

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



**‘Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan Hastalarda Erken Dönem Uyumsuz
Şemaların ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın İncelenmesi’**

Dr. Fatih KIZILAĞAÇ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

2018

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



**‘Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan Hastalarda Erken Dönem Uyumsuz
Şemaların ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın İncelenmesi’**

Dr. Fatih KIZILAĞAÇ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Cem CERİT

Anabilim Dalı Başkanı: Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

Etik Kurulu Onayı: KOU GOKAEK 2017/2.21 – 8 Şubat 2017

Proje No: 2017/31

2018

TEŞEKKÜR

Her anımda yanımda olan, desteğini ve sevgisini hiç esirgemeyen eşim Hatice ZORLU KİZİLAĞAÇ'a, üzerimde büyük emekleri olan, özverileri ve desteğini hiç esirgemeyen annem Üzümiye KİZİLAĞAÇ, babam Mahmut KİZİLAĞAÇ, ağbim İhsan KİZİLAĞAÇ ve sevgili ailesine,

Uzmanlık eğitimine başladığım günden beri desteğini hep hissettiğim, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tez sürecinde büyük yardımını gördüğüm kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Cem CERİT'e,

Birlikte çalışma şansını yakaladığım, akademik gelişimim yanında kişisel gelişimimde de büyük emeği olan değerli hocalarım Prof. Dr. Mustafa YILDIZ, Doç. Dr. Aslıhan POLAT ve Doç. Dr. Elif TATLIDİL YAYLACI'ya,

Asistanlığımın bir bölümünde birlikte çalışma şansını yakaladığım değerli hocalarım Prof. Dr. Bülent COŞKUN, Prof. Dr. Ümit TURAL ve Prof. Dr. Ahmet Tamer AKER'e,

Tezimi hazırlamam konusunda her türlü yardım ve bilgilerine başvurduğum Prof. Dr. Canan BAYDEMİR'e,

Tez sürecinde desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarım Gamze YÜKSEL ve Belgin HÜSEYİNOĞLU'na,

Uzmanlık eğitimim boyunca çalışmaktan ve tanımaktan mutluluk duyduğum tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve tüm diğer çalışanlara,

En derin duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	1
İÇİNDEKİLER.....	2
TABLOLAR DİZİNİ.....	4
KISALTMALAR DİZİNİ.....	5
ÖZET.....	6
ABSTRACT.....	8
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	10
1.1 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)	11
1.1.1 GENEL BİLGİLER.....	11
1.1.1.1 OKB'NİN TARİHÇESİ	11
1.1.1.2 OKB'NİN TANISI.....	12
1.1.1.3 OKB'NİN EPİDEMİYOLOJİSİ	12
1.1.1.4 OKB'NİN OLUŞ NEDENLERİ	13
1.1.1.4.1 Kalıtım	13
1.1.1.4.2 Nörobiyoloji.....	13
1.1.1.4.2.1 Serotoninerjik Sistem.....	13
1.1.1.4.2.2 Dopaminerjik Sistem	14
1.1.1.4.2.3 Glutamaterjik Sistem.....	14
1.1.1.4.2.4 İmmün Sistem.....	15
1.1.1.4.2.5 Nöroanatomik Bulgular	15
1.1.1.4.3 Psikoanalitik Yaklaşım	16
1.1.1.4.4 Davranışçı Görüş	16
1.1.1.4.5 Bilişsel Davranışçı Görüş.....	16
1.1.1.5 OKB'NİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ.....	17
1.1.2 OKB TANI ÖLÇÜTLERİ.....	19
1.1.3 OKB'NİN KLİNİK SEYRİ VE PROGNOZU.....	21
1.2 ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR	21
1.2.1 <i>Şema Modeli ve Tanımı.....</i>	<i>21</i>
1.2.2 <i>Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Özellikleri</i>	<i>22</i>
1.2.3 <i>Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Temeli</i>	<i>22</i>
1.2.4 <i>Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar</i>	<i>24</i>
1.2.4.1 Alan 1: Ayrılma ve Dışlanma/Reddedilme	24
1.2.4.1.1 Terk Edilme/İstikrarsızlık.....	24
1.2.4.1.2 Güvensizlik/Suistimal Edilme	24
1.2.4.1.3 Duygusal Yoksunluk.....	24
1.2.4.1.4 Kusurluluk/Utanc	25
1.2.4.1.5 Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma	25
1.2.4.2 Alan 2: Zedelenmiş Özerklik ve Performans	25
1.2.4.2.1 Bağımlılık/Yetersizlik	25
1.2.4.2.2 Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanaksızlık	25
1.2.4.2.3 Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik	26
1.2.4.2.4 Başarısızlık	26
1.2.4.3 Alan 3: Zedelenmiş Sınırlar	26
1.2.4.3.1 Hak Görme/Büyükleme.....	26
1.2.4.3.2 Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin	26
1.2.4.4 Alan 4: Başkalarına Yönelimlilik:.....	27
1.2.4.4.1 Boyun Eğicilik	27
1.2.4.4.2 Kendini Fedâ	27
1.2.4.4.3 Onay Arayıcılık.....	27
1.2.4.5 Alan 5: Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama	27
1.2.4.5.1 Olumsuzluk/Karamsarlık.....	28
1.2.4.5.2 Duygusal Baskılama.....	28
1.2.4.5.3 Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik:	28
1.2.4.5.4 Cezalandırıcılık:	28
1.2.5 <i>Şema İşlemleri</i>	<i>29</i>

1.2.5.1	Şema Devamlılığı:	29
1.2.5.2	Şemanın İyileşmesi:	29
1.2.5.3	Uyumsuz Baş Etme Biçimleri	29
1.2.5.3.1	Şemaya Teslim Olma	30
1.2.5.3.2	Şemadan Kaçınma	30
1.2.5.3.3	Şemanın Aşırı Telafisi	30
1.2.6	ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR VE OKB	30
1.3	DAMGALANMA (STİGMATİZASYON, ETİKETLEME)	31
1.3.1	<i>Tanım</i>	31
1.3.2	<i>Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma:</i>	32
1.3.3	<i>İçselleştirilmiş Damgalanma</i>	33
1.3.4	<i>Damgalanma ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Olumsuz Sonuçları</i>	33
1.3.5	<i>Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ile İlgili Çalışmalar</i>	34
2	GEREÇ VE YÖNTEM	35
2.1	ÖRNEKLEM	35
2.2	ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ	35
2.3	ÇALIŞMADAN DIŞLAMA ÖLÇÜTLERİ	35
2.4	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:	36
2.4.1	<i>Katılımcı Bilgilendirme Onam Formu</i>	36
2.4.2	<i>Sosyodemografik Veri Formu</i>	36
2.4.3	<i>Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ):</i>	36
2.4.4	<i>Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3)</i>	37
2.4.5	<i>Young-Rygh Kaçınma Ölçeği (YRKÖ)</i>	39
2.4.6	<i>Young Telafi Ölçeği (YTÖ)</i>	40
2.4.7	<i>Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)</i>	40
2.4.8	<i>Beck Depresyon Envanteri (BDÖ)</i>	41
2.4.9	<i>Hamilton Anksiyete Derelendirme Ölçeği (HAÖ)</i>	42
2.5	VERİLERİN TOPLANMASI	42
2.6	VERİLERİN ANALİZİ	43
3	BULGULAR	44
4	TARTIŞMA	59
4.1	OKB HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ	59
4.2	OKB HASTALARININ VE KONTROL GRUBUNUN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI	59
4.3	OKB HASTALARINDA ŞEMALARIN DEMOGRAFİK VERİLERLE İLİŞKİLERİ	65
4.4	OKB HASTALARINDA ŞEMALARIN KLİNİK ÖLÇEKLERLE İLİŞKİSİ	67
4.5	OKB HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE ŞEMALAR İLE İLİŞKİSİ	70
4.6	KISITLILIKLAR	73
5	SONUÇ VE ÖNERİLER	74
5.1	SONUÇLAR	74
5.2	ÖNERİLER	75
	KAYNAKLAR	76
	EKLER	84

TABLolar DİZİNİ

TABLO 1: OKB HASTALARININ VE KONTROL GRUBUNUN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ:	44
TABLO 2: OKB HASTALARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ:	45
TABLO 3: OKB HASTALARININ KLİNİK ÖLÇEK PUANLARI ORTALAMALARI	46
TABLO 4: OKB HASTALARININ KLİNİK ÖLÇEK PUANLARININ BİRBİRLERİYLE İLİŞKİSİ:	46
TABLO 5: OKB HASTALARININ VE KONTROL GRUBUNUN ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMA PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI:	47
TABLO 6: OKB HASTALARINDA KLİNİK ÖLÇEK PUANLARININ CINSİYETE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI.....	49
TABLO 7: OKB HASTALARINDA KLİNİK ÖLÇEK PUANLARININ DEMOGRAFİK VERİLERLE İLİŞKİSİ	51
TABLO 8: OKB HASTALARINDA ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR İLE KLİNİK ÖLÇEK PUANLARININ İLİŞKİLERİ:.....	52
TABLO 9: OKB HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA İLE KLİNİK ÖLÇEK PUANLARININ İLİŞKİLERİ:.....	54
TABLO 10: OKB HASTALARINDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA İLE ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMA PUANLARININ İLİŞKİLERİ:.....	55

KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
HAÖ	Hamilton Anksiyete Ölçeği
MDB	Major Depresif Bozukluk
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKKB	Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
RHİDÖ	Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
YBOKÖ	Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Derecelendirme Ölçeği
YRKÖ	Young-Rygh Kaçınma Ölçeği
YŞÖ-KF3	Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3
YTÖ	Young Telafi Ölçeği

ÖZET

OKB hastalığı sürekli ve istenmeyen düşünceler ve tekrarlayıcı davranışlar ile karakterize, dalgalı bir seyir gösteren ve önemli derecede işlevsellik kaybına neden olan ruhsal bir hastalıktır.

Bu çalışmanın amacı Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastalarda erken dönem uyumsuz şemaları belirlemek ve içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini araştırmak ve bunun yanında her iki değişken ile ilişkili demografik ve klinik etkenleri incelemektir.

Çalışma 01.06.2017-01.06.2018 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran 51 OKB hastası ve 51 sağlıklı gönüllü ile yürütülmüştür. Katılımcılar Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği, Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3, Young-Rygh Kaçınma Ölçeği, Young Telafi Ölçeği, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizi için SPSS 22 programı kullanıldı. Grupların karşılaştırılmasında Ki-kare testi, Mann Whitney U testi ve Bağımsız örneklem t-testi kullanıldı. Grupların ilişkilerini değerlendirmek için pearson ve spearman korelasyon analiz testleri kullanıldı. Sonuçların yorumlanmasında $p < 0,05$ anlamlılık değeri kabul edilmiştir.

OKB hastalarında iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında dayanıksızlık, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk, onay arayıcılık, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, kendini feda, cezalandırılma şema puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur. OKB hastalarında psikosomatizm ve aktiviteyle zihinden uzaklaştırma şema kaçınma puanlarıyla; statü düşkünlüğü, kontrol, ve eleştiriye tahammülsüzlük şema aşırı telafi puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur. OKB hastalarının %11,7'sinde yüksek derecede içselleştirilmiş damgalanmanın olduğu bulunmuştur. OKB hastalarında hastalık şiddeti, depresyon ve anksiyete şiddetiyle içselleştirilmiş damgalanmanın ilişkili olduğu bulunmuştur. OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma toplam puanının da iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şemalarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca OKB

hastalarında içselleştirilmiş damgalanma toplam puanıyla psikosomatizm şema kaçınma puanının ve statü düşüklüğü şema aşırı telafi puanının ilişkili olduğu bulunmuştur.

OKB hastalığında şemaların belirlenmesi hastalığın etyopatogenezi ve tedavisi açısından yardımcı olabilir. Çoğu ruhsal hastalıkta olduğu gibi OKB hastaları da kendilerini damgalamakta, bu nedenle hastalığın tanı ve tedavisi gecikmektedir. OKB hastalarında damgalanmanın belirlenmesi ve azaltılması ile ilgili yapılan çalışmalar da hastalığın erken tanısı ve tedavisi açısından faydalı olabilir.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, erken dönem uyumsuz şemalar, içselleştirilmiş damgalanma



ABSTRACT

OCD is a chronic and severely disabling mental disorder with fluctuating course and characterized by persistent and unwanted thoughts and ritualistic behaviors.

The aim of this study was to determine early maladaptive schemas and to investigate internalized stigmatization levels in patients with obsessive compulsive disorder and to investigate demographic and clinical factors associated with both parameters.

The study was carried out with 51 OCD patients and 51 healthy voluntary participants between 01.06.2017-01.06.2018 in Kocaeli University Faculty of Medicine Psychiatry Department. Participants were assessed with Yale-Brown Obsessive Compulsive Symptom Scale and Check List, Young Schema Questionnaire-Short Form 3, Young-Rygh Avoidance Inventory, Young Compensation Inventory, Internalized Stigma of Mental Illness, Beck Depression Inventory, Hamilton Rating Scale for Anxiety. SPSS 22 program was used to analyze the data. Chi-square test, Mann Whitney U test and Independent t-test were used to compare the groups. Pearson and spearman correlation analysis tests were used to evaluate the relationships of the groups. $p < 0.05$ significance level was accepted for interpreting the results.

In OCD patients, enmeshment/undeveloped self, abandonment, failure, pessimism, vulnerability to harm or illness, emotional deprivation, social isolation/alienation, defectiveness/shame, approval seeking, insufficient self-control/self-discipline, self-sacrifice, punitiveness schema scores were found significantly higher than control group. Psychosomatic symptoms and distraction through activity schema avoidance scores and status seeking, control and intolerance to criticism schema overcompensation scores in OCD patients were found significantly higher than control group. It was found that 11.7% of OCD patients had highly internalized stigmatization. It was found that severity of illness, depression and anxiety levels in OCD patients were related internalized stigmatization. It was found that internalized stigma total score in OCD patients was related enmeshment/undeveloped self, abandonment, failure, emotional inhibition, social isolation/alienation, defectiveness/shame schemas. In addition, it was found that internalized stigma total score in OCD patients was related psychosomatic symptoms schema avoidance score and status seeking schema overcompensation score.

The identification of schemas in OCD may be helpful in terms of the etiopathogenesis and treatment of the disease. As with most mental illnesses, OCD patients also stigmatize themselves, so the diagnosis and treatment of the disease is delayed. In addition, studies on determination and reduction of stigmatization in OCD patients may be useful for early diagnosis and treatment of the disease.

Keywords: Obsessive compulsive disorder, early maladaptive schemas, internalized stigmatization.



1 GİRİŞ VE AMAÇ

DSM-5'e kadar bunaltı bozuklukları içinde sınıflandırılan Saplantı ve Zorlantı bozukluğu, DSM-5'te "Saplantı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar" olarak ayrı bir tanı başlığı altına alındı. İlişkili bozukluklar arasında beden biçimsizlik (dismorfik) bozukluğu, biriktiricilik (hoarding) bozukluğu, kıl yolma (trikotillomani) ve deri yolma bozuklukları bulunmaktadır. Saplantı ve/veya da zorlantıların görüldüğü, genellikle süregelen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir bozukluktur. Saplantı (obsesyon) istenç (irade) dışı gelen, bireyi tedirgin eden, benliğe yabancı (ego-distonik), bilinçli çaba ile kovulamayan, inatçı biçimde yineleyen düşünce, imge ya da dürtülerdir. Bunlar kişinin mantığına, görüşlerine, ahlak anlayışına, inançlarına ters düşebilir ve kabul edilemez olabilir. Ancak kişi bunların zihninin bir ürünü olduğunun farkındadır. Zorlantı (kompulsiyon) ise çoğu kez saplantılı düşünceleri kovmak için yapılan, istenç dışı yinelenen hareketlerdir. Önce saplantının doğurduğu rahatsızlığı azaltmak için başlar, ancak bu durum denetlenemez düzeye ulaşır ve bu yinelenen eylemin kendisi sıkıntı yaratır. Zorlantılar bazen dışardan gözlenebilen bir davranış, bazen de zihinsel bir eylem şeklinde olabilir.¹

OKB sıklıkla diğer rahatsızlıklarla birlikte görülür. Panik bozukluğu, fobiler ve yeme bozuklukları ile birlikteliği seyrek olmamakla birlikte major depresyonla birlikteliği daha sıktır. OKB daha önceleri nadir bir durum olarak kabul edilirken son zamanlarda yapılan çalışmalar yaygınlığının %2-3 civarında olduğu gösterilmiştir. Hastalığın yaygınlığı erkek ve kadında hemen hemen eşit olmakla birlikte erkeklerde daha erken başlama eğilimindedir. OKB tipik olarak geç ergenlikte başlamakla birlikte çocukluk çağında başlaması da hiç de seyrek değildir. Hastalık işlevselliğin iyi olduğu ve sınırlı semptomun bulunduğu yatışma dönemleri ve semptomların alevlendiği artma dönemleri gösterme eğilimindedir. Hastaların küçük bir bölümü tamamen iyileşirken diğer bir bölümü de ilerleyici seyir gösterir.²

OKB hastalarının belirli bir bölümünde, belirtilere yönelik içgörünün değişen derecelerde bozulduğu, kişinin obsesyon ve kompulsiyonlarının aşırı anlamsız olduğunu kabul etmediği gözlenmektedir. OKB hastalarının içgörüsünün "iyi" ya da "az" olarak bölünmesinden çok, inançların süreklilik içinde ele alınması, diğer bir ifadeyle OKB hastalarının belirtilerine yönelik içgörülerinin bir yelpaze içinde değerlendirilmesi daha

uygun görünmektedir. Bu yelpazenin bir ucunda içgörünün tam olduğu hastalar, diğer ucunda ise ‘‘obsesif kompulsif psikozlar’’ yer almaktadır.³

Saplantı-zorlantı bozukluğu hastalarında işlevsel beyin görüntüleme (SPECT, PET, fMRI) çalışmalarında en tutarlı ve kesin bulgu orbitofrontal korteks ve kaudat çekirdekteki etkinlik artışıdır. Belirtileri tetikleyerek yapılan çalışmalarda orbitofrontal korteks, singulat korteks, striatum ve talamusta etkinlik artışı bildirilmiştir. Sağaltım öncesi ve sonrasını karşılaştıran çalışmalarda sağaltım öncesi görülen anormalliklerin düzeldiği saptanmıştır.⁵

Şema terapi, geleneksel bilişsel-davranışçı tedavileri ve kavramları önemli derecede genişletilmiş Young ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilen yenilikçi ve bütüncü bir terapidir. Terapi, kavramsal modeli ve tedavi modelini birleştirerek bilişsel-davranışçı, bağlanma, Geştalt, nesne ilişkileri, yapılandırmacı psikanalitik okullardan gelen zengin unsurları harmanlar.⁵ Erken dönem uyumsuz şemaların çoğunun depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı, psikosomatik belirtilere sebep olabileceği öne sürülmüştür.⁶ OKB'nin etyopatogenezi anlamada, tanısında ve tedavisinde şemalar önemli yere sahiptir.

OKB hastalığı uzun seyirli, dirençli ve hastalarda ciddi derecede işlev kaybına yol açan bir ruhsal hastalıktır. OKB hastalarının kendilerini damgalamaları nedeniyle tedaviye geç başladıkları görülmüş.⁷ Bu da özünde zaten dirençli bir ruhsal hastalık olan OKB'nin kliniğini ve tedavisini daha önemli kılmaktadır.

Yaptığımız bu çalışmanın amacı OKB hastalarında erken dönem uyumsuz şemaların kontrol grubuyla karşılaştırılması, içselleştirilmiş damgalanmanın şiddetinin belirlenmesi ve erken dönem uyumsuz şemalarla içselleştirilmiş damgalanmanın ilişkisini araştırmaktır.

1.1 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)

1.1.1 GENEL BİLGİLER

1.1.1.1 OKB'NİN TARİHÇESİ

Saplantı ve zorlantılar insanlık tarihi kadar eskidir. Çok eski din kitaplarında saplantılara ve zorlantılara işaret eden davranış örnekleri bulunmaktadır. Shakespeare'in Macbeth'inde obsesif-kompulsif nevrozun klasik bir örneğini görürüz. Lady Macbeth'in etkilenmesi ile kocası Macbeth, kral Duncan'ı öldürür. Bundan sonra Lady Macbeth'te el yıkama hastalığı

başlar. ‘‘Arabistan’ın bütünü kokulu sabunları getirilse bu elin kirleri temizlenemez’’ der ve sürekli ellerini yıkar.¹

Obsesif kompulsif bozukluk ilk kez 1838’de Esquirol isimli bir araştırmacı-klinisyen tarafından tanımlanmıştır. O yıllarda depresyon ya da melankolinin bir belirtisi olarak düşünülen bu hastalık, yirminci yüzyıl başlarına gelindiğinde ayrı bir klinik sendrom olarak ele alınmaya başlanmıştır.⁷

20. Yüzyılın başlarında Fransız ruh hekimi Pierre Janet fobileri, saplantı ve zorlantıları bir başlık altında topladı ve buna ‘‘psikastenii’’ adını verdi. Janet’e göre psikastenii bireyde istenç (irade) zayıflaması sonucu ortaya çıkıyordu. Freud, fobilerdeki ruhsal neden ve düzeneklerin obsesif-kompulsif nevrozdaki ruhsal nedenlerden ve psikodinamik düzeneklerden farklı olduğunu göstererek, fobik nevrozla obsesif kompulsif nevrozu ayrı rahatsızlıklar olarak inceledi.¹

1.1.1.2 OKB’NİN TANISI

DSM-IV ve ICD-10’da bunaltı bozuklukları içinde sınıflandırılan saplantı ve zorlantı bozukluğu DSM-5’te ‘‘saplantı-zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluklar’’ olarak ayrı bir tanı başlığı altında yer almaktadır. Böyle bir değişikliğe gidilmesinin ana gerekçesi klinik belirtilerin ve altta yatan patofizyolojik düzeneklerin bunaltı bozukluklarından farklı olduğunu gösteren araştırma bulgularıdır. DSM-5’te saplantı tanımında değişiklik yapılmış; çoğu insanda sıkıntı yaratan girici nitelikte, istenmeyen, yineliyici ve direngen düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlanmıştır.⁸

DSM-IV’teki saplantılar için gerekli olan kişinin kendi zihninin ürünü olduğunu bilmesi özelliği çıkarılmış, sıkıntı verici ifadesi de gevşetilmiştir. ICD-10’a göre ise tanı koymak için en az iki hafta süreyle yineliyici saplantı ve zorlantıların olması ve sıkıntıya yol açması ya da kişinin işlev düzeyinde önemli bir bozulmanın olması gerekmektedir. DSM dizgesinde saplantı-zorlantı bozukluğu tanısında içgörü düzeyi ve tikle ilişkili olup olmadığı da belirtilmektedir.¹

1.1.1.3 OKB’NİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Bazı OKB hastaları belirtiler hafif olduğundan hekime gitmezler, bir kısmı hastalıklarını gizler, bir kısmı da yıllarca süren hastalığı artık benimsemişlerdir. Hastalık, kişi tarafından tanımlanmadıkça, bir yakınma olarak getirilmedikçe, muayenelerle tanınması hemen

hemen olanaksızdır.¹ Yapılan epidemiyolojik çalışmalar farklı kültür ve toplumlarda OKB'nin yaşam boyu yaygınlığının %2-3 civarında olduğu gösterilmiştir.⁹ Ülkemizde Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada OKB'nin nokta yaygınlığı %1.4 bulunmuştur.¹⁰ Türkiye'de yetişkinlerde yapılan başka bir çalışmada 1 yıllık OKB prevalans oranı %3.0 bulunmuştur.¹¹

ECA (Epidemiological Catchment Area) çalışmasına göre OKB'nin yaşam boyu prevalansı %1.9 ile 3.3 arasında değişmektedir. Yine ECA çalışmasına göre ortalama başlangıç yaşı 20-25 olarak bildirilmiştir; ancak olguların yaklaşık yarısında, belirtilerin çocukluk ve ergenlik döneminde başladığı bildirilmiştir.¹²

1.1.1.4 OKB'NİN OLUŞ NEDENLERİ

1.1.1.4.1 Kalıtım

OKB ve Tourette Sendromu bulunan bireyler arasında yapılan genetik çalışmalar, etyolojide ve belirtilerin ortaya çıkışında hem genetik hem de çevresel etmenlerin rol oynadığını göstermektedir. OKB'si olan çocukların birinci derece akrabalarında %20-25 oranında OKB olduğu, kontrol yakınlarına göre 5 kat fazla bulunduğu ve obsesyonların kompulsiyonlara göre daha fazla geçiş gösterdiği bildirilmiştir.¹³ Monozigot ikizlerde dizigotlara göre eşanı (konkordans) oranı daha yüksektir (sırasıyla %75 ve %30). Aile ve ikiz çalışmaları ile regresyon ve bağlantı çalışmaları OKB'de genetik özelliği desteklemektedir. Ancak sonuçlar değişkenlik göstermekte olup henüz yeterli ölçüde test edilmemiştir.¹⁴

1.1.1.4.2 Nörobiyoloji

1.1.1.4.2.1 Serotoninerjik Sistem

OKB'de serotonin hipotezi, özgün serotonerjik ilaçların (SSRI) seçici etkisi ve serotonin agonistleri ile yapılan testlere dayanmaktadır. Klomipramin ve SSRI (Seçici serotonin geri alım inhibitörü) gibi serotonin geri alımını engelleyen ilaçların, OKB tedavisinde daha etkili oldukları gösterilmiştir. OKB belirtilerinin benzer antidepresan etkinliğe sahip desipramine yanıt vermezken klomipraminle azalması, ilaç tedavisi ile beyin omurilik sıvısı (BOS) 5-hidroksiindol asetik asit (5-HİAA) düzeyinin düşmesi, serotonin geri alımının OKB'de dikkate değer bir etkisi olduğuna işaret etmektedir. Şüphesiz serotonin hipotezi karmaşık bir hastalık olan OKB'yi bütünüyle izah etmek için basit kalmaktadır.

