



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARI İLE PSİKİYATRİK TANI
ALMAMIŞ BİREYLERİN ALEKSİTİMİ DÜZEY FARKLILIKLARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

UMAY USLU

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Habib Erensoy

İSTANBUL, 2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARI İLE PSİKIYATRİK
TANI ALMAMIŞ BİREYLERİN ALEKSİTİMİ DÜZEY
FARKLILIKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Umay Uslu

164102090

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Dr. Öğretim Üyesi Habib Erensoy

İstanbul – 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164102090
Öğrenci Adı Soyadı	: Umay Uslu
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğretim Üyesi Habib Erensoy
Tezin Başlığı	: Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastaları ile Psikiyatrik Tanısı Olmayan Bireylerin Aleksitimi Düzey Farklılıklarının Karşılaştırılması

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 13.07.2018	Saati	: 17:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i>			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğretim Üyesi Habib Erensoy	
Üye	Prof. Dr. Hüsnü Erkmen	
Üye	Doç. Dr. Bengü Özüğür Uysal	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastaları ile psikiyatrik tanı almamış bireylerin aleksitimi düzey farklılıklarının karşılaştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

03/07/2018

Umay USLU



ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı almış hastalar ile psikiyatrik tanı almamış bireyler arasındaki aleksitimi düzey farklılıklarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışma sayesinde hasta ve psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin OKB skorları ile aleksitimi skorları arasında bir ilişki olup olmadığının saptanması da amaçlar arasındadır.

Çalışmanın gerçekleştirilme aşamasında birçok kişinin emeği bulunmaktadır.

Öncelikle, bu çalışmanın tüm aşamalarında bana yol gösteren ve anlayışını eksik etmeyen danışman hocam sayın Dr. Öğretim Üyesi Habib ERENŞOY'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Her sürecimde olduğu gibi bu süreçte de etrafımda sürekli destek olmak ve işlerimi kolaylaştırmak için koşturan, moral veren ve bana inanan annem Emel USLU'ya, benden hiçbir zaman maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, her koşulda benim için elinden gelenin en iyisini yapmak için uğraşan babam Mustafa USLU'ya, bu çalışmada bilgisi ve tecrübeleriyle bana çok yardımcı olan Gül ALPAR'a, hangi konuda olursa olsun bir problemim olduğunda elinden geleni yapmak için her zaman telefonun diğer ucunda olduğunu bildiğim, enerjisine, başarısı ve bilgisine, pozitifliğine hayran olduğum akıl hocam, canım arkadaşım Uzm. Psk. Gökçe CÖMERT'e ve bana her zaman güvenen, ruh halimdeki her türlü inişi yukarı çıkarmak için tek sözü yeten, her konuda destekçim ve yol göstericim olan hocam Uzm. Psk. Elif KANDAZ'a sonsuz teşekkür ediyorum.

Ayrıca bana her konuda olduğu gibi bu konuda da tüm kalpleriyle inandıklarını ve güvendiklerini her fırsatta dile getirip hissettiren dostlarıma, bu süreci destek ve yardımlarıyla daha kolay ve keyifli hale getiren meslektaş arkadaşlarıma ve son olarak da çalışmaya katılım sağlayan tüm katılımcılara çok teşekkür ederim.

(USLU, Umay, Yüksek Lisans, İstanbul, 2018)

**Obsesif Kompulsif Bozukluğa (OKB) Sahip Hastalar ile Psikiyatrik Tanısı
Bulunmayan Bireyler Arasındaki Aleksitimi Düzey Farklılıklarının
Karşılaştırılması**

ÖZET

Bu çalışmada OKB hastaları ile psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin aleksitimi düzeyleri karşılaştırılıp aralarında anlamlı bir fark olup olmadığı incelenmiştir. Bununla birlikte kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerinin de OKB ve aleksitimi düzeyleri üzerinde etkili olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmaya, İstanbul ilindeki Üsküdar Üniversitesi NP Feneryolu Tıp Merkezi'nde tanı almış ve tedavileri halen devam eden, yaşları 18-45 aralığında olan 25'i kadın 15'i erkek 40 gönüllü OKB hastası ile İstanbul ilinde yaşayan rastgele seçilmiş, psikiyatrik tanısı bulunmayan, yaşları 18-45 aralığında olan 25'i kadın 15'i erkek 40 gönüllü sağlıklı birey katılmıştır. Katılımcılar ilk olarak çalışma ve kişisel bilgilerinin gizliliği ile ilgili bilgilendirilmiş ve kabul ettikleri takdirde katılım sağlamışlardır. Çalışmada veri toplamak amacıyla 80 katılımcıya "Sosyodemografik Veri Formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Listesi (Y-BOCS)" uygulanmıştır. Bu ölçeklerden elde edilen veriler ise SSPS v.21 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi yürütülmüştür. Demografik değişkenler bakımından yürütülen gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem Mann Whintey U testi yürütülmüştür. Ölçeklerden alınan puanlar arasındaki korelasyon değerleri ise puanların normal dağılıyor olması nedeniyle Pearson korelasyon analizi ile yürütülmüştür. Çalışmanın sonuçlarına göre; OKB tanılı hastalar ile psikiyatrik tanı almamış olan bireylerin aleksitimi düzeyleri arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir. OKB hastalarının aleksitimi düzeyleri tanısı olmayan bireylerin aleksitimi düzeylerine göre anlamlı bir biçimde daha yüksek bulunmuştur. Bunu dışında ise OKB hastalarının TAÖ-20'nin alt boyutları olan duygu ifadesinde zorluk puanları ile duygu tanımlamada zorluk puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Aleksitimi, obsesif kompulsif bozukluk, OKB

(USLU, Umay, Master's Degree, İstanbul, 2018)

Comparison of Alexithymia Level Differences Associated with Obsessive Compulsive Disorder (OCD) Patients and Individuals without Psychiatric Diagnosis

SUMMARY

In this study, we compared the levels of alexithymia in individuals without psychiatric diagnosis with OCD patients and investigated whether there is a significant difference between them. Furthermore, some of the sociodemographic characteristics of the subjects were also examined to determine whether they had an effect on OCD and alexithymia levels. 40 volunteer OCD patients, 25 of whom were women and 15 men, aged 18-45 years, who were diagnosed at the NP Feneryolu Medical Center of Üsküdar University, İstanbul, and who were randomly selected and living in İstanbul, 40 volunteer individuals without psychiatric diagnosis, 25 of whom are women and 15 of whom are men and whose ages are between 18 and 45, are attended to this study. Participants were first informed and informed about the privacy of work and personal information. "Sociodemographic Data Form, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and Symptom List (Y-BOCS)" were applied to all 80 participants in order to collect the data obtained in the study. The data obtained from these scales were subjected to statistical analysis with the SSPS v.21 (Statistical Package for Social Sciences) program. Independent sample Mann Whintey U test was performed among the groups in terms of demographic variables. Correlation values between the scores obtained from the scales were analyzed by Pearson correlation analysis because the scores were normally distributed.

According to the results; a significant difference was found between the levels of alexithymia of healthy individuals and OCD patients. The levels of alexithymia in OCD patients were significantly higher than those of healthy individuals. Apart from this, there was a significant positive correlation between the difficulty describing feelings scores of OCD patients and the their difficulty identifying feelings scores of the TAS-20 subscales.

Key words: Alexithymia, obsessive compulsive disorder, OCD

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
Yemin Metni	i
Önsöz / Teşekkür	ii
Özet	iii
Summary	iv
İçindekiler	v
Kısaltmalar ve Simgeler Sayfası	ix
Tablolar Listesi	x
Ekler Listesi	xi
Giriş	1
1. GENEL BİLGİLER	4
1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	4
1.1.1. Tarihsel Gelişim	4
1.1.2. Kavramlara Yönelik Genel Tanım	5
1.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk için DSM-V Tanı Kriterleri	7
1.1.4. Epidemiyoloji	10
1.1.5. Komorbidite	11
1.1.6. Klinik Seyir ve Prognoz	12
1.1.7. Obsesyon ve Kompulsiyon Çeşitleri	13
1.1.7.1. Kirlenme/Bulaşma Obsesyonları	13
1.1.7.2. Kuşku/Şüphe Obsesyonları	14
1.1.7.3. Simetri ve Düzen Obsesyonları	14
1.1.7.4. Saldırganlık Obsesyonları	14
1.1.7.5. Cinsel Obsesyonlar	15
1.1.7.6. Dini Obsesyonlar	15
1.1.7.7. Somatik Obsesyonlar	15
1.1.7.8. Biriktirme/Saklama Obsesyonları	16
1.1.7.9. Yineleme Kompulsiyonları	16

1.1.8. Etiyoloji	17
1.1.8.1. Genetik ve Nörobiyoloji	17
1.1.8.2. Psikodinamik Kuram	18
1.1.8.3. Bilişsel Davranışçı Kuram	19
1.1.9. Tedavi	20
1.1.9.1. Farmakoterapi	20
1.1.9.2. Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT)	21
1.1.9.3. Psikanalitik Yönelimli Terapi	23
1.1.9.4. Elektrokonvülfik Tedavi	23
1.2. Aleksitimi	24
1.2.1. Tarihsel Gelişim ve Kavramsal Tanım	24
1.2.2. Aleksitiminin Kişilik Belirtileri	25
1.2.2.1. Duyguları Fark Etme/Ayırt Etme, Tanımlama Zorluğu	26
1.2.2.2. Düş Kurma, Düşme (Fantasy) Yaşantıda Kısıtlılık	26
1.2.2.3. İşlemsel – İşe Vuruk Düşünme Eğilimi (Operating Thinking)	27
1.2.2.4. Dış Merkezli, Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı (Bilişsel Tarz)	27
1.2.3. Epidemiyoloji	27
1.2.4. Etiyoloji	28
1.2.4.1. Nörofizyolojik Kuram	28
1.2.4.2. Psikoanalitik Kuram	29
1.2.4.3. Bilişsel Kuram	31
1.2.4.4. Sosyokültürel-Davranışçı Kuram	32
1.2.5. Tedavi	33

2. YÖNTEM	35
2.1. Araştırma Modeli	35
2.2. Örneklem	35
2.2.1. Dahil Olma Kriterleri	36
2.2.2. Dışlanma Kriterleri	36
2.3. Veri Toplama Araçları	36
2.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	37
2.3.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)	37
2.3.3. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)	37
2.4. Kullanılan Veri Analizi Teknikleri	39
3. BULGULAR	40
3.1. OKB Tanılı Hastalarla Sağlıklı Kontrollerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	40
3.2. OKB Tanılı Hastalarla Sağlıklı Kontrollerin OKB Belirtileri ve Aleksitimi Düzeyleri Bakımından Karşılaştırılması	45
3.3. OKB Tanılı Hastalarla Sağlıklı Kontrollerin OKB Belirtileri ve Aleksitimi Düzeylerinin Demografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması	46
3.4. OKB Tanılı Hastalarla Sağlıklı Kontrollerin Aleksitimi Düzeyleri ile OKB Düzeyleri Arasındaki İlişkiler	51

4. TARTIŞMA 53

Sonuç 58

Sınırlılıklar ve Öneriler 59

Kaynakça 60

Ekler 69

Özgeçmiş 88



KISALTMALAR VE SİMGELER

Kısaltmalar

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

ORT: Ortalama

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği

Y-BOCS: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesi

Simgeler

N: Kişi Sayısı

p: Anlamlılık Değeri

r: Korelasyon (Pearson)

SS: Standart Sapma

t: T Testi

z: Mann Whitney U Testi Değeri

χ^2 : Ki-Kare

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Cinsiyetlerine ve Gruplarına Göre Yaş Ortalamaları, Standart Sapmaları.....	41
Tablo 2. OKB Tanılı Hastalarla Psikiyatrik Tanısı Olmayan Kontrollerin Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılımları, Yüzdelikleri ve Ki-Kare Bulguları....	42
Tablo 3. OKB Tanılı Hastalarla Psikiyatrik Tanısı Olmayan Kontrollerin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem T Testi Bulguları.....	45
Tablo 4. OKB Tanılı Hastaların ve Psikiyatrik Tanısı Olmayan Kontrollerin, Cinsiyetlerine Göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem Mann Whitney U Testi Bulguları.....	47
Tablo 5. OKB Tanılı Hastaların ve Psikiyatrik Tanısı Olmayan Kontrollerin, Medeni Durumlarına Göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem Mann Whitney U Testi Bulguları.....	48
Tablo 6. OKB Tanılı Hastaların ve Psikiyatrik Tanısı Olmayan Kontrollerin, Çalışma Durumlarına Göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Bağımsız Örneklem Mann Whitney U Testi Bulguları.....	50
Tablo 7. OKB Tanılı Hastalarla Psikiyatrik Tanısı Olmayan Kontrollerin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden Aldıkları Puanlarla Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Alt Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Bulguları.....	52

EKLER LİSTESİ

EK 1 : Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)

EK 2 : Sosyodemografik Veri Formu

EK 3 : Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

EK 4 : Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Listesi (Y-BOCS)

EK.5 : Etik Kurul Onay Sayfası

EK.6 :Kurum İzin Belgesi



GİRİŞ

Bu araştırmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış olan hastalar ile psikiyatrik tanısı bulunmayan bireyler arasındaki aleksitimi düzey farklılıkları incelenmiştir. Duygular insanoğunun bir parçasıdır. Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinde olduğu gibi "Fizyolojik İhtiyaçlar" ve "Güvenlik İhtiyacı"ndan sonra insanların hayatlarını sürdürebilmesi için gerekli olan temel gereksinimlerinin 3. Basamağında "Ait olma ve Sevgi İhtiyacı" bulunmaktadır (Yazgan İnanç ve Yerlikaya 2014). Diğer bazı canlıların da hissettiği bilinse bile insan ırkını onlardan ayıran en önemli özelliklerinden biri düşündüklerini ve hissettiklerini sözel ifade edebilişi ve kişilerarası kurabildiği iletişimidir (Koçak, 2002). Duygunun ne olduğunu tanımlamak gerekirse Goleman (1996) buna geniş bir perspektiften bakılması gerektiğini savunarak duygunun kendine özgü biyolojik, psikolojik durumları olmasıyla birlikte kişinin bu durumlara verdiği tepkileri olarak tanımlamaktadır (Koçak 2002). Aleksitimik olan bireylerde bu yeti azalmaktadır. Kuloğlu ve ark. (2013)'nin belirttiğine göre, Sifneos (1988) aleksitimiye sahip kişilerin kendi hislerini ve diğer kişilerin hislerini anlamada problem yaşanması olarak tanımlamıştır. Ayrıca bu kişilerin öne çıkan özelliklerinin duygularının farkında olsalar da bunları nasıl karşı tarafa aktaracakları konusunda zorlanmaları olduğunu da eklemiştir. Durak Batıgün ve Büyükşahin (2017)'in belirttiğine göre de, Sifneos (1988) bu bireylerin duygusal yeterliliklerinde ve çevrelerindeki bireylerle iletişimlerinde zorluklar yaşadıklarını, başka bir gezegenden geldiklerini düşündürdüklerini belirtmiştir. Duygu ve düşünce arasındaki bağlantıyı kurma konusunda büyük sıkıntılar yaşadıklarını da eklemiştir.

Obsesif kompulsif bozukluk obsesyonlar ve kompulsiyonlardan oluşmaktadır. Obsesyon denen kavram bu bozukluğa sahip kişilerin zihinlerine kontrolü dışında gelen, tekrar eden ve onlara yoğun derecede sıkıntı ve kaygı veren dürtüler (itkiler), duygular ya da düşüncelerdir (Vatan, 2016). Kişinin bu sıkıntı yaratan duygu, düşünce ve dürtülerinden kurtulmak için yaptığı bir takım kaçmalar ve kaçınmalar olduğu bilinmektedir. Kişiler bunları yapamadığı durumlarda da rahatlama amaçlı yaptığı kompulsif davranışlara yönelmektedir.

OKB hastalarının duygularına değinilecek olursa bu kişiler pozitif duygulardan daha çok negatif duygulardan bahsetmektedirler. En fazla dikkat çeken ise kaygı

duygusudur. Onu takip eden duygular ise genellikle korku, iğrenme, utanma, öfkedir. (Vatan, 2014).

Vatan (2014)'ın belirttiğine göre, Smith (2012) OKB'li bireylerde kaygı sadece olası bir tehdide karşı hissedilebileceği gibi ayrıca başka hislerin oluşuna kaygılanmak olarak da ortaya çıkabileceğini belirtmiştir. Ayrıca McCubbin ve Sampson (2006) 'ın ifade ettiklerine göre; OKB hastalığı duygulanmaya imtina etmenin de içinde bulunduğu bir bozukluktur (Vatan, 2014).

Literatür incelemeleri sonucunda özellikle Türkiye içinde aleksitimi ve obsesif kompulsif bozukluk ilişkisi ile doğrudan ilgili çok fazla çalışma yapılmadığı görülmüştür. Bu nedenle bu çalışmada kontrol grubu da kullanılarak OKB ile aleksitimi düzey ilişkisinin literatüre katkısı amaçlanmıştır.

Bu verilerin elde edilmesinde kullanılan ölçekler; hasta ve sağlıklı bireylerin sosyodemografik özelliklerinin de göz önünde bulundurulması amacıyla 1) Sosyodemografik Form, OKB'ye sahip olup olmadıklarını tespit etmek (kontrol-deney grubunu belirlemek) amacıyla 2) Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) ve son olarak da aleksitimi düzeylerinin tespiti için 3) Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) kullanılmıştır.

Y-BOCS, OKB belirtileri olan hastalardaki obsesyonların ve kompulsiyonların çeşitlerini ve derecesini ölçmek amacı ile kullanılan bir ölçektir. 19 adet toplam maddesi vardır, fakat bunlardan ilk 5'i obsesyonları, sonraki 5'i ise kompulsiyonları ölçüyor olup geriye kalan 9 madde ölçeği uygulayan uzman tarafından yapılmaktadır. Ölçeğin toplam puanını ilk 10 maddenin toplamı belirler. Bu ölçeğe dair yapılmış olan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının Türkçe versiyonu 1995 yılında Tek ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Bıçakçı, 2017).

Toronto Aleksitimi Ölçeği'ni geliştirenler Bagby ve arkadaşları (1994)'dir. Türkçeye uyarlaması ise Sayar ve arkadaşları (2001) tarafından gerçekleştirilmiştir (Güleç H. ve ark). Bu ölçek güvenilirlik ve geçerlilik boyutu ile incelendiğinde 3 adet alt kapsamdan ve 20 adet maddeden meydana gelmektedir. Bu boyutlar 'Duyguları Tanımada Güçlük (TAÖ-1)', 'Duyguları Söze Dökmede Güçlük (TAÖ-2)' ve 'Dışa Dönük Düşünme (TAÖ-3)' olarak belirlenmiştir. Bunun yanında ise "Ölçeğin toplam Cronbach alfa değeri 0.78, alt ölçeklerin ise 0.57-0.80 arasında olduğu bulunmuştur.

Faktör analizi sonuçlarında aleksitimi yapısının 3 faktör varlığını sağladığı gösterilmiştir (Kemerli B. ve Çelik T. 2015).”

Örnekleme oluşturan 18-45 yaş aralığındaki 40 OKB sahibi hasta bireyler NP Feneryolu Tıp Merkezi’nde tanı konulmuş ve tedavi görmekte olan bireylerden, diğer 40 sağlıklı bireyler ise tanı ve tedavi geçmişi olmayan kişilerden seçilmiştir.

Hipotezler

- 1- OKB psikiyatrik tanısı almış olan hastalar ile tanı almamış sağlıklı olan bireylerin aleksitimi düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.
- 2- OKB psikiyatrik tanısı almış olan hastalar ile tanı almamış sağlıklı olan bireylerin aleksitimi düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki yoktur.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

1.1.1. Tarihsel Gelişim

OKB M.Ö. 11.yüzyılın 2.yarisında din ve büyü gibi kavramlarla anlamlandırılmaya çabalanmıştır. Ancak bu dinsel ve büyücülükle ilgili fikirlerin yerlerini tıbbi izahlar almıştır (Akgün, 1989; Bayraktar, 1997). İlk olarak 1838 yılında Jean Etienne Dominique Esquirol tarafından ‘melankolinin’ bir göstergesi olduğu tarif edilen obsesyonlar ve kompulsiyonlar (Aslan ve Ünal, 1995), daha sonra gelen klinik uzmanlarının da yaptığı çalışmalar sonucunda OKB’yi ‘içgörüsü olan delilik’ şeklinde açıklamışlardır (Jakes, 2006). Sonrasında Westphal OKB hastalığının ilk modernize formülasyonunu yaparak fobilerin semptomları ile takıntı/saplantı bozukluğunun semptomlarını birbirinden ayırmıştır. Westphal, obsesif kompulsif bozukluktaki temel yapının akla ve gerçekliğe uymayan düşünceler olduğunu açıklayarak bu düşüncelere ‘zihinsel (mental) tikler’ adını vermiştir (Zitterl ve ark., 1990).

