinson, R. P. (2004). The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 42(12), 1453–1467. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.09.006>
- Swedo, SE., Rapoport, JL., & Cheslow, DL. (1989). Increased incidence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's Chorea. *Am J Psychiatry*, 146:246-249.
- Taner, Y. & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 35:82-86.
- Tardivo, L. S. P. C. (2023). The borderline personality structure in adolescents - a clinical case report. *Seven Editora*, 860–881. Retrieved from <http://sevenpublicacoes.com.br/index.php/editora/article/view/260>.
- Tolin, D. F., Meunier, S. A., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. *Depression and Anxiety*, 27(9), 829–838. <https://doi.org/10.1002/da.20684>
- Thoren, P. Asberg, M., Bertilsson, L., Mellstrom, B., Sjoqvist, F., & Traskman L (1980). Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. II. Biochemical aspects. *Arch Gen Psychiatry*, 37(11), 1289-94.
- Topçuoğlu, V. (2003). Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri*. 6;46-50.
- Toptaş, B. (2019). Kuramsal çerçeveden OKB. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 3, 94-109.
- Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., Valderhaug, R., Weidle, B. ... & Wentzel-Larsen, T. (2015). Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: Acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behaviour Research and Therapy*, 64. 15-23.
- Tukel, R., Polat, A., Ozdemir, O., Aksut, D., & Turksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compassion Psychiatry*, 43(3):204-9.

- Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O., & Atlı, H. (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5):362-6.
- Türkbay, T., Doruk, A., Erman, H., & Söhmen, T. (2000). Obsesif kompulsif bozukluğun belirti dağılımının ve komorbiditesinin çocuk ve ergenler ile erişkinler arasında karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3, 86-91.
- Vatan, S. (2015). Bağlanma ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkide obsesif inançların aracı rolünün incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(3):155-163.
- Yorulmaz, O., Gencöz, T., & Woody, S. (2009). OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. *Journal of Anxiety Disorders*, 23,401– 406.
- Westenberg, HGM., Fineberg, NA., & Denys, D. (2007). Neurobiology of obsessive compulsive disorder: Serotonin and beyond. *CNS Spectrum*, 12:2(Suppl 3):14-27.
- Willour, VL., Yao, Shugart, Y., Samuels, J., Grados, M., Cullen, B. Bienvenu OJ 3rd., Wang, Y., Liang, KY., Valle, D., Hoehn-Saric, R., Riddle, M., & Nestadt, G. (2004). Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessivecompulsive disorder. *Am J Hum Genet*, 75:508-513.
- Zhou, T., Baytunca, B., Yu, X., & Ongür, D. (2016). Schizo-obsessive disorder: the epidemiology. diagnosis. and treatment of comorbid schizophrenia and OCD. *Curr Treat Options Psychiatry*, 3, 235-245.

### Tezler

- Cankara, A. K. (2020). *Üniversite öğrencilerinde obsesif kompulsif belirtilerin tür, sıklık ve dağılımının sosyodemografik değişkenler ve kaygı düzeyi ile ilişkisinin incelenmesi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi] İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Greenberg, J. & Mitchell. S.A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Harvard University Press.
- Günaydın, S. A. E. (2021). *Obsesif kompulsif tanısı olan ergenlerde ebeveyn-çocuk metakognisyonlarının hastalık şiddeti, komorbidite ve psikolojik sağlamlık ile ilişkisi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi].Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Kandaz, YE. (2009). *Okb tanısı almış psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları sıklığı*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi]. Kocaeli Üniversitesi
- Özer, S. (2015). *Obsesif kompulsif bozukluk hastalarının obsesyon alt tiplerinin çocukluk travmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. [Yayımlanmış yüksek lisans tezi] Üsküdar Üniversitesi.
- Zıblak, A. (2019). *Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde transkraniyal manyetik stimülasyonun etkinliği* [Yayımlanmış uzmanlık tezi]. Pamukkale Üniversitesi.

### Bildiriler

- Kılıç, C. (1998). *Türkiye ruh sağlığı profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları*

[Sözlü Sunum]. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara, Türkiye.

**EK 1- BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (BOF)**

Değerli katılımcı,

Öncelikle çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederim.