Sorun sadece serotonin işlev bozukluğu ile sınırlı ise tüm hastalarda klomipramin ve SSRI'ların etkili biçimde belirtileri ortadan kaldırması gerekir.¹⁵

Seçici 5-HT1A agonisti olan ipsapiron OKB belirtileri üzerinde etkili olmazken; 5-HT1D-1B agonisti sumatriptan OKB belirtilerinde artışa yol açabilmektedir, ancak etkisi olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur.¹⁶ OKB'de obsesif kompulsif belirtileri arttıran serotonerjik ajanların, bu tür bir etki göstermeyen serotonerjik ajanlarla karşılaştırılması, OKB'de rol alan serotonin reseptörleri belirlemenin bir yolu olarak görülmüştür. 5-HT1A, 5HT1D, 5HT2C reseptörlerine yüksek bağlanma eğilimi gösteren serotonin agonisti meta-klorofenilpiperazin (m-CPP) ile yapılan serotonerjik zorlama sonrasında gözlenen davranışsal ve fizyolojik yanıtlar, bu açıdan önemli kanıtlar sunar. M-CPP dört çalışmada OKB belirtilerini alevlendirmiş, iki çalışmada ise bir değişiklik oluşturmamıştır.¹⁷

1.1.1.4.2.2 Dopaminerjik Sistem

OKB hastalarında dopaminin rolünü göstermek üzere yapılan nörokimyasal çalışmalar ve dopamin reseptör agonistleriyle farmakolojik zorlama çalışmalarından tutarlı sonuçlar alınmamış olsa da, çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde, obsesif kompulsif belirtilerin artmış dopamin nörotransmisyonu ile ilişkili olabileceği yönünde bir izlenim edinilmiştir.¹⁸ OKB hastalarının bir kısmında, dopamin düzenlenmesinde bozuklukla ilgili istemsiz hareketler ve ince motor eşgüdümde bozukluk gibi silik nörolojik belirtilerin bulunması, OKB oluşumunda dopamin varsayımını destekleyen bulgular olarak alınmıştır.¹⁹ Saplantı-zorlantı bozukluğunun sağaltımında güçlendirme amacıyla kullanılan dopamin reseptörlerini bloke eden ilaçlar hastalığın belirtilerini hafifletirler.¹

1.1.1.4.2.3 Glutamaterjik Sistem

OKB'de serotonin-glutamat etkileşiminin anormal olduğu, kortikostriatal glutamatın, kaudat çekirdekte serotonin salınımını azalttığı ve serotonerjik nöronların glutamat salınımını arttırdığı öne sürülmüştür.²⁰ İşlevsel görüntüleme çalışmalarında, pediyatrik OKB olgularında glutamaterjik kontrol altında bir talamokortikal striatal işlev bozukluğu olduğu düşünülmüştür.¹²

1.1.1.4.2.4 İmmün Sistem

Çocukluk çağı başlangıçlı OKB ve romatizmal ateşin nörolojik bulgusu Sydenham Koresi (SK) arasındaki benzerlik, her iki hastalığın ortak etyopatogenezi paylaştığını düşündürmüştür.²¹ SK olan çocukların %70'ten fazlası, kore belirtileri başlamadan 2-4 hafta önce tekrarlayan, istenmeyen düşünce ve davranışların ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Obsesyon ve kompulsiyonlar kore ile eş zamanlı artış gösterir. Aylar içinde yavaşça kaybolma eğilimindedir. Çocukluk çağı başlangıçlı OKB vakalarının bir alt grubu, benzer bir seyirden söz etmektedir. A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonunu takiben, duygusal dalgalanma, ayrılma anksiyetesi ve dikkat bozuklukları yanı sıra alevlenen OKB belirtileri görülmektedir. Çocuklar daha sıklıkla 6-7 yaşlarında, daha çok erkek ve sıklıkla ek tanı (komorbid) tikleri olanlardır. Bu alt grup PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections) olarak tanımlanmıştır.²²

1.1.1.4.2.5 Nöroanatomik Bulgular

Bazal gangliyonlardaki işlev bozukluğuna dair kanıtlar, nörogörüntüleme çalışmalarıyla Tourette Sendromu, Sydenham Koresi, Huntington Koresi gibi bazal gangliyonları ilgilendiren nörolojik hastalıklarla OKB arasındaki ilişkileri irdeleyen araştırmalardan elde edilmiştir. İlk nörolojik temelli OKB tanımı; Constantine von Economo'mun ciddi influenza enfeksiyonları sonrası bazal gangliyonlarda yapısal hasar oluşan hastalardaki postensefalitik Parkinson hastalığı üzerine olan tezinden kaynaklanmaktadır. Von Economo, bu hastalarda kompulsif doğadaki motor tikler ve ritüel benzeri davranışlardan bahsetmiştir. Bu olgular tıpkı OKB hastaları gibi, istemedikleri halde davranışları yerine getirmekte ve kontrol kaybı yaşamaktadır.²³ OKB'de doğrudan ve dolaylı yolağın dengesi bozulmakta ve doğrudan yolağın aktivitesinin artmasıyla orbitofrontal korteks, ventromedial kaudat, medial dorsal talamusta aktivite artmaktadır. Bu durum tipik obsesif kompulsif belirtilerinin oluşmasının temel sebeplerindendir.²⁴ Bu modele göre orbito frontal korteks ve anterior singulat korteks alanlarında hiperaktivite ile sonuçlanan bir patoloji söz konusudur. Orbito frontal kortekste hiperaktivitenin belirtilere yansımalarıyla zorlayıcı düşünceler olurken; anterior singulat korteksteki hiperaktivite yaygın anksiyete ile ilgilidir.

OKB hastalarında ventral prefrontal korteks ve talamustaki hacim artışının, bu bölgelerdeki metabolizma artışı ve kan akımı ile ilgili olabileceği, bu bölgelerdeki hacim artışının OKB'nin nörobiyolojik bir belirtisi olabileceği öne sürülmüştür.¹²

1.1.1.4.3 Psikoanalitik Yaklaşım

Klasik psikoanalitik kurama göre obsesif-kompulsif kişilik anal kişilik özellikleri taşıyıcı ve anal dönemde saplanma belirtileri gösterir. Bu belirtiler: cimrilik, aşırı düzenlilik, aşırı titizlik, inatçılık, kararsızlıktır. Saplantılı kişiliğin temel savunma düzenekleri bastırma, karşıt tepki kurma ve yalıtmadır. Saplantı zorlantı bozukluğu oluştuğunda ise bu düzeneklere eklenen yer değiştirme ve yapma-bozma düzenekleri ile rahatsızlığın belirtileri oluşur. Karşıt tepki kurma düzenğinde kişinin benliği, altbenlikteki (id) bilinçdışı yasak yasak dürtü ve eğilimlere karşıt olan tepkiler geliştirerek kendini savunmaya çalışmaktadır. Saplantılı kişiliği ya da saplantı-zorlantı bozukluğu olan kişilerde düşüncede ve eylemde iki-değerliliğin (ambivalans) yanı sıra büyüsel düşünce üzerinde ayrıca durmak gerek.¹

1.1.1.4.4 Davranışçı Görüş

Mowrer fobiler ve obsesyonlar gibi sorunlarda, korku ve kaçınma gibi davranışı açıklamak için hem klasik hem de edimsel koşullanmayı içerecek şekilde iki aşamalı modelini tanımlamıştır. Mowrer bu tür anksiyete sorunlarında organizmanın korkuyla ilişkilendirilmiş koşullu uyarlardan başlangıçta kaçarak, sonra kaçınarak itici uyarıyı azaltmayı öğrenmesinden dolayı korkunun klasik koşullanma yoluyla kazanıldığını, edimsel koşullanma süreçleriyle sürdürüldüğünü ileri sürmüştür.²⁵

1.1.1.4.5 Bilişsel Davranışçı Görüş

İstenmeyen zorlayıcı düşünceler, imgeler ve dürtüler obsesyonların patogeneğinde başlangıç noktası olarak görülmektedir. Genellikle bu istenmeyen, benliğe yabancı, zorlayıcı düşünceler tanımlanabilir bir dış uyaran tarafından tetiklenir. Bir kez istenmeyen zorlayıcı düşünce oluştuğunda klinik obsesyona dönüşüp dönüşmeyeceği değerlendirme şekline bağlıdır.²⁶ Sıkıntının temel kaynağının zorlayıcı düşüncenin içeriği değil, değerlendirilmesi olduğu düşünülmüş ve bu tür bir değerlendirme kavramının sorumluluk kavramıyla ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Bu modele göre obsesif hastalar zorlayıcı

bilişlerin ortaya çıkışını, engelleyici bir adım atana dek zarardan sorumlu olabileceklerini bir göstergesi olarak yorumlarlar. Obsesyonun patogenezi için iki sürecin kritik önemde olduğu düşünülür; sorumluluğun değerlendirilmesi ve yansızlaştırma etkinlikleri. Yansızlaştırma, algılanmış sorumluluğu azaltıcı bir etki oluşturmak amacıyla istemli olarak başlatılan etkinlik olarak tanımlanır. Bu etkinlik kompulsif davranışlar ya da düşünce ritüelleri olarak ortaya çıkabilir.²⁷

1.1.1.5 OKB’NİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Obsesyon, kişinin isteği dışında ısrarlı ve zorlayıcı bir şekilde aklına gelen, kişi tarafından saçma ve mantık dışı olarak görülen, anksiyete ortaya çıkartıcı ve yineliyici özellikteki düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlanmıştır. Kişi obsesyonları zihninin bir ürünü olarak görür. Kompulsiyonlar, kişinin obsesyonlarına yanıt olarak ya da belirli kurallara göre gerçekleştirmek zorunda olduğunu hissettiği, yineliyici ve belirli bir amaca yönelik olan törensel davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kompulsiyonlar obsesyona eşlik eden, anksiyeteyi gidermek, korku yaratan bir durumu etkisizleştirmek ya da önlemek üzere yapılır. Ancak yapılan etkinlik, önlenmek istenen şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır. Kişi kompulsiyonlarını engellemeye çalıştığında yoğun bir anksiyete yaşar.³

En sık rastlanan obsesyonlardan biri olan kirlenme/bulaşma obsesyonlarında, kirli olduğu düşünülen yerlerden mikrop, idrar, feçes, meni vb. şeylerin bulaşabileceği endişesi yaşanır. Tuvalete gidildiğinde, el sıkışmayla ya da kapı tokmakları, para gibi nesnelere dokunmayla bulaşmanın olabileceği düşünülmektedir. Bu tür obsesyonu olan kişiler, her şeyi kirlenme kaynağı olarak görebilirler; bulaşmayı önlemek için eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınabilirler. Kirlenme/bulaşma obsesyonlarına yanıt olarak ortaya çıkan kompulsiyonlar temizleme kompulsiyonlarıdır. Sık ve yineleyici tarzda el yıkamalar, bu tür kompulsiyonlarının en sık karşılaşılan şeklidir. Temizleme kompulsiyonları, temizlendiğine ikna olamadan uzun süreli banyo yapma, evi, eşyaları temizleme, çamaşır yıkama vb. şeklinde görülebilir.³

Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumu, kuşku obsesyonu olarak tanımlanır. Bu tür obsesyonu olan bir kişi, ütüyü prizden çekip çekmediğinden, kapıyı kilitleyip kilitlemediğinden emin olamaz. Bu obsesyon genellikle bir tehlike durumuna işaret

ettiğinden, ardından güvenliğini sağlamakla ilişkili kontrol etme kompulsiyonları gelir. Kontrol etme kompulsiyonlarına örnek olarak, hava gazı musluğunun kapalı olup olmadığının ya da ütünün prizde unutulup unutulmadığının yineleyici tarzda kontrol edilmesi verilebilir. Bu tür kompulsiyonlar evde yaşayanların hava gazından zehirlenmesi, evin havaya uçması ya da yangın çıkması gibi felaketleri önlemek amacıyla yapılmaktadır ve sıklıkla bunların ardında saldırganlık ve şiddet içerikli obsesif düşünceler yer almaktadır. Kontrol etme, bulaşmayla ilgili korkuları hafifletmeye yönelik olarak da yapılabilir.³

Simetri ve düzen obsesyonları, nesnelerin ve olayların belirli bir düzen ve konumda olması ya da eşyaların tam bir simetri içinde bulunmasıyla ilişkili obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlara yanıt olarak, bir denge ve simetri sağlamak üzere eşyaları belirli bir sıra ve düzen içinde tutmaya çalışma tarzındaki simetri/düzenleme kompulsiyonları ortaya çıkar.³

Saldırganlık teması obsesyonların içeriğinde ya da bunların ardında yatan çağrışımlarda sıkça yer almaktadır. Saldırganlık obsesyonları olarak tanımlanan bu tür obsesyonlarda, kendine ya da başkalarına yönelik öldürme, yaralama, çeşitli şekillerde zarar verme düşünceleri görülür. Bu kişiler bıçak, makas gibi sivri nesnelere bulundurmaktan, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan, ölüm haberleriyle karşılaşmamak için gazete okumaktan ya da televizyon seyretmekten kaçınabilirler.³

Obsesyonlar, utanç verici ve kabul edilemez olarak nitelenen cinsel temalarla ilişkili olabilir. Cinsel obsesyonlara örnek olarak eşcinsellik, ensest ilişkilerle ilgili düşünceler verilebilir.³

Günahla ilgili düşünceler ve benzeri dini temaların yer aldığı dinsel obsesyonlar ülkemizde Batı toplumlarından farklı olarak sık görülen bir obsesyon tipidir.³

Bir diğer obsesyon tipi hayatı tehdit eden bir hastalığa yakalanma şeklinde ortaya çıkan bedensel obsesyonlardır. Bu tür obsesyonlar sıklıkla kanser, AIDS, zührevi hastalıklara vb. yakalanma korkusu şeklinde ortaya çıkar. Bu tür korkulara, hastalıkla ilişkili olduğu düşünülen beden bölümünün kontrolü, onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar eşlik eder.³

Gerçek anlamda maddi ve manevi değeri olmayan birçok şeyin saklanıp biriktirildiği, gerek duyulmadığı halde satın alındığı kompulsiyon tipi biriktirme kompulsiyonlarıdır. Bu tür kompulsiyonlarda, kullanım değeri olmayan çeşitli nesnelere, atmaya ya da elden

çıkarmaya yönelik yoğun bir korku vardır. Biriktirme davranışı, kişinin evdeki yaşam alanını önemli ölçüde kısıtlayacak boyutlara ulaşabilir.³

Yineleme tüm kompulsiyonlarda görülebilen bir özellik olsa da, gündelik yaşama ilişkin bir davranışın tam yapıldığından emin olunamayıp yapma-bozma tarzında sürekli yinelendiği durumlarda yineleme kompulsiyonlarından söz edilir. Elektrik düğmesini açıp kapama, kapıdan girip çıkma, yazdıktan sonra silip tekrar yazma bu tür kompulsiyonlara örnek olarak verilebilir.³

1.1.2 OKB TANI ÖLÇÜTLERİ

OKB ile ilgili tanı ölçütlerinde DSM-5'te bir takım farklılıklar yapılmıştır. Bunlardan bir tanesi DSM-IV'te OKB anksiyete bozukluklarının bir alt tipi olarak yer alırken DSM-5'te OKB ve ilişkili bozukluklar olarak (biriktiricilik bozukluğu, beden algısı bozukluğu, trikotillomani, deri yolma bozukluğu ve maddenin/ilacın yol açtığı takıntı zorlantı bozukluğu ve ilişkili bozukluk) farklı bir tanımlama olarak yer almıştır. DSM-IV'te "İçgörüsü az" şeklindeki alt tipi DSM-5'te "İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi", "İçgörüsü kötü", "İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar" ve "Tikle ilişkili" şeklinde değiştirilmiştir. Ayrıca DSM-IV'te OKB'nin B. Tanı ölçütlerinde yer alan "obsesyon ve kompulsiyonların aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etme" ifadesi de DSM-5'te yer almamaktadır.^{28,29}

OKB, DSM-5'te aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

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

Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

i. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.

ii. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

Zorlantılar (kompulsiyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

i. Kişinin takıntısına tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, denetleyip durma) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme).

ii. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştirileceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

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

B. Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır.) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Takıntı zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide (saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetim ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler: yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.²⁸

1.1.3 OKB’NİN KLİNİK SEYRİ VE PROGNOZU

OKB’de belirtiler genellikle yavaş bir başlangıç göstermekte, belirtilerin klinik olarak anlamlı bir düzeye gelmesi yıllar alabilmektedir. Bununla birlikte OKB’li hastaların belirli bir bölümünde belirtiler, gebelik ya da yakınına kaybetme gibi nedenlerle ani bir başlangıç gösterebilir.³ Başlangıçta hastalar saplantı ve zorlantılarını kendileri anlamsız, gereksiz buldukları için gizlemeye çalışabilirler. Kendi çabaları ile yenebileceklerini düşünürler. Yıllarca çabaladıktan sonra hekime başvururlar. Belirtiler arttıkça ve yayıldıkça hastanın yaşamı kısıtlanır, verimi düşer, çevresindekiler bıkar ve ancak böyle bir durumda hekime başvururlar. Hekime geldiklerinde çoğu artık iyice süregenleşmiştir. Araya panik, çökkünlük gibi bir bozukluk girerse hekime başvurma daha erken olabilir. Saplantılar ve zorlantılar arttıkça hastanın uyumu bozulur; işine bakamaz, çevresi ile ilişkilerini sağlıklı yürütemez.¹

1.2 ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR

1.2.1 Şema Modeli ve Tanımı

Şema terapi, geleneksel bilişsel-davranışçı tedavileri ve kavramları önemli derecede genişletilmiş Young ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilen yenilikçi ve bütüncü bir terapidir. Terapi, kavramsal modeli ve tedavi modelini birleştirerek bilişsel-davranışçı,

bağlanma, Gestalt, nesne ilişkileri, yapılandırmacı psikanalitik okullardan gelen zengin unsurları harmanlar.⁵

Erken dönem uyumsuz şemalar, kişinin kendisini ve başkalarıyla olan ilişkileri temel alan; anılardan, duygulardan, bilişlerden ve bedensel duygulardan oluşan; yaşamın erken dönemlerinde meydana gelen, çocukluk ve ergenlikte gelişen; yaşam boyu devam eden işlevsiz tema ve örüntülerdir.⁵

1.2.2 Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Özellikleri

Erken dönem uyumsuz şemalar genellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde gelişmektedir. Ancak hepsi travmatik yaşam deneyimi olmadan da meydana gelebilmektedir. Örneğin çocuğun aşırı korunması da şemanın oluşmasına neden olabilir. Nedeni ne olursa olsun şemaların tamamı yıkıcıdır ve bireye zarar verir.⁵

Erken dönem uyumsuz şemaların değiştirilmesi oldukça zordur. Bunun en önemli sebeplerinden birisi şemaların bilindik olmasıdır. Kişiler şemaları gerçek olarak algıladıklarından şemalar bireye acı çektirse de bilindik olduklarından kişilerin rahat hissetmesine sebep olur.⁵

Erken dönem uyumsuz şemalar boyutsaldır. Şemaların şiddeti birbirinden farklıdır. Farklı şiddetteki şemaların tetiklenmesi için farklı şartlar gereklidir. Örneğin daha şiddetli bir şemanın tetiklenmesi için onu aktive edecek daha çok koşul ve süre gereklidir. Böylece daha şiddetli bir şemanın uzun süre tetiklenmesi daha şiddetli bir olumsuz duruma yol açabilmektedir.⁵

1.2.3 Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Temeli

Şemaların temelinde aşağıdaki unsurların rol oynadığı düşünülmüştür.

a. Temel Duygusal İhtiyaçların Karşılanmaması: Temel görüş, şemaların çocuklukta temel duygusal ihtiyaçların karşılanmamasından kaynaklanmıştır. Bu ihtiyaçlar;

i. Başkalarına güvenli bağlanma (çocuğun güvenliğinin sağlanması, istikrarlı bakımın sağlanması ve başkaları tarafından çocuğun benimsenmesi)

ii. Özerk olma, yetkinlik kazanma ve olumlu benlik algısı

iii. İhtiyaç ve duygularını özgür bir şekilde ifade edebilme

iv. Kendiliğindenlik ve rol yapma

v. Akılcı sınırlar ve özdenetim.⁵

Her birey bu temel duygusal ihtiyaçlara farklı düzeyde de olsa ihtiyaç duymaktadır. Psikolojik olarak sağlıklı olabilmek için bu temel ihtiyaçların karşılanması gerekmektedir. İhtiyaçların giderilmesinde çocuğun doğuştan gelen mizacı ve erken dönemde içinde bulunduğu çevresi de önemlidir.⁵

Erken Dönem Yaşam Deneyimleri: Erken dönem uyumsuz şemaların en temel nedeni çocuklukta yaşanan olumsuz yaşam deneyimleridir. Erken dönem uyumsuz şemalar genelde bireyin çocukluğunda içinde bulunduğu aile dinamiklerini yansıtmaktadır. Erişkin hayatta şemaların tetiklenmesi, kişinin çocukluğunda ebeveyni ile yaşadığı olumsuz bir olayı hatırlaması neticesinde oluşmaktadır. Çocuğun hayatının daha sonraki dönemlerinde okul çevresi, arkadaş çevresi, çevresel kültür gibi etkenler erken dönem uyumsuz şemaların gelişimine neden olabilese de, yaşamın erken dönemlerinde meydana gelen şemalar kadar güçlü ve yaygın olmamaktadır.⁵

Erken dönem yaşam deneyimlerini oluşumunda dört faktörün önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bunlardan ilki ihtiyaçların engellenmesidir. İhtiyaçları engellenen çocuk sevgi, istikrar ve anlayıştan yoksundur ve çok az iyi yaşantı deneyimlediğinden bu kişilerde duygusal yoksunluk ve terk edilme gibi şemalar gelişebilmektedir. Erken dönem uyumsuz şemaların oluşmasına neden olan ikinci olumsuz yaşam deneyimi travmatizasyon ya da kurban edilmedir. Bunların sonucunda çocuk zarar görür ve bu deneyimler sonucunda kişide güvensizlik/suistimal edilme, kusurluluk/utanç ve hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şemaları oluşabilir. Üçüncü erken yaşam deneyimi olarak da çocuğun sahip olması gerekli özerk olma, yetkinlik kazanma ve gerçekçi sınırların olması gibi çocuğun temel ihtiyaçları karşılanmaz ve ebeveyn tarafından çocuğa sınır koyulmaz ve aşırı korunursa kişide bağımlılık/yetersizlik ve hak görme/büyüklenmecilik şemaları gelişebilir. Erken dönem uyumsuz şema gelişimine neden olan bir diğer erken yaşam deneyimi de seçici içselleştirme ya da önem verilen kişilerle özdeşleşmedir. Çocuk yaşamında önemli yer kaplayan kişileri, özellikle de ebeveynlerinin düşünce, duygu, davranış ve deneyimlerini seçici bir şekilde içselleştirir ve onlarla özdeşim kurar.⁵

Duygusal Mizacı: Erken dönem uyumsuz şemaların gelişiminde bir diğer faktör de duygusal mizacıdır. Her çocuk benzersiz ve farklı bir mizaca sahiptir. Mizacı çocuklarda farklı yaşam koşullarının oluşmasına neden olur. Ayrıca benzer yaşam koşullarında da çocukların bu yaşantıdan farklı etkilenmesine sebep olur.⁵

1.2.4 Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Şema modelinde karşılanmamış temel duygusal ihtiyaçların oluşturduğu beş şema alanı içinde toplam 18 erken dönem uyumsuz şema bulunmaktadır. Bu şema alanları ve içerdikleri erken dönem uyumsuz şemalar şu şekilde özetlenebilir:⁵

1.2.4.1 Alan 1: Ayrılma ve Dışlanma/Reddedilme

Bu alandaki şemaya sahip bireyler güvenli, tatmin edici ve istikrarlı bir ilişki geliştirememişlerdir. Bu nedenle ait olma, sevgi, güven, kabul edilme, korunma gibi ihtiyaçlarının hiçbir zaman giderilemeyeceği inancına sahiptir. Bu kişilerin ebeveynleri genelde istismar eden, tutarsız, reddedici, soğuk ya da dış dünyadan izole kişilerdir. Bu alandaki şemaların çoğu çocukluktaki travmatik yaşam deneyimleri sonucu oluşan ve kişiye oldukça zarar veren şemalardır. Bu kişilerde erişkin dönemde kendisine zarar verici ilişkilerden kaçmak veya tüm ilişkilerden kaçınmak olabilmektedir.