Westphal ayrıca bu obsesif düşüncelerin kişilerin zihnine giren ve hatta kendi inanç ve görüşlerine ters olan düşünceler şeklinde tanımlamasını yaparak bunların hasta olan kişiler tarafından da açıkça bilindiğini belirtmiştir. Böylelikle bu durumu psikotik fikirden ayırarak ‘kendini gerçekleştirememiş delilik’ olarak tanımlamıştır (Bayraktar, 1997; Özerdem, 1998). Pierre Janet, 20. Yüzyılın başlarında obsesyonları, kompulsiyonları ve fobileri tek bir başlık altında birleştirmiş ve bu başlığı da ‘psikateni’ olarak belirlemiştir. Bunların ruhani yorgunluk ve istenç (irade) zayıflaması nedeniyle meydana geldiğini ifade etmiştir. Bu ruhsal yorgunluk ve istenç zayıflığı ise kişinin duygu, düşünce ve dürtülerini kontrol etmesini engellediğini öne sürmüştür. Psikateni kavramı kognitif fonksiyonlarının bozulması sonucu meydana gelen anksiyete ve OKB belirtilerinin birlikte görüldüğü bir kavram olarak nitelendirmiştir (Miguel ve ark., 2005).

Sigmund Freud OKB’ye psikoanalitik perspektiften bakarak fobilerden ayrılması gerektiğini öne sürmüştür. Bunun ışığında nevroz hastalıklarını ‘fobik nevrozlar’ ve ‘obsesif kompulsif nevrozlar’ olmak üzere iki gruba ayırmıştır (Öztürk, 1994). Kolada ve

ark. (1994), Freud'un bu obsesif halin 'bastırılmış cinsel suçluluk anılarına' ilişkin meydana gelen psikolojik müdafaa olarak nitelendirdiğini belirtmiştir. Ayrıca Freud yazdığı bir yazısında 1908 yılında obsesyonel nevrozun bebeklikte ki 'anal döneme' gerilemeyle meydana geldiği ifade etmiştir (Öztürk, 2004).

Pirre Janet ile Kurt Schneider 20. Yüzyılında başında 'obsesif kompulsif nevrozu' kavramlaştırarak buna 3 adet ölçüt belirlemiştir. Bu ölçütler sırasıyla şu şekildedir:

- 1- Muayyen (belirli) bir takım şeyler düşünme, hissetme veya harekete geçmeye yönelik sübjektif bir zorlanma hissinin mevcudiyeti,
- 2- Oluşan takıntıların özelliklerinin akla uygun olmadığı ve kişilik benliğine yabancı olduğunun idrak edilmesi,
- 3- Bu takınlara (obsesyonlara) direncin de beraberinde gelmesi (Bayraktar, 1997; Özerdem 1998; Solyom 1985).

1.1.2. Kavramlara Yönelik Genel Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk takıntılar (obsesyonlar) ve kompulsiyon ritüellerinden oluşmakta olup genellikle ikisini bir arada bulunduran bir hastalıktır. Hastaların %90'ı hem obsesyonlardan hem de kompulsiyonlardan dert yanarken, %28'lik kısım yalnızca obsesyonlardan, %20'lik kısım ise sadece kompulsiyonlardan yakınmaktadırlar (Foa ve ark., 1995). Obsesyonların bazı özellikleri bulunmaktadır. Bunların ilki tekrarlayıcı ve inatçı düşünceler, dürtüler ya da görüntüler olup kişinin kontrolü dışında gelmesi ve kişiye yoğun bir kaygı yaşatmasıdır. Hayatla ilgili basitçe söylenebilecek kaygılardan değildir ve bu kişiler kaygı yaratan bu obsesyonlarını görmezden gelmek, bastırmak ya da nötralize etmek için diğer başka düşünce ve/veya davranışlar gerçekleştirme eğiliminde bulunurlar. Ayrıca bu takıntıların kendi zihinlerinin bir ürünü olduğunun farkında olma eğilimleri de vardır. Obsesyon örneklerinin arasında; kişinin sevdiği birisine zarar verdiğini ya da kendiliğinden zarar gördüğü hakkında istenmeyen düşüncelerini ya da gözünün önüne gelen görüntüler, kapıları kilitleyip kilitlemediği ya da elektrikli aletlerin fişlerini prizden çıkarıp çıkarmadığını tekrarlayıcı bir şekilde düşünmesi, kirlenmeye dair yoğun kaygı veren dürtüsel düşünceler, cinsel anlamda tiksindirici ya da korkutucu düşünceler sayılabilir.

Kompulsiyonlar tekrar edici ve ritüel haline gelmiş olan ve kişiyi bu obsesyonları olmasından dolayı kendini bunlara yapmaya mecbur hissettiren davranışlar (örn, ritüelleşmiş el yıkamalar, düzene koymalar ya da kontrol etmeler..vs.) ya da zihinsel eylemler (örn, ritüelleşmiş şekilde dua etmeler, saymalar ya da gelen kaygı verici kötü düşüncelerinin yerine koymak için sürekli iyi düşünceler düşünmeler..vs.) olarak tanımlanır. Bunların yanı sıra bu kompulsiyonlar kendilerinin belirledikleri katı kurallar şeklinde de olabilirler. Örneğin; tam olarak 10 kere ışığı açıp kapatarak kapalı olduğuna emin olmak gibi. Kompulsiyonların amacı; bu kişilerin mevcut yaşadıkları endişe ve stresi en aza indirmek ya da ortadan kaldırmanın yanı sıra kendilerini, olacaklarını düşündükleri bazı dehşet verici olaylardan korumaktır. Ama ne yazık ki bütün bunları ya haddinden fazla boyutta gerçekleştirirler ya da bunların engellemeye çalıştıkları durumlarla gerçekçi bir ilişkileri yoktur. (Abramowitz ve ark., 2009)

Kısacası, Uzun (2016)'nın belirttiğine göre, Köroğlu (1994), Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin obsesif kompulsif bozukluğu "Kişinin sosyal ve mesleki işlevlerinde belirgin bozulmaya yol açan, rahatsız edici, benliğe yabancı, yineleyici ve bunaltı oluşturan düşünceler (obsesyon) ve bunaltıyı gidermek için yapılan yineleyici davranış ve zihinsel eylemlerle (kompulsiyon) tanımlanan bir psikiyatrik bozukluk" şeklinde tanımlamıştır.

Rasmussen ve Tsuang (1986) yaptıkları bir çalışmada, hastaların %83'ünde yıkama, %80'inde kontrol etme, %21'inde sayma kompulsiyonları, ayrıca %42'sinde birden fazla kompulsiyon, %59'unda birden fazla obsesyon saptanmışlardır. Hastaların sadece %4.5'inde obsesyonlar tek başınadır; %2-6'sında ise kompulsiyonlar tek başına görülmektedir. Ayrıca semptomlar zaman içinde değişkenlik gösterebilmekte, mesela kontrol etme kompulsiyonları aşırı el yıkama ile yer değiştirebilmektedir (Kolada ve ark. 1994).

OKB, yapılandırılmış sınıflandırmalara 1980'de yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-III (DSM-III) ile girmiştir (APA, 1980). DSM-III-R'de ise günlük yaşamı kesintiye uğratan en az bir saat süren obsesyonlar ya da kompulsiyonlar, ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanmıştır (APA, 1987). DSM-IV-TR'de (Köroğlu, 2001) 'Anksiyete Bozuklukları' içinde yer alan OKB, DSM-5 (Köroğlu, 2013) ile ayrı bir sınıflandırmaya girmiştir. ICD-10'da

(ICD-10, 2015) ise ‘Nevrotik, Strese Bağlı ve Somatoform Bozukluklar’ grubu içinde anksiyete bozukluklarından bağımsız bir tanı olarak yer almaktadır.

DSM-V’te IV’e göre bir takım değişiklikler meydana gelmiştir. Bunlar şöyle açıklanabilir; DSM-V’te ‘Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar’ adında daha önce olmayan bir kısım meydana getirilmiştir. OKB ve OKB’ye benzeyen diğer bozukluklar bu kısma geçirilmiştir. ‘OKB’ DSM-IV TR’deki ‘Anksiyete Bozuklukları’ bölümünden çıkarılıp yeni kısma, ‘Beden Algısı Bozukluğu’ ‘Somatoform Bozukluklar’ kısmından çıkarılıp yeni kısma, ‘Trikotillomani’ ise ‘Başka Yerde Sınıflandırılmayan Dürtü Kontrol Bozuklukları’ kısmından çıkarılarak yeni kısma aktarılmıştır. Bu yer değişikliğinin sebebi, OKB ile diğer buna benzeyen bozuklukların gelişiminin ve gidişatının farklı olmasından dolayıdır. Ayrıca bu kısma alınmış olan bu bozuklukların tedavi şekli de benzer şekilde olmaktadır. Bunların yanında DSM-V’te oluşturulmuş olan bu yeni ‘Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar’ kısmına ‘Deri Yolma Bozukluğu’ ve ‘Biriktiricilik Bozukluğu’ adıyla yeni iki bozukluk da katılmıştır.

1.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk için DSM-V Tanı Kriterleri:

- Obsesyonların (takıntılarının) ve/veya kompülsiyonların (zorlantılarının) var olması;

Obsesyonlar (takıntılar) (1) ve (2) ile tanımlanır.

- (1) Bazı zamanlar kişinin isteği dışında gelen ve uygun olmayan şekilde yaşanan, kişiye yoğun bir kaygı ve sıkıntı veren, tekrarlayıcı ve sürekli düşünceler, itkiler ve imgelerdir.
- (2) Bu kişiler kendilerine kaygı yaratan bu düşünce, itki ve imgeleri önemsememeye çabalar, bastırmaya çalışır ya da yerlerine yeni bir düşünce/davranış koyarak nötralize etmeye çalışır.

Kompülsiyonlar (zorlantılar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

- (1) Bu kişilerin yaşadıkları takıntılara tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken belirlediği kurallara göre yapmadan

duramadığı yineleyici davranışlar (el yıkama, duş alma, düzenleme, ritüelleşmiş kontroller) ya da zihinsel aktiviteler (dua etme, sayma, çeşitli sözcükleri ya da cümleleri sessiz bir biçimde tekrar tekrar söyleme).

(2) Bu davranışlar ya da zihindeki eylemlerin amacı obsesyonların yarattığı sıkıntı ve kaygıyı azaltmak, yok etmek ya da korkulan durumdan korunmaktır. Fakat bu yapılan eylem ve davranışların gerçekçiliği ya da konu olan olaylarla bir ilişkisi yoktur ya da çok fazla yoğun bir seviyededir.

NOT: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

- Takıntılar ve zorlantılar kişide yoğun sıkıntıya neden olur, zamanının boşa gitmesine neden olur (günde 1 saatten fazla zaman) ya da kişinin gün içindeki işlevselliğini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal ve sosyal etkileşimini, iletişimini olumsuz etkiler.
- Bu takıntılar ve obsesyonlar kötüye kullanımı olan bir maddenin ya da genel sağlıkla ilişkili bir durumun doğrudan fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlı değildir.
- Başka bir hastalığı varsa, takıntılar ve zorlantıların içeriği bununla sınırlı olmaz.

DSM-V'te; İyi-mükemmel iç görüye sahip; Kötü iç görüye sahip; iç görüye sahip olmayan, hayal ürünü obsesif kompulsif inanışları olan, tikle ilişkili olan biçiminde gruplandırmaları vardır:

- o **İç görüsü iyi ya da oldukça iyi:** Kişi, takıntılar ve zorlantılarının kesinlikle ya da çoğunlukla gerçek ile ilişkili olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımını yapabilmektedir.
- o **İç görüsü kötü:** Kişi, takıntı ve zorlantıların olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

- **İç görüsü yok/ hayal ürünü (sanrısai) inanışlar:** Kişi, takıntı ve zorlantılarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.
- **Tikle ilişkili:** Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

Obsesif kompulsif bozukluk, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yayınladığı ICD-10'da F-42 kodu ile yer almıştır. Kısaca tanı koyabilmek için belirtilerin en az 2 hafta (üst üste 2 hafta) süre ile bulunması, sıkıntı verici ve gündelik aktivitelerini engelleyici nitelikte olması gerekmektedir. Obsesyoneel semptomlarında ayrıca olması gereken özellikler:

- I.** Bunlar kişilerin kendi düşünceleri ya da itkileri olarak algılanır.
- II.** Kişi bu düşünce ya da davranışlardan en az 1ine direnç gösteriyor olmalıdır. Kişinin artık engelleyemediği başka düşünce ve hareketler de bulunabilir.
- III.** Bu hareketi yapma fikri haz verici olmamalıdır.
- IV.** Takıntılar, imgeler ve itkiler rahatsız edici şekilde tekrarlayıcı olmalıdır.

ICD-10'da OKB'nin başlıca 5 tipi tanımlanmıştır:

- a. F42.0: Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip
- b. F42.1: Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip
- c. F42.2: Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte bulunduğu tip
- d. F42.8: Başka obsesif ve kompulsif bozukluklar
- e. F42.9: OKB, belirlenmemiş tip

ICD-10'un Obsesif Kompulsif Bozukluk tanı kriterleri açısından DSM-IV'ten en önemli farkı, semptomlar için süre şartının olması, bunun da takıntılar ve zorlantıların üst üste en az 2 hafta süresince bulunması gerektiğinin belirtilmesidir. (Kaplan ve Sadock, 2004).

1.1.4. Epidemiyoloji

İlk olarak 1980 yıllarında yapılan çalışmalara göre Obsesif kompulsif bozukluk oldukça nadir seyreden (% 005) bir hastalık olmakla birlikte son derece direnci olan da bir hastalık olarak bilinmekteydi. Son yıllarda günümüze yaklaştıkça bu hastalığın daha yaygın hale geldiği, daha sık görülen bir hastalık olup tedavilere de oldukça olumlu yanıt verdiği görülmektedir. Günümüzde yapılan yaygınlık ve sıklık araştırmalarına göre OKB en sık görülen hastalıklar arasında 4.sıradadır. Bu sıralamada ilk olarak fobiler yer alırken onu izleyen madde bağımlılığı ardından da depresyon gelmektedir. Bu hastalığın yaşam boyu görülme oranları ülkeden ülkeye değişmektedir. Oranların en düşüğü Tayvan'da (% 0,5- %0,9) ve Hindistan'da (%0,6) olarak bulunmuştur. Bunun yanında Kuzey ve Orta Avrupa ülkelerinde oranlar artarak %2,6 ve %3,2 aralığına kadar gelmiştir. Ancak bu çalışmaların

güvenilirliği araştırmaya katılan kişi sayısının yetersiz oluşu sebebi ile sağlanamamıştır (Bayar R. ve Yavuz M., 2008). Bu oranlar ülkemizde ise şu şekildedir; Adana ve çevresinde %2,7, Bursa ve çevresinde ise %5,1 olarak belirlenmiştir (Güvender ve ark., 1998). Amerika Birleşik Devletleri'nde tarihte yürütülen daha gelişmiş şekilde araştırmadaysa bu oranlar %1.2 ve %2.8 şeklinde bulunmuştur (Özgür B., 2017). Yetişkin kişilerle gerçekleştirilen araştırmaların bir bölümünde kadın ve erkek popülasyon arasında sıklık farkı görülmediyse de bir bölümünde 1.2-1.8 aralığında oran belirlenmiştir.

Bu hastalığın başlama yaşının ortalama olarak 21.9la 35.5 arasında olduğu saptanmıştır. Başlama yaşı ise popülasyonun %65'inde 25 yaş öncesiyken %15'inde başlamanın 35 yaşın üzerinde olduğu görülmüştür (Bayar R. ve Yavuz M., 2008).

OKB Türkiye Ruh Sağlığı araştırmalarında 1 yıl içindeki yaygınlığı %0,5 olarak saptanmıştır. Doğan ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada hastalığın hayat boyu yaygınlığı %3,7 olarak, diğer bir çalışma olarak Çilli ve arkadaşlarının yaptığı alan çalışmasında 1 yıllık OKB yaygınlığı %3; bir alan araştırmasında ise bu 1 yıllık OKB yaygınlık oranı %2.01 olarak ifade edilmiştir (Tatlı, 2012).

1.1.5. Komorbidite

OKB yetişkinlerde tüm psikiyatrik hastalıklar arasında kendisine başka bir hastalığın en çok eşlik ettiği hastalıklardan birisidir.

- Hastaların %76'sına hayat boyu diğer anksiyete hastalıkları eşlik eder. Bunlar; panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, fobiler olarak sayılabilir.

- Hastaların %63'üne duygu (mod) bozuklukları eşlik eder. En çok görüleni ise majör depresif bozukluktur (%41) (Ruscio AM. ve ark, 2010).

- Hastaların %23-%32'sine ise OKB ile birlikte OKKB (obsesif kompulsif kişilik bozukluğu) eşlik eder (Pinto A. ve Eisen JL, 2012).

Bunların yanı sıra şizofreni ve şizoafektif bozukluk %12 oranında OKB ile birlikte görülür (Achim AM. ve ark., 2011).

Ayrıca, bipolar bozukluk (Pallanti S. ve ark., 2011), anoreksiya ya da bulimia nervosa gibi yeme bozuklukları (Kaye WH. ve ark., 2004) ve Tourette bozukluğu (Pallanti S. ve ark., 2011) eşlik edebilmektedir.

Yetişkin bireylerde yapılan çalışmalar ışığında OKB hastalarında en sık karşılaşılan komorbiditenin depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. Bunun yanında anksiyete bozukluklarına da bu kişilerde yatkınlık görülmektedir. Türkiye’de yapılan bir araştırma çalışmasında Tourette sendromuna sahip hastalardan oluşan grupta OKB komorbiditesinin %75 oranında olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca tik bozukluğuna bakıldığında OKB ile eş tanılı bulunan vakalarda erkeklerde görülme sıklığının daha sık olduğu ve daha erken dönemde görüldüğü saptanmıştır.

OKB hastalarının intihar girişimlerinin daha artışta bulunduğu eş tanılar ise, bipolar bozukluk, davranım bozuklukları ve dürtüsellik, ayrıca majör depresyon olduğu belirtilmiştir (Karaman ve ark., 2011).

1.1.6. Klinik Seyir ve Prognoz

OKB hastalığına sahip kişilerin yarıdan fazla kısmında obsesif semptomlar bir anda ortaya çıkmaktadır. Bunu dışında hamilelik sonrası, cinsellikle ilgili herhangi bir yaşanan sorun sonrası ya da sevilen birinin kaybı şeklindeki stres içerikli durumlar sonrasında da hastaların %50 ile %70’inde semptomlar meydana gelmektedir. Semptomların gizlenmesini tercih eden hastaların varlığı nedeniyle uzun yıllar gecikme yaşanarak psikiyatrik yardıma başvuruda bulunan hastalar da mevcuttur (Kaplan ve Sadock, 2002). Obsesif kompulsif bozukluk dalgalı bir seyir izleyebilmekle birlikte ilerleyici bir yapıda ya da kronik şekilde var olabilmektedir. Hastalığın tedavi sürecine girilmemiş olsa ile kendiliğinden şiddetinde ve sıklığında artış ve azalış görülebilmektedir (Karamustafalıglu ve Akpınar, 2006).

Hastaların %20 ile %30’unun semptomlarında büyük boyutta düzelmeler gözlenirken, %40 ve %50 aralığında ortalama düzeyde bir düzelme gözlenmekte ve son olarak %20 ve %40 oranında bir değişiklik göstermeme veya kötüye gitme gözlemlenmektedir. Depresyon eş tanısı oranı 1/3 ile 2/3 oranında görüldüğü için intihar girişimi tehlikesi obsesif kompulsif hastaların hepsinde mevcuttur. Hastalığın iyi ve kötü prognozlarına

bakıldığında, iyi prognoz belirleyicileri; sosyal, özel ve mesleki çevreye karşı olumlu uyum, takıntıları başlatacak ya da şiddetli hale getirecek durumların ve semptomların belirli bir aralıkla meydana gelmesidir. Kötü prognoz belirleyicileri ise; zorlantılara (kompulsiyonlara) direnmek yerine onlara teslim olmayı seçmek, hastalığın başlangıcının çocuk yaşta olması, tedaviye hastanede devam edilme zorunluluğu olması, beraberinde depresyonun eşlik etmesi, gerçek dışı inançlar, takıntılar ve zorlantılara fazla değer verilmiş ve inanılmış olması ve bir kişilik bozukluğunun da bunlara eşlik etmesi durumudur. Prognozun takıntıların ne ile ilgili olduğu ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir (Kaplan ve Sadock, 2002).

1.1.7. Obsesyon ve Kompulsiyon Çeşitleri

1.1.7.1. Kirlenme/Bulaşma Obsesyonları

En çok rastlanan takıntılar arasında yer alan bu türde, kişide kirlenme ve kirli olduğunu düşündüğü yerlerden kendisine mikrop ya da daha pis maddelerin bulaşma ihtimalinin kaygısı vardır. Özellikle tuvalete gitmek mikrop bulaşması düşüncesi nedeniyle onlar için çok zorken bunun yanı sıra biriyle tokalaşmak, paralara dokunmak ya da herhangi bir yerdeki kapı kollarına dokunmak onlar için kirlenme/bulaşma düşünceleri nedeni ile çok zordur. Bu çeşit takıntısı olan kişiler etrafındaki her maddeyi ya da objeyi kirlenme için bir tehdit olarak görebilirler. Kaçınmaları da bu nedenle çok fazladır. Eşyalara ya da insanlara temastan oldukça kaygılanırlar.