*'Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Obsesyon Türleri ile Psikodinamik Kişilik Organizasyonu ve Travmatik Yaşantı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi'* konulu yüksek lisans tez çalışması Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji lisansüstü programı öğrencisi Psikolog Esmenur Avan tarafından Prof. Dr. Mehmet Yumru danışmanlığında yürütülmektedir. Bu çalışmanın yürütülebilmesi için Antalya Bilim Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan ve çalışmanın veri toplama aşaması için Antalya Terapi Tıp Merkezi'nden izin alınmıştır.

Bu çalışmanın amacı, DSM-5'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış kişilerin psikodinamik kişilik örgütlenmeleri ve çocukluk travmatik yaşantılarının var olup olmasının obsesyon türlerinin çeşitlenmesindeki rolleri incelenecektir.

Çalışmanın tamamı yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Çalışmaya katılımınız dahilinde size doldurmanız için üç (3) ayrı ölçek verilecektir. İki (2) ölçek bireysel olarak tamamlanacak ve kalan bir (1) ölçek psikolog eşliğinde doldurulacaktır. Her ölçeğin başında yer alan yönergeleri dikkatle okuyup yönergeye uygun bir şekilde maddeleri cevaplandırmanız çalışmanın bilimselliği için önemlidir. Ölçeklerde size yöneltilen soruların doğru veya yanlış cevapları yoktur. Cevaplarınız gizli tutulacak olup sadece araştırmacı tarafından bu çalışmada kullanılacaktır.

Araştırma sırasında sizden isminiz/soyadınız ya da sizi tanımlayacak bilgiler istenmeyecektir. Doldurulmanız istenilen demografik bilgiler formunda sizi tanımlayıcı bilgiler bulunmamaktadır. Katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı reddetmekte veya yarıda bırakmakta özgürsünüz. Bu durumda katılımcının herhangi bir sorumluluğu yoktur. Araştırmanın sonuçları yüksek lisans tezi için kullanılacaktır. Çalışmayla ilgili sorularınızı araştırmacıya sorabilirsiniz.

Katılmayı kabul ettiğiniz ve bilime katkı sağladığınız için teşekkür ederim.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Katılımcı İmza:

Bu çalışma ile ilgili bilgileri katılımcıya açıkladım ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacı İmza:

**EK 2- SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (SVF)**

1. Cinsiyet: Kadın Erkek
2. Yaş:
3. Medeni durum: Evli Bekar
4. Meslek:
5. Eğitim Durumu: Okur-yazar değil Okur yazar İlkokul  
Ortaokul Lise Önlisans  
Lisans Lisansüstü
6. Gelir Durumu: 0 - 4000 TL 4000 – 8000 TL 8000 – 12000 TL  
12000 TL ve üstü
7. Kardeş Sayısı; Kaçınca Çocuk:
8. Geçmiş yaşamınızda bir kayıp yaşadınız mı?(Anne/Baba/Kardeş vb.)
9. Psikiyatriye başvuru sebebiniz/leriniz ?
10. Mental Rahatsızlığınız var mı / nedir ? Eşlik eden / tanı almış başka bir rahatsızlığınız var mı?
11. Fiziksel/Bedensel bir rahatsızlığınız var mı ?
12. Ne zaman / kaç yaşınızda tanı koyuldu ?
13. Ne zaman / Ne kadar süredir Psikofarmakolojik tedavi / psikoterapi tedavisi aldınız ?
14. Ailenizde / yakın akrabalarınızda mental rahatsızlık tanısı almış kişi/ler var mı ?Varsa, Yakınlık durumu / tanısı nedir ?

### EK 3- KİŞİLİK ORGANİZASYONLARI ENVANTERİ – KOREN (IPO-TR)

**Yönerge:** Bu envantere insanların hayatları boyunca sergilediği çeşitli tutum, duygu ve davranışlar ile ilgili ifadeler vardır. Lütfen aşağıdaki tüm yönergeleri dikkatle okuyun ve size uygun şekilde tamamlayın. Bu envanteri tamamlamak için uzman olmanız gerekmemektedir. Bu envanter, her bir soruyu olabildiğince dürüstçe ve içtenlikle yanıtlarsanız amacına ulaşacaktır.

