



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

**GEŞTALT TEMAS BİÇİMLERİNİN OBSESİF KOMPULSİF  
BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İNCELENMESİ**

**MELTEM TOPALOĞLU**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Yrd. Doç. Dr. HÜSEYİN ÜNÜBOL**

**İstanbul, 2017**

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

**GEŞTALT TEMAS BİÇİMLERİNİN OBSESİF  
KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA  
İNCELENMESİ**

**Meltem TOPALOĞLU**

**154102077**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Yrd. Doç. Dr. HÜSEYİN ÜNÜBOL**

**İstanbul, 2017**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102077
Öğrenci Adı Soyadı	: Meltem TOPALOĞLU
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL
Tezin Başlığı	: Geşalt Temas Biçimlerinin Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 21.12.2017	Saati	: 10.30
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 <b>KABUL</b> edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDDEDİLMESİ</b> 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 <b>REDDEDİLMİŞTİR.</b>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Meltem NARTER	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Tuğba Arzu Özal İLDENİZ	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Geşalt Temas Biçimlerinin Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda İncelenmesi” 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.

Tarih:

.../.../.....

Meltem TOPALOĞLU

İmza:

## TEŞEKKÜR

Bu araştırma, Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastalarda Geşalt Temas Biçimlerinin incelenmesi amacıyla, NP Feneryolu Tıp Merkezi ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır.

Bana zaman ayırarak, tezimin her aşamasında beni aydınlattığı, görüş alanımı genişlettiği ve bu zorlu süreci kolaylaştırdığı için değerli tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL ve sevgili eşi Başak ÜNÜBOL'a çok teşekkür ederim. Üsküdar Üniversitesi'nden değerli hocalarım, Yrd. Doç. Dr. Oğuz TAN ve Cengiz DEMİRİSOY hocalarıma da ayrıca teşekkürlerimi sunarım. Hayatta örnek aldığım kişilerin başında gelen, önüme çıkan her engeli nasıl aşabileceğimi öğreten ve her zaman maddi, manevi yanımda olan babam Dursun TOPALOĞLU'na, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım annem Kadire TOPALOĞLU, abim Burak TOPALOĞLU ve kuzenim Yasemin ÖZTÜRK'E çok teşekkür ederim. Sırlarımı, hayallerimi, mutluluğumu, derdimi, planlarımı paylaştığım, sayısız anı biriktirdiğim ve biriktireceğim, çocukluğumun en güzel parçası Nazlı ÇINARA'a ve meslektaşım, canım arkadaşım Yeliz BAYRAKTAR'a tez sürecinde beni hep destekledikleri için çok teşekkür ederim. Son olarak bu araştırmada hep yanımda olan, Furkan AKINCILAR ve Melis KALKAN'a da teşekkürlerimi sunarım.

Meltem TOPALOĞLU

## ÖZET

(Topaloğlu, Meltem, Yüksek Lisans, İstanbul, 2017)

### GEŞTALT TEMAS BİÇİMLERİNİN OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA İNCELENMESİ

Bu çalışmanın amacı, Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastaların ve Kontrol Grubunun, Geştalt Temas Biçimlerini incelemek ve karşılaştırmaktır. Ayrıca Geştalt Temas Biçimleri ile OKB semptomları arasındaki ilişkide incelenmiştir. 50 OKB hastası, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Tüm hastalar, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon leği (Y-BOK), Padua Envanteri (PE), ve Geştalt Temas Biçimleri leği- Yeniden Düzenlenmiş Formu (GTB-YDF) ile değerlendirildi. Kontrol grubuna ise, GTB-YDF ve PE uygulandı. OKB hastalarının GTB-YDF “Geri Döndürme” ve “Saptırma” alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Kontrol Grubuna göre anlamlı olarak, oldukça yüksek bulundu. Semptomalozik olarak incelemede, Hasta Grubunda, Padua Envanteri “temizlik”, “düşüncelere kapılma”, “dürtüler” ve “kontrol” alt boyutları ile Geştalt temas biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı, yüksek puanlar tespit edilmiştir. Bu bulgular ile, Geştalt Temas Biçimleri açısından, Hasta ve Kontrol Grupları arasındaki farkın önemli derecede farklı olduğu görüşmüştür. Hasta Grubunun, Yale Brown toplam puanı ile GTB-YDF alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sonuç olarak, çalışmada elde ettiğimiz bulgular, Hasta ve Kontrol Grupları ve OKB semptomları Geştalt Temas Biçimleri (Geri Döndürme, Temas, Saptırma, Duygusal Duyarsızlaşma, İ İçe Geçme) açısından anlamlı farklılıklar göstermiştir. Bu sonuçlar, Geştalt Terapistlerine, bir OKB hastası için yapılacak olan terapötik müdahalede ışık tutması açısından ve literatüre katkı sağlaması açısından önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** obsesif kompulsif bozukluk, geştalt temas biçimleri, geri döndürme, saptırma, i içe geçme, temas, duygusal duyarsızlaşma

## **ABSTRACT**

**(Topaloğlu, Meltem, Graduate Program, İstanbul, 2017)**

### **Examining of Gestalt Contact Styles in the Patients with Obsessive Compulsive Disorder**

The purpose of this study is to examine and compare Gestalt Contact Styles of the OCD patients with the healthy control group. In addition, the relationship between Gestalt Contact Styles and OCD symptoms has been investigated. 50 OCD patients were compared with the healthy control group. All patients were evaluated with Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Padua Inventory (PI), and Gestalt Contact Styles Questionnaire-Revized (GCSQ-R). GCSQ-R and PE were applied to control group. The scores of the OCD patients from the GCSQ-R "Retroflection" and "Deflection" subscales were statistically significant higher than the Control Group. On the findings about the OCD symptoms, statistically significant high scores were found between "cleaning", "thoughts", "impulses" and "control" subscales of PI and Gestalt contact styles in the patient group. With these findings, in terms of the Gestalt contact styles, we observed that the difference between Patient and Control Groups was significantly different. There is no statistically significant difference was found between the total score of Yale Brown and the GCSQ-R subscales of the patient group. In conclusion, findings in our study showed significant differences in patient and control groups and OCD symptoms in terms of Gestalt Contact Styles (Retroflection, Contact, Deflection, Desensitisation, Confluence). These results are important in terms of providing an insight to the therapeutic intervention for OCD patients to Gestalt therapists and contributing to the literature.

**Key Words:** Obsessive compulsive disorder, gestalt contact styles, retroflection, contact, deflection, desensitisation, confluence

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Tez Savunma Tutanağı	i
Yemin Metni	ii
Teşekkür	iii
Özet	iv
Abstract	v
İçindekiler	vi
Tablolar	viii
1.1.GİRİŞ	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	2
2. İLGİLİ LİTERATÜR	
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Kavramı	2
2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı	3
2.1.2. DSM-5’de Obsesif Kompulsif Bozukluk için Yapılan Değişiklikler	3
2.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Epidemiyolojisi	4
2.2. Psikoterapi Kuramları	6
2.2.1. Psikanaliz	6
2.2.1.1. Psikanaliz’e Göre Obsesif Kompulsif Bozukluk	7
2.2.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım	7
2.2.2.1. Bilişsel Davranışçı Yaklaşımına Göre Obsesif Kompulsif Bozukluk	8
2.2.3. Varoluşsal Yaklaşım	9
2.2.3.1. Varoluşçu Yaklaşımına Göre Obsesif Kompulsif Bozukluk	10
2.3. Geştalt Terapi Yaklaşımı	10
2.3.1. Geştalt Terapi Yaklaşımı ve Psikolojik Sağlığın Bozulması	11
2.3.1.1. Yaşantı/Deneyim/İhtiyaç Döngüsünün Tamamlanamaması	12
2.3.1.2. Tamamlanmamış İşlerin Kalması	12
2.3.1.3. Kördüğümün Çözülememesi	13
2.3.1.4. Temas	13
2.3.1.5. Temas Biçimleri	15
2.3.1.5.1. Geri Döndürme	15
2.3.1.5.2. İç İçe Geçme	16
2.3.1.5.3. Duygusal Duyarsızlaşma	17
2.3.1.5.4. Saptırma	18
2.3.1.5.5. İçe Alma	18



2.3.1.5.6. Yansıtma	19
2.3.1.5.7. Kendini Seyretme	20
3. YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Amacı	22
3.2. Evren ve Örneklem	22
3.3. Sınırlılıklar	22
3.4. Verilerin Toplanması	22
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	22
3.4.2. Yale – Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği(Y-BOCS)	23
3.4.3. Padua Envanteri	23
3.4.4. Geştalt Temas Biçimleri Ölçeği-Yeniden Düzenlenmiş Formu (GTBÖ-YDF)	24
3.5. Verilerin Analizi	24
4. BULGULAR	26
4.1. Demografik Özelliklere Göre Hasta ve Kontrol Grubu Dağılımları	26
4.2. Puanların Normalliğinin İncelenmesi	27
4.3. Hasta Grubunda Demografik Verilere Göre Ölçeklerden Alınan Puanlar	28
4.4. Kontrol Grubunda Demografik Verilere Göre Ölçeklerden Alınan Puanlar	30
4.5. Hasta Grubun Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkileri	32
4.6. Kontrol Grubunun Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkileri	34
4.7. Ölçeklerden Alınan Puanların Hasta ve Kontrol Grupları Açısından Değerlendirilmesi	35
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	39
5.1. Öneriler ve Sınırlılıklar	
5.2. Araştırmanın Sonuçları	
6. KAYNAKLAR	46
EKLER	54
Ek – 1. Kişisel Bilgi Formu	54
Ek – 2. Yale- Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)	55
Ek – 3. Padua Envanteri	61
Ek – 4. Geştalt Temas Biçimleri Ölçeği- Yeniden Düzenlenmiş Formu (GTBÖ-YDF)	63
ÖZGEÇMİŞ	

## TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Kontrol ve hasta grubun demografik özelliklerine göre yüzdeleri	27
Tablo 2. Hasta ve Kontrol Grubunun ölçeklerden aldıkları puanların normalliğinin incelenmesi için uygulanan Shapiro-Wilk normallik analizi	28
Tablo 3. Hasta Grubun ölçeklerden aldığı puanların cinsiyet açısından sıra ortalamaları ve Mann Whitney Testi bulguları	29
Tablo 4. Hasta Grubun cinsiyet açısından Saptırma, Temas, İç İçe Geçme ve Duygusal Duyarsızlaşma alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları	29
Tablo 5. Kontrol Grubunun cinsiyete göre PE, PE alt boyutları ve GTBÖ-YDF Geri Döndürme alt boyutu sıra ortalamaları ve Mann Whitney bulguları	30
Tablo 6. Kontrol Grubunun cinsiyete göre, GTBÖ-YDF Saptırma, Temas, İç İçe Geçme ve Duygusal Duyarsızlaşma alt boyutları puan ortalamaları, standart sapmalar ve t testi bulguları	31
Tablo 7. Kontrol Grubunun medeni hal açısından PE, PE alt boyutları ve GTBÖ-YDF Geri Döndürme alt boyutu sıra ortalamaları ve Mann Whitney bulguları	32
Tablo 8. Hasta Grubunun ölçeklerden aldığı puanlara ilişkin Korelasyon Testi bulguları	33
Tablo 9. Kontrol Grubunun ölçeklerden aldığı puanlara ilişkin Korelasyon Testi bulguları	35
Tablo 10. Hasta Grubunun ve Kontrol Grubunun PE, PE alt boyutları ve GTBÖ-YDF Geri Döndürme alt boyutu sıra ortalamaları ve Mann Whitney bulguları	36
Tablo 11. Hasta ve Kontrol Grubunun GTBÖ-YDF Saptırma, Temas, İç İçe Geçme ve Duygusal Duyarsızlaşma alt boyutları ortalama puanları, standart sapmalar ve t testi bulguları	37

## 1.GİRİŞ

Geşalt terapi yaklaşımında, kişinin yalnız temas aracılığıyla büyüyebileceğine ve değişebileceğine olan inanç, temas kavramını oldukça önemli hale getirmiştir (Clarkson & Mackewn, 1993). Temas, organizma ile çevre arasındaki temas sınırında gerçekleşir (Daş, 2006). Bireyin hem diğerlerinden ayrıştığı, hem de onlarla temas kurduğu yer, temas sınıdır (Clarkson & Mackewn, 1993). İyi bir temasın gerçekleşebilmesi için, temas sınırının, yeterince besleyici olacak ve yakınlık sağlayacak kadar geçirgen, özerkliği koruyacak ve çevredeki zehirli olana karşı koyacak kadar da geçirimsiz olması gerekmektedir (Mann, 2010).

Kişi duyuları yoluyla yeni bir ihtiyacın farkına vardığında, bu ihtiyacı karşılamak üzere gerekli düzenleme ve ayarlamaları yapabilmek için çevreyle temasa geçer. İhtiyacını karşıladıktan sonra ise teması keserek geri çekilir (Mackewn, 1997). Geşalt yaklaşımına göre temas ve geri çekilme ritmi, kişinin çevresiyle temas kurarken kullandığı yollara, yani temas biçimlerine göre belirlenir (Daş, 2006). Bu temas biçimleri, geri döndürme, iç içe geçme, kendini seyretme, duyarsızlaşma, içe alma, saptırma ve yansıtma (Perls, Hefferline & Goodman, 1951/1996; Polster & Polster, 1974).

Geşalt bakış açısından, psikolojik olarak sağlıklı insanlar, öz-düzenlemeyi yapabilen bireylerdir; diğer insanlarla karşılıklı bağımlılığı ve çevreyi kabul ederken, değişen koşullara esneklikle yanıt verebilen ve birçok açıdan kendilerini destekleyebilen bireylerdir (Mackewn, 1997). Geşalt yaklaşımına göre, nevrotik bireyler ise, toplumun kendilerini çok fazla etkilemesine izin verir. Kendi ihtiyaçlarını açıkça ayırt edemezler ve toplumu yaşamdan daha büyük ve kendilerini daha küçük varsayarlar. Toplum; aile, devlet, sosyal çevre ve iş arkadaşları gibi çeşitli grupların herhangi birinden oluşabilir. Nevrotik bireyler ve bu gruplardan bir veya daha fazlası aynı anda farklı ihtiyaçları yaşarsa, nevrotik bireyler hangi ihtiyacın hakim olduğunu ayırt edemez ve bu nedenle ne iyi bir temas kurabilir ne de iyi bir geri çekilme yapabilir. Sonuç olarak, nörozun temas sınırındaki bozukluklarından bir veya daha fazlası; ihtimallerin baskın derecede ters olduğu durumlarda, dengeyi sürdürmenin ve öz düzenlemenin en etkili yolu gibi gözükmektedir (Nelson-Jones, 2010).

## **1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ**

Bu araştırma, NP Feneryolu Tıp Merkezi ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören ve Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alan 18-65 yaş arası hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun ve ek olarak okb semptomlarının, Geşalt temas biçimleri (temas, iç içe geçme, saptırma, kendine döndürme, duygusal duyarsızlaştırma) ile ilişkisini inceledik. Araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda hipotezin, “geşalt temas biçimleri, Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastaların semptomatolojik özellikleriyle ilişkilidir ve geşalt temas biçimlerinin obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalarla ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık vardır.” desteklenmesiyle, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış kişilerin temas biçimlerine dair fikir edinmek, bu tanı ile ilgili gereken psikolojik desteğin neler olabileceğine dair terapi içeriğine ışık tutmak, terapi sürecinde olan hastaya farkındalık kazandırmak ve literatüre katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

## **2. İLGİLİ LİTERATÜR**

### **2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK KAVRAMI**

#### **2.1.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN TANIMI**

Mental bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı, Obsesif Kompulsif Bozukluğu şu şekilde tanımlamaktadır: Obsesif Kompulsif Bozukluk (Takıntı-Zorlantı Bozukluğu), kompleks ve heterojen bir doğaya sahip düşünceler, davranışlar ve bunların etkileşiminin oluşturduğu bir hastalıktır. Hastalığın etiyojisi tam bir kesinlik kazanmamışken, obsesyoneel problemlerin tabiatı ve fenomenolojisi iyi araştırılmış ve anlaşılmıştır. Bunlara ek olarak, günümüzde etkili psikolojik ve farmakolojik tedaviler bulunmaktadır (Abramowitz & Jacoby, 2014).

Obsesyonlar, çoğu bireyde belirgin sıkıntı veya kaygıya neden olan, kişide istemsiz olarak ve zorla meydana gelen, yineleyici ve sürekli düşünce, zorlamalar ya da imgelerdir. Birey bu tip düşünceleri, istek ve imgeleri yok saymaya veya bastırmaya çalışır ya da onları başka bir düşünce veya eylemle (bir kompulsiyon uygulayarak) etkisiz hale getirmeye çalışır. Kompulsiyonlar, bireyin obsesyonlarına tepki olarak, bireyin rijit bir şekilde kurallara uyararak yapmak mecburiyetinde hissettiği yineleyici davranışlar

(örnek olarak; düzenleme, el yıkama, kontrol etme vb) veya zihinsel eylemlerdir (dua etme, sessizce sözcük tekrarlama, sayma vb). Bu davranışlar veya zihinsel eylemler kaygı veya sıkıntıyı önleme veya azaltma ya da korkulan bazı olay veya durumları önleme amaçlıdır. Bununla birlikte, bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, etkisiz hale getirmek ya da önlemek için tasarlandıklarıyla gerçekçi bir şekilde bağlı değildir ya da açık bir şekilde aşırıdır. Küçük çocuklar bu davranışların veya zihinsel eylemlerin amaçlarını açıklayamayabilir (Association, 2013).

OKB, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM sınıflandırmasının 4. Uyarlaması DSM-IV'de anksiyete bozuklukları grubunda bulunmaktaydı. DSM'nin son sürümü olan DSM-5 ise OKB'ye ait birtakım klinik ve bilimsel çıkarımlar ile çeşitli kilit değişiklikler içermektedir (Abramowitz & Jacoby, 2014).

### **2.1.2. DSM-5'de Obsesif Kompulsif Bozukluk için Yapılan Değişiklikler**

DSM'nin yeni sürümü olan DSM-5'de, obsesyon ve kompulsiyonların tanımı aynı kalsa da bu tanımlamaya birtakım güncellemeler getirilmiştir. DSM-IV'de, obsesyonun tanımı için kullanılan "dürtü" (impuls) kelimesi, "iç zorlanma" (urge) ile yer değiştirmiştir (Abramowitz & Jacoby, 2014). Bu değişim ile dürtü kontrol bozukluklarından ayırt etme hedeflenmiştir (Leckman vd., 2010). Obsesyonel düşüncelerin içeriği için kullanılan "uygunsuz" (inappropriate) terimi yerine "istenmeyen" (unwanted) terimi kullanılmaya başlanmıştır. DSM-IV'de yer alan "mantıksız" veya "aşırı" kelimelerinin tanımı zor olduğundan DSM-5'de bu terimlere yer verilmemiştir. Tanımlama ile ilgili bir diğer değişiklik, DSM-5'in *içgörü* ile ilgili ek tanımlamasıdır. Bu tanımlamaya göre 3 çeşit içgörü bulunmaktadır: Birincisi; "iyi- kayda değer içgörü" (OKB ile ilgili korkularının büyük olasılıkla veya kuşkusuz bir şekilde doğru olmadığını savunan kişiler için), ikincisi; "zayıf içgörü" (korkularının büyük olasılıkla doğru olduğunu savunan kişiler için), üçüncüsü; "içgörüsü olmayan/delüzyonel inanışlar" (korkularının doğru olduğuna inanan ve bundan emin olan kişiler için) şeklindedir. Ayrıca, içgörü yokluğunun (ya da sanrı benzeri düşüncelerin varlığının) OKB tanısına uygun olabileceği fakat kesin olarak şizofreni veya psikotik bir bozukluk olmayacağını da altı çizilmiştir (Abramowitz & Jacoby, 2014).

OKB açısından en önemli değişikliklerden biri, DSM sınıflandırmasında bu hastalığın artık kaygı bozukluğu olarak yer almamasıdır. OKB, birlikte görülen birkaç

ilişkili bozuklukla birlikte, artık yeni bir bozukluk kategorisine dahil edilmiştir: Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. Bu değişim, öncelikli obsesif düşüncelerin ya da tekrarlayıcı davranışların varlığı ile karakterize olan bozuklukları gruplamak için yapılmıştır (Association, 2013). Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar: Obsesif kompulsif bozukluk, beden algısı bozukluğu (body dysmorphic disorder), trikotillomani (hair-pulling disorder), biriktiricilik bozukluğu (hoarding disorder), deri yolma bozukluğu (skin-picking disorder), belirlenmiş ve belirlenmemiş diğer bir obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar (other specified and unspecified OCDs) şeklinde kategorize edilmiştir (Abramowitz & Jacoby, 2014).

DSM 5'e göre (APA, 2013) Takıntı Zorlantı Bozukluğu tanısı için;

- A) Takıntıların, zorlantıların varlığı veya kişide her ikisinin de birlikte bulunması,
- B) Obsesyonların veya kompulsiyonların (takıntılar ve zorlantılar) zaman alması (örneğin, günde 1 saatten fazla sürer). Klinik olarak önemli derecede bir sıkıntıya, sosyal, meslekle ilgili ve ciddi diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte zayıflamaya sebep olması gerekmektedir.
- C) Obsesif kompulsif belirtiler, bir maddenin fizyolojik etkilerine (örneğin, maddenin kötüye kullanımı ya da ilaç) veya başka bir tıbbi duruma atfedilmemelidir.
- D) Bozukluğun, başka bir ruhsal rahatsızlığın semptomları ile daha iyi açıklanamaması (örneğin, genel anksiyete bozukluğunda olduğu gibi aşırı endişe duyma, vücut dismorfik bozukluğunda olduğu gibi görünüşle meşgul olma; aşırı istifleme bozukluklarında olduğu gibi eşyaları atma ya da ayrılma zorlukları; yeme bozukluklarında olduğu gibi ritüelize yeme davranışı; maddeye bağlı ve bağımlılık bozukluğunda olduğu gibi madde veya kumarla meşgul olma, hastalık kaygısı bozukluğundaki gibi bir hastalık edinimi ile meşgul olma vb) (Association, 2013).
- E) Yukarıda da açıklandığı üzere DSM-5 de "içgörü" kavramına birkaç değişiklik getirilmiş ve OKB, DSM sınıflandırmasında artık kaygı bozukluğu adı altında yer almamaktadır.

### **2.1.3. Epidemiyolojisi**

Obsesif kompulsif bozukluk, dünyada, psikiyatrik bozukluklar içerisinde en fazla görünen 4. hastalıktır. İlk üç sırayı depresyon, fobiler ve madde suistimali almaktadır. Hastalığın yaşam boyu prevalansı %1.9-3.3 oranında değişim göstermektedir (Myers vd., 1984). Türkiye’de yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen veriler ise ülkemizde yaşam boyu görülme sıklığının %2-3.7 olduğunu göstermektedir (Çilli vd., 2004). Kessler, Berglung, Demler, Jin, Walters (2005) daha yakın bir tarihte yaptıkları çalışmada cinsiyet farklılığına bakmadan OKB’nin yaşam boyu yaygınlığının %2-3 olduğunu tespit etmişlerdir (Kessler vd., 2005). OKB’ nin 12 aylık prevalansı Amerika Birleşik Devletleri’nde % 1.2 iken, uluslararası alanda da benzer bir prevalansa sahiptir (% 1.1 - % 1.8). Dişiler erişkin dönemde erkeklerden biraz daha yüksek oranda etkilenirken, erkekler çocukluk çağında daha sık etkilenir (Association, 2013).

OKB hastalarının akrabalarına bakıldığında ise, Juang ve Liu’nun yaptığı bir çalışmada, hastaların birinci derece akrabalarında OKB görülme sıklığının ortalama %6 olduğu bulunmuştur (Juang & Liu, 2001). Nestadt vd. bozukluğun ailesel olup olmadığı konusundaki araştırmalarında, Obsesif kompulsif bozukluğun 18 yaş ve üstünde başlangıç gösterdiği vakaların ailelerinde, OKB görülmediğini göstermişlerdir. Bu araştırmanın bulguları, OKB semptomlarının başlangıç yaşının ailesellekle önemli ölçüde ilişkili olduğunu saptamıştır (Nestadt vd., 2000).

Karakteristik olarak OKB erken erişkinlik veya geç ergenlik döneminde başlamaktadır. Ortalama olarak başlangıç 21-30 yaşdır (Juang & Liu, 2001). Akpınar (2007) ise 360 lise öğrencisiyle yürüttüğü bir çalışmada, OKB saptanan hastaların yarısının başlangıç yaşının 14 olduğunu kayda geçirmiştir (Akpınar, 2007). Stewart vd. (2004) bir çalışmalarında, hastalığın prognozuyla ilgili önemli bir veri elde etmişlerdir. Çalışmanın sonuçları, OKB tanısını çocukluk döneminde almış olan hastaların %41’ine erişkinlik çağında da OKB teşhisi konulduğunu belirtmektedir (Stewart vd., 2004).

Araştırmalar genel olarak, OKB’nin erkek ve kadınlarda eşit oranda görüldüğünü gösteriyor. Obsesif kompulsif bozukluğun başlangıç yaşı ile ilgili ise birbirinden farklı birden fazla araştırma bulunmaktadır. Hanna, Himle, Curtis ve Gillespie (2005), kızlar ve erkekler arasında OKB’nin başlangıç yaşının benzer olduğunu öne sürmektedirler (Hanna, Himle, Curtis, & Gillespie, 2005). Farklı başka bir çalışmada, erkeklerin hastalık ile kadınlara kıyasla daha erken tanıdığı bulunmuştur (Rasmussen & Eisen,

1992). Benzer bir sonuç başka bir araştırmada, çocukluk dönemi başlangıçlı OKB'nin erkeklerde kızlara nazaran daha sık görüldüğü ve çoğunlukla içgörülerinin bulunmadığı öne sürülmüştür (Geller vd., 1998).

Hastalığın başlangıç aşaması genellikle kademelidir, tedavi edilmediği takdirde, seyir genellikle kroniktir, semptomlar zamanla değişmekte ve çoğunlukla yaşam stresine tepki vermektedir (Mataix-Cols vd., 2002)

## **2.2. PSİKOTERAPİ KURAMLARI**

### **2.2.1.Psikanaliz**

Psikanaliz, sinir hastalıklarının bazı tiplerini (nevrozları) psikolojik bir teknikle iyileştirmeyi amaçlayan tıbbi bir yöntemdir. Psikanaliz, bileşik olayların parçalara ayrılarak basit olaylara dönüştürülmesi anlamına gelmektedir, ruhbilimsel bir oluşumu geriye doğru dönüş yaparak bunun doğmasına neden olan daha evvelde kalmış bir yaşantının ele geçirilmesi psikanalizin yöntemini meydana getirmektedir. Psikanaliz, baştan beri ruhsal olayların gelişim seyrini dikkate almaktadır. İlk olarak, nevrotik belirtilerin nedenleri üzerinde durmuş, daha sonrasında diğer ruhbilimsel olayları inceleyerek, bunlar üzerinde kalıtsal psikoloji alanını kapsayan çalışmayı gerçekleştirmiştir (Freud, 2006, s.81).

Freud, her biyolojik organizmada iki temel ve karşıt enerji kaynağının bulunduğu üzerinde durmaktadır. Kaos haline gelen, yıkıcı bir güç olan kozmolojik dürtü (*ölüm dürtüsü*) ve sabit bir fiziksel durum oluşturan biyolojik dürtü (*yaşam dürtüsü*) (Hunt, 2012). Bunlar *libido* aracılığı ile ortaya konan, hayatın devamını sağlayacak enerji şekilleri ve yaratıcı güçlerdir (Schultz & Schultz, 2007). Sabit bir fiziksel halde kalabilmek için, biyolojik organizmanın fiziksel parçalanmaya karşı özel savunmaları ayarlaması gerekir. Bu savunmalar, bütünleyici olmayan dürtüden kaynaklanan enerjiyi ayarlar ve sabitlik hedefleyen biyolojik dürtünün hizmetine aktarır. Bu enerji füzyonu oluştuğunda harekete geçerek enerjiyi yeterli derecede boşaltamayan organizmaya karşı baskın hale gelir. Organizma, alternatif olarak psişik araçlar yoluyla enerjiyi boşaltacak daha fazla yapı oluşturunur. Organizma, eylem yoluyla dünyayı manipüle etmek için fiziksel olarak yeni yollar öğrenirken, zihinsel olarak da gelişir ve dünyayı psişik olarak fantezi dünyasında yönetir (Hunt, 2012 s.77).



### 2.2.1.1. Psikanaliz'e göre obsesif kompulsif bozukluk

Freud ruhsal hastalıkların bilhassa psikonevrozların birçok sebepleri olduğunun üzerinde durmaktadır. Freud'e göre cinsel istek ve arzuların belirteci olan libidonun çeşitli sebeplerle baskı altına alınması anksiyete nevrozunu ortaya çıkarır ki, bu da tüm nörotik reaksiyonların çekirdeği olarak düşünülmektedir (Katipoğlu, 2011).

Freud (1999), "Psikopatoloji Üzerine" adlı eserinde, bir hastasının travmatik bir olay sonrası geliştirdiği saplantı nevrozunun içeriği olarak şöyle bir açıklama yapmıştır, "Saplantı nevrozunun içeriği, titiz bir yıkanma ve temizlik zorlanımı ile, başkalarının ondan korkmasını gerektireceğini düşündüğü ağır yaralara karşı son derece enerjik koruyucu önlemler yani kendi *anal-erotik* ve *sadistik* dürtülerine karşı geliştirilen tepki oluşumlardır" (Freud, 1999 s.148). Bu duruma ek olarak, saplantı nevrozunun semptomatolojisinde nefret ve anal erotizm dürtülerinin oynadığı olağan dışı rollerin üzerinde durmaktadır (Freud, 1999).

Obsesif Kompulsif Bozukluk için, analitik çerçevede yaygın olarak kabul gören klasik formülasyon, Odipal durumdan kaynaklanan anksiyetenin, bir grup anal evre savunma düzeneklerine gerileyerek obsesif kompulsif nevroza yol açmasıdır. Obsesyonel nörozun bu savunma düzenekleri karşı tepki oluşturma, yapma-bozma ve yalıtmadır. Bu gerileme, tuvalet eğitimi aşamasındaki bozukluklardan kaynaklanan anal fiksasyonların uzun süredir var olması nedeniyle daha olası görülmüştür (Gabbard, 2001).

Freud (2016) saplantı nevrozunu anlamada "*nevrotik korku*" dan söz etmektedir. Birçok korku çeşidinden söz eden Freud, saplantılı nevrozda korkunun yerini semptomun aldığını yoksa korkunun hazırda beklediğini öne sürmektedir. Takıntılı bir hastayı, yıkanmaktan, tören havasına bürünmüş eylemlerini yapmaktan alıkoymaya veya saplantılarından birinden vazgeçirmeye çalışıldığında kapılacağı müthiş korkunun, onu ilgili saplantı karşısında boyun eğmeye zorlayacağını altını çizmektedir. Hasta korkunun üzerini takıntıyla örtmekte ve takıntıya korkudan kurtulmak için başvurmaktadır (Freud, 2016).

### 2.2.2. Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar arasındaki bütünleşme 1980'lerde gerçekleşmiştir. Bu entegrasyon, iki kuramın birleşmesi ve bilişsel davranış terapisi

adıyla bütün ve tek bir kuram haline dönüşmesidir. 1980'lerde başlayan bilişsel davranışçı terapi akımı psikoterapi sahasında en başarılı bütünleşme örneklerindedir (Türkçapar & Sargın, 2012).

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım, Epictetus'un "İnsanlar bir şeylerden değil, bunlara ilişkin bakış açılarından rahatsız olurlar" görüşü baz alınarak biçimlenmiştir (Ellis'den aktaran Türküm, 2016). Bu yaklaşıma göre, bireylerin duygusal rahatsızlıkları ve işlevsel olmayan inançları, yalnız yaşadıkları olaylara dayanmaz. Yaşanan olaylara atfedilen anlamlar ve yapılan yorumlar, bireylerin duygusal ve davranışsal tepkilerini belirler. Hafif düzeyde iletişim uyumsuzluklarından ciddi boyutta ruhsal bozukluklara varan güçlükler aracılık eden düşünme yanlışlıkları, Ellis'in yaklaşımında akılcı olmayan inançlar, Beck'in modelinde bilişsel çarpıtmalar olarak adlandırılmaktadır. Her iki görüşün ortak noktaları, bu tarz düşüncelerin işlevsel bir yanının bulunmaması, görgül ve rasyonel olarak geçerliği olmayan, buna karşılık gerçekmiş gibi benimsenen dogmatik bir içeriğe sahiplik etmesi ve kişiyi yenilgiye uğratan paternler içermesidir (Türküm, 2016).

Davranışsal olaylar yalıtım halinde ortaya çıkmaz. Davranışlar karışık olay dizilerinin bir parçasıdır. İnançlar, şema ve atıf biçimleri gibi bilişsel yapılar, birden fazla davranışsal olaydan sonra gelişen bilişin daha organize özellikleridir. Bir bilişsel davranışçı model bu nedenle davranışsal olayları kuşatan bilişsel etkinliklerle ilgilenir ve ileriye yönelik, eşzamanlı ve post hoc bilişlerin uyumlu ve uyumsuz davranış biçimlerine nasıl katkı sağladığını belirlemeyi amaçlamaktadır (Kendall, 1985).

### **2.2.2.1. Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre obsesif kompulsif bozukluk**

Obsesif kompulsif bozukluğun çağdaş psikolojik modellerinden en deneysel destekli olanı bilişsel davranışçı yaklaşımdır. Bu yaklaşım takıntıların ve zorlanmaların bazı işlevsiz inanç türlerinden kaynaklandığını öne sürmektedir (Stanley Rachman, 1997; S Rachman, 1998; Salkovskis, 1985). Bu modelin temelini, genel popülasyondaki çoğu insan tarafından deneyimlenen iyi tespit edilmiş bulgular olan istenmeyen kognitif müdahaleler (yani hoşnutsuz düşünceler, imgeler ve bilinç içine giren dürtüler) oluşturur (Gibbs, 1996). Örnek olarak, kişinin ailesini zehirlemeye yönelik davetsiz düşünceler veya otoritelere müstehcenlik duymak gibi istenmeyen düşüncelerden oluşabilirler. Araştırma çalışmaları, bu sıradan müdahalelerin, şahsen önemli, son derece kabul edilemez veya ahlaki olmayan olarak değerlendirildiklerinde ya da kişinin kişisel olarak

sorumlu olduğu bir tehdit oluşturduğunda takıntılara dönüştüğünü göstermektedir (Jonathan S Abramowitz, Khandker, Nelson, Deacon, & Rygwall, 2006; Jonathan S Abramowitz, Nelson, Rygwall, & Khandker, 2007).

Bilişsel Davranışçı Kuram, obsesif düşüncelerin normal zorlayıcı düşüncelerden meydana geldiklerinin varsayımıyla OKB'yi tanımlamaktadır. Bu kurama göre, obsesif düşünceler toplumda birçok kişide görülebilir ve klinik obsesyonlarla aynı içeriğe sahiptir. Bilişsel Davranışçı Kuram, OKB'yi oluşturan zorlayıcı düşüncelerin, dürtülerin, imgelerin ve şüphelerin normal mental aktiviteler olduğunu öne sürmektedir. OKB'nin özelliklerinden yansızlaştırma ve sıkıntı örüntüsü geliştiren bireyler, kendi zihinsel aktivitesini kişisel sorumluluğunun işareti olarak yanlış yorumlama meylinde olan kişilerdir. Çünkü, obsesif hastaların, zorlayıcı düşünceleri, zarar ve zararın engellenmesinden sorumlu olabileceklerinin işareti olarak yorumlamalarından kaynaklanmaktadır (Pişgin & Özen, 2010). Burada, bir kişi, istenmeyen müdahaleci düşüncelerini katastrofik olarak yanlış yorumladığında, potansiyel olarak tehdit eden uyarıların kapsamını ve ciddiyetini arttıracaktır. Geniş bir uyarıcı yelpazesi tarafsızlıktan tehdiye dönüştürülür ve daha önce ilgisiz uyarılar çok daha belirgin bir hal alır (Rachman, 1997).

Bilişsel modele göre, bireyin yanlış değerlendirmeleri, yorumlaması ve baş etme stratejileri ile olası bu istemsiz düşünceler önce klinik obsesyonlar haline gelmekte sonrasında kaçınma davranışları veya kompulsiyonları oluşturmaktadır (Salkovskis, 1985). Obsesif kompulsif belirtilerin oluşumu için, abartılı tehdit algısı, düşüncelerin kontrol edilebilirliği, belirsizliğe tahammülsüzlük, düşüncelere verilen aşırı önem, abartılı sorumluluk ve mükemmeliyetçilik gibi bazı inanış ve düşünce biçimleri mental akış düzenini bozan başlıca bilişsel formülasyonlardır (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group'tan aktaran Beşiroğlu, 2016).

### **2.2.3. Varoluşsal Yaklaşım**

Varoluşçu terapistler, insanların sorunlarının atlatılabilmesi için, bu sorunların mümkün olan en geniş açıdan düşünülmesi gerektiğine inanmaktadırlar. Geniş bir açıdan sorunların üzerine düşünmekteki amaç, sorunları insan olma halinin zorluklarının ve ikilemelerinin bir parçası olarak aydınlatmak ve açıklamaktır. Bu durum, varoluşçu terapistlerin, diğer terapistlerin aksine, danışanlarının problemlerini, bertaraf etmek ya da

rahatsızlığın ve huzursuzluğun özgül semptomlarına odaklanmak yerine, danışanların hayatlarına ve yaşam tarzlarına doğru şekilde yaklaşma taraflısı oldukları anlamını içermektedir (Deurzen & Adams, 2017).

Danışanın sorumluluk almasını sağlamak temel prensiplerden birisidir (Topses, 2012). Kuramda, bireyin her zaman bir tercih yaparak belirli bir duygu, düşünce, konuşma ve davranış gösterdiğine, bu nedenle, insanların duygu, düşünce, konuşma ve davranışlarından sadece kendilerinin sorumlu oldukları öne sürülür (Cüceloğlu, 2008). Psikoterapist kendi varoluşunu da sergileyerek danışanla birliktelik içinde bulunur. Danışanın “kendisi” olmasına gayret edip bunun üzerine çalışmak temel amaçlardan birisidir. Gerçeğin kendiliği de baş etmeyi beraberinde getirmektedir (Topses, 2012).

### **2.2.3.1. Varoluşçu yaklaşıma göre obsesif kompulsif bozukluk**

Yalom’a göre, ölüm, birincil anksiyete kaynağıdır ve yanlış bir şekilde başa çıkılan ölüm anksiyetesi, varoluşçuların psikopatoloji olarak bahsettiği çok çeşitli, işaretler, karakter özellikleri ve semptomlarla sonuçlanmaktadır (Yalom & Babayiğit, 2001).

Skoog (1975), obsesyon nevrozuna sahip hastalarının yüzde 70’inden fazlasının, hastalıklarının başlangıcında, güvenliği bozucu ölüm deneyimi yaşadıklarını öne sürmektedir. Sendromun gelişmesiyle de, hastaların dünyalarını denetlemek ve beklenmedik birtakım şeylere ya da kazalara engel olmakla son derece ilgili hale geldiklerini vurgulamıştır. Strauss (1960) da aynı şekilde obsesyon hastasının hastalık, çürüme, mikrop ve kirden tiksimesinin kişisel yok olmayla yakından alakalı olduğunu altını çizmektedir (Strauss, 1960; Skoog’dan aktaran Yalom, 2001).

Varoluşçu terapinin en önemli isimlerinden biri olan Frankl (2016), insanın anlam isteminin engellenmesi halinde “*varoluşsal engellenme*” oluşumundan bahseder (Frankl, 2016 s.115). Buna bağlı olarak da varoluşsal engellenme nevroza yol açmaktadır. Frankl (2016) ruhsal kökenli nevrozlara karşılık, *noöjenik nevrozlar* ifadesini kullanmıştır. Noöjenik nevrozlar varoluşsal sorunlardan ötürü ortaya çıkmaktadır (Frankl, 2016).

## **2.3. GEŞTALT TERAPİ YAKLAŞIMI**

Gestalt terapisi yaklaşık elli yıl önce New York’ta bir grup teorisyen tarafından geliştirildi: Fritz ve Laura Perls, Paul Goodman, Paul Weisz, Elliot Shapiro ve Isidor From. Fritz Perls, ilk kitap olan Ego, Açlık ve Saldırı’yı (1947) yazdı ve hareketini Gestalt

yönünde psikanalizden ayırarak detaylandırdı. Bu gruptan gelen diğer önemli metin, kuramsal bölümü Paul Goodman tarafından yazılmış olan ve görünüşe göre Fritz Perls tarafından sağlanan orijinal metinden gelen “İnsan Kişiliğinde Heyecan ve Büyüme”dir (Perls, Hefferline & Goodman, 1951/1996; Philippon, 2012). Perls, sadece Freud’dan değil birçok teorisyen ve teorilerden etkilenmiştir. Beynin sağ ve sol hemisferleri arasında farklılaşma üzerinde çalışan nörolog Kurt Goldstein ve bütünselliği birçok açıdan Perl ve teorisi üzerinde erken bir etki yarattı. Moreno'nun (1946) toplumsal deneyselliği, varoluşçuluğun bir versiyonu; Kurt Lewin'in saha teorisi; fenomenolojinin bir türü; ve bazı Zen kavramları Geştalt Terapisinde diğer güçlü etkiler arasındadır. Perls, Karen Horney ve Wilhelm Reich'den doğrudan etkilenmiştir. Psikoanalitik varsayımlar da Geştalt'da devam etmekte, ya da teoride doğrudan meydan okunmaktadır (Houston, 2003).

Geştalt yaklaşımının amacı, bir kişinin kendi şeklini, örüntüsünü ve bütünlüğünü anlaması, keşfetmesi ve yaşamasıdır. Analiz sürecin bir parçası olabilir, ancak geştaltın amacı, birbirinden farklı parçaların bütünleşmesidir. Bu şekilde insanlar tamamen oldukları ve potansiyel olarak olabilecekleri hale gelebilirler (Clarkson & Cavicchia, 2013 s.1). Geştalt terapi yaklaşımı, bir kişinin yaşamındaki olaylarda, ne olduğunu önemli derecede etkileyen etmenler üzerinde durur. Birinci öncüsü, organizmaların, ancak yaşadıkları bağlamlarda başkalarıyla etkileşim kurarken, kendilerine odaklanarak anlaşılabilir olmasıdır (Brownell, 2009).

### **2.3.1. Geştalt Terapi Yaklaşımı ve Psikolojik Sağlığın Bozulması**

İnsan ve çevreye bir bütün olarak yaklaşan ve psikolojik sağlığı, kişi ile çevre arasındaki uyum olarak nitelendiren Geştalt terapi yaklaşımına göre, uyumsuzluğun meydana gelişinde yani psikolojik sağlığın bozulmasında birçok faktör rol oynamaktadır (Daş, 2006). Geştalt terapistleri, organizma ile çevre arasındaki uyumun bozulmasında rol oynayan etmenleri, farklı biçimlerde farklı zamanlarda ve farklı kısımlarına vurgu yaparak tanımlamışlardır. Kurama göre (Perls ve diğer Geştalt terapistleri) psikolojik sağlığın bozulmasında rol oynayan başlıca faktörler şu şekilde özetlenmiştir (Daş, 2006):

- yaşantı döngüsünün tamamlanamaması
- işlevsel olmayan temas biçimlerinin kullanılması
- tamamlanmamış işlerin kalması

- kördüğümün çözülmemesi
- kutupların bütünleştirilememesi

### **2.3.1.1. Yaşantı/Deneyim/İhtiyaç Döngüsünün Tamamlanamaması**

Geşalt, öncelikle patolojiye odaklanmak ve kökenlerini anlamakla ilgilenmez, amacı, en sağlıklı büyüme, haz ve katkı seviyelerinin yeniden kurulmasıdır. Sağlıklı kesintisiz deneyim akışı (bir tatmin ihtiyacının ortaya çıkması), sağlıklı bir hayvanın ya da spontan doğal bir küçük çocuğun doğal halidir. Bu kendiliğın gerçekleşmesi için yaşam enerjisinin doğal ifadesi ve dürtüsüdür. Bir ihtiyaç doğar, tatmin olur ve tekrar ortaya çıkar. Baskın bir figür fondan ortaya çıkar, dikkati çeker ve yeni bir etkili figür ortaya çıktığında fona doğru kaybolur. İnsan deneyiminin döngüsel atımlı doğası budur (Perls'den aktaran Clarkson & Cavicchia, 2013).

Geşalt yaklaşımına göre, bir ihtiyaç oluştuğunda geşalt da oluşmaya başlar ve ihtiyaç doyuma ulaştığında geşalt tamamlanır ve kapanır, geşaltın tekrar bozulması yeni bir ihtiyacın ortaya çıkmasıyla olur. Bu modele göre, bir ihtiyacın karşılanması için öncelikli olarak bireyin çevreden veya bedeninden gelen duyumları fark etmesi önemlidir. Şüphesiz, birtakım ihtiyaçların karşılanması her zaman kolay olmaz ve bu kişi döngünün farklı aşamalarında takılı kalarak ihtiyacını karşılayamayabilir (Daş, 2006).

### **2.3.1.2. Tamamlanmamış İşlerin Kalması**

Tam ve kapsamlı Geşalt'ın oluşumu, zihinsel sağlık ve büyümenin şartıdır. Tamamlanmış Geşalt, yalnızca tüm organizmada otomatik olarak işleyen bir birim (refleks) olarak düzenlenebilir. Herhangi bir eksik, tamamlanmamış Geşalt, dikkati çeken ve özgün, hayati bir Geşalt'ın oluşumuna müdahale eden "tamamlanmamış bir durum" u temsil eder. Bu sebeple, büyüme ve gelişmenin yerine durgunluk ve gerileme oluşabilmektedir (Perls, Hefferline & Goodman, 1951/1996).

Zeigarnik'in bu alandaki deneysel çalışması 1927 yılında önemli bir gelişmeyle sonuçlanmıştır. Deneklere birkaç görev verilir, bunların bir bölümünü tamamlayıp kalanları tamamlayamadan çalışmaları durdurulmuştur. Sonucunda, yerine getirilmesi için bir görev verildiğinde denekte bir gerilim sistemi (motivasyon, ihtiyaç) meydana gelir, görev tamamlandığında bu gerilim dağılır ve görev tamamlanmadığında, gerilimin devam etmesi görevin hatırlanması ile sona erer. Lewin'in teorik sistemi ışığı altında

Zeigarnik'in sonuçları, deneklerin tamamlanmamış görevleri, tamamlanmış görevlerden daha kolay anımsadıkları yönündeki tahminlerini pekiştirmiştir (Schultz & Schultz, 2007).

İdeal olarak insanlar, mevcut ihtiyaçları veya ilgi alanları ile tam bir temas kurmak için harekete geçer. Bazı nedenlerden dolayı insanlar kendilerini cezbedenle temas kuramazlarsa memnuniyet sağlanamaz, ihtiyaç karşılanmaz ve gealt tamamlanamaz. Daha sonra ilgilenilmek için paranteze alınan tamamlanmamış işler ise enerji gerektirir. İnsanlar ihtiyaçlarını kesmek zorunda kaldıkça, biriken bitmemiş işi sığdırmak için daha fazla enerji gerekmektedir. Çözülmemiş birtakım durumların aciliyetini göz ardı etmek için enerji kullanan insanlar mevcut ihtiyaçları için tüm dikkatlerini veremezler. Bundan dolayı birikmiş "tamamlanmamış işler" rahatsızlığın büyümesine veya nevroz gelişimine etki ederler (Mackewn, 1997).

### **2.3.1.3. Kördüğümün Çözülememesi**

Kişilerin iç güçlerinin, farkındalığı artırma isteği ile farkındalığı önleme, durdurma ihtiyacı arasında eşit dağılım gösterdiği nokta kördüğüm olarak adlandırılmaktadır. Kördüğüm noktasında bireyin sabit gealtlarını ve gerçek ihtiyaçlarına bağlı inkarını açığa çıkartma konusunda organizmik dürtüsü ve isteği, katı alışkanlıklarla kısıtlanmıştır (Özer, 2003). Kördüğüm noktasında direnen ve büyümek isteyen güçler bir rekabet içerisindedir (Clarkson & Mackewn, 1993). Kördüğümün bir yanında gelişme ve değişim arzusu bulunur. Öteki tarafında ise eşit ölçüde güçlü ve geçmişte yaratıcı uyum yoluyla geliştirilmiş davranış paternleriyle ilişkili olarak meydana çıkan direnç yer almaktadır (Joyce & Sills, 2014).

Özer (2003) kördüğümün bireyde oldukça yoğun bir kaygıya sebebiyet verdiği altını çizmektedir. Rahatsız ve kompleks bir süreç olsa da, kişinin enerjisinin büyük bir bölümü bu noktada toplanmış, kilitli kalmış olduğundan dolayı, terapi sürecinde kördüğümün ortaya çıkması için çabalanır (Özer, 2003).

### **2.3.1.4. Temas**

Temas, diğerleri ile buluşma veya bir araya gelme anlamına gelmektedir ve insan hayatının özü niteliğindedir. Tüm canlı varlıklar çevresi ve çevredeki diğerleri ile kapsamlı ve etkili temasta bulunma kabiliyetindedir. Çevrenin canlı veya cansız

bileşenleri ve birey arasındaki her etkileşim, teması içerir. Temas sayesinde, organizma heyecan sağlayan ve büyüme için kolaylaştıran çevresel yeniliklerle karşılaşır. Organizmanın yaşamını devam ettirmesi ve gelişerek büyümesi, onun diğerleri ile olan teması ile sağlanır (Perls, Hefferline & Goodman, 1951/1996)

Çevrede bir uyarıcı ile karşılaşan organizma, tehlikeli olanı kabul etmezken, büyüme için destekleyenleri benimsemektedir (Sezgin,2002). Bireyin kendisi için geçerli olan ve olmayanları belirlemesi faal bir süreç olduğundan, bireyin tüm varlığıyla farkında olması gerekmektedir. Çünkü kişinin çevresiyle arasında deneyimlenen temas, “ben” ile “ben olmayan” arasındaki ilişki ya da “ben” ile “sen” in ayırt edilmesidir. Temas, hem ilişkilendirmeyi hem de ayırt etmeyi içerinde barındırır (Korb, Gorrell, & Van De Riet, 1989).

İyi temas, kendimizi, duygusal, zihinsel, davranışsal, algısal, cinsel ve ruhsal varlığımızla, yani bütün yönleriyle tam olarak sunabilme yeteneğidir. Bu irade eylemiyle ortaya çıkabilecek bir şey değildir. İyi bir temas içinde olmak, açık tutum ve direnç için kişinin yeteneğinin bir farkındalığını gerektirir. Nasıl temas kurduğumuz, görme ve bakma, dokunma ve hissetme, tatma, koklama, ses çıkarma, jest, dil, hareket gibi yollarla dünyamıza ulaştığımız yollardır (Mann, 2010). Temasın tüm formları, karşılık gelen kutuplulukları ile birlikte, teması kemikleştiren veya canlandıran, kişinin dünya etkileşiminde kendini gösterir (Wollants, 2012).

Temas, bir şeyi yapmak isteyip istemediğimizi merak ettiğimiz her sefer meydana gelebilir veya her paragrafı okuduğunuzda ortaya çıkar ve "buna inanmak ister miyim?" diye merak edersiniz. Temas hissettikçe sınır belirginleşir. Çeşitli şekillerde enerjide bir artış ile bunun farkına varabiliriz; kaygı, sorular, ilgi veya enerjinin genel farkındalığı. Bu enerji, *temas sınırında* temasın sonucu olarak oluşmaktadır. Temas noktası bilineni ve bilinmeyenini buluşturur. Susuzluğun suyu bulduğu, insana dokunmanın gereğinin bulunduğu yer veya bir babanın kaybedilmesinden kaynaklı öfkenin bir miktar çözümüne kavuştuğu yer budur (Hamilton, 2014).

Kişinin çeşitli temas aşamaları boyunca kendini sürdüren ve harekete geçiren sağlıklı heyecanın kendilik ya da ilişki destekten yoksun olduğu kanıtlandığında *temas kesintisi (contact interruption)* gerçekleşir ve birey teması koparak kaçmak istediği kaygı veya acıya dönüşür (Francesetti, 2007).



### **2.3.1.5. Temas Biçimleri**

Geşalt terapi yaklaşımında, psikolojik sağlığın açıklanmasında önemli bir dayanak noktası olan temas biçimleri; geri döndürme, iç içe geçme, duyarsızlaşma, kendini seyretme, içe alma, saptırma ve yansıtmadır (Gökdemir-Aktaş, 2002).

#### **2.3.1.5.1. Geri Döndürme**

Geriye döndürme (retroflexion), doğal olarak dışarıya doğru yönlendirilen enerjinin içeri doğru çevrildiği bir süreçtir. Konuşmada, herhangi bir harekette veya bir jestte herhangi bir dürtü eylemi yaşayan kişi, enerjilerinin akışını engeller ve kendilerine çevirir. Dolayısıyla, vücudumuzda bir dudak ısırma, yumruk sıkma, nefes sığılığı veya bacak sıvazlama gibi geri döndürme deneyimleri sıklıkla yaşanır. Basitçe, esneme isteğinizi konuşmanın ortasında durdurduğunuzda, ceza almamak için ön sıraya girmekten kendinizi engellemek istediğinizde veya trafik müdürüne müdahale etmekten geri durduğunuzda, geri döndürmeyi deneyimlersiniz (Sills, Lapworth, & Desmond, 2012).

İki farklı geri döndürme türü vardır. Bunlardan ilki, bireyin başkalarına yapmak istediklerini kendisine yapmasıdır. Sevgi, arzu, öfke, tikslenme, korku ya da üzüntüsünü ifade eden biri eleştiri, reddedilme veya ceza ile yüz yüze gelebilir. Bu nedenle kişi, duyguların bedensel ifadelerini üzgün yüz ifadesi, ses çıkarma, nefes alıp verme, kaçma, uzanma ve itme hareketi gibi eylemlerle durdurmayı öğrenebilir. (Kepner, 2014). Kendine döndürmenin ikinci şekli ise birey kendisine nasıl davranılmasını istiyorsa, çevresine de aynı şekilde davranışlar sergiler. Örneğin kişi merhamet görmek, diğerlerinin ilgisini üzerine toplamak, sevilme ve beğenilmek istiyorsa çevresindeki kişilere şefkat göstermekte, onlara iltifatlar etmekte ve özen göstermektedir. Her iki durum içinde geçerli olan şey, kişinin temel ihtiyacının karşılanmadan kalmasıdır (Clarkson & Cavicchia, 2013).

Birçok kişi öfkesini ifade ederse dünyaya zarar vereceğini veya onu yok edeceğini, cinselliğini anlatırsa, manik veya sapık olacağını, sevgisini ifade ederse diğer insanların sıkılacağını ya da boğulacağını, kendini överse kendisiyle alay edebileceğini veya dışlanacağını düşünür. Bundan dolayı, kendine döndüren kişiler duygu ve isteklerini ifade etmekten kaçınarak, enerjilerini dışarıya dönük olarak kullanmazlar ve kendilerine

döndürürler. Oysaki, oysa uygun zaman ve biçimde ifade edildiğinde düşünce, istek ve duyguları diğer kişilere iletmekte bir sakınca yoktur ve bu ihtiyaçları karşılayabilmenin yegane yoludur. Geştalt kuramı da, bireyin büyüebilmesinin ve bütünleşebilmesinin, çevreyle temas halinde olmaktan ve enerjiyi dışa yönlendirmesinden geçtiğini vurgulamaktadır (Daş, 2006).

Geri döndürmenin kullanılması bazı durumlarda faydalı ve gereklidir. Kepner (1982)'e göre sağlıklı bir geri döndürme, kişinin kendini ifade ederken, kendi açısından bazı kötü tepkilere maruz kalacağını düşünerek, bilinçli bir şekilde kendine engel olduğunun farkında olmasıdır (Kepner'den aktaran Gökdemir-Aktaş, 2002). Sağlıksız olanı, bu temas biçiminin alışkanlık haline gelmesi, kronikleşmesi ve fark edilmeden yapılmaya başlanmasıdır (Gökdemir-Aktaş, 2002).

#### **2.3.1.5.2. İç İçe Geçme**

İç içe geçme (confluence), başkaları ile karışmanın ve kendi görüş ve isteklerini ifade etmekten kaçınmanın bir yoludur (O'Leary, 2013). Sills vd., iç içe geçmeyi, kişinin ben ile ben olmayan arasındaki sınırı yitirmesi ile çevrenin içine karışması veya çevrenin içinde kaybolması olarak tanımlamaktadır (Sills, Lapworth & Desmond, 2012). Sağlıksız iç içe geçen kişilerin sınır algısı yoktur. Eşleri ve kendileri nadiren farklıdır ve sık sık "ben" yerine "biz" şeklinde konuşurlar. Çoğul zamirin kullanımı yakınlık göstermez, çünkü sağlıksız iç içe geçmede, kişiler arası uygun ve sağlıklı temas oluşmamaktadır. Çünkü kendileri ve başkaları arasında bir sınır yoktur. Bu kişiler, aile üyelerinin kişisel e-postalarını okumak, telefon görüşmelerini dinlemek veya başkalarıyla yakın ilişki kuran kişilere izin vermemek gibi davranışlarda bulunabilirler (O'Leary, 2013).

Sınırın işlevselliğini bütünüyle bozan kapalı bir ilişkiyi temsil eden iç içe geçme, kendilik ve çevre sınırı üzerindeki sonsuzluk işareti ile tarif edilir. Deneyimlerden ve geçmişteki ilişkilerden koparken bunların yasını tutmak doğal bir şeydir fakat bununla birlikte eskiyi bırakabilmek yeni bağılıkların olasılığına açık olmaya olanak tanır. Kendilerini tüketen, tükenme sendromu yaşayan profesyoneller ve işkolik bireyler de bu durumu örneklendirebilir (Sezgin, 2002).

İç İçe Geçme temas biçimini sıklıkla kullanan kişiler, her şeye uyum sağlamaya çalışırken, iç deneyim ve dış gerçeklik arasında kesin bir sınır belirleyemezler ve bu durum gerçek temasın oldukça zor olmasına neden olmaktadır (Corey, 2015).

### **2.3.1.5.3. Duygusal duyarsızlaşma**

Duyarsızlaşma (desensitisation), bir kişinin kendi dünyasını hissetmek ve duyumsamak için doğal yeteneklerini uyuşturduğu bir süreçtir. Bu onların, görme, duyma, hissetme, tadına bakma, koklama, dokunma veya bunların herhangi bir kombinasyonunu kullanma becerilerini azalttığı anlamına gelir. Duyarsızlaşma süreci, bir kişinin acı çekerken duygularının iç dünyasını uyuşturduğunda da oluşabilmektedir, örneğin sevilen biri öldüğünde. Açıkça, duyarsızlaşmanın en sıklıkla, zararlı etkiye sahip olduğu evre, deneyim döngüsünün duyum evresidir. Kişi algılarını kapatır, böylece dünyadaki birçok iç ve dış uyarana tam anlamıyla tepki vermez. Örneğin, kolunu bir yere sertçe vurduğu halde, bedenindeki rahatsızlıktan haberdar olmayan bir kişi gibi (Sills, Lapworth & Desmond, 2012). Yukarıda da bahsedildiği gibi, duyarsızlaşma iki şekilde meydana gelebilir: bunlardan ilki, bedensel duyumlara duyarsızlaşma, ikinci şekli ise duygulara duyarsızlaşmadır (Daş, 2006).

Duyarsızlaşmayı, duyumların donuklaşmasıyla ilgili olarak fonun bozulması ve tanınmaz hale gelmesi olarak tanımlayan Kepner, kişinin duyumlarına duyarsızlaştıkça bunlara yanlış anlamlar yüklediğinin altını çizmektedir (Kepner'den aktaran Daş, 2006). Örnek olarak, blumia yeme bozukluğunda olduğu gibi, kişi endişe duyduğunda bunu "acıktım" şeklinde anlamlandırarak yeme isteği duyabilmektedir. Benzer şekilde, alkol bağımlıları da kaygı, yalnızlık veya depresif duygularına duyarsızlaştıklarından, bunlara alkol alma isteği olarak yanlış anlam yükleyebilmektedirler (Clarkson & Cavicchia, 2013).

Joyce ve Sills (2014) duyarsızlaşmanın altında yatan etmenler olarak, fiziksel veya duygusal istismar, yoksulluk ve şiddet gibi travmatik deneyimlerin yer aldığını belirtmişlerdir (Joyce & Sills, 2014). Clarkson (2013) ise duyarsızlaşmanın kronikleşmesi halinde kişinin yaşamın zevk ve neşe veren yanlarını fark edemeyip, bu durumun sürekli yorgunluk, yaşama karşı isteksizlik gibi sonuçlara neden olabileceğinin altını çizmektedir (Clarkson & Cavicchia, 2013).

#### 2.3.1.5.4. Saptırma

Saptırma (deflection), sözcükten de anlaşılacağı üzere bu süreç, engellemeyi veya doğrudan temastan kaçınmayı anlatmaktadır (Mann, 2010). Bu temas biçimini kullanan kişiler, diğerlerinden gelen mesaj, duygu ve tepki ifadelerini göz ardı eder ve kulak vermez. Bireyin kendi ihtiyaçlarının veya çevreden gelen isteklerin tam farkında olmadığı bir koşulda, kişi dışardan gelen uyarıcının kendisine yönelmesine engel olur (Polster & Polster'dan aktaran Kudiaki, 2013). Saptırmayı, kişi kendini stresli durumların etkisinden korumak için kullanabilmektedir. Böylelikle birey enerjisini doğal yolundan farklı bir yöne çevirmektedir. Birey nevrotik düzeyde, çevresi ve kendisi ile çatışmaktan kaçarak kendi duygularını görmezden gelmektedir (Tagay & Acar, 2012). Konuyu değiştirmek buna örnektir ve bu manevra ince olabilir, "Beni seviyor musun?" diye soran bir partnerin, "Bu, sevgiyle ne kastettiğine bağlı?" cevabını alması gibi. Saptırma genellikle dilde gerçekleşmektedir. Genellemelerin kullanımı, kalıplaşmış dil, şimdiki zamanın daha fazla alakalı olduğu anlarda geçmişin tartışılması, gülerken veya duygusal tepkileri sulandırarak birinin söylediği şeyin etkisini azaltmak saptırma temas biçimini yansıtır (Mann, 2010).

Saptırma temas biçiminin sık kullanılması, kişiyi hem diğerleriyle kurduğu temaslardan hem de kendi deneyimlerinden uzaklaştırarak izolasyon duygularına neden olmaktadır (Korb, Gorrell & Van De Riet, 1989). Saptırma, verileri, uyarıcıları ve hatta duyguları içeri almak yerine bir yana ayırmaktadır. Birdenbire yatma zamanını hatırlayan ufak çocuğun, bazı ödevleri veya piyano uygulamalarını hatırlaması, yakınına kaybetmiş bir kişinin işine veya hobisine sarılması veya rahatsız edici bir soruyla karşılaşan bir kadının, soruyu yönelten kişiye güzel ayakkabılarımı nereden aldığını sorarak konuyu değiştirmesi saptırma temas biçimine ek örnek olarak gösterilebilir (Houston, 2003).

#### 2.3.1.5.5. İçe Alma

Çocuğun ebeveyn zorunluluklarına karşı duyarlılığını anlatan, Gestalt terapisinin de ele aldığı psikoanalitik terim olan "içerme (introjection)", bilgiyi ve kaynağını sorgulamadan, çevreden değerleri, kuralları ve davranış tarzlarını alarak, öğrenme anlamına gelmektedir. Psikoanalitik teori, çocukların doğru sosyalleşebilmeleri için, Oedipal safhasına dek (5-6 yaş civarı), içerme yoluyla öğrenmeye devam etmeleri gerektiğinin altını çizmektedir. Perls vd. (1951/1996) ise, çocuğun erken içerme sürecini aşma eğilimini desteklemek, çocuğu barbarlığa götürmek değildir; doğallığa saygı ve

sağlıklı gelişimin kendi kendini düzenlemesi sürecidir (Perls, Hefferline & Goodman, 1951/1996). Direk yutmak yerine çiğnemesine yardımcı olan dişlerle donanmış bir çocuğun, kendi tat alma duyusunu geliştirmeye başlayıp, sevdiği veya istemediği şeylerin farkına varabildiği gibi, aynı çocuk psikolojik olarak da çevreden neyi yutacağını ayırt edebilmekte ve seçebilmektedir (Perls, Hefferline & Goodman, 1951/1996).

İçe alma süreci, çevreden gelen değerli unsurları özümsemek ve istenmeyen veya zehirli unsurları ise ayırmak yerine çevreden gelen materyalin, uygun bir şekilde hazmedilmeden, bütünüyle yutulması ile ilgilidir. İçe almanın iki sonucu vardır bunlardan birincisi; içe almanın bireylerin kendi gerçeklikleriyle temas kurmasına engel olmasıdır. Çünkü birey her zaman bu yabancı yapılarla uğraşmak zorunda kalmaktadır. İkincisi ise, bu içe almaların birbirleriyle uyumsuz olduklarında kişiliğin bütünleşememesine sebebiyet vermesidir (Nelson-Jones, 2000).

İçe alan birey yaşam enerjisinin bir kısmını kendine özgü isteklerini bastırmak ve unutmak için harcayarak kendisiyle savaşmaktadır (Clarkson & Mackewn, 1993). İçe aldıklarının etkisi altında olan bir kişi, içe aldıklarına uygun bir şekilde davranmak için, içinde bir baskı hisseder ve bunların tersini yaptığında, hatta düşündüğünde bile rahatsızlık duyar ve harekete geçemez (Joyce & Sills, 2014).

Shub (1998), içe almayı pozitif ve negatif olarak ikiye ayırmıştır. Burada söz konusu olan pozitif ve negatif tabirleri, içe alınan inançların, bireyin çevresi ile olan temasını ne kadar engellediği veya kolaylaştırdığı ile ilgilidir (Shub'dan aktaran Daş, 2003). İçe alınan pozitif ve negatif mesajlar bireyin temas biçimlerini, varoluş biçimini ve psikolojik sağlığını belirleyen en önemli faktörler arasındadır. Pozitif içe alınan mesajlar, bireyin ihtiyaçlarının farkına varmasına, karşılmasına ve dolayısıyla gelişmesine olanak sağlarken, negatif içe alınanlar bireyin sürekli olarak engellenmesine, temas kuramamasına ve kendi olamamasına neden olmaktadır (Daş, 2003).

#### **2.3.1.5.6. Yansıtma**

Yansıtma (projection), içe almanın tersidir. Yansıtma, kendimizin belirli yönlerini çevremize atfederek bunları reddederiz. Kişi, kendi benlik saygısına uymayan bu atıflara sahip çıkmaz ve bunun sonucunda da başka insanlarda bu özelliklerin görülmesi, kişinin kendi problemleri yüzünden başkasını suçlaması anlamına

gelmektedir. Başkalarında, kendilerinde kabul etmeyi reddettikleri nitelikleri görmek, kendi duygularını ve oldukları kişi için sorumluluk almayı bırakmalarına neden olmakta ve bu onları değişimi başlatmak için güçsüz kılmaktadır. Yansıtma temas biçimini kullanan kişiler, koşulların kurbanı gibi hissetme eğilimindedirler ve insanların söylediklerinin arkasında gizli bir mana olduğuna inanırlar (Corey, 2015).

Bireyin olumsuz yanları, ırk, sınıf, cinsiyet, yaş ve cinsel yönelim, temelinde farklı olduğu gözlemlenen bir gruba yansıtılır. Bu kişiler yansıtılan tablonun olumsuz vasıflarının, düşüncelerinin ve tavırlarının biriktiği bir depo görevi görür. Yansıtma, yansıtan kişi için, kendisinin dışında konumlandığı taraflarının varlığından kaçmaktır (Clarkson & Cavicchia, 2013). Kendisinde kabul etmediği taraflarını başkasına atfetmesi ile kişi, başkalarını suçlayarak sorumluluk almaktan kurtulmaktadır. Birey yeni bir olayı içe alma yoluyla almakta ve temas aşamasında bu durumun kendisine uygunluğuna bakmaktadır. Bu aşamada sıkıntı yaşayan kişi, yansıtmayı kullanmaktadır (Tagay & Acar, 2012).

Genellikle farkında olmadan başka birine kendi ruh halimizi, korkularımızı veya arzularımızı yansıtırız. Başkasına yönelttiğimiz "Bu akşam sinirli gözükyorsun" cümlesi kendi sıkıntımızı, öfkemizi örtebilir ya da "Her zaman olduğu gibi sen yine şunu söyleyeceksin" şeklinde başlayan bir cümle buna örnek gösterilebilir. Öte yandan, sağlıklı yansıtma, bir başkasını anlamamızı, ilişkiyi besleyen davranışını öngörmemizi sağlar, "Ona vermeyi seçtiğim şey bu, bence onu sevecek" (Ginger, 2007). Korb vd. (1989), bireyin kendi dünyasını, kendi algılarına, kendi inanç, tutum, duygu ve imajlarına yönelik yaptığı yansıtmalara göre yarattığını öne sürmektedir (Korb vd., 1989).

### **2.3.1.5.7. Kendini Seyretme**

Kendini seyretme (egotizm), bireyin bir durumu yaşamak yerine, o durumu deneyimleyen kendisini ve çevresel etmenleri uzaktan izlemesi durumudur. Bu temas biçiminde birey, temas esnasında temasın yoğunluğunu yaşamak yerine "o şeyi yapan kişi" olarak kendisi ile meşgul olmaktadır. Kendini seyretme, bireyin yaptıkları ile ilgili olarak sürekli böbürlenmesi veya sürekli olarak kendini eleştirmesi biçimlerinde ortaya çıkabilmektedir (Gökdemir-Aktaş, 2002). Bir diğer şekli ise, kişinin başkalarına nasıl görünmesi gerektiği konusunda acı verici bir şekilde farkındalığının oluşması ve her adımda onların hangi kritik düşüncelere sahip olduğunu hayal etmesidir (Sills, Lapworth

& Desmond, 2012). Bu temas biçiminde kişiyi yönlendiren ana düşünce “insanlar beni tanırlarsa beni değersiz görebilirler” düşüncesidir. Bu değerlendirmeyi kişi, ilk kez kendi yapabilmek için sürekli kendini değerlendirmekte ve izlemektedir (Gökdemir-Aktaş, 2002).

Kendini seyretme, herhangi bir deneyime gerçek katılımı engeller. Kişi doğal olarak oluşacak tamamlanma ve tatmin duygusunun farkında olmak yerine, kendisinin dışında durur ve performansını değerlendirmek için kendine baktığının farkındadır. Bu kişiler, gelişmelerinin tamamlanma aşamasına karar vermek için içsel bir duyguya atıfta bulunmazlar. Onları dikkatle inceleyen dış gözlemciler haline gelirler (Sills, Lapworth & Desmond, 2012).

Temas sırasında kişinin kendini seyretmesi, kişinin karşısındakine bir şeyler vermesine ve ondan bir şeyler almasına engel olur. Eğer kişi sürekli kendisinin farkında ve tetikte olarak yaşamdaki kontrol edilemeyecek şeyleri ya da sürprizleri kontrol etmeye yönelik davranırsa, yani kendini bırakamazsa, sağlıklı bir temas kurulamaz ve birey ile çevresi arasındaki ahenk bozulur (Daş, 2006).

### **3. YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı:**

Bu araştırmanın amacı, Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun ve OKB semptomlarının gealt temas biçimleriyle karşılaştırılmasıdır. Elde edilen bulgular doğrultusunda; OKB tanısı alan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında temas biçimleri açısından anlamlı fark bulunmuş olup OKB hastalarının baskın olan belirti dağılımlarıyla gealt temas biçimleri arasında da anlamlı farklar elde edilmiştir. Bu bulgular, OKB hastaları için teröpotik süreç açısından büyük öneme sahiptir.

#### **3.2. Evren Örneklem**

Bu araştırmanın evrenini, NP Feneryolu Tıp Merkezi ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan tedavi gören 18-65 yaş aralığındaki Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış, çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar ve sağlıklı kontrol grubu evrenini ise yine 18-65 yaş arası, daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı öyküsü olmayan gönüllü sağlıklı bireyler oluşturmaktadır. Randomize şekilde, OKB tanısı almış gönüllü 50 hasta (28 kadın, 22 erkek, N=50) ve sağlıklı 50 gönüllü kişi (29 kadın, 20 erkek, 1 belirtilmemiş, N=50) olmak üzere toplam 100 kişiden örneklem oluşturulmuştur.

#### **3.3. Sınırlılıklar**

Bu araştırma 2016 – 2017 yılında NP Feneryolu Tıp Merkezi ve Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde OKB tanılı, ayaktan tedavi gören hastalar ve sağlıklı kontrol grubu kriterleri doğrultusunda toplam 100 kişinin verdiği yanıtlar ile sınırlıdır.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Bu araştırmada, Kişisel Bilgi Formu, Yale – Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS), Padua envanteri ve Gealt Temas Biçimleri Ölçeği-Yeniden Düzenlenmiş Formu (GTBÖ-YDF) kullanılmıştır.

##### **3.4.1. Kişisel Bilgi Formu**



Bu form, araştırmacı tarafından katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmış olup, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni durumu, sosyoekonomik durumu, çalışıyor olup olmadığı ve daha önce psikiyatrik tedavi görüp görmediği ile ilgili bilgileri kapsamaktadır.

### **3.4.2. Yale – Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)**

1989 yılında, Obsesif Kompulsif semptomların türünü ve toplam şiddetini ölçmek amacıyla, Goodman, Price ve Rasmussen tarafından geliştirilmiştir. Ölçek yarı yapılandırılmış görüşme amacıyla hazırlanmıştır. Ölçek 19 maddeden oluşmaktadır ve değerlendirme klinisyen tarafından yapılmaktadır. Her soru puanı 0-4 arasında değişmektedir. Toplam puanın elde edilmesi için yalnızca ilk 10 madde (madde 1b ve 6b dışında) kullanılır. Obsesyon (1-5), kompulsiyon (6-10) alt toplam puanı ve OKB toplam puanı (1-10) olmak üzere her biri ayrı ayrı puanlanmaktadır ve alınabilecek en yüksek puan 40'tır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında, Karamustafaoğlu vd., (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur bulunmuştur (Karamustafalıoğlu & Akpınar, 2006).

### **3.4.3. Padua Envanteri**

Padua Envanteri, Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastalarda, hastalığın şiddetinin saptanmasına ve baskın olan belirti dağılımının belirlenmesine yardımcı bir ölçektir. Ek olarak, ayrımı yapılan belirtilerin tek tek şiddetinin belirlenmesine de olanak sağlar. Padua Envanteri'nin 60 soruluk özgün (Sanavio, 1988) ve 1992 yılında uyarlanan, 41 soruluk formlarının (Van Oppen, 1992) birlikte geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Beşiroğlu, Ağargün, Boysan, Eryonucu, Güleç ve Selvi gerçekleştirmiştir. 2005 yılında Türkçeye uyarlanan bu envanterin güvenilirliği .95'tir. Padua envanterinin 5 alt ölçeği bulunmaktadır: Temizlik, düşüncelere kapılma, dürtüler, kontrol ve kesinlik. Her bir madde cevap şekline göre 0-4 arasında puanlandırılır. Bu 5 seçenek: Hiç, 0'a; çok az, 1'e; çok, 2'ye; epeyce çok, 3'e ve aşırı, 4'e karşılık gelecek şekilde hazırlanmıştır. Test maddelerinde bulunan '0' puanı, tasvir edilen belirtinin hiç yaşanmaması ya da rahatsız edici olmamasına karşılık gelmekte, '4' puanı aşırı derecede deneyimlenmesi veya rahatsız edici olmasına karşılık gelmektedir Toplam puan tüm obsesif-kompulsif

belirtilerden kaynaklanan rahatsızlık derecesini yansıtmakta, her alt ölçeğe ait toplam puan ve tüm alt ölçeklerin toplamından oluşmaktadır (Beşiroğlu vd., 2005).

#### **3.4.4. Geşalt Temas Biçimleri Ölçeği-Yeniden Düzenlenmiş Formu (GTBÖ-YDF)**

Geşalt temas biçimlerinin deneysel olarak incelenmesi ilk kez 1975 yılındaki Byrness'in çalışması ile gerçekleşmiştir. Kepner (1982) ise Byrness'in çalışmasından yola çıkarak Geşalt Temas Biçimleri Ölçeğini (GTBÖ) geliştirmiştir. 1986 yılında Woldt ve Kepner ise 24 madde ekleyerek ve Kepner'in geliştirdiği ölçeğin niteliklerini arttırarak 100 maddelik Likert tipi Geşalt Temas Biçimleri Ölçeği Yeniden Düzenlenmiş Formu ölçeğini oluşturmuşlardır.

Geşalt kuramına göre, tanı koyma ve terapide izlenecek yollar açısından çok büyük bir önem taşıyan, baskın olarak kullanılan temas biçimlerini ölçmek üzere geliştirilmiş ölçeğin ülkemizde kullanılabilir hale gelmesi Aktaş ve Daş tarafından 2002 yılında gerçekleşmiştir. Geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda GTBÖ-YDF 5 faktöre ayrılarak (temas, iç içe geçme, saptırma, kendine döndürme, duygusal duyarsızlaştırma) 100 maddeden 61 maddeye indirilmiştir. 5 faktör için, ölçeğin Cronbach Alfa geçerlik katsayısı .53 ile .84 arasında değiştiği bulgulara eklenmiştir. 1-5 arası likert tipi olan bu ölçeğin seçenekleri “bana oldukça uygun”, “bana uygun”, “kararsızım”, “bana uygun değil” ve “bana hiç uygun değil” şeklindedir. Her alt boyut için ayrı puanlara ulaşılmakta ve yüksek puanlar alakalı temas biçimlerinin daha baskın olduğu konusunda bilgi vermektedir (Gökdemir–Aktaş, 2002).

#### **3.5. Verilerin Analizi**

Verilerin analizi, SPSS 23 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Analizde, her iki grubun normal dağılım varsayımını sağlaması koşulunda parametrik testler (Bağımsız Gruplar T Testi, One –Way ANOVA) ve parametrik olmayan testler (Mann Whitney, Kruskal Wallis) kullanılmıştır. Katılımcıların Padua Envanteri ve alt boyutları ile Geri Döndürme puanlarının demografik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu Mann Whitney ve Kruskal Wallis testleri ile Saptırma, Temas, İç İçe Geçme ve Duygusal Duyarsızlaşma puanlarının demografik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu ANOVA ve t testleri ile analiz edilmiştir. Ek olarak,

değişkenler arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvvetinin belirlenmesi için de Korelasyon Testi uygulanmıştır.



## 4. BULGULAR

Bu kısımda, çalışmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistik analizleri bulunmaktadır. İlk olarak, Hasta ve Kontrol Grubunun demografik dağılımları, ikinci olarak, puanların normalliğinin incelenmesi için uygulanan Shapiro-Wilk normallik analizi bulguları, üçüncü olarak, Hasta Grubunda demografik verilere göre ölçeklerden alınan puanların incelendiği Mann Whitney ve t test bulguları, dördüncü olarak, Kontrol Grubunda demografik verilere göre ölçeklerden alınan puanların incelendiği Mann Whitney ve t testi bulguları, beşinci olarak, Hasta Grubun Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve Spearman Korelasyon Testi bulguları, altıncı olarak Kontrol Grubunun Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkileri ve Korelasyon Testi bulguları, son olarak, Hasta ve Kontrol Grupları açısından ölçeklerden alınan puanların karşılaştırıldığı Mann Whitney ve t testi bulguları yer almaktadır.

### 4.1. Demografik Özelliklere Göre Hasta ve Kontrol Grubu Dağılımları

Tablo 1’de hasta ve kontrol gruplarının demografik özelliklere göre dağılımı yer almaktadır. Hasta olan katılımcılardan, 25 yaş ve altı olanların oranı %32,0; 26-34 yaş arası olanların oranı %46,0; 35 yaş ve üstü olanların oranı %22,0; kadın olanların oranı %56,0 iken erkeklerin oranı %44,0; evli olanların oranı %43,5 iken bekarların oranı %56,5; ilkökul mezunu olanların oranı %4,0; ortaokul mezunu olanların oranı %12,0; lise mezunu olanların oranı %40,0; lisans mezunu olanların oranı %40,0; yüksek lisans mezunu olanların oranı %4,0; ekonomik durumu zayıf olanların oranı %4,0; orta olanların oranı %86,0; yüksek olanların oranı %10,0; şu an çalışanların oranı %42,0’dır. Tamamı psikiyatrik yardım almıştır.

Kontrol grubundakilerin, 25 yaş ve altı olanların oranı %26,5; 26-34 yaş arası olanların oranı %44,9; 35 yaş ve üstü olanların oranı %28,6; kadın olanların oranı %59,2 iken erkeklerin oranı %40,8; evli olanların oranı %47,9 iken bekarların oranı %52,1; ortaokul mezunu olanların oranı %4,1; lise mezunu olanların oranı %24,5; lisans mezunu olanların oranı %55,1; yüksek lisans mezunu olanların oranı %16,3; ekonomik durumu orta olanların oranı %89,8; yüksek olanların oranı %10,2; şu an çalışanların oranı %77,6’dır. Hiçbiri daha önce psikiyatrik yardım almamıştır.

Tablo 1. Kontrol ve Hasta grubun demografik özelliklerine göre yüzdeleri

		Grup			
		Hasta		Sağlam	
		n	%	n	%
Yaş	25 yaş ve altı	16	32,0	13	26,5
	26-34 yaş arası	23	46,0	22	44,9
	35 yaş ve üstü	11	22,0	14	28,6
Cinsiyet	Kadın	28	56,0	29	59,2
	Erkek	22	44,0	20	40,8
Medeni Hal	Evli	20	43,5	23	47,9
	Bekar	26	56,5	25	52,1
Eğitim Durumu	İlkokul	2	4,0	0	0,0
	Ortaokul	6	12,0	2	4,1
	Lise	20	40,0	12	24,5
	Lisans	20	40,0	27	55,1
	Yüksek Lisans	2	4,0	8	16,3
	Doktora	0	0,0	0	0,0
Sosyoekonomik Durum	Zayıf	2	4,0	0	0,0
	Orta	43	86,0	44	89,8
	Yüksek	5	10,0	5	10,2
Şu an çalışıyor musunuz?	Evet	21	42,0	38	77,6
	Hayır	29	58,0	11	22,4
Herhangi bir psikiyatrik yardım aldınız mı?	Evet	50	100,0	0	0
	Hayır	0	0,0	50	100

#### 4.2. Puanların Normalliğinin İncelenmesi

Tablo 2’de puanların normalliğini incelemek amacıyla yapılan Shapiro-Wilk normallik analizine ait bulgulara yer verilmiştir. Puanların normalliğini incelemek amacıyla yapılan Shapiro-Wilk normallik analizine göre Padua Envanteri ve alt boyutları ile Geri Döndürme puanlarının normal dağılım göstermediği ( $p < 0,05$ ); Saptırma, Temas, İç İç Geçme ve Duygusal Duyarsızlaşma puanlarının normal dağılım gösterdiği ( $p > 0,05$ ) belirlenmiştir.

Tablo 2. Hasta ve Kontrol Grubunun ölçeklerden aldıkları puanların normalliğinin incelenmesi için uygulanan Shapiro-Wilk normallik analizi

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	n	p
Düşüncelere Kapılma	,922	100	,000
Temizlik	,924	100	,000
Kontrol	,959	100	,004
Dürtüler	,723	100	,000
Kesinlik	,714	100	,000
Padua Envanteri	,934	100	,000
Geri Döndürme	,930	100	,000
Saptırma	,981	100	,166
Temas	,984	100	,282
İç İçe Geçme	,981	100	,147
Duygusal Duyarsızlaşma	,976	100	,059

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

### 4.3. Hasta Grubunda Demografik Verilere Göre Ölçeklerden Alınan Puanlar

Alt boyutlar arasındaki gruplaşma, uygulanan Shapiro-Wilk normallik analizine göre yapılmıştır. Normal dağılım gösteren Geştalt Temas Biçimleri Ölçeği-Yeniden Düzenlenmiş Formu'nun, Saptırma, Temas, İç İçe Geçme ve Duygusal Duyarsızlaşma alt boyutları için ayrı inceleme yapılmıştır.

Tablo 3'de, Hasta Grubunun ölçeklerden aldığı puanların cinsiyet açısından değerlendirilmesi ve Mann Whitney Testi bulguları yer almaktadır.

Hasta olan kadın ile erkek katılımcılar arasında Padua Envanteri Temizlik alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde kadınlarda Temizlik alt boyutu daha fazladır.

Tablo 3. Hasta Grubun ölçeklerden aldığı puanların cinsiyet açısından sıra ortalamaları ve Mann Whitney Testi bulguları

Cinsiyet		n	Sıra Ort.	U	p
Düşüncelere Kapılma	Kadın	28	26,70	274,500	,512
	Erkek	22	23,98		
Temizlik	Kadın	28	31,48	140,500	,001
	Erkek	22	17,89		
Kontrol	Kadın	28	24,66	284,500	,645
	Erkek	22	26,57		
Dürtüler	Kadın	28	24,13	269,500	,448
	Erkek	22	27,25		
Kesinlik	Kadın	28	26,61	277,000	,538
	Erkek	22	24,09		
Padua Envanteri	Kadın	28	28,61	221,000	,089
	Erkek	22	21,55		
Geri Döndürme	Kadın	28	25,55	306,500	,977
	Erkek	22	25,43		

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

Tablo 4’da Hasta grubunun cinsiyet açısından, alt boyutlardan aldıkları puanlar verilmiştir. Hasta olan kadın ile erkek katılımcılar arasında Duygusal Duyarsızlaşma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Ortalama puanlar incelendiğinde erkeklerde Duygusal Duyarsızlaşma daha fazladır.

Tablo 4. Hasta Grubunun cinsiyet açısından Saptırma, Temas, İç İç Geçme ve Duygusal Duyarsızlaşma alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar, standart sapmalar ve t testi bulguları

Cinsiyet		n	Ortalama	ss	t	p
Saptırma	Kadın	28	40,25	8,29	-,195	,846
	Erkek	22	40,68	7,09		
Temas	Kadın	28	38,11	5,69	,841	,533
	Erkek	22	37,10	5,66		
İç İç Geçme	Kadın	28	46,68	5,41	,294	,388
	Erkek	22	45,41	4,72		
Duygusal Duyarsızlaşma	Kadın	28	12,00	3,79	-2,343	,023
	Erkek	22	14,41	3,46		

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

#### 4.4. Kontrol Grubunda Demografik Verilere Göre Ölçeklerden Alınan Puanlar

Tablo 5’de Kontrol Grubunun cinsiyete göre PE, PE alt boyutları ve GTBÖ-YDF Geri Döndürme alt boyutu ile ilişkisi incelenmiştir.

Kontrol Grubunun kadın ile erkek katılımcılar arasında Padua Envanteri ve alt boyutları ile Geri Döndürme puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Tablo 5. Kontrol Grubunun cinsiyete göre PE, PE alt boyutları ve GTBÖ-YDF Geri Döndürme alt boyutu sıra ortalamaları ve Mann Whitney Bulguları

Cinsiyet		n	Sıra Ort.	U	p
Düşüncelere Kapılma	Kadın	29	24,81	284,500	,911
	Erkek	20	25,28		
Temizlik	Kadın	29	26,79	238,000	,289
	Erkek	20	22,40		
Kontrol	Kadın	29	22,95	230,500	,225
	Erkek	20	27,98		
Dürtüler	Kadın	29	22,97	231,000	,216
	Erkek	20	27,95		
Kesinlik	Kadın	29	25,07	288,000	,964
	Erkek	20	24,90		
Padua Envanteri	Kadın	29	24,47	274,500	,752
	Erkek	20	25,78		
Geri Döndürme	Kadın	29	24,78	267,500	,646
	Erkek	20	25,33		

\* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$ , \*\*\* $p<0,001$

Tablo 6’da Kontrol Grubunun cinsiyete göre, GTBÖ-YDF Saptırma, Temas, İç İç Geçme ve Duygusal Duyarsızlaşma puanları verilmiştir.

Kontrol Grubu kadın ile erkek katılımcılar arasında Saptırma, Temas, İç İç Geçme ve Duygusal Duyarsızlaşma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).



Tablo 6. Kontrol Grubunun cinsiyete göre, GTBÖ-YDF Saptırma, Temas, İç İçe Geçme ve Duygusal Duyarsızlaşma alt boyutları puan ortalamaları, standart sapmaları ve t testi bulguları

Cinsiyet		n	Ortalama	ss	t	p
Saptırma	Kadın	29	23,35	6,43	-,998	,324
	Erkek	20	25,15	5,91		
Temas	Kadın	29	41,62	6,26	-,354	,725
	Erkek	20	42,20	4,53		
İç İçe Geçme	Kadın	29	44,28	6,63	-,642	,524
	Erkek	20	45,40	4,99		
Duygusal Duyarsızlaşma	Kadın	29	15,59	5,19	-,710	,482
	Erkek	20	16,60	4,48		

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

Tablo 7’de Kontrol Grubunun medeni hal açısından PE, PE alt boyutları ve GTBÖ-YDF Geri Döndürme alt boyutu puanları incelenmiştir.

Bulgulara göre, Kontrol Grubu, evli ile bekar katılımcılar arasında Geri Döndürme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde bekar olanlarda Geri Döndürme daha fazladır.

Tablo 7. Kontrol Grubunun medeni hal açısından PE, PE alt boyutları ve GTBÖ-YDF Geri Döndürme alt boyutu sıra ortalamaları ve Mann Whitney Bulguları

Medeni Hal		n	Sıra Ort.	U	p
Düşüncelere Kapılma	Evli	23	23,24	258,500	,548
	Bekar	25	25,66		
Temizlik	Evli	23	26,22	248,000	,413
	Bekar	25	22,92		
Kontrol	Evli	23	22,52	242,000	,346
	Bekar	25	26,32		
Dürtüler	Evli	23	22,70	246,000	,377
	Bekar	25	26,16		
Kesinlik	Evli	23	22,41	239,500	,267
	Bekar	25	26,42		
Padua Envanteri	Evli	23	22,61	244,000	,369
	Bekar	25	26,24		
Geri Döndürme	Evli	23	19,85	180,500	,027
	Bekar	25	28,78		

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

#### 4.5. Hasta Grubun Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkileri

Tablo 8’de Hasta Grubunun ölçeklerden aldığı puanlara ilişkin Korelasyon Testi bulguları yer almaktadır.

Hasta Grubunda, Y-BOCS puanı ile Geşalt Temas Biçimleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Düşüncelere Kapılma alt boyutu ile Geri Döndürme alt boyutu arasında pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,505$ ;  $p<0,001$ ), Düşüncelere Kapılma puanı arttıkça, Geri Döndürme puanı da artmaktadır.

Düşüncelere Kapılma alt boyutu ile Saptırma alt boyutu arasında pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki ( $r=0,556$ ;  $p<0,001$ ), İç İçe Geçme alt boyutu arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,304$ ;  $p<0,05$ ).

Tablo 8. Hasta Grubunun ölçeklerden aldığı puanlara ilişkin Korelasyon Testi Bulguları

		Geri Döndürme	Saptırma	Temas	İç İçe Geçme	Duygusal Duyarsızlaşma
Y-BOCS	r	,040	,108	,084	,127	,054
	p	,783	,454	,560	,378	,707
	n	50	50	50	50	50
Düşüncelere Kapılma	r	<b>,505**</b>	<b>,556**</b>	-,100	<b>,304*</b>	-,187
	p	<b>,000***</b>	<b>,000***</b>	,491	<b>,032*</b>	,193
	n	50	50	50	50	50
Temizlik	r	-,248	<b>-,329*</b>	,112	,101	-,241
	p	,082	<b>,020*</b>	,440	,486	,092
	n	50	50	50	50	50
Kontrol	r	<b>,344*</b>	<b>,447**</b>	-,051	,228	-,064
	p	<b>,015*</b>	<b>,001*</b>	,725	,112	,658
	n	50	50	50	50	50
Dürtüler	r	<b>,403**</b>	<b>,283*</b>	-,192	,067	-,155
	p	<b>,004**</b>	<b>,047*</b>	,183	,644	,283
	n	50	50	50	50	50
Kesinlik	r	,183	,248	,068	,209	-,085
	p	,204	,083	,637	,145	,559
	n	50	50	50	50	50
Padua Envanteri Toplam Puan	r	<b>,294*</b>	<b>,294*</b>	-,020	,293*	-,259
	p	<b>,038*</b>	<b>,038*</b>	,890	<b>,039*</b>	,069
	n	50	50	50	50	50

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

Temizlik alt boyutu ile Saptırma puanı arasında negatif yönlü orta bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0,329$ ;  $p<0,05$ ).

Kontrol alt boyutu ile Geri Döndürme puanı arasında pozitif yönlü orta bir ilişki ( $r=0,344$ ;  $p<0,05$ ) bulunmaktadır.

Kontrol puanı ile Saptırma alt boyutu arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,447$ ;  $p<0,01$ ).

Hasta Grubun, Dürtüler ile Geri Döndürme alt boyutu arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki ( $r=0,403$ ;  $p<0,01$ ), Dürtüler alt boyutu ve Saptırma puanı arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,283$ ;  $p<0,05$ ).

Padua Envanteri ile Geri Döndürme alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, Saptırma alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki, İç İçe Geçme alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

#### **4.6. Kontrol Grubunun Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkileri**

Tablo 9’de Kontrol Grubunun ölçeklerden aldığı puanlara ilişkin Korelasyon Testi bulguları bulunmaktadır.

Bulgular incelendiğinde, Kontrol Grubunun Düşüncelere Kapılma ile İç İçe Geçme alt boyutu arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,369$ ;  $p<0,01$ ). Kontrol Grubunun, Düşüncelere Kapılma puanı arttıkça İç İçe geçme puanı da artmaktadır.

Dürtüler alt ölçeği puanı ve Saptırma alt boyutu arasında pozitif yönlü orta bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,317$ ;  $p<0,05$ ). Dürtüler ile Duygusal Duyarsızlaşma alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Kontrol Grubunda, Temizlik, Kontrol, Kesinlik alt boyutları ile GTBÖ-YDF alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 9. Kontrol Grubunun ölçeklerden aldığı puanlara ilişkin Korelasyon Testi Bulguları

		Geri Döndürme	Saptırma	Temas	İç İçe Geçme	Duygusal Duyarsızlaşma
Düşüncelere Kapılma	r	,089	,187	,158	<b>,369**</b>	-,088
	p	,540	,193	,272	<b>,008**</b>	,541
	n	50	50	50	50	50
Temizlik	r	,213	-,067	-,135	,013	-,130
	p	,137	,642	,348	,931	,369
	n	50	50	50	50	50
Kontrol	r	-,011	,102	-,097	,215	,127
	p	,940	,480	,504	,134	,378
	n	50	50	50	50	50
Dürtüler	r	,236	<b>,317*</b>	-,061	,251	<b>-,286*</b>
	p	,099	<b>,025*</b>	,671	,079	<b>,044*</b>
	n	50	50	50	50	50
Kesinlik	r	,229	,147	-,181	,203	-,069
	p	,110	,308	,209	,158	,632
	n	50	50	50	50	50
Padua Envanteri Toplam Puan	r	,186	,137	-,085	,279	-,082
	p	,196	,342	,557	,050	,573
	n	50	50	50	50	50

\*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001

#### 4.7. Ölçeklerden Alınan Puanların Hasta ve Kontrol Grupları Açısından Değerlendirilmesi

Tablo 10’de Hasta Grubunun ve Kontrol Grubunun PE, PE alt ölçekleri ve GTBÖ-YDF Geri Döndürme alt boyutu puanlarına yer verilmiştir.

Bulgular incelendiğinde, Hasta Grubu ile Kontrol Grubu arasında Düşüncelere Kapılma alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde, Hasta Grubun Düşüncelere Kapılma puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hasta Grubu ile Kontrol Grubu arasında Temizlik alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde, Hasta Grubun Temizlik alt boyutu puanı kontrol grubununkinden anlamlı şekilde daha fazladır.

Hasta Grubu ile Kontrol Grubu arasında Kontrol alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Puan sıra ortalamalarına bakıldığında, Hasta Grubun Kontrol alt boyutu puanı daha fazladır.

Hasta ve Kontrol Grupları arasında Dürtüler alt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,01$ ). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde, Hasta Grubun Dürtüler alt boyutu puanı daha fazladır.

Tablo 10. Hasta Grubunun ve Kontrol Grubunun PE, PE alt boyutları ve GTBÖ-YDF Geri Döndürme alt boyutu sıra ortalamaları ve Mann Whitney bulguları

Grup		n	Sıra Ort.	U	P
Düşüncelere Kapılma	Hasta	50	74,22	64,000	,000***
	Sağlam	50	26,78		
Temizlik	Hasta	50	60,97	726,500	,000***
	Sağlam	50	40,03		
Kontrol	Hasta	50	63,19	615,500	,000***
	Sağlam	50	37,81		
Dürtüler	Hasta	50	60,43	753,500	,001
	Sağlam	50	40,57		
Kesinlik	Hasta	50	60,59	745,500	,000***
	Sağlam	50	40,41		
Padua Envanteri	Hasta	50	73,01	124,500	,000***
	Sağlam	50	27,99		
Geri Döndürme	Hasta	50	74,38	56,000	,000***
	Sağlam	50	26,62		

\* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$ , \*\*\* $p<0,001$

Hasta ve Kontrol Grupları arasında Kesinlik alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Puan sıra ortalamalarına bakıldığında, Hasta Grubun Kesinlik alt boyutu puanı daha fazladır.

Hasta ve Kontrol Grupları arasında Padua Envanteri toplam puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde, Hasta Grubun Padua Envanteri puanları daha fazladır.

Hasta ve Kontrol Grupları arasında Geri Döndürme açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Puan sıra ortalamaları incelendiğinde, Hasta Grubun Geri Döndürme puanı anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 11’da Hasta ve Kontrol Grubunun GTBÖ-YDF Saptırma, Temas, İç İç Geçme ve Duygusal Duyarsızlaşma alt boyutları puanları, t testi bulguları karşılaştırılmıştır.

Hasta ve Kontrol Grupları arasında Saptırma puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Ortalama puanlar incelendiğinde, Hasta Grubun Saptırma puanı daha fazladır.

Tablo 11. Hasta ve Kontrol Grubunun GTBÖ-YDF Saptırma, Temas, İç İç Geçme ve Duygusal Duyarsızlaşma alt boyutları ortalama puanları, standart sapmalar ve t testi bulguları

Grup		n	Ortalama	ss	t	p
Saptırma	Hasta	50	40,44	7,71	11,565	,000***
	Sağlam	50	24,22	6,24		
Temas	Hasta	50	37,66	5,64	-3,745	,000***
	Sağlam	50	41,84	5,52		
İç İç Geçme	Hasta	50	46,12	5,11	1,172	,244
	Sağlam	50	44,82	5,96		
Duygusal Duyarsızlaşma	Hasta	50	13,06	3,81	-3,299	,001**
	Sağlam	50	15,94	4,81		

\* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$ , \*\*\* $p<0,001$

Hasta ve Kontrol Grupları arasında Temas alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). Ortalama puanlar incelendiğinde, Kontrol Grubunda Temas puanı daha fazladır.

Hasta ve Kontrol Grupları arasında İç İçe Geçme alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Hasta ve Kontrol Grupları arasında Duygusal Duyarsızlaşma alt ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,01$ ). Ortalama puanlara bakıldığında, Kontrol Grubunda Duygusal Duyarsızlaşma puanı daha fazladır.





## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulguların ilgili Türkçe ve yabancı yazın ışığında tartışılmasına yer verilmiştir. Bu çalışmanın ana sorusu, Geşalt temas biçimlerinin Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastalarda, sağlıklı Kontrol Grubuna göre bir farklılığının olup olmadığını araştırmaktır. Ayrıca OKB semptomlarının Geşalt temas biçimleriyle ilişkisi de incelenmiştir. Sonuç olarak bu bölümde, bu sorulara cevap bulmak için uygulanan analizlerden (Mann Whitney, t testi, Kruskal Wallis, Korelasyon Testi) elde edilen bulgular tartışılacaktır.

Hasta ve Kontrol Grupları arasında, “Geri Döndürme” temas biçimi açısından anlamlı fark bulunmuştur. Bulgular incelendiğinde, “Geri Döndürme” temas biçimi Hasta Grubunda anlamlı düzeyde, oldukça yüksek bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Kepner (1982), çekingen, hantal, gergin, kendi hakkında olumsuz duygulara sahip ve kafası karışık bireylerin “Geri Döndürme” temas biçiminden yüksek puan alan kişiler olduklarının altını çizmektedir (aktaran Gökdemir-Aktaş, 2002). Ayrıca, Byrness (1975), geri döndürme temas biçimi ile depresif özellikler gösterme ve harekete geçememe, yalnızlık ve zihninde karışıklık gibi kişilik özelliklerini ilişkilendirmiştir (Byrness’den aktaran Gökdemir-Aktaş, 2002). Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastaların kişilik özellikleri açısından yapılan çalışmalardan, Rector, Hood, Richter ve Bagby (2002), OKB hastalarında 5 faktör kişilik özelliklerini inceledikleri bulgularda, OKB hastalarında 5 faktör kişilik modelinin “nevrotiklik” alt boyutu puanları oldukça yüksek, dışa dönüklük alt boyutu puanını da oldukça düşük bulmuşlardır (Rector, Hood, Richter, & Bagby, 2002). Aynı türden bir çalışma yürüten Samuels vd., (2000) de OKB hastalarının nevrotiklik puanının daha yüksek, dışa dönüklük oranını kontrol grubuna göre daha düşük bulmuşlardır (Samuels vd., 2000). 5 faktör kişilik modeline göre, nevrotiklik alt boyutu, depresif ve hüznü olma, sıklıkla duygusal iniş ve çıkışlar deneyimleme, kaygılı olma, sabırsızlık, gerginlik, huzursuz olma hali, tedirginlik gibi kişilik özelliklerini içermektedir. Dışa dönüklük seviyesi düşük olan kişilerse, içine kapanık, sosyalleşmeyi sevmeyen, tutuk ve çekingen kişiler olarak nitelendirilmektedir (Bacanli, İlhan, & Aslan, 2009; Benet- Martinez & John, 1998). Sonuç olarak, OKB hastalarıyla ilgili bu çalışmaların, “Geri Döndürme” temas biçimini sık kullanan bireylerle benzerlik göstermesi nedeniyle, elde ettiğimiz bu bulguların beklenen yönde olduğu söylenebilir.

Hastaların OKB semptomlarıyla temas biçimleri arasındaki ilişkiyle ilgili bulgularda, Padua Envanteri alt boyutu Düşüncelere Kapılma ile Geri Döndürme alt boyutu arasında pozitif yönlü çok güçlü bir ilişki ( $r=0,505$ ;  $p<0,001$ ) bulunmuştur. Düşüncelere Kapılma puanı arttıkça, Geri Döndürme puanı da artmaktadır. Geri Döndürme alt boyutu ile Kontrol ve Dürtüler alt boyutları arasında da sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı ilişki elde edilmiştir. Ek olarak, Padua Envanteri toplam puanı ile Geri Döndürme alt boyutu arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kepner'e göre (1982), Geri döndüren kişiler, davranışlarının muhtemel sonuçları üzerinde çok fazla düşünür ve devamlı planlar yaparlar. Kişinin bu durumunu garantilemeye yönelik obsesif uğraşları, bir noktadan sonra kişiyi hareketsiz kılmaktadır. Bunlara ek olarak Kepner (1982), geri döndüren bireylerin kontrollü olmayı çok önemsediklerinin ve kendilerinin geliştirdiği bu kontrolün kaybolmasından korktuklarının altını çizmektedir (aktaran, Daş 2006). Dolayısıyla, elde ettiğimiz bu bulgular, özellikle Düşüncelere Kapılma ve Kontrol alt boyutlarıyla elde edilen pozitif korelasyon, kuramsal açıdan da desteklenmektedir.

Literatürde, Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastalarla Geşalt Temas Biçimleri arasındaki ilişkinin doğrudan incelendiği bir araştırmaya rastlanmamakla birlikte, Geri Döndürme ve Saptırma temas biçimleriyle psikopatoloji arasında bağlantıyı kuran birden fazla araştırma bulunmaktadır. Balkaya ve Tuğrul (2006) anksiyete ile Geri Döndürme ve Saptırma temas biçimleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler, Vardal (2015), yeme tutum bozukluğu ile Kendine Döndürme (Geri Döndürme) ve Saptırma temas biçimleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler elde etmişlerdir. Gökdemir-Aktaş (2002) Geri Döndürme ve Saptırma puanlarını psikiyatrik yardım almış sorunlu grupla karşılaştırdığında (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, anksiyete), bulgular pozitif yönde anlamlı bir ilişkiyi göstermektedir. Benzer şekilde, Kudiaki (2013), öfke belirtileri alt boyutunun ve subjektif-somatik anksiyete puanlarının Geri Döndürme ve Saptırma temas biçimleri ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkileri olduğunu çalışmasında göstermiştir (Balkaya & Tuğrul, 2006; Gökdemir-Aktaş, 2002; Vardal & Batıgün,).

Saptırma temas biçimiyle psikopatoloji arasındaki ilişkiyi destekleyen, Hasta Grubunun Saptırma puanı ile ilgili bulgularda, veriler ilişkinin pozitif yönde çok güçlü olduğunu göstermektedir ( $p<0,001$ ). Geri Döndürme temas biçiminde olduğu gibi, Hasta Grubunun Saptırma temas biçimini sıklıkla kullandığı sonucuna varılabilmektedir.

GTBÖ-YDF Saptırma faktöründeki maddelere bakıldığında, Hasta Grubunun, zamanı etkili bir biçimde ayarlayamadıkları, işlerini tamamlamakta zorlandıkları, tembellikleriyle tanımlandıkları, ne istediklerini fark etmede güçlük yaşamaları, dikkatlerini kolay toplayamadıkları ve yapacaklarını erteleme eğilimi gösterdikleri görülmektedir. Chan ve Thomas (2015)' a göre, saptırma temas biçimini sık kullanan bireyler hem enerjilerini zayıflatırlar hem de temas kurmaya çalışmak konusunda yanlış yollara odaklanırlar. Bunun sonucu olarak da kişiler, ihtiyaçlarını doyumak adına gerekli olanı çevreden alamazlar (Chan & Thomas, 2015). Latner'e göre (1992), saptırmanın bir biçimi de, belli duygu veya ihtiyacı esas hedef yerine bir başka hedefe yönlendirmektir (Latner'den aktaran Daş, 2006). Daha önceki çalışmalar incelendiğinde, Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastaların kullandığı savunma mekanizmaları, Saptırma temas biçiminin özellikleri ile yakından örtüşmektedir. Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastaların en çok kullandığı savunma mekanizmalarından biri "yansıtma"dır (Pollock & Andrews, 1989; Shabanpour, Zahiroddin, Janbozorgi, & Ghaeli, 2012). Yansıtma (projection), kişinin kabul edilemez düşüncelerinin, özelliklerinin, duygularının ve dileklerinin bilinçsizce reddini ve bunları başkalarına atfetmeyi içerir (Vaillant, 1992). OKB'de sık görülen bir diğer savunma mekanizması da "karşıt tepki geliştirme" (reaction formation)"dir (Freud, 1992; Gabbard, 2001; Pollock & Andrews, 1989). Gerçek duyguları göstermek, içinde bulunulan koşullar içinde uygun kaçmayacağından, gerçek duygulara zıt fakat o durum içinde kabul edilebilen duyguları göstermek karşıt tepki geliştirme savunma mekanizmasıdır (Cüceloğlu, 2008). Örneğin, kişinin nefret doluyken sevgi göstermesi gibi (Schultz & Schultz, 2007). Dolayısıyla, OKB hastalarının kullandığı savunma mekanizmaları da, saptırma temas biçiminin Hasta Grubunda anlamlı çıkmasını destekler niteliktedir.

Saptırma temas biçiminin, OKB semptomlarıyla ilişkisi incelendiğinde ise, Düşüncelere Kapılma alt boyutu ile Saptırma puanı arasında pozitif yönlü çok güçlü bir korelasyon saptanmıştır. Geri Döndürme temas biçimiyle olduğu gibi, Saptırma temas biçiminin de Kontrol ve Dürtüler alt boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca Temizlik alt boyutu ve PE toplam puan ile arasında yine anlamlı fark elde edilmiştir. Gökdemir-Aktaş (2002), GTBÖ-YDF Türk örneklemini için faktör yapısı geçerliği ve güvenilirliği çalışmasında, sorunlu grubun (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, anksiyete), belirti düzeyi, belirti sayısı ve belirti şiddetiyle

Saptırma ve Geri Döndürme temas biçimleri arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Bu ilişkiler göz önünde bulundurulduğunda, PE alt ölçekleri ve toplam puan ile Saptırma puanı arasındaki pozitif yönlü anlamlı ilişki beklenen yöndedir.

Hasta ve Kontrol Grupları arasında Temas alt boyutu puanı ise beklendiği gibi, Kontrol Grubunda, Hasta Grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksektir ( $p < 0,001$ ). Elde edilen bu bulgular literatürle uyumludur. İlgili literatüre bakıldığında, temas boyutu ile psikopatoloji arasında negatif bir ilişki kuran birden fazla çalışma bulunmaktadır (Kudiaki, 2013; Balkaya & Tuğrul, 2006; Gökdemir-Aktaş, 2002;). Temas boyutunun maddeleri incelendiğinde, maddelerin, sosyal ilişki içinde olma ve bundan hoşnut olma, yeni şeylere ulaşmak için sınırlarını zorlama gibi temasta olmaya yönelik maddeler içermektedir. Uyumsuz bir davranış, kişisel bir ihtiyaca zamanında karşılık bulmadığımızda gerçekleşmektedir. Bu davranış biçimini sergileyenler, ihtiyaçlara zamanında karşılık bulmak yerine (iyi bir temas kurmak yerine), kendileri için yapamadıkları şeyleri yapmak adına başkalarını manipüle etme potansiyellerini kullanırlar. Uyumsuz bu işleyiş, kişinin iç farkındalığının kaybıyla ve iyi bir temas ilişkisinin yokluğuyla var olur (Jones-Smith, 2011). İyi bir temasın psikopatolojiden uzak bu durumu, Kontrol Grubunda, Temas puanının pozitif yönde anlamlı olmasını desteklemektedir. Bu bulgulara ek olarak, Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan bireylerde, bağlanma kaygısı üzerine yapılan çalışmalarda OKB hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı yüksek sonuçlar elde edilmiştir (Vatan, 2016; Dağ & Gülüm, 2013; Sümer vd., 2009). Bağlanma kaygısı, yakın ilişkilerde yaşanan kaygıyı betimlemekte, ilişkilerde yaşanan reddedilme ve terk edilme konusundaki aşırı duyarlılık bu duruma neden olmaktadır (Sümer vd, 2009). Kaygılı bağlanma örüntüsü içerisindeki kişiler, başkalarının reddedici olduğu ile ilgili düşüncelere sahiptirler ve kendilerini sevilmeye layık görmezler (Bartholomew & Horowitz, 1991). İyi bir temas kurmanın, kaygılı bağlanma stilinden bu zıt konumu, çalışma bulgularımızı desteklemektedir. Ayrıca, Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastaların, disfonksiyonel şema aktivasyonlarının incelendiği çalışmalarda, “duygusal yoksunluk” şeması kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Karahana, 2006; Velibaşoğlu, 2014). Sözü edilen şema, duygusal ihtiyaçların ötekiler tarafından yeterli şekilde karşılanamayacağı inancını içermektedir (Karahana, 2006). Bu da yine temas boyutunda bahsedilen sağlıklı iletişim ile ters düşmektedir.

Hasta ve Kontrol Grubu arasında, İç İçe Geçme temas biçimi ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Elde edilen bu bulgular, (Akça, Şahin & Vazgeçer, 2011; Balkaya & Tuğrul, 2006; Gökdemir-Aktaş, 2002) literatür bulgularıyla örtüşmektedir. Ayrıca, Gökdemir-Aktaş (2002), İç İçe Geçme temas biçiminin sorunlu ve sorunsuz grupları ayırt edemediğini çalışma bulgularına eklemiştir.

Hem Hasta hem Kontrol Grubunda, İç İçe Geçme temas biçimiyle PE Düşüncelere Kapılma alt boyutu arasında anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Her iki Grupta da bu bulguların saptanması, İç İçe Geçme temas biçiminin Düşüncelere Kapılma ile ilişkisinin incelenmesinin önemli olduğunu göstermektedir. PE Düşüncelere Kapılma alt boyutu, kişinin sahip olmayı istemediği, davetsiz düşünceleri zihinden dışlama yeteneği, basit kararlar alma konusunda yaşanan zorluklar ve gerçekleşme olasılığı zor olumsuz olaylar hakkında yaşadığı son derece yoğun sorumluluklar ile ilgilidir (Beşiroğlu vd., 2005). Daş'a göre (2006), toplumda iç içe geçmiş kişiler, sürekli kurallara uymaya herkes tarafından beğenilmeye herkese iyilik yapmaya alışmaktan kendi istek, duygu ve ihtiyaçlarını karşılayamazlar. Örneğin, bazı kişiler işleriyle iç içe geçerler, çok uzun saat çalışırlar ve çalışmadıkları zamanlarda bile işlerini düşünürler. Kendilerini işlerine göre değerlendirirler ve işleri yolunda gidiyorsa kendilerini iyi hissederler. Ya da evleriyle iç içe geçen kişiler ise, evleri biraz dağıldığında çok rahatsız olurlar (Daş, 2006). PE Düşüncelere Kapılma maddeleri incelendiğinde, kişinin yaptığı işlerin çoğu hakkında kaygı ve problem üretmesi, belirli şeyler üzerinde düşünmeye başladığında onlara saplanıp kalması, kişinin kendi isteği dışında akla gelen düşüncelerden kurtulamaması gibi kaygı veren durumlar içermektedir. Görüldüğü gibi tıpkı Daş'ın örneğindeki, işiyle iç içe geçen kişilerde olduğu gibi, burada da düşüncelerle iç içe geçme söz konusu olmaktadır. Sills vd., "üzüntülü olmak iyi değildir" şeklindeki bir mesajın içe alınmasıyla, bireylerin zaman içerisinde duygularına duyarsızlaştığının altını çizmektedir. Bu şekilde düşünüldüğünde de, örneğin kişinin, cinselliği günahkarlıkla ilişkilendirmesi ve bunu yoğun bir şekilde içe alması sonucunda da, bir OKB hastasının aklına gelen cinsel düşüncelerin ardından yoğun kaygı duyması bununla ilişkilendirilebilir.

Hasta ve Kontrol Grupları arasında, bir diğer temas biçimi Duygusal Duyarsızlaşma açısından anlamlı fark elde edilmiştir. Bulgular incelendiğinde, Duygusal Duyarsızlaşma puanı Kontrol Grubunda daha fazladır. Elde edilen bu bulgular, (Balkaya & Tuğrul, 2006) bulgularıyla örtüşmektedir. Balkaya ve Tuğrul (2006), Duyarsızlaşma

temas biçimi ile Normal Grup arasındaki ilişkiyi anlamlı bulmuştur. Duyarsızlaşma maddeleri incelendiğinde, OKB Grubunun, Kontrol Grubuna göre, daha duygusal tutum içerisinde oldukları, soğukkanlılıklarını kolay koruyamadıkları ve duygularının kolay incindiği sonucuna varılabilir.

Duyarsızlaşma puanı ile PE toplam puan ve alt ölçekleri arasında anlamlı farkın bulunmaması ile (Kudiaki, 2013; Balkaya & Tuğrul, 2006; Gökdemir- Aktaş, 2002) literatür bulguları örtüşmemektedir. Kudiaki (2013), subjektif, somatik anksiyete ve öfke ile Duyarsızlaşma arasında anlamlı ters bir ilişki, Balkaya ve Tuğrul (2006), Duyarsızlaşma ile anksiyete puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki, Gökdemir- Aktaş (2002), anksiyete, depresyon belirtileri ve olumsuz benlik algılaması ile negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki elde etmişlerdir. Literatürdeki bu bulgular sorunlu grup (psikopatoloji) şeklinde bakıldığında örtüşmese de, elde ettiğimiz bulgular, Obsesif Kompulsif Bozukluk açısından bakıldığında yeni bulgulardır.

Y-BOCS puanı ile Geşalt Temas Biçimleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Daha önce yapılan araştırmalarda (Gökdemir- Aktaş, 2002), Temas Biçimleri (Geri Döndürme, Saptırma) ile KSE belirti düzeyi ve şiddeti arasında pozitif ilişkiler bulunmuştur. Bu araştırmada, PE toplam puan ile anlamlı ilişki elde edildiği halde, Y-BOCS puanı ile temas biçimleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bu çalışmayla elde edilen, Geşalt Temas Biçimlerinin, OKB hastalarıyla ve semptomlarıyla olan ilişkileri, psikoteröpotik çalışmalara ışık tutması, teröpotik ilişkide yapılacak olan müdahalelerde kullanılması ve Geşalt Terapi önermelerine desteği açısından önemli bir konuma sahiptir. Bu çalışma, Geşalt terapi alanında, Obsesif Kompulsif Bozukluğun doğrudan incelendiği bir çalışma olması açısından da önem teşkil etmektedir.

### **5.1. ÖNERİLER ve SINIRLILIKLAR**

Bu çalışma İstanbul ilinde, 50 Hasta Grubu, 50 Kontrol Grubu olmak üzere 100 kişiyle incelenmiştir. Bu araştırmanın, farklı popülasyonlarda, daha geniş bir örnekleme çalışılması, farklı kültürler içermesi, çalışmanın genellenebilirliği açısından iyi olacaktır.

Bu çalışmanın sınırlılıklarını, Hasta ve Kontrol Gruplarının küçük olması, Kontrol Grubuna, psikolojik sağlıklarını anlamak açısından sadece kişisel bilgi formunun verilmesi, hastaların kullandığı ilaçların sorgulanmaması oluşturmaktadır.

## **5.2. ARAŞTIRMANIN SONUÇLARI**

- 1) Geri Döndürme, Saptırma ve İç İçe Geçme temas biçimini sıklıkla kullanan OKB hastalarının, davetsiz düşünceleri zihinden atabilme yeteneğinin azaldığı, basit kararlar verme ile ilgili yaşanan güçlüklerin ve gerçekleşme olasılığı zor olumsuz olaylar ile ilgili yaşanan sorumluluklarının arttığı görülmektedir.
- 2) Geri Döndürme ve Saptırma temas biçimini kullanan hastaların, günlük etkinlikleriyle ilişkili olarak kişinin yapıp yapmamış olmak ile ilgili yaşadığı zihin meşguliyetinin ve kontrol-sayma kompulsiyonlarının arttığı sonucuna varılmaktadır.
- 3) Kendine Döndürme ve Saptırma temas biçiminin kullanılmasının artması, yine OKB hastalarında, kendisine ya da diğer insanlara kendi isteklerinin dışında zarar verecekleri, onların fenalığına sebep olacakları veya kontrolsüz cinsel eylemlerde bulunacakları ile ilgili dürtüsel düşüncelerinin artmasına neden olmaktadır.
- 4) Saptırma temas biçimini sıklıkla kullanan hastalarda, pis olma, kirlenme ve sonuçları ile ilgili aşırı zihin meşguliyeti ve bununla ilişkili kompulsif davranışların arttığı görülmektedir.
- 5) Obsesif Kompulsif Bozukluk ile ilişkili davranışların sergilendiği durumlar, Geri Döndürme ve Saptırma temas biçimlerinin kullanımını arttırmaktadır.
- 6) Temasın artmasıyla uyumsuz davranışın azaldığı, iç farkındalığın arttığı, Obsesif Kompulsif Bozukluktan uzak bir tablonun varlığı göze çarpmaktadır.
- 7) Kendine döndürme ve Saptırma OKB hasta grubunda daha fazla, Temas ve Duygusal Duyarsızlaşma ise kontrol grubunda daha fazladır.
- 8) Uyumsuz davranıştan uzak sağlıklı bir temas için psikoterapide, Obsesif Kompulsif Bozukluk belirtilerinin ilişkili olduğu Geri Döndürme ve Saptırma temas biçimlerinin yeniden işlevselliğe götürecek şekilde düzenlenmesinin önemli olduğu sonucuna varılmaktadır.

## 6.KAYNAKLAR

- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). *Obsessive-Compulsive Disorder in the DSM-5*: Wiley Periodicals.
- Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J., & Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive–compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour research and therapy*, *44*(9), 1361-1374.
- Abramowitz, J. S., Nelson, C. A., Rygwall, R., & Khandker, M. (2007). The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: a longitudinal study. *Journal of Anxiety Disorders*, *21*(1), 91-104.
- Akpınar, A. (2007). Ergenlik döneminde obsesif kompulsif bozukluğun yaygınlığı. *Uzmanlık Tezi*.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Bacanli, H., İlhan, T., & Aslan, S. (2009). Beş faktör kuramına dayali bir kişilik ölçeğinin geliştirilmesi: sifatlara dayali kişilik testi (sdkt). *Journal of Turkish Educational Sciences*, *7*(2).
- Balkaya, F., & Tuğrul, C. (2006). Üniversite öğrencilerinde temas biçimlerinin öfke ve anksiyete ile ilişkisi. *Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, *61*(2), 226.



- Benet-Martinez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of personality and social psychology*, 75(3), 729.
- Besiroğlu, L., Ağargün, M. Y., Boysan, M., Eryonucu, B., Güleç, M., & Selvi, Y. (2005). Obsesif-Kompulsif Belirtilerin Değerlendirilmesi: Padua Envanteri'nin Türk Toplumunda Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 16, 179-189
- Brownell, P. (2009). *Handbook for theory, research, and practice in gestalt therapy*: Cambridge Scholars Publishing.
- Chan, F., & Thomas, K. R. (2015). *Counseling theories and techniques for rehabilitation and mental health professionals*: Springer Publishing Company.
- Clarkson, P., & Cavicchia, S. (2013). *Gestalt counselling in action*: Sage.
- Clarkson, P., & Mackewn, J. (1993). *Clarkson: Fritz Perls*: Sage.
- Corey, G. (2015). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*: Nelson Education.
- Cüceloğlu, D. (2008). İnsan ve davranışı: Psikolojinin temel kavramları (17. Baskı). *İstanbul: Remzi*.
- Çilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., & Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 367-374.
- Dağ, İ., & Gülüm, V. (2013). Yetişkin Bağlanma Örüntüleri İle Psikopatoloji Belirtileri Arasındaki İlişkide Bilişsel Özelliklerin Aracı Rolü: Bilişsel Esneklik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4).
- Daş, C. (2003). Hangisi Benim: İçe Alınanlar. *Geşalt Terapi Dergisi*, 1(2), Bahar: 37-52.

- Daş, C. (2006). Bütünleşmek ve büyüme. *Ankara: HYB yayıncılık.*
- Deurzen, E.V., Adams, M. (2017). *Varoluşçu Danışmanlıkta ve Psikoterapide Beceriler.* Ferhat Jak İçöz (ev.). İstanbul: Pan yayıncılık.
- Francesetti, G. (2007). *Panic attacks and postmodernity. Gestalt therapy between clinical and social perspectives:* FrancoAngeli.
- Frankl, V.E. (2016). *İnsanın Anlam Arayışı.* Selçuk Budak (ev.). İstanbul: Okuyan Us Yayınevi.
- Freud, A. (1992). *The ego and the mechanisms of defence:* Karnac Books.
- Freud, S., & Budak, S. (1999). *Psikopatoloji üzerine:* Öteki yayınevi.
- Freud, S. (2006). *Psikanaliz üzerine:* Cem Yayınevi.
- Freud, S. (2016). *Psikanalize Giriş: 2. Nevrozlar.* Ankara: Say yayıncılık.
- Gabbard, G. O. (2001). Psychoanalytically informed approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychoanalytic Inquiry, 21(2), 208-221.*
- Geller, D., Biederman, J., Jones, J., Park, K., Schwartz, S., Shapiro, S., & Coffey, B. (1998). Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37(4), 420-427.*
- Gibbs, N. A. (1996). Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review, 16(8), 729-773.*
- Ginger, S. (2007). *Gestalt therapy: the art of contact:* Karnac Books.
- Gökdemir-Aktaş, C. (2002). Gestalt Temas Biçimleri Ölçeği Yeniden Düzenlenmiş Formun Türk Örnekleminde Faktör Yapısı, Geçerliği ve Güvenirliği. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.*

- Hamilton, J. D. (2014). *Gestalt in pastoral care and counseling: A holistic approach*: Routledge.
- Hanna, G. L., Himle, J. A., Curtis, G. C., & Gillespie, B. W. (2005). A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 134(1), 13-19.
- Houston, G. (2003). *Brief gestalt therapy*: Sage.
- Hunt, R. (2012). *Freud: A Mosaic*: Cambridge Scholars Publishing.
- Jones-Smith, E. (2011). *Theories of counseling and psychotherapy: An integrative approach*: Sage Publications.
- Joyce, P., & Sills, C. (2014). *Skills in Gestalt counselling & psychotherapy*: Sage.
- Juang, Y. Y., & Liu, C. Y. (2001). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 55(6), 623-627.
- Karahan, D. (2006). Erken disfonksiyonel şemaların obsesif-kompulsif bozukluğu olan hastalar ve sağlıklı kişilerdeki aktivasyonlarının karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi. TC Sağlık Bakanlığı, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*.
- Karamustafaloğlu, K. O., Akpınar, A. (2006). Obsesif kompulsif bozukluk. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri*, 2(12), 30-44.
- Katipoğlu, B. (2011). Freud psikanalizindeki nevroz açılımına tepkiler. *Balikesir University Journal of Social Sciences Institute*, 14(26).
- Kendall, P. C. (1985). Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique of related interventions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(3), 357-372.

- Kepner, J. I. (2014). *Body process: A gestalt approach to working with the body in psychotherapy*: CRC Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Korb, M. P., Gorrell, J., & Van De Riet, V. (1989). *Gestalt therapy: Practice and theory*: Pergamon Press.
- Kudiaki, Ç. (2013). Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Kişilerin Temas Biçimlerinin Anksiyete ve Öfke Düzeyleri Açısından İncelenmesi. *Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*.
- Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., . . . Phillips, K. A. (2010). Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(6), 507-527.
- Mackewn, J. (1997). *Developing gestalt counselling* (Vol. 8): Sage.
- Mann, D. (2010). *Gestalt therapy: 100 key points and techniques*: Routledge.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., . . . Jenike, M. A. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 263-268.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu, O. J., Liang, K.-Y., LaBuda, M., . . . Hoehn-Saric, R. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 57(4), 358-363.

- Nelson-Jones, R. (2000). *Six key approaches to counselling and therapy*: Sage.
- Nelson-Jones, R. (2010). *Theory and practice of counselling and therapy*: Sage.
- O'Leary, E. (2013). *Gestalt therapy around the world*: John Wiley & Sons.
- Özer, S. (2003). Geştalt Terapi Yaklaşımı ve Direnç Kavramı. *Geştalt Terapi Dergisi*, 1(2), Bahar: 19-36.
- Perls, F., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1951/1996). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Great Britain: The Guernsey Press Co.
- Philippson, P. (2012). *Gestalt therapy: Roots and branches-collected papers*: Karnac Books.
- Pişgin, İ., & Özen, D. Ş. (2010). Çocukluktan erişkinliğe obsesif kompulsif bozuklukta hatalı değerlendirme ve inanç alanları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1).
- Pollock, C., & Andrews, G. (1989). Defense styles associated with specific anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*, 146(11), 1500.
- Polster, M. ve Polster, E. (1974). *Gestalt Therapy Integrated: Contours of Theory & Practice*. New York: Vintage Boks Edition.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*, 35(9), 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 385-401.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Rector, N., Hood, K., Richter, M., & Bagby, R. M. (2002). Obsessive-compulsive disorder and the five-factor model of personality: distinction and overlap with major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, 40(10), 1205-1219.

- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583.
- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Riddle, M. A., Liang, K.-Y., . . . Cullen, B. A. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive—compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 457-462.
- Sezgin, N. (2002). Geştalt Psikoterapisi: Temas İşlevleri ve Temasın Engellenmesi . *Geştalt Terapi Dergisi*, 1(1), Güz: 15-42.
- Schultz, D., & Schultz, S. (2007). Modern Psikoloji Tarihi [A history of modern psychology](Y. Aslay, Trans). *İstanbul: Kaknüs Yayınları*.
- Shabanpour, R., Zahiroddin, A. R., Janbozorgi, M., & Ghaeli, P. (2012). Assessment of defense styles and mechanisms in Iranian patients suffering from obsessive compulsive or panic disorders versus normal controls using Persian version of Defense Style Questionnaire-40. *Iranian journal of psychiatry*, 7(1), 31.
- Sills, C., Lapworth, P., & Desmond, B. (2012). *An introduction to gestalt*: Sage.
- Stewart, S., Geller, D., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive—compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 4-13.
- Sümer, N., Ünal, S., Selçuk, E., Kaya, B., Polat, R., & Çekem, B. (2009). Bağlanma ve Psikopatoloji: Bağlanma Boyutlarının Depresyon, Panik Bozukluk ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukla İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(63), 38.
- Tagay, Ö., & Acar, N. V. (2012). Gestalt temas engelleri ölçeğinin geliştirilmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(37), 61-72.

- Topses, G. (2012). Davranışçı ve varoluşçu–hümanistik psikolojik danışma kuramlarının ayırtedici ve örtüşen nitelikleri. *International Journal of New Trends in Arts, Sports & Science Education (IJTASE)*, 1(3), 67-75.
- Türkçapar, M. H., & Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1, 7-14.
- Türküm, A. S. (2016). Akılcı Olmayan İnanç Ölçeğinin Geliştirilmesi\* ve Kısaltma Çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(19).
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*: American Psychiatric Pub.
- Vardal, E., & Batıgün, A. D. (2015). Bağlanma Stilleri ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkide Gestalt Temas Biçimlerinin Aracı Rolü. *Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*.
- Vatan, S. (2014). Duyguların, Duygu Düzenlemenin, Obsesif İnançların, Düşünce Kontrolünün ve Bağlanmanın, Obsesif Kompulsif Bozukluktaki Farklı Belirtilerdeki Rollerinin İncelenmesi. *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*.
- Velibaşoğlu, B. (2014). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Obsesyon, Kompulsiyon ve Endişe ile Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar, Üst-Biliş ve Düşünce Eylem Kaynaşması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.
- Wollants, G. (2012). *Gestalt therapy: Therapy of the situation*: Sage.
- Yalom, I. D., & Babayiğit, Z. İ. (2001). *Varoluşçu psikoterapi*: Kabalcı Yayınevi.

## EKLER

### Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

**Açıklama:** Çalışmaya katılmak gönüllülük ilkesine dayanır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Aşağıdaki soruları ve seçenekleri okuduktan sonra, her soruda size uygun olan seçeneği ya da seçenekleri işaretleyiniz.

**Yaş:** .....

**Cinsiyet:** K E

**Meslek:** .....

**Medeni hali:** Evli ( ) Bekar ( )

**Eğitim Durumu:** İlkokul( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Lisans ( ) Yüksek Lisans ( ) Doktora ( )

**Sosyoekonomik Durum:** Zayıf ( ) Orta ( ) Yüksek( )

**Şuan çalışıyor musunuz?** Evet ( ) Hayır ( )

**Herhangi bir psikiyatrik yardım aldınız mı?** Evet ( ) Hayır ( )



## Ek 2. Yale- Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

### Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

İsim: .....

Tarih: .....

### Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz.  
(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "s" ile işaretlenen semptomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir.)

Şimdi	Geçmişte	
_____	_____	<b>SALDIRGANLIK OBSESYONLARI</b>
_____	_____	Kendine zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Başkalarına zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
_____	_____	Müstehtecen 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 .....
_____	_____	<b>KİRLENME OBSESYONLARI</b>
_____	_____	Vücut atık veya salgılarından (örn. idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek
_____	_____	Kir veya mikroplardan kaygılanmak
_____	_____	Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestoz, 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 .....

## **Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler**

### **CİNSEL OBSESYONLAR**

- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Çocuklar veya incest ilişkisi ile ilgili
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Homoseksüel ilişkisi ile ilgili\*
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)\*
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Diğer .....

### **BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI**

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

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

### **DİNİ OBSESYONLAR**

- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ 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 söyleyememe korkusu
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Birşeyler kaybetme korkusu
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma\*
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Uğurlu veya uğursüz sayılar
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Özel anlam olan renkler
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Batıl itikatlar
- \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Diğer .....

**Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)**

**SOMATİK OBSESYONLAR**

- \_\_\_\_\_ Hastalık ile ilgili\*
- \_\_\_\_\_ Vücudun bir parçası veya görüntümü ile aşırı ilgili  
(örn. dismorfofobi)
- \_\_\_\_\_ Diğer .....

**TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI**

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

**KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI**

- \_\_\_\_\_ Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü
- \_\_\_\_\_ Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
- \_\_\_\_\_ Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
- \_\_\_\_\_ Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek
- \_\_\_\_\_ Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek
- \_\_\_\_\_ 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**

[Hobilerden, maddi ve manevi değeri olan şeylerin 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 gelmemesi veya kötü olaylara ..... karşı önlem alma (kontrol etme değil)

\_\_\_\_\_

Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları\*

\_\_\_\_\_

Batıl davranışlar

\_\_\_\_\_

Trikotillomani\*

\_\_\_\_\_

Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar\*

\_\_\_\_\_

Diğer .....

**Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)**

İsim: .....

Tarih: .....

**HEDEF SEMPTOM LİSTESİ**

**OBSESYONLAR:**

1.

\_\_\_\_\_

2.

\_\_\_\_\_

3.

\_\_\_\_\_

**KOMPULSİYONLAR:**

1.

\_\_\_\_\_

2.

\_\_\_\_\_

3.

\_\_\_\_\_

**KAÇINMA:**

1.

\_\_\_\_\_

2.

\_\_\_\_\_

3.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

## YALE-BROWN OBSESYON KOMPÜLSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	<input type="checkbox"/>
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	<input type="checkbox"/>
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECEŚİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
6. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	<input type="checkbox"/>
7. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
8. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	<input type="checkbox"/>
10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECEŚİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPÜLSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	<input type="checkbox"/>
12. KAÇINMA	(0-4)	<input type="checkbox"/>
13. KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	<input type="checkbox"/>
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	<input type="checkbox"/>
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	<input type="checkbox"/>
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	<input type="checkbox"/>
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	<input type="checkbox"/>
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	<input type="checkbox"/>
<b>TOPLAM PUAN</b>		<input type="checkbox"/>

### Ek 3. Padua Envanteri

**Açıklama:** Aşağıdaki ifadeler, hemen herkesin günlük yaşamında karşılaştığı düşünce ve davranışları tanımlamaktadır. Lütfen her bir ifade için size en uygun görünen ve bu tür davranış ya da düşüncelerin oluşturabileceği rahatsızlık derecesine en uygun olan tek bir seçeneği işaretleyiniz.

No	Hiç	Çok az	Çok	Epeyce	Aşırı
1 Paraya dokunduğumda ellerimi kirlenmiş hissedirim	0	1	2	3	4
2 Vücut salgıları ile (ter, tükürük, idrar, vb. gibi) Hafif bir temasla bile giysilerim kirlenebileceğini veya bir şekilde zarar görebileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
3 Yabancıların veya belirli insanların dokunduğunu biliyorsam, bir nesneye dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
4 Çöpe veya kirli şeylere dokunmakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
5 Mikrop kapmaktan ve hastalıklardan korktuğum için umumi tuvaletleri kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
6 Bulaşıcı hastalıktan korktuğum için halka açık telefonları kullanmaktan kaçınırım.	0	1	2	3	4
7 Ellerimi gereğinden daha sık ve daha uzun süre yıkarım.	0	1	2	3	4
8 Bazen sadece kirlendiğim ya da mikrop kapıldığımı düşünerek derhal yıkanır veya temizlenirim	0	1	2	3	4
9 Bir şeye dokunduğumda “mikrop kapıldığımı” düşünerek, derhal yıkanır veya temizlenirim.	0	1	2	3	4
10 Bir hayvanın bana dokunması halinde, kendimi kirli hisseder ve derhal yıkanmam veya üstümdeki giysileri değiştirmem gerekir.	0	1	2	3	4
11 Kaygılar ve üzüntüler aklıma geldiğinde, onlar hakkında güvenebildiğim birisiyle konuşmadan rahat edemem.	0	1	2	3	4
12 Giyinirken, soyunurken ve yıkanırken, özel bir sırayı takip etme zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
13 Yatmadan önce belirli şeyleri belirli bir sırayla yapmak zorundayım.	0	1	2	3	4
14 Yatmadan önce giysilerimi özel bir şekilde asmak veya katlamak zorundayım.	0	1	2	3	4
15 Belirli sayıları nedensiz yere tekrarlama zorunluluğu hissedirim.	0	1	2	3	4
16 Bir şeyleri doğru olarak yapıldığından emin olana kadar, birkaç kez tekrarlamak Zorundayım.	0	1	2	3	4
17 Bir şeyleri gereğinden daha sık kontrol etme eğilimindeyim.	0	1	2	3	4
18 Ocağı, muslukları ve elektrik düğmelerini kapattıktan sonra tekrar tekrar kontrol ederim.	0	1	2	3	4
19 Tam olarak kapalı olduğundan emin olmak için, kapıları, pencereleri, çekmeceleri kontrol etmek uğruna eve geri dönerim.	0	1	2	3	4

20 Doğru bir şekilde doldurduğumdan emin olmak için formların, evrakların veya çeklerin ayrıntılarını sürekli kontrol ederim.	0	1	2	3	4
21 Sigara, kibrit gibi yanan cisimlerin tam olarak söndüğünden emin olana kadar geri dönüp bakarım.	0	1	2	3	4
22 Elime para aldığım zaman, üst üste birkaç kez sayarım.	0	1	2	3	4
23 Mektupları postalamadan önce pek çok kez dikkatle kontrol ederim.	0	1	2	3	4
24 Önemsiz meselelerde bile, karar vermeyi zor bulurum.	0	1	2	3	4
25 Özellikle benimle ilgili önemli konular konuşulurken, bir şeyleri hiçbir zaman tam olarak ifade edemeyeceğim izlenimine kapılırım.	0	1	2	3	4
26 Bir şeyleri özenli bir şekilde yapsam bile, hâlâ yaptığım işi kötü yaptığım veya eksik bıraktığım izlenimini içimde taşıyorum.	0	1	2	3	4
27 Yaptığım şeylerin pek çoğuna ilişkin kaygılar ve problemler üretirim.	0	1	2	3	4
28 Belirli şeyler üzerinde düşünmeye başladığımda, onlara takılıp kalırım.	0	1	2	3	4
29 Kendi isteğim dışında, hoş gitmeyen düşünceler aklıma gelir ve onlardan kurtulamam.	0	1	2	3	4
30 Beynim sürekli olarak kendi bildiğini yapıyor ve ben çevremde olup bitene ayak uydurmakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
31 Dalgınlığının veya yaptığım küçük hataların felâket sonuçlar doğuracağını düşünürüm.	0	1	2	3	4
32 Bazen hiç nedeni yokken nesnelere saymaya başlarım.	0	1	2	3	4
33 Önemsiz sayıları tamamıyla hatırlamam gerektiği hissine kapılırım.	0	1	2	3	4
34 Bir düşünce veya şüphe aklıma takıldığı zaman, onu bütün yönleriyle gözden geçirmem gerekir ve bu şekilde yapana kadar rahat edemem.	0	1	2	3	4
35 Belirli durumlarda, kontrolümü kaybetmekten ve utanç verici şeyler yapmaktan korkarım.	0	1	2	3	4
36 Bir köprüden veya yüksek bir pencereden aşağıya baktığım zaman, kendimi boşluğa bırakacakmış gibi hissederim.	0	1	2	3	4
37 Yaklaşan bir tren gördüğüm zaman, bazen kendimi onun altına atabileceğimi düşünürüm.	0	1	2	3	4
38 Araba sürerken bazen içimden bir his arabayı birilerinin üstüne veya bir şeylere doğru sürmeye zorlar.	0	1	2	3	4
39 Silahlara bakmak beni heyecanlandırır ve şiddet içeren düşüncelere sürükler.	0	1	2	3	4
40 Bıçakların, kamaların ve diğer kesici aletlerin keskin tarafından rahatsız olurum.	0	1	2	3	4
41 Bazen sebepsiz yere bir şeyleri kırmak veya hasar vermek ihtiyacı hissederim.	0	1	2	3	4



#### Ek 4. Geşalt Temas Biçimleri – Yeniden Düzenlenmiş Formu (GTBÖ-YDF)

**Açıklama:** Aşağıda sizinle ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her maddeyi okuduktan sonra sizin durumunuzu en iyi yansıtan harfi işaretleyiniz. Maddeleri, başkasının sizden ne beklediğine ya da nasıl olmak istediğinize göre değil, gerçekten nasıl olduğunuza göre yanıtlayınız. Maddeler üzerinde fazla düşünmeyin ve ilk aklınıza gelen seçeneği işaretleyiniz.

Aşağıda her harfin anlamı ile ilgili açıklamalar bulunmaktadır.

- A) Bana oldukça uygun
- B) Bana uygun
- C) Kararsızım
- D) Bana uygun değil
- E) Bana hiç uygun değil

		A	B	C	D	E
1	Birbirine aykırı iki görüş arasında karar vermekte güçlük çekiyorum.					
2	Problemlerimin çoğunun kaynağı diğer insanlardır.					
3	İşleri ciddiye almak bana zor gelir.					
4	Hoş sohbet biriyim.					
5	Çok zor sinirlenirim.					
6	Gerçekten ne hissettiğimi fark etmede güçlük çekerim.					
7	Beni rahatsız eden duyguları kafamdan atmakta zorluk çekiyorum.					
8	Benim için sohbeti istediğim bir yere çekmek kolaydır.					
9	Sık sık bir sorunum olduğunu fark ediyorum.					
10	Bazen, ortam gerginleştğinde gülmem tutar.					
11	Kendimi donuk (durgun, hissiz) hissediyorum.					
12	Sanki özür diliyormuş gibi konuşuyorum.					
13	Ne söylemem gerektiğini düşünene kadar iş işten geçiyor.					

14	Hareketlerim nazik ve yumuşaktır.								
15	İnsanlar beni gerçekten tanısalardı ne kadar gergin bir kişi olduğumu söylerlerdi.								
16	Duyarlı bir insan olduğumu düşünüyorum.								
17	Özel bir insan olduğumu düşünüyorum.								
18	Duygularım kolay kolay incinmez.								
19	Yapmak istediğim pek çok şey var ancak bir türlü harekete geçemiyorum.								
20	Kolay kolay ikna olmam.								
21	Gerçekten inandığım bir konuda sessiz kalmam.								
22	Hemen herkesle iyi geçinirim.								
23	Kendimi duygusal birinden çok mantıksal biri olarak tanımlarım.								
24	Koşulların kurbanı olduğumu hissediyorum.								
25	İhtiyacım olan ilgi ve sevgiyi alamıyorum.								
26	İnsanlar beni tembellikle suçlarlar.								
27	İnsanların birbirlerinin farklılıklarına hoşgörü ile yaklaşmalarını isterdim.								
28	Ailemin beklentilerine uygun olarak yaşadım.								
29	Konuşmayı başkalarının başlatmasını beklerim.								
30	Yeni şeyleri bana gelmesini beklemektense, ben onlara ulaşmaya çalışırım.								
31	Dikkatimi toplayamam ve bir konuya odaklanamam.								
32	Yorucu bir iş yapmasam bile çoğunlukla kaslarım ağrır.								
33	Mide bulantısı ve karın ağrısı çekerim.								
34	Birlikte olduğum insanlarla inatlaşmayı severim.								

35	Utangaçlığım yüzünden yapmaktan vazgeçtiğim pek çok şey vardır.					
36	İnsanlar benim duygusal biri olduğumu söylerler.					
37	Zor bir konuyu anlamaktan vazgeçmek yerine, genellikle anlamak için uğraşırım.					
38	Her şey hakkında çok düşünürüm.					
39	Genellikle, gerçekten ne istediğimi pek bilmem.					
40	Yakınlarıma "hayır" demekte zorluk çekerim.					
41	Başkalarının isteklerine uyarım.					
42	Renkli ve ilginç bir hayatım vardır.					
43	Yapacaklarımı erteleme eğilimdeyimdir.					
44	Diğer insanların neler söyleyeceklerini ya da nasıl davranacaklarını tahmin edemem.					
45	Bedenime çok fazla dikkat etmemin önemli olduğunu düşünüyorum.					
46	Başkalarını o kadar iyi anlarım ki, neredeyse onlarla aynı şeyleri hissederim.					
47	Bir şeye doğrudan tepki vermektense dolaylı yolları tercih ederim.					
48	Genellikle kendimi suçlu ya da öfkeli hissederim.					

49	En kötü durumlarda bile soğukkanlılığımı koruyabilirim.								
50	Kendimi seksi biri olarak görüyorum.								
51	Eğer insanlar beni dinleyecek olsalar, daha iyi bir yaşam sürmeleri için neler yapmaları gerektiğini onlara anlatabilirim.								
52	Kendimi kontrol etmek benim için önemlidir.								
53	İnsanlar ciddileştiğinde, ortamı yumuşatmaya çalışırım.								
54	Yaptıklarımın bir türlü tatmin olamıyorum.								
55	İşleri bitirmekte güçlük çekerim.								
56	Genellikle çoğu şeye geç kalırım.								
57	Gerçekten üzgün olduğumda hıçkırma hıçkırma ağlarım.								
58	Rahat biri değilim.								
59	İnsanlar benim bakış açımı anlamakta zorluk çektiklerini söylerler.								
60	Kendimi yaşamdan ve insanlardan oldukça uzak hissediyorum.								
61	Kişisel problemlerimden kaçınmak için, sosyal ilişkilere girerim ve sosyal aktivitelere katılırım.								

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Meltem TOPALOĞLU

Doğum Yeri / Tarihi: İstanbul / 05.07.1991

Adres: Beşiktaş/ İstanbul

Telefon: 05374364158

E – mail: mlmttopaloglu@gmail.com

Medeni Hali : Bekar

B sınıfı Sürücü Belgesi : 2013

### Eğitim:

Yüksek Lisans : Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Bölümü 2015-2017  
(Tezli)

Üniversite : İstanbul Bilgi Üniversitesi Psikoloji Bölümü 2010-2015

Lise : Özel Ata Lisesi 2005-2009

İlkokul : Şair Nedim İlköğretim Okulu 1997-2005

### İş Denevimi /Staj

İş Denevimi Küçük Şeyler Anaokulu/ Kido Kiddies Anaokulu– Prof. Dr. Üstün

Dökmen Ekim 2016-2017

(10 ay)

Staj Np İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi (Klinik Psikoloji) Haziran 2016  
(2 hafta)

Staj Np Feneryolu Kliniği (Gönüllü psikolog) Eylül 2015- Mart 2016  
(6 ay)

Staj Özel Humanite Psikiyatri Tıp Merkezi- Süpervizyon Prof. Dr. Sedat

Özkan 2015

(1ay)

Staj İstanbul Çapa Tıp Fakültesi (Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Bölümü)  
Ocak 2015- Şubat 2015

(3 hafta)

Staj TOÇEV 2013- 2015  
(2 yıl)

**IT Bilgisi :** MS Office Programları (Word, Excel, PP)

**Yabancı Dil:** İngilizce Yazma (iyi) Okuma (iyi) Konuşma(iyi)

**Profesyonel Gelişim / Sertifikalar:**

Varoluşçu Psikoterapi Eğitimi	Existential Academy of Istanbul	2016-2018
Rorschach Testi	Klinik Psikoloji Enstitüsü	2016
Akıl Hastanesinde Hayat Gösterimi ve Söyleşi	İstanbul Bilgi Üniversitesi	2015
Öfke Kontrol Terapi Eğitimi	Özel Humanite Psikiyatri Tıp Merkezi	2015
Psikoloji Uygulamalarında Yeni Alanlar: İşyeri Psikologluğu Semineri	Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi	2015
Etkili İletişim Teknikleri	İstanbul Beykent Üniversitesi	2014
Temel Travma Eğitimi	Koç Üniversitesi	2014
Functional Sex Therapy	19. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresi	2014
Gördüklerimiz Görmediklerimiz	19 Mayıs Üniversitesi	2014
İletişim Becerileri	İstanbul Bilgi Üniversitesi	2012
Upper Intermediate Level	English & More	2011
İş Hayatına Adım	İstanbul Bilgi Üniversitesi	2011

**Sosyal Faaliyetler Dernekler:** Getem-e (Körler Derneğinde Sesli Kitap Okuma), LÖSEV, TOÇEV