Ayrılma ve dışlanma/reddedilme alanında yer alan şemalar şunlardır:

1.2.4.1.1 Terk Edilme/İstikrarsızlık

Bu şemaya sahip bireyler genelde tutarsız ailelere sahiptirler ve duygusal ihtiyaçları istikrarlı bir şekilde giderilmemiştir. Bu nedenle yaşamlarında yer alan önemli kişilerin başkası için kendisini terk edeceğini veya öleceğini düşünürler. Bu yüzden de bu kişilerden duygusal ihtiyaçlarının karşılanmayacağını düşünürler.

1.2.4.1.2 Güvensizlik/Suistimal Edilme

Bu şemaya sahip kişilerin ebeveynleri genelde istismar ve ihmal eden aileler olduklarından; bu kişiler başkalarının genelde aldatacağı, kullanacağı, istismar edeceği, yalan söyleyeceği ve zaafından yararlanacağı beklentisi içinde olabilirler.

1.2.4.1.3 Duygusal Yoksunluk

Bu şemaya sahip olan kişiler genelde soğuk ailelerde yetişmiştir. Bu şemaya sahip kişiler duygusal bağ ihtiyaçlarının yeterince karşılanmayacağı beklentisi içindedirler. Duygusal yoksunluk; ilgi (sıcaklık, şefkat), empati (kendini açma, anlaşılma ve karşılıklı paylaşım), korunma yoksunluğu (yönlendirilme, rehberlik) şekillerinde görülebilir.

1.2.4.1.4 Kusurluluk/Utanç

Bu şemaya sahip kişilerin aileleri genelde reddedicidir. Bu kişiler genelde kendisini kötü, kusurlu, değersiz ve başkaları tarafından istenmeyecek olarak algırlar. Bu kişiler kendilerinde algıladıkları bu kusur ve eksikliklerden utanç duyarlar. Kişinin algıladığı kusurlar genel (fiziksel görünüm) ya da kişisel (öfke patlamaları) şeklinde olabilir.

1.2.4.1.5 Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma

Bu şemaya sahip bireylerin aileleri genelde dış dünyadan izoledir. Bu şemaya sahip bireyler de herhangi bir topluluk ve gruba ait olmadıklarını, başkalarından farklı olduklarını düşünürler.

1.2.4.2 Alan 2: Zedelenmiş Özerklik ve Performans

Temel duygusal ihtiyaçlardan olan yetkinlik kazanma, özerk olma ve olumlu kimlik algısı kazanma ihtiyaçları karşılanmamış bireylerde bu alandaki şemaların gelişmesi görülebilir. Bu alandaki şemaya sahip bireyler ebeveynlerinden bağımsız hareket edemeyecekleri ve ebeveynlerinden ayrı hayatları olmadığı inancına sahiptirler. Bu kişiler genelde çocukluğunda onları çok fazla koruyan ve onların yerine her şeyi yapan ailelere ya da aksine onların ihtiyaçlarını karşılamayan, onlara bakmayan ve onlarla ilgilenmeyen ailelere sahiptirler. Ebeveynleri bu kişilerin bireyselleşmesini desteklememiş ve çoğu kez özgüvenlerine zarar vermişlerdir. Bu nedenle bu kişiler erişkin yaşamlarında kimlik algısı olmayan ve kişisel hedefler belirleyemeyen bireyler olurlar.

1.2.4.2.1 Bağımlılık/Yetersizlik

Bu şemaya sahip kişiler başkalarının yardımı olmadan günlük işlerini ve sorumluluklarını yapamayacaklarını düşünürler. Günlük problemleri çözmede, karar vermede zorlanırlar.

1.2.4.2.2 Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık

Bu şemaya sahip kişiler herhangi bir anda bir felaketle karşılaşacağı korkusu içindedirler. Bu felaketle baş edemeyeceklerini düşünürler. Korkulan olay tıbbi (örn. kalp krizi geçirme), duygusal (örn. kontrolünü kaybetme, çıldırma) ya da dışsal (örn. doğal afet ve kaza) bir durum olabilir.

1.2.4.2.3 Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik

Bu şemaya sahip kişiler önem verdikleri kişilerle aşırı yakınlık kurma eğilimindedirler. Bu ilişki kişinin sosyal gelişimini ve bireyselleşmesini engelleyebilir. Başkalarının desteği olmadan mutlu olamayacakları ve yaşayamayacaklarını düşünürler.

1.2.4.2.4 Başarısızlık

Bu şemaya sahip olan kişiler kaçınılmaz şekilde başaramayacakları beklentisi içindedirler. Özellikle iş, kariyer, okul ve spor alanları gibi alanlarda başkalarına göre yetersiz olduklarını düşünürler. Kendisini beceriksiz, başarısız ve kabiliyetsiz şeklinde algırlar.

1.2.4.3 Alan 3: Zedelenmiş Sınırlar

Bu alandaki şemalara sahip kişiler öz disiplin ya da karşılıklılık hakkında yeterli içsel sınırlar geliştirememişlerdir. Bu kişiler işbirliği yapma, başkalarının haklarına saygı gösterme, tuttıkları sözleri yerine getirme, uzun vadeli hedeflere ulaşmada zorluklar yaşarlar. Bu kişiler bencil, sorumsuz, şımarık ve narsistik özellikler gösterir. Bu alanda şemalara sahip kişiler genelde fazla hoşgörülü ve serbest ailelere sahiptir. Ailenin bu tutumu nedeniyle genelde bu kişiler başkalarının uyduğu kurallara uymaya, başkalarını dikkate almaya ya da kendilerini kontrol etmeye gerek duymazlar. Erişkin yaşamlarında kendilerine yarar sağlayacak olsa bile hazzı erteleyemeyen, dürtülerine göre hareket eden birey olurlar.

1.2.4.3.1 Hak Görme/Büyüklenmecilik:

Bu şemaya sahip bireyler diğer insanlardan üstün olduklarını düşünürler. Bu nedenle bazı özel hak ve ayrıcalıklara sahip oldukları inancı vardır. Kurallara uymak istemezler, başkalarına zarar verse bile kendi istediklerini yapmaya devam ederler. Güce önem veren, empatiden yoksun, talepkar ve baskın kişilerdir.

1.2.4.3.2 Yetersiz Özdenetim/Özdisiplin

Bu şemaya sahip olan kişiler hedeflerine ulaşabilmek için yeterli özdenetime sahip değildirler ve sorumluluk almaktan kaçınırlar. Dürtü ve duygularını kontrol etmekte zorluk çekerler.

1.2.4.4 Alan 4: Başkalarına Yönelimlilik:

Bu alandaki şemaya sahip bireyler diğerleriyle ilişkilerini sürdürebilmek ve onların tepkilerinden kaçınıp onay ve sevgi alabilmek için, kendi istek ve ihtiyaçlarından çok, başkalarının istek ve ihtiyaçlarına önem verirler. Kendi ihtiyaçlarından çok başkalarının tepkilerine odaklandıkları için, kendi düşünce ve duygularına yönelik farkındalıkları düşüktür. Bu alandaki şemalara sahip bireyler ailelerinden koşullu kabullenme görmüşlerdir. Çocukluğunda duygusal ihtiyaçlarını özgür bir şekilde ifade edemezler ve duygularını bastırırlar. Bu tip ailelerde ebeveynler çocuğun duygusal ihtiyaçları yerine kendi duygusal ihtiyaçlarına ve sosyal görünümüne daha çok önem verirler.

1.2.4.4.1 Boyun Eğicilik

Bu şemaya sahip bireyler başkalarının olumsuz tepkilerinden ve terk edilmekten kaçınmak için kontrolü başkasına bırakırlar. Kişiler ihtiyaç ve duygularının önemli olmadıklarını düşünürler. Kendi ihtiyaç ve isteklerini bastırırlar.

1.2.4.4.2 Kendini Feda

Bu şemaya sahip kişiler; önem verdikleri kişilerle duygusal bağlarını sürdürebilmek, suçluluktan kurtulabilmek ve öz saygı kazanabilmek için kendi memnuniyetleri yerine başkalarının ihtiyaçlarına odaklanırlar. Kendi ihtiyaçlarının yeteri kadar giderilemediği düşüncesi, kişide öfke duygusuna neden olur.

1.2.4.4.3 Onay Arayıcılık

Bu şemaya sahip bireyler, gerçek ve güvenli bir benlik duygusu geliştirememişlerdir. Bu kişiler başkalarından onay almaya ve tanınmaya önem verirler. Özsaygıları da benlikle ilişkili algılarından çok başkalarının tepkilerine bağlıdır. Bu nedenle sosyal statü, dış görünüm, para, başarı ile ilgili aşırı meşguliyetleri vardır.

1.2.4.5 Alan 5: Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama

Bu alandaki şemalara sahip bireyler kendiliğinden ortaya çıkan mutlu olma, yakın ilişkiler kurma, kendini ifade etme, rahatlatma gibi duygu ve dürtüleri baskırlar ve içselleştirdikleri katı kurallara uymaya çalışırlar. Bu alandaki şemalara sahip bireyler baskıcı, sert ve kuralcı ailelere sahiptir. Çocukluğunda bu kişiler oyun oynaması ve içinden

geldiği gibi hareket etmesi yerine kendini kontrol etmesi gerektiği söylenen ortamlarda yetişir. Yetişkinlik döneminde bu kişiler her an tetikte olmaları gerektiğini düşünürler. Eğer sürekli tetikte olmazlarsa yaşamlarının parçalanacağı korkulu bekleyişine sahip olurlar. Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama alanındaki şemalar:

1.2.4.5.1 Olumsuzluk/Karamsarlık

Bu şemaya sahip kişiler yaşamın olumlu yönlerini küçük görürken daha çok yaşamın olumsuz yönlerine odaklanırlar. Bu kişiler maddi konular, iş ve kişiler arası ilişkilerde sorun yaşayacakları; kayıp, hayal kırıklığı ve ihanet gibi olumsuz olaylar yaşayacağı beklentisi içindedirler. Bu kişiler olumsuz sonuçları abarttıkları için sürekli endişeli bekleyiş ve hata yapma korkusuna sahiptirler.

1.2.4.5.2 Duygusal Baskılama

Bu şemaya sahip bireyler kontrolü kaybetmekten ve başkaları tarafından eleştirilmekten kaçınmak için, kendiliğinden oluşan davranış, duygu ve iletişimi baskırlar. Bu baskılama öfkenin ve olumlu dürtülerin bastırılması şeklinde olabileceği gibi incinebilirliği ifade edememe veya duyguları yoksayıp mantığa aşırı vurgu yapma şekillerinde de olabilmektedir.

1.2.4.5.3 Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik:

Bu şemaya sahip bireyler, utanç duygusundan kaçınmak için içselleştirdikleri katı ve yüksek standartlara uymak zorunda olduklarını düşünürler. Bu şemaya sahip kişiler sürekli kendisini ve başkalarını eleştirirler. Şema; çeşitli alanlarda katı kurallar ve zorunluluklar belirleme, mükemmeliyetçilik, zaman ve verimlilik konusunda kaygı yaşama gibi şekillerde görülebilir.

1.2.4.5.4 Cezalandırıcılık:

Bu şemaya sahip bireyler hata yapan kişinin sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanırlar. Bu kişiler içselleştirdikleri standartları karşılamayan kişilere (kendisi dahil) karşı hoşgörüsüz ve öfkeli olma eğilimindedirler.⁵

1.2.5 Şema İşlemleri

Şema işlemleri, bir şema ile ilgili her türlü duygu, düşünce, davranış ve yaşam deneyiminin şemayı pekiştirip onu devam ettirmesi şeklinde (şema devamlılığı) ya da şemayı zayıflatıp onu iyileştirmesi (şemanın iyileşmesi) şeklinde görülebilir.

1.2.5.1 Şema Devamlılığı:

Bireyin şemayı davranışsal ve içsel olarak sürdürmesi anlamına gelmektedir. Şema devamlılığı, şemanın iyileşmesi yerine, şemayı destekleyen duygu, düşünce ve davranışlardan oluşur. Şemalar kendilik yıkıcı yaşam örüntüleri/kalıpları, bilişsel çarpıtmalar ve şema baş etme biçimleri ile devamlılık kazanmaktadır. Bilişsel çarpıtma, bireyin şemaya neden olan bilgiye dair algısının artmış olması ve şemayı inkar eden bilginin ise görmezden gelinmesi sonucu oluşur. Birey davranışsal olarak şemanın iyileşmesini sağlayan ilişkilerden kaçınırken, şemayı tetikleyen ve devam ettiren durumlar ve ilişkilere yönelerek kendiliğine zarar veren yaşam deneyimleri edinir.

1.2.5.2 Şemanın İyileşmesi:

Şema terapinin en temel amacıdır. Şemaya bağlı duygusal değişimin sıklığı, olumsuz anılar, bedensel duyular ve uyumsuz bilişler azaldığında şemanın iyileşmesi beklenmektedir. Şema iyileşmesinin gerçekleşmesi için beklenen bir başka durum da uyumlu davranış örüntüleri ile uyumsuz baş etme biçimlerinin yer değiştirmesidir. Bu sayede uyumsuz şemanın daha az aktive olması amaçlanmaktadır. Şemaların değişmesi dirençlidir ve iyileşme süreci uzundur. Benlik ve hayat ile ilgili kavramlar çok küçük yaşta yerleştiği için kişilerin bu şemalardan vazgeçmesi oldukça zor olmaktadır. Şemalar yıkıcı olabilmelerine rağmen kişilere güven duygusu verir. Kişiler şemalarını bıraktığında yaşamlarının parçalanacağı inancına sahiptirler. Bu nedenle kişiler kontrol ve iç tutarlılık duygusunu devam ettirebilmek ve kendini korumak için tedaviye direnebilirler. Şemalar bütünüyle yok olmamakta ve iyileştiklerinde daha az aktive olmaktadır.

1.2.5.3 Uyumsuz Baş Etme Biçimleri

Bireylerin şemaların yol açtığı duygulardan kaçınmak ya da duygularla baş etmek için kullandığı davranışsal yöntemlerden oluşmaktadır. Uyumsuz baş etme biçimleri şemadan kaçınmayı sağlamış olsa da şemanın devamlılığına neden olur. Bu baş etme biçimleri bireyin farkındalığı dışında gerçekleşmektedir. Her bireyin farklı durumlarda, farklı

ortamlarda farklı şemalara karşı uyguladığı stratejiler farklıdır. Uyumsuz baş etme biçimleri, şemaya teslim olma, şemadan kaçınma ve şemayı aşırı telafi olmak üzere üç şekilde görülmektedir.

1.2.5.3.1 Şemaya Teslim Olma

Bu baş etme biçimine sahip bireyler şemayla savaşımadan, şemadan kaçınmadan, şemanın verdiği duygusal acıyı hissederek, şemaya uyum sağlarlar ve şemayı onaylayan davranış örüntüleri geliştirirler.

1.2.5.3.2 Şemadan Kaçınma

Baş etme biçimi olarak şemadan kaçınmayı kullanan kişiler şemayı görmezden gelerek yaşamlarını devam ettirirler, şemayı hissetmekten ve şema hakkında düşünmekten kaçınırlar.

1.2.5.3.3 Şemanın Aşırı Telafisi

Baş etme biçimi olarak aşırı telafide bulunan kişiler, şemanın tersi yönünde davranırlar, düşünürler, hissederler.⁵

1.2.6 ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR VE OKB

Erken dönem uyumsuz şemaların çoğunun depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı, psikosomatik belirtilere sebep olabileceği öne sürülmüştür.⁶ Şema terapi öncelikle kişilik bozuklukları için geliştirilmiş olsa da bugün pek çok kronik Eksen I bozukluğu için de uygulanabilmektedir. Tedaviye dirençli ve tekrarlayıcı depresyon ve anksiyete şema terapiden fayda görmektedir. Önceki tedavi seçeneklerinden fayda görmemiş Eksen I bozukluğu bulunan hastalarda şema terapi tercih edilebilir.⁶

OKB hastaları ve şemalarla ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda; önceleri anksiyete ve depresyon hastalıklarına özgü şemalardan bahsedilirdi.³⁰ Daha sonrasında Delattre ve ark.³¹ yaptığı bir çalışmada anksiyete bozukluğu hastalarında neredeyse bütün şemaların kontrol grubundan fazla olduğu, anksiyete bozukluğuna özgü şema aktivasyonunun olmadığını bulmuşlardır. Lochner ve ark.'nın 2005 yılında OKB hastalarıyla trikotillomani hastaları arasında karşılaştırmalı yaptığı bir çalışmada güvensizlik, suistimal edilme, sosyal izolasyon, kusurluluk/utanç, boyun eğicilik ve duygusal baskılama/ketleme şema

puanlarının OKB hastalarında trikotillomani hasta grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.³²

2008 yılında Atalay ve ark.'nin³³ yaptığı kesitsel bir çalışmada, OKB hastaları sağlıklı kontrollerle kıyaslanmış, olumsuzluk/karamsarlık, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık ve sosyal izolasyon/yabancılaşma şema puanları OKB hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla bulunmuş ($p<0,0001$). Bununla birlikte daha az derece de olsa; OKB hastalarında duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, boyun eğcilik, yüksek standartlar, hak görme/büyükleme ve onay arama şema puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuş ($p<0,05$).

Kim ve ark.'nin³⁴ 2014 yılında OKB hastaları ve kontrol gruplarını karşılaştırarak yaptıkları bir çalışmada, OKB hastalarında kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon/yabancılaşma ve başarısızlık şema puanlarını, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca beş OKB belirti alanından cinsel/dini belirti grubuyla hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık ve yapışıklık/gelişmemiş benlik şemaları arasında anlamlı derecede ilişki bulunduğunu göstermişlerdir.

Kwak ve ark.'nin³⁵ 2015 yılında OKB hastalarıyla panik bozukluğu hastaları ve kontrol grubu arasında karşılaştırmalı yaptıkları bir çalışmada OKB hastalarında belirgin bir şekilde kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon/yabancılaşma, başarısızlık şemalarının aktive olduğunu, panik bozukluğu hastalarında ise hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık ve kendini feda şemalarının aktive olduğunu göstermişlerdir.

Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu hastalarında yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik ve duygusal baskılama/ketleme şemaları çok sık görülmektedir.³⁶

1.3 DAMGALANMA (STİGMATİZASYON, ETİKETLEME)

1.3.1 Tanım

Damga (stigma) her ne kadar sözcük olarak “delik, delmek, yara, iz” anlamına gelse de, bugün daha çok “kara leke” anlamında kullanılmaktadır. Sözcüğün bu anlamda kullanılmaya başlanması, ortaçağda suçlu kişilerin suçluluğun göstergesi olarak kızgın

demirle dağlanmalarından sonrasıdır. Böylece ‘‘damga’’, bir kişi ve grup için utanılması gereken bir durumun varlığı ya da normal dışı olarak, kabul edilemezliğin belirtisi olarak belirlenmiştir.³⁷ Damgalama, kişinin içinde yaşadığı toplumun ‘‘normal’’ saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, toplumu oluşturan diğer bireyler tarafından kişiye saygınlığını azaltıcı bir atıfta bulunulmasıdır. Damgalanan kişiye gerçeğe dayanmaksızın adını kötüye çıkaran utanç verici bir özellik yüklenmektedir.³⁸ Damgalama kuramının öncüsü Amerikalı sosyolog Goffman damgalamayı, ‘‘damgalanan bireye daha az değer verme davranışı, bu etiketi taşıyan insanların daha az istenebilir ve neredeyse insan gibi algılanmaması’’ şeklinde tarif etmiştir.³⁹ Ruhsal hasta ve hastalığa yönelik olumsuz inançların olması ve bunların sonucu olarak damgalamanın olduğu bildirilmiştir.⁴⁰

Önyargı ve onun getirdiği damgalama ayrımcılığa yol açar. Ayrımcılık toplumdaki kişi ya da grupların diğerlerini damga ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakmasıdır.⁴¹

1.3.2 Ruhsal Hastalıklarda Damgalanma:

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama, ayrımcılık ya da dışlama toplumlarda yaygın olarak görülmektedir. Gerek toplumsal, gerek kişisel gereksinimler açısından, damgalamanın temelinde zarar görme korkusu yatmaktadır.³⁷

Ruhsal hastalıklarda damgalama sadece hasta olduğu için çoğu kez diğer hiçbir özelliğine bakılmaksızın ruhsal hastalığı olanların diğer insanlardan (hatta fiziksel hastalığı bulunan diğer kişilerden de) farklı olarak değerlendirilmesi ve toplumun bu kişilere birçok olumsuz olayı atfetmesi (genellikle bu hastaların tehlikeli ve ne zaman ne yapacağı belli olmayan kişiler olarak değerlendirmeleri) ve bunun sonucunda da sosyal olarak dışlaması hatta yalıtmasını içerir.³⁷

Sonuçta damgalama bir etiket (ruhsal olarak hasta) ile başlayan ve ayrımcılık, dışlama ile sona eren bir süreçtir. Ruhsal olarak hasta kişi etiketi olumsuz stereotipleri etkinleştirmektedir. Bunun sonucunda hastalar, özelliklerine bakılmaksızın tehlikeli ve ne yapacakları belli olmaz kişiler olarak algılanmaktadır. Korku uyandıran bu algı da hastaların dışlanması ve sosyal olarak reddedilmesi ile sonuçlanmaktadır.³⁷

1.3.3 İçselleştirilmiş Damgalanma

Bireyin toplumdaki olumsuz kalıp yargıları kendisi için kabullenmesi ve bunun sonucunda değersizlik, utanç gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesidir.⁴² Hastaların psikiyatriye başvurduktan ve bir tanı aldıktan sonra açık bir ayrımcılık ya da kötü bir davranışa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış olarak hissettikleri görülmüştür. Bu hastalarda durumundan utanma, yetersizlik duyguları, olumsuz otomatik düşüncelerde artma, sosyal ilişkilerden kaçınma (dışlayıcı bir davranışa maruz kalmadan), kendilik değerinde düşme olduğu görülmüştür. Kullanılan psikiyatrik tanının (etiket) damgalayıcı etkisi ne kadar fazla ise bu belirtilerin şiddeti de o kadar fazlalaşmaktadır. Buradan yola çıkarak ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanma duygusu taşıdıkları ileri sürülmüştür.⁴³

Damgalanma algısı için en önemli kaynak kişinin kendisidir. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi yanında daha öncesinde kendisi ile ilgili olumsuz düşünceleri bulunan kişilerde damgalanma duygusu daha fazla yaşanmaktadır. Düşük kendilik saygısı olan kişilerde hem diğer hastaları damgalama eğilimleri daha fazladır hem de bu kişiler hasta olduklarında yaşadıkları damgalanma algısı daha fazladır.⁴³

Damgalanma duygusunu belirleyen diğer bir etmen de kişinin yakın çevresidir. Çünkü içselleştirilmiş damgalanma hastanın yakın çevresinde de aktifleşmektedir. Hastanın yakın çevresindeki insanlar hem kendileri damgalanma algısı yaşamakta hem de bu nedenle hastayı damgalamakta ve dışlamaktadır. Öte yandan damgalanma duygusunun diğer bir belirleyicisi de toplumun genel tutumu ve damgalama eğilimidir.⁴³

1.3.4 Damgalanma ve İçselleştirilmiş Damgalanmanın Olumsuz Sonuçları

Ruhsal hastalığı ortaya çıkışından sonra yüksek düzeyde damgalanma hastalığın gidişini etkiler. Damgalama bir ayrımcılıktır ve maruz kalan bireyleri birçok alanda dezavantajlı konuma getirir. Daha kötü sağlık hizmeti alma ve benlik saygısını azaltacak çok sayıda yaşam olayına maruz kalma gibi.⁴⁴ İçselleştirilmiş damgalanma kişinin psikolojik iyilik halini yordayan bir faktördür. Ayrıca damga içselleştirilmese bile ruhsal hastalıkla ilgili toplumsal damganın farkında olma, benlik saygısı ve psikolojik iyilik halini etkileyebilir.⁴⁵ İçselleştirilmiş damgalanma kaçınan savunmaları ve aktif sosyal kaçınmayı arttırabilir.⁴⁶ İçselleştirilmiş damgalanma yaşam kalitesini objektif ve subjektif olarak etkiler. Ayrıca içselleştirilmiş damgalanma sosyal işlevsellikle zıt ilişkilidir.⁴⁵

1.3.5 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma ile İlgili Çalışmalar

İçselleştirilmiş damgalanma şizofreni hastalarının yaklaşık üçte birinde ve bipolar bozukluğu hastalarının yaklaşık beşte birinde bulunmaktadır. Sarısoy ve ark. 119 bipolar bozukluğu ve 109 şizofreni hastasıyla yaptıkları bir çalışmada, bipolar bozukluğu hastalarının %18,5'nde ve şizofreni hastalarının %29,4'ünde içselleştirilmiş damgalanmanın bulunduğunu belirlemişlerdir.⁴⁷ Brohan ve ark. bipolar bozukluğu ve depresyon hastalarında yaptığı çalışmada, hastaların %21,7'sinde içselleştirilmiş damgalanmanın bulunduğunu belirlemişlerdir.⁴⁸ Cerit ve ark. bipolar bozukluğu hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın, işlevselliği yordayan çekirdek etken olduğunu bildirmişlerdir.⁴⁹ Chang ve ark. şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon ve anksiyete bozuklukları hastalarında yaptıkları bir çalışmada, şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarında içselleştirilmiş damgalanma puanları anksiyete bozuklukları hastalarına göre daha yüksek bulunmuş.⁵⁰ Grambal ve ark. bipolar bozukluğu hastalarındaki şemalarının RHİDÖ ile ölçülen içselleştirilmiş damgalanma inançları ve öngörülerini ile benzer özellikler taşıdıklarını öne sürmüşlerdir.⁵¹

Çoğu OKB hastası psikolojik tedavi arayışına girmemektedir ya da sıkıntı yaşadıkdan yıllar sonra tedaviye geç başlamaktadır.⁷ Araştırmalar bu tedavi gecikmesini damgalamaya bağlamaktadır. Goodwin ve ark.⁵² hastaların yaklaşık beşte birinin kendi belirtileriyle ilgili başkalarının ne düşündüğü korkusuyla tedaviyi geciktirdiklerini bulmuş olsalar da Marques ve ark.⁵³ tedavide gecikmenin en önemli sebepleri olarak damgalama, utanç ve ayrımcılık olduklarını bulmuşlardır.

2 GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 ÖRNEKLEM

Çalışmaya Haziran 2017 ile Haziran 2018 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine başvuran, yapılan klinik görüşmede DSM-5 tanı ölçütlerine göre OKB tanısı alan 51 gönüllü hasta alındı. Hastaların yaş, eğitim durumu ve cinsiyetleriyle uyumlu olarak 51 sağlıklı kişi kontrol grubuna dahil edildi. Kontrol grubu çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan gönüllü sağlıklı kontrollerden seçildi. Çalışmanın etik kurul onayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastalara ve sağlıklı kontrol grubuna çalışmanın amacı açıklanmış, uygulanacak psikometrik testler hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır.

2.2 ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME ÖLÇÜTLERİ

- 18 yaşından büyük olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalamak
- Hasta grubu için yapılan klinik görüşmede DSM-5'e göre OKB tanısı almış olmak. Sağlıklı kontrol grubu için yapılan görüşmede herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olmak.
- Hasta grubu için DSM-5 tanı ölçütlerine göre başka bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış olmak
- Demansiyel bozukluk ya da organik mental bozukluğun bulunmaması
- Bilişsel fonksiyonları etkileyecek düzeyde kronik sistemik bir hastalık öyküsü bulunmaması
- Ölçekleri uygulayabilecek eğitim seviyesinde olmak

2.3 ÇALIŞMADAN DIŞLAMA ÖLÇÜTLERİ

- 18 yaşından küçük olmak

- Hasta grubu için yapılan klinik görüşmede DSM-5'e göre OKB tanısı dışında ek psikiyatrik hastalık öyküsü bulunması
- Sağlıklı kontrol grubu için yapılan klinik görüşmede DSM-5'e göre psikiyatrik hastalık tanısı bulunması.
- Demansiyel bozukluk, organik mental bozukluğun ya da zeka geriliğın bulunması
- Bilişsel fonksiyonları etkileyecek düzeyde kronik sistemik hastalık öyküsü bulunması
- Geçirilmiş kafa travması veya operasyonu bulunması
- Ölçekleri uygulayabilecek eğitim seviyesinde olmamak

2.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:

2.4.1 Katılımcı Bilgilendirme Onam Formu

Bilgilendirilmiş onam formu, her görüşmenin başlangıcında hastaları ve sağlıklı kontrol gruplarını çalışmanın şekli ve uygulanacak psikometrik test ve ölçekler hakkında bilgilendirmeyi amaçlayan yazılı formdur. Dahil edilme ölçütlerini karşılayan hasta ve sağlıklı kontrollerden yazılı ve sözlü olarak onamları alındı.

2.4.2 Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin sorgulanması amacıyla hazırlanmıştır. Sosyodemografik Veri Formu ile katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastalığı başlatan stresör faktör, hastalık başlama şekli, hastane yatış öyküsü, aile öyküsü, hastalığa ait bazı klinik özellikler, halen kullanılan tedavi ve bedensel hastalık öyküsünün sorgulanması amaçlanmıştır.

2.4.3 Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ):

Goodman ve ark. tarafından 1989 yılında geliştirilen, OKB tanılı hastaların obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek için kullanılan, görüşmeci tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir^{54,55}. Ölçek toplamda 19 maddeden oluşmaktadır. Ancak belirtilerin şiddetini ölçmek için ölçeğin ilk 10 maddesi

kullanılmaktadır. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. Ölçeğin yanında geçmişteki ve şu andaki belirtilerin tanınmasına yardımcı olan Y-BOCS Semptom Kontrol Listesi bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karamustafaoğlu ve ark.⁵⁶ (1993) ile Tek ve ark.⁵⁷ (1995) tarafından yapılmıştır.

2.4.4 Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3)

Young ve Brown (1990) tarafından geliştirilen, kişilerin erken dönem uyumsuz şemalarını değerlendirmek için kullanılan, 16 şema ve 205 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir.⁵⁸ Young (1994) ölçeği 15 şema ve 75 maddeyi içerecek şekilde kısaltarak ölçeğin kısa formunu oluşturmuştur. Araştırmamızda erken dönem uyumsuz şemaları değerlendirmek için Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3) kullanılmıştır. YŞÖ-KF3, 2004 yılında Young tarafından ölçeğe cezalandırılma, onay arayıcılık ve olumsuzluk/karamsarlık şemalarının eklenmesiyle oluşturulmuş toplamda 90 maddelik bir ölçektir. Ölçek beş şema alanı ve 18 erken dönem uyumsuz şemayı içermektedir. Şema alanları; ayrılma ve dışlanma/reddedilme, zedelenmiş özerklik ve performans, zedelenmiş sınırlar, başkalarına yönelimlilik ve aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şeklindedir. Bu beş şema alanını kapsayan 18 boyut; terk edilme/istikrarsızlık, duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç, güvensizlik/suistimal edilme, sosyal izolasyon/yabancılaşma, bağımlılık/yetersizlik, yapışıklık/gelişmemiş benlik, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, başarısızlık, hak görme/büyüklenmecilik, yetersiz özdenetim/özdisiplin, kendini feda, boyun eğcilik, onay arayıcılık, olumsuzluk/karamsarlık, duygusal baskılama/ketleme, yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik, cezalandırıcılık şeklindedir. Öz bildirime dayanan ölçekte katılımcılardan her bir maddenin kendilerini ne kadar tanımladığını değerlendirmesi ve 1-6 arasında likert tipi ölçek üzerinde her bir maddeyi değerlendirip puan vermesi istenmektedir (1: Benim için tamamıyla yanlış, 6: Beni mükemmel şekilde tanımlıyor). Yüksek puanlar daha fazla sayıda ve daha şiddetli erken dönem uyumsuz şemanın bulunduğunu göstermektedir. YŞÖ-KF3'ün ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından üniversite öğrencilerinde yapılmıştır.⁵⁹ Yapılan bu çalışmada şema boyutlarının belirlenmesi için uygulanan Temel Bileşenler Analizine göre yorumlanabilir 14 faktöre ulaşılmıştır. Bu faktörler; duygusal yoksunluk, başarısızlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, karamsarlık, duyguları bastırma, onay arayıcılık, iç içe geçme/bağımlılık, kendini feda,

ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, terk edilme, cezalandırılma, tehditler karşısında dayanıksızlık, kusurluluk ve yüksek standartlardır. Temel Bileşenler Analizinin ardından üst-sıra faktör analizi yürütülerek 5 şema alanı belirlenmiştir. Bu şema alanları; zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar, zedelenmiş sınırlar ve diğeri yönelimlidir. Ölçeğin birleşen geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla alt ölçeklerle, psikolojik belirtiler arasında ilişkiler incelenmiştir. Ölçeğin depresyon, kaygı ve kişilerarası duyarlık ile anlamlı ilişkiler gösterdiği görülmüştür. Klinik ve normal örneklem temelinde yürütülen karşılaştırmalı analizler ölçeğin ayırt edici geçerliğini destekler niteliktedir. Klinik örneklem çoğu şema boyutu ve alanı açısından, normal örnekleme göre yüksek ortalamalar sergilemiştir.⁵⁹ Yapılan test-tekrar test güvenilirlik analizi sonuçları, şema boyutları için Pearson korelasyon katsayılarının .66 ile .82 ($p<0.01$), şema alanları için ise .66 ile .83 ($p<0.01$) arasında değiştiği gösterilmiştir. Cronbach Alpha iç tutarlık katsayılarının ise şema boyutları için .63 ile .80, şema alanları için .53 ile .81 arasında değiştiği gösterilmiştir.⁵⁹ Çalışmada elde edilen 14 boyut ve 5 şema alanı madde dağılımı, iç tutarlık ve güvenilirlik katsayıları şu şekildedir: İç içe geçme/bağımlılık boyutu 7, 9, 10, 25, 63, 64, 79, 81 ve 82. Maddeleri ($\alpha=.80$, $r=.76$), terk edilme boyutu 2, 20, 28, 38 ve 74. Maddeleri ($\alpha=.73$, $r=.72$), başarısızlık boyutu 6, 24, 33, 42, 60 ve 78. Maddeleri ($\alpha=.80$, $r=.70$), karamsarlık boyutu 8, 17, 26, 35 ve 80. Maddeleri ($\alpha=.79$, $r=.77$), tehditler karşısında dayanıksızlık boyutu 21, 39, 44, 62 ve 71. Maddeleri ($\alpha=.63$, $r=.68$), duygusal yoksunluk boyutu 1, 19, 37, 55 ve 73. Maddeleri ($\alpha=.78$, $r=.71$), duyguları bastırma boyutu 12, 30, 48, 66 ve 84. Maddeleri ($\alpha=.72$, $r=.78$), sosyal izolasyon/güvensizlik boyutu 3, 4, 40, 57, 58, 75 ve 76. Maddeleri ($\alpha=.78$, $r=.77$), kusurluluk boyutu 23, 41, 43, 59, 77 ve 90. Maddeleri ($\alpha=.68$, $r=.75$), yüksek standartlar boyutu 13, 14 ve 31. Maddeleri ($\alpha=.70$, $r=.76$), onay arayıcılık boyutu 16, 34, 52, 56, 70 ve 88. Maddeleri ($\alpha=.74$, $r=.72$), ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim boyutu 15, 22, 32, 50, 51, 68 ve 69. Maddeleri ($\alpha=.72$, $r=.66$), kendini feda boyutu 11, 29, 47, 65 ve 83. Maddeleri ($\alpha=.74$, $r=.82$), cezalandırılma boyutu 18, 49, 53, 54, 72 ve 89. Maddeleri ($\alpha=.71$, $r=.67$) içermektedir. Bu şema boyutları 5 şema alanını oluşturmaktadır. Zedelenmiş otonomi şema alanı; iç içe geçme/ bağımlılık, terk edilme, karamsarlık, başarısızlık ve tehditler karşısında dayanıksızlık şemalarını içermektedir ($\alpha=.81$, $r=.82$). Kopukluk şema alanı; duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, kusurluluk ve sosyal izolasyon/güvensizlik şemalarından oluşmaktadır ($\alpha=.76$, $r=.83$). Yüksek standartlar şema alanı; yüksek standartlar ve onay arayıcılık şemalarından

oluşmaktadır ($a=.53$, $r=.76$). Zedelenmiş sınırlar şema alanı; ayrıcalıklılık/yetersiz özenetim şemasından oluşmaktadır ($a=\text{Tek faktör bulunduğundan iç tutarlık analizi yapılmamıştır}$, $r=.66$). Diğerleri yönelimlilik şema alanı ise kendini feda ve cezalandırılma şemalarından oluşmaktadır ($a=.60$, $r=.78$).⁵⁹

2.4.5 Young-Rygh Kaçınma Ölçeği (YRKÖ)

Çalışmada şema baş etme biçimlerinden biri olan kaçınma davranışını değerlendirmek amacıyla Young-Rygh kaçınma ölçeği kullanılmıştır. Young ve Rygh tarafından geliştirilen ölçek, erken dönem uyumsuz şemalarla başa çıkabilmek için geliştirilen çeşitli savunma mekanizmalarını içermektedir.⁶⁰ 40 maddeden oluşan, öz bildirim dayanan ölçeğin kuramsal olarak önerilen 14 alt boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar: Üzüntü veren olaylar hakkında kasıtlı olarak düşünmeme, mutsuzluğun inkar edilmesi, madde kullanımı, aşırı mantıksallaştırma ve kontrol, anıların inkar edilmesi, öfkenin bastırılması, psikosomatik semptomlar, insanlardan uzaklaşma, uyuyarak kaçınma/enerji kaybı, aktiviteyle zihinden uzaklaştırma, kendini yatıştırma (alışverişle, yiyerek...), olumsuz duyguların pasif engellenmesi, pasif zihinden uzaklaştırma (fantezi kurma, tv izleme...), üzüntü veren durumdan kaçınma şeklindedir. Ölçek maddelerin katılımcılar tarafından 1 ("benim için tamamıyla yanlış") ve 6 ("beni mükemmel şekilde tanımlıyor") arasında değişen Likert tipi bir ölçek üzerinden üzerinde derecelendirmesiyle puanlanmaktadır. Herhangi bir kesim noktası olmamakla birlikte ölçekten alınan yüksek puanlar daha fazla kaçınma davranışını gösterir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik-güvenirlilik çalışmaları 2007 yılında üniversite örnekleminde Soygüt ve ark. (akt. Çakır, 2007) tarafından yürütülmüştür. Çalışmada 6 boyut ve 26 maddeden oluşan yapının ölçek için uygun olduğu görülmüştür. Üniversite örneklemindeki çalışma sonrası oluşan boyutlar şunlardır: Psikosomatizm, sıkıntıyı yok saymak, duygu kontrolü, içe çekilme, aktiviteyle zihinden uzaklaştırma ve hissizlik/duyguları bastırma. Tüm ölçek için iç tutarlılık katsayısı $a=.77$ bulunmuş ve alt boyutların iç tutarlık katsayılarının ise $a=.45-.76$ arasında değiştiği gözlenmiştir. YR-KÖ'nin birleşen geçerliğini ortaya koymak amacıyla ölçekten elde edilmiş test puanları ile diğer ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları hesaplanmış, buna göre ölçeğin YŞÖ-KF ile .51, YTÖ ile .37, YEBÖ-Anne formu ile .28, YEBÖ-Baba formu ile .22, SCL-90-R ile .37 düzeyinde anlamlı korelasyon göstermiştir.⁶¹

2.4.6 Young Telafi Ölçeği (YTÖ)

Araştırmada şema sürdürücü başa çıkma davranışlarının ölçülmesi amacıyla Young Telafi Ölçeği kullanılmıştır. Young tarafından geliştirilen ölçek öz bildirim dayanmakta ve 48 maddeden oluşmaktadır.⁶² Ölçek öfke/düşmanlık, aşırı iddiacılık, baskınlık, tanınma ya da statüye aşırı düşkünlük, istismar etme, manipülasyon, pasif-agresif tutum, aşırı buyurganlığa yönelik maddeler içermektedir. Ölçek 1 (“benim için tamamiyle yanlış”) ve 6 (“beni mükemmel bir şekilde tanımlıyor”) arasında değişen Likert tipi bir ölçek üzerinden katılımcıların kendilerini değerlendirmelerine dayanmaktadır. Ölçek için belirlenmiş bir kesim noktası olmamakla birlikte alınan yüksek puanlar daha fazla sayıda telafi davranışına işaret etmektedir. Ülkemizde ölçeğin özgün formuna ilişkin psikometrik çalışmalar Karaosmanoğlu, Soygüt ve Kabul (2011) tarafından yapılmıştır.⁶³ Bu faktörler ve iç tutarlık kat sayıları; statü düşkünlüğü ($\alpha=.81$), kontrol ($\alpha=.79$), asilik ($\alpha=.79$), aşırı bağımsızlık ($\alpha=.72$), manipülatif olma ($\alpha=.73$), eleştiriye tahammülsüzlük ($\alpha=.60$) ve kendi yönelimlilik ($\alpha=.80$)’dir. Ayırt edici geçerliliği belirlemek amacıyla da klinik olmayan örneklem ile klinik örneklem karşılaştırılmış, klinik örneklemin kontrol, statü düşkünlüğü ve eleştiriye tahammülsüzlük alt faktörlerinde normal örnekleme göre daha yüksek puanlar aldıkları, klinik olmayan örneklemin de manipülatif olma, aşırı bağımsızlık ve kendi yönelimlilik alt faktörlerinde klinik örnekleme göre daha yüksek puan aldıkları gösterilmiştir. Ölçeğin toplam yarı-bölünmüş katsayısının 0.88 olduğu, her alt ölçek için Cronbach alpha katsayısının 0.60 ile 0.81 arasında değiştiği ve iç tutarlık seviyesinin kabul edilebilir olduğu gösterilmiştir.⁶³

2.4.7 Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen, içsel damgalanmayı değerlendiren bu öz-bildirim ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması Ersoy ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. 29 maddeden oluşan bu ölçek, “yabancılaşma”, “kalıp yargıların onaylanması”, “sosyal geri çekilme”, “algılanan ayrımcılık” ve “damgalanmaya karşı direnç” olarak adlandırılan beş alt ölçek çerçevesinde kişilerin öznel damgalanma yaşantılarını değerlendirmektedir. RHİDÖ’de yer alan maddeler, “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dörtlü

bir Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. ‘‘Damgalanmaya karşı direnç’’ alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. RHİDÖ alt ölçeklerine ait Cronbach alfa katsayıları yabancılaşma için 0.84, kalıp yarguların onaylanması için 0.71, algılanan ayrımcılık için 0.87, sosyal geri çekilme için 0.85, damgalanmaya karşı direnç için 0.63’tür. Yabancılaşma (6 madde): 1, 5, 8, 16, 17, 21. Kalıp Yarguların Onaylanması (7 madde): 2, 6, 10, 18, 19, 23, 29. Algılanan Ayrımcılık (5 madde): 3, 15, 22, 25, 28. Sosyal Geri Çekilme (6 madde): 4, 9, 11, 12, 13, 20. Damgalanmaya Karşı Direnç (5 madde): 7, 14, 24, 26, 27. RHİDÖ toplam madde puanı 1-4 arasında değişmektedir. Ritscher’in 2003 ve 2004 yıllarında yaptığı çalışmalarda her bir madde için 2.5 kesme noktası olarak belirlenmiştir. Bu kesme noktasına göre içselleştirilmiş damgalanma şiddeti değerlendirilmektedir. RHİDÖ’de <2.5 puanlar düşük şiddette damgalanma; ≥2.5 puanlar yüksek şiddette damgalanma göstermektedir. Yani RHİDÖ’nde yüksek puanlar olguların içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir.^{64,65,66}

2.4.8 Beck Depresyon Envanteri (BDÖ)

Beck Depresyon Envanteri (BDE) Beck ve arkadaşları tarafından depresyonda görülen somatik, bilişsel, duygusal ve motivasyonel belirtileri ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğın amacı depresyon tanısı koymaktan çok depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini objektif olarak değerlendirmektir. Öz bildirimine dayanan BDÖ 15 yaşın üzerindeki ergen ve yetişkinlere uygulanabilmektedir. Ölçek duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, suçluluk duygusu, doyumsuzluk, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içe dönüklük, bedensel imge, kararsızlık, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybı olmak üzere depresyonda görülen 21 farklı belirti kategorisini içeren 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde dört seçenek içermekte ve katılımcılardan her bir maddede son bir hafta içinde kendilerini nasıl hissettiklerini en iyi ifade eden cümleyi seçmeleri istenmektedir. Her madde 0 ile 3 arasında puanlanmakta ve katılımcıların her bir maddeden aldıkları puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında olup, toplam puanın yüksek olması, depresyon düzeyi ya da şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir^{67,68}. BDÖ Hisli (1988, 1989) tarafından

Türkçe'ye uyarlanmıştır.^{69,70} Hisli'nin (1989) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada ölçeğin iki yarım test güvenirlik katsayısının .74 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin geçerliği MMPI depresyon alt ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. İki ölçek arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı .50 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek için uygulanan faktör analizi sonucunda yorumlanabilir nitelikte dört faktör elde edilmiştir. Birinci faktör umutsuzluk, ikinci faktör kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, üçüncü faktör bedensel kaygılar ve dördüncü faktör suçluluk duyguları olarak isimlendirilmiştir. Mevcut çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayısının .83 olduğu belirlenmiştir.