Tutum, duygu ve davranışlarınızla ilgili olabildiğince açık şekilde bilgi verin lütfen. Kendinize ve deneyimlerinizi düşünürken sadece alkol ya da ilaç etkisi altında sergilemiş olabileceğiniz tutum, duygu ya da davranışları dikkate almayın.

1	2	3	4	5
Doğru Değil	Nadiren Doğru	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru

1. İnsanları üzen şeyler yaptığımı; ancak bunların insanları neden üzdüğünü anlayamadığımı fark ederim.
2. Bir şeyi sadece gerçek olarak algılamayı mı istiyorum yoksa o şey sahiden gerçek mi söyleyemem
3. Kaygılıyken ya da aklım karışık olduğunda, dış dünyadaki şeyler de bana anlamsız gelir.
4. Çevremdeki her şey belirsizleştiyse ve karıştıysa iç dünyam da belirsiz ve karışık bir hal alır.
5. Yakın bir ilişki içindeyken benlik duygumu yitirmekten korkarım.
6. İnsanlar beni başarılı bulduğunda çok mutlu, başarısız bulduğunda ise mahvolmuş hissederim.
7. Sıcakkanlı ve fedakâr olmak ile soğuk ve ilgisiz biri olmak arasında gidip gelirim.
8. İşte ya da okuldaki halime kıyasla evde daha farklı bir kişiymişim gibi hissederim.
9. İnsanlar hayran olduğum kişilerin eksik yönlerini görmekte zorluk çektiğimi söyler.
10. Duyduğum bir sesin ya da gördüğüm bir şeyin hayal dünyamın ürünü olup olmadığından emin olamam.
11. Her nasılsa insanlarla ilişkilerimi nasıl yürüteceğimi asla tam olarak bilemem.
12. Benim için önemli olan insanların benimle ilgili duygu ve düşünceleri aniden değişecek diye korkarım.
13. İnsanlar bana o kadar çok ihanet eder ve düşman olur ki insanlara güvenmekte zorluk çekerim.
14. Bir hevesle hobiler ve ilgi alanlarına yönelip sonra onlardan kolaylıkla vazgeçerim.
15. İnsanlar bana ya sevgiye boğarak ya da terk ederek karşılık verme eğilimindedir.
16. Kendimi farklı zamanlarda tamamen farklı huyları olabilen bir insan olarak görüyorum.

17. Mantıklı bir açıklaması olmayan şeyler duyduğum veya gördüğüm olur.
18. Bazı fiziksel duyular bedenimde gerçekten var mı yoksa hayal ürünü mü söyleyemem.
19. Yanıldığım sonradan ortaya çıksa bile, insanlara taparcasına hayranlık duymaya devam ederim.
20. Bir şeyi sadece gerçek olarak algılamayı mı istiyorum yoksa o şey sahiden gerçek mi söyleyemem.
21. Gerçekte var olmayan şeyleri gördüğüm olur.
22. Güvende hissedebilmem için birisine hayranlık duymam gerekir.
23. Beni iyi tanıyan kişiler bile nasıl davranacağımı tahmin edemez.
24. Beni çok iyi tanıyan insanlar da dahil olmak üzere, insanların benimle ilgili düşüncelerinden emin olmam zordur.
25. Hiç kimsenin göremeyeceği ya da duyamayacağı şeyleri görebilirim ya da duyabilirim.
26. Kendimi, neredeyse bir başkasıymışım, tanıdığım (arkadaş, akraba gibi) hatta tanımadığım birisiymişim gibi hissederim.
27. Hiç kimsenin anlayamayacağı ya da bilemeyeceği şeyleri anlarım ya da bilirim.
28. Davranışlarımdaki değişimlere bir anlam veremem.
29. Başkalarının gerçekte var olmadığını iddia ettiği şeylerin seslerini duyduğum olur.
30. Duygularımı aşırı uçlarda ya çok mutlu olarak ya da derin bir kederle yaşama eğilimindeyim.
31. Gördüğüm şeylerin, onlara yakından baktığımda başka şeylere dönüştüklerini düşünürüm.