Bu obsesyonlardan doğan kaygı, endişe ve stresi azaltmak ya da en aza indirebilmek için bu kişiler temiz olma amaçlı temizlenme kompulsiyonlarına başvurur. Bunlardan tekrar eden ve ritüelleşmiş tarzdeki el yıkamalar, banyolar, diş fırçalamalar en yaygın görünenleridir. Buna karşın temiz olduğuna ikna olamayan kişi kendisine yaptığı gibi etraftaki eşyaları da aynı şekilde aşırı miktarda temizleme ihtiyacı duyar ve temizlerler.

1.1.7.2. Kuşku/Şüphe Obsesyonları

Bu obsesyon daha çok bir davranış ya da hareketin yapıldığından ya da tam yapıldığından emin olamama halinden meydana gelmiştir. Bu nedenle de hastaların düşüncelerinde hep bir tehlike/alarm durumu söz konusudur. Zihinlerinde dolaşan takıntılı düşünceler, çıktığı bir yerin ya da evin kapısını kilitleyip kilitlemediği, elektrikle çalışan bir aletin fişini prizden çekip çekmediği, arabanın kapısını kilitleyip kilitlemediği şeklindedir. Ne kadar düşünseler de kendilerini ikna edemeyip o kaygıyı yaşadıkları için bu obsesyonların ardından 'kontrol etme' kompulsiyonları ortaya çıkar. Bunları örneklendirecek olursak da ütünün fişinin çıkıp çıkmadığı ya da gaz ocağının kapatılıp kapatılmadığı defalarca kontrol edilir. Bunlar kişinin zihninde oluşan tehlike senaryolarının giderilmesi amacı ile yapılıyor olsa da arkalarında şiddet ya da saldırganlıkla ilgili takıntılı düşünceler de yer almaktadır. Kirlenme/bulaşma hakkında yaşanan kaygıları da bu yöntemle azaltan hastalar da vardır.

1.1.7.3. Simetri ve Düzen Obsesyonları

Obsesyonların bu çeşidinde ise kişi, hem nesnelere hem de bazı olayların belirlenmiş bir kural, düzen ve konumda olmak zorunda düşüncesi ve eşyaların simetrik durması ile ilgili zihnen fazlaca meşguldür. Bu obsesyona sahip kişiler, yaşadıkları kaygı ve stresi azaltmak ya da en aza indirmek amacıyla etrafındaki eşyaları belirli bir simetride, belirli bir düzende (büyüklük-küçüklük sıralaması, renklerin tonlarına göre sıralanması) tutmaya özen gösterirler. Yapacakları işleri dahi yazıp kendilerini onları belirli bir sıra içerisinde gerçekleştirmek zorunda hissederler. Bunlara da sıralama/düzen kompulsiyonları adı verilir.

1.1.7.4. Saldırganlık Obsesyonları

Saldırganlık obsesyonlarına bakıldığında altta yatan temel kaygı uyandıran düşünce, kişinin kendisine ya da başkalarına zarar vermesi düşüncesidir. Bunlar öldürme, kesici bir aletle yaralama, motorlu bir araçla çarpma gibi türlü yollar ile gerçekleşebilir. Bu nedenle

de bu ihtimali en aza indirmek için kişiler zarar verebileceği delici, kesici aletleri ortalıkta çok bulundurmazlar ya da onların olduğu ortamlarda fazla bulunmamayı tercih ederler. Bunun yanı sıra yüksek bir binaya çıkmaktan, açık bir camın önünde sevdiği bir kişi ile durmaktan oldukça kaçınırlar. Aynı zamanda dehşet içerikli programlar, haberler izleyip bu konu hakkında herhangi bir yazı okumaktan da kaçarlar.

1.1.7.5. Cinsel Obsesyonlar

Cinsel obsesyonlarda kişi zihninden geçen düşünceleri kesinlikle kabul edilemez ve utanılacak şeyler olarak betimler. Bunlar, doğru olmadığını düşündüğü bir cinsel ilişki içine girme, homoseksüellik, çocuklara karşı cinsel uyarım hissetme ya da ensest ilişkiler ile ilgili olabilir. Zihninden bu düşünceleri atmak için başka şeyler düşünerek kendini rahatlatmaya çalışır ya da korktuğu senaryoların gerçekleşme ihtimali olan yerlere gitmekten kaçınır.

1.1.7.6. Dini Obsesyonlar

Dini obsesyonlar günah kavramıyla, doğru-yanlış kavramlarıyla ilgili obsesif düşüncelerden meydana gelir. Batı ülkelerine oranla Türkiye’de görülme sıklığı fazladır. Bu bireyler yaptıkları herhangi bir davranışın, söylediği herhangi bir sözün günah olup olmadığına dair fikirlere takılı kalır.

1.1.7.7. Somatik Obsesyonlar

Somatik obsesyonlar kişilerin herhangi hayati tehlike arz eden bir hastalığa yakalanma tipindeki takıntılı düşüncelerdir. Bunlar sık olarak kanser, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma endişesi olarak meydana gelir. Bu obsesyonların ardından gelen kompulsiyonlar ise yakalanmaktan korktuğu hastalıkla ilişkili olan beden bölümünün sürekli kontrol edilmesi, her şeyin yolunda olduğuna ve hasta olmadığına dair etrafta onay alma ihtiyacı şeklindedir.

1.1.7.8. Biriktirme/Saklama Obsesyonları

Bu obsesyon çeşidinde kişi maddi ve manevi değeri olmayan birçok eşyayı ihtiyacı olmasa da atmaz, saklar, biriktirir ya da satın alır. Bu tür obsesyonu olan kişileri sakladıkları ve ihtiyaçları olmayan nesne ve eşyaların atılma fikri bile korkutur. Bu durum çok ciddi kısıtlayıcı bir boyuta ulaşabilir.

1.1.7.9. Yineleme Kompulsiyonları

Tekrarlama davranışı bütün kompulsiyonlarda görülüyor olsa da kişilerin gün içinde yaptığı sıradan davranışların tam yapıldığına emin olmayıp yap-boz şeklinde devamlı tekrarlanması durumuna ‘yineleme kompulsiyonları’ adı verilir. Bir yere oturup kalkma ve tekrar oturma, kapıdan içeri girme çıkma ve tekrar girme, lambaya açma kapama tekrar açma, yazıp silip tekrar yazma gibi örnekler verilebilir (Türkel R., 2006). Tekrarlayıcı biçimde sayı sayma, dua etme, sürekli belli bir sözü akıldan geçirme, belirli kelimeleri tekrar etme tarzındaki zihinde olan tekrar aktiviteleri ise zihinsel kompulsiyonlar olarak adlandırılır. Bununla ilgili yapılan araştırmada (DSM-IV alan çalışması) görülmüştür ki, el yıkama ve kontrol etme kompulsiyonlarından sonra üçüncü sırada gelen bu zihinsel kompulsiyonlardır (Foa E. ve ark., 1995).

Obsesyonlar ve kompulsiyonların dağılımını belirlemek için Rasmussen ve Tsuang (1986)’in bir çalışmasında, OKB hastalarının %83’ünde el-vücut yıkama, %80’inde kontrol etme (denetleme), %21’inde sayma zorlantıları saptanmıştır. Bunun yanında ise, OKB hastalarının %42’sinde birden fazla zorlantı, %59’unda birden fazla takıntı belirlenmiştir. Bu hastaların sadece %4.5’inde takıntılar tek başına bulunmaktadır. Aynı şekilde %2-6’sında ise sadece zorlantılar bulunmaktadır. Bunlara ek olarak ise bu belirtiler zamanla farklılık gösterme eğilimindedirler. Örneğin; denetleme zorlantıları ritüelleşmiş tekrarlanan el yıkama zorlantısı işi konum değiştirebilmektedir (Kolada ve ark. 1994).

1.1.8. Etiyoloji

OKB üzerine yapılan çalışmalar OKB'nin nedenlerine genetik, davranışsal, biyolojik ve psikodinamik kuramlarla anlamlandırılmaya çalışmaktadır.

1.1.8.1. Genetik ve Nörobiyoloji

İkiz çocuklar ve aileler ile yapılan çalışmalar, genetiğin OKB üzerine katkısı olduğunu göstermiştir. Çocukken başlayan tipteki OKB'lerde yetişkinen başlayanlara göre bu genetik katkının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Pauls DL. ve ark, 2014). Hastalığın başlama yaşı 18 yaş ve üzeri olanlar ve aile öyküsünde bu hastalığa sahip olmayanların ayrı alt grup olduğu ifade edilmektedir.

Yapılan birçok araştırma beyinde salgılanan serotonin düzensizliğinin obsesif kompulsif bozukluğun oluşmasında payı olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra hastalık üzerinde serotonerjik ilaçların diğer nörotransmitter düzenekleri üzerinden çalışan ilaçlara göre çok daha etkili olduğu belirtilmiştir. Serotonin hipotezini destekleyen bir çalışma ise, obsesif kompulsif bozuklukta serotonin metaboliti olan 5-hidroksi triptamin (5-HIAA)'in beyin-omurilik sıvısı (BOS)'nda yüksek bir oranda belirlenmesi ve ardından klomipramin tedavi yöntemiyle bu oranın normal sınırlara döndüştüğünün gösterilmesidir. Bunun yanında, serotonin reseptör agonisti olan metaklorofenilpiperazin (mCPP)'i OKB hastalarına verilince semptomların kızgınlığı görülmüştür. Obsesif kompulsif bozuklukta patolojinin, reseptör düzeyinde fazla miktarda hassasiyetin oluşması ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Tükel, 2000).

Beyin görüntülemelerinde OKB hastalarının orbitofrontal korteks, kaudat nükleus ve talamus arasında nöronal bağlarında etkinlik farklılıkları görülmüştür. Pozitron emisyon tomografisi (PET) türü farklı görüntüleme çalışmalarında, hastaların frontal loblarında, bazal ganglionlarında (daha çok kaudat nükleusta) ve singulumlarında artan metabolizma ve kan akımı bulgularına ulaşılmıştır.

Bilgisayarlı tomografi (BT) 18 ve manyetik rezonans (MRI) çalışmalarında, OKB sahibi kişilerde kaudat nükleus çaplarının bilateral azaldığı bulunmuştur (Kaplan ve Sadock, 2002).

1.1.8.2. Psikodinamik Kuram

Freud, OKB ile ilişkili olan ilk psikanalitik fikirleri 19. Yüzyıl sonlarında ortaya koymuştur. Freud bu ‘obsesyonel nevrozun’ ortaya çıkışını histeride de olduğu gibi ödipal istekler sonucuna bağlamıştır. Freud’un takıntıları ve zorlantıları açıklama şekli “çocuklukta geçirilmiş cinsel örselenmenin sonucu anababaya karşı düşmanca dürtülerin denetimi” olarak olmuştur. Kişiler itklilerinin bastırılmasından dolayı kontrolden çıkma olasılığına karşı önlemler almaları sonucunda törensel davranışlar meydana gelmektedir. Freud’a göre kişinin yoğun anksiyete duymasının sebebi ödipal dönemin anlaşmazlıkları ve çatışmalarıyla baş edememesidir. Bunun sonucunda da kişi daha önceki anal sadistik zamanına geri gider. Kişi normalde sadistik itkileri güncel tarih için uygun olmadığını bildiği için bu itkiye karşı devamlı bir rekabet içerisine girer. Ayrıca Freud, bunların sonucunda üst benliğin de gerilemeye girdiğini ve katı, acımasız bir yapıya dönüştüğünü ifade eder (Baykal, 2011; Diler ve Avcı, 1999).

OKB hastalığında üst benliğin (süperegonun) da geri gitmeye maruz kaldığını ve sert, gaddar bir biçime dönüştüğünü ifade eden Freud; kişinin benliği (egosu) saldırganlığın dışa yönlendirilmesine ne kadar mani olursa, üst benliğin (süperegonun) sadistik halinin bir o kadar artacağını ve bu dış dünyaya yönlendirilemeyen saldırganlığı üst benlik (süperego) benliğe (egoya) yönlendirerek kişinin içinde bir çatışma hali yarattığını belirtmiştir (Freud, 1923). Kişinin benliği (egosu), sadist üst benliğin (süperegonun) taleplerine kimi zaman teslim olmakta kimi zaman ise isyan etmektedir, bazen ise hem teslim olmakta hem de isyan etmektedir.

Freud’dan sonra olan dönemlerde obsesif kompulsif bozukluk hakkında kendisinin beyanlarının biraz ilerletilmesinin ardına gidilmemiştir. OKB hastalarının çözümlenmelerinde Leib (2001), ebeveyn ilişkilerinin araştırılmasının oldukça önemli olduğunu ifade etmiştir. Bu kişilerdeki hastalığın, aşırı koruyucu, dominant ve mutlak

anne figürü ile kurdukları iletişimin içselleştirilmesinin rolü olduğunu belirtmiştir (Canca, 2009).

Bu kurama göre, obsesif kompulsif bozukluğunun 3 ana savunma mekanizması vardır, saldırganlık ve cinsel itkilerle baş etmede kullanılırlar. Bunlar; ‘bastırma’ (undoing), ‘karşıt tepki kurma’ (reaction formation) ve ‘yalıtma’ (isolation)dır. OK semptomların biçimini ve niteliğini bu 3 ana savunma mekanizması oluşturur. Ayrıca ‘yap-boz’ ve ‘yer değiştirme’ savunma mekanizmalarının da semptomları belirlemede payı olduğu düşünölmektedir (Diler ve Avcı, 1999; Taner, 2003).

Hasta bireylerin çocukluklarında anne ve babalarının yapmış olduğu hâkimiyet arz eden davranış ve tutumları nedeniyle kendilerini yeterli ve verimli hissedemedikleri için bu bozukluğun ortaya çıktığını ifade eden Alfred Adler (1931), ayrıca bu kişilerin aşağılık kompleksi içinde olmalarından ötürü kendilerine bilinçdişı olarak denetleyebilecekleri bir alan yaratmak için kompulsif davranışlar geliştirdiklerini ifade etmektedir (Davison ve Neale, 2011).

1.1.8.3. Bilişsel Davranışçı Kuram

Obsesif kompulsif bozuklukta ilk olarak bilişsel (kognitif) kanıyı 1974 yılında Carr ortaya koymuştur. Carr OKB hastalığında “gerçeklikten uzak tehdit oluşturan” değer biçmeler olduğunu ifade etmiştir (Işık ve Şener, 2007). Kognitif (bilişsel) kurama göre takıntılar (obsesyonların) kökü kaygı ve sıkıntı yaratan, istek duyulmayan düşünce, itki ve imgelerin felaketleştirilerek yorumlanmasından kaynaklanır. Eğer bu gerçeğe uygun olmayan açıklamalar yok olmazsa takıntılar (obsesyonlar) devam edecek, sona ermeyecektir. Bu takıntılar (obsesyonlar) nedeni ile meydana gelen sıkıntılar düşünce ve/veya davranış ritüelleri ile kaçınmaya ya da tekrarlar yaparak (geviş getirmek) en aza indirilmeye çalışılır (Diler ve Avcı, 1999; Öznur ve Erdem, 2015).

Salkovskis, obsesif kompulsif bozukluğun semptomlarını anlamlandırmak için “Abartılı Sorumluluk Algısı” modelini öne sürmüştür. Bu modelde anlatılanlara göre

sağlıklı kişilerin akıllarından da OKB hastalarının akıllarından geçen aynı içerikli imajlar, itkiler ve düşünceler geçmektedir. Bu hasta kişilerde oluşan kaygı ve sıkıntının kaynağı bu imajlar, itkiler ya da düşüncelerin kendileri değil, bu takıntılara yüklenen anlamlar ve onların yorumlamalarının yanlış yapılması nedeniyle oluşan aşırı sorumlu olma hissini yok etmek ya da en aza indirmek amacıyla gerçek dışı, anlamsız bir gayret içine girilmesidir (Pişgin ve Özen, 2010).

Barlow (2000)'in belirttiğine göre Mowrer'in fobik bozukluklarda korkmanın meydana gelişini izah eden "İki Evre Kuramı" OKB'yi açıklamak için kullanılmıştır. Bu kuramda takıntıların (obsesyonların) koşullu uyarıcı olduğu ve kaygıya (anksiyeteye) neden olduğu savunulmaktadır. Bu hissedilen kaygı (anksiyete) zorlantılarla (kompulsiyonlarla) yok edilmeye ya da en aza indirilmeye çalışılır ve bu konuda istenilen sonuç elde edilirse zorlantı davranışı (kompulsif davranış) öğrenilmiş ve pekişmiş olur. Bu zorlantı davranışlarının ardından düşük seviyeye gelen kaygı zorlantı davranışlarının tekrar edilmesine sebep olur ve böylece içinden çıkılmaz bir döngüye dönüşmüş olur. Kaygı seviyesini aza indirmek amacıyla yapılan tekrarlı davranışlara karşı hasta fobik kaçınma hareketleri de üretebilir. Sıkıntı ve kaygıyı aza indirmekte oldukça etkin olmalarından ötürü aşama aşama kaçınma yöntemleri benimsenir ve zorlantı (kompulsif) davranışlar haline gelip sabit bir hal alırlar sabitleşirler (Diler ve Avcı, 1999; Öznur ve Erdem, 2015).

1.1.9. Tedavi

Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde ilaç tedavisi (farmakolojik tedavi) kadar psikoterapiler de başarılı sonuçlar vermektedir. En etkili tedavi stili ise iki yöntemi bir arada kullanmaktır. Hastanın kişisel ihtiyaç ve özelliklerine bakılarak da tedavi stillerinden birine öncelik sağlanabilmektedir (Kandaz, 2009).

1.1.9.1. Farmakoterapi

Obsesif kompulsif bozukluğunun ilaç tedavisinde trisiklik ilaçlara oranla çok daha iyi derecede tolere edildikleri için 'serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI)' 1.basamak

ilaçlar olarak kullanılmaktadır. Bu SSRI'lar ekseriyetle depresyon hastalığının tedavisinde kullanılan dozdan daha çok kullanılması önerilir. Eğer bu ilaç tedavisinden beklenen sonuç alınamazsa, nöroleptik ya da lityum yardımıyla takviye tedavisi oluşturulabilir.

Antidepresan ilaç gruplarından klomipramin, fluvoksamin, fluoksetin, sitalopram, sertralin, essitoloqram ve paroksetin takıntı karşıtı ilaçlardandır. İlk olarak OKB'nin ilaç tedavisine bu grup ilaçlardan biri ile başlanılır, cevap alınmadığı takdirde başka bir maddeye geçilir. Gerçek bir düzelme görülebilmesi için geçen sürenin en az 8-16 hafta olması gerekmekte ayrıca toplam sürenin ise yeterli doz ile birlikte en az 12 ay olması hastalığın tekrarlamasını riski nedeniyle önemlidir. Psikoterapi ile ilaç tedavisinin bir arada yürütülmesi hastalardaki belirtilerin %60 ile %70 oranında bir azalma sağladığı bilinmektedir (Akpınar ve Karamustafalıglu, 2006).

OKB tedavisinde etkinliğini gösterebilecek diğer ilaç grupları ise, monoaminooksidaz inhibitörleri (MAOI), buspiron ve klonazepam'dır (Bayar ve Yavuz, 2008).

1.1.9.2. Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT)

Obsesif kompulsif bozukluğun tedavi edilmediği takdirde şiddetinin ve ilgili alanlarının hızlı bir şekilde artabilir bir seyre sahip olduğu bilinmektedir. Bilişsel davranışçı terapi OKB'de oldukça etkin ve önemli bir tedavi yöntemidir. Bu tedavinin davranışçı kısmının önemli 2 unsuru vardır. Bunlardan ilki takıntıların kişide meydana getirdiği sıkıntı ve kaygıyı (anksiyeteyi) azaltmak için uygulanan 'maruz bırakma (exposure)' yöntemi, ikincisi ise takıntılı düşüncelerin ve rahatlama davranışı olan kompulsiyonların (zorlantıların) sıklığını azaltmak için 'yanıt önleme (response prevention)' yöntemidir (Şimşek, 2015).

Terapiler sırasında ya da diğer uygulamalar yapılırken hastaların takıntılı düşünce, itki ya da imgeler nedeniyle yaratılan kaygı ya da kaçınma durumlarına kademeli olmak koşuluyla maruz bırakılma işlemi uygulanmaktadır. Hastaların kaygısının (anksiyetesinin)

miktarı buna neden olan durumla (uyaranla) yüzleştğinde oldukça yükselmektedir. Bu duruma belirli bir vakit maruz kalındığıdaysa yaşadığı kaygı (anksiyete) miktarı ve seviyesi giderek düşmektedir. Bu teknikler kullanılmaya başlamadan önce mutlaka hastaya anksiyete seviyesinde artma ve ardından azalma olacağı hakkında ön bilgi verilmeli ve uyarılmalıdır. Hastaların bu anksiyete yaratan durumlarla karşı karşıya getirilme durumu (maruz bırakılması) 2 türlü olabilmektedir. Bunlardan ilki gerçek hayat içinde (in vivo), diğeri ise o durumu zihninde oluşturarak hayal ettirme yöntemi ile (in vitro) gerçekleştirilir. 2 yöntem olsa da ilk yöntem olan gerçek hayat içinde maruz bırakma yönteminin diğere oranla daha olumlu sonuçlar verdiği tecrübe edilmiştir.

Maruz bırakma seanslarının daha hızlı gerçekleştirilenlerinden elde edilen sonucun da daha hızlı olduğu bilirse de seansların uzun vadeli olması daha etkin sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır.