2.4.9 Hamilton Anksiyete Derelendirme Ölçeği (HAÖ)

Anksiyete düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek, belirti dağılımını belirlemek amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış ve görüşmeci tarafından uygulanan beşli Likert tipi bir ölçektir.⁷¹ Ruhsal ve bedensel belirtileri sorgulayan toplam 14 soru içermektedir. Her soru 0-4 arasında puanlandırılır ve en yüksek toplam puan 56'dır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yazıcı ve ark. (1998) tarafından yapılmış olup, Türkçe formunda kesme puanı hesaplanmamıştır, yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda anlam taşır.⁷²

2.5 VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verilerini toplamak amacıyla tüm katılımcılara, Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu, Sosyodemografik Veri Formu, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği Formu, Y-BOCS Kontrol Listesi, Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3, Young-Rygh Kaçınma Ölçeği, Young Telafi Ölçeği, Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği 01.06.2017-01.06.2018 tarihleri arasında verilmiştir. Hasta grubu Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalardan seçilmiştir. Kontrol grubu da hasta grubunun yaş, cinsiyet ve eğitim durumuyla uyumlu olarak hastane çalışanlarından ve öğrencilerden seçilmiştir. Araştırmaya 102 katılımcı dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara araştırmanın amacı ve araştırmada kullanılan ölçeklerle ilgili bilgiler verilmiş, sonuçların gizli tutulacağı ve sadece araştırma amaçlı kullanılacağı söylenmiştir.

2.6 VERİLERİN ANALİZİ

İstatistiksel analizler SPSS 22 programı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak incelenmiştir. Gruplar arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan grupların sayısal istatistiksel verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uyan grupların sayısal verilerinin karşılaştırılmasında Bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Sayısal verilerin birbiriyle ilişkilerini değerlendirmek amacıyla Pearson ve Spearman korelasyon analiz testleri kullanılmıştır. p değerinin 0.05'ten küçük olması halinde gruplar arasında anlamlı fark olduğu kabul edilmiştir.



3 BULGULAR

Çalışmaya hasta grubundan 51 ve sağlıklı kontrol grubundan 51 kişi olmak üzere toplam 102 kişi katılmıştır. Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik bilgileri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: OKB Hastalarının ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri:

		Hasta Grubu	Kontrol Grubu	<i>p</i>
Yaş (ort. ±SS)		26.62 ±9.92	27.15 ±7.35	0.760
Cinsiyet (n, %)	Erkek	16 (31.4)	23 (45.1)	0.222
	Kadın	35 (68.6)	28 (54.9)	
Eğitim yılı (ort. ±SS)		13.03 ±3.19	14.60 ±4.71	0.052
Medeni durum (n,%)	Evli	10 (19.6)	12 (23.5)	0.810
	Evli olmayan	41 (80.4)	39 (76.5)	
Çalışma durumu (n,%)	Çalışan	39 (76.4)	51 (100.0)	<0.001**
	Çalışmayan	12 (23.6)	0 (0)	
Kardeş sayısı med.(min.-maks.)		3.00(1-10)	2.00(1-8)	0.123
Kaçınıcı çocuk med.(min.-maks.)		2.00(1-8)	2.00(1-8)	0.638

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

Tablo 1’e bakıldığında hasta grubunun 16’sı (%31.4) erkek ve 35’i (%68.6) kadın, kontrol grubunun 23’ü (%45.1) erkek ve 28’i (%54.9) kadın idi. Hasta grubunun yaş ortalaması 26.62 ±9,92 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 27.15 ±7.35 idi. Hasta grubunun eğitim yılı ortalaması 13.03 ±3.19 ve kontrol grubunun eğitim yılı ortalaması 14.60 ±4.71 idi. Hasta grubu ve kontrol gruplarının yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve diğer sosyodemografik veriler açısından aralarında anlamlı bir fark yoktu.

OKB hastalarının klinik özellikleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: OKB Hastalarının Klinik Özellikleri:

		(n, %)	ort. \pm SS	
Başlama yaşı			18.52 \pm 7.70	
Hastalık süresi (yıl)			7.92 \pm 5.48	
Hastalık öncesi başlatıcı stressör etmen	Yok	25		
	Var	26		
Yatış Sayısı			0.58 \pm 0.23	
Aile öyküsü	Obsesif Kompulsif Bozukluk	9 (17.6)		
	Psikotik Bozukluklar	1 (2.0)		
	Majör Depresif Bozukluk	2 (3.9)		
	Anksiyete Bozuklukları	7 (13.7)		
	Diğer Ruhsal Hastalıklar	1 (2.0)		
OKB Alt Tipleri	Sadece Kirlenme-Temizleme	3 (5.9)		
	Sadece Saldırganlık-Kontrol	5 (9.8)		
	Sadece Dini-Cinsel	3 (5.9)		
	Birden Fazla	40 (78.4)		
OKB Belirti Boyutları	Kirlenme-Temizleme	Yok	11 (21.6)	
		Var	40 (78.4)	
	Saldırganlık-Kontrol	Yok	15 (29.4)	
		Var	36 (70.6)	
	Düzen-Simetri	Yok	29 (56.9)	
		Var	22 (43.1)	
	Dini-Cinsel	Yok	29 (56.9)	
		Var	22 (43.1)	
Biriktirme	Yok	44 (86.3)		
	Var	7 (13.7)		

Tablo 2'ye baktığımızda, hastaların ortalama hastalık başlangıç yaşı 18.52 \pm 7.70 yaş idi. Hasta grubunun ortalama hastalık süresi 7.92 \pm 5.48 yıl idi. OKB hastalığında en sık görülen alt boyut tipi kirlenme-temizleme idi. Daha sonra saldırganlık-kontrol alt boyut

grubu geliyordu. Onu düzen-simetri ve dini cinsel alt boyutu takip etti. Sıklığı en az gözlenen ise biriktirme alt boyutu idi.

OKB hastalarının klinik ölçek puanları ve klinik ölçek puanlarının birbirleriyle ilişkileri Tablo 3 ve Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 3: OKB Hastalarının Klinik Ölçek Puanları Ortalamaları

		ort. \pm SS veya med.(min.-maks.)
YBOKÖ		20.35 \pm 6.86
BDÖ		18.86 \pm 10.79
HAÖ		12.52 \pm 6.12
RHİDÖ	Yabancılaşma	13.45 \pm 4.39
	Kalıp Yargıların Onaylanması	12.00(7-24)
	Algılanan Ayrımcılık	8.00(5-15)
	Sosyal Geri Çekilme	11.49 \pm 3.44
	Damgalanmaya Karşı Direnç	11.52 \pm 2.83
	Toplam Puan	57.25 \pm 13.75

Tablo 3'e bakıldığında OKB hastalarının YBOKÖ toplam puanları ortalamaları 20.35 \pm 6.86 idi. BDÖ toplam puanları ortalamaları 18.86 \pm 10.79 idi. HAÖ toplam puanları ortalamaları 12.52 \pm 6.12 idi. RHİDÖ toplam puanları ortalamaları 57.25 \pm 13.75 idi. OKB hastalarının RHİDÖ ortalama puanı 1.97 idi. 51 OKB hastasının 6'sının (%11.7) RHİDÖ ortalama puanı 2.5'tan büyüktü.

Tablo 4: OKB Hastalarının Klinik Ölçek Puanlarının Birbirleriyle İlişkisi:

	YBOKÖ r(p)	BDÖ r(p)	HAÖ r(p)
BDÖ	0.591(<0.001)**		0.688(<0.001)**
HAÖ	0.589(<0.001)**	0.688(<0.001)**	
YBOKÖ		0.591(<0.001)**	0.589(<0.001)**

*p<0.05 **p<0.001

Tablo 4'e bakıldığında OKB hastaların YBOKÖ puanlarıyla, BDÖ ve HAÖ puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu.

OKB hastalarının BDÖ puanlarıyla, YBOKÖ ve HAÖ puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu.

OKB hastalarının HAÖ puanlarıyla, YBOKÖ ve BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının ve kontrol grubunun erken dönem uyumsuz şema puanları yönünden karşılaştırılması Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: OKB Hastalarının ve Kontrol Grubunun Erken Dönem Uyumsuz Şema Puanlarının Karşılaştırılması:

	OKB Hastaları		Kontrol Grubu		<i>p</i>
	(ort. ±SS)	med.(min.-maks.)	(ort ±SS)	med.(min.-maks.)	
YŞÖ-KF3					
Zedelenmiş Otonomi	79.56 ±25.04		50.27 ±13.89		<0.001**
İç içe geçme/bağımlılık	22.39 ±8.69		13.80 ±4.71		<0.001**
Terk edilme	12.56 ±5.34		7.39 ±2.16		<0.001**
Başarısızlık	16.33 ±6.37		10.39 ±3.62		<0.001**
Karamsarlık	16.05 ±6.51		9.72 ±4.08		<0.001**
Tehditler karşısında dayanıksızlık	13.09 ±5.11		9.23 ±3.69		<0.001**
Kopukluk	58.37 ±20.62		43.33 ±13.42		<0.001**
Duygusal yoksunluk		10.00(5-26)		7.00(5-26)	0.012*
Duyguları bastırma	12.01 ±5.58		10.31 ±3.66		0.072
Sosyal izolasyon/güvensizlik	20.72 ±7.97		15.17 ±5.08		<0.001**
Kusurluluk		12.00(6-32)		9.00(6-21)	<0.001**
Yüksek Standartlar	31.74 ±8.45		25.35 ±5.88		<0.001**
Yüksek standartlar	9.35 ±4.39		8.05 ±3.11		0.089
Onay arayıcılık		23.00(7-32)		18.00(6-25)	<0.001**
Zedelenmiş Sınırlar		24.00(14-37)		20.00(9-40)	0.003*
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim		24.00(14-37)		20.00(9-40)	0.003*
Diğerleri	40.50 ±9.41		32.78 ±8.76		<0.001**
Yönelimlilik					
Kendini feda	16.90 ±5.67		13.52 ±4.42		0.001*
Cezalandırılma	23.41 ±5.89		19.27 ±5.68		<0.001**
YRKÖ					
Psikosomatizm	18.50 ±8.08		14.80 ±6.41		0.012*
Sıkıntıyı yok saymak	12.96 ±4.57		11.58 ±3.82		0.103
Duygu kontrolü	15.92 ±4.04		14.60 ±4.03		0.104
İçe çekilme	12.25 ±3.82		10.84 ±3.60		0.058
Aktiviteyle zihinden uzaklaştırma	11.05 ±3.34		8.11 ±2.64		<0.001**
Hissizlik/duyguları bastırma	7.45 ±2.46		6.72 ±2.08		0.112
YTÖ					

Statü düşkünlüğü	24.01 ±9.92		19.43 ±5.79		0.006*
Kontrol	25.31 ±6.38		21.39 ±6.29		0.002*
Asilik	12.62 ±4.73		11.49 ±4.70		0.227
Aşırı bağımsızlık	19.72 ±4.84		19.19 ±4.79		0.580
Manipülatif olma	14.64 ±5.32		12.80 ±4.05		0.052
Eleştiriye tahammülsüzlük		9.00(4-16)		7.00(3-15)	<0.001**
Kendi yönelimlilik		10.00(4-18)		9.00(3-15)	0.379
Mesafelilik		11.00(4-15)		11.00(3-17)	0.340

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

Tablo 5'te görüldüğü üzere OKB hasta grubunda birçok şema puanı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. YŞÖ-KF3'te yer alan zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar, zedelenmiş sınırlar ve diğerleri yönelimlilik şema alanları puanları OKB hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Zedelenmiş otonomi şema alanı içerisinde bulunan iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık ve tehditler karşısında dayanıksızlık şema boyutları puanları; kopukluk şema alanı içerisinde yer alan duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şema boyutları puanları; yüksek standartlar şema alanı içerisinde yer alan onay arayıcılık şema boyutu puanı; zedelenmiş sınırlar şema alanı içerisinde yer alan ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şema boyutu puanı; diğerleri yönelimlilik şema alanı içerisinde bulunan kendini feda ve cezalandırılma şema boyutları puanları OKB hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

YRKÖ'nde bulunan psikosomatizm ve aktiviteyle zihinden uzaklaştırma şema kaçınma puanları OKB hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

YTÖ'nde bulunan statü düşkünlüğü, kontrol, eleştiriye tahammülsüzlük şema aşırı telafi puanları OKB hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

OKB hastalarında YŞÖ-KF3, YRKÖ ve YTÖ puanlarının cinsiyet değişkeni ile ilişkileri Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: OKB Hastalarında Klinik Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet				p
	Erkek		Kadın		
	ort ±SS	med.(min.-maks.)	ort ±SS	med.(min-maks.)	
YŞÖ-KF3					
Zedelenmiş Otonomi	25.50 ±4.61		25.08 ±7.05		0.804
İç içe geçme/bağımlılık	19.43 ±7.86		23.74 ±8.82		0.101
Terk edilme	10.75 ±5.09		13.40 ±5.32		0.101
Başarısızlık	13.68 ±7.47		17.54 ±5.50		0.044*
Karamsarlık	13.00 ±5.91		17.45 ±6.36		0.022*
Tehditler karşısında dayanıksızlık	12.12 ±5.20		13.54 ±5.08		0.364
Kopukluk	49.68±20.52		62.34 ±19.70		0.041*
Duygusal yoksunluk		8.50(5-20)		11.00(5-26)	0.220
Duyguları bastırma	8.00 ±2.48	8.00(5-20)	7.30 ±2.46	12.00(5-28)	0.942
Sosyal izolasyon/güvensizlik	17.12 ±8.37		22.37 ±7.32		0.028*
Kusurluluk		11.00(6-32)		14.00(6-31)	0.157
Yüksek Standartlar	31.00 ±10.17		32.08 ±7.67		0.675
Yüksek standartlar	8.87 ±4.99		9.57 ±4.14		0.604
Onay arayıcılık		22.00(7-32)		23.00(8-31)	0.863
Zedelenmiş Sınırlar		24.00(19-36)		24.00(14-37)	0.863
Ayrıcalıklılık/Yetersiz öz denetim		24.00(19-36)		24.00(14-37)	0.863
Diğerleri Yönelimlilik	37.00 ±9.30		42.11 ±9.15		0.072
Kendini feda	14.06 ±3.85		18.20 ±5.93		0.005*
Cezalandırılma	22.31 ±7.24		23.91 ±5.20		0.373
YRKÖ					
Psikosomatizm	12.25 ±4.68		21.37 ±7.71		<0.001**
Sıkıntıyı yok saymak	13.56 ±3.34		12.68 ±5.05		0.531
Duygu kontrolü	16.00 ±4.63		15.88 ±3.81		0.927
İçe çekilme	10.62 ±3.34		13.00 ±3.84		0.038*
Aktiviteyle zihinden uzaklaştırma	9.00 ±1.89		12.00 ±3.45		0.002*
Hissizlik/duyguları bastırma	6.81 ±2.34		7.74 ±2.48		0.213
YTÖ					
Statü düşkünlüğü	26.18 ±11.01		23.02 ±9.38		0.296
Kontrol	25.25 ±6.70		25.34 ±6.33		0.962
Asilik	12.62 ±3.75		12.62 ±5.17		0.998
Aşırı bağımsızlık	19.25 ±4.20		19.94 ±5.15		0.640
Manipülatif olma	16.00 ±5.77		14.02 ±5.07		0.224
Eleştiriye tahammülsüzlük		9.00(6-13)		9.00(4-16)	0.926
Kendi yönelimlilik		10.50(6-18)		10.00(4-18)	0.064
Mesafelilik		9.50(8-13)		12.00(9-13)	0.836

RHİDÖ					
Yabancılaşma	11.06 ±3.73		14.54 ±4.28		0.007*
Kalıp yargıların onaylanması		10.00(7-21)		13.00(7-24)	0.067
Algılanan Ayrımcılık		8.50(5-15)		8.00(5-14)	0.986
Sosyal geri çekilme	10.37 ±3.44		12.00 ±3.37		0.119
Damgalanmaya karşı direnç	11.00 ±2.00		11.77 ±3.13		0.372
Toplam puan	51.93 ±13.93		59.68 ±13.59		0.061
YBOKÖ	16.50 ±7.29		22.11 ±5.97		0.006*
BDÖ	11.18 ±9.32		22.37 ±9.67		<0.001**
HAÖ	8.56 ±5.89		14.34 ±5.39		0.001*

*p<0.05 **p<0.001

Tablo 6'ya göre OKB hastalarının kadın ve erkek cinsiyetleri karşılaştırıldığında; YŞÖ-KF3'te yer alan kopukluk şema alanı puanı ve başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, kendini feda şema boyutları puanları kadın hasta grubunda erkek hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

OKB hastalarında erken dönem uyumsuz şemalardan sadece duyguları bastırma şema puanları erkeklerde kadınlara göre yüksek bulunsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yoktu.

OKB hastalarında kadın ve erkek cinsiyetleri karşılaştırıldığında; YRKÖ'nde bulunan psikosomatizm, içe çekilme ve aktiviteyle zihinden uzaklaştırma şema kaçınma puanları kadın hasta grubunda erkek hasta grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Şema kaçınmalarından sıkıntıyı yok saymak ve duygu kontrolü puanları erkek hasta grubunda kadın hasta grubuna göre daha yüksek bulunsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yoktu.

Kadınların RHİDÖ toplam puanları daha yüksek olsa da erkeklerle arasında anlamlı derecede bir fark yoktu. OKB hastalarında kadın ve erkek cinsiyetleri karşılaştırıldığında; RHİDÖ'nde bulunan yabancılaşma damgalanma alt ölçeği puanları kadın hastalarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

OKB hastalarında kadın ve erkek cinsiyetler karşılaştırıldığında; YBOKÖ, BDÖ ve HAÖ puanları kadın hasta grubunda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu.

OKB hastalarının diğer sayısal değişkenlerinin, OKB hastalarının YŞÖ-KF3, YRKÖ, YTÖ, RHİDÖ puanlarıyla ilişkileri Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: OKB Hastalarında Klinik Ölçek Puanlarının Demografik Verilerle İlişkisi

	Yaş r(p)	Eğitim Yılı r(p)	Hastalık süresi r(p)
YŞÖ-KF3			
Zedelenmiş Otonomi	0.027(0.849)	-0.048(0.736)	0.020(0.888)
İç içe geçme/bağımlılık	0.190(0.183)	-0.119(0.404)	0.074(0.605)
Terk edilme	0.072(0.616)	-0.033(0.817)	-0.061(0.673)
Başarısızlık	0.144(0.313)	-0.090(0.531)	0.079(0.580)
Kararsızlık	-0.188(0.187)	-0.042(0.768)	-0.100(0.484)
Tehditler karşısında dayanıksızlık	-0.143(0.316)	0.172(0.226)	-0.104(0.468)
Kopukluk	0.135(0.345)	0.054(0.704)	0.095(0.508)
Duygusal yoksunluk	0.229(0.105)	-0.216(0.128)	0.103(0.471)
Duyguları bastırma	0.037(0.796)	0.148(0.302)	0.204(0.151)
Sosyal izolasyon/güvensizlik	0.120(0.403)	0.015(0.918)	0.103(0.472)
Kusurluluk	-0.009(0.951)	0.261(0.065)	0.127(0.375)
Yüksek Standartlar	-0.117(0.415)	0.072(0.614)	-0.145(0.310)
Yüksek standartlar	0.102(0.475)	0.030(0.815)	-0.038(0.792)
Onay arayıcılık	-0.240(0.090)	0.101(0.481)	-0.172(0.227)
Zedelenmiş Sınırlar	-0.080(0.574)	0.162(0.255)	-0.035(0.807)
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim	-0.080(0.574)	0.162(0.255)	-0.035(0.807)
Diğerleri Yönelimlilik	0.060(0.676)	-0.188(0.186)	0.059(0.681)
Kendini feda	0.142(0.319)	-0.318(0.023)*	0.023(0.873)
Cezalandırılma	-0.094(0.513)	0.075(0.599)	-0.021(0.882)
YRKÖ			
Psikosomatizm	0.275(0.051)	-0.223(0.116)	0.053(0.710)
Sıkıntıyı yok saymak	0.168(0.237)	0.119(0.405)	0.163(0.254)
Duygu kontrolü	0.347(0.013)*	-0.201(0.156)	0.093(0.518)
İçe çekilme	0.212(0.136)	-0.020(0.888)	0.014(0.921)
Aktiviteyle zihinden uzaklaştırma	-0.046(0.748)	0.138(0.336)	-0.169(0.236)
Hissizlik/duyguları bastırma	0.037(0.795)	-0.201(0.156)	0.037(0.798)
YTÖ			
Statü düşkünlüğü	-0.262(0.064)	0.278(0.048)*	-0.180(0.207)
Kontrol	-0.114(0.425)	0.192(0.177)	-0.204(0.151)
Asilik	-0.019(0.895)	0.237(0.095)	0.105(0.463)
Aşırı bağımsızlık	0.269(0.056)	0.080(0.577)	0.228(0.107)
Manipülatif olma	-0.069(0.631)	0.056(0.694)	0.008(0.956)
Eleştiriye tahammülsüzlük	0.126(0.378)	0.193(0.175)	0.020(0.888)
Kendi yönelimlilik	-0.101(0.480)	0.255(0.071)	-0.135(0.344)
Mesafelilik	-0.298(0.033)*	-0.157(0.273)	-0.152(0.286)
RHİDÖ			
Yabancılaşma	0.183(0.199)	0.164(0.251)	-0.066(0.647)
Kalıp yargıların onaylanması	0.395(0.004)*	-0.033(0.818)	0.107(0.453)
Sosyal geri çekilme	0.288(0.040)*	0.047(0.745)	0.131(0.359)
Damgalanmaya karşı direnç	0.184(0.197)	0.041(0.777)	0.056(0.698)
Algılanan ayrımcılık	0.189(0.185)	0.072(0.616)	-0.007(0.963)

Toplam Puan	0.299(0.033)*	0.089(0.533)	0.044(0.762)
BDÖ	0.043(0.764)	-0.012(0.935)	-0.027(0.853)
HAÖ	0.182(0.201)	-0.017(0.905)	-0.012(0.931)
YBOKÖ	0.112(0.436)	-0.166(0.244)	-0.009(0.948)

*p<0.05 **p<0.001

Tablo 7'ye bakıldığında, OKB hastalarının yaş değişkeni ile YRKÖ'nde yer alan duygu kontrolü şema kaçınması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının yaş değişkeni ile YTÖ'nde yer alan mesafelilik şema aşırı telafisi arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının yaş değişkeni ile RHİDÖ'nde yer alan kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme damgalanma alt ölçeği ve RHİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının eğitim yılı değişkeni ile YŞÖ-KF3'te yer alan kendini feda şema boyutu arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının eğitim yılı değişkenliği ile YTÖ'nde yer alan statü düşkünlüğü şema aşırı telafisi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının YBOKÖ, BDÖ ve HAÖ puanlarının erken dönem uyumsuz şema ölçeklerinden YŞÖ-KF3, YRKÖ, YTÖ ve RHİDÖ puanlarıyla ilişkileri Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: OKB Hastalarında Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ile Klinik Ölçek Puanlarının İlişkileri:

	YBOKÖ r(p)	BDÖ r(p)	HAÖ r(p)
YŞÖ-KF3			
Zedelenmiş Otonomi	0.345(0.013)*	0.610(<0.001)**	0.448(0.001)*
İç içe geçme/bağımlılık	0.576(<0.001)**	0.406(0.003)*	0.313(0.025)*
Terk edilme	0.157(0.271)	0.361(0.009)*	0.179(0.210)
Başarısızlık	0.386(0.005)*	0.490(<0.001)**	0.321(0.022)*
Karamsarlık	0.341(0.014)*	0.652(<0.001)**	0.532(<0.001)**
Tehditler karşısında dayanıksızlık	0.104(0.466)	0.522(<0.001)**	0.389(0.005)*
Kopukluk	0.417(0.002)*	0.646(<0.001)**	0.372(0.007)*