## **EK 4- YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS-TR)**

### **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 durum4: 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 semptomlarla birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç



- 1: hafif. ara sıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan  
 2: Orta derecede. sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen baş edilebilir durumdaolan  
 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 kovmaya 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 semptomlaro kadar azdır ki bir çaba harcama 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 DERECESESİ**

Soru : Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolunuz 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 törenselleştirilmiş 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 birliktedeğerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerde 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 kezveya (5x20) 100 kez değil. 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Birçok 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 keredenfazla 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 baş edilebilir durumda olduğunu belirtir veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen baş edebildiğini belirtir.
- 3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artış.
- 4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlardave iş göremez duruma getiren artış veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

### **9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME**

Soru : Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadecebu 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 veyasemptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama 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. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECEŚİ**

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 geciktirebiliyor.

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

### **Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ**

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları “P” ile işaretleyiniz. (Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların. basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. “\*” ile işaretlenen semptomlar 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 bir şey yapmaktan korkma\*

İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin. arkadaşımı yaralama)

Çalacağından korkma

Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin. çarpma/kaçmamotorlu 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 ensest 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 (örneğin. eşyaların yerinde olmaması halindeannesinin başına kaza geleceğini )

Doğüstü düşünceler olmadan

### **-DİĞER OBSESYONLAR**

Bilme veya hatırlama ihtiyacı

Belirli şeyleri söyleme korkusu

Doğru şeyi söylememe korkusu

Bir şeyler 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\*

Vücutun 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 -  
KOMPULSİYONLARIBİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI**

[Hobiler. maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır. (örneğin. ski 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 kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları\*

Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma(kontrol etme değil)

Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları \*

Diğer

**EK 5- ÇOCUKLUK ÇAĞI OLUMSUZ YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ÇÇOYÖ)**

**YÖNERGE:** Siz büyütken, hayatınızın ilk 18 yılında;

1-Bir ebeveyniniz ya da ev halkından yetişkin biri **sıklıkla ya da çok sıklıkla...**

Size **küfür** etti mi. sizi **hor gördü mü**. size **aşağıladı** mı ya da sizi **küçümsedi mi**?  
Ya da

Sizi **fiziksel** anlamda **incitecek** bir şekilde davranıp sizi **korkuttu mu**?

Bir tane dahi varsa işaretleyin **Evet**

2-Bir ebeveyniniz ya da ev halkından yetişkin biri **sıklıkla ya da çok sıklıkla...**

Sizi **itip tartakladı mı**. **tokatladı mı** ya da size bir şey **fırlattı mı**?

Ya da

Size **hiç iz kalacak** ya da **yaralanacağınız kadar güçlü vurdu mu**?

Bir tane dahi varsa işaretleyin **Evet**

3-Bir yetişkin ya da sizden en az 5 yaş büyük biri **hiç...**

Size hiç **dokundu mu** ya da sizi hiç **okşadı mı** ya da sizden hiç onların bedenine **cinsel** anlamda **dokunmanızı istedi mi**?

**Ya da** Sizinle **oral**. **anal** ya da **vajinal** olarak **cinsel ilişki** yaşadı mı ya da **teşebbüs etti mi**?

Bir tane dahi varsa işaretleyin **Evet**

4-Siz **sıklıkla ya da çok sıklıkla** aşağıdaki gibi hissettiniz mi?

Ailenizde kimse sizi **sevmiyor** ya da sizin **önemli ya da özel olduğunuzu düşünmüyor**? Ya da

Aileniz size **göz kulak olmadı**. ailenizle **yakın hissetmediniz** ya da birbirinizi **desteklemediniz**?

Bir tane dahi varsa işaretleyin **Evet**

5-Siz **sıklıkla ya da çok sıklıkla** aşağıdaki gibi hissettiniz mi?

Yeterince yemek yoktu. kirli giysiler giymek zorundaydınız ve sizi koruyacak kimse yoktu?

**Ya da** Aileniz size bakmak için ya da ihtiyacınız olduğunda doktora götürmek için çok sarhoştu ya da kendinde değildi?

Bir tane dahi varsa işaretleyin **Evet**

6-Ebeveynleriniz **hiç** ayrıldı mı ya da boşandı mı?