Hastaların anksiyetelerine, takıntı ve zorlantılarının çeşidine, yaşanma süresine, 2 obsesyon arasında yaşanan süreye ilişkin terapistlerin notlar alması BDT’de oldukça önemlidir. Bu durum hem terapistlerin hem de hastaların kat edilen gelişmeleri ve genel gidişatı psikiyatrik ölçeklerle de karşılaştırarak somut olarak görebilmelerini sağlar (Bayraktar, 1997).

Bu terapi yönteminin bileşenlerinden diğeri olan ‘bilişsel’ parçasında takıntılı düşünce, itki ve imgelere neden olan ‘bilişsel çarpıtmalar’ ile çalışılıp onlar değiştirilir. Ayrıca takıntılıların meydana gelmesinde büyük payı olan ‘olumsuz otomatik düşünceler’ belirlenerek birtakım tekniklerle bu rahatsızlık veren inançların doğruluğu sorgulanır.

Bilişsel davranışçı terapide yapılan çalışmalar uzman bir terapistin eşliğinde devam eder ve en önemli kısımlardan biri ise hastanın terapide yapılan çalışmalarını günlük hayatına da taşıyabilmesi için verilen ev ödevleridir. İlk olarak terapide terapist ile yapılması ve hastaya öğretilmesi çok daha yararlı ve etkilidir. Hastayı sahip olduğu bu hastalık hakkında bilgilendirme (psikoeğitim), bilişsel çarpıtmaların tespiti sonrası ‘bilişsel yeniden yapılandırma’, terapist eşliğinde ve kontrolü içinde gerçekleşen ‘uyaranlara maruz bırakma

(exposure) ve tekrarlar, ‘yanıt önleme (response prevention) ve açıklandığı üzere ‘ev ödevleri’ BDT’nin bölümlerini oluşturur.

Amerika Birleşik Devletleri’nde çocuk yaşta olan obsesif kompulsif hastalarının tedavisi aşamasında BDT ya ilaç tedavisi ile beraber ya da tek başına seçeneklerin ilki olarak belirlenmiştir.

Alonso ve arkadaşlarının açıklamasında, BDT’nin parçalarından biri olan davranışçı tedavinin en mühim faydasının törensel (ritüel) hale gelmiş olan tekrarlayıcı eylemler adına olduğu ifade edilmiştir (Karaman ve ark., 2011). BDT’nin oldukça fazla hastanın tedavisinde ilk seçenek olmasının önemi vurgulanmıştır (Uğuz, 2012).

1.1.9.3. Psikanalitik Yönelimli Terapi

OKB’de takıntılı nevrozların tedavi sürecinin çözümsel (analitik) düzlemde zorluğu olduğunu Sigmund Freud belirtmiştir. OKB hastalarının dirençli olması nedeniyle psikodinamik temelli tedavilerin sınırlı kaldığı anlaşılmıştır. Bunun yanı sıra bu tedavi sürecini zorluğa iten diğer bir sebep ise hastaların kişiliklerinin değişmelere kapalı ve sert bir yapıya sahip olmasıdır. Fakat bu psikoterapi çeşidinin etkili ve yararlı olduğu durumlar ise, bazı OKB hastalığına sahip kişilerde eş tanı olarak beraberinde bulunan kaygı (anksiyete) ve depresyon belirtileriyle başa çıkabilmek, buna dair becerilerin artmasını sağlamak, sosyal ve aile iletişimini daha verimli ve düzgün hale getirme ve kaçma davranışları ile ilgili azalma sağlamak olduğu belirtilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

1.1.9.4. Elektrokonvülsif Tedavi

İlaç tedavileri (SSRI) ve psikoterapi tedavileri uygulanmasına karşın cevap alınamayan hastalara ‘elektrokonvülsif tedavi (EKT)’ uygulanabilir. Anestezi ile yapılan EKT 2 günde 1 olmakla birlikte en az 6-8 seans arası kullanılabilir. Obsesif kompulsif

bozukluk hastalarında EKT'ye %50 ile %60 arasında cevap verme oranı belirlenmiştir (DSM-V, 2013).

1.2. Aleksitimi

1.2.1. Tarihsel Gelişim ve Kavramsal Tanım

Aleksitimi kavramı kelime anlamı olarak Yunanca dilinden gelmiştir. Bileşenlerine ayrıldığında “a: yok, lexis: söz, thymos: duygu” olan sözcüklerin bir araya gelmesiyle meydana gelmiştir ve ilk olarak 1972 senesinde Sifneos Avrupa’da yaptığı bir konferansta bu çeşit duygu ile ilgili problemleri açıklamak için bu teriminden söz etmiştir. Ayrıca Türkçe diline ise “duygular için söz yokluğu” olarak geçmiştir. Aleksitimi başlarda sadece psikolojik nedenlerle ortaya çıkan bedensel rahatsızlıkları (psikosomatik) ya da septomları açıklamak için kullanılmış bir terimken (Blanchard ve ark., 1981) sonrasında bu kavramın sadece psikolojik nedenlerle meydana gelen bedensel rahatsızlıklarla kısıtlı bir durum olmadığı, sağlıklı olan kişilerde de (Taylor ve ark., 1985) aleksitiminin oldukça fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır (Dereboy, 1990). Bu nedenle de bu sorunun hastalık olmaktan çok kişilik ile ilgili bir olduğunu düşünenler de vardır. 2010 yılında Şahin ve ark. (2010) hislerin karşısında reaksiyon göstermeme ölçüsünü de işin içine katarak “duygusal ahraz” tanımını yapmışlardır. Dökmen (2000) ise, aleksitimiği “düşünce köleliği” olarak açıklamıştır.

Aleksitimi kavramını açıklayan kişilerden bir diğeri olan Lesser (1985), bu durumun hayaller kurulmasında yeterli olamama, somut ve bir şekilde bağımlı olan zihinsel yapı, kişiler arası sosyal uyumsuzluk olmamasına rağmen ilişkilerde eksiklik, kendi ile ilgili farkındalığın azlığı, kendi bireysel oluşunu ifade etmekte stresi aza indirmek için ruhsal becerilerin kullanılmasındansa vücudun kullanılması semptomlarını taşıdığını ifade etmiş ayrıca, bunun çocukluk ve gençlik dönemlerinde yaşanan bir zihinsel irtibat problemi olduğunu belirtmiştir (Way ve ark., 2007).

İnsanların hissettikleri duygularını fark etmesi ve bunları iletişim içerisinde etmesi oldukça önemli olmasına karşın bazı kişiler hislerini anlamakta ve onları nasıl dile getireceği konusunda ciddi problemler yaşarlar. İnsanlar arası ilişkilerde kişilerin hislerini fark etmeleri ve onları karşısındaki kişilerin anlayabilmesi için açıklayabilmeleri ilişkilerin sağlığı ve gücü için fazlaca önemli bir durumdur (Koçak, 2002). Bu aleksitimi kavramı genel hatları ile açıklanacak olursa; kişilerin hislerini anlamlandırma, onları tanıyabilme, adlandırabilme, aralarındaki farkları kavrayabilme ve son olarak da onları ifade ederken söze dökme durumlarında karşılaşılan güçlüklerdir. Genel hatlarıyla aleksitimiyi aynı biçimde tanımlayan Güleç ve Gökçe (2007) de, hisleri doğru tanıma, tanımlayabilme ve onların farklarını kavrayabilme yetilerinde zorluk yaşanan bir benlik özelliği biçiminde açıklamıştır. Ruesch bu nedenle bunu bir “çocuksu kişilik (infantil personality) şeklinde adlandırmıştır (Lesser, 1981).

Sifneos (1977), aleksitimi sorununa sahip kişileri açıklarken onların sağlıklı kişilerden bir farklarının olmadığını ve onların da hissedebildiklerini belirtmiştir. Ancak bunların yanı sıra bu bireylerin hislerini açıklamada, farklılıklarını fark etmede ve fikirleri ile hisleri arasında olan bağı kurmada sorunlar yaşadıklarını ifade etmiştir (Koçak, 2016). Diğer bir yandan aleksitimiklerin hislerini ifade etme sorunlarının yanı sıra çoğunlukla suratlarında mimiksiz (donuk) bir olduğu da belirtilmiştir. Aleksitiminin semptomlarının oluşmasında çocukluk çağı dönemindeki aile/ebeveyn ortamının kavgalı, sarsan olaylarla dolu olmasının da tetikleyici olabileceği açıklanmış ve daha farklı sebeplerinin varlığı iddia edilse de bireylerin aile içi ortamlarında yaşadıkları bu sarsıcı durum ve olayların etkisinin oldukça fazla olduğu açıklanmıştır (Erden, 2005).

1.2.2. Aleksitiminin Kişilik Belirtileri

Aleksitimik bireylerin düşünceleri ve hisleri arasında kurulamayan bağın yanında bir de diğer kişileri farklı yüz ifadeleri nedeni ile bu dünyaya ait değilmiş duygusuna sürükleyebilirler. Aleksitiminin kişilik ile ilgili özelliklerini tayin etme konusunda

çalışmalar yapan Lesser, Taylor ve ark., Sifneos gibi isimler bir düşünce birliği sonrasında bu 4 ana başlıkta özellikleri bir araya getirmişlerdir.

Bunlar:

- I- Duyguları fark ve ayırt etme, tanımlama zorlantısı.
- II- Düş kurma, düşlem (fantasy) yaşantıda kısıtlılık.
- III- İşlemsel – işe vuruk düşünme eğilimi (operating thinking)
- IV- Dış merkezli, uyum kurmaya yönelik bilişsel yapı (bilişsel tarz) biçiminde belirlenmiştir (Koçak ve ark., 2015).

1.2.2.1. Duyguları Fark Etme/Ayırt Etme, Tanımlama Zorluğu

Bağcı (2008)'in belirttiğine göre, sağlıklı bireylerden farklı özelliklere sahip olan aleksitimik bireyler, hislerinin farkına varma konusunda, hisleri ve fikirleri arasındaki bağları ve farklılıkları algılama konusunda, ayrıca hislerini kelimelere dökme konusunda zorluklar yaşamaktadırlar. Dikkati en çok çeken durumları hislerin tanımlamalarını yaparken büyük güçlük çekmeleridir. Gündelik yaşamlarında deneyimledikleri hislerden derinlemesine olmayan bir şekilde söz ederler. Örnek verilecek olursa; öfke, heyecan, utanç gibi his tanımlarını kullanmak yerine daha yüzeyde kalan rahat olma ya da rahatsız olma şeklinde açıklamalar kullanmaktadırlar. İfade problemleri dışında ise surat ifadelerinin donuk ve mimiksiz olmasından dolayı da bu bireylerin kimler olduğu kolaylıkla anlaşılabilir (Lesser, 1981).

1.2.2.2. Düş Kurma, Düşme (Fantasy) Yaşantıda Kısıtlılık

Aleksitimi problemi düş kurma ile ilgili meydana gelen zorluklara da neden olmaktadır. Aleksitimik bireyler genel olarak düş kurmada becerileri zayıf, düşlem hayatlarında güçlülere sahip kişilerdir. Hayal kurma özellikleri, yani hayal güçleri oldukça güçsüzdür ve zaten hayal kurmanın bir vakit kaybı olduğunu düşünmektedirler. Bunun sebebi hisler hatırlatacak tüm düşlerden uzak olmayı seçmeleridir (Taylor ve ark., 1988).

1.2.2.3. İşlemsel – İşe Vuruk Düşünme Eğilimi (Operating Thinking)

Koçak (2002)'nin belirttiğine göre, Taylor (1991) ve Lesser (1985) aleksitimik bireylerin hislerini kelimelere dökmede zorluk çeken bireyler olduğunu açıklayıp bir yandan da etrafındaki çevre ile hiçbir uyumsuzluk yaşamadan hayatlarını sürdürdüklerini belirtmektedirler. Bu kişilerin hislerinden uzak olan 'robotlaşmış/mekanik' biçimde bir hayat şekilleri mevcuttur. Sağlıklı bireylerden farklı olarak da yüzeyde olan iletişimler yürütmeyi seçerler. Aleksitimik kişiler problem yaşamamak için önceden sıkı tedbirler alır ve sorunları en hızlı ve kısa olarak kapatmayı seçerler (Koçak, 2002).

1.2.2.4. Dış Merkezli, Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı (Bilişsel Tarz)

Aleksitimiye sahip kişiler dış dünyaya dönük kişiliğe sahiplerdir ve çevre ile ilgili unsurlara ve uyarıcılara değer verirler. İnsan ilişkileri olması gerektiği gibi uyumludur. Empati duygusu gelişmemiş, dışa karşı olan tedbirleri fazla olan, insanlar içinde olmaksızın yalnız olmayı seçen, diğer insanlara bağlı olmaktan çok bağımlı olmaya müsait kişilerdir (Bayraktutan, 2014).

1.2.3. Epidemiyoloji

Aleksitimi yalnızca klinik vakalarda değil, aynı zamanda sağlıklı bireylerde de fazlaca görülebilmektedir (Büyükşahin ve Batıgün, 2008).

Erkek bireylerde olan aleksitimi seviyesi kadınlara oranla daha yüksektir. Bu durumun ana nedeni ise erkeklerin hisleri aktarmada kullanılan kelime haznelerinin arttırılmadığı olarak bulunmuştur. Bunun yanı sıra toplumlarda erkek bireylerin negatif hisleri aktarmaları güçsüzlük şeklinde yorumlanabilmektedir. Bu nedenle de kadınlara göre erkeklerin hislerini ifadede daha çekingen davrandıkları saptanmıştır (Honkalampi ve ark., 2000).

Yetişkin bireylerden 5454 kişilik bir grupta yapılan çalışmada aleksitimi yaygınlığı %9,9 şeklinde belirlenmiştir (Mattila ve ark., 2006). Ayrıca üniversitede okuyan öğrenciler

ile yapılan bir çalışmada aleksitiminin dağılımı kızlarda %1,8 iken erkeklerde bu oran %8,2 olarak saptanmıştır (Blanchard ve ark., 1981).

1.2.4. Etiyoloji

Hakkında birçok görüş farklılıkları bulunan aleksitimi için birçok farklı kuram da meydana gelmiştir. Bazı araştırmacılar nedeninin bedensel ya da davranışçı olduğunu savunurken, bazıları ise tamamen biliş ile ilgili ya da beynin bölümleri ile ilgili olduğunu savunmaktadırlar. Aleksitiminin neden olmasına yol açtığı düşünülen alanlar, nörofizyolojik, psikodinamik, bilişsel ve sosyokültürel/davranışçı nedenlerdir.

1.2.4.1. Nörofizyolojik Kuram

Aleksitimi bozukluğunun nedenleri arasında olduğu savunulan nörofizyolojik kuramda aktarılanlar ilk olarak komissürotomi sahibi hastalar ile ilgilidir. Bu hastalarda aleksitiminin varlığı gözlemlendikten sonra yapılan çalışmalarda aleksitimik kişilerin beyinlerinin sağ lobları ile sol lobları arasında bir bağ kopukluğunun olduğu ifade edilerek, aynı kopukluğun sağ lobdaki ilk süreçte olan düşünceler ile sol lobdaki ikincil süreçte olan düşünceler arasında da olduğu belirtilmiştir (Hoppe ve Bogen, 1977). Bu bilginin doğruluğuna netlik getirmek için yapılan çalışma ve araştırmaların genelinde hastaların beyinlerindeki 'korpus kollasum'lar kesilerek beyin lobları arasındaki bağ koparılması sonucu hastalarda şiddetli bedensel problemler ve reaksiyonların oluşumu gözlemlenmiştir.

1949 yılında Mac Lean'in psikosomatik hastalarda duyu sisteminin kontrolünü sağlayan en önemli parça olan limbik sistemle neokorteks arası bir bağ sorunundan bahsetmesine dayanarak Nemiah (1975) bir ön sav oluşturmuştur. Bu ön sava göre, aleksitimi sahibi bireylerde şizofreni hastalarının tersine olarak neokortekse limbik sistemden gelen duyuşsal (sensory) uyarılar (inputs) straitumda engellenmektedirler. Bunun sonucunda bu uyarıların neokortekse ulaşamaması sonucunda ortaya bilinçli bir duyuşsal

yaşantı çıkamamaktadır. Bu durum Sifneos (1996) tarafından ‘duyguların söze dökme güçlüğü (afazisi)’ olarak tanımlanmıştır.

Yapılan bir başka çalışmada ise Kaplan ve Wogan (1977), hastalara verilen ağırlı uyaranlar sırasında hayal kurmanın ve beynin sağ lob gücünün fark edilen ağrının şiddetinin artışıdan koruduğu belirtilmiştir. Bunun sonucunda aleksitimiye sahip bireylerdeki bedensel şikâyet (psikosomatik) eğilimi beyinlerindeki sağ loblardaki etkinlik azlığından kaynaklanıyor olabileceği vurgulanmaktadır. Sağ lobu bir nedenden dolayı engellenmiş olan bir hastanın aleksitimiye dair semptomlara sahip olduğunun gözlenmesi de bir önceki ön savı desteklemiştir. Diğer bir çalışmada ise sadece sağ elini kullanabilen kişiler ile diğer bireyler karşılaştırıldığında, ilk grubun daha yüksek oranda aleksitimi semptomları gösterdiği belirlenmiştir (Fricchione ve Howanitz, 1985).

1.2.4.2. Psikoanalitik Kuram

Psikoanalitik kuramda, insan davranışlarının temeli bireylerin hisleri ve fikirlerini bilinçleri dışında bastırmalarına dayanmaktadır. Ayrıca bu kurama göre aleksitiminin oluşumu da his ve fikirlerin bastırılmaları sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu kuramı savunan araştırmacı kişiler aleksitiminin bireylerin bebeklik ve çocukluk zamanlarında oluştuğunu belirtmektedirler. Bu yaşanan dönemlerde aile ile çocuğun ilişkisi ile aile bireylerinin çocuğa karşı olan davranış ve tutumları aleksitiminin gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Yıldız, 2013).

Psikoanalitik yaklaşımda aynı zamanda yaşanmış olan travmalar ve sağlıklı olmayan ego (benlik) savunma düzeneği hislerin bastırılmasına ve aynı zamanda sözsel olarak ifade edilememesine neden olmaktadır. Bu durum aleksitimi için de böyle olabilmektedir. Bir uyaranın ya da bir düşüncenin söze dökülebilmesi için bilinç dışı seviyeden bilinç seviyesine gelmesi gerektiğini savunan Freud, ancak bilinçdışı itilen sıkıntılar ve duyguların yaşandığını ve bunların da bilinç seviyesinde algılanmadığını belirtmektedir. Zihin dışı ifadesi mümkün olmayan ve bunun yanında sözsel aktarılamayan hisler, fikirler, sıkıntılar

somatik (bedensel reaksiyon) şekilde ortaya çıkar. Bu bakımdan aleksitimi sahibi bireylerle benzerlik göstermektedir (Stoudemire, 1991).

Aynı kurama bağlı olup da bu konu ile ilgili farklı savunmalarını dile getiren Mc Dougall ise, aleksitimi ile ilgili kişilerin hayatlarının ilk döneminde anne ile olan bağ kurma zamanında olup biten problemlerin önemli sonuçlara neden olabileceğini belirtmektedir. Çocukta anne ile olan bağ kurma problemleri nedeni ile ego (benlik) oluşturma, imaj meydana getirme yeteneğinde sorun olabilecek durumlar oluşmaktadır. Bunun sonucunda ego (benlik) oluşturmada sorun yaşayan çocuk hislerinin sözselleşmesinde zorluklar yaşayabilmekte, ayrıca imaj meydana getirmede güçlük çeken çocuk hayatının sonraki yıllarında düş kurma, hayal etme yeteneklerinde zorluklar yaşayabilmektedir. Bu yaşanan sözselleşme yetenek yoksunluğu ve düş kurabilme güçlüğü çocuğun sonraki yıllarında aleksitimi semptomları ya da özellikleri taşımasına sebep olabilmektedir (Mc Dougall, 1982).

Krystal (1979)'a göre, aleksitimi yaşayan kişiler yaşadıkları bir travma nedeniyle duygusal gelişim döneminin başlarına takılı kalmış ya da gerileme yaşamış olabilirler. Çocuğun anne ile arasında ortaklaşa kurulan bağda bir yetersizlik var ise, yaşadığı travma sonrası aleksitimi semptom ya da özellikleri gösterebilmektedir. Gelişim odaklı açıklamalarını yapan Krystal, çocukların duygusal irtibat yeterliliği gelişiminin tamamen aile ile ilişkilerinde onun duygusal tecrübelerinin geliştirilmesiyle doğrudan ilişkili olduğunu belirtmektedir. Çocuklar ilk zamanlarda hislerini beden yoluyla anlatabilmektedirler. Sonrasında ise çocuğun gelişimi ile birlikte hisler de değişerek bedenden sözele geçmektedir. Fakat bu gelişme sürecinde aile ile yaşanan çarpık ya da sıkıntılı ilişkilerin varlığı, negatif olayların çokluğu çocuk üzerinde geriletici ya da olduğu döneme takılı bırakan etkilere sebep olabilmektedir. Bu durumdan yola çıkarak aleksitimik bireylerin bazılarının çocukluk döneminde yaşadıkları negatif, sarsıcı ya da sıkıntı yaratan ilişki ve olaylar nedeniyle duygusal gelişiminin ilk yıllarına gerileme gösteren ya da o dönemde takılı kalan bu nedenle de gelişim sürecini tamamlayamamış olan bireylerdir. Aleksitimik kişilerdeki düş kurma ve fantezi eksikliği, öz bakım ya da bir şey yaratma eksikliği özelliklerini çocukluk çağlarındaki gelişimlerine engel oluşturan sarsıcı ve

travmatik ilişki ve olaylara bağlayan Krystal, bu durumu travmalar sonucunda meydana gelen bir gerileme, saplanma şeklinde ifade etmektedir (Krystal, 1979).