Duygusal yoksunluk	0.346(0.013)*	0.395(0.004)*	0.258(0.068)
Duyguları bastırma	0.302(0.031)*	0.376(0.007)*	0.201(0.157)
Sosyal izolasyon/güvensizlik	0.381(0.006)*	0.564(<0.001)**	0.293(0.037)*
Kusurluluk	0.278(0.049)*	0.590(<0.001)**	0.380(0.006)*
Yüksek Standartlar	0.089(0.536)	0.052(0.716)	-0.109(0.447)
Yüksek standartlar	0.274(0.052)	0.304(0.030)*	0.264(0.061)
Onay arayıcılık	-0.073(0.612)	-0.082(0.567)	-0.319(0.022)*
Zedelenmiş Sınırlar	-0.069(0.628)	0.302(0.031)*	0.137(0.347)
Ayrıcalıklılık/yetersiz özenetim	-0.069(0.628)	0.302(0.031)*	0.137(0.347)
Diğerleri Yönelimlilik	0.135(0.344)	0.461(0.001)*	0.223(0.115)
Kendini feda	0.198(0.163)	0.354(0.011)*	0.199(0.162)
Cezalandırılma	0.076(0.594)	0.433(0.001)*	0.213(0.134)
YRKÖ			
Psikosomatizm	0.478(<0.001)**	0.454(0.001)*	0.435(0.001)*
Sıkıntıyı yok saymak	-0.154(0.280)	-0.222(0.117)	-0.019(0.893)
Duygu kontrolü	-0.274(0.052)	-0.067(0.640)	-0.089(0.536)
İçe çekilme	0.222(0.118)	0.296(0.035)*	0.275(0.051)
Aktiviteyle zihinden uzaklaştırma	0.036(0.804)	0.308(0.028)*	0.287(0.042)*
Hissizlik/duyguları bastırma	-0.182(0.200)	-0.050(0.726)	-0.010(0.947)
YTÖ			
Statü düşkünlüğü	-0.325(0.020)*	-0.230(0.104)	-0.245(0.083)
Kontrol	0.048(0.738)	0.305(0.029)*	0.200(0.160)
Asilik	0.267(0.059)	0.478(<0.001)**	0.387(0.005)*
Aşırı bağımsızlık	0.129(0.369)	0.390(0.005)*	0.181(0.204)
Manipülatif olma	-0.213(0.134)	-0.003(0.982)	-0.082(0.565)
Eleştiriye tahammülsüzlük	0.058(0.687)	0.249(0.078)	0.142(0.321)
Kendi yönelimlilik	-0.237(0.093)	-0.044(0.760)	0.003(0.985)
Mesafelilik	-0.002(0.990)	0.108(0.451)	0.018(0.898)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

Tablo 8’de görüldüğü üzere OKB hastalarının YBOKÖ puanlarıyla, YŞÖ-KF3’te bulunan zedelenmiş otonomi, kopukluk şema alanları puanlarıyla; iç içe geçme/bağımsızlık, başarısızlık, karamsarlık, duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şema boyutları puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının YBOKÖ puanlarıyla, YRKÖ’nde bulunan psikosomatizm şema kaçınması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının YBOKÖ puanlarıyla, YTÖ’nde bulunan statü düşkünlüğü aşırı telafisi arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının BDÖ puanlarıyla, YŞÖ-KF3’te bulunan zedelenmiş otonomi, kopukluk, kusurluluk, zedelenmiş sınırlar şema alan puanlarıyla istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu. OKB hastalarının BDÖ puanlarıyla, YŞÖ-KF3’te

bulunan iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında dayanıksızlık, duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk, yüksek standartlar şema boyutları puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının BDÖ puanlarıyla, YRKÖ'nde bulunan psikosomatizm, iç çekilme ve aktiviteyle zihinden uzaklaştırma şema kaçınımları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının BDÖ puanlarıyla, YTÖ'nde bulunan kontrol, asilik, aşırı bağımsızlık, eleştiriye tahammülsüzlük şema aşırı telafileri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının HAÖ puanlarıyla, YŞÖ-KF3'te bulunan zedelenmiş otonomi, kopukluk şema alanları puanları; iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında dayanıksızlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk, onay arayıcılık şema boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişkili bulundu.

OKB hastalarının HAÖ puanlarıyla, YRKÖ'nde bulunan psikosomatizm ve aktiviteyle zihinden uzaklaştırma şema kaçınımları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının HAÖ puanlarıyla, YTÖ'nde bulunan asilik şema aşırı telafisi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişkili bulundu.

OKB hastalarının içselleştirilmiş damgalanma puanlarının klinik ölçek puanlarıyla ilişkileri Tablo 9'de gösterilmiştir.

Tablo 9: OKB Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ile Klinik Ölçek Puanlarının İlişkileri:

	YBOKÖ r(p)	BDÖ r(p)	HAÖ r(p)
RHİDÖ			
Yabancılaşma	0.472(<0.001)**	0.465(0.001)*	0.288(0.040)*
Kalıp yargıların onaylanması	0.391(0.005)*	0.405(0.003)*	0.360(0.009)*
Sosyal geri çekilme	0.435(0.001)*	0.409(0.003)*	0.289(0.039)*
Damgalanmaya karşı direnç	0.348(0.012)*	0.368(0.008)*	0.178(0.210)
Algılanan ayrımcılık	0.147(0.304)	0.134(0.347)	-0.040(0.799)
Toplam Puan	0.458(0.001)*	0.490(<0.001)**	0.325(0.020)*

*p<0.05 **p<0.001

Tablo 9'a göre OKB hastalarının YBOKÖ puanlarıyla, RHİDÖ'nin toplam puanı ve RHİDÖ'nin yabancılaşma, kalıp yargılarının onaylanması, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının BDÖ puanlarıyla, RHİDÖ toplam puanı ve RHİDÖ'nde bulunan yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının HAÖ puanlarıyla, RHİDÖ'nde bulunan yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme alt ölçek puanları ve RHİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarında RHİDÖ'nin YŞÖ-KF3, YRKÖ ve YTÖ puanları ile ilişkileri Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10: OKB Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ile Erken Dönem Uyumsuz Şema Puanlarının İlişkileri:

	Yabancılaşma	Kalıp yargıların onaylanması	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanma ya Karşı Direnç	RHİDÖ
YŞÖ-KF3						
Zedelenmiş Otonomi	0.397(0.004)*	0.390(0.005)*	0.316(0.024)*	0.424(0.002)*	0.160(0.261)	0.456(0.001)*
İç içe geçme/bağımlılık	0.465(0.001)*	0.432(0.002)*	0.292(0.037)*	0.452(0.001)*	0.240(0.090)	0.535(0.001)*
Terk edilme	0.253(0.074)	0.160 (0.263)	0.429(0.002)*	0.336(0.016)*	0.096(0.503)	0.294(0.036)*
Başarısızlık	0.504(<0.001)**	0.499(<0.001)**	0.255(0.071)	0.458(0.001)*	0.214(0.132)	0.502(0.001)*
Karamsarlık	0.212(0.135)	0.210(0.139)	0.170(0.234)	0.232(0.101)	0.013(0.925)	0.222(0.117)
Tehditler karşısında dayanıksızlık	0.144(0.314)	0.171(0.231)	0.203(0.153)	0.275(0.051)	0.064(0.655)	0.246(0.081)
Kopukluk	0.383(0.005)*	0.262(0.063)	0.337(0.015)*	0.481(<0.001)**	0.244(0.085)	0.430(0.002)*
Duygusal yoksunluk	0.182(0.201)	0.163(0.254)	0.164(0.251)	0.251(0.076)	0.090(0.528)	0.204(0.151)
Duyguları bastırma	0.250(0.077)	0.040(0.781)	0.338(0.015)*	0.399(0.004)*	0.262(0.063)	0.290(0.039)*
Sosyal izolasyon/güvensi	0.383(0.006)*	0.284(0.043)*	0.321(0.022)*	0.418(0.002)*	0.195(0.169)	0.414(0.002)*

zlik						
Kusurluluk	0.422(0.002)*	0.245(0.083)	0.214(0.132)	0.368(0.008)*	0.199(0.162)	0.381(0.006)*
Yüksek Standartlar	0.014(0.923)	-0.116(0.416)	0.181(0.203)	0.042(0.769)	-0.378(0.006)*	-0.053(0.712)
Yüksek standartlar	0.097(0.497)	0.066(0.645)	0.215(0.130)	0.241(0.089)	-0.228(0.108)	0.104(0.466)
Onay arayıcılık	-0.081(0.571)	-0.219(0.122)	0.068(0.636)	-0.105(0.462)	-0.387(0.005)*	-0.180(0.206)
Zedelenmiş Sınırlar	-0.203(0.152)	-0.102(0.475)	-0.058(0.688)	-0.123(0.391)	-0.107(0.457)	-0.158(0.270)
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim	-0.203(0.152)	-0.102(0.475)	-0.058(0.688)	-0.123(0.391)	-0.107(0.457)	-0.158(0.270)
Diğerleri Yönelimlilik	0.072(0.618)	0.133(0.351)	0.248(0.080)	0.212(0.135)	-0.065(0.650)	0.153(0.285)
Kendini feda	-0.041(0.773)	0.001(0.996)	0.226(0.111)	0.071(0.621)	-0.042(0.772)	0.024(0.868)
Cezalandırılma	0.173(0.224)	0.249(0.078)	0.154(0.281)	0.275(0.051)	-0.070(0.627)	0.231(0.102)
YRKÖ						
Psikosomatizm	0.378(0.006)*	0.405(0.003)*	0.183(0.198)	0.342(0.014)*	0.066(0.647)	0.364(0.009)*
Sıkıntıyı yok saymak	0.094(0.510)	-0.007(0.961)	0.028 (0.848)	0.060(0.678)	0.053(0.714)	0.038(0.790)
Duygu kontrolü	-0.061(0.671)	0.014(0.925)	0.165(0.247)	-0.010(0.944)	-0.361(0.009)*	-0.046(0.747)
İçe çekilme	0.052(0.715)	0.282(0.045)*	-0.018(0.902)	0.078(0.585)	-0.188(0.186)	0.065(0.651)
Aktiviteyle zihinden uzaklaştırma	0.130(0.363)	0.181(0.203)	-0.037(0.798)	0.091(0.525)	-0.141(0.325)	0.062(0.666)
Hissizlik/duyguları bastırma	-0.186(0.192)	-0.176(0.218)	-0.092(0.522)	-0.055(0.702)	-0.170(0.233)	-0.190(0.183)
YTÖ						
Statü düşkünlüğü	-0.284(0.043)*	-0.409(0.003)*	0.001(0.992)	-0.292(0.038)*	-0.435(0.001)*	-0.379(0.006)*
Kontrol	0.034(0.811)	0.009(0.948)	0.079(0.581)	0.026(0.854)	-0.232(0.102)	-0.018(0.899)
Asılık	0.077(0.590)	0.071(0.619)	-0.135(0.345)	0.016(0.910)	0.057(0.692)	-0.016(0.910)
Aşırı bağımsızlık	0.101(0.482)	0.178(0.212)	-0.021(0.883)	0.161(0.258)	0.135(0.346)	0.142(0.322)
Manipülatif olma	-0.189(0.183)	-0.136(0.340)	0.037(0.794)	-0.125(0.381)	-0.307(0.028)*	-0.187(0.189)
Eleştiriye tahammülsüzlük	0.155(0.277)	0.099(0.487)	0.256(0.070)	0.208(0.144)	-0.019(0.854)	0.170(0.234)
Kendi yönelimlilik	-0.219(0.123)	-0.227(0.109)	-0.148(0.300)	-0.246(0.082)	-0.157(0.271)	-0.262(0.063)
Mesafelilik	-0.235(0.097)	-0.282(0.045)*	-0.100(0.483)	-0.144(0.312)	0.069(0.632)	-0.268(0.058)

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

Tablo 10'a göre OKB hastalarında RHİDÖ toplam puanıyla, YŞÖ-KF3'te yer alan zedelenmiş otonomi, kopukluk şema alanı ve iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şema boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarında RHİDÖ toplam puanıyla, YRKÖ'nde bulunan psikosomatizm şema kaçınması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarında RHİDÖ toplam puanıyla, YTÖ'nde bulunan statü düşüklüğü arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarında RHİDÖ'nin yabancılaşma alt ölçeği ile YŞÖ-KF3'te yer alan zedelenmiş otonomi, kopukluk şema alanlarıyla, iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şemaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarında RHİDÖ'nin yabancılaşma alt ölçeği puanıyla, YRKÖ'nde yer alan psikosomatizm şema kaçınması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarında RHİDÖ'nin yabancılaşma alt ölçeği puanıyla, YTÖ'nde yer alan statü düşüklüğü şema aşırı telafisi arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının RHİDÖ'nin kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği ile YŞÖ-KF3'te yer alan zedelenmiş otonomi şema alanı puanı, iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık, sosyal izolasyon/güvensizlik şema boyutları puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının RHİDÖ'nin kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği ile YRKÖ'nde yer alan psikosomatizm ve iç içe çekilme şema kaçınma puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde ilişki bulundu.

OKB hastalarının RHİDÖ'nin kalıp yargıların onaylanması alt ölçeği ile YTÖ'nde yer alan mesafelilik şema aşırı telafisi arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarında RHİDÖ'nin algılanan ayrımcılık alt ölçek puanı ile YŞÖ-KF3'te yer alan zedelenmiş otonomi ve kopukluk şema alanları ve iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik şema boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının RHİDÖ'nin sosyal geri çekilme alt ölçeğiyle YŞÖ-KF3'ün zedelenmiş otonomi, kopukluk şema alanları puanları ve iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık, duyguları bastırma, kusurluluk şema boyutları puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının RHİDÖ'nin sosyal geri çekilme alt ölçeğiyle YRKÖ'nin psikosomatizm şema kaçınması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının RHİDÖ'nin sosyal geri çekilme alt ölçeğiyle YTÖ'nin statü düşkünlüğü şema aşırı telafisi arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının RHİDÖ'nin damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğiyle YŞÖ-KF3'ün yüksek standartlar şema alanı ve onay arayıcılık şema boyutu arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının RHİDÖ'nin damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğiyle YRKÖ'nde bulunan duygu kontrolü şema kaçınması arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

OKB hastalarının RHİDÖ'nin damgalanmaya karşı direnç alt ölçeğiyle YTÖ'nde bulunan statü düşkünlüğü ve manipülatif olma şema aşırı telafileri arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı derecede ilişki bulundu.

4 TARTIŞMA

4.1 OKB Hastalarının Klinik Özellikleri

OKB hastalarının ortalama hastalık başlama yaşı 18 idi. OKB belirti boyutlardan hastalarda en sık kirlenme-temizleme (%78.4) görüldü. Bunu saldırganlık-kontrol (%70.6), düzen-simetri (%43.1) ve dini-cinsel (%43.1) boyutları izledi. Bu konuda ülkemizde yapılan en büyük örnekleme (351 hasta) içeren çalışmada; olguların %76'sında bulaşma, %68'inde simetri, %44'ünde saldırganlık, %26'sında dini, %17'sinde bedensel, %16'sında cinsel ve %34'ünde diğer belirtiler saptanmıştır. En az sıklık da biriktirme (%13.7) boyutunda saptanmıştır.⁷³ Örneklem grubumuzda OKB hastalığına hafif-orta düzeyde depresyon ve anksiyetinin eşlik ettiği görüldü. OKB hastalarının %11.7'sinde yüksek derecede içselleştirilmiş damgalanma vardı. Ayrıca OKB hastalarında YBOKÖ puanlarıyla BDÖ ve HAÖ puanlarının ilişkili olduğu, hastalık şiddeti arttıkça depresyon ve anksiyetenin arttığı görüldü.

4.2 OKB Hastalarının ve Kontrol Grubunun Erken Dönem Uyumsuz Şemalarının Karşılaştırılması

OKB hastaları ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, OKB hastalarında birçok şema, şema kaçınma ve şema aşırı telafi puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla olduğu bulundu. Daha öncesinde yapılan çalışmalarda ruhsal hastalığa özgü şemaların hastalıkla birlikte tetiklenebileceğinden ve şemanın aktive olabileceğinden bahsedilirdi.³⁰ Daha sonrasında Delattre ve ark.³¹ anksiyete bozukluğu hastalarında neredeyse bütün şemaların kontrol grubundan fazla olduğunu, anksiyete bozukluğuna özgü şema aktivasyonu olmadığını ifade etmiştir. Kim ve ark.³⁴ (2014) kusurluluk, sosyal izolasyon ve başarısızlık şema boyutları puanlarının OKB hasta grubunda kontrollere göre anlamlı derecede daha fazla olduğunu bulmuştur. Atalay ve ark.³³ (2008) sosyal izolasyon, dayanıksızlık, karamsarlık, duygusal yoksunluk, kusurluluk, başarısızlık, yetersizlik, boyun eğcilik, yüksek standartlar, hak görme ve onay arayıcılık şema boyutları puanlarını OKB hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla olduğunu bulmuştur. Lochner ve ark.³² (2005)'nin OKB ve trikotillomani hastalarını karşılaştırarak yaptıkları bir çalışmada OKB hasta grubunda güvensizlik/suistimal edilme, sosyal izolasyon, kusurluluk/utanç, boyun eğme ve duyguları bastırma şema puanlarının trikotillomani hasta grubuna göre

anlamli derecede fazla olduğunu bulmuştur. Ancak bu işlevsel olmayan inançların hastalığın nedeni mi yoksa sonucu mu olduğuyla ilgili kesin kanıtlar yoktur.⁷⁴

Bizim çalışmamızın sonuçları bu çalışmaları destekler niteliktedir. Bizim çalışmamıza göre iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında dayanıksızlık, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk, onay arayıcılık, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, kendini feda, cezalandırılma şema puanları OKB hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla bulundu. Ayrıca tüm şema alanları puanları (zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar, zedelenmiş sınırlar, diğerleri yönelimlilik) OKB hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla bulundu.

Zedelenmiş otonomi şema alanındaki şemalara sahip hastalar, çocukken genelde ebeveynleri onlar için her şeyi yapmış, onları gereğinden fazla korumuşlardır ya da tam tersi onlara yeterince bakım vermemişlerdir. Çoğu kez ebeveynleri özgüvenlerine zarar vermişlerdir ve onları evin dışındaki hayatı düzgünce sürdürebilmesi için desteklememişlerdir. Dolayısıyla bu hastalar kendi kimliklerini oluşturamamakta ve yaşamlarını kuramamaktadırlar. Kişisel amaçlar hazırlayamazlar ve gerekli becerilerde uzmanlaşamazlar. Yeterlik hususunda erişkin yaşamlarında da çocuk kalırlar.⁵ OKB hastalarında bu şema alanı puanlarının yüksek çıkmasında birçok faktör rol oynayabilir. Örneğin bağımlılık şema boyutunun OKB hastalarında yüksek saptanmasında, saplantılı kişiliğin temel sorununun birbirine karşıt dürtülerin benliği sıkıştırması ve benliğin de bunlar üzerinde denetim sağlama çabasında olması, böyle bir kişinin birbirine karşıt eğilimler, dürtüler arasında seçim yapmakta güçlük çekmesi, özerklik duygusunu (sense of autonomy) yeterince kazanamaması nedeniyle olabilir.¹ Başarısızlık şemasına sahip bireyler, başarısız olduğunu ve kaçınılmaz şekilde başarısız olacağını düşünme, akranlarına kıyasla başarı alanlarında (okul, kariyer, spor vb.) yetersiz olduğuna yönelik inançlara sahiptirler. Genelde kişinin beceriksiz, yeteneksiz, bilgisiz, daha aşağı statüde ve diğerlerinden daha az başarılı vs. olduğuna inanırlar.⁷⁵ OKB hastalığına sahip öğrencilerde obsesif ruminasyonlar ve kompulsif davranışlar çok fazla zaman alabilir, öğrencilerde derslere odaklanmada güçlük görülebilir ve öğrencilerin akademik başarılarının düşmesine neden olabilir. Ek olarak hastalığın tanı koydurucu kriterlerinden birisi de hastaların sosyal, okul ve kişilerarası ilişkilerde işlev kaybının bulunmasıdır.²⁸ OKB'nin akademik yaşamı ciddi şekilde bozduğu düşünülür.

Kopukluk şema alanına sahip bireyler, başkalarına güvenli ve tatmin edici bağlanma oluşturamazlar. İstikrar, güvenlik, bakım, sevgi, ait olma ihtiyaçlarının giderilemeyeceğine inanırlar. Tipik şekilde ailenin kökeni dengesiz, istismarcı, soğuk, reddedici ya da dış dünyadan izoledir. Bu şema alanı içerisinde bulunan sosyal izolasyon şema boyutunda ise, dünyanın geri kalanından izole, diğer insanlardan farklı olma ve/veya herhangi bir topluluğun parçası olmama duygusu bulunur.⁵ OKB'de kaçınma davranışları her türlü belirti boyutunda görülebilmektedir. Bulaşma-temizlik boyutu obsesif kompulsif belirtileri olan hastalar, özellikle kirli pis olduğu düşünülen nesne, insan ve ortamlardan uzak durma, eve sokmama, yakınından geçmeme veya önemli bir alışkanlığından vazgeçme gibi kaçınma davranışları gösterebilirler. Bu durum o nesne ya da kişiden kısmen uzaklaşmak ya da onu yaşamsal alanın tamamen dışına çıkarmak şeklinde olabilir.⁷⁶ OKB hastalarında görülen sosyal izolasyon şema puanlarındaki artış hastaların obsesif-kompulsif belirtilerden kaçınmasıyla kendisini toplumdan izole etmesi nedeniyle olmuş olabilir. Ayrıca kusurluluk şemasına sahip bireyler kendini kusurlu, kötü, istenmeyen, değersiz, önemli konularda yetersiz ya da dışa açıldığında itici olabileceklerini düşünürler. Eleştiriye aşırı hassasiyet, reddedilme, suçluluk, karşılaştırma, güvensizlik ve kişinin algıladığı kusurla ilgili utanç duygusu vardır.⁵ Kusurluluk şemasına sahip bireyler beklenmedik zamanlarda kusurların ortaya çıkabileceğinden dolayı başkalarıyla olan ilişkilerinde endişe duyarlar. Böylece bu şema sağlıklı sosyal ilişkilerde de zorluklara yol açabilir ve bu da kişide sosyal gelişimde sosyal izolasyon/yabancılaşma şemasının oluşumuna yol açabilir.³⁴ Bizim çalışmamızda da OKB hastalarında hem kusurluluk hem de sosyal izolasyon/yabancılaşma şema puanlarının kontrol gruplarından anlamlı derecede farklı çıkması önceki yapılan çalışmaları desteklemektedir. Yapılan bir çalışmada OKB hastalarının anne babalarından algılanan reddedilmenin daha fazla olduğu ve duygusal sıcaklığın daha az olduğu gösterilmiştir.⁷⁷ Ayrıca bu şemalara sahip bireylerin toplumda utangaç ve kendi düşünceleri ile aşırı uğraşmaları olmaya meyilli olan kişiler olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca OKB belirtileri bu şemaları arttırmakta ve sürdürmektedir. OKB hastalarının kendi obsesif düşünceleri ve kompulsif davranışlarıyla ilgili olarak ketum ve utangaç oldukları söylenir.⁷⁸ Onların tipik şema baş etme şekilleri hastalıklarını gizlemektir ve bu da şema devamına neden olabilir.