Bir tane dahi varsa işaretleyin **Evet**

7-Anneniz ya da üvey anneniz:

**Sıklıkla ya da çok sıklıkla** itilip tartaklandı mı. tokatlandı mı ya da ona bir şey fırlatıldı mı?

**Ya da Bazen. sıklıkla ya da çok sıklıkla** tekmelendi mi. dövüldü mü. yumrukla ya da daha sert bir şeyle ona vuruldu mu? **Ya da Hiç** en az birkaç dakika sürekli bir şekilde ona vuruldu mu ya da silahla ya da bıçakla tehdit edildi mi?

Bir tane dahi varsa işaretleyin **Evet**

8-İçki problemi olan. alkolik ya da uyuşturucu kullanan biriyle yaşadınız mı?

Bir tane dahi varsa işaretleyin **Evet**

9-Ev halkından biri depresyonda ya da zihinsel hasta mıydı ya da intihara teşebbüs etti mi?

Bir tane dahi varsa işaretleyin **Evet**

10-Ev halkından biri hapse girdi mi?

Bir tane dahi varsa işaretleyin **Evet**

Toplam Evet: ....





## EK 6- TERAPİ TIP MERKEZİ İZİN BELGESİ

Sayı: 54  
Tarih: 4/4/2022

### İLGİLİ MAKAMA

İlgi: 4/4/2022 tarihli talep yazısı

Antalya Bilim Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Esmenur Avan'ın '*Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Obsesyon Türleri ile Psikodinamik Kişilik Organizasyonu ve Travmatik Yaşantı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*' isimli tez çalışmasının, 'Bilimsel Araştırma ve Etik Yönetmeliği' ile etik kurallar dikkate alınmak kaydı ile kurumumuzda yapılmasına ilişkin bir sakınca bulunmamaktadır.

**EK 7- ETİK KURUL ONAYI**

T.C.  
ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Karar No: 2022/13	<b>SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARLARI</b>	Karar Tarihi:22.04.2022
-------------------	--	-------------------------

Antalya Bilim Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Prof. Dr. Ömer TURUNÇ'un başkanlığında toplandı. Yapılan toplantıda aşağıdaki kararlar alındı.

1. Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencilerinden Esmenur AVAN tarafından Etik Kurulumuza sunulan “**Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Obsesyon Türleri ile Psikodinamik Kişilik Organizasyonu ve Travmatik Yaşantı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**” başlıklı çalışmada kullanılacak ölçme aracının fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğun başvurucaya ait olmak üzere, Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi'ne uygun olduğunun kabulü ile ilgili çalışmaların gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel yönden sakınca bulunmadığına, sonucun Esmenur AVAN'a bildirilmek üzere Rektörlük Makamına arzına katılanların oybirliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Ömer TURUNÇ  
Etik Kurul Başkanı

**KATILMADI**  
Prof. Dr. Yusuf Mehmet ÖRNEK  
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. İbrahim Sani MERT  
Etik Kurul Üyesi

**KATILMADI**  
Prof. Dr. Mesut UYAR  
Etik Kurul Üyesi

**KATILMADI**  
Prof. Dr. Mehmet YUMRU  
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. Fatma Bike KOCAOĞLU  
Etik Kurul Üyesi

Prof. Dr. A. Nizamettin AKTAY  
Etik Kurul Üyesi

## EK 8- DSM-5 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANI KRİTERLERİ

### Takıntı - Zorlantı Bozukluğu (Obsesif- Kompulsif Bozukluk)

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemlerdir.

(2) Kişi bu düşünce dürtü ya da düşlemlere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Kişinin, obsesyona tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorunlu hissettiği yineleyici davranışlar (örn. el yıkama) ya da zihinsel eylemler (örn. dini değeri olan sözler söyleme. sayma gibi).

(2) Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan kurtulma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranış ya da zihinsel eylemler korunulması amaçlanan durumlarla gerçekçi biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı düzeydedir.

B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olur ya da toplumsal, mesleki ya da diğer alanlarda işlevselliğini etkiler.

C. Obsesif kompulsif belirtiler, bir maddenin, ilacın ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, OKB ilişkili inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

İç görüşü kötü: Kişi, OKB ilişkili inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, OKB ilişkili inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.