1.2.4.3. Bilişsel Kuram

Kişilerdeki psikolojik problemlerin altta yatan sebebinin, dış dünyada ve içimizde olup bitenlerin işlevsiz ve sağlıklı olmayan zihinsel işlemeden dolayı yanlış ve gerçek dışı algılanıp yorumlanması olduğunu savunan ve bu kuramın kurucularından olan Beck (1995), insanların hayatlarının başında başlayan dış dünyaya açılma, tecrübelenme, bir şeyler öğrenme ve iletişime geçme davranışlarının kişilerde birtakım ana fikirler ve inanışlar meydana getirdiğini belirtmektedir. Bahsedilen bu ana inanış ve fikirler tekrarlandığında “şemaları” meydana getirir, bu şemaların işlevleri ise kişinin günlük hayatındaki algılayış biçimini düzenlemek, çevresinde olup biten durum ve olayları tanımlamak ve anlamlandırmaktır. Bazen fazlasıyla sert, aşırı ve gerçek dışı özellikler taşıyan bu şemalar, böyle olduğunda işlevini yitirmiş ve uyumdan çok uyumsuzluğa neden olurlar. Beck, bu şemaların içeriğinde kişisel algılama, fazla genelleme, değersizlik, keyfi çıkarım, yetersizlik, abartma gibi bilişsel çarpıtmaların bulunduğunu belirtmektedir (Beck, 1995).

Hislerin altında yatanların zihinsel değerlendirme ve ögeler olduğunu belirten Lazarus (1982)'a göre, hisler kişilerin dış dünya ile iletişime geçmede kullandığı zihinsel değerlendirmelerin bir ürünüdür. Bu değerlendirmeler basit olandan (konuşma öncesi zihin ve zihin dışı) komplike olana (zihin) doğru sıralanır. Bu komplike düzeyde hislerin sözselleşmiş ve imgesel şekilde aktarımı ve düşünceler bulunur. Martin ve Pihl, Lazarus'un belirttiği bu gelişmemiş zihinsel çarpıtmaları aleksitimik kişilerin kullandığını savunmaktadırlar. Bu sava göre, aleksitimiklerde oldukça alt seviyelerde olan zihinsel değerlendirme gerçekleşir. Bunun anlamı sözselleşmiş ve imgesel şekilde olmayan bir değerlendirmedir. Bundan kaynaklı olarak ise aleksitimik bireyler hissettiklerini birbirinden ayıramaz ve bedensel reaksiyon şeklinde ortaya koyarlar. Kaygı-stres türünde olan hislerinin fark edemeyip dolayısıyla yaşayamazlar. Bu nedenle de yaşanan hislerini beden yoluyla (psikosomatik) belli ederler (Martin ve Phil, 1986).

Lane ve Schwartz (1987)'in Piaget'in kuramını baz alarak oluşturulan 'bilişsel gelişim modeli'nde, hissedilen duyguların tümü zihinsel süreçlerden geçmiş olmalarının bir ürünüdür. Piaget'in geliştirdiği bilişsel gelişimin 5 evresi duygusal olan gelişmeler için de geçerli olabilmektedir. Bu evrelerin ilk basamaklarında kişilerin hissettikleri duygular daha ilkel düzeyde ayırt edilemez ve bedensel aktarımla aktarılabiliyorken, sonraki basamaklarda hisler ayrılabilir bir hale gelir. Bu pencereden bakıldığında aleksitimik kişiler bu basamakların alt seviyelerinde kalmış ve ilerleyememiş bireylerdir (Koçak, 2003).

1.2.4.4. Sosyokültürel-Davranışçı Kuram

Davranışçı kuramın kökünde kişilerin tüm davranış ve hareketlerinin sosyal ortam içerisinde geçirdiği zamandaki öğrenme biçimiyle oluştuğu savunulmaktadır. Sosyal öğrenme ise sosyokültürel yaklaşımın esasını oluşturmakta ve kültür ile ilgili faktörleri de içine almaktadır. Bu öğrenmeler ve kültürel faktörler sonucunda önemi en büyük olan unsurun aleksitimik özelliğe sahip davranışlar olduğu belirtilmektedir (Sallıoğlu, 2002).

Kişilerin hayatları boyunca sahip olduğu normal olarak ve normal olmayan olarak tanımlanan tüm davranışları doğdukları andan başlayarak hayat boyu süren öğrenmeler ve eğitimler sonucunda meydana gelir. İnsanların her birinin doğduğu, büyüdüğü ve yetiştiği bir çevre ve aile, aynı zamanda bu ailenin de içerisinde bulunduğu bir kültürel model ve aralarındaki ilişkiyi sürdürürebilmek için kullandıkları bir iletişim şekli mevcuttur. Bu sosyokültürel modelin içerisinde kişilerin hisleri, fikirlerini aktarma şekilleri, davranışları, iletişim tarzları biçimlenmektedir. Batı kültüründe kişilerin hislerini söze döküp anlatmaları sağlıklı bir birey olma göstergesiyken, bazı doğu ülkelerinde ise hissedilenlerin açık bir şekilde ifade edilmesi doğru görülmez ve bu ülkelerin bazılarında bazı duyguların karşılığı olan sözcük dahi yoktur.

Yapılan araştırmalar sonucu Borens ve ark., sosyal ve ekonomik seviyeleri düşük olan, gelişimi hiç ya da oldukça az olan kesimlerde hayat bulan kişilerde çok daha fazla aleksitimi semptomlarına rastlandığı görülmektedir (Lesser, 1985).

Stoudemire'nin belirttiğine göre, kişilerin kişiler arası iletişim becerisinin doğup büyüdüğü aile ortamının içerisinde modelleme ve öğrenme yoluyla oluştuğunu belirtmektedir. Stoudemire'a göre eğer insanlar çocuk yaşta ebeveynlerinden ya da yaşantılarını sürdürdükleri çevreden hislerini ve düşündüklerini sözselsel bir biçimde dışarı vurmayı öğreneceklerine eğer onları içine atıp bastırmayı veya beden ile ifadeyi öğreniyorsa aleksitimi semptomlarına sahip olmaya eğilimi var demektir.

Bu kuramda, sosyo-kültürel çevrelerinde kişilerin görüp öğrendikleri ile aleksitimi özellikleri göstermeleri ilişkilidir. Aleksitimi kavramı kişinin hayatında edindiği eğitimler ve öğrenmeler doğrultusunda tecrübe ettiği kültüre dayanan ve sosyallikle ilişkili bir bozukluktur (Stoudemire, 1981).

1.2.5. Tedavi

Yapılan araştırma ve çalışmalar, aleksitimik kişilerin tedavisinde hangi yöntem ve yaklaşımın daha yararlı olduğu konusunda yeterli bilgi vermemektedir. Ancak bu tedavilerde tıbbi yönlü terapiler kişinin beden şikayetlerini fazlalaştırması nedeniyle eğitici özellik taşıyan tedavi metotlarının kullanılması gerekmektedir (Sifneos, 1988).

Aleksitiminin tedavisinde psikodinamik yönelimli terapilerden fayda görülmediğini belirten Krystal (1983), bu kişilere net bir biçimde sağlıklı kişilerden değişik davranışlar sergilediğinin söylenmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Böylelikle aleksitimi özellikleri gösteren bu kişilerin duygu durumlarının paralelinde meydana gelen beden şikayetlerine ve diline vurgu yapılır.

4 temel maddeden meydana gelen bir metot oluşturan Krystal, onları bu şekilde sıralamıştır:

- 1- Aleksitimi özellikleri gösteren kişilere duygusal süreçlerinde ve zihninde ne çeşit bir problem olduğu net bir biçimde söylemek.
- 2- Kişinin duygulara dayanma kuvvetini fazlalaştırarak hislerini işaret olarak kullanabilmesini sağlamak.

- 3- Bu kişilerin öz bakımlarında yetersizlik var ise bunu onlara bildirmek ve bu yeteneğin oluşturulup geliştirilmesine yardım etmek.
- 4- Aleksitimiklerin hislerini aktarabilmelerini ve tanımlamalarını sağlayıp empati yeteneğindeki yetersizliğine destek vermek (Krystal, 1983).

Lesser (1985) ise aleksitimik kişilerin tedavisinde bilişsel kuramlarda kullanılan “burada” ve “şimdi” metodunun kullanılması gerektiğini savunmakta ve ayrıca empati yöntemi kullanılarak yapılan dinlemenin de bu kişiler üzerindeki tedavilerde fayda sağlayacağını belirtmektedir (Lesser, 1985).

2.YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Yapılan bu çalışmada kullanılan Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) İstanbul şehrinde özel bir nöropsikiyatri kliniği olan Üsküdar Üniversitesi NP Feneryolu Tıp Merkezi'nde obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireyler ile İstanbul'da yaşayan sağlıklı bireylere uygulanmıştır. Buradaki amaç ise, OKB hastaları ve sağlıklı bireylerin Yale-Brown ölçeğindeki skorlarını göz önünde bulundurarak, bu iki gruptaki bireylerin Toronto Aleksitimi Ölçeği sonuçlarına göre olan aleksitimi skorlarını karşılaştırıp ilişki olup olmadığı saptanacaktır. Araştırmanın modeli ise betimsel çalışma yöntemidir. Betimsel çalışmanın da amacı olduğu gibi konular etraflıca tanıtılarak açıklandıktan sonra örneklem üzerinde de herhangi bir yönlendirme yapılmadan çalışma sürdürülür. Çalışılan konuyla ilgili olan denencelerin test edilmesi için veriler toplanır. Bu veriler araştırma ve kurulan hipotezler ile ilişkili olup kullanılan ölçekler yoluyla elde edilmiştir.

2.2. Örneklem

Araştırmanın örneklemini yaşları 18-45 arasında değişen n=40 OKB tanılı hastalar (yaş ort=30.30;ss=8.812) ve n=40 sağlıklı kontrol grubu (yaş ort=30.90; ss=7.407) olmak üzere, toplamda N=80 katılımcıdan (yaş ort=30.60; ss=8.094) oluşmaktadır. OKB tanılı hastalar İstanbul'daki Üsküdar Üniversitesi NP Feneryolu Tıp Merkezi'nde tanı almış ve tedaviye devam eden gönüllü katılımcılardır. Sağlıklı kontrol grubundaki bireyler ise "random" yöntemiyle seçilmiş olan, İstanbul'da yaşayan, 18-45 yaş aralığındaki çalışmaya katılımda gönüllü bireylerdir.

2.2.1. Dahil Olma Kriterleri

- 18-45 yaş aralığında olmak
- Gönüllü olmak
- OKB tanısı almış olmak (*Deney Grubu İçin*)

- 18-45 yaş aralığında olmak
- Gönüllü olmak
- Psikiyatrik tanı almamış olmak (*Kontrol Grubu İçin*)

2.2.2. Dışlanma Kriterleri

- 18-45 yaş aralığında olmamak
- Gönüllü olmamak
- OKB tanısı olmamış olmak (*Deney Grubu İçin*)

- 18-45 yaş aralığında olmamak
- Gönüllü olmamak
- Psikiyatrik tanı almış olmak (*Kontrol Grubu İçin*)

2.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplamak amacı ile örneklemdaki kişilere uygulanmak adına, “Sosyodemografik Veri Formu”, “Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)” ve “Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)” kullanılmıştır.

2.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmayı yapan kişi tarafından oluşturulmuş olan bu form, araştırmanın örnekleminde yer alan deney ve kontrol grubu dahil olmak üzere toplam 80 kişinin de kişisel bilgilerini elde etmek amacıyla kullanılmış 18 soruluk bir formdur. Bu form sayesinde araştırmaya katılan bireylerin yaşları, medeni durumları, çocuk sahibi olma durumları, gelir düzeyleri, meslekleri, varsa kronik hastalıkları, yaşadıkları yer ve yetiştirilme biçimleri ile ilgili temel bilgiler edinilmiştir.

İstatistiki veri değerlendirmesi sırasında bu soruların gerekli görülenleri kullanılmış olup soru sayısı 11'e indirilmiştir.

2.3.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Listesi (Y-BOCS)

Y-BOCS, OKB belirtileri olan hastalardaki obsesyonların ve kompulsiyonların çeşitlerini ve derecesini ölçmek amacı ile kullanılan bir ölçektir. 19 adet toplam maddesi vardır, fakat bunlardan ilk 5'i obsesyonları, sonraki 5'i ise kompulsiyonları ölçüyor olup geriye kalan 9 madde ölçeği uygulayan uzman tarafından yapılmaktadır. Sorular 0-4 aralığında puanlandırılmış olup "0=hiç semptom yok", "4=oldukça fazla semptom var" şeklinde kodlanmıştır. Ölçeğin toplam puanını ilk 10 maddenin toplamı belirler. Bu ölçeğe dair yapılmış olan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının Türkçe versiyonu 1995 yılında Tek ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Bıçakçı, 2017).

2.3.3. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), ilk olarak 1985 senesinde Taylor ve ark. (1985) tarafından kişilerde aleksitimik özellikler olup olmadığını tespit etmek için tasarlanmıştır. 26 maddeden ve 4 faktörden oluşmuş olan bu ilk versiyonu ayrıca 4 alt kapsamdan meydana gelmiştir. Ayrıca ölçeğin Türkçe dilindeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Dereboy (1990) gerçekleştirmiştir. Oluşturulan 4 alt kapsam:

- 1- Hisleri ve bedenle ilgili olan duyuları ayırabilme ve fark edebilme yeteneği – 11 madde,
- 2- Hisleri aktarabilme yeteneği – 7 madde,
- 3- Hayal edebilme – 5 madde,
- 4- Dış dünya odaklı uyumluluğa dair zihinsel yapıdır – 6 madde (Taylor ve ark., 1985).

Sonrasında yapılan çeşitli çalışmalar doğrultusunda oluşturulan değişiklikler sonucu ölçek 26 maddeden 20 maddeye, 4 alt kapsamdan 3 alt kapsama dönüştürölüp sadeleştirilmiş ve ismi de TAÖ-20 olarak Bagby ve arkadaşları tarafından 1994 yılında değiştirilmiştir (Bagby ve ark., 1994).

TAÖ-20'yi oluşturan her 20 maddenin seçenek kısımlarında 5'li likert tipi kullanılmıştır. Bu seçenekler ise; 1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren, 3=Bazen, 4=Sık sık, 5=Her zaman biçiminde belirlenmiştir. İçinde bulunan 3 alt kapsam ise; duyguları tanımada zorluk – 7 madde (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14), duyguların aktarımında (ifadesinde) zorluk – 5 madde (2, 4, 11, 12, 17) ve dış dünyaya yönelik düşünme – 8 madde (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) biçimindedir. Puanlama kısmında seçeneklerin bazıları ters puanlanmaktadır. Bu ters biçimde puanlananlar ise; 4., 5., 10., 18., 19. Maddeler olarak belirlenmiştir (Özkorumak ve ark., 2006). Bu ölçek için belirlenen kesme puanı ise 61 olarak belirlenmiş olup puanlama sonucunda 61 puan ve üzeri alan kişilerin 'aleksitimik' özellikler taşıdığı kabul edilmektedir (Taşkın ve ark., 2007).

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)'nin Türkçe diline olan uyarlanmasını Güleç ve arkadaşları (2009) gerçekleştirmişlerdir. Ölçeğin maddelerinin toplamının içsel tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa değeri) 0.78 değerinde bulunmuş olup 3 alt kapsamının Cronbach alfa değerisi ise 0.57-0.80 aralığındadır (Güleç ve Yenel, 2011). Bu son sadeleştirilmiş versiyonu bu ölçeğin günümüzde en çok kullanılan biçimidir.

2.4. KULLANILAN VERİ ANALİZİ TEKNİKLERİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS v.21 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Sürekli değişkenlerin normallik dağılımı Tabachnick ve Fidel'in (2013) önerdiği gibi Skewness-Kurtosis değerlerinin -1.5 ve +1.5 aralığında oluşuna göre değerlendirilmiş olup katılımcıların Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden aldıkları puanlarla Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları puanların normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi yürütülmüştür. OKB tanılı hastaların ve kontrol grubunun demografik özellikleri bakımından dağılımları ve kategoriye düşen katılımcı sayısının az olması nedeniyle, demografik değişkenler bakımından yürütülen gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem Mann Whintey U testi yürütülmüştür. Ölçeklerden alınan puanlar arasındaki korelasyon değerleri ise puanların normal dağılıyor olması nedeniyle Pearson korelasyon analizi ile yürütülmüştür.

3. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analiz bulguları verilmiştir. İlk olarak, OKB tanısı almış hastalarla sağlıklı kontrollerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdeleri ile bu dağılımlar arasındaki farkların anlamlılığının analiz edildiği ki-kare analizi bulgularına yer verilmiştir. İkinci olarak OKB tanısı almış hastalarla sağlıklı kontrollerin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden aldıkları ortalama puanların ve Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanların karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir. Üçüncü olarak, OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrol grubunun ayrı ayrı olarak demografik özellikleri bakımından Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden aldıkları ortalama puanların ve Toronto Aleksitimi Ölçeği'nden ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanların karşılaştırıldığı normal dağılım göstermeyen örnekleme uygun Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi bulguları verilmiştir. Dördüncü olarak OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin ayrı ayrı olarak Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden aldıkları puanlarla Toronto Aleksitimi Ölçeğinden ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

3.1. OKB Tanılı Hastalarla Sağlıklı Kontrollerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1'de katılımcıların cinsiyetlerine göre ve OKB tanısı alıp alamamalarına göre yaş ortalamaları, standart sapmaları ve minimum maksimum yaşları verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların cinsiyetlerine ve gruplarına göre yaş ortalamaları, standart sapmaları

		N	YAŞ ORT	SS	Minimum	Maksimum
Cinsiyet	Kadın	50	30.54	8.700	18	45
	Erkek	30	30.70	7.111	19	43
	Toplam	80	30.60	8.094	18	45
Grup	OKB	40	30.30	8.812	18	45
	Kontrol	40	30.90	7.407	19	45
	Toplam	80	30.60	8.094	18	45

Kadın katılımcıların yaş ortalaması 30.54 (ss=8.700), erkek katılımcıların yaş ortalaması 30.70 (ss=7.111) olup, toplamda katılımcıların yaş ortalamaları 30.60 (ss=8.094) bulunmuştur.

OKB tanılı hastaların yaş ortalaması 30.30 (ss=8.812) ve sağlıklı kontrollerin yaş ortalaması 30.90 (ss=7.407) olup, toplamda katılımcıların yaş ortalamaları 30.60 (ss=8.094) bulunmuştur.

Tablo 2’de OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeleri ve bu dağılımlar arasındaki farklara ilişkin ki-kare analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 2. OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare bulguları

			OKB	Kontrol	Toplam	χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	n	25	25	50	.000	1.000
		%	62.5	62.5	62.5		
	Erkek	n	15	15	30		
		%	37.5	37.5	37.5		
Medeni Durum	Evli	n	12	11	23	3.118	.210
		%	30.0	27.5	28.8		
	Bekar	n	28	26	54		
		%	70.0	65.0	67.5		
	Boşanmış	n	0	3	3		
		%	0.0	7.5	3.8		
Birlikte Yaşam	Yalnız	n	3	5	8	2.788	.594
		%	7.5	12.5	10.0		
	Sadece eşle	n	5	2	7		
		%	12.5	5.0	8.8		
	Eş ve çocuklarla	n	5	8	13		
		%	12.5	20.0	16.3		
	Anne ve babayla	n	22	19	41		
		%	55.0	47.5	51.3		
Diğer	n	5	6	11			
	%	12.5	15.0	13.8			
Eğitim Durumu	İlköğretim	n	0	1	1	6.348	.096
		%	0.0	2.5	1.3		
	Lise	n	5	1	6		
		%	12.5	2.5	7.5		
	Önlisans ve Lisans	n	34	33	67		
		%	85.0	82.5	83.8		
Diğer	n	1	5	6			
	%	2.5	12.5	7.5			
Çocuk	Var	n	6	11	17	1.867	.172
		%	15.0	27.5	21.3		
	Yok	n	34	29	63		
		%	85.0	72.5	78.8		
Gelir Durumu	500 TL altında	n	2	0	2	4.303	.231
		%	5.0	0.0	2.5		
	500-1000 TL	n	5	3	8		
		%	12.5	7.5	10.0		
	1000-1500 TL	n	6	3	9		
		%	15.0	7.5	11.3		
2000 TL ve üzerinde	n	27	34	61			
	%	67.5	85.0	76.3			

Tablo 2 devam. OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları, yüzdeleri ve ki-kare bulguları

			OKB	Kontrol	Toplam	χ^2	P
Çalışma Durumu	Çalışıyor	n	17	27	44	5.051	.025*
		%	42.5	67.5	55.0		
	Çalışmıyor	n	23	13	36		
		%	57.5	32.5	45.0		
Çalışma Süresi	1 yıldan az	n	20	16	36	1.608	.658
		%	50.0	40.0	45.0		
	1-5 yıl arası	n	6	10	16		
		%	15.0	25.0	20.0		
	5-10 yıl arası	n	4	5	9		
		%	10.0	12.5	11.3		
	11 yıl ve üzeri	n	10	9	19		
		%	25.0	22.5	23.8		
Yetiştiren	Anne	n	4	4	8	3.276	.513
		%	10.0	10.0	10.0		
	Baba	n	1	2	3		
		%	2.5	5.0	3.8		
	Bakıcı	n	1	0	1		
		%	2.5	0.0	1.3		
	Anne ve Baba	n	30	33	63		
		%	75.0	82.5	78.8		
	Diğer	n	4	1	5		
		%	10.0	2.5	6.3		
Toplam		n	40	40	80		
		%	100.0	100.0	100.0		

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin cinsiyetlere dağılımları birbirlerine eşittir. OKB tanılı hastaların %62.5'i kadın ve %37.5'i erkektir. Aynı şekilde sağlıklı kontrollerin %62.5'i kadın ve %37.5'i erkektir.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin medeni durum dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. OKB tanılı hastaların %30'u evli, %70'i bekdir. Sağlıklı kontrollerin %27.5'i evli, %65'i bekar ve %7.5'i boşanmıştır.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin birlikte yaşadıkları kimselerle göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. OKB tanılı hastaların %7.5'i yalnız, %12.5'i sadece eşleriyle, %12.5'i eş ve çocuklarıyla, %55'i anne ve babalarıyla, %12.5'i

diğer kimselerle birlikte yaşamaktadır. Sağlıklı kontrollerin %12.5'i yalnız, %5'i sadece eşleriyle, %20'si eş ve çocuklarıyla, %47.5'i anne ve babalarıyla, %15'i diğer kimselerle birlikte yaşamaktadırlar.

OKB tanıli hastalarla sağlıklı kontrollerin eğitim durumlarına dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. OKB tanıli hastaların %12.5'i lise, %85'i ön lisans ve lisans, %2.5'i diğer eğitim düzeylerinden mezundur. Sağlıklı kontrollerin %2.5'i ilköğretim, %2.5'i lise, %82.5'i ön lisans ve lisans, %12.5'i diğer eğitim düzeylerinden mezundur.

OKB tanıli hastalarla sağlıklı kontrollerim çocuk sahibi olmaları bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. OKB tanıli hastaların %15'i ve sağlıklı kontrollerin %27.5'i çocuk sahibidir.

OKB tanıli hastalarla sağlıklı kontrollerin gelir durumu dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. OKB tanıli hastaların %5'i 500 TL altında, %12.5'i 500-1000 TL arasında, %15'i 1000-1500 TL arasında, %67.5'i 2000 TL ve üzerinde gelire sahiptir. Sağlıklı kontrollerin %7.5'i 500-1000 TL arasında, %7.5'i 1000-1500 TL arasında, %85'i 2000 TL ve üzerinde gelire sahiptir.

OKB tanıli hastalarla sağlıklı kontrollerin çalışma durumu dağılımları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2_{(1)}=5.051$; $p=.025$]. Sağlıklı kontrollerin %67.5'i bir işte çalışırken, OKB tanıli hastaların %42.5'i bir işte çalışmaktadır.

OKB tanıli hastalarla sağlıklı kontrollerin çalışma süreleri bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. OKB tanıli hastaların %50'si 1 yıldan az, %15'i 1-5 yıl arası, %10'u 5-10 yıl arası, %25'i 11 yıl ve üzeri süre çalıştıklarını bildirmişlerdir. Sağlıklı kontrollerin %50'i 1 yıldan az, %25'i 1-5 yıl arası, %12.5'i 5-10 yıl arası, %22.5'i 11 yıl ve üzeri süre çalıştıklarını bildirmişlerdir.

OKB tanıli hastalarla sağlıklı kontrollerin kendilerini yetiştiren kimseler bakımından dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. OKB tanıli hastaların %10'u anneleri tarafından, %2.5'i babaları tarafından, %2.5'i bakıcı tarafından %75'i anne ve babaları

tarafından, %10'u diğer kimseler tarafından yetiştirildiklerini bildirmişlerdir. Sağlıklı kontrollerin %10 anneleri tarafından, %5'i babaları tarafından, %82.5'i anne ve babaları tarafından, %2.5'i diğer kimseler tarafından yetiştirildiklerini bildirmişlerdir.

3.2. OKB Tanılı Hastalarla Sağlıklı Kontrollerin OKB Belirtileri ve Aleksitimi Düzeyleri Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 3'te OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları verilmiştir.

Tablo 3. OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem t testi bulguları

	Grup	N	ORT	SS	t	P
OKB Puanı	OKB	40	23.75	5.093	20.716	.000*
	Kontrol	40	4.40	2.994		
Aleksitimi Toplam Puanı	OKB	40	57.30	8.262	3.992	.000*
	Kontrol	40	50.90	5.878		
Duygu ifadesinde zorluk	OKB	40	17.95	6.473	4.723	.000*
	Kontrol	40	12.35	3.786		
Duygu tanımlamada zorluk	OKB	40	13.95	2.908	2.482	.015*
	Kontrol	40	12.45	2.480		
Dışarıdan yönlendirilmiş düşünme	OKB	40	25.40	3.685	-.846	.400
	Kontrol	40	26.10	3.720		

*p<.05

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Yale-Brown Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [t=20.716; p=.000]. OKB tanılı hastaların OKB toplam puan ortalamaları (ort=23.75) sağlıklı kontrollerin ortalamalarından (ort=4.40) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=3.992$; $p=.000$]. OKB tanılı hastaların aleksitimi ortalamaları ($ort=57.30$) sağlıklı kontrollerin ortalamalarından ($ort=50.90$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Toronto Aleksitimi Ölçeğın Duygu İfadesinde Zorluk alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=4.723$; $p=.000$]. OKB tanılı hastaların duygu ifadesinde zorluk ortalamaları ($ort=17.95$) sağlıklı kontrollerin ortalamalarından ($ort=12.35$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Toronto Aleksitimi Ölçeğın Duygu Tanımlamada Zorluk alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$t=2.482$; $p=.015$]. OKB tanılı hastaların duygu tanımlamada zorluk ortalamaları ($ort=13.95$) sağlıklı kontrollerin ortalamalarından ($ort=12.45$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Toronto Aleksitimi Ölçeğın Dışarıdan Yönlendirilmiş Düşünme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

3.3. OKB Tanılı Hastalarla Sağlıklı Kontrollerin OKB Belirtileri ve Aleksitimi Düzeylerinin Demografik Değişkenler Bakımından Karşılaştırılması

Tablo 4’te OKB tanılı hastaların ve sağlıklı kontrollerin, cinsiyetlerine göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir.

Tablo 4. OKB tanılı hastaların ve sağlıklı kontrollerin, cinsiyetlerine göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları

Grup	Cinsiyet	N	ORT	SS	z	p	
OKB	OKB Puanı	Kadın	25	25.12	5.418	-2.018	.044*
		Erkek	15	21.47	3.603		
	Aleksitimi Toplam Puanı	Kadın	25	57.44	7.428	-.014	.989
		Erkek	15	57.07	9.772		
	Duygu ifadesinde zorluk	Kadın	25	18.44	6.488	-.406	.685
		Erkek	15	17.13	6.589		
	Duygu tanımlamada zorluk	Kadın	25	13.88	3.046	-.014	.989
		Erkek	15	14.07	2.764		
	Dışarıdan yönlendirilmiş düşünme	Kadın	25	25.12	3.678	-.450	.653
		Erkek	15	25.87	3.777		
Kontrol	OKB Puanı	Kadın	25	4.56	2.599	-.704	.482
		Erkek	15	4.13	3.642		
	Aleksitimi Toplam Puanı	Kadın	25	50.76	5.286	-.365	.715
		Erkek	15	51.13	6.947		
	Duygu ifadesinde zorluk	Kadın	25	13.24	4.013	-1.785	.074
		Erkek	15	10.87	2.924		
	Duygu tanımlamada zorluk	Kadın	25	11.88	2.279	-1.805	.071
		Erkek	15	13.40	2.586		
	Dışarıdan yönlendirilmiş düşünme	Kadın	25	25.64	2.871	-1.110	.267
		Erkek	15	26.87	4.838		

*p<.05

OKB tanılı hastaların cinsiyetlerine göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.018$; $p=.044$]. Kadın OKB hastalarının OKB toplam puan ortalamaları (ort=25.12) erkek OKB hastalarının ortalamalarından (ort=21.47) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda ise cinsiyet bakımından OKB düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin cinsiyetleri bakımından Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 5'te OKB tanılı hastaların ve sağlıklı kontrollerin, medeni durumlarına göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden ve Toronto

Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir. Bu analizde Tablo 2’de bildirilen boşanmış katılımcıların sayıları karşılaştırmaya uygun olmadığından bekar olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 5. OKB tanılı hastaların ve sağlıklı kontrollerin, medeni durumlarına göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları

Grup		Medeni Durum	N	ORT	SS	z	p
OKB	OKB Puanı	Evli	12	22.58	4.680	-.726	.468
		Bekar	28	24.25	5.261		
	Aleksitimi Toplam Puanı	Evli	12	53.08	9.110	-2.515	.012*
		Bekar	28	59.11	7.315		
	Duygu ifadesinde zorluk	Evli	12	14.50	6.083	-2.439	.015*
		Bekar	28	19.43	6.155		
	Duygu tanımlamada zorluk	Evli	12	12.58	3.579	-2.123	.034*
		Bekar	28	14.54	2.411		
	Dışarıdan yönlendirilmiş düşünme	Evli	12	26.00	2.256	-1.204	.229
		Bekar	28	25.14	4.161		
Kontrol	OKB Puanı	Evli	11	4.73	3.771	-.061	.951
		Bekar	29	4.28	2.711		
	Aleksitimi Toplam Puanı	Evli	11	50.55	5.803	-.350	.727
		Bekar	29	51.03	6.003		
	Duygu ifadesinde zorluk	Evli	11	10.64	2.541	-1.615	.106
		Bekar	29	13.00	4.009		
	Duygu tanımlamada zorluk	Evli	11	12.82	3.219	-1.024	.306
		Bekar	29	12.31	2.189		
	Dışarıdan yönlendirilmiş düşünme	Evli	11	27.09	4.721	-.701	.483
		Bekar	29	25.72	3.283		

*p<.05

OKB tanılı hastaların medeni durumlarına göre Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.515$; $p=.012$]. Bekar OKB tanılı hastaların aleksitimi toplam puan ortalamaları (ort=59.11) evli OKB tanılı hastaların ortalamalarından (ort=53.08) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kontrol

grubunda ise medeni duruma göre aleksitimi ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

OKB tanılı hastaların medeni durumlarına göre Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygu ifadesinde zorluk alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.439$; $p=.015$]. Bekar OKB tanılı hastaların duygu ifadesinde zorluk ortalamaları (ort=19.43) evli OKB tanılı hastaların ortalamalarından (ort=14.50) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda ise medeni duruma göre duygu ifadesinde zorluk ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

OKB tanılı hastaların medeni durumlarına göre Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygu tanımlamada zorluk alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.123$; $p=.034$]. Bekar OKB tanılı hastaların duygu tanımlamada zorluk ortalamaları (ort=14.54) evli OKB tanılı hastaların ortalamalarından (ort=12.58) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda ise medeni duruma göre duygu tanımlamada zorluk ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin medeni durumlarına göre Toronto Aleksitimi Ölçeği Dışarıdan Yönlendirilmiş Düşünme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 6’da OKB tanılı hastaların ve sağlıklı kontrollerin, çalışma durumlarına göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları verilmiştir. Bu analizde Tablo 2’de bildirilen boşanmış katılımcıların sayıları karşılaştırmaya uygun olmadığından bekar olarak değerlendirilmişlerdir.

Tablo 6. OKB tanılı hastaların ve sağlıklı kontrollerin, çalışma durumlarına göre Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden ve Toronto Aleksitimi Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve bağımsız örneklem Mann Whitney U testi bulguları

Grup		Çalışma Durumu	N	ORT	SS	z	p
OKB	OKB Puanı	Çalışıyor	17	23.12	4.729	-.631	.528
		Çalışmıyor	23	24.22	5.402		
	Aleksitimi Toplam Puanı	Çalışıyor	17	55.53	9.919	-1.454	.146
		Çalışmıyor	23	58.61	6.727		
	Duygu ifadesinde zorluk	Çalışıyor	17	15.53	6.893	-2.055	.040*
		Çalışmıyor	23	19.74	5.643		
	Duygu tanımlamada zorluk	Çalışıyor	17	13.82	3.206	-.193	.847
		Çalışmıyor	23	14.04	2.738		
	Dışarıdan yönlendirilmiş düşünme	Çalışıyor	17	26.18	3.644	-1.295	.195
		Çalışmıyor	23	24.83	3.688		
Kontrol	OKB Puanı	Çalışıyor	27	4.11	3.178	-1.105	.269
		Çalışmıyor	13	5.00	2.582		
	Aleksitimi Toplam Puanı	Çalışıyor	27	50.22	5.700	-1.420	.156
		Çalışmıyor	13	52.31	6.223		
	Duygu ifadesinde zorluk	Çalışıyor	27	11.15	2.957	-2.688	.007*
		Çalışmıyor	13	14.85	4.200		
	Duygu tanımlamada zorluk	Çalışıyor	27	12.44	2.391	-.510	.610
		Çalışmıyor	13	12.46	2.757		
	Dışarıdan yönlendirilmiş düşünme	Çalışıyor	27	26.63	4.078	-1.656	.098
		Çalışmıyor	13	25.00	2.646		

*p<.05

OKB tanılı hastaların çalışma durumlarına göre Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygu İfadesinde Zorluk alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.055$; $p=.040$]. Çalışmayan OKB tanılı hastaların duygu ifadesinde zorluk ortalamaları ($ort=19.74$) çalışan OKB tanılı hastaların ortalamalarından ($prt=15.53$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda çalışma durumlarına göre Toronto Aleksitimi Ölçeği Duygu İfadesinde Zorluk alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2.688$; $p=.007$]. Çalışmayan sağlıklı kontrollerin duygu ifadesinde zorluk ortalamaları ($ort=14.85$) çalışan sağlıklı kontrollerin ortalamalarından ($prt=11.15$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

OKB tanılı hastaların ve sağlıklı kontrollerin çalışma durumlarına göre Toronto Aleksitimi Ölçeğinin diğer alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

OKB tanılı hastaların ve sağlıklı kontrollerin birlikte yaşadıkları kimselere, çocuk sahibi olup olmamalarına, gelir durumlarına ve çalışma sürelerine göre dağılımları (Tablo 2) istatistiksel karşılaştırmaya uygun olmadığından bu değişkenler bakımından ölçeklerden alınan ortalamalar analize sokulmamıştır.

3.4. OKB Tanılı Hastalarla Sağlıklı Kontrollerin Aleksitimi Düzeyleri ile OKB Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Tablo 7’de OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden aldıkları puanlarla Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları verilmiştir.

Tablo 7. OKB tanılı hastalarla sağlıklı kontrollerin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Kontrol Listesinden aldıkları puanlarla Toronto Aleksitimi Ölçeği ve alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları

Grup		1	2	3	4
OKB	1. OKB Puanı				
	2. Aleksitimi Toplam Puanı	.013			
	3. Duygu ifadesinde zorluk	.000	.840**		
	4. Duygu tanımlamada zorluk	-.020	.718**	.513**	
	5. Dışarıdan yönlendirilmiş düşünme	.046	.200	-.278	-.082
Kontrol	1. OKB Puanı				
	2. Aleksitimi Toplam Puanı	.018			
	3. Duygu ifadesinde zorluk	.193	.537**		
	4. Duygu tanımlamada zorluk	-.122	.677**	.130	
	5. Dışarıdan yönlendirilmiş düşünme	-.087	.582**	-.256	.270

**p<.01

OKB tanılı hastaların OKB düzeyleri ile Aleksitimi düzeyleri, duygu ifadesinde zorluk düzeyleri, duygu tanımlamada zorluk düzeyleri ve dışarıdan yönlendirilmiş düşünme düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Aynı şekilde kontrol grubunda OKB düzeyleri ile Aleksitimi düzeyleri, duygu ifadesinde zorluk düzeyleri, duygu tanımlamada zorluk düzeyleri ve dışarıdan yönlendirilmiş düşünme düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 7’de gözlenen anlamlı ilişkiler Toronto Aleksitimi Ölçeğinin alt ölçeklerinin birbirileri ile korelasyonlarıdır. OKB tanılı hastalar ve sağlıklı kontrollerin Toronto Aleksitimi Ölçeğinin alt ölçekleri arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları incelendiğinde, OKB tanılı hastaların aleksitimi toplam puanları ile dışarıdan yönlendirilmiş düşünme puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=.200$; $p=.217$). Kontrol grubunda ise aleksitimi toplam puanları ile dışarıdan yönlendirilmiş düşünme puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.582$; $p=.000$). Yine OKB hastalarının duygu ifadesinde zorluk puanları ile duygu tanımlamada zorluk puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=.513$; $p=.001$). Kontrol grubunda ise bu iki değişken arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=.130$; $p=.423$).

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada OKB hastaları ile sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin aleksitimi düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Bununla birlikte bazı demografik özellikler bakımından da veriler karşılaştırılmıştır. Bu demografik özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşam, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, gelir düzeyi ve çalışma durumudur. Bu demografik değişkenlerle de OKB ve aleksitimik olma durumu arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. OKB sahibi bireylerin bu hastalık nedeniyle hayatlarındaki birçok alan da etkilenebilmektedir. Aynı zamanda aleksitimi düzeyleri ve demografik özelliklerinin de bu durumdan anlamlı düzeyde etkilenip etkilenmediği araştırılmıştır.

Araştırmanın katılımcılarından deney grubundaki OKB hastalarının sayısı 40, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin sayısı da 40 olmak üzere toplam örneklem sayısı 80 olarak belirlenmiştir. 40 OKB hastasının 25'i kadın, 15'i erkek; 40 sağlıklı bireyin ise yine 25'i kadın, 15'i erkek olarak tespit edilmiştir. Bu nedenle cinsiyet özelliği kapsamında bakıldığında kadın OKB hastalarının sayısı ile kadın sağlıklı bireylerin sayı arasında hiçbir fark bulunmamıştır. Aynı şekilde erkek OKB hastalarının sayısı ile de erkek sağlıklı bireylerin sayısı arasında hiçbir fark bulunmadığı için 2 grup karşılaştırılırken cinsiyet özelliği karıştırıcı bir faktör olmamıştır. OKB hastaları ve sağlıklı bireylerin sahip olduğu diğer demografik özelliklere bakıldığında da aynı biçimde yaş, medeni durum, birlikte yaşam, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu ve gelir düzeyi değişkenlerinde de hiçbir anlamlı fark bulunmamıştır. Cinsiyet faktöründe olduğu gibi bu diğer özelliklerin de karıştırıcı bir etki taşımadığı bu şekilde kontrol edilerek tespit edilmiştir. Ancak, her iki grubunda şu anki çalışma durumlarına bakıldığında, sağlıklı bireylerin çalışıyor olma düzeyi ile OKB hastalarının çalışıyor olma düzeyleri arasında anlamlı bir fark ($P=.025$) bulunmuştur. Bu sonuca göre sağlıklı bireylerin şu anki çalışıyor olma oranı anlamlı bir şekilde OKB hastalarınınkine göre daha fazladır. Bunun nedenini ise, hem hastalardan alınan doğrudan bilgiler hem de doğrudan yapılan klinik gözlemler sonucunda OKB hastalarının

işlev kaybına bağlayabiliriz. Hem kullanılan psikiyatrik ilaçların yan etkileri hem de hastalığın doğrudan kişilerin günlük hayat işlevleri üzerindeki kısıtlayıcı etkileri bir araya geldiğinde çalışma hayatlarına da kısıtlılık getirebilme olasılığının yüksek olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, Uğuz ve arkadaşları (2006) ve Beşiroğlu ve arkadaşları (2007)'nin yaptığı çalışmalarda; obsesif kompulsif bozukluğun hastalar ve toplum açısından oldukça önem verilmesi gereken bir hastalık olduğu, kişilerin eğitim, sosyal çevre ve mesleki alanlar üzerindeki işlevselliği negatif yönde etkilediği ve duygusal, zihinsel ve davranışsal öğeleri kapsayıcı, kronik bir hastalık olduğu belirtilmiştir. Bulunmuş olan bu çıkarım da bu çalışmada bulunan verilerin doğruluğunu destekler niteliktedir.

OKB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Listesi (Y-BOCS) ve Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)'nden aldığı skorlar doğrultusundaki OKB ve aleksitimi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bunun sonucunda OKB hastalarının aleksitimi düzeyleri sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin aleksitimi düzeylerinden anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Literatürde bununla ilgili yapılmış olan diğer çalışmalara bakıldığında, Aslan ve arkadaşları (1997)'nin yaptığı araştırmada obsesif kompulsif özellikteki davranışlar ile aleksitimi düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Kuzucu (2011)'nin belirttiğine göre, Katz ve Cambell (1994) ve Collins ve Miller (1994) tarafından yapılan çalışmalarda obsesif kompulsif özellikler fazlalaştıkça bununla birlikte duyguları aktarmak (ifade etmek) da güçleşebilir. Obsesif kompulsif özellikler ve eğilimler ile kişilerin hislerinin ifadesinde yaşadıkları zorluklar ve zorunlar arasında ilişki olabileceği belirtilmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular da bu diğer çalışmalardaki bulgular ile benzeşmektedir.

Pozza ve arkadaşlarının (2015) yaptığı başka bir araştırmada ise, İtalya'da yaşayan 425 kişilik bir topluluğun hem aleksitimi düzeyleri hem OKB düzeyleri ölçülmüştür. Ölçeklerden elde edilen veriler sonucunda, toplam aleksitimi puanları ile toplam OKB puanları arasında anlamlı orta korelasyon elde edilmiştir. Buna ek olarak ise, çalışmaya katılan bireylerin TAÖ-20'nin alt boyutlarından biri olan 'duyguyu tanımlamada güçlük' puanları ile toplam OKB puanları, istifleme ve kontrol etme OKB semptomlarının puanları arasında da anlamlı orta korelasyonlar elde edilmiştir. Son olarak da TAÖ-20'nin alt

boyutlarından biri olan ‘duyguyu ifade zorluk’ puanları ile OKB toplam puanları arasında yine anlamlı orta düzeyde korelasyonlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar da çalışmada bulunan bulguları destekler niteliktedir.

OKB ve aleksitimi düzey ilişkisini araştıran bir başka çalışma ise Daeyoung ve arkadaşları (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya 45 OKB hastası ve 45 sağlıklı kontrol grubunu oluşturan birey katılmış ve bu katılımcıların OKB semptom şiddetlerine, aleksitimi, kaygı ve depresyon düzeyleri incelenmiştir. Sonucunda ise OKB hastalarının aleksitimi skorları sağlıklı bireylere oranla anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Özellikle cinsel ve dini obsesyonlar ile aleksitimi düzeyi arasında özel ve belirli bir bağ olduğunun kanıtı ilk olarak bu çalışmada bulunmuştur.

Grabe HJ ve arkadaşları (2006), obsesif kompulsif bozuklukta aleksitimi düzeyini incelemek için bir aile çalışması yapmışlardır. Bunun için Alman olan OKB’ye sahip 82 vaka ve 169 birinci dereceden akraba ile 76 sağlıklı kontrol grubu bireyleri ve 144 birinci dereceden akrabanın verilerini karşılaştırmışlardır. Çalışmanın bulgularına göre ise, aleksitimi düzeylerinin aileler üzerindeki OKB risk faktörünü yansıtmadığı sonucu çıkmıştır. Ancak buna rağmen OKB ve aleksitimi düzey ilişkisine bakıldığında OKB’nin yüksek aleksitimi düzeyi ile anlamlı bir biçimde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma da yapılan araştırmanın bulgularıyla benzer sonuçlar çıkarmıştır.

Tüm bu çalışmalar doğrultusunda ve klinik gözlemler sonucunda, OKB hastalarının aleksitimi düzeylerinin sağlıklı bireylerden anlamlı biçimde daha yüksek olmasının sebebini kişilerin hastalık ve kullanılan ilaçlar sebebiyle küntleşmesinden, zihinlerinin sürekli obsesyonlar ve kompulsiyonlar ile meşgul olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Bunun yanı sıra Ayaz ve arkadaşlarının (2013) belirttiğine göre, Carpenter ve Chung (2011) yaptıkları bir çalışmada, aleksitiminin çocukluk yaşlarında yaşanan travmaların ve obsesif kompulsif bozukluk semptomlarının ciddiyetini etkilediğini belirtmişlerdir.

OKB tanılı hastalar ile sağlıklı bireylerin OKB belirtilerinin ve aleksitimi düzeylerinin demografik özellikler açısından karşılaştırılmasına bakıldığında, OKB tanılı kadın hastaların OKB düzeyleri erkek hastalarınınkinden anlamlı bir şekilde yüksek

bulunurken, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin OKB düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Ancak OKB’de cinsiyet farklılıkları konusunu araştıran bir çalışmada, Altıntaş ve Özçürümez (2015), OKB semptomlarının ve tedavi olma girişimlerinin erkek OKB hastalarında kadınlarinkine oranla daha yüksek bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgu yapılan çalışma ile birbirini desteklememektedir.

Aleksitimi düzeylerinin toplam puan ve alt gruplarına bakıldığında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamıştır.

OKB tanılı hastalar ile sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin medeni durumlarına göre aleksitimi düzeyleri incelendiğinde, bekar OKB hastalarının aleksitimi düzeyleri evli hastalarinkinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Özellikle TAÖ-20’nin duygu ifadesinde zorluk alt kapsamında bekar OKB hastalarının puanlarının evli OKB hastalarinkine oranla anlamlı biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlıklı bireylerinkinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Genel olarak bakıldığında bekar bireylerde aleksitimi düzeyinin daha yüksek olduğunun görülmesinin sebebi, duyguların tanımlanması ve ifade edilmesinde zorluk yaşamının ilişkileri olumsuz yönde etkilemesine bağlanabilir. İlişkiler içinde duyguların yeri oldukça fazla olduğu düşünülürse, duyguların tanımlanma ve ifadesi ile ilgili zorluk yaşayan bireylerin ilişkileri olsa dahi o ilişkilerin evliliğe dönüşme ve onu sürdürebilme olasılığı daha az olabilir. Bu konu ile ilgili anlamlı sonuç bulan başka bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

OKB tanılı hastalar ile sağlıklı bireylerin çalışma durumlarına göre Y-BOCS ve TAÖ-20 ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde, OKB hastalarında da sağlıklı bireylerde de TAÖ-20’nin alt boyutlarından biri olan duygu ifadesinde zorlukta anlamlılık bulunmuştur. Bu sonuca göre, çalışmayan bireylerin duygu ifadesinde zorluk düzeyleri hem OKB hastalarında hem de sağlıklı bireylerde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Duygu ifadesinde zorluk yaşayan her birey aleksitimik demek değildir, fakat bu konuda zorlanan kişilerin verdikleri tepkilere ya da davranışlarına, davranışlarının boyutuna göre yaşadıkları durumlar değişiklik gösterebilir. Duygu ifadesinde zorluk yaşayan bireyler iş hayatında, patron-çalışan / iş arkadaşları ilişkisi içerisinde, çalışma koşulları içerisinde bu zorluğu

yaşamayan insanlara oranla daha çok güçlük çekiyor olabilirler. Kendilerini, duygularını anlatmakta zorlanan kişilerin iş hayatında da ifade güçlüğü çekmeleri nedeniyle verimli çalışmalar gerçekleştirmeleri negatif etkileniyor olabilir. Bu konu ile ilgili yapılmış araştırmalara bakıldığında Karlıdağ ve arkadaşları (2001) tarafından yüksek örneklem sayısına sahip bir çalışmada, katılımcıların mesleki ünvanları ve işlerinde çalışma süreleri ile aleksitimi düzeyleri arasında herhangi bir ilişki bulunamadığı belirtilmiştir.



SONUÇ

Bu çalışma, OKB tanılı hastalar ile psikiyatrik tanısı olmayan bireyler arasındaki aleksitimi düzey farklılıklarının karşılaştırılması ve aralarındaki ilişkinin tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilmiş olan sonuçlar:

- 1- OKB psikiyatrik tanısı almış olan hastalar ile tanı almamış sağlıklı olan bireylerin aleksitimi düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür.
- 2- OKB psikiyatrik tanısı almış olan hastaların aleksitimi düzeyleri tanı almamış olanların aleksitimi düzeylerinden anlamlı biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- 3- OKB tanısı almış olan kadın hastaların OKB düzeyleri, erkek hastalarından anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- 4- OKB tanılı bekar hastaların aleksitimi düzeyleri, evli hastalarından anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.
- 5- OKB hastalarında da psikiyatrik tanı almamış bireylerde de duygu ifadesinde zorlanma düzeylerinde anlamlılık olduğu belirlenmiştir.
- 6- Çalışmayan bireylerin duygu ifadesinde zorlanma düzeyleri hem OKB hastalarında hem de tanı almamış sağlıklı bireylerde anlamlı biçimde yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- 7- OKB hastalarının duygu ifadesinde zorluk düzeyleri ile duygu tanımlamada zorluk düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

- 1- Bu araştırmanın örneklemindeki OKB hastası bireyler İstanbul ilindeki özel bir klinikte tedavi gören hastalar arasından seçilmiştir. Aynı şekilde seçilen psikiyatrik tanısız bireyler de İstanbul ilinde ikamet etmektedirler. Daha geniş kapsamlı bir araştırma için farklı şehirlerde ve farklı kültürlerle yaşayan hasta ve psikiyatrik tanısı olmayan katılımcılar kullanılabilir.
- 2- Çalışmaya katılan OKB hastaları özel bir psikiyatri kliniğinde tedavi gören hastalardan seçilmiştir. OKB hastalarının seçildiği klinik/hastane kuruluşlarının özel olanlarla sınırlı kalmayıp devlet hastanelerinin de araştırmaya katılmasının çeşitlilik ve verimli sonuç anlamında yararlı olabileceği düşünülmektedir.
- 3- Örneklemden kişi sayısı evrene genellenecek kadar fazla değil, aksine az kişiyle sınırlı kaldığı için, diğer çalışmalarda daha fazla katılımcıya ulaşılabilirse daha kapsamlı bulgular sağlanacağı ön görülmektedir.
- 4- Seçilen örneklemden iki grupta da kadın birey sayıları erkeklerin sayılarına oranla daha fazladır. Yapılacak gelecek çalışmalarda cinsiyet özelliklerine göre eşit dağılım yapılması daha verimli sonuçların elde edilmesini sağlayabilir.
- 5- Aleksitimi hakkında kişiler için, grup halinde ya da bireysel olarak psikoeğitim yardımıyla bilinçlendirme çalışmaları düzenlenebilir.

KAYNAKÇA

- Abramowitz, S.J., Taylor, S. and McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*. 374:491-499
- Achim, A.M., Maziade, M., Raymond, E., et al. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull*, 37:811.
- Akpınar, A. ve Karamustafaloğlu, K.O. (2006). Obsesif kompulsif bozukluk. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri*, 2(12):30-44.
- Altıntaş, E. ve Özçürümez, G. (2015). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların cinsiyet farklılığı açısından değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 40(3):409-417.
- Aslan, H. ve Ünal, M. (1995). Obsesif kompulsif bozukluk (saplantı zorlantı bozukluğu). *Anksiyete Monografileri Serisi*, 3:101-142.
- Aslan, H., Ünal, M. ve Alparlan, Z. N. (1997). Tırnak yiyen tıp öğrencilerinde kaygı, aleksitimi ve obsesif kompulsif belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(1):50-54.
- Ayaz, T. ve ark. (2013). Kendi çocuğunu fiziksel olarak istismar eden ve kendisi de fiziksel istismar gören bir okb vakası. *JCBPR*, 2:116-120
- Bagby, R.M., Parker, J.D. and Taylor, G.J. (1994). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal Of Psychosomatic Research*, 38:23-32.
- Bağcı, T. (2008). *Üniversite öğrencilerinin aleksitimi düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Ankara.

Bayar, R. ve Yavuz, M. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. *Sempozyum Dizini*, 62:185–192.

Baykal, S. (2011). *Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk tanılı çocuk ve ergenlerde klinik ve nöropsikolojik özelliklerin incelenmesi*. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun.

Bayraktar, E. (1997). Obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1:25-32.

Bayraktutan, M. (2014). *Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda empati becerisi, aleksitimi, depresyon, anksiyete düzeyleri ile sempatik deri yanıtı ilişkisi ve tıbbi tedavinin etkileri*. Uzmanlık Tezi, T.C. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Denizli.

Beşiroğlu, L. ve ark. (2007). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:5-13.

Bienvenu, O.J., Samuels, J.F., Wuyek, L.A., et al. (2012). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychol Med*, 42:1.

Blanchard, B.E., Arena, J.G. and Pallmeyer, J.P. (1981). Psychosometrik properties of a scale to measure alexithymia. *Psychother Psychosom*, 35:67-71.

Büyüksahin, A. ve Batıgün, A. (2008). Aleksitimi: psikolojik belirtiler ve bağlanma stilleri. *Klinik Psikiyatri*, (11):105-114.

Daeyoung, R., Woo-Jung, K. and Chan-Hyung, (2011). Alexithymia in obsessive-compulsive disorder: clinical correlates and symptom dimensions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(9):690-695

Davison, G.C. and Neale, J. M. (2011). *Anormal psikoloji*. 7. Baskı. İ. Dağ (Ed.). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Dereboy, F. (1990). *Alesitimi özbildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

Dereboy, F. (1990). Aleksitimi: bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi I*. 3:157-165.

Diler, R.S. ve Avcı, A. (1999). *Çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluklar*. Adana: Novartis Ürünleri A.Ş.

Dökmen, Ü. (2000). *Yarına kim kalacak? Evrenle uyumlaşma sürecinde varolmak gelişmek uzlaşmak*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.

DSM-V, Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013.

Erden, D., (2005). Farklı yetiştirme koşullarının aleksitimi, depresyon ve psikiyatrik belirtilerle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, (8):60-66.

Foa, E., et al. (1995). DSM-IV field trail: obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152:90-96.

Freud, S. (1923). Ego ve id. Metapsikoloji. Haz ilkesinin ötesinde, ego ve id ve başka yapıtlar. Yardımcı, A. (Ed.), İdea Yayınevi, İstanbul, 2000, 247–293

Fricchione, G. and Howanitz, E. (1985). Aprosodia and alexithymia a case report. *Pschotherapy Psychosomatics*, 43:156- 169.

Gomes de Alvarenga, P., de Mathis, M.A., Dominguez Alves, A.C., et al. (2012). Clinical features of tic-related obsessive-compulsive disorder: results from a large multicenter study. *CNS Spectr*, 17:87.

Gökçe, F.S. (2007). *Depresyon tanısı alan annelerin çocukları ve annelerine yönelik 'aileyi güçlendirici destek programı'*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi. Ankara.

Gölcük, D. (2016). *Okul çağı çocuklarında cinsiyet açısından obsesif kompulsif bozukluk belirtileri arasındaki farkların incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi.

Grabe, H.J. et al. (2006). Alexithymia in obsessive-compulsive disorder - results from a family study. *Psychother Psychosom*, 75(5):312-8.

Güleç, M. Y. ve ark. (2007). Kalple ilişkili olmayan göğüs ağrısında aleksitimi, öfke ve bedensel duyumları büyütme. *Anadolu Psikiyatri Dergi*.

Güleç, H. ve ark. (2009). Reliability and factorial validity of the turkish version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19:214-220.

Honkalampi, K. et al. (2000). Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69:303-308.

Hoppe, K.D. and Bogen J.E. (1977). Alexithymia in twelve commissurotomed patients. *Psychotherapy Psychosomatics*, 28:148-155.

Işık, U. ve Şener, Ş. (2007). *Çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları*. İstanbul: Asimetrik Paralel Yayınları.

Jakes, I. (2006). *Theoretical approaches to obsessive-compulsive disorder*. Cambridge University Press.

Kandaz, Y.E. (2009). *OKB tanısı almış psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları sıklığı*. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (2002). *Anksiyete bozuklukları*. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri, Kaplan ve Sadock Özet Psikiyatri, 9. Baskı, (Ed. H. Aydın, A. Bozkurt), Güneş Kitabevi, Ankara, 2005, 211-246

Kaplan, H. I. and Sadock, B. C. (2004). *Concise textbook of psychiatry*. (Çev. E. Abay). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Karaman, D. ve ark. (2011). Çocukluk çağı başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2):278-295

Karlıdağ, R., Ünal, S. ve Yoloğlu, S. (2001). Hekimlerde tükenmişlik düzeylerinin aleksitimi düzeyleriyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(3):153-160

Kaye, W.H., Bulik, C.M., Thornton, L., et al. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 161:2215.

Koçak, R. (2002). Aleksitimi: Kuramsal çerçeve tedavi yaklaşımları ve ilgili araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 35(1-2):183-212.

Koçak, R. (2003). Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve yalnızlığın bazı değişkenler açısından karşılaştırılması ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(19):15-24.

Koçak, R., (2016). Duygusal ifade eğitimi programının üniversite öğrencilerinin aleksitimi ve yalnızlık düzeylerine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(23).

Kolada, J., Bland, R. and Newman, S. (1994). Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89:24-35.

Köroğlu, E. (1994). *DSM-IV: Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabı*, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington D.C.

Krystal, H.J. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33(1):17-31.

Krystal, H.J. (1982/1983). Alexithymia and effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal Of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9:353-378.

Kuzucu, Y. (2011). Duyguları ifade etme ölçeği'nin uyarlanması: geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 19(3):779-792

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.

Lesser, I.M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43(6):531-543

Lesser, I.M. (1985). A critique of contributions to the alexithymia symposium. *Psychotherapy Psychosomatic*, 44:82-88.

Martin, B. J. and Pihl, O.R. (1986). Influence of alexithymia characteristics on psychological and subjective stress responses in normal individuals. *Psychotherapy Psycho-somatic*, 45:66-77.

Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T. and Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61:629-635.

Mc Dougall, J. (1982). Alexithymia; A psychoanalytic viewpoint, *Psychotherapy Psychosomatics*, 38:81-90.

Mercan, H.M. (2017). *Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ve tedavi uyumu üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi.

Miguel, E., et al. (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular psychiatry*; 10:258-275.

Özerdem, A. (1998). Obsesif-kompulsif bozukluk ve psikoz üzerine bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 2:98-102.

Özgür, B. (2017). *Obsesyon ve hezeyan ayırımına fenomenolojik bir yaklaşım: şizofreni, obsesif-kompulsif bozukluk ve şizo-obsesif bozuklukta tuhaf kendilik yaşantılarının karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

Öznur, T. ve Erdem, M. (2015). Analizden nörobiyolojiye obsesif kompulsif bozukluk. *Anatol J Clin Investig*. 9(3):153-160.

Öztürk, O. (1994). *Ruh sağlığı ve hastalıkları*. Ankara Hekimler Yayın Birliği, 5:278.

Öztürk, M. (2004). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 10.Basım, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2011). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 11. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.

Pallanti, S., Grassi, G., Sarrecchia, E.D., et al. (2011). Obsessive-compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications. *Front Psychiatry*, 2:70.

Pinto, A. and Eisen, J.L. (2012). Personality features of OCD and spectrum conditions. In: *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders*, Steketee, G. (Ed), *Oxford University Press*, New York.

Pozza, A., Giaquinta, N. and Dèttore D. (2015). The contribution of alexithymia to obsessive-compulsive disorder symptoms dimensions: an investigation in a large community sample in Italy. Hindawi Publishing Corporation, *Psychiatry Journal*, 6.

Ruscio, A.M., et al. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*, 15:53.

Sallıoğlu, G. (2002). *Aleksitimik olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin duygu ifade eden sözcük ve deneyimlere yükledikleri duygu yoğunluğu*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Sifneos, P.E. (1988). Alexithymia and it's relationship to hemispheric spealization affect and creativity. *Psychiatric Clinics Of North America*, 11(3):287-293.

Solyom, L. (1985). Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *The Canadian Journal of Psychiatry*.

Stoudemire, A. (1991). Somatothymia, part 1 and 2. *Psychosomatics*, 32(4):365-381.

Şimşek, M.K. (2015). *Ergenlerde obsesif kompulsif belirtiler ile depresyon ve anksiyete duyarlılığı arasındaki ilişkinin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Erzurum.

Tabachnick, B. G. And Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics* (sixth ed.) Pearson, Boston.

Taner, E. (2003). *Obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar*. İstanbul: Oluşur Grafik Basım Hizmetleri A.Ş.

Taşkın, E. ve ark. (2007). Fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğine ilk kez başvuran ve fibromiyalji tanısı konan hastalarda depresif bozuklukların görülme sıklığı ve aleksitimi ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:248-255.

Tatlı, M. (2012). *Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış kişilerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının bu bozukluğun gelişimi ve belirti şiddetiyle ilişkisi*. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.

Taylor, G.J., Ryan, D. and Bagby, M. (1985). Toward the development of a new self-report Alexthymia Scale. *Psychother Psychosom*, 43:202-208.

Taylor, G.J., Bagby, R.M. and Parker, J.D. (1991). Alexithymia construct, a potential paradigm for psychosomatic medicine. *The Academy Of Psychosomatic Medicine*, 32(2):153-163.

Tükel, R. ve Alkın, T. (2006). Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, Ankara: 277-98.

Tükel, R. ve ark. (2009). *Psikiyatri*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi. İ.Ü. Tıp Fakültesi Yayın No:2009/1

Uğuz, F., Aşkın, R. ve Çilli, A.S. (2006). Obsesif kompulsif bozukluk-ta ilaç tedavisine yanıtın öngörücüleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:5-12.

Uğuz, F. (2012). Hamilelik ve obsesif kompulsif bozukluk. *Türkiye Klinikleri*, 5(3):85-90

Uzun, Ç. (2016). *Klinik olmayan bir örnekleme aleksitimi, bağlanma stilleri ve obsesif kompulsif özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi.

Yıldız, B. (2013). *Çocuklarda maddi değerlere verilen önem ile aleksitimi arasındaki ilişki*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Zitterl, W., et al. (1990). Obsessive-compulsive disorder: course interaction with depression. *Psychopathology*, 23:73-80.

EKLER

EK.1 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Obsesif kompulsif bozukluk (takıntı hastalığı) tanısı almış olan hastalar ile herhangi bir tanıli psikolojik hastalığı bulunmayan kişilerin duygularını ifade etme farklılıklarının karşılaştırılması

*Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir./ Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)*

CALISMANIN KONUSU VE AMACI:

Bu çalışmada bir grup obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastası ve sağlıklı kontrol grubu bireylerinin duygularını ifade etmede yaşadıkları zorluk düzeylerinin karşılaştırılması amaçlandı. OKB tanısı almış olan hastaların duygularını fark etseler dahi ifade etmede sağlıklı bireylere göre çok daha fazla zorluk yaşadığı saptanmıştır. Bu duyguları fark etme, ayırt etme, söze dökme güçlüğü, hayal kurmada kısıtlılık faktörlerinin bu iki grup (OKB'li deney grubu ve sağlıklı kontrol grubu) arasındaki büyük düzey farklılıklarının tespit edilmesi başta OKB hastaları olmak üzere kişilere büyük ölçüde bir farkındalık ve ilişkilere karşı farklı bir bakış açısı kazandıracığı düşünülmektedir.

CALISMA İŞLEMLERİ:

Araştırmada ilk olarak tüm katılımcılara sosyodemografik (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim, medeni hal.vb.) ve klinik bilgileri toplamaya yönelik Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu dağıtılıp doldurulması istenir. Ardından kontrol grubundaki sağlıklı bireylere obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısına sahip olmadıklarını teyit etmek için; obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanısı almış olan deney grubundaki hastalara ise OKB düzeylerini tespit etmek için Yale-Brown Obsesyon-Kompülsiyon Ölçeği uygulanacaktır. Ardından da duygularını ifade etmedeki zorluklarının düzeylerini ölçmek için her iki gruba da Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) uygulanacaktır.

CALISMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDIR?

Bu çalışma obsesif kompulsif bozukluk hastası olan kişilerin duygularını ifade etme şekillerinin yetersizliğini ve bunların nedenlerini öğrenmesinde ve benimsemesinde yararlı olacaktır. İki grup için de (kontrol grubu-deney grubu) kişilerarası ilişkilerinde kullandıkları duygularını ifade biçimleri hakkında bir farkındalık ve yeni bir bakış açısı kazanmaları katılımcıların yararlarına olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Kişisel bilgileriniz ve ölçeklerdeki yanıtlarımız etik kurallar çerçevesinde hasta mahremiyeti göz önünde bulundurularak, izinsiz hiçbir kişiyle paylaşılmadan gizli tutulacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Psk. Umay Uslu

u.umayuslu@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı

kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>	Umay Uslu	<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1:Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK.2 Sosyodemografik Veri Formu

Telefon Numarası:

- 1.** Ad ,Soyadı;
- 2.** Yaşınız?
- 3.** Cinsiyetiniz

a) Kadın **b)** Erkek

4. Medeni Durumunuz

- a)** Evli
- b)** Bekar
- c)** Boşanmış
- d)** Eşinden ayrı yaşıyor
- e)** Dul

5. Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

- a)** Yalnız
- b)** Sadece eşinizle
- c)** Eş ve çocuklar
- d)** Anne ve baba
- e)** Diğer

6. Eğitim düzeyiniz?

- a)** İlköğretim
- b)** Lise
- c)** Yüksekokul veya Üniversite
- d)** Diğer..

7. Özel eğitim aldınız mı?

a) Evet, ise belirtiniz.....

b) Hayır

8. Sahip olduğunuz çocuk sayısı

.....

9. Şu an yaşadığınız yer?

a) Köy

b) Kasaba

c) Şehir

d) Diğer.....belirtiniz

10. Çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer?

a) Köy

b) Kasaba

c) Şehir

d) Diğer.....belirtiniz

11. Gelir düzeyiniz nedir ?

a) 500 ytl' nin altında

b) 500 ile 1000 ytl arasında

c) 1000-1500 ytl arası

d) 2000 ytl ve üzeri

12. Yapmakta olduğunuz bir işiniz var mı?

a) Evet

b) Hayır

Çalışıyorsanız çalışmakta olduğuz birim\ ünite

.....lütfen belirtiniz

13. Meslekte çalıştığınız süre nedir?

- a) 1 yıldan az
- b) 1-5 yıl arası
- c) 5-10 yıl
- d) 11 yıl ve üzeri

14. Kronik fiziksel bir hastalığınız var mı?

- a) Evet ise lütfen belirtiniz.....
- b) Hayır

(Evet ise) Hiç bu konu/konular için doktora gittiniz mi?

15. Kronik ruhsal bir hastalığınız var mı?

- a) Evet ise lütfen belirtiniz.....
- b) Hayır

(Evet ise) Hiç bu konu/konular için doktora gittiniz mi?

(Var ve gitmediyseniz) nedenini belirtiniz.....

16. Beraber yaşadığınız aileniz dışında sosyal desteğini hissettiğiniz akrabalarınız veya dostlarınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

17. 16. sorunun cevabı evet ise kimler ve yakınlık dereceniniz?

Lütfen belirtiniz.....

18. Çocukluğunuzda kim tarafından yetiştirildiniz?

- a) Anne
- b) Baba
- c) Bakıcı
- d) Anne-baba

TAÖ-20
Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.
Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlmeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.....	1	2	3	4	5

**YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ VE
SEMPTOM KONTROL LİSTESİ
(YBOCS)**

Hasta Bilgileri;

Adı / Soyadı:

Yaş: Cinsiyet: Tarih:/...../.....

Şimdi	Geçmişte	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 (örn: Arkadaşını yaralama)
		Çalacağından korkma
		Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn: Çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)
		Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn: Yangın, hırsızlık)
		Diğer:
		KİRLENME OBSESYONLARI
		Vücut atık veya salgılarından (örn. Dışkı, idrar, tükürük) kaygılanmak veya öğrenmek
		Kir veya mikroplardan kaygılanmak
		Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. Asbestos, radyasyon, toksik atıklar)
		Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. Temizlik maddeleri, çözücüler)

	Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
	Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örn. Böcekler)
	Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
	Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
	Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçları düşünmemek
	Diğer:
	CİNSEL OBSESYONLAR
	Yasaklanmış veya sapkınlık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
	Çocuklar veya incest ilişki ile ilgili
	Homoseksüel ilişki ile ilgili*
	Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)
	Diğer:
	BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI
	(Hobiler ve maddi/manevi değeri olan eşyalar ile karıştırılmamalıdır.)
	DİNİ OBSESYONLAR
	Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
	Doğru / Yanlış kavramları ile aşırı ilgi
	Diğer:
	EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR
	Doğüstü düşünce ile birlikte (örn. Eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği)
	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*
	Vücudun bir parçası ya da görüntü ile aşırı ilgi (Dismorfofobi)
	Diğer:
TEMİZLENME / YIKAMA KOMPULSİYONLARI	
	Aşırı veya törensel el yıkama
	Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime aşırı derecede dikkat
	Ev eşyalarının ya da diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili
	Kirlenici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
	Diğer:
KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI	
	Kilit, ocak, alet vb.lerin kontrolü
	Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etme
	Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etme
	Hata yapıp yapmadığını kontrol etme
	Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
	Diğer:
TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR	
	Tekrar okuma veya yazma
	Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örn.Kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma)
	Diğer:
SAYMA KOMPULSİYONLARI	
SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI	

	Uğurlu veya uğursuz sayılar
	Özel anlamı olan renkler
	Batıl itikatlar
	Diğer:
	SOMATİK OBSESYONLAR
	Hastalık ile ilgili*
	Vücudun bir parçası ya da görüntü ile aşırı ilgi (Dismorfofobi)
	Diğer:
	TEMİZLENME / YIKAMA KOMPULSİYONLARI
	Aşırı veya törensel el yıkama
	Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime aşırı derecede dikkat
	Ev eşyalarının ya da diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili
	Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
	Diğer:
	KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI
	Kilit, ocak, alet vb.lerin kontrolü
	Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etme
	Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etme
	Hata yapıp yapmadığını kontrol etme
	Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
	Diğer:
	TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR
	Tekrar okuma veya yazma
	Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örn.Kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma)
	Diğer:
	SAYMA KOMPULSİYONLARI
	SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

Hobiler, maddi/manevi değerli olan eşyaların toplanması ile karıştırılmamalıdır.
(Örn. Eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek)

DİĞER KOMPULSİYONLAR

	Zihinsel törenler (Kontrol veya 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 gelmesine veya kötü olaylara karşı önlem almak (kontrol etme değil)
	Tören haline gelmiş yemek yeme davranışları*
	Batıl davranışlar
	Trikotillomani*
	Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*
	Diğer:

İsim:..... Tarih:...../...../.....

HEDEF SEMPTOM LİSTESİ

Obsesyonlar:

- 1).....
.....
.....
- 2).....
.....
.....
- 3).....
.....
.....

Kompulsiyonlar:

- 1).....
.....
.....
- 2).....
.....
.....
- 3).....
.....
.....

Kaçınma:

- 1).....
.....
.....
- 2).....
.....
.....
- 3).....
.....
.....

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

Hasta Adı:.....

Protokol:..... Tarih:...../...../.....

Uygulayan:..... Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 Toplamı:.....)

1.OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0:Yok 1:Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek 2:Orta, günde 1-3 saat veya çok sık 3:Ciddi, günde 3-8 saat veya çok sık 4:İleri boyutlarda, günde 8 saatten fazla veya yaklaşık sürekli
1.a.OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz.)	0:Yok 1:Uzun, her gün aralıksız 8 saatten uzun semptomsuz dönem 2:Orta, her gün 3-8 saat süren aralıksız semptomsuz dönem 3:Kısa, her gün 1-3 saat süren aralıksız semptomsuz dönem 4:İleri derecede kısa, günde 1 saatten az süren semptomsuz dönem
2.OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0:Hiç 1:Hafif, sosyal veya mesleki uğraşlar çok hafif etkilenmekle birlikte genel performansta değişiklik yok 2:Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olsa da hala başa çıkabilir durumda 3:Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış 4:İleri derecede, iş göremez durumda
3.OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0:Hiç 1:Haif, fazla rahatsızlık vermeyen, 2:Orta, rahatsız edici fakat baş edilebilir 3:Ciddi, çok fazla rahatsız edici 4:İleri derecede, yaklaşık sürekli ve kısıtlayıcı rahatsızlık
4.OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	0:Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki, çaba harcama gereksinimi duymamaktadır 1:Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır 2:Direnme için bir miktar çabalamaktadır 3:Çaba göstermeden tüm obsesyonlara teslim olmuştur. Fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır. 4:Tam ve gönüllü olarak obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.
5.OBSESYONLARIN KONTROLÜ	0:Tam olarak kontrol edebiliyor. 1:Büyük oranda kontrol edebiliyor, genellikle biraz çaba ve dikkatini toplayarak obsesyonları durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor. 2:Orta derecede kontrol edebiliyor, obsesyonları bazen durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor. 3:Az miktarda kontrol edebiliyor, obsesyonları durdurmada veya aklından çıkarmada nadiren başarılı oluyor. Dikkatini zorlukla başka yöne yönltebiliyor. 4:Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak obsesyonlar mevcuttur, bir an bile aklından çıkaramamaktadır.
OBSESYON TOPLAMI (madde 1*-5 toplamı): _____	
6.KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0:Hiç 1:Hafif (günde 1 saatten az) veya seyrek olarak 2:Haif (günde 1-3 saat) veya sık sık kompulsif davranışlar 3:Orta (günde 3-8 saat) veya çok sık kompulsif davranışlar 4:İleri derecede (günde 8 saatten fazla) veya neredeyse sürekli olarak kompulsif davranışlar (sayılmayacak kadar fazla)
6.a.KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz.)	0:Hiç semptom yok. 1:Uzun, her gün, aralıksız 8 saatten uzun süren semptomsuz dönem 2:Orta, her gün 3-8 saat süren semptomsuz dönem 3:Kısa, her gün 1-3 saat süren aralıksız semptomsuz dönem 4:İleri derecede kısa, günde 1 saatten az süren semptomsuz dönem

7.KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0:Hiç 1:Hafif, sosyal veya mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte genel performansta değişiklik yok. 2:Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hala başa çıkabilir durumda. 3:Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış. 4:İleri derecede iş göremez durumda.
8.KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0:Hiç 1:Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi esnasında hafif anksiyete 2:Orta, kompulsif davranışın engellenmesi halinde sıkıntı duyduğunu fakat baş edebilir düzeyde olduğunu veya kompulsiyon gerçekleştirilmesi sırasında anksiyetenin artabildiği fakat başa çıkabileceğini bildirmektedir. 3:Ciddi, kompulsiyonların engellenmesi halinde veya kompulsif davranışlar sırasında anksiyete belirgin bir şekilde artmaktadır. 4:İleri derecede, kompulsif davranışa en ufak bir müdahale halinde veya kompulsiyon sırasında iş göremez duruma sokan anksiyete
9.KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	0:Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki, çaba harcama gereksinimi duymamaktadır 1:Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır 2:Direnme için bir miktar çabalamaktadır 3:Çaba göstermeden tüm obsesyonlara teslim olmuştur. Fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır. 4:Tam ve gönüllü olarak obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır
10.KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	0: Tam olarak kontrol edebiliyor. 1:Büyük oranda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için bir miktar baskı hissediyor, fakat genellikle kontrol edebiliyor. 2:Orta derecede kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için büyük baskı hissediyor, zorlukla kontrol edebiliyor. 3:Az miktarda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için çok büyük baskı hissediyor, tamamlamak zorunda kalıyor, sadece güçlükte geciktirebiliyor. 4:Kontrol edemiyor, tamamiyle istemsiz olarak kompulsiyonları gerçekleştirmektedir. Bir an için bile geciktirememektedir.
KOMPULSİYONLAR ALTTOPLAM (madde 1-5 toplam): _____	
11.OBSESİYONLARI VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	0:Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı 1:İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının saçmalığı ve aşırılığını kabul etmekle birlikte anksiyete dışında dikkate alınacak bir şey olmadığı konusunda tatmin olmuş değil.(örn. Uzun süre şüpheleri vardır.) 2:Orta derecede bir içgörü. İsteksizce de olsa düşünce ve davranışlarının saçmalığını veya aşırılığını kabul etmekle birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat değişmeyen inançları yoktur. 3:Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının mantıksız veya aşırı olmadığını inanmaktadır, fakat karşı kanıtların geçerliliğini de kabul etmektedir. 4:İçgörüsü kaybolmuş, hayal dünyasında. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğuna tam olarak inanmış durumdadır, karşı kanıtlara karşı tepkisizdir.
12.KAÇINMA	0:Görülen bir kaçınma yok 1:Hafif, en alt düzey kaçınma var. 2:Orta, görülen açık bir kaçınma var. 3:Ciddi, çok fazla kaçınma var. 4:İleri derecede, aşırı boyutlarda kaçınma, semptomları başlatılabilecek olan hemen her şeyi yapmaktan kaçınmaktadır.
13.KARARSIZLIK	0:Kararsızlık yok 1:Hafif, bazı küçük şeyler hakkında karar verme güçlüğü 2:Orta, başkalarının ikinci bir kez düşünemeyecekleri şeyler hakkında bile karar verirken güçlük çektiğini belirtmektedir. 3:Ciddi, önemli olmayan konularda bile sürekli yarar/zarar değerlendirmesi yapmaktadır 4:İleri derecede, karar verme yetisi kaybolmuş, iş görmez durumdadır.

14.PATOLOJİK SORUMLULUK	0:Yok 1:Hafif, sadece sorulduğunda bahsedilen hafif sorumluluk artışı 2:Orta, hastanın kendiliğinden bahsettiği açıkça görülen düşünceler; hasta kendi kontrol edebileceği olayların dışında kalanlar için aşırı sorumluluk hissetmektedir. 3:Ciddi, bu tür duygular yaygındır ve önde gelmektedir; kesinlikle kendi kontrolü dışında kalan olaylardan bile kendini sorumlu hissetmektedir. Kendini anlamsız hatta saçma bir şekilde suçlamaktadır. 4:İleri, delilik derecesinde sorumluluk.(örn. Kompulsiyonları gerçekleştiremedikleri için binlerce kilometre ötede olan depremden kendini suçlu hissetmek.)
15.YAVAŞLAMA	0:Yok 1:Hafif, bazen başlarken ya da biterken gecikme. 2:Orta, sıklıkla olağan işlerin uzun sürmesi, ancak genellikle tamamlanması. Sıklıkla geç olması. 3:Ciddi, olağan görevlerin başlamasında ve bitirilmesinde yaygın ve belirgin zorlanma. Genellikle geç olması. 4:İleri derecede, işlemin tümünde yardım görmeden, olağan işlevlere başlayamama ve bitirememe.
16.PATOLOJİK KUŞKU	0:Hiç 1:Hafif, sadece sorulduğu zaman bahsedilen patolojik kuşku. Verilen örnekler normal sınırlar içinde olabilir. 2:Orta, bu düşünceleri kendisi belirtir, hastanın bazı davranışlarında açık olarak vardır; hasta patolojik kuşkudan rahatsızdır. Performansını bir miktar etkilemekle birlikte baş edilebilir durumdadır. 3:Ciddi, algıları hakkında kuşkuları belirgindir; patolojik kuşku sıklıkla performansını etkilemektedir. 4:İleri derecede, algıları hakkında kuşkuları süreklidir; patolojik olarak kuşkuları hemen her türlü faaliyetini belirgin olarak etkilemektedir. İşgörmez durumdadır. (örn. Hasta "gördüklerime inanamıyorum." Diye belirtmektedir.)
17.GLOBAL CİDDİYET	0:Hastalık yok 1:Hafif, şüpheli, gelip geçici hastalık; işlevsel bozukluk yok. 2:Hafif semptomlar, işlevsel bozukluk az. 3:Orta derecede semptomlar, çabayla işlevsel olabiliyor. 4:Orta-ciddi derecede semptomlar, işlevsellik kısıtlanmış. 5:Ciddi semptomlar, büyük oranda yardımcı işlevsel olabiliyor. 6:İleri boyutlarda ciddi semptomlar, iş görmez durumda.
18.GLOBAL DÜZELME	0:Çok daha kötü. 1:Daha kötü 2:Biraz daha kötü 3:Değişiklik yok. 4:Bir miktar iyileşme var. 5:Daha iyi. 6:Çok daha iyi.
19.GÜVENİRLİK	0:Mükemmel, edinilen bilgilerden şüphelenmek için hiçbir neden yok 1:İyi, güvenilirliği kötü yönde etkileyebilecek faktör (ler) var. 2:Orta, güvenilirliği kesin olarak azaltan faktör (ler) var. 3:Zayıf, güvenilirlik çok az.

*[REFERANSLAR: Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA ve ark.: The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, I: Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989;46: 1006 / Karamustafaloğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H: Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı Savaş Ofset, Bursa, 1993, s:86./Tek C, Uluğ B, Rezaki BG, Tanrıverdi N, Mercan S, Demir B, Vargel S: Yale-Brown Obsesive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. Acta Psychiatr Scand 1995; 91:410-413]



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/588

25/04/2018

Dr. Öğretim Üyesi Habib ERENŞOY
(Psk. Umay Uslu)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/04/2018 tarihinde yapılan 04 No.lu toplantısında “**Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almış Olan Hastalar İle Herhangi Bir Psikiyatrik Tanısı Bulunmayan Kişiler Arasındaki Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması**” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

EK.6



T.C. ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

REKTÖRLÜK

Sayı : 60560713-044/
Konu : Anket İzni hk.

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 18.04.2018 tarihli, 28267806-044/3077 sayılı yazınız.

Enstitünüz Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Umay Uslu'nun, "Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) Tanısı Almış Olan Hastalar ile Sağlıklı Bireyler Arasındaki Aleksitimi Düzey Farklılıkları" konulu tez çalışması kapsamındaki anket ve ölçeklerini NP Feneryolu Tıp Merkezinde uygulama talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Nevzat TARHAN
Rektör

Ek :Araştırmacının Evrakları

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Umay Uslu

Doğum Tarihi / Yeri: 02.05.1991 / İstanbul

Eğitim Bilgileri

Yüksek Lisans Klinik Psikoloji – Üsküdar Üniversitesi (2016-2018)

Lisans Psikoloji – İstanbul Bilgi Üniversitesi (2009-2015) (3,33/4,00)

Lise Rotary 100. Yıl Anadolu Lisesi (2005-2009)

Yabancı Dil(ler) ve Düzeyleri

İngilizce – Çok iyi

Almanca – Başlangıç

İş ve Staj Deneyimi

2017 - ... Üsküdar Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık Birimi (Asistan Psikolog)

2017 - ... Üsküdar Üniversitesi NP Feneryolu Tıp Merkezi (Stajyer Psikolog)

2016 - 2017 Özel Eğitim Koleji (Rehber Öğretmen ve Psikolojik Danışman)

2015 - 2016 Garanti Filo Yönetim Hizmetleri A.Ş (İnsan Kaynakları ve İdari İşler Stajyeri)

2011 - 2014 Üsküdar Üniversitesi NP Etiler Tıp Merkezi (Stajyer Psikolog)