Olumsuzluk/karamsarlık şemasına sahip bireyler, yaygın olarak ve yaşam boyunca hayatın olumlu ve iyimser yönlerini küçümser veya görmezden gelirken, olumsuz

yönelirine (acı, ölüm, hayal kırıklığı, çatışma, suç, küskünlük, çözülmemiş sorunlar, potansiyel hatalar, ihanet, ters gidebilecek işler vs.) odaklanırlar. Genellikle kariyer ile ilgili, mali ya da kişilerarası durumlardan oluşan geniş bir alanda işlerin kaçınılmaz olarak ve ciddi bir biçimde kötüye gideceğine veya kişinin hayatının iyi gidiyormuş gibi görünen kısımlarının bile eninde sonunda dağılacağına yönelik abartılı bir beklentiyi içinde barındırır. Çoğunlukla; çöküş, kayıp, küçük düşme veya kötü bir durumda sıkışıp kalmalarına neden olabilecek hatalar yapmaya yönelik ölçsüz bir korkuyu içerir. Olası olumsuz sonuçlar abartıldığından, bu şemaya sahip bireyler sıklıkla kronik endişe, tetiktelik, yakınma veya kararsızlıkla tanımlanır.⁷⁵ OKB'ye en sık eşlik eden hastalıklardan bir tanesi de major depresif bozukluk olduğundan ve MDB'de özellikle geçmiş, gelecek ve diğerleriyle ilgili karamsar düşünceler olduğundan, OKB hastalarında karamsarlık şema puanlarının yüksek olması beklenebilir. Bizim çalışmamızda da hastaların hafif-orta düzeyde depresif belirtilerinin olduğunu göz önünde bulundurmak gerekir.

Onay arayıcılık şemasına sahip kişiler; güvenli ve gerçek kendilik duygusunu geliştirme pahasına başka insanlardan onay almaya, tanınmaya, ilgi görmeye ya da uyum sağlamaya aşırı önem verirler. Bireyin saygı hissi, kendi doğal eğilimlerinden çok öncelikle başkalarının reaksiyonlarına bağlıdır. Bazı zamanlar onay, takdir ya da ilgi alma yoluyla (güç ya da kontrol için öncelikli değil) statü, onaylanma, sosyal kabul, para ya da başarıya aşırı vurgulama içerir. Çoğunlukla gerçekçi ve tatmin edici olmayan ya da reddedilmeye karşı aşırı hassasiyet içerisindeki önemli hayati kararlara neden olur.⁵ Her ne kadar onay aramanın kontrol etme amacıyla yapılmadığı vurgulansa da, OKB hastalarında bulunan kontrol etme kompulsiyonları, obsesyonların verdiği huzursuzluğu giderme amacı taşır. Özellikle suç, eleştiri/hata gibi tehditler karşısında korunma işlevini yerine getirir. Fakat kaçma sonucu rahatlama geçicidir. Anksiyetenin ortaya çıkması ve ardından gelen rahatlama, koşullanmış bir döngü olarak tekrar etmektedir. Metaforik olarak ifade edecek olursak bu yolla acı, kontrole tabi olmadan devam etmektedir.⁷⁹ Bu nedenle OKB hastalarındaki onay arayıcılık şema puanlarının yüksek bulunmasının nedeni düşünüldüğünde, bu davranışın bir tür kompulsif kontrol etme davranışıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir. Ayrıca onay aracılık şemasına sahip bireylerde güç, para ve sosyal statüye odaklanma itibar kazanma nedeniyle olabilirken, OKB hastalarında ve OKKB'de de hırs ve para kazanma arzusu mükemmel olma kaygılarından olabilir.

Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemasına sahip bireyler, kişisel hedeflerini gerçekleştirmek veya duygu ve dürtülerinin aşırı ifadesini dizginlemek için yeterli bir özdenetim sağlama ve engellemeye tolerans gösterme konularında yaygın bir zorluk yaşamasını veya bunu yapmayı reddetmesini içerir. Daha hafif bir biçimde hastaların rahatsızlık kaçınma üzerinde abartılı bir vurguları vardır. Kişisel doyum, bağlılık veya bütünleşme pahasına, acıdan, çatışmadan, yüzleşmeden, sorumluluktan veya aşırı çabadan kaçınırlar.⁷⁵ Ayrıcalıklılık/yetersiz öz denetim şemasının OKB hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek çıkmasının nedeni şema aşırı telafisi olabilir. Şemanın aşırı telafisi demek, hastaların şemanın tam tersi davranışlarda bulunması, bu davranışların doğruymuş gibi hissetmeleri ve böylece şemayla savaşmalarıyla şemanın devamlılığı sağlanması demektir. Örneğin hastaların çocukken değersiz hissettiklerinde erişkinlikte mükemmel olmaya çalışmaları gibi. Kişiler şema ile karşı karşıya geldiklerinde karşı saldırıda bulunurlar.⁵ İşte bu durum bir nevi OKB hastalarında görülen karşıt tepki kurma savunma düzeneğine de benzemektedir. Kişilerin kendi içindeki bilinç dışı yasak dürtü ve eğilimlerin tam karşıtı tepkiler göstermekle de benliğini savunmaya çalışabilirler. Örneğin içindeki kin, nefret ve kabalık eğilimlerine karşı kişi aşırı derecede kibar, nazik; pislik, kirlilik eğilimlerine karşı anormal derecede titiz ve temizlik düşkünü olması gibi.⁸⁰ Şema terapi bağlamında şemanın aşırı telafisi bir nevi benliğin karşıt tepki kurma savunma düzeneği gibi görülebilir. Özetle OKB hastalarında dışardan ne kadar aşırı kontrolcü ve sorumluluk sahibi görünse de bu aslında ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şemasının aşırı telafisi olarak düşünülebilir. Ya da bir nevi benliğin karşıt tepki kurma savunma düzeneği olarak kabul edilebilir.

OKB hastalarında bulunan başka bir şema alanı olan diğerleri yönelimlilikte, temel evrensel ihtiyaçlardan biri olan kendi yönelimli olma ihtiyacının karşılanmasındaki eksikliklerle ilişkili şemaları içerir. Bu eksiklikler kişinin kendi ihtiyaçları pahasına başkalarının istek duygu ve taleplerine aşırı odaklanmasına neden olur. Bu odak sevgi ve onay kazanma, bağlılık ve aitlik hissini sürdürme veya misillenmeden kaçınma ihtiyaçları ile harekete geçer. Bu şema genelde kişinin kendi duyguları, ihtiyaçları ve dileklerine yönelik bir bastırmayı ya da farkındalık eksikliğini içerir ve kendini ifade ve özerklik alanlarında zorluklara yol açar. Genelde çocuklar koşullu saygı ve koşullu atmosfer ortamlarında büyütüldüğü zaman ortaya çıkar.⁷⁵ OKB hastalarının anne ve babalarında da OKB ve OKKB özellikleri görülebileceğinden anne ve babaları tarafından çocukluk

dönemlerinde aşırı talep ve isteklere maruz kalmış ve bunları yerine getirme görevini üstlenmiş olabilirler. Bu da bu kişilerde boyun eğicilik ve cezalandırılma şemalarının tetiklenmesine sebep olmuş olabilir. Cezalandırıcılık şemasına sahip kişiler, insanların yaptığı hatalar karşısında şiddetli bir şekilde cezalandırılmaları gerektiğine inanır. Beklenti ve standartlarını karşılamayan tüm insanlara karşı öfkeli, hoşgörüsüz, cezalandırıcı, karşı tahammülsüz olma eğiliminde olabilirler.⁷⁵ OKB hastalarında da katı süperegoları, yapılan hatalara karşı tahammülsüzlüğe yol açabilir ve cezalandırılma şemasını tetikleyebilir.

Bu çalışmada Young-Rygh Kaçınma Ölçeğinden psikosomatizm ve aktiviteyle zihinden uzaklaştırma şema puanlarını hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Hastalar baş etme biçimi olarak kaçınmayı kullandıklarında, şema hiç var olmamış gibi davranırlar. Şema hakkında düşünmekten kaçınırlar. Şemaya tetikleyici düşünce ve imgeleri engellerler. Bu tür düşünceler belirlediğinde dikkati dağıtırlar. Şemayı hissetmekten kaçınırlar. Bu düşünceler ve duygular yüzeye çıktığında refleks olarak onları geri dönmeye zorlarlar.⁵ OKB hastaları da psikosomatizm ile obsesyonları sonucu oluşan anksiyeteyi somatik yakınmalara dönüştürebilirler. Böylelikle obsesyonları sonucu oluşan anksiyeteden de kaçınmış olabilirler. Bu yolla obsesyonları daha az düşünürler. Yine aynı şekilde aktiviteyle zihinden uzaklaştırma kaçınma şekliyle de kendilerine bir aktivite bularak bir nevi bu şemalarıyla baş etmeye çalışabilirler.

Bu çalışmada Young Telafi Ölçeği Puanlarına göre statü düşkünlüğü, kontrol ve eleştiriye tahammülsüzlük şema puanları OKB hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Şemanın aşırı telafisinde hastalar şemanın karşıtlığını doğruymuş gibi düşünürler ve öyle hareket ederler. Şema aktive olduğunda çocukken verdiği tepkilerin tam tersini verirler. Örneğin çocukken değersiz hissettiklerinde erişkin olduklarında mükemmel olmaya çalışırlar. Çocukken boyun eğiciyseler erişkin hayatlarında herkese karşı gelirler. Çocukken kontrol edilmişlerse ilerde kendileri başkalarını kontrol ederler. Şema ile yüz yüze geldiklerinde karşı saldırıda bulunurlar.⁵ Aslında OKB hastalarında statü düşkünlüğü, kontrol ve eleştiriye tahammülsüz şema aşırı telafileri beklenen özelliklerdir. Çünkü OKB hastaları çocukluklarında genelde yine benzer özellikte ebeveynlerinin kontrolü altında ve eleştiriye fazlaca maruz kalmaktadırlar. Çocukluğunda kontrolcü ve eleştirel ebeveynler çocuklarında da ilerde kontrolcü olmasına ve eleştiriye karşı tahammülsüz olmasına neden olmuş olabilir. Yine hastalardaki kusurluluk şemasına karşı baş etme biçimi olarak statü düşkünlüğü aşırı telafisi gelişmiş

olabilir. OKB hastalarında olan mükemmel görünümlü olma da yine kusurluluk şemasına karşı gelişen bir nevi aşırı telafi yanıtı olabilir.

4.3 OKB Hastalarında Şemaların Demografik Verilerle İlişkileri

OKB hastalarının şema puanlarına cinsiyet değişkenine göre baktığımızda; başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, kendini feda şema boyutları puanları ve kopukluk şema alanı puanları kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede daha fazlaydı. Şemalardan duyguları bastırma şema puanları dışında diğer şema puanları kadın OKB hastalarında daha yüksek ya da erkeklerle eşit puandaydı. Young-Rygh Kaçınma Ölçeği puanlarına göre ise psikosomatizm ve aktiviteyle zihinden uzaklaştırma şema boyutları puanları kadın cinsiyette erkek cinsiyete göre OKB hastalarında anlamlı derecede daha fazla bulundu. Young Telafi Ölçeği puanlarında cinsiyetler arasında farklılık bulunmadı. RHİDÖ toplam puanları açısından cinsiyetler arasında fark bulunmazken, yabancılaşma alt ölçeği puanı kadınlarda daha yüksekti. Ayrıca kadınlarda YBOKÖ, BDÖ ve HAÖ puanları erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

Erkek OKB hastalarında duyguları bastırma şema puanının yüksek çıkmasında toplumsal cinsiyet rollerin de etkisi olabilir. Toplumda erkeklerin duygusal olarak güçlü olmaları beklenir. Bu norm da erkeklerin duygularını yaşayamamalarına, duygusal sorunları için yardım almamalarına, duygularını ifade etmemelerine (öfke hariç) neden olur. Duygularını dolayısıyla kendini açma riskli olarak algılanır. Duygularını ifade etmeleri halinde reddedilecekleri, küçümsenecekleri, zayıf olarak algılanacakları, kendilerine duyulan saygının azalacağı endişesi taşırlar ve bu yüzden duygu ifadesinden kaçınırlar.⁸¹

Bu çalışmanın sonuçlarından kadın OKB hastalarının erkeklere göre başarı alanlarında (okul, kariyer, spor vb.) daha yetersiz olduklarını düşündüklerini, hayatın olumsuz yönlerine daha fazla odaklandıkları, dışardaki sosyal dünyadan daha fazla yalıtılmışlık inançları olduğu, kendi mutlulukları pahasına başkalarının istek ve ihtiyaçlarına daha fazla odaklandıkları yorumu yapabiliriz. Ayrıca kadınların şemadan kaçınarak baş etme biçimi olarak sıkıntıları ve olumsuzlukları daha fazla bedenselleştirdikleri, şemanın tetikleneceği durumlarda bu sorunları daha fazla aktiviteyle zihinlerinden uzaklaştırdıkları yorumunu yapabiliriz. Kadın ve erkek hastaların hastalık nedeniyle kendilerini damgalamaları arasında anlamlı bir fark olmasa da kadın hastaların toplumdan kendilerini

yabancılaştırarak damgalamalarının daha fazla olabileceğini söyleyebiliriz. Bu çalışmada kadın ve erkekler arasındaki farkları değerlendirirken, kadın hastaların depresyon ve anksiyete puanlarının erkek hastalardan daha yüksek çıktığını göz önünde bulundurmak gerekir. Dolayısıyla bazı değişkenler arasındaki farklılıklar kadın hastaların daha depresif ya da kaygılı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Yaş, eğitim yılı ve hastalık sürelerine baktığımızda, OKB hastalarının yaşları ile duygu kontrolü kaçınma biçimi arasında pozitif; mesafelilik aşırı telafisi arasında negatif ilişki bulunduğu gördük. Yine yaşla kalıp yargılarının onaylanması, sosyal geri çekilme, damgalanma alt ölçekleri ve damgalanma toplam puanı arasında pozitif bir ilişki vardı.

Kim ve ark.³⁴ (2014)'nin yaptığı çalışmada hastalık şiddeti ve hastalık süresi ile şemalar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak hastalık başlangıç yaşıyla güvensizlik/suistimal edilme, sosyal izolasyon/yabancılaşma ve hastalıklar ya da zarar görme karşısında dayanıksızlık şemalarıyla aralarında ilişki olduğu bulunmuştur. İleri yaşlarda OKB hastalarının şemalarının aktive olması durumunda duygularını kontrol ederek şemayla baş ettiklerini söyleyebiliriz. Burada ayrıca kişilerin yaşamın ergenlik döneminde duygularını kontrol etmeden duygu ve düşüncelerini daha kolay ifade edebilmelerinin de etkisi olmuş olabilir. Hastalarda yaş arttıkça şemaların mesafelilik aşırı telafisi şeklinde sürdüğünden bahsedebiliriz. Ancak burada kişilerin yaş ilerledikçe sosyal çevresini daraltmalarının da bir etkisi olmuş olabilir. İleri yaşlarda OKB hastalarının toplumsal kalıplaşmış ön yargıları onaylayarak ve sosyal geri çekilme göstererek kendilerini damgaladıklarını, genç hastaların damgalanmaya karşı daha dirençli olduklarını söyleyebiliriz.

Eğitim süresi ile şemaların ilişkisine baktığımızda da OKB hastalarında kendini feda şeması ile negatif yönde bir ilişki, statü düşüklüğü aşırı telafisi ile de pozitif yönde bir ilişkisi bulundu. Bu da bize OKB hastalarında eğitim süresi arttıkça başkalarının ihtiyaçlarına odaklanmanın azaldığını ancak statü düşüklüğü aşırı telafisinin artabileceğini gösterebilir. Hastalık süresi ile şemalar arasında bir ilişki bulunmamıştır.

4.4 OKB Hastalarında Şemaların Klinik Ölçeklerle İlişkisi

YBOKÖ puanlarıyla; zedelenmiş otonomi şema alanı ve içerisinde bulunan iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık, karamsarlık şemaları, kopukluk şema alanı ve içerisinde bulunan duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şemaları, şema kaçınma biçimlerinden psikosomatizm, şema aşırı telafi biçimlerinden statü düşkünlüğü arasında pozitif yönde ilişki bulundu. Bu da OKB hastalarının hastalık şiddetleri arttıkça ayrışma, bağımsız olarak var olup işlev gösterme ve başarılı bir şekilde kendine ortaya koyma ile ilgili sorunlar yaşayabileceklerini veya bu sorunları yaşayan kişilerde OKB hastalık şiddetinin daha fazla olabileceğini gösterebilir. OKB şiddeti arttıkça kişinin diğerlerine nazaran başarısız olduğuyla ilgili inançları, olumsuz odaklanma ile ilgili düşüncelerinde artış olabilir. Ya da bu tarz düşünceleri bulunan hastaların OKB hastalık düzeylerinde artış olabilir. Yine OKB hastalık şiddeti fazla olan hastaların aile çevresinin kopuk, uzun ayrılıkların olabileceği, soğuk reddedici ortamlarda yetiştirilebileceği ile ilgili bir yorum yapılabilir. OKB şiddeti arttıkça da hastaların duygusal ihtiyaçlarının karşılanmayacağı öngörüsünde, başkalarıyla ilgili öfke, utanç veya sevgi gibi duyguların bastırılması gerektiği inancında, diğerlerinden farklı oldukları, hiçbir grup ya da topluluğa ait olmadıkları inancında, hastaların kendini kusurlu, istenmeyen ve aşağı görmesinde artış olabileceğini gösterebilir. Ya da bu inanışların arttığı hastalarda hastalık şiddetinde artış olabileceği söylenebilir. OKB şiddeti arttıkça şema baş etme yöntemi olarak psikosomatik yakınmaların kullanılma düzeyi artıyor olabilir. Yine OKB şiddeti arttıkça hastaların şema aşırı telafisi olarak statü düşkünlüğünde artış görülebileceğini söyleyebiliriz. Diğer taraftan statü düşkünlüğü şeklinde şema aşırı telafisi olanlarda OKB belirti şiddeti daha yoğun olabilir.

BDÖ puanlarıyla birçok şema puanı arasında pozitif yönde ilişki bulundu. OKB hastalarında BDÖ puanları arttıkça zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ve bu şema alanı içerisinde bulunan iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında dayanıksızlık şema puanları; kopukluk şema alanı puanı ve bu şema alanı içerisinde yer alan duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şema puanları; yüksek standartlar şema puanı; zedelenmiş sınırlar şema alanı puanı ve bu şema alanı içerisinde bulunan ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şema puanı; diğerleri yönelimlilik şema alanı ve bu şema alanı içerisinde bulunan kendini feda, cezalandırılma şema puanları arasında pozitif yönde

bir ilişki bulundu. BDÖ puanları ile psikosomatizm, içe çekilme ve aktiviteyle zihinden uzaklaştırma şema kaçınma puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu. Ayrıca BDÖ puanlarıyla kontrol, asilik ve aşırı bağımsızlık şema aşırı telafi puanlarıyla pozitif yönde ilişki bulundu. Bu veriler OKB hastalarında zedelenmiş otonomi şema puanları artmış, ayrışması yetersiz, bağımsız işlev göremeyen, kendini ortaya koyamamış kişilerde depresyon puanlarında artış olabileceğini göstermektedir. Beklendiği gibi, ebeveyni tarafından terk edilmiş ya da gerekli duygusal desteği alamamış, kendini diğerlerine göre başarısız gören, olumsuz odaklanan, başına kötü bir şey geleceği ile ilgili inanışları olan OKB hastalarında depresyon puanlarında artış olabileceği söylenebilir. Erken dönemlerde gerekli sevgi, bakım gibi temel ihtiyaçları karşılanmamış, duygusal olarak yoksun bırakılmış, duygularını dışa vurmaktan utanan ve çekinen, sosyal olarak kendini bir gruba veya topluluğa ait hissetmeyen, kendini kötü, istenmeyen, işe yaramaz olarak hisseden ve bu şemalara sahip olan OKB hastalarının depresyon şiddetlerinde de artış olabileceğini söyleyebiliriz. Aynı şekilde içselleştirilmiş yüksek standartlara sahip, dürtü ve duygularının aşırı ifadesini dizginlemekte zorlanan OKB hastalarında da depresyon şiddetlerinde artış olabileceğini söyleyebiliriz. Kendi istekleri yerine başkalarının istek ve taleplerine aşırı odaklanan, insanların yaptıkları hatalar için şiddetli bir şekilde cezalandırılması gerektiğini düşünen OKB hastalarında depresyon şiddetlerinde artış olabileceği söylenebilir. Şemayla baş etme yöntemi olarak sıkıntıyı ya da anksiyeteyi bedenselleştiren, içe kapanan ya da yaptığı bir aktiviteyle meşguliyet sağlayan OKB hastalarında da depresyon puanlarında artış olabileceği söylenebilir. Şemaların tam tersi tutum ve davranış sergileyerek aşırı telafide bulunan, başkalarını ve olayları kontrol etmek isteyen, başkalarına sürekli karşı gelen ve asilik gösteren, başkalarına boyun eğmeyen ve aşırı özerk OKB hastalarında da depresyon puanlarında artış olabilir. Yalnız burda dikkat edilmesi gereken bir nokta da bu şemaların, şema kaçınmalarının ve şema aşırı telafilerin OKB hastalarında depresyonu arttırabileceği gibi, depresyonu artan hastalarda bu şemaların, şema kaçınmalarının ve şema aşırı telafilerinin artabileceğini göz önünde bulundurmak gerekir. Yani ilişki iki yönlü de olabilir.

HAÖ puanlarıyla şemaların ilişkisi incelendiğinde zedelenmiş otonomi şema alanı puanları ve içerisinde yer alan iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında dayanıksızlık; kopukluk şema alanı ve içerisinde yer alan sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şema puanları ile HAÖ puanları arasında pozitif yönde

bir ilişki bulundu. OKB hastalarında HAÖ puanlarıyla onay arayıcılık şeması arasında negatif yönde bir ilişki bulundu. HAÖ puanlarıyla psikosomatizm, aktiviteyle zihinden uzaklaştırma şema kaçınma puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu. HAÖ puanlarıyla asilik şema aşırı telafisi puanı arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu. Bu bulgular sonucunda; ayrışamamış, bağımsızlaşmamış, kendini tam anlamıyla ortaya koyamamış, başkalarına göre kendisini başarısız gören, olayların olumsuz yanlarına odaklanan, dışardan gelecek tehditler karşısında abartılı olarak engelleyemeyeceğini düşünen, erken dönemde güvenlik, saygı, sevgi, kabul gibi temel ihtiyaçları karşılanmayan, kendini bir topluluğa ait hissedemeyen, kendini kusurlu, değersiz ve aşağılık hisseden OKB hastalarında anksiyete şiddetinde artış olabileceği söylenebilir. Bu çalışmada beklenmedik şekilde diğer insanların onayına ihtiyaç duyan, itibar algısı diğerlerinin tepkisine göre değişen OKB hastalarında anksiyete düzeylerinde azalma olabileceği bulunmuştur. Bunun sebebi, kişinin verdiği kararların sonuçlarını ve sorumluluğunu onay aldığı kişilere yüklemesi olabilir. Şemalarla baş etmek için bedenselleştirme, fiziksel aktiviteyle zihinden uzaklaştırma kaçınma yöntemlerini kullanan OKB hastalarında artmış anksiyete şiddeti olabileceğinden bahsedilebilir. Yine şemanın tam tersi davranış ve tutum göstererek boyun eğiciliğe sürekli karşı gelen ve asilik aşırı telafisinde bulunan OKB hastalarında da artmış kaygı düzeyleri olabileceği söylenebilir. Yine burda da ilişkinin iki yönlü olduğunu, OKB hastalarında kaygı düzeyi arttıkça bahsi geçen şemaların, şema kaçınmalarının ve şema aşırı telafilerinin artabileceğini göz önünde bulundurmak gerekir.

OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma toplam puanlarıyla YBOKÖ, BDÖ ve HAÖ puanları arasında pozitif yönde ilişki bulundu. Ayrıca YBOKÖ puanlarıyla yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç damgalanma alt ölçekleri arasında pozitif yönde ilişki bulundu. BDÖ puanlarıyla yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme, damgalanmaya karşı direnç damgalanma alt ölçekleri arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu. HAÖ puanlarıyla yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve sosyal geri çekilme arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu. Tüm bunların sonucunda OKB şiddeti arttıkça hastaların kendilerini damgalama şiddetinin de artabileceği söylenebilir. Özellikle hastaların kendilerini toplumdaki ayrıymış gibi hissederek, toplumsal mitleri onaylayarak, kendilerini soyutlayarak damgaladıkları ile ilgili bir yorum yapılabilir. Bu çalışma OKB hastalarının %11.7'sinin yüksek derecede içselleştirilmiş damgalanmaya sahip olduğunu

göstermektedir. OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ile yapılmış çalışmalar az olmakla birlikte Grambal ve arkadaşlarının ruhsal hastalık gruplarında içselleştirilmiş damgalanmayla yaptıkları bir çalışmada borderline kişilik bozukluğunda toplam içselleştirilmiş damgalanma puanını en fazla bulmuşlardır. Bunu şizofreni, MDB, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları takip etmiştir.⁵¹ Borderline kişilik bozukluğu, şizofreni, MDB, bipolar ve anksiyete bozukluklarıyla kıyaslandığında OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın şiddetinin anksiyete bozukluğu hastalarındaki içselleştirilmiş damgalanmaya yakın derecede olduğu, diğer hastalıklardan daha hafif olmakla birlikte hafif-orta şiddette damgalanmanın olduğundan bahsedebiliriz. Aynı şekilde hastalarda depresyon ve anksiyete şiddetleri arttıkça da hastaların kendilerini damgalamalarının arttığı söylenebilir. Burada da ilişki iki yönlü olduğundan hastalardaki damgalanma şiddetlerinin arttıkça depresyon ve kaygı düzeylerinin artabileceğinden bahsedebiliriz. Ayrıca hastalarda anksiyete ve depresyon şiddetleri arttıkça hastaların kendilerini toplumdan izoleymiş gibi hissettiği, toplumsal ön yargıları onaylayarak, kendilerini toplumdan soyutlayarak kendilerini damgalamalarında artış olabileceği söylenebilir.

4.5 OKB Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma ve Şemalar ile İlişkisi

Çoğu OKB hastası psikolojik tedavi arayışına girmemektedir ya da sıkıntı yaşadktan yıllar sonra tedaviye geç başlamaktadır.⁷ Araştırmalar bu tedavi gecikmesini damgalamaya bağlamaktadır. Goodwin ve ark.⁵² OKB hastalarının yaklaşık beşte birinin kendi belirtileriyle ilgili başkalarının ne düşündüğü korkusuyla tedaviyi geciktirdiklerini bulmuşlardır. Öte yandan Marques ve ark.⁵³ tedavide gecikmenin en önemli sebepleri olarak damgalama, utanç ve ayrımcılık olduğunu bulmuşlardır.

İçselleştirilmiş damgalanma toplam puanı ve alt ölçeklerin puanlarıyla, şema puanlarının ilişkisine bakacak olursak; içselleştirilmiş damgalanma toplam puanıyla zedelenmiş otonomi şema alanı puanı ve bu şema alanı içerisinde yer alan iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık şema boyutları puanları; kopukluk şema alanı ve bu şema alanı içerisinde yer alan duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şema boyutları puanları; psikosomatizm şema kaçınma puanı arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu. Toplam içselleştirilmiş damgalanma puanıyla statü düşkünlüğü aşırı telafisi

arasında negatif yönde ilişki bulundu. İçselleştirilmiş damgalanma alt ölçeklerinden yabancılaşıma alt ölçeği puanlarıyla zedelenmiş otonomi şema alanı ve bu şema alanı içerisinde yer alan iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık şema boyutu puanları; kopukluk şema alanı ve bu şema alanı içerisinde yer alan sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şema boyutları puanları; psikosomatizm şema kaçınma puanı arasında pozitif yönde ilişki bulundu. Ancak hastalarda yabancılaşıma alt ölçeğiyle statü düşüklüğü şema aşırı telafi puanları arasında negatif yönde ilişki bulundu. Kalıp yargıların onaylanması içselleştirilmiş damgalanma alt ölçeği puanıyla da zedelenmiş otonomi şema alanı puanı ve bu şema alanı içerisinde bulunan iç içe geçme/bağımlılık, başarısızlık şema boyutları puanları; kopukluk şema alanı içerisinde bulunan sosyal izolasyon/güvensizlik şema boyutları puanları; psikosomatizm ve içe çekilme kaçınma şema puanları arasında pozitif yönde ilişki bulundu. Kalıp yargıların onaylanması damgalanma alt ölçeğiyle statü düşüklüğü ve mesafelilik aşırı telafi puanları arasında negatif yönde ilişki bulundu. Algılanan ayrımcılık damgalanma alt ölçeğiyle zedelenmiş sınırlar şema alanı puanı ve bu şema alanı içerisinde bulunan iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme şema boyutları, kopukluk şema alanı puanı ve bu şema içerisinde bulunan duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik şema boyutları puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu. Sosyal geri çekilme damgalanma alt ölçeğiyle de zedelenmiş sınırlar şema alanı puanı ve bu şema alanı içerisinde bulunan iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme ve başarısızlık şema boyutları puanları, kopukluk şema alanı ve bu şema alanı içerisinde bulunan duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şema boyutları puanları, psikosomatizm şema kaçınma puanı ve statü düşüklüğü şema aşırı telafisi puanı arasında pozitif yönde ilişki bulundu. Damgalanmaya karşı direnç damgalanma alt ölçeği puanıyla da yüksek standartlar şema alanı puanı ve bu şema alanı içerisinde yer alan onay arayıcılık şema boyutu; duygu kontrolü şema kaçınma puanı; statü düşüklüğü ve manipülatif olma şema aşırı telafileri arasında negatif yönde ilişkili bulundu. Tüm bunların sonuçlarını inceleyecek olursak aşırı koruyucu ve kollayıcı ailelerde yetişmiş, kendi özerkliğini kazanmada zorluklar yaşayan bağımlı; ailelerinde bakım, emniyet, destek ve istikrar görememiş; kendini diğerlerinden daha başarısız gören; başkalarının kınayacağı düşüncesiyle duygularını bastıran, kendini bir topluluğa ait hissetmeyen; kendini kötü, istenmeyen, kusurlu hisseden; şemalarıyla baş etmek için sıkıntı ve sorunlarını bedenselleştirme kaçınma davranışında bulunan OKB hastalarında kendilerini damgalama

şiddetlerinde artış olabileceği söylenebilir. Özerk olmayla ilgili sorunlar yaşayan, bağımlı, akranlarına kıyasla kendini başarısız gören, kendini toplumdan soyutlamış, kendini kötü ve istenmeyen olarak gören, şemalarıyla bedenselleştirme yoluyla baş etmeye çalışan OKB hastalarında kendilerini toplumdan yabancılaştırarak veya böyle hissederek kendilerini damgalamada artış olabileceğinden bahsedebiliriz. Ancak şema karşıtlığı ve aşırı telafisi olarak da statü düşkününü olan OKB hastalarının da kendini toplumdan yabancılaştırarak damgalamalarında azalma olabileceğinden bahsedebiliriz. Yine kendi özerkliğini kazanmada sorun yaşayan, kendini diğerlerine göre başarısız gören, kendini bir topluluğa ait değilmiş gibi hisseden OKB hastalarında da toplumda olan bazı kalıplaşmış önyargıları kabullenerek kendilerini damgalamada artış olabileceğini söyleyebiliriz. Ancak şemalarının aşırı telafisi olarak statü düşkünlüğü olan ve başkalarıyla mesafeli olan kişilerde toplumsal önyargılar yoluyla kendilerini damgalamada azalma olabileceğinden bahsedebiliriz. Kendi özerkliğini kazanmada sorun yaşayan, yakınlarından duygusal destek, güç ve korunma alamayacağı inancında olan, başkalarının kınayacağı düşüncesiyle duygularını bastıran, kendini bir topluluğa ait hissedemeyen OKB hastalarının kendini toplumdan ayırmış gibi algılayarak kendini damgalamalarında artış olabileceği söylenebilir. Özerkliğini sağlamada zorluk yaşayan, yakınlarından yakınlık, destek ve güç göremeyeceğini düşünen, başkalarına göre kendini başarısız olarak algılayan, duygularını bastıran, kendini dünyadan yalıtılmış gibi hisseden, kusurlu, istenmeyen ve kötü olduğunu düşünen ayrıca şemalarla baş etme yöntemi olarak sıkıntılarını bedenselleştiren OKB hastalarında kendilerini toplumdan soyutlayarak kendilerini damgalamada artış görülebileceği söylenebilir. Ancak şemalarının aşırı telafisi olarak statü düşkünlüğü bulunan OKB hastalarında ise kendilerini toplumdan soyutlayarak damgalamalarının azalabileceği söylenebilir. Mükemmeliyetçi, katı kuralları ve yüksek standartları bulunan, kararlar vermesi gerektiğinde başkalarının onay, kabul ve ilgisini kazanmaya çalışan, şemalarla baş etme yöntemi olarak duygularını sürekli kontrol etmeye çalışıp şemadan kaçınan, şemalarının tam tersi davranarak statüye odaklanan ve başkalarını manipüle etme eğiliminde olan OKB hastalarında damgalanmaya karşı dirençte azalma yoluyla kendilerini damgalamada artış görülebilir. Burada da ilişki iki yönlü olduğundan, kendilerini damgalayan OKB hastalarında bahsedilen şemalarda, şema kaçınmalarında ve şema aşırı telafilerinde artış olabileceğini göz önünde bulundurmak gerekir.

4.6 KISITLILIKLAR

Çalışmamızın hasta grubu örnekleminde daha çok üniversite öğrencileri bulunduğundan bu grubun toplum genelindeki OKB hastalarını tam olarak yansıtmayabilir. Her ne kadar komorbid psikiyatrik hastalıklar çalışmadan dışlanmışsa da çalışmanın bulgularında da görüldüğü gibi hastalarda depresyon ve anksiyete puanları beklenenden yüksek çıkmıştır. Verileri değerlendirirken depresyon ve anksiyete belirtilerinin karıştırıcı etkisini göz önünde bulundurmak gerekir. Hasta ve kontrol grubunun eksen 2 (kişilik bozuklukları) yönünden değerlendirilmediğini göz önünde bulundurmak gerekir.



5 SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 SONUÇLAR

i. OKB alt tipleri yaygınlığı sırasıyla kirlenme-temizleme, saldırganlık-kontrol, düzen-simetri, dini-cinsel, biriktirme şeklinde bulundu.

ii. OKB hastalarının %11.7'sinde yüksek derecede içselleştirilmiş damgalanma bulundu.

iii. OKB hastalarında iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında dayanıksızlık, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk, onay arayıcılık, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, kendini feda ve cezalandırılma şema puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha fazlaydı.

iv. OKB hastalarında psikosomatizm ve aktiviteyle zihinden uzaklaştırma şema kaçınma puanları kontrol grubundan anlamlı derecede daha fazlaydı.

v. OKB hastalarında statü düşkünlüğü, kontrol ve eleştiriye tahammülsüz şema aşırı telafi puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha fazlaydı.

vi. OKB hastalarının hastalık şiddeti arttıkça hastaların depresyon, anksiyete şiddetlerinin de arttığı ve kendilerini damgalama düzeylerinin arttığı bulundu.

v. Kadın OKB hastalarında şema puanları duyguları bastırma şeması hariç erkek OKB hastalarına göre daha fazlaydı. Ayrıca başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, kendini feda şema puanları kadın hasta grubunda erkeklere göre anlamlı derecede daha fazlaydı. Kadın OKB hastalarında psikosomatizm, içe çekilme ve aktiviteyle zihinden uzaklaştırma şema kaçınma puanları erkek hastalara göre anlamlı derecede daha fazlaydı. Kadın hastalarda hastalık şiddeti, depresyon ve anksiyete şiddetleri erkek hastalardan anlamlı derecede daha fazlaydı. Damgalanma puanları kadın hastalarda erkek hastalara göre daha fazlaydı ama anlamlı değildi.

vi. Hastaların ilerleyen yaşlarda kendini damgalaması anlamlı derecede daha yüksekti. Ayrıca yaş ile duygu kontrolü şema kaçınması arasında pozitif yönde, mesafelilik şema aşırı telafisi arasında negatif yönde ilişkili bulundu.

vii. Hastaların eğitim yılıyla kendini feda şeması arasında negatif yönde ilişki bulundu. Eğitim yılıyla statü düşkünlüğü aşırı telafisi arasında pozitif yönde ilişki bulundu.

vii. OKB hastalarında damgalanma düzeyi ile iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şemaları arasında pozitif yönde ilişki bulundu. Damgalanma düzeyiyle psikosomatizm şema kaçınması arasında pozitif yönde ilişki bulundu. Damgalanma düzeyiyle statü düşkünlüğü şema aşırı telafisi arasında negatif yönde ilişki bulundu.

5.2 ÖNERİLER

i. OKB hastalarına klinik yaklaşımda, hastalarda belirgin/yaygın olarak bulunan ve yukarıda ifade edilen şemaların göz önünde bulundurulması yararlı olacaktır. Özellikle hastalık şiddetiyle ilişkili olan şemalar ile çalışılması hastalığın tedavisinde önemli katkı sağlayabilir.

ii. OKB hastalarında hastalığın birçok yönü ile ilişkili olan damgalanma ile mücadele edilmesi önemli bir konudur ve tedaviye erken başlama ve uyumu arttırabilir.

iii. OKB hastalarında şemaların belirlenmesi ve damgalanma düzeyinin araştırılması için daha geniş ölçekli toplumsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin A. Saplantı- Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk-OKB) ve İlişkili Bozukluklar. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (13. Basım) Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.; 2015:364-379.
2. Pine DS, McClure EB. Anksiyete Bozuklukları. Sadock B. J. Sadock VA (ed.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (8. Basım) İstanbul: Güneş Kitabevi; 2007:1768-1780.
3. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi. Tükel R, Alkın T (ed.) *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006:287-311.
4. Mitterschiffthaler MT, Ettinger U, Mehta MA, Mataix-Cols D, Williams SCR. Applications of functional magnetic resonance imaging in psychiatry. *J Magn Reson Imaging*. 2006;23(6):851-861.
5. Young JE, Klosko JS, Weishar ME. Şema Terapi: Kavramsal Model. Özakkaş T (ed.) Soylu TV (çev. ed.) *Şema Terapi: Terapistin Rehberi* (2. Baskı) İstanbul: Litera Yayıncılık; 2009:17-100.
6. Young JE, Klosko JS, Weishar ME. Şema Değerlendirme ve Eğitimi. Özakkaş T (ed.) Soylu TV (çev. ed.) *Şema Terapi: Terapistin Rehberi* (2. Baskı) İstanbul: Litera Yayıncılık; 2009:101-138.
7. Steketee, G. S. (1993). *Treatment of Obsessive Compulsive Disorder*. New York: Guilford Press.1997;7(1):136-137.
8. Ameringen VM, Patterson B, Simpson W. DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: Clinical implications of new criteria. *Depress Anxiety*. 2014;31(6):487-493.
9. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992;53:4-10.
10. Abay E, Pulular A, Memiş ÇÖ, Süt N. Edirne ili merkezindeki lise öğrencilerinde obsesif-kompulsif bozukluğun epidemiyolojisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve*

11. Çilli A, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*. 2004;45(5):367-374.
12. Rosenberg DR, Hanna GL. Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: potential implications for treatment development. *Biol Psychiatry*. 2000;48(12):1210-1222.
13. Demet MM. Obsesif-kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*.2005;15(1).
14. Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev*. 2005;29(3):399-419.
15. Karşlıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10(Ek 3):3-13.
16. Koran LM, Pallanti S, Quercioli L. Sumatriptan, 5-HT1D receptors and obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2001;11(2):169-172.
17. Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D Hypothesis of Obsessive-Compulsive Disorder: An Update. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(14):18-21.
18. Denys D, Zohar J, Westenberg HGM. The Role of Dopamine in Obsessive-Compulsive Disorder: Preclinical and Clinical Evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(14):11-17.
19. Hollander E, Schiffman E, Cohen B ve ark. Signs of Central Nervous System Dysfunction in Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(1):27.
20. Rosenberg DR, Keshavan MS. Toward a Neurodevelopmental Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *Biol Psychiatry*. 1998;43(9):623-640.
21. Garvey MA, Giedd J, Swedo SE. Topical Review: PANDAS: The Search for

- Environmental Triggers of Pediatric Neuropsychiatric Disorders. Lessons from Rheumatic Fever. *J Child Neurol*. 1998;13(9):413-423.
22. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M ve ark. Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections: Clinical Description of the First 50 Cases. *Am J Psychiatry* *Am J Psychiatry*. 1998;155(155):264-271.
 23. Snider L. A. SSA. Textbook of Biological Psychiatry. In: Jaak P, ed. *Textbook of Biological Psychiatry*. New Jersey: Wiley-Liss; 2004:367-392.
 24. Saxena S, Rauch SL. Functional Neuroimaging and the Neuroanatomy of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23(3):563-586.
 25. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessional problems. Rapee RM (ed.) *Current Controversies in the Anxiety Disorders*. New York: The Guilford Press; 1996:103-133.
 26. Rachman S, Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther*. 1978;16(4):233-248.
 27. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*. 1989;27(6):677-682.
 28. Köroğlu E (çev. ed.) *Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (5. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
 29. Köroğlu E (çev. ed.) *Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (4. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994.
 30. Cecero JJ, Young JE. Case of Silvia: A Schema-Focused Approach. *J Psychother Integr*. 2001;11(2):217-229.
 31. Delattre V, Servant D, Rusinek S ve ark. Les schémas précoces dysfonctionnels : étude chez des patients adultes souffrant d'un trouble anxieux. *Encephale*. 2004;30(3):255-258.
 32. Lochner C, Seedat S, Toit PL ve ark. Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison. *BMC Psychiatry*. 2005;5(1):2.
 33. Atalay H, Atalay F, Karahan D, Çaliskan M. Early maladaptive schemas activated

- in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2008;12(4):268-279.
34. Kim JE, Lee SW, Lee SJ. Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2014;215(1):134-140.
 35. Kwak K-H, Lee SJ. A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Res.* 2015;230(3):757-762.
 36. Young JE, Klosko JS, Weishar ME. Detaylı Şema Tedavi Stratejileri. Özakkaş T (ed.) Soylu TV (çev. ed.) *Şema Terapi: Terapistin Rehberi* (2. Baskı) İstanbul: Litera Yayıncılık; 2009:295-386.
 37. Taşkın EO. Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ve Ayrımcılık. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama.* (1. Baskı) İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 2007:17-30.
 38. Soygür H, Özalp E. Şizofreni ve Damgalanma Sorunu. *Türkiye Klin Dahili Tıp Bilim Derg.* 2005;1(12):74-80.
 39. Oran NT, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir : HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. *Uluslararası Tıp Bilimleri Derg.* 2008;5(1):1-16.
 40. Cam O, Bilge A. Türkiye’de Ruhsal Hastalığa/ Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme. *J Psychiatr Nurs.* 2013;4(2):91
 41. Üçok A. Şizofreni Hastası Neden Damgalanır? *Klin Psikiyat.* 2003;6:3-8.
 42. Corrigan PW. The impact of stigma on severe mental illness. *Cogn Behav Pract.* 1998;5(2):201-222.
 43. Taşkın EO. İçselleştirilmiş Damga ve Damgalanma Algısı. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama.* (1. Baskı) İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 2007:31-40.
 44. Sartorius N. Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness 1. *Psychol Health Med.* 2006;11(3):383-388.

45. Özge G, Baysal D. Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Derg.* 2013;22(2):239-251.
46. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatr Serv.* 2008;59(12):1437-1442.
47. Sarısoy G, Kaçar ÖF, Pazvantoğlu O. Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study. *Compr Psychiatry.* 2013;54(6):665-672.
48. Brohan E, Gauci D, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN–Europe study. *J Affect Disord.* 2011;129(1-3):56-63.
49. Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2012;53(5):484-489.
50. Chang C-C, Wu T-H, Chen C-Y, Lin C-Y. Comparing Self-stigma Between People With Different Mental Disorders in Taiwan. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2016;204(7).
51. Grambal A, Prasko J, Kamaradova D. Self-stigma in borderline personality disorder - cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:2439-2448.
52. Goodwin R, Koenen KC, Hellman F, Guardino M, Struening E. Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106(2):143-149.
53. Marques L, LeBlanc NJ, Weingarden HM, Timpano KR, Jenike M, Wilhelm S. Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depress Anxiety.* 2010;27(5):470-475.
54. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46(11):1006-

1011.

55. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1012-1016.
56. Karamustafalıoğlu KO, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmén H. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Bildiri Kitabı*. Bursa: Savaş Ofset; 1993:86
57. Tek C, Uluğ B, Rezaki BG. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91(6):410-413.
58. Young JE, Brown G. *Young Schema Questionnaire*. Cognitive Therapy Center of New York. New York; 1990.
59. Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Cakir Z. Assessment of early maladaptive schemas: a psychometric study of the Turkish young schema questionnaire-short form-3. *Türk Psikiyatri Derg*. 2009;20(1):75-84.
60. Young JE, Ryghy J. *Young-Rygh Avoidance Inventory*. Cognitive Therapy Center of New York. New York; 1994.
61. Çakır Z. Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışları Arasındaki İlişkiler: Şema Terapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme. 2007.
62. Young J. *Young Compensation Inventory*. Cognitive Therapy Center of New York. New York; 1995.
63. Karaosmanoğlu HA, Soygüt G, Kabul A. Psychometric properties of the Turkish Young Compensation Inventory. *Clin Psychol Psychother*. 2013;20(2):171-179.
64. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*. 2003;121(1):31-49.
65. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 2007;18(2):163-171.

66. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res.* 2004;129(3):257-265.
67. Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997.
68. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Theory of Depression. New York: Guilford; 1978.
69. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikol Derg.* 1988;6(22):118-122.
70. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği, Güvenirliği. *Psikol Derg.* 1989;7(23):3-13.
71. Hamilton M. The Assesment of Anxiety States by Rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32:50-55.
72. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatr Derg.* 1998;9:114-117.
73. OKB Araştırma Grubu. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Klinik Özellikler: Çok Merkezli Bir Ulusal Veri Çalışması. 49. Ulusal Psikiyatr Kongresi, İzmir (Sözel Bildiri). 2013.
74. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther.* 1985;23(5):571-583.
75. Rafaeli E, Bernstein DP, Young JE. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Sınıflandırılması. Şaşıoğlu M (çev. ed.), Karaosmanoğlu HA, Azizlerli N (ed.) *Şema Terapi Ayırıcı Özellikler.* (4. Basım). Psikonet Yayınları; 2012:25-34.
76. Tükel R, Demet MM. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi. *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar.* (1.Basım) Ankara: TPD Yayınları; 2017:1-19.
77. Alonso P, M. Menchón J, Mataix-Cols D. Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions. *Psychiatry Res.* 2004;127(3):267-278.

78. Hyman BM, Pedrick C. The OCD workbook: Your guide to breaking free from obsessive-compulsive disorder. *OCD Workb Your Guid to Break Free from Obs Disord.* 2010.
79. Rosqvist J, Norling DC. Kontrol Etme Kompulsiyonu. Abramowitz JS, Taylor DMS (ed.) *Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Bağlantılı Sorunlar Klinik El Kitabı* (1.Baskı). İstanbul: Okuyan Us Yayınları; 2008:44-56.
80. Öztürk MO, Uluşahin A. Benliğin Savunma Düzenekleri. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (13. Baskı) Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti.; 2015:63-80.
81. Dökmen ZY. *Toplumsal Cinsiyet, Sosyal Psikolojik Açıklamalar.* (2. Baskı) Remzi Kitabevi; 2017.

EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu

Ek 2: Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Derecelendirme Ölçeği

Ek 3: Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Derecelendirme Ölçeği Kontrol Listesi

Ek 4: Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3

Ek 5: Young-Rygh Kaçınma Ölçeği

Ek 6: Young Telafi Ölçeği

Ek 7: Beck Depresyon Envanteri

Ek 8: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği