

**T.C.**  
**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARI, ETKİLENMEMİŞ  
KARDEŞLERİ VE SAĞLIKLI KONTROLLERDE ERKEN UYUMSUZ  
ŞEMALAR İLE SEMPTOM BOYUTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
KARŞILAŞTIRMALI OLARAK İNCELENMESİ**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Ali BAZ**

**Trabzon 2018**

**T.C.**  
**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARI, ETKİLENMEMİŞ  
KARDEŞLERİ VE SAĞLIKLI KONTROLLERDE ERKEN UYUMSUZ  
ŞEMALAR İLE SEMPTOM BOYUTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
KARŞILAŞTIRMALI OLARAK İNCELENMESİ**

**Uzmanlık Tezi**

**Dr. Ali BAZ**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Evrim Özkorumak Karagüzel**

**Trabzon 2018**

## ÖNSÖZ

Tez çalışmamın hazırlanması ve yürütülmesi aşamasında ilgi, destek ve yardımları ile yanımda olan ve beraber çalıştığımız süre boyunca bilgilerimin olgunlaşmasını sağlayan tez danışmanım Doç. Dr. Evrim Özkorumak Karagüzel'e

Birlikte çalıştığım süre boyunca bilgilerimin gelişmesine katkıda bulunan, destek ve yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Ahmet Tiryaki, Doç. Dr. Filiz Civil Arslan ve Yard. Doç. Dr. Demet Sağlam Aykut'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, sevgili asistan ve psikolog arkadaşlarıma,

İyi bir çalışma ortamı oluşmasına katkıda bulunan tüm psikiyatri çalışanlarına,

Bugüne kadar sevgi ve desteği ile maddi manevi hep yanımda olan ve bugüne gelmemiş sağlayan annem Hanife Baz, babam Mevlüt Baz ve kardeşim Tahsin Baz'a,

Desteğini ve yardımını hiçbir zaman esirgemeyen, özellikle zorlu dönemelerde yanımda olduğunu hep hissettiren değerli eşim Nur Ürküt Baz'a sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Ali Baz

Trabzon-2018

## ÖZET

### **Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastaları, Etkilenmemiş Kardeşleri Ve Sağlıklı Kontrollerde Erken Uyumsuz Şemalar İle Semptom Boyutları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi**

**Amaç:** Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), sürekli ve istenmeyen düşünceler ve ritüel davranışlarla karakterize, dalgalı bir seyir gösteren kronik ve ciddi derecede kaygı yaratan bir bozukluktur. Geçmişte tedaviye dirençli bir hastalık olarak düşünülmüştür ve araştırmalar, hastaların yaklaşık%50'sinin hedeflenen düzeyde yanıt vermediğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, şemaların da içinde olduğu bütüncül bilişsel terapi önerilmiştir. Bu çalışmanın amacı, (1) OKB hastalarının erken uyumsuz şemaları ile kardeşleri ve sağlıklı kontrollerin erken uyumsuz şemaları arasındaki farkları değerlendirmek, (2) Erken uyumsuz şemalarla, OKB semptom boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek (3) OKB şiddetinin, başlangıç yaşı ve hastalık süresi ve şemalarla bağlantısı gibi klinik değişkenlerle ilişkili olup olmadığını belirlemektir. Bu sayede OKB'nin tedaviye direnci, ortaya çıkışı ve süregelen hale gelmesi, klinik düzeye erişmeden önceki çekirdek patolojileri yordanabilecektir.

**Yöntem:** Araştırmada çalışma grubu olarak; Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne Aralık 2017-Kasım 2018 ayaktan başvuran, OKB tanısı konulan, uygunluk ölçütlerini karşılayan hastalar; çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların aynı anne babadan doğan ve aynı anne babanın büyüttüğü, uygunluk ölçülerini karşılayan kardeşleri; ve sağlıklı kontroller alınmıştır. Tüm katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onamları alınmıştır. Karadeniz Teknik Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2018/3 karar numarası ile etik kurul onayı almıştır. Hasta grubu literatür doğrultusunda YBOKÖ belirti kontrol listesi ile bulaş, simetri-sıralama-sayma, saldırganlık, cinsel-dini, istifleme, somatik obsesyonlar olmak üzere 6 gruba ayrılmıştır. Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), kişilik bozukluklarını değerlendirmek amacıyla SCID-II, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Young Şema Anketi Kısa Form-3 uygulanmıştır. SCID-I, SCID-II ve BDÖ ile çalışma için uygun

olmayan katılımcılar dışlanmıştır. Çalışmaya alınan katılımcılar, Young Şema Anketi Kısa Form-3'e göre hem gruplar arasında hem de OKB belirti boyutları arasında birbirileri ile karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir dağılımı açısından farklılık bulunmadı. Eğitim yılı açısından OKB ve sağlıklı kontrol arasında fark yoktu. Ancak kardeş grubu diğer iki gruptan anlamlı derecede farklıydı. Hastalar, kontrol gruplarına göre; başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/yabancılaşıma, iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, cezalandırılma, kusurluluk/utanç şemaları ve zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar şema alanlarının hasta grubunda daha baskın olduğu bulunmuştur. Hasta ve kardeş grubu kıyaslandığında; karamsarlık ve kusurluluk/utanç şemasının hasta grubunda daha baskın olduğu, aralarında hiç bir şema alanında fark olmadığı ve hastaların sağlıklı kontrollerden daha baskın olan sosyal izolasyon/yabancılaşıma, başarısızlık, iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme ve cezalandırılma alanlarında aralarında anlamlı farklılıklar olmadığı görülmüştür. Kardeş ve kontrol grubu kıyaslandığında; iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, onay arayıcılık şemaları ile zedelenmiş otonomi şema alanının kardeş grubunda daha baskın olduğu görülmüştür. Bulaş ve temizlik obsesyonları ile ilişkili kompulsiyonlar, cezalandırılma şemasından ve diğerleri yönelimlilik şema alanından; simetri-sıralama-sayma-düzenleme obsesyon ve ilişkili kompulsiyonları diğerleri yönelimlilik şema alanından; somatik obsesyon ve ilişkili kompulsiyonu olanlar yüksek standartlar şemasından, saldırganlık obsesyonu ve ilişkili kompulsiyonu olanların, diğerlerine göre diğerleri yönelimlilik şema alanının baskın olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** Çalışmamızda önceki çalışmalarda olduğu gibi OKB hastaları ile sağlıklı kontroller arasında şemalar açısından farklılıklar tespit edilmiştir. Kardeş grubu ile sağlıklı kontroller arasındaki farklılıklar ise bu farklılıkların alt kümesi olarak bulunmuştur. Bu sonuç da şemaların ortaya çıkmasında anne-baba tutumlarının önemini, bu tutumlar haricinde ortaya çıkan farklı şemaların değerlendirilebilmesini sağlamıştır. Bu sayede OKB'ye özgü olabilecek şemalar irdelenmiştir. Aynı zamanda heterojen bir hastalık olan OKB'nin belirti boyutları şema kuramı çerçevesinde değerlendirilerek farklılıklar bu açıdan tariflenmiştir.

Sonuç olarak bu çalışma ile OKB'nin etyopatogenezi ve üzerinde çalışılan terapi yöntemlerinin tespiti konusunda önemli olabilecek bulgular elde edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** şemalar, şema Alanları, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Etkilenmemiş Kardeş



## SUMMARY

### **A Comparative Examination of the Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Symptom Dimensions in Patients with Obsessive Compulsive Disorder, Unaffected Siblings of Patients and Healthy Controls**

**Purpose:** Obsessive compulsive disorder (OCD) is a characterised disorder with constant and unwanted thoughts and ritual behaviours and a chronic one that shows a fluctuating course and it causes critical anxiety. In the past it was considered as a disease which was resistant to treatment and the researches have revealed that approximately 50% of the patients did not respond at a target level. Accordingly a holistic cognitive therapy including the schemes is proposed. The purpose of this study is (1) to evaluate the differences between the early unworkable schemes of the OCD patients and their siblings and the early unworkable schemes of the healthy controls; (2) to review the relationship between the OCD symptom dimensions with the early unworkable schemes; (3) to determine if the severity of OCD is related to the clinical variables like starting age, duration of the disease and its relation with the schemes. Thus, the OCD's resistance to treatment, occurrence, becoming chronic and the core pathologies before it comes to the clinical level can be predicted.

**Method:** In this research, the study group is the outpatients who applied to Karadeniz Technical University Medical Faculty Psychiatry Polyclinics from December 2017 to November 2018 and who got an OCD diagnosis and comply with the conformity criteria and the siblings of the patients, who accepted to participate in this study, under the condition that they belong to and have raised by the same parents and they comply with the conformity criteria; and the healthy controls. All of the participants were informed about the study and their written consent was obtained. The ethics committee approval was granted with Decision ref. 2018/3 of Karadeniz Technical University Clinical Researches Ethics Committee. In line with the literature the patient group was divided into 6 groups with the Y-BOCS Symptom Checklist which are contamination, symmetry-ordering-counting, aggressive, sexual-religious, hoarding and somatic obsessions. The socio-demographic data form, clinical consultancy structured for DSM-IV (SCID-I) and SCID-II, Yale-Brown

Obsession Compulsion Scale, Beck Depression Scale, Young Scheme Questionnaire Short Form-3 were applied to all of the participant for purpose of evaluation of the personality disorders. The participants who did not comply with the SCID-I, SCID-II and BDS were left out. The participants accepted to the study were compared both between the groups and among each other in terms of OCD symptom extent according to the Young Scheme Questionnaire Short Form-3.

**Findings:** No difference was found between the groups in terms of age, sex, marital status, employment status, residence, income distribution. There was not difference between the OCD and healthy control in terms of education year. However, the sibling group was significantly different from the other two groups. It was found that compared to the control groups the patients are more dominant in the failure, pessimism, social isolation/alienation, codependency, being abandoned, being punished, imperfection/embarrassment schemes and the scheme areas of impaired autonomy, disconnection and high standards are more dominant in the patient group. When the patient and sibling groups are compared, the pessimism and imperfection/embarrassment scheme is more dominant in the patient group and there is no difference in their scheme areas and there is no significant difference among the patients in the areas of social isolation/alienation, imperfection/embarrassment, failure, codependency, abandonment and being punished which are more dominant than the healthy controls. When the sibling and control groups are compared, it is observed that the codependency, being abandoned, check seeking schemes and the impaired autonomy scheme areas are more dominant in the sibling group. It is found that the compulsions related to contamination and cleaning obsessions are more dominant than the being punishment scheme and the other directedness scheme area; the ones with the symmetry-ordering-counting obsession and associated compulsions are more dominant than the high standards scheme and the other directedness scheme area of the ones with the aggression obsession and associated compulsion are more dominant than the others.

**Conclusion:** In this study, as in the previous ones, no differences are identified between the OCD patients and the healthy controls in terms of schemes. The differences between the sibling group and the healthy controls is found as a subset of these differences. This outcome allows to evaluate importance of the attitudes



of parents in these schemes and the different schemes apart from such attitudes. Thus, the schemes which can pertain to OCD are examined. At the same time the symptom extents of OCD which is an heterogenic disease are evaluated and the differences are defined within the framework of scheme theory in this regard. Consequently, this study has revealed findings which can be important in determination of etiopathogenesis of OCD and the therapy methods which are being studied.

**Key Words:** Schemes, Scheme Areas, Obsessive Compulsive Disorder, Non-Affected Siblings



# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
SUMMARY.....	v
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB).....	2
2.1.1. Tanım.....	2
2.1.2. Tarihçe.....	3
2.1.3. Sınıflandırma.....	5
2.1.4. Epidemiyoloji.....	7
2.1.5. Etiyoloji.....	9
2.1.5.1. Biyolojik Etkenler.....	9
2.1.5.1.1. Genetik Çalışmalar.....	9
2.1.5.1.2. Nörokimyasal Çalışmalar.....	11
2.1.5.1.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	12
2.1.5.2. Psikososyal Etkenler.....	13
2.1.5.2.1. Psikodinamik Etkenler.....	13
2.1.5.2.2. Davranışçı Yaklaşımın Temelleri.....	14
2.1.5.2.3. Bilişsel Davranışçı Kuram.....	15
2.1.6. Belirti Boyutları.....	16
2.1.7. İçgörü ve Benliğe Yabancıklık.....	22
2.1.8. Eşitlik.....	23
2.1.9. Prognoz.....	23
2.2. Şema Modeli ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar.....	24
2.2.1. Şema Kavramı.....	24
2.2.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar.....	26
2.2.3. Şemaların Temeli.....	27
2.2.4. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar.....	28

2.2.5. Şema İşlemleri.....	33
2.2.6. Uyumsuz Baş Etme Biçimleri ve Tepkiler.....	34
2.2.7. Şema Modları .....	35
2.2.8. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Psikopatoloji İlişkisi .....	36
3. MATERYAL VE METOD .....	43
3.1. Araştırmanın Şekli, Evreni, Örneklemi ve Yöntemi .....	43
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	45
3.2.2. SCID I .....	45
3.2.3. SCID II .....	46
3.2.4. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ).....	47
3.2.5. Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3, YŞÖ-KF3 (Young Schema Inventory Short Form-3, YSQ-SF3).....	47
3.2.6. Beck Depresyon Derecelendirme Ölçeği (BDÖ).....	48
4. BULGULAR .....	49
4.1. Sosyodemografik Veriler.....	49
4.2. Klinik Özellikler .....	52
4.3. Korelasyon Analizleri.....	72
5. TARTIŞMA.....	78
5.1. Sosyodemografik Veriler.....	78
5.2. Klinik Özellikler .....	80
5.3. Şemalar .....	88
5.3.1. Gruplar Arasında Erken Maladaptif Şemaların Karşılaştırılması .....	88
5.3.2. OKB Belirti Boyutları ile Erken Maladaptif Şemaların Arasındaki İlişki.....	96
5.3.3. OKB olan hastalarda Erken Maladaptif Şemalar ve Klinik Değişkenler Arasındaki İlişki.....	98
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	104
7. KAYNAKLAR.....	106

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AD</b>	: Antidepresan
<b>AP</b>	: Antipsikotik
<b>APA</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>BAÖ</b>	: Beck Anksiyete Ölçeği
<b>BDÖ</b>	: Beck Depresyon Ölçeği
<b>BOS</b>	: Beyin Omurilik Sıvısı
<b>BT</b>	: Bilgisayarlı Tomografi
<b>DSM</b>	: Ruhsal Bozuklukların Tanısı ve İstatistiksel El Kitabı
<b>EGA</b>	: Epidemiyolojik Alan Çalışması
<b>ICD</b>	: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması
<b>KTÜ</b>	: Karadeniz Teknik Üniversitesi
<b>MRI</b>	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>MRS</b>	: Manyetik Rezonans Spektroskopi
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>PET</b>	: Pozitron Emisyon Tomografi
<b>SCID</b>	: DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
<b>SSRI</b>	: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörü
<b>TCA</b>	: Trisiklik Antidepresan
<b>WHO</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>Y- BOKÖ</b>	: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği,
<b>YŞÖ-KF-3</b>	: Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.	Tüm Katılımcıların Cinsiyet, Medeni Durum, Yaşadığı Yer, Çalışma Durumu, Gelir Düzeyi, Ek Hastalık Açısından Karşılaştırılması .....	50
Tablo 2.	Katılımcıların Yaş ve Eğitim Yılı Açısından Birbirleri İle Karşılaştırılması .....	51
Tablo 3.	Otojen ve Reaktif Obsesyon Gruplarının Eğitim Yılı ve Ortalama Gelir Düzeyi Açısında Karşılaştırılması .....	51
Tablo 4.	Tüm Katılımcıların Eğitim Yıllarının Kendi Aralarında Karşılaştırılması .....	52
Tablo 5.	OKB Belirti Boyutlarının Sıklığı .....	53
Tablo 6.	Otojen ve Reaktif Gruplar Arasında Hastalık Başlangıç Yaşı ve Hastalık Süresi.....	53
Tablo 7.	OKB Grubu Belirti Boyutlarının Dağılımı.....	54
Tablo 8.	Otojen ve Reaktif Grupta Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü .....	55
Tablo 9.	OKB ve Kontrol Grubunun Ailesindeki Psikiyatrik Hastalıkların Dağılımı.....	55
Tablo 10.	Belirti Boyutlarının Tiplerine Göre Aile Öyküsü Sıklığı.....	57
Tablo 11.	Gruplar Arasında Şema Boyutları Puan Farklarının Değerlendirilmesi .....	58
Tablo 12.	Gruplar Arasında Şema Alanları Puan Farklarının Değerlendirilmesi .....	59
Tablo 13.	Gruplar Arasında Puanları Bakımından Anlamlı Farkı Olan Şema Boyutları.....	61
Tablo 14.	Gruplar Arasında Puanları Bakımından Anlamlı Farkı Olan Şema Alanları.....	62
Tablo 15.	Tedavisiz OKB Grubu ile Diğer Grupların Şema Boyutlarının Karşılaştırılması .....	63
Tablo 16.	Tedavisiz OKB Grubunun Diğer Gruplar İle Karşılaştırılması Sonucunda Puanları Bakımından Anlamlı Farkı Olan Şema Boyutları.....	63

Tablo 17. Tedavisiz OKB Grubu ile Diğer Grupların Şema Alanlarının Karşılaştırılması .....	64
Tablo 18. Tedavisiz OKB Grubunun Diğer Gruplar İle Karşılaştırılması Sonucunda Puanları Bakımından Anlamlı Farkı Olan Şema Alanları.....	64
Tablo 19. Obsesyon ve İlişkili Kompulsiyon Alt Türlerinin Diğerlerine Göre, Şemalar ve Şema Alanları Puanlarının Karşılaştırılması .....	65
Tablo 20. Otojen ve Reaktif OKB Gruplarının Şema Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması .....	66
Tablo 21. Otojen ve Reaktif OKB Gruplarının Şema Alanlarının Karşılaştırılması .....	66
Tablo 22. Erken Başlangıçlı Olan ve Olmayan OKB'ler Arasında Şema Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 23. Erken Başlangıçlı Olan ve Olmayan OKB'ler Arasında Şema Alanlarının Karşılaştırılması .....	68
Tablo 24. Otojen ve Reaktif OKB gruplarının, Kardeş ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması.....	68
Tablo 25. Otojen ve Reaktif OKB Grupları ile Kardeş ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Arasında Yapılan Karşılaştırmada Aralarında Anlamlı Farkı Olan Şema Boyutları.....	71
Tablo 26. OKB Hastaları, Kontrol ve Kardeş Grubundaki Katılımcıların Şema ve Şema Alanları Puanlarının Eğitim Yılı İle Korelasyon Analizi .....	72
Tablo 27. OKB Hastalarındaki Şema ve Şema Alanları Puanlarının Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılması.....	73
Tablo 28. Cezalandırılma Şeması Puanının Gelir Grupları İle Kıyaslanması.....	74
Tablo 29. Yale Brown Obsesyon, Kompulsiyon ve Toplam Puanlarının, Şema ve Şema Alanları Puanları Korelasyonu .....	74
Tablo 30. Yale Brown Alt Ölçekleri İle Korele Olan Şemalar ve Şema Alanları İle Korelasyon Katsayıları.....	76
Tablo 31. Hastalık Başlangıç Yaşı ve Hastalık Süresinin Şema ve Şema Alanları İle Yapılan Korelasyon Analizleri .....	76

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), sürekli ve istenmeyen düşünceler ve ritüel davranışlarla karakterize, dalgalı bir seyir gösteren kronik ve ciddi derecede kaygı yaratan bir bozukluktur (1). Geçmişte tedaviye dirençli bir hastalık olarak düşünülmesine rağmen, ilaç ve davranış terapisi de dahil olmak üzere etkili tedaviler ortaya çıkmıştır. Ancak yine de araştırmalar, hastaların yaklaşık %50'sinin hedeflenen düzeyde yanıt vermediğini ortaya koymaktadır (2,3). Pek çok OKB vakasında, standart tedavinin tam anlamıyla remisyona girmemesi nedeniyle semptomlar devam etmektedir (4-6).

Zayıf yanıtın; erken çocukluk dönemi travması veya duygusal yoksunluk (7,8) gibi nedenlerle ortaya çıkmış olması, erken başlangıçlı olması (9,10), daha uzun hastalık süresi, kliniğinin daha şiddetli olması ve komorbid kişilik bozuklukları (11,12) olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (13). Bu bağlamda obsesif kompulsif bozuklukta şemalar, gelişim teorisi, bağlanma deneyimleri, yapısal boyut, duygusal ve kişilerarası odak kavramlarını içeren bütüncül bilişsel terapi önerilmiştir (14).

Bu çalışmanın amacı, 1- OKB hastalarının erken uyumsuz şemaları ile kardeşleri ve sağlıklı kontrollerin erken uyumsuz şemaları arasındaki farkları değerlendirmek, 2- Erken uyumsuz şemalarla, OKB semptom boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek, 3- OKB şiddetinin, başlangıç yaşı ve hastalık süresi ve şemalarla bağlantısı gibi klinik değişkenlerle ilişkili olup olmadığını belirlemektir. Bu sayede OKB'nin tedaviye direnci, ortaya çıkışı ve süregelen hale gelmesi, klinik düzeye erişmeden önceki çekirdek patolojileri yordanabilecektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

#### 2.1.1. Tanım

Saplantı ve zorlantıların görüldüğü, genelde süreğen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir bozukluktur. Saplantı, irade dışı gelen, bireyi tehdit eden, benliğe yabancı, bilinçli çaba ile kovulamayan, inatçı biçimde yineleyen düşünce, imge ya da dürtülerdir. Zorlantı ise çoğu kez saplantılı düşüncelerden kurtulmak için yapılan istenç dışı hareketlerdir (15).

Latince ‘obsidere’ (kuşatılmak, ele geçirilmek) sözcüğünden türeyen ‘obsesyon’ terimi, kişinin kendisini belli bir zihin içeriğinden kurtaramamasına işaret eder (yineleyici ve sürekli olması). Bu zihin içeriği; bir düşünce, dürtü, zorlanma, düşlem ya da bunların karışımından oluşan bir biçimde yaşanabilir (16). Kişi sahip olmak istemediği bu deneyimin varlığı (zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan) ile belirgin rahatsızlık/kaygı duyar (DSM-5) (15). Bu rahatsızlık ondan kurtulmak ya da ona direnmek ile ilgili çabaların kaynağıdır. Kişi uzaklaştırmaya, düşünmeye, yokmuş gibi davranmaya çalışarak ya da kompulsif eylemler yoluyla, zihin dünyasını kuşatan bu düşünce, hayal ya da zorlanmaların olumsuz etkisinden kurtulmaya uğraşır (DSM-5).

Hastalığın diğer önemli unsuru olan ‘kompulsiyon’ terimi ise, zorlanmış, köşeye sıkışmış anlamlarına gelen Latince ‘compellere’ sözcüğünden türemiştir. Kompulsiyonlar bir obsesyonun yarattığı rahatsızlığı, kaygıyı gidermek, bazı korkulan olay ve durumların olmasını önlemek üzere yapılan tekrarlayıcı davranışlar ve zihinsel eylemlerdir (DSM-5) (15). Kişinin varlığı karşısında pasif bir durumda olduğu obsesyonun yarattığı rahatsızlık karşısında, tekrarlayıcı bir şekilde belli bir eylemi yapmaktan kendini alıkoyamadığı aktif bir duruma işaret eder. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, etkisizleştirilmesi ya da korumak istenen şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı düzeydedir (DSM-5).

Kompulsiyonlar kaygı ve sıkıntıyı azaltma, obsesyonları nötralize etme ve obsesif düşünce, dürtü veya imgelerle ilişkili olarak değerlendirilen olası istenmeyen



sonuçları önleme amacıyla gerçekleştirilen eylemlerdir. Kompulsiyonlar diğer herkesçe gözlemlenebilen dışa vuran davranışlar olabileceği gibi gözlemlenemeyen zihinsel aktiviteler de olabilmektedir (17).

### 2.1.2. Tarihçe

Şu anki klinik bilgilerimiz ışığında, dikkatli bir klinisyen çekirdek özelliklere dikkat ettiği sürece obsesyon ve kompulsiyonları kolayca tanıyabilir. Bununla birlikte OKB, zaman zaman hastalığın doğasına aşina olan deneyimli bir klinisyeni bile şaşırtacak ölçüde belirti çeşitliliği gösterebilir. Büyük bir olasılıkla bu çeşitliliğe bağlı olarak, obsesyon ve kompulsiyonların ayrı fenomenler olduğu konusunda uzlaşmak bile psikiyatri-psikoloji topluluğunun oldukça zamanını almıştır (18).

Tarihsel açıdan bakıldığında, OK belirtilerine yönelik sadece 18. ve 19. yüzyılda yapılan tanımlamalar bile çok yoğun tartışmalara sebep olmuştur. Günümüz anlayışına yön veren iki ana akım üzerinde durulmaktadır. İlk olarak 19. yüzyıl Alman psikiyatrisinde, obsesyonlar için anahtar patolojinin bilişsel ya da entelektüel işlevlerde olduğu vurgulanmakta, obsesyonların sanrılardan farklı olduğu söylenmektedir (19). İkinci olarak Morel'in başını çektiği Fransız ekolünde, belirtilerin oluşumunda artmış olumsuz duygulanımın rolüne dikkat çekilmiştir. Bir dönem istenç sorunları olarak birlikte sınıflandırılan OK ve dürtüsel davranışlar arasındaki fenomenolojik ayrımı yapmak, ilk olarak Fransız psikiyatrisine düşmüştür (20). Bu dönemde Alman ekolünde, düşünce ve davranışlardan oluşan zorlantılı yaşantılara işaret eden bir kavram olarak 'zwang' kelimesi, OK belirtileri için kullanılan ilk terimdir. İngiliz yazınında bu sözcüğün çeviri karşılığı olarak, o zamana kadar şeytan tarafından ele geçirilmiş olma anlamında kullanılagelen 'obsesyon' terimi tercih edilirken, Amerikan yazınında ise 'kompulsiyon' terimi benimsenmiştir (19). OK tanımlaması ise, her iki yaklaşımı ele alan ve zamanla ortaya çıkan bir uzlaşmanın sonucudur.

M.Ö. 11. yüzyılın ikinci yarısında, İsrail kralı olan Saul' u sık sık şeytandan gelen zararlı düşüncelerin yakaladığı, damadının da arp çalarak zararlı düşüncelerinden kurtardığından bazı kutsal kitaplarda bahsedilir. Shakespeare, Lady Machbet karakterinde el yıkama kompulsiyonlarından söz etmiştir (21). Ortaçağda, OKB diğer birçok ruhsal hastalık için geçerli olduğu gibi büyü ve din kavramlarıyla

açıklanmaya çalışılmıştır. Zamanla dini görüşler yerine tıbbi açıklamalar getirilmiştir. OK yaşantıları resmi olarak ilk defa DSM-I ile tanımlanmıştır. Burada tüm belirtiler bir tepki olarak düşünülmüştür. Belirtiler kısaca tanımlanırken, biçim ve içerik ayrımı üzerinde düşünülmezsizin kabaca bir tanımlama yapılmıştır. Güncel fenomenolojik bakış açımıza en uygun ve yakın tanımlama ise ilk kez DSM-III ile yapılmıştır. Yetmişli yıllarda yapılan ve belirtileri fenomenolojik açıdan inceleyen bu çalışmalar bu açıdan DSM'ye ışık tutmuştur. İlk olarak Akhtar ve arkadaşları (1975), obsesyonları biçim (kuşku, düşünce, korku, dürtü ve imge) ve içerik (kir ve bulaşma, saldırganlık, cansız temalar, din ve cinsellik) açısından ayırmış (22); sonraki çalışmalarla bu yaklaşım desteklenmiştir (23,24). Böylece DMS-III'de obsesyon ve kompulsiyon ayrımı ilk defa yapılmıştır. 80'li yılların çalışmalarında biçim ve içeriğe ilişkin daha kapsamlı araştırmalar yapılmıştır (25,26). Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, OK belirtilerinin içerik ve şiddetini değerlendirmek üzere uzun yıllar altın standart olarak kullanılmıştır. 8 ana obsesyon ve 7 ana kompulsiyon teması oluşturmuşlar ve bu gruplarda yer alan belirtiler YBOKÖ Belirti Listesi adı altında listelemişlerdir. Ancak belirti içeriğindeki çeşitliliği yeterince kapsamaması nedeniyle 90'lı yıllarda kategorik yaklaşım yerine boyutsal yaklaşım ön plana çıkmıştır (27). Bu dönemde belirtilerin çeşitliliğinin altında yatan ortak değişkenleri saptamak için faktör analizi gibi nesnel yöntemler kullanılmıştır. Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre belirtilerin 3-6 belirti boyutu arasında gruplandırılabilceği görülmüştür (28-31). Daha büyük ölçekli meta-analiz çalışmaları ile bu belirti boyutlarının geçerliliği büyük oranda doğrulanmıştır (32). Bu sayede Boyutsal Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği geliştirilmiştir. Her bir belirti grubunun şiddet değerlendirmesinin yapılmasına imkan sağlanmıştır (33). Ayrıca her bir belirti boyutunun başka klinik değişkenler (biyolojik, davranışsal, bilişsel, tedavi yanıtı) ile ilişkisinin araştırılması şansı da doğmaktadır.

Sonuç olarak, geldiğimiz noktaya kadar olan süreci kabaca tanımlamak gerekirse; OK yaşantılarının tanımlanması ile başlayan süreç, obsesyon ve kompulsiyonların ayrı fenomenler olarak tanımlanması ile devam etmiş; ardından belirtilerin biçim ve içeriklerinin ayrıntılı olarak tanımlanması ve son olarak da

ilişkili belirtilerin boyutsal sınıflandırılması ile günümüz OKB fenomenolojisi anlayışına ulaşılmıştır.

### **2.1.3. Sınıflandırma**

OKB, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (ICD-10)'nda (WHO 1990) ise "Nevrotik, Strese Bağlı ve Somatoform Bozukluklar" grubu içinde anksiyete bozukluklarından bağımsız bir tanı olarak, Ruhsal Bozuklukların Tanısı ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-III-R) (APA 1987) ve DSM- IV'te (APA 1994) "Anksiyete Bozuklukları" arasında yer almaktayken 2013 yılında kullanıma giren DSM'nin son sürümü olan DSM-5'te Obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar isminde yeni bir bölüm oluşturulmuş ve benzeyen bozukluklar alt başlık halinde incelenmiştir. Obsesif kompulsif bozukluğun ayrı bir başlık altında incelenmesi farklı bir etiyoloji ve gidişata sahip olmasından kaynaklanmaktadır.

### **DSM 5**

A. Takıntılann (obsesyonlann), zorlantıların (kompulsiyonlann) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

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

1. 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.

2. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya 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:

1. 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).

2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma veya bunları azaltma ya da korkulan bir olay yahut durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar veya zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya

da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir, açıkça aşırı bir düzeydedir.

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

A. 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 veya önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

B. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşın kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşın uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [saç yolma bozukluğu] olduğu gibi saçım 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 denetimi 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 sanısal uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri.

- İçgörü iyi ya da oldukça iyi: kişi takıntı zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin aynındadır.

- İçgörüsü yok/sanısal 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.

DSM-5'te Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar:

Obsesif kompulsif bozukluk

Beden algısı bozukluğu

Biriktiricilik bozukluğu

Trikotillomani deri yolma bozukluğu

Maddenin/ ilacın yol açtığı obsesif kompulsif bozukluk

Başka bir tıbbi duruma bağlı obsesif kompulsif bozukluk

Belirlenmiş diğer bir obsesif kompulsif bozukluk

Belirlenmemiş diğer bir obsesif kompulsif bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk DSM IV TR deki “Anksiyete Bozuklukları” bölümünden beden algısı bozukluğu somatoform bozukluklar bölümünden trikotillomani ise başka yerde sınıflanmamış dürtü kontrol bozuklukları bölümünden çıkarılarak buraya yerleşmiştir.

ICD-10’da ise OKB tam ölçütleri aşağıdaki gibidir (WHO, 1990):

Kesin tam koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı, sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır.

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır.

A. Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.

B. Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.

C. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da bunalımın giderilmesi söz konusudur).

D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

#### **2.1.4. Epidemiyoloji**

OKB; depresyon, fobiler ve madde kullanımından sonra en sık görülen dördüncü psikiyatrik bozukluktur. Bazı hastalar belirtiler hafif olduğundan hekime gitmek istemezler; bir kesimi hastalıklarını gizler; kimseye belli etmek istemezler; fakat kendi evleri içinde semptomlar açıkça bellidir. Bir kesimi de yıllarca süren hastalığı artık benimsemişlerdir. Hastalık, kişi tarafından tanımlanmadıkça, bir yakınma olarak getirilmedikçe tanınması güçleşmektedir (16,34).

OKB kronik bir hastalıktır. OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %1.9 - 3.3'tür (35). Ülkemizde ise yaşam boyu yaygınlığının %2-3.7 oranında olduğu tespit edilmiştir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda OKB'nin 1 yıl içerisindeki yaygınlığını %0,5 olarak saptamıştır. Konya bölgesinde yapılan bir epidemiyolojik çalışmada ise OKB'nin 12 aylık prevalansı %3 olarak belirlenmiştir (36).

Epidemiyolojik Alan Çalışması (ECA) programında OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı, 1988'de %1.9-3.3 olarak bildirilmiştir (37). 1980'lere kadar hastalığın seyrek görüldüğü düşünülürken, ABD ve Kanada'da yapılan epidemiyolojik çalışmalar, hastalığın hiç de nadir olmadığını göstermiştir. Kanada'da 1994'te 3258 erişkin ile yapılan bir çalışma ise OKB'nin yaygınlığını %2.9 olarak göstermiştir (38). 2004 yılında yapılan başka bir epidemiyolojik çalışmada OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı %3.5 bulunmuştur (39). Yapılan çalışmalar obsesif kompulsif belirtilerin görülme sıklığının OKB'nin görülme sıklığından daha yüksek olduğunu göstermektedir. OKB'nin yaygınlık oranının %0.5, belirti boyutlarının yaygınlık oranının ise %2 olduğu görülmüştür (40).

Yapılan çalışmalar obsesif kompulsif bozukluğun başlangıç yaşının 18-26 olduğunu göstermektedir (36,39). Yapılan bir çalışmada da bozukluğun başlangıç yaşı ortalamasının 20.3 olduğu görülmüştür (41). Erkeklerde başlangıç yaşı biraz daha erken olup 15-23 yaşları arası, kadınlarda ise 21-24 yaşları arasındadır (42). OKB genellikle geç ergenlik döneminde başlasa da ergenlik öncesi başlama da nadir değildir (43). OKB'si olan 100 hastanın 82'sinde hastalığın 18 yaşından önce başlamış olduğu bildirilmiştir. OKB'de erken başlangıç yaşının ayırt edici olduğu düşünülmektedir. Obsesif kompulsif belirtilerin sayısı, dağılımı ve şiddeti açısından erken ve geç başlangıçlı erişkin hastalar arasında farklar mevcuttur. Araştırmalarda, erken başlangıçlı OKB hastalarında geç başlangıçlılara göre, sayıca daha fazla obsesyon ve kompulsiyon, daha yüksek obsesif kompulsif belirti şiddeti, daha sık tik bozukluklarının ve öğrenme güçlükleri görüldüğü; tedaviye yanıtın daha kötü olduğu belirlenmiştir (37,44).

Kadınlarda daha sık görülen diğer anksiyete ve duygudurum bozukluklarının aksine, OKB kadın ve erkekleri eşit oranda etkilemektedir. Buna karşın, Grabe ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, OKB hastaları arasındaki kadın/erkek oranı 5.7

olarak hesaplanmıştır (44). Yaygın olarak kabul gören görüş, OKB'nin kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü şeklindedir.

Yapılan bir çalışmada Eisen ve Rasmussen (1993), kadınlarda bulaş obsesyonlarının görülme sıklığını erkeklerden daha fazla bulurken, erkeklerde saldırganlık obsesyonları ve cinsel obsesyonlar daha sık olarak bulmuşlardır (45). Gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise erkeklerde kadınlara kıyasla simetri obsesyonları ve dini obsesyonların görülme sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (46).

OKB tanısı konmuş olan 250 kişi medeni durumları yönünden incelendiğinde %43'nün evlenmediği, %52'sinin evli olduğu ve %5'inin de boşanmış olduğu görülmüştür (46).

### **2.1.5. Etiyoloji**

#### **2.1.5.1. Biyolojik Etkenler**

##### **2.1.5.1.1. Genetik Çalışmalar**

OKB hastalarında yapılan aile çalışmalarında, OKB hastaları ile OKB'si olan birinci derece akrabalar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aile çalışmalarının sonuçları, OKB hastalarında ailesel kümelenmeyi destekleyici niteliktedir (47). Ayrıca, OKB riskinin, erken başlangıç (18'den önce) gösteren hastaların aileleri arasında, geç başlangıç gösteren ailelerdekinden yaklaşık iki misli daha yüksek olduğu bulunmuştur (48).

Çalışmalarda monozigot eşhastalanma oranının %63 olduğu belirtilmiştir. Küçük örneklemlerle bir ikiz çalışmasında, obsesif kompulsif belirtiler ya da özellikler dikkate alındığında eş hastalanma oranları, monozigot ikizler için %87, dizogot ikizler için %47 bulunmuştur. Tedavi gerektiren dönemler dikkate alındığında oranlar %33 ve %7 olarak görülmüştür (49).

Bir diğer çalışmada, kalıtlabilirlik obsesif kompulsif özellikler için %44, obsesif kompulsif belirtiler için %47 bulunmuştur (50).

Taylor ve arkadaşlarının 2011 yılında 14 çalışmayı inceleyerek 37 ikiz örneklem üzerine uyguladıkları meta-analiz çalışmasında, varyansın çoğundan sorumlu olmaları nedeniyle, obsesif kompulsif belirtilerin eklenmesi, genetik

faktörler ve paylaşılmayan çevrenin bir bileşiminden ortaya çıktığı sonucunu elde etmişlerdir. Bu sonuç, obsesif belirtilerin gelişmesinde çevrenin sınırlı rol oynadığı sonucu ortaya çıkarmıştır (51).

Ailelerde OKB'nin geçiş paternini araştıran 5 ayrışım analizi çalışmasında, ailelerde OKB geçişinin genetik geçişle uyumlu olduğu yönünde kanıtlar elde edilmiştir (52). Bu çalışmalar, en azından bazı genlerin OKB'nin ortaya çıkışında önemli etkileri olduğunu göstermektedir. Sonuçlar, OKB için, sendromun ortaya çıkışında farklı genlerin rol oynadığı oligogenik bir bozukluk olduğu yönünde değerlendirilmiştir (52).

Serotonerjik sistemle ilgili aday gen çalışmalarında, OKB ile 5-HTT, 5-HT-2A, 5-HT-2C, 5-HT1beta ve triptofan hidroksilaz genleri arasındaki ilişkiler araştırılmıştır (53). 5-HTT gen polimorfizminin OKB ile ilişkilendirilmesi üzerine yapılan bir meta-analiz, OKB'nin, SS genotipi ile ilişkili, LS genotipi ile ters ilişkili olduğunu, LL genotipi ya da alelik dağılımla bir ilişkisinin ise olmadığını ortaya koymuştur (54). LS genotipinin OKB'ye karşı koruyucu olduğu çalışmalarla ortaya konmuştur (55-57).

OKB'de dopaminerjik sistem üzerinde yapılan aday gen çalışmalarında, OKB ile dopamin reseptörü 2, dopamin reseptörü 3, dopamin reseptörü 4, dopamin taşıyıcısı, MAO-A ve COMT genleri arasındaki ilişkiler araştırılmıştır (53). Çalışmalarda genellikle OKB ile ilişkili bulunan allel her zaman COMT met 158 aleli olmuştur. OKB'nin COMT ile ilişkisi üzerine olan küçük sayıdaki vaka-kontrol ve aile tabanlı çalışmaların ilk meta-analizinde, met ya da val polimorfizmleri ile OKB arasında ilişki saptanmamıştır (58). Bir meta-analiz çalışmasının sonuçları, en düşük COMT etkinliğinin ile ilişkili olan haplotiplerin ve dolayısıyla en fazla supraoptimal kortikal dopamin siyalinin, en yüksek OKB riskini oluşturduğu yönünde yorumlanmıştır (59). Bir metaanalizde, COMT rs4680 belirteci için anlamlı bir bulgu, diğer iki dopaminerjik sistem geni olan DAT1 ve DRD3 için anlamlı olmayan eğilimler ortaya konmuştur (60).

OKB'de glutamat nörotransmisyonunu etkileyen genetik değişkenlerin için içinde olabileceğine ilişkin ilk kanıtlar, glutamat reseptör genleri GRIN2B (61), GRIN2 (62) için olumlu aday gen bulgularından elde edilmiştir. Son yıllarda ilgi, glutamat taşıyıcı geni (SLC1A1) üzerine yoğunlaşmıştır. Aile tabanlı aday gen



ilişkilendirme çalışmalarında, SLC1A1'in 3' bölgesinde, erkeklerde OKB'nin geçişi için anlamlı ilişkilerin mevcut olduğu; SLC1A1 içindeki değişikliklerin OKB riskini arttırdığı gösterilmiştir (63-65).

#### **2.1.5.1.2. Nörokimyasal Çalışmalar**

Serotonerjik Sistem: OKB'de serotonerjik sistemin rolüne ilişkin ilk veriler, serotonin geri alım inhibitörlerinin (SGİ) OK belirtileri azalttığı gözlenmesi ile elde edilmiştir. Serotonerjik antidepressanlar OKB'de etkili bulunurken, noradrenerjik antidepressanlarla aynı etkinlik sağlanamamıştır (66). OKB'de altta yatan patofizyolojiyi açıklamak üzere ortaya atılan hipotezlerden biri postsinaptik serotonin reseptörlerinin aşırı duyarlılığıdır (67). İlgi, sonraki dönemlerde, postsinaptik serotonin reseptörlerinden presinaptik mekanizmalara doğru kaymıştır.

Presinaptik 5-HTT'nin periferal belirteci olan trombositlerde 3H-imipramin bağlanma bölgelerinin sayısı, OKB hastalarında normal kontrollere göre anlamlı olarak düşük bulunmuş; klomipramin veya fluvoksamin tedavilerinden sonra ise, 3H-imipramin yoğunluğunun normal değerlere yükseldiği gözlenmiştir (68,69).

Son dönemde yapılan çalışmalarda presinaptik mekanizmalar üzerinde durulmaktadır. 5-HT1D reseptörü, normal koşullarda serotonin transmisyonu azaltan bir presinaptik otoreseptör olup, yoğun olarak OKB'nin beyin döngüleri içinde yer alan prefrontal bölgelerde ve bazal kaudat bölgesinde bulunmaktadır. Kuramsal olarak, OKB'li kişinin beyninde bu reseptörün aşırı duyarlı olabileceği düşünülmektedir (66). 5HT-1D reseptörü aynı zamanda, postsinaptik bölgede ikinci bir role sahiptir. 5HT-1D reseptörünün presinaptik ve postsinaptik olarak varlığı, bu reseptörün obsesif kompulsif davranışları düzenlediği üzerine olan görüşleri desteklemektedir.

Dopaminerjik Sistem: OKB'de dopaminin rolü üzerine çalışmalar daha çok hayvan çalışmalarından elde edilmiştir. Bu hayvanlar üzerinde yapılan postmortem çalışmalar, nükleus akumbens ve sağ prefrontal kortekste dopamin doku düzeylerinin artmış olduğunu ortaya koymuştur (70). BOS'ta ve plazmada dopamin metaboliti olan homovalinik asit (HVA) düzeyleri araştırılmıştır. İki çalışmada, OKB hastalarında klomipramin ile tedavinin öncesinde ve sonrasında BOS'taki HVA düzeylerinin arttığı gösterilmiştir (71,72). Yapılan çalışmalarda OKB hastalarında

sağ bazal gangliyonda daha yüksek dopamin taşıyıcı bağlanma oranları tespit edilmiştir (73). OKB hastalarının selektif serotonin geri alım inhibitörü ile tedavi sonrasında, dopamin taşıyıcı bağlanma oranlarının bazal düzeylerine göre anlamlı olarak azaldığı gözlenmiştir (74). OKB hastalarında dopaminin rolünü göstermek üzere yapılan nörokimyasal çalışmalar ve dopamin reseptör agonistleriyle yapılan çalışmalara göre obsesif- kompulsif belirtilerin artmış dopamin nörotransmisyonuyla ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır (75).

Glutamaterjik Sistem: iyonotropik ve metabotropik olarak iki temel gruba ayrılan glutamat reseptörleri, esas olarak beyinde uyarıcı nörotransmisyonu düzenlerler. Aynı zamanda hipokampusta nöronal plastisite açısından önemlidir. Glutamat, stres kortikal ve limbik glutaminerjik sistemleri aktifleştirir (76). Yapılan çalışmalarda gösterilmiştir ki; kortikostriatal glutamat çıktısında artma olan farelerde, yaygın davranışsal perseverasyon, kompulsif sıçrama ve tımar davranışı, deri ve saçın yolunması, ısırılması ve tiklerin olduğu obsesif kompulsif bozukluk benzeri bir fenotip gözlenmektedir (63). OKB hastalarının çeşitli beyin bölgelerinde, manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) ile, anormal glutamat ve glutamin ölçümleri bildirilmiştir (77). OKB hastalarında striatumda görülen glutamin artışı, kortikostriato-talamik-kortikal döngünün metabolik aşırı etkinliği ile uyumludur. Glutaminin bu artışının, SSRİ ile tedaviye yanıt veren OKB'lerde normale döndüğü görülmüştür (78,79). OKB hastalarında aşırı glutamaterjik etkinlik olduğuna dair başka bir kanıt ise, beyin omurilik sıvısında (BOS) glutamat düzeylerinin artmış olmasıdır (80).

#### **2.1.5.1.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

OKB'nin patogeneğinde, beyin görüntüleme çalışmaları sayesinde kortikostriato-talamik devrelerin rolü gösterilmiştir. Frontal korteks ile subkortikal beyin bölgelerini anatomik ve işlevsel olarak birbirlerine bağladıkları düşünülen bu devrelerin yapı taşlarını orbitofrontal bölge, anterior singulat girus, bazal ganglionlar ve talamus oluşturmaktadır. Her devre frontal korteksten başlar; oradan striatuma, daha sonra globus-pallidus-substansiya nigra kompleksine, oradan da talamusa gider; sonunda talamustan frontal kortekse dönerek kapanır. Korteks ve talamus karşılıklı olarak birbirlerini uyarırlar. Korteksten uyarıcı girdiler alan striatum talamusa uyarıcı

veya baskılayıcı yönde etki edebilir. Striatal yapılar talamus üzerinde etki ederek korteks ile talamus arasında karşılıklı uyarılmayı düzenlerler (81).

### **2.1.5.2. Psikososyal Etkenler**

#### **2.1.5.2.1. Psikodinamik Etkenler**

Psikanalitik açıdan obsesif nevrozun oluşumunda merkezi rol oynayan düzenek 'gerileme'dir. Cinsel travmaların buna sebep olabileceği üzerinde durulmasına rağmen sonradan, obsesyonların bilinçdışı dürtülere yanıt olarak ortaya çıktığı görüşü güç kazanmıştır. Özellikle anne-çocuk ilişkisi ve tuvalet eğitiminin, ödipal dönem çatışmaları ile baş etmede yaşanan güçlüklerin, bilinçdışı bastırılmış dürtülerin yarattığı anksiyete ve sonuçta anal dönem gerilemenin olası mekanizmalar olduğu düşünülmüştür. Psikanalitik kurama göre, obsesif kompulsif kişi saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmakta ve onları bilinç dışında tutmakta anal döneme özgü üç temel savunma mekanizması olan; 'yalıtma' (isolation), 'yapma-bozma' (undakine) ve 'karşıt tepki oluşturma' (reaction formation) kullanmaktadır. Obsesif-kompulsif belirtilerin şeklini ve niteliğini belirleyen de bu savunma mekanizmalarıdır (82,83).

Kompulsif eylemlerin, dürtünün denetimini ve anksiyetenin yatıştırılmasını amaçlayan yapma-bozma düzeneğinin bir sonucu olduğu kabul edilmektedir. Yapma-bozma, bastırmanın işlevini yerine getirmekte güçlükle karşılaştığı durumlarda, yardımcı ve yerine geçici olarak devreye giren obsesif nevrozlar için tipik bir düzenektir. Yineleyici yapma-bozma hem dürtüsel arzusunun hem de ona savunma olarak karşı koyma arzusunun doyurulmasını ifade eder. Yapma-bozma böylece, eş zamanlı olarak birbirlerine zıt konumdaki iki amaca da hizmet etmiş olur.

Düşüncelerin, onlara eşlik eden duygulardan yalıtılması obsesif nevrozlar için tipik bir düzenek olarak tanımlanmıştır. Yalıtma, bastırmanın işlevini yerine getirmekte güçlükle karşılaştığı durumlarda, yardımcı ve yerine geçici bir işlev görür. Sonuçta, yalıtma tam olarak gerçekleştiğinde, dürtünün duygusal bileşeni, düşünsel içeriğinden ayrılarak bilinçdışına itilmekte ve kişi sadece duygudan arındırılmış bir düşünceyi bilinç düzeyinde farkına varmaktadır.

Obsesif nevrozlarda kullanılan bir diğer düzenek, karşıt tepki oluşturmadır. Bu düzeneği kullanan kişi, dürtüsel bir tehlikenin tehditi karşısında, yeni savunmalar

geliştirmek yerine, bu dürtüsel tehlike sürekli varmışçasına, tehlikeye karşı hazırlıklı olunan bir tutumu benimser. Çiftdeğerliliğe bağlı olarak, iki çatışandan birine fazlaca yoğunlaşırken, diğer kaybolmaktadır. Duygunun abartılı derecesi, mevcut olanın sadece kendisi olmadığını ve diğer zıt duygunun baskı altında tutulmaya çalışıldığını ortaya koyar. Dürtüsel pislik ve düzensizlik isteklerine karşı koyan bu kişilerin temizlik ve düzene düşkünlükleri özellikle dikkat çekicidir (84).

#### **2.1.5.2.2. Davranışçı Yaklaşımın Temelleri**

Davranışçı görüş obsesyon ve kompulsiyonları açıklarken öğrenme kuramını temel alır. Kaygı yaratan obsesyonlar, her seferinde edimsel koşullanma ile bunlardan kaçınarak geçici bir rahatlama vermekte, obsesyonlar tekrar ederek daha büyük kaygılar vermektedir. Bu yolla kişi kaygıdan kaçınmak için kompulsiyonları geliştirir (85).

Olumsuz pekiştirme; olumsuz bir durumun oluşmasını engelleyen davranış paterninin her defasında pekişerek bu davranışın sıklığının artması anlamına gelir. Kaygı, klasik koşullanma ile gelişir. Kaçınmanın kaygısını azalttığını fark eden kişi, kaygısı azaldığı için ödüllenişmiş olur, bu da edimsel koşullanmadır. Bu nedenle de kaçınma davranışı pekişir (86).

Mowrer, fobiler ve obsesyonlar gibi sorunlarda, korku ve kaçınma davranışını açıklamak için hem klasik hem de edimsel koşullanmayı içerecek şekilde iki aşamalı bir model tanımlamıştır. Organizmanın korkuyla ilişkilendirilmiş koşullu uyaranlardan başlangıçta kaçarak, sonra kaçınarak itici uyaranları azaltmayı öğrenmesinden dolayı, korkunun klasik koşullanma yoluyla kazanıldığını, edimsel koşullanma süreçleriyle sürdürüldüğünü ileri sürmüştür (87).

Buna göre ilk aşamada, yansız nesne ya da düşüncelerin anksiyete yaratma yeteneğine sahip uyaranlarla koşullanmasıyla obsesyonlar (koşullu uyaran) ortaya çıkmaktadır. Belirtilerin gelişimini tamamladığı ikinci aşamada ise, anksiyete yaratan obsesyonel düşünceler, anksiyeteyi ortadan kaldırmak üzere kaçınma yanıtlarını (kompulsif eylemler) harekete geçirmekte, anksiyetenin azaltılması da bu yanıtları pekiştirmektedir. Başka bir ifadeyle bu kuram, obsesyonları anksiyete uyandıran koşullu yanıtlar; kompulsiyonları ise anksiyeteyi gidermek üzere öğrenilmiş ve anksiyetenin azaltılmasıyla da pekiştirilmiş eylemler olarak ele alır. İki aşamalı

kuramın OKB hastalarına uyarlanmasıyla; 1) obsesyonların ortaya çıkışının artmış anksiyete ve sıkıntı ile ilişkili olduğunu, 2) hastaların ritüellerini uygulamalarına izin verilirse, anksiyete ve sıkıntının hızla azaldığını, 3) ritüeller geciktirilirse, anksiyete ve sıkıntının belli bir süre içinde azaldığı ortaya konmuştur. Bu sonuçlar, ‘tepki engellemeyle birlikte alıştırma’ olarak bilinen davranışçı tedavi yaklaşımının alt yapısını oluşturmuştur (88).

### **2.1.5.2.3. Bilişsel Davranışçı Kuram**

OKB'nin bilişsel davranışçı kuramı, obsesif düşüncelerin kökenlerinin niteliksel olarak farklı olanda değil, normal zorlayıcı düşüncelerde yer aldığı varsayımı üzerine kuruludur. Bu yaklaşıma göre, obsesif düşünceler, klinik obsesyonlardan klinik olarak farklı değildir. Genel popülasyonun %90'ında bulunur (89,90). Bu kurama göre ikisi arasındaki fark, bu düşüncelerin kontrol edilebilirliğinde değil, hastalar bu düşünceleri, zarar ve zararın önlenmesinden sorumlu olabileceklerinin göstergesi olarak yorumlamalarında yatmaktadır. Buna göre zorlayıcı düşünceler, imgeler, dürtüler, kuşklar normaldir ve hastalar kendi zihinsel etkinliklerini kişisel sorumluluklarının bir parçası olarak yanlış yorumlama eğilimindedirler.

İstenmeyen, benliğe yabancı zorlayıcı düşüncelerin obsesyona dönüp dönmeyeceği hatalı yapılan değerlendirmelere bağlı olduğu kadar, bu tek sebep de değildir. Zorlayıcı düşüncelerin hatalı değerlendirilmesinden sonra, düşüncenin kontrolü, bu düşüncenin yansızlaştırılması için gösterilen çabalar da obsesyona dönüp dönmeyeceğinde belirleyicidir. Uzun dönemde kompulsiyon, zorlayıcı düşüncelerin hem belirginliğinin hem de sıklığının artmasına neden olur.

Salkovskis, ‘abartılı sorumluluk modeli’nde obsesif hastalarda sıkıntının temel kaynağının zorlayıcı düşünceler değil, değerlendirilmesi olduğunu ve bu değerlendirmenin sorumluluk kavramıyla ilişkili olduğunu vurgular. Buna göre obsesif hastalar, zorlayıcı bilişin ortaya çıkışını, engelleyici bir adım atana kadar zarardan sorumlu olabileceklerinin bir göstergesi olarak yorumlarlar (91,92). Normal bir zorlayıcı düşünce ile obsesyon arasındaki fark; onun oluşu, içeriği ya da kontrol edilemezliği değildir. Ona patolojik anlamını veren zorlayıcı düşüncenin değerlendirilme ya da yorumlanma şeklidir (91). Herhangi bir düşünce yüksek kişisel

sorumluluk ve anlam ifade eder biçimde yorumlanırsa, obsesyon olma potansiyeli taşır.

Yansızlaştırma yanıtlarının geliştirilmesi, OKB'nin patogenezinde önemlidir. Yansızlaştırma, algılanmış sorumluluğu azaltıcı bir etki oluşturmak amacıyla istemli olarak başlatılan bir etkinlik olarak tanımlanır. Bu etkinlik kompulsif davranışlar ya da düşünce ritüelleri olarak ortaya çıkabilir (93).

Sorumluluğun değerlendirilmesinin bir diğer sonucu da, OKB'li kişinin zorlayıcı düşünceler, imgeler ve dürtüler üzerinde kontrol oluşturmaya çalışmasıdır. Obsesif kompulsif bozukluğun belirtilerini açıklayan bu model, Clark tarafından öne sürülen "Bilişsel Kontrol" modelidir. İstenmeyen zorlayıcı düşünceleri baskılamak için ortaya konan ve başarısızlıkla sonuçlanacak olan çaba, obsesyonlarla ilgili sıkıntıyı artırır. Artmış sorumluluğun obsesyonları sıkı bir şekilde kontrol etmeye çalışması, OKB'ye neden olur.

Rachman'ın 'anlamın yanlış yorumlanması kuramı'nda, normal istenmeyen zorlayıcı düşüncelerin, kişi zorlayıcı düşünceyi kişisel olarak önemli ve tehdit edici bir olgu olarak yorumlarsa, obsesyonlara dönüşeceğini varsayar (94). Girici düşüncelerin önemine yönelik yapılan **felaketleştirici değerlendirmeler** obsesyonlara neden olmaktadır. Rachman, girici düşüncelerin felaketleştirici yorumlarının obsesyonlara neden olduğu varsayılmıştır. Bu yorumlar devam ettiği sürece obsesyonlar devam edecek, yorumlar olmadığı sürece de obsesyonların gücü azalacaktır (95). Rachman, obsesyon geliştirmeye eğilimli kişilerin, düşüncelerini eylemle eşitlemelerine gönderme yaparak, 'düşünce-eylem kaynaşması' kavramını ortaya atmıştır (96). Hastanın obsesyonel düşüncesinin ve yasaklanmış eylemini ahlaki olarak eşit olarak gördüğü ve/veya obsesyonel düşüncenin korkulan olayın olabilirliğini arttırdığını hissettiği psikolojik bir fenomen olarak tanımlanmıştır (97).

#### **2.1.6. Belirti Boyutları**

Obsesyon, kişinin isteği dışında ısrarlı, zorlayıcı ve yineleyici bir şekilde aklına gelen, kendi zihninin ürünü olan kişi tarafından saçma ve mantık dışı olarak görülen, kişinin zihninden kovmaya çalıştığı tersine zihin alanını işgal eden, anksiyete ortaya çıkartıcı ve yineleyici özellikteki düşünce, dürtü ya da imgeler olarak tanımlanmıştır. Obsesyonlar, kişinin günlük kaygılarından farklıdır (98). Kişi

bunları dikkate almamaya, bastırmaya çalışır veya başka bir düşünce, eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır. Kişi bunları yaparken temel hedefi anksiyeteyi azaltmaktır (99).

**Bulaş obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları:** Mikroorganizmalar- mikrop, virüs, bakteri gibi; ev ortamında kullanılan bir eşya ve ürünler- tuvalet, çamaşır, banyo malzemeleri, yiyecekler, sıvılar; evsel ve çevresel atıklar- çöp, radyasyon, toksin, zehir gibi; bedensel atık ve sekresyonlar- tükürük, balgam, feçes, meni, ter, kan, idrar gibi; hayvanlar ve hayvansal maddeler- böcek, tüy, atıklar gibi yapışkan- yağlı maddelerin- zank, yağ gibi bulaşması ya da bulaşma olasılığı hakkında obsesyonlar olabilir. Bu obsesyonlar sonucunda törensel yıkama, yıkanma, tuvalet rutinleri, ev eşyalarının ya da diğer cansız nesnelere tekrarlayıcı şekilde temizlenmesi şeklinde kompulsiyonlar geliştirebilir (73,74). Bazen fiziksel bir temas olmadan da içsel bir kirlilik, suçluluk duygusu, anı, düşünce, hayal, kötü şans, hastalık isimleri, ses vb. ilişkili temizlik davranışları görülebilir- mental kontaminasyon (100).

İlişkili bilişsel ve duygusal özellikler daha ayrıntılı incelendiğinde, bazı yazarlar bulaşma grubu belirtilerin anksiyeteden daha farklı olarak 'iğrenme', 'tiksinme' ile ilişkili bir alt tip olduğunu öne sürerler. Bu durumda anksiyete, iğrenme sonrası ilişkili ritüeller ya da kaçınma davranışları yapılamadığında ortaya çıkan ikincil bir duygu olabilir. Çoğu hasta bu durumda en olumsuz ihtimali, pis olma, kirlenmiş olma sonucundan öteye götürmez.

Diğer alt tipin ise, 'zarar görme' inancı ya da düşüncesi temelinde yapılan bulaşma korkusu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Kişi edineceği zararı net olarak açıklayamasa da, kirli ya da pis olan şeyden geçen bir özelliğin kendisine zarar vereceğinden kaygı duyabilir. Bu durumda bedensel bir obsesyona ikincil temizlik kompulsiyonlarının gelişip gelişmediği konusunda bir ayırım yapma ihtiyacı doğabilir.

Bu hastaların daima temiz, bakımlı olabilecekleri ön görülse de, kendi yaşam alanlarında gösterdikleri titizliği sorumluluk alanları dışında, örneğin evleri haricinde göstermeyebilirler. Bu belirtileri olan hastalarda aşırı yıkama ve temizlik davranışlarının izlerini vücutlarında gözlemlemek de olasıdır. Aşırı sabun veya

çamaşır suyu kokabilirler; yıpranmış, solmuş ya da buruşuk bir cilde sahip olabilirler. Bazen deride lezyonlar, çatlaklar gözlemlenebilir.

**Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar:** Bu grup belirtiler, bazı eylemler veya eylemsizlik nedeniyle kendine veya başka insanlara zarar verme ve o zararı önlemek üzere yapılan kontrol davranışlarını, zihinsel eylemleri- sayma, dua, tekrarlayan kelimeler gibi; içermektedir.

İsteyerek veya istemeyerek kendine, yakınlarına ya da diğer insanlara zarar verebileceği, korkunç bir şeyin olmasından sorumlu olabileceği, müstehcen, hakaret edici sözleri ağızından çıkarabileceği, saldırgan davranışlar sergileyebileceği ya da yasa dışı bir eylem yapabileceği hakkında obsesyonlar olabilir.

İstenmeyen zararlı sonuçların gerçekleşip gerçekleşmediğinden emin olmak ve bu olasılığı engellemek üzere yapılan kontrol davranışları, kendini veya zarar vermekten korktuğu kişiyi kısıtlayıcı davranışlar, korkulan eylemin olma olasılığı hakkında kompulsif araştırmalar, hiç olmamış bir zarardan dolayı ilgili kişiden sürekli af ya da helallik dileme, tuhaf, animistik ritüeller, kötü sonucu yansızlaştırmak üzere iyi ve güvenli ritüeller ya da zihinsel eylemler- uğurlu sayıları hatırlama, dua etme, zihninde belli şekilleri hatırlama şeklinde kompulsiyonlar görülebilir.

**Dini- cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar:** Faktör analitik çalışmalar, dini ve cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonları bir arada gruplandırmaktadır (101). Cinsel obsesyonlar yasak sevi, eşcinsellik, çocuklar hakkında cinsel içerikli düşünce ya da hayaller şeklinde olabilir. Kişi, bu zihin içeriğinden kendini kurtaramadıkça günaha girdiği, bu eylemi yapma olasılığını arttırdığı ya da yapmış kadar olduğu şeklinde inanışlara sahip olabilir. Obsesyonların, kişinin kendi sosyokültürel, dini ve ahlaki değerleri bağlamında kendisine yasakladığı ama başkasına olağan gelen bir cinsellik teması hakkında olması da mümkündür (102). Cinsel ve dini obsesyonlar genellikle benzer kompulsif davranım tarzları ile ilişkilidirler (103). Bu düşüncelerden kaçınma ve bastırma çabası, en başat başa çıkma tutumudur. Yakın çevresinden veya dini bir kişiden tekrarlayıcı onay, güven arama ya da fetva sorma davranışları, yapmaktan korktuğu davranışın olasılığı hakkında kontrol davranışları olabilir: örneğin çocuğun olduğu odanın kapısını üç kez kilitlememişsem bu olasılık hala var demektir, ya da olağan



dindarlığının ötesinde kompulsif ibadet etme, abdest alma, boy abdesti alma gibi ritüelleri geliştirebilirler (104). Bazı yazarlarca bu belirtiler ‘saf obsesyon’ grubu olarak tanımlansa da, ilişkili zihinsel kompulsiyonlar olmaksızın görülme olasılıklarının olmadığı belirtilmiştir (105). Zihinsel kompulsiyonlar sıklıkla dini ve cinsel obsesyonlara sıklıkla eşlik eder. Sayma, belli duaları tekrarlama, düşündüklerinden söylediklerinden emin olmak için her söylediğini zihninden kontrol etme, sevdiği kişileri anma, özel anlamı olan imgeler şeklinde zihinsel ritüeller olabilir. Birçok çalışmada dini, cinsel ve saldırganlık obsesyonları aynı faktör yapısı içinde yer almaktadır. Bazı çalışmalarda bu grup belirtiler otojen (106) ya da tiksindirici olarak tanımlanırken, diğer grup belirtiler tepkisel (107) obsesyonlar olarak tanımlanmaktadır.

**Simetri, sıralama, sayma, düzenleme obsesyon ve kompulsiyonları;** Sıklıkla yapılan işlerin mükemmel, kesin, sırasıyla, belli sayıda ya da tam ayarında olması, eşyaların ya da nesnelerin simetrik ya da doğru şekilde sıralanmış ya da hazırlanmış olması gereksinimi, okuma, yazma, hesaplama, form doldurma, konuşma sırasında hata yapmadığından emin olmak isteme içerikli obsesyonlar olarak görülürler. Bunlar aynı zamanda, sıralama ve düzenleme, dokunma, hafifçe vurma, ovalama, eşitleme- hizaya sokma, düzgün ve çizgilere basmadan yürüme, tekrar tekrar okuma yazma, belli sırada ve sayıda giyip çıkarma, hazırlanma gibi rutin etkinlikleri tekrarlama, her türlü nesneyi sayma ya da çeşitli zihinsel ritüeller şeklinde kompulsiyonlarla ilişkilidir.

**Bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar;** Bu belirtiler, beden dismorfik bozukluğuna ait olan ve hipokondriyak belirtiler dışında, sağlık hakkında bedensel kaygıları içeren obsesyon ve ilişkili ritüel ve kompulsiyonlardan oluşur. Hastalık anksiyetesi bozukluğu olan hastalar, tedavi değil, açıklama ararlar; iç görüleri kötü olup, psikiyatrik sorunları olduğunu kabul etme eğilimleri düşüktür.

OKB hastası ise, örneğin HIV enfeksiyonuna yakalandığına ilişkin bir obsesyonu olsa, bunu araştırırsa da, bu düşüncenin saçma olduğuna dair iç görüşü nispeten daha yüksektir. OKB hastası HIV’e ilişkin araştırmalarına devam etse de, OKB olduğuna kanaat getirip, bunun için de psikiyatrik tedavi arayışı gösterebilir. OKB’de beden odaklı olmayan obsesyon ve kompulsiyonların varlığı da tanıyı OKB’ye yaklaştırır. Bu hastalar, bulaşma, zarar görme ya da zarar verme boyutu

belirtilerine sahip hastalarda olduğu gibi, bir hastalığın zarar vermesi ihmali hakkında değil; zararının gerçekleşmiş olması ihmali hakkında daha çok kaygı duyarlar.

**İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları;** DSM-5'e kadar OKB bağlamında değerlendirilen istifleme obsesyon ve kompulsiyonları, daha kötü içgörü düzeyi, daha olumsuz tedavi yanıtı ve daha geç başlangıç yaşı gibi özellikler nedeniyle ayrı bir bozukluk olarak, OKB ve ilişkili bozukluklar çatısı altında sınıflandırılmıştır (108). Kişi gerçek değerine ya da kendisi için işlevine bakmaksızın eşyaları, nesnelere elinden çıkartma gücünü yaşar. Bu eşyanın piyasa değeri kişi için önemli değildir. Bir gün lazım olabileceği endişesi, onunla kurduğu duygusal bağ ya da bir takım estetik gerekçelerle bu eşyaları elinden çıkaramaz. Bazı kişiler bu nesnelere elden çıkarmayı savurganlık olarak görebilir, nesnelere kaderi ile kendi kaderleri arasında bağ kurabilir. Bunlar; gazete, kartvizit, kıyafet, el aletleri, kitap, mektup, evrak, garanti belgeleri, ev eşyaları, inşaat malzemeleri gibi bir çok nesne olabilir.

**Diğer obsesyon ve kompulsiyonlar;** Batıl inanışlara dayalı korkular, uğurlu ya da uğursuz sayılar, özel anlamı olan renkler, zorlayıcı bir şekilde gelen anlamsız sesler, kelimeler, müzik ya da şiddet içermeyen görüntüler, belli şeyleri bilme ya da hatırlama gereksinimi gibi obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar yer alabilir.

**Kuşku obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar:** Geçmişte kontrol davranışlarını 'kuşku obsesyonları' diye adlandırılan ayrı bir obsesyon grubu ile birlikte düşünme eğilimi vardı. Burada kuşku obsesyonları; kapı, pencere, dolap, musluk veya elektrikli aletleri açık bırakmış olma hakkındaki kontrol davranışları ile ilgili obsesyonlardı. Oysa kontrol kompulsiyonları birçok obsesyon grubu ile ilişkili olarak görülen yaygın bir kompulsiyon türü olup, 'patolojik kuşku' ise bir çok belirti boyutunun altında yatan, bir işi doğru, tam ya da ayarında yapıp yapmamakla ilişkili yanlılığa işaret eden bilişsel bir özelliktir. Bulaşma obsesyonları olan bir hastada, bulaşmayı ortada kaldıracak önlemleri alma, aldırma ve bunları kontrol etme davranışları olabilir. Simetri obsesyonları olan bir kişi, vitrindeki bibloların simetrisini tekrar tekrar kontrol edebilir. 'Bir iğneyi çocuğa saplar mıyım?' şeklinde saldırganlık obsesyonu olan bir anne, bu iğnelerin çekmede kilitli olup olmadığını defalarca kontrol edebilir. Cinsel obsesyonları olan bir hasta, yanlış bir şey yapmadığından emin olmak için bedenini veya elbiselerini kontrol edebilir. HIV

enfeksiyonu kaptığına ilişkin bedensel obsesyonları olan bir kişi, bu hastalığın belirtilerini defalarca kontrol edebilir. Kontrol kompulsinlarının bu yaygınlığı nedeniyle bazı araştırmacılar, OKB olgularını kontrolcüler ve kontrolcü olmayanlar olarak sınıflandırmıştır (109). Kontrol davranışları OKB dışında başka hastalıkların davranış örüntüsü olarak da görülebilir. Yeme bozuklukları, hipokondriyazis, beden dismorfik bozukluğu gibi OKB spektrum bozukluklarında da tekrarlayıcı kontrol davranışları görülebilir (110).

**Kaçınma davranışları;** fobi, panik bozukluğu ve OKSB gibi hastalıklarda sıklıkla görülebilir (111). Bu nedenle OKB'ye özgü temel bir fenomenolojik özellik olarak görülmezler. Her türlü belirti boyutu ile ilişkili olabilir; bulaşma-temizlik grubunda hastalar, pis olduğunu düşündüğü şeylerden kaçınabilir. Temizlik kompulsiyonu olan bir hasta hiç çıkamayacağını düşündüğü için banyoya girmeyebilir. Dini- cinsel ve saldırganlık obsesyonu olanlar, tetikleyen kişi, nesne ve ortamlardan kaçınabilirler. Örneğin dindar birisinin camiden kaçınması, aile büyüğü ile ilgili cinsel obsesyonları olan hastanın bu yakınından kaçınması gibi. Bazı hastalar da belli sayı, kişi ismi, yer, gün, zaman ve ortamlardan kaçınabilir. Bazı durumlarda kaçınılan şey, bir davranıştır. Örneğin en mükemmeli yapamayacaksa hiç yapmaması gerektiğini düşünen birisi gibi.

Alt tiplendirme amacıyla yapılan diğer çalışmalarda Lee ve Kwon bilişsel teori bağlamında obsesyonların otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayrılabilceğini önermişlerdir. Otojen obsesyonlar daha tekrarlayıcı, daha fazla rahatsız edici, kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyabileceği, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyan obsesyonlardır. Saldırganlık ve cinsel-dini temalı obsesyonlar bu gruba girmektedir. Reaktif obsesyonlar ise daha fazla dış uyaran tarafından tetiklenme eğiliminde olan, kişinin daha az saçma bulduğu, daha az saklama gereği duyduğu, diğerlerine oranla daha az rahatsızlık uyandıran obsesyonlardır. Bulaş, simetri-sıralama-sayma, istifleme, somatik obsesyonlar bu gruba girmektedir (106).

Otojen ve reaktif obsesyonlar için şema boyutları ve şema alanlarının karşılaştırılması da, etiyolojik mekanizmaların daha iyi anlaşılmasına, etkin bilişsel-davranışçı veya farklı tedavi uygulamalarının geliştirilmesi konusunda yeni veriler sağlayabilir.

Yapılan çalışmalarda otojen obsesyonlarda daha fazla suçluluk ve tehlike algısı olduğu gösterilmiştir. Otojen obsesyonu olanlar, bu obsesif düşünceleri yok etme (bastırma) konusuna daha çok önem vermekteler ve düşünceleri daha çok kontrol etmeye çalışırlar, öncelikli olarak dikkat dağıtmayı hedeflenmektedirler. Bu nedenle otojen obsesyonlara dışarıdan fark edilmesi zor olan zihinsel ritüeller ya da kaçınma davranışları eşlik etmektedir. Buna karşılık birincil reaktif obsesyonu olan hastalarda obsesyonun daha çok kaygı ortaya çıkardığı, daha çok sorumluluk hissiyle tehlikeyi önlemek adına açık ritüellere sahip oldukları (örneğin kontrol, yıkama) bildirilmiştir. Bu ritüeller tehlikeyi önlemek ya da gerçekliği kontrol amaçlı yapılmaktadır. Sonuçta otojen obsesyonların klasik davranışçı tedavilere (maruz bırakma, tepkiye engel olma) iyi yanıt vermediği, ancak bilişsel tedavilere daha iyi yanıt verdiği tahmin edilmektedir.

Beşiroğlu ve ark yaptıkları çalışmada otojen ve reaktif obsesyonu olan hastalar arasında cinsiyet, hastalığın başlangıç yaşı, komorbidite farklılıklarını değerlendirmişler; sonuç olarak otojen grupta, reaktif gruba göre erkek hasta daha fazla, otojen grupta hastalığın başlangıç yaşının daha geç olduğu, şizotipal kişilik özelliklerinin ve depresyon ile anksiyete belirtilerinin daha çok olduğunu, SSRİ'lar ile tedavi yanıtının daha iyi olduğunu bildirmişlerdir. Reaktif obsesyonu olanlar ise otojen obsesyonu olanlara göre daha mükemmeliyetçi ve kontrolcü bulunmuştur (112).

### **2.1.7. İçgörü ve Benliğe Yabancılık**

DSM-5 ile birlikte OKB'de içgörü açısından üç belirleyici tanımlanmıştır; iyi, zayıf içgörü ve içgörü yokluğu şeklinde. 'OKB inanışları' şeklinde bir ifade kullanılmış; kişinin bu inanışlarının doğru olup olmadığına ilişkin kanısına göre değerlendirme yapılması önerilmiştir. OKB'de içgörü, kişinin bir hastalığa sahip olup olmadığı, tedavi görmeyi gerektirir bir hastalığı olup olmadığına ilişkin farkındalığı üzerinden yapılmamaktadır. Buna göre içgörü değerlendirmesi; kişinin bilişsel açıdan yanlış inanışları ve hatalı akıl yürütme tarzlarına ilişkin bir değerlendirme yapmayı gerektirmektedir (112).

Obsesyonların benliğe yabancı olarak yaşandıklarına ilişkin ilk resmi tanımlama, DSM 3'te psikotik yaşantılar ile obsesyonun ayrımı için yapılmıştır. Bu

terim DSM-3-R’de kaldırılmıştır. DSM-4’te ise, obsesyonlara ilişkin tanımlamada bu terim kullanılmadan, ‘Kişi, obsesif yaşantıları kendi zihninin ürünü olarak görür.’ ifadesi kullanılmıştır. DSM-5’te D ölçütünde ‘Sorunun başka bir psikiyatrik hastalık tarafından açıklanır olmaması gerekir.’ ölçütünün varlığı ile, artık ayrı tek bir ölçüte gerek kalmadığı düşünülmüş ve bu ifade de çıkarılmıştır. Sonuç olarak, D ölçütü ile hastanın psikotik bir yaşantısı dışlanmışsa, böyle bir tanımlama yapılmasına gerek olmadığı düşünülebilir. Aksi durumda kötü içgörü varlığında benliğe yabancılaşma şartının hala devam ediyor olması, DSM’nin bir çelişkisi olarak düşünülebilir.

### **2.1.8. Eşitlik**

En yüksek oranda eşlik eden hastalık majör depresif bozukluktur (27,37,42). OKB hastalarında %30-43 oranlarında majör depresif bozukluk görülmektedir (37,42,80). Epidemiyolojik bir çalışmanın sonuçlarına göre ise, OKB hastalarının %31.7’sinde yaşam boyu majör depresif bozukluk gelişmiştir (37).

Çeşitli araştırmalarda, OKB’de iki uçlu bozukluğun sıklığı %2.7 ile %21.5 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (113).

Çeşitli çalışmalarda, OKB hastalarının %40-60’nın yaşam boyu diğer bir anksiyete bozukluğu tam ölçütlerini karşıladığı (89); OKB’ye en sık eşlik edenlerin panik bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (37,42).

ABD’de yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, OKB’nin şizofreni ile %12.2 oranında bir arada bulunduğu saptanmıştır. OKB ve şizofreni tanılarının birlikte konulduğu hastaların çoğunda, şizofreni başlangıcının OKB’den daha önce olduğu bildirilmiştir (37).

OKB hastalarında, görece daha az sıklıkla görülen diğer eşitlikli bozukluklar arasında yeme bozuklukları, alkol kötüye kullanımı, beden dismorfik bozukluğu, trikotilomani ve hipokondriyazis yer alır (42,114,115).

### **2.1.9. Prognoz**

OKB heterojen bir tablodur. %55 oranında artma ve azalmalarla giden kronik, %10-15 oranında sürekli ilerleme, %10 oranında ise tam düzelme dönemleri ile giden epizodik seyir gösterir (116).

OKB’de kötü prognoz; kompulsiyonlara direnememe, sadece obsesyonların olması, çocukluk çağında başlangıç, garip kompulsiyonlar, hastaneye yatırılma, depresyonun eşlik etmesi, aşın değer verilmiş düşünceler, sanrısız inanışlar, kişilik bozuklukları (özellikle şizotipal kişilik bozukluğu) gösterilmiştir.

İyi prognoz belirtileri olarak sosyal ve iş yaşantısının iyi olması, hastalığa zemin hazırlayıcı bir olayın varlığı, belirtilerin epizodik bir doğada olması gösterilmiştir. Obsesyonların içeriğinin prognoz ile ilişkisi bulunamamıştır.

## **2.2. Şema Modeli ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar**

### **2.2.1. Şema Kavramı**

Şema terapi, geleneksel bilişsel-davranışçı tedavileri ve kavramları önemli derecede genişletilmiş Young ve çalışma arkadaşları tarafından geliştirilen yenilikçi ve bütünleyici bir terapidir (117,118).

Şema terapi, özellikle bugüne kadar tedavisi zor görünen kronik psikolojik bozuklukları olan hastalara daha uygun olan psikoterapiye yeni bir sistem sağlar. İleri derecede kişilik bozukluğu olan hastalara ilavaten, altında Eksen II bozuklukları yatan önemli karakterolojik sorunlar yaşayanlar genellikle şema odaklı tedaviye oldukça iyi yanıt verirler. Öncelik, eksen I semptomların bilişsel davranışçı tedavisidir. Bu semptomlar çözüldükten sonra, karakterolojik sorunlar tedavinin odak noktası olur. Örneğin erkek bir hasta obsesif kompulsif bozukluğu için bilişsel davranışçı tedavi görmektedir. Kısa süreli davranışsal maruz bırakma programının, tepki engelleme ile birleştirilmesi aracılığıyla, çalışma yaşamının çoğunu etkilemekte olan obsesif düşünceleri ve kompulsif ritüeller büyük ölçüde temizlenir. Eksen I’in semptomları azalır azalmaz kişi, diğer aktivitelerini devam ettirmek için zamana sahip olur. Yalnız yaşam biçiminin bir sonucu olan, sosyal yaşamının neredeyse yok olması ihtimali ile yüzleşmek zorundadır. Örneğin ‘Kusurluluk Şeması’ baskınsa, sosyal durumlardan kaçınarak baş etme sorununa sahiptir. Önemsiz algılanmaya ve reddedilmeye aşırı hassastır, çocukluktan beri başkalarıyla kişisel etkileşimden kaçınmaktadır. Eğer ödüllendirici bir sosyal yaşam geliştirmezse, ömür boyu kaçınma örüntüsüyle boğuşmak zorunda kalacaktır.

Tanımlanmış birçok nedenden dolayı; ‘tedavi başarısızlıkları’ nedeniyle Young geleneksel bilişsel davranışçı terapinin yeterli olmadığı kronik karakterolojik problemler yaşayan hastaları tedavi etmek için şema terapiyi geliştirdi. Uyumsuz baş etme biçimlerine, terapist-hasta ilişkilerine, duygusal tekniklere, psikolojik problemlerin çocukluk ve ergenlik temellerini keşfetmeye oldukça fazla önem vererek geleneksel bilişsel davranışçı terapiyi genişletti (119).

‘Şema’ sözcüğü, pek çok çalışma alanında kullanılmaktadır. Genel terim olarak; yapı, iskelet, taslak anlamındadır. Antik Yunan felsefesinde Stoacı mantıkçılar özellikle Chrysippus (M.Ö yaklaşık 279-206) ‘çıkarm şemaları biçiminde mantık prensiplerini tanımladı (120). Kantçı felsefede şema, sınıfın tüm üyeleri için ortak olan şeyin kavramıydı. Aynı zamanda kümeler teorisi, cebirsel geometri, eğitim, edebi analiz ve bilgisayar programlamada bu terim kullanılmaktadır.

Psikolojide daha çok bilişsel gelişim alanında kullanılmıştır. Bireylerin onu açıklamasına yardım, algılayıcı aracı cevaplara bir kılavuz olma, deneyim ya da gerçekliği dayatan bir örüntüdür. Bir şema, en dikkat çekici unsurların bir tür planı, bir olayın ayırt edici niteliklerinin soyut betimlemesidir. Psikolojideki terim, en yaygın biçimde muhtemelen çocukluk bilişsel gelişiminin farklı düzeylerindeki şemalar hakkında ayrıntılı bir şekilde yazmış olan Piaget ile ilişkilendirilmiştir. Şema, problemleri çözme ve bilgiyi yorumlama için bir rehber biçiminde hizmet gören soyut bir bilişsel plan olarak düşünülebilir. Bu nedenle bir cümleyi anlamak için dilbilimsel bir şema ya da bir miti yorumlamak için kültürel bir şemaya sahip olabilmekteyiz.

Bilişsel psikolojiden bilişsel terapiye geçerken Beck (121), erken dönem yazılarında şemalardan bahsetmiştir. Buna göre şema, kişinin yaşam deneyimlerinin anlam kazanması için genel bir biçimde düzenlenmiş herhangi bir prensip olarak düşünülebilir. Dünyaya ve kendisine olan stabil bakışı sürdürmek için bundan, bazen ‘bilişsel uyumluluk’ olarak bahsedilir. Böyle bile olsa gerçekte kusurlu ve çarpıktır. Bu genel tanımlamaya göre şema, olumlu ya da olumsuz, uyumlu ya da uyumsuz olabilir. Şemalar, çocuklukta ya da yaşamın daha sonraki aşamalarında biçimlenebilir.

Young, bu şemaların çoğunun- özellikle toksik çocukluk deneyimlerinin bir sonucu olarak gelişen şemaların-, kişilik bozukluklarının, daha hafif karakterolojik problemlerinin ve pek çok kronik Eksen I bozukluklarının temeli olabileceği hipotezini oluşturdu (122). Bu düşüncüyü açıklamak için ‘Erken Dönem Uyumsuz Şemalar’ olarak adlandırdığı şemaların alt kümesini tanımladı.

Buna göre ‘Erken Dönem Uyumsuz Şemalar’: genel, yaygın tema ya da örüntüdür; anılardan, duygulardan, bilişlerden ve bedensel duyulardan oluşur. Bir kişinin kendini ve başkalarıyla olan ilişkilerini dikkate alır; çocukluk ve ergenlik boyunca gelişir; kişinin yaşamı boyunca karmaşıklaşır; önemli bir dereceye kadar işlevsizdir.

### **2.2.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar**

Hastalar 18 maddeli listede çok güçlü ve zarar verici dört şemadan birine sahip olduğu göz önünde bulundurulur. (terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/suistimal edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç) Bu hastalar, genç yaşlarda terk edilmişler, istismara uğramışlar, ihmal edilmişler ve reddedilmişlerdir. Erişkinlikte şemalar, travmatik çocukluk deneyimlerine benzer olarak, farkında olmadan, hayati olaylarla tetiklenmiştir. Bu şemalardan biri tetiklendiğinde acı, utanç, korku ya da öfke gibi güçlü negatif duygular deneyimlerler.

Tüm şemalar, çocukluk travmalarına ve kötü davranışa dayanmamaktadır. Gerçekte bir birey, tek bir çocukluk travması deneyimi olmadan Bağımlılık/yetersizlik şeması geliştirebilir. Çocukluğu boyunca tamamen muhafaza edilmiş ve aşırı korunmuş olabilir. Bununla birlikte köken olarak tüm şemaların travması olmamasına rağmen tamamı yıkıcıdır ve çoğu, çocukluk ve ergenlik süresince düzenli bir temelde tekrarlanmış zarar verici deneyimler tarafından kaynaklanır. İlgili tüm toksik deneyimlerin etkisi birikir ve birlikte tam gelişmemiş bir şemanın doğmasına yol açar.

Şemalar boyutsaldır. Bu, farklı yaygınlık ve ağırlık düzeylerine sahip oldukları anlamına gelir. Daha şiddetli şema, onu aktive edecek daha çok sayıdaki durumdur. Örneğin birey aşırı biçimde ve her bir ebeveyni tarafından erken ve sık eleştiri deneyimliyorsa, o zaman bireyin herhangi biriyle olan temasının Kusurluluk



şemasını tetiklemesi olasıdır. Birey anne ya da babasının yalnızca birinden ara sıra, daha ılımlı ve yaşamın daha sonraki döneminde ortaya çıkan eleştiri deneyimliyorsa, hayatın ileri dönemindeki şemayı aktive etme olasılığı daha azdır.

### 2.2.3. Şemaların Temeli

Temel görüş, şemaların çocuklukta çekirdek duygusal ihtiyaçların karşılanmamasına bağlı olarak ortaya çıktığıdır (123).

1. Başkalarına güvenli bağlanma (güvenlik, istikrar, bakım ve benimseme)
2. Özerklik, yetenek, olumlu kimlik algısı
3. İhtiyaç ve duyguları ifade özgürlüğü
4. Kendiliğindenlik ve rol yapma
5. Akılcı sınırlar ve özdenetim.

Bu ihtiyaçların evrensel olduğuna inanılır. Psikolojik olarak sağlıklı birey, çekirdek duygusal ihtiyaçlarını uyumlayıcı bir biçimde giderebilir.

Çocuğun doğuştan gelen mizacı ve erken dönem çevresi arasındaki etkileşim, bu temel ihtiyaçların memnuniyetine değil, engellenmesine neden olur. Şema terapinin amacı, hastaların çekirdek duygusal ihtiyaçlarını giderebilmeleri için uyumlu yollar bulmalarına yardım etmektir.

Toksik çocukluk deneyimleri, Erken Dönem Uyumsuz Şemaların birincil temelidir. Genellikle çok güçlü olan ve erken dönemde gelişen temalar, çekirdek aile içinde ortaya çıkarlar. Büyük ölçüde çocuğun ailesinin dinamikleri, çocuğun erken dönemdeki dünyasının dinamikleridir. Hastalar erişkinlikte Erken Dönem Uyumsuz Şemaları'nı aktive ettikleri durumlarda kendilerini bulduklarında, genelde deneyimledikleri aileleriyle ilgili çocuklukta gelen bir dramdır.

İhtiyaçların toksik engellenişi, çocukta duygusal yoksunluk ve terk edilme şemalarını ortaya çıkarabilir. Travmatizasyon ve kurban olma türündeki yaşam deneyimlerinde çocuk zarar görür; güvensizlik/suistimal edilme, kusurluluk/utanç, zarar görme karşısında incinebilirlik gibi şemalar geliştirirler. Üçüncü türde çocuk çok fazla iyi şey deneyimler: ebeveynler, normalde bir çocuk için sağlıklı olandan çok daha fazla şey sağlarlar. Bu yüzden bağımlılık/yetersizlik ya da hak görme/büyüklenmecilik gibi şemalar oluşur. Şema yaratan yaşam deneyiminin dördüncü türü, seçici içselleştirme ya da önem verdiği kişilerle özdeşleşmedir.

Çocuk, ailesinin düşüncelerini deneyimlerini ve davranışlarını seçici bir şekilde içselleştirir ve özdeşim kurar.

Şema gelişiminde çocuğun duygusal mizacı da büyük rol oynar. Kagan ve arkadaşları (124) çocuklukta mizaç özellikleri üzerine bir dizi araştırma ortaya koydular ve onların zamanla belirgin biçimde stabil hale geldiğini savundular.

#### **2.2.4. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar**

‘Şema alanları’ biçiminde sınıflandırılan 18 şema, giderilmemiş duygusal ihtiyaçların beş genel kategorisi içerisinde gruplanmıştır (125,126).

**Alan 1: Ayrılma ve dışlanma/Reddedilme:** Kişinin güvenlik, korunma, istikrar, bakım, duyguların paylaşımı, kabul edilme, saygı ihtiyaçlarının öngörülebilir bir tavırda giderilmeyecek beklentisi. Ailenin tipik kökeni; kopuk, soğuk, reddedici, kısıtlayıcı, yalnız, taşkın, belirsiz ya da istismarcıdır.

**Alan 1.1. Terk edilme/İstikrarsızlık:** Destek ve bağlantı için erişilebilenlerin, algılanan istikrarsızlık veya güvensizlik olması. Duygusal olarak istikrarsız ve belirsiz (öfkeli patlamalar), güvenilmez olduklarından ya da sadece düzensizlik göstermelerinden; yakında öleceklerinden ya da daha iyi birisinden yana olup kendilerini terk edeceklerinden dolayı önem verdikleri kişilerden duygusal destek, bağlantılılık, güç ya da pratik korunma sağlamaya devam edemeyecekleri duygusunu içerir.

**Alan 1.2. Güvensizlik/Suistimal edilme:** Başkalarının zarar vereceği, istismar edeceği, küçük düşüreceği, aldatacağı, zaafından yararlanacağı beklentisidir. Genellikle zararların kasıtlı ya da haksızlığın aşırı ihmalkarlığın sonucu olduğu algısını içerir. ‘bardağın hep boş tarafını görme’ ya da ‘diğerleri tarafından aldatılmış olma’ hissini de içerebilir.

**Alan 1.3. Duygusal yoksunluk:** Kişinin normal bir derecedeki duygusal destek arzusunun başkaları tarafından yeteri kadar karşılanmayacağı beklentisidir. Yoksunluğun üç ana biçimi;

a) İlgi yoksunluğu: ilgi, şevkat, sıcaklık, arkadaşlık yokluğu,

b) Empati yoksunluğu: anlama, dinleme, kendini açma, başkalarıyla duyguların karşılıklı paylaşımı yokluğu,

c) Korunma yoksunluğu: başkalarından alınan güç, yönlendirme ve rehberlik yokluğu.

**Alan 1.4. Kusurluluk/Utanch:** Kişinin istenmeyen, değersiz, önemli konularda yararsız ya da dışa açıldığında itici olabilecek duygusu. Eleştiriye aşırı hassasiyet, reddedilme, suçluluk, öz-bilinç karşılaştırma, başkalarının arasında güvensizlik ya da kişinin algıladığı kusurla ilgili utanç duygusu. Bu kusurlar kişisel (bencillik, öfke patlamaları, kabul edilemez cinsel arzular) ya da genel (itici fiziksel görünüş, sosyal beceriksizlik) olabilir.

**Alan 1.5. Sosyal izolasyon/yabancılaşma:** Dünyanın geri kalanından izole, diğer insanlardan farklı olma veya herhangi bir grup ya da topluluğun parçası olmama duygusu.

**Alan 2: Zedelenmiş Özerklik ve Performans:** Kişinin ayrılabilme, hayatta kalma, bağımsız olarak hareket etme ya da başarılı performansta bulunma becerisinden algıladıklarıyla çatışan çevre ve kendisi hakkındaki beklentiler. Ailenin tipik kökeni, tuzakçı, çocuğun güvenine zarar verici, aşırı koruyucu ya da aile dışında yeteneklerini göstermesi için çocuğu desteklemede başarısızdır.

**Alan 2.1. Bağımlılık/Yetersizlik:** Başkalarından fazla yardım almadan ehil bir tavırda kişinin günlük sorumluluklarını yerine getirememeye inancıdır. (Kişinin bakımı, günlük problemlerini çözme, doğru yargı yürütme, yeni işler becerme, doğru kararlar alma) genelde kabiliyetsizlik olarak görülür.

**Alan 2.2. Hastalıklar ve Zarar görme karşısında dayanıksızlık:** Herhangi bir anda kesin bir felaket olacağı ve ondan korunamayacak olmanın abartılı korkusudur. Korkular genelde; tıbbi felaket- AIDS, kalp krizi gibi, duygusal felaket- çıldırma gibi, dışsal felaket- asansörün düşmesi, suçlu olarak kurban edilme, uçak kazaları depremler gibi.

**Alan 2.3. Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik:** Tamamen bireyleşme ya da normal sosyal gelişim pahasına biriyle ya da önem verilen kişilerle (genellikle aileler) aşırı duygusal ilgi ve yakınlık. Çoğunlukla bireylerin başkasının daimi desteği olmadan mutlu olamama ya da dayanamama düşüncelerinin en azından birine olan inancını içerir. Ayrıca yeterli olmayan bireysel kimlik, başkalarıyla kaynaşma ya da boğulma duygularını da içerir.

**Alan 2.4. Başarısızlık:** Kişinin başarısız olma, kaçınılmaz biçimde başaramayacak olma ya da başarı alanlarında akranlarına göre temelde yetersiz olma inancıdır. Genelde kişinin aptal, beceriksiz, kabiliyetsiz, statüsü düşük, başkalarından daha az başarılı olduğu inancını içerir.

**Alan 3: Zedelenmiş Sınırlar:** İçsel sınırlarda, başkalarına olan sorumluluklarda ya da uzun vadeli amaç yöneliminde eksiklik. Başkalarının haklarına saygı duyma, başkalarıyla işbirliği yapma, söz verme ya da akılcı kişisel hedefler hazırlama ve ulaşmada güçlüklerle neden olur. Ailenin tipik kökeni, serbestlik, fazla müsamaha, yönetim eksikliği ya da gerekli yüzleşme, disiplin yerine üstünlük duygusu ve sorumluluk alma, karşılıklı tavır içerisinde iş birliği yapma ve amaçlara ulaşmada sınır koyma ile karakterizedir. Bazı durumlarda çocuk, normal rahatsızlık düzeyine tahammül etmede zorlanabilir ya da kendisine yeterli gözetim, idare ve rehberlik verilmemiş olabilir.

**Alan 3.1. Hak görme/Büyüklenmecilik:** Kişinin başka insanlardan üstün olduğu, özel hak ve imtiyazlara sahip olduğu, normal bir sosyal etkileşim sağlayacak karşılıklı kuralları tarafından sınırlandırılmadığı inancıdır. Gerçekçi olana, başkalarının makul saydığına ya da başkalarına verilen zarara bakmadan her ne istiyorsa sahip olabileceği ya da yapabileceği ısrarını, güç, ya da kontrol etmek için (esasinda ilgi çekme ya da onaylanma için değil) abartılı derecede üstünlüğe odaklanma (çok başarılı, ünlü, sağlıklı olma) içerir. Bazen aşırı rekabetçilik ya da başkaları üzerinde hakimiyet kurmayı içerir. Başkalarının gereksinim ve duygularına empati ve ilgi göstermeden kendi tutkuları doğrultusunda gücünü öne sürme, kendi bakış açısını bastırma, başkalarının davranışını kontrol etme gibi.

**Alan 3.2. Yetersiz Öz-denetim/ Öz-disiplin:** Kişinin hedeflerine ulaşmak ya da kişinin duygu ve isteklerinin aşırı ifadesini engellemek için yeterli özdenetim uygulamayı reddetme ya da yaygın biçimde zorluk çekme, tolerans engelleme. Daha yumuşak biçimde hasta, huzursuz kaçınma üzerinde aşırı vurgu gösterir: Acı, uyuşmazlık, yüzleşme, sorumluluktan kaçınma ya da kişisel tatmin, bağlılık ve bütünlük pahasına aşırı çaba.

**Alan 4: Başkalarına Yönelimlilik:** Sevgi ve onay almak, bağlantı hissini sürdürmek, ya da karşılık görmekten kaçınmak için kendi gereksinimleri pahasına başkalarının duygu ve tepkilerine aşırı odaklanma. Genelde öfke ve doğal

eğilimlerine ilişkin farkındalık eksikliği ve bastırma içerir. Tipik aile kökeni, durumu kabullenmeye dayalıdır: çocuklar, sevgi, ilgi ve onaylanma almak için kendilerinin önemli yönlerini bastırmalıdır. Böyle pek çok ailede, ebeveynlerin duygusal ihtiyaçları ve tutkuları- ya da sosyal kabul ve statü- çocuğun özgün gereksinim ve duygularından daha değerlidir.

**Alan 4.1. Boyun Eğicilik:** Kişinin duygularını baskı altına alması nedeniyle kontrolün başkalarına aşırı teslimiyeti- öfke, karşılık görme ve terk edilmekten kaçınmak için boyun eğme. Boyun eğmenin iki biçimi vardır: 1. İhtiyaçların boyun eğmesi; kişinin tercihlerini, kararlarını ve arzularını bastırması. 2. Duyguların boyun eğmesi; duyguları özellikle öfkeyi baskı altına alma. Genelde kişinin arzularını, düşüncelerini ve duyguların geçersiz olma ya da başkalarına önem verme algısını içerir. Sık sık tuzağa düşme korkusu hassasiyeti ile birleşen aşırı itaat gösterirler. Genelde uyumsuz semptomlarda ortaya çıkan öfke oluşumuna (yani pasif agresif davranış, mizaçta kontrolsüz patlamalar, psikosomatik semptomlar, sevgiden geri çekilme, 'dışa vurum', madde bağımlılığı) yol açar.

**Alan 4.2. Kendini Fedâ:** Kişinin kendi memnuniyeti pahasına günlük işlerde gönüllü olarak başkalarının ihtiyaçlarını gidermeye aşırı odaklanması. En yaygın nedenler: başkalarının acısına neden olmayı engelleme, bencillik duygusundan kaynaklı suçluluktan kaçınma, başkalarına muhtaç olarak algılanan bağlantıyı sürdürme. Genelde başkalarının acısına aşırı hassasiyetten kaynaklanır. Bazen kişinin gereksinimlerinin yeteri kadar giderilmediği duygusuna yol açar ve bakımı üstlenen kişilerin kızgınlığına yol açar.

**Alan 4.3. Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık:** 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 bağımlıdır. Bazı zamanlar onay, takdir ya da ilgi alma yoluyla (güç ya da kontrol öncelikli değil) statü, onaylanma, sosyal kabul, para ya da başarıya aşırı vurgu içerir. Çoğunlukla gerçekçi ve tatmin edici olmayan ya da reddedilmeye karşısı aşırı hassiyet içerisindeki önemli hayati kararlara neden olur.

**Alan 5: Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme:** Çoğu kez mutluluk, kendini ifade, rahatlama, yakın ilişkiler ve sağlık pahasına kişinin spontane

duygularını, itkilerini ve seçimlerini bastırma ya da katı, içselleştirilmiş kuralları, performans ve ahlaki davranış ile ilgili beklentileri gidermeye aşırı derecede vurgu. Ailenin tipik kökeni, katı, talepkar bazen de cezalandırıcıdır: performans, görev, mükemmeliyetçilik, kurallara uyma, duyguları saklama, mutluluk, haz ve rahatlamayı kontrol altına alma ile ilgili hatalardan kaçınma. Genelde bir kötümserlik eğilimi ve eğer kişi sürekli olarak dikkatli ve tetikte olmayı başaramazsa her şeyi bozulacak endişesi vardır.

**Alan 5.1. Olumsuzluk/Karamsarlık:** Hayatın olumlu ya da iyimser yönlerini küçümseyip bakmazken, olumsuz yönlerine (acı, ölüm, kayıplar, hayalkırıklıkları, çatışma, suçluluk, kızgınlık, çözülmeyen problemler, olası hatalar, ihanet, her şeyin yanlış gidecek olması gibi) yaygın bir şekilde, ömür boyu odaklanma. Genelde bireyin, sonunda bozulacak olan ama iyi gidiyor görünen ya da er geç her şeyin yanlış gideceğine dair- çok sayıda iş, finansal ya da bireyler arası durumlar- abartılı beklentisini içerir. Mali çöküşe, kayba, küçük düşmeye yol açabilecek yanlış yapma ya da kötü duruma düşme korkusunu kapsar. Olası aşırı olumsuz sonuçlar nedeniyle bu bireyler kronik endişe, dikkat, şikayet etme ya da karasızlıkla nitelendirilir.

**Alan 5.2. Duygusal Baskılama/Ketleme:** Spontane eylemin, duygu ya da iletişimin genellikle başkaları tarafından reddedilmekten, utanç duygusundan, dürtüsel kontrolü kaybetmekten kaçınmak için aşırı baskılanması. Baskılamanın en yaygın alanları: a) öfke ve saldırganlığın baskılanması; b) olumlu dürtülerin baskılanması (sevinç, duygu, cinsel heyecan, oyun); c) kişinin duyguları ve ihtiyaçları ile ilgili serbest bildirim ya da kırılganlığı/İncinebilirliği güçlkle ifade etme; d) duygular görmezlikten gelinirken akılcılığa aşırı önem verme.

**Alan 5.3. Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik:** Genelde eleştiriden kaçınmak için temelde içselleştirilmiş eylem ve davranışların oldukça yüksek standartlarını karşılamaya çabalamak zorunda olma inancıdır. Genel anlamda baskı duygusu ya da güçlkle sakinleşme, kendisi de başkalarına yönelik aşırı eleştiriciliğe yol açar. Haz, rahatlama, sağlık, öz saygı, başarı duygusu ya da tatmin edici ilişkilerde önemli bozulmaları kapsar. Yüksek standartlar genelde a) mükemmeliyetçilik, detaylara aşırı dikkat ya da kendi performansının iyi olmasının standartlara bağlı olduğunu azımsama; b) akıl dışı yüksek ahlak, töresel, kültürel ve

dinsel emirler içeren hayatın birçok alanındaki katı kurallar ve ‘zorunluluklar’ ya da c) zaman ve verimlilik ile ilgili takıntı, daha da başarılı olma ihtiyacını gösterir.

**Alan 5.4. Cezalandırıcılık/Acımasızlık:** Bireyin yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiği inancı. Standartlarını ya da beklentilerini karşılayamayan kişilerin (kendisi dahil) öfkeli, tahammülsüz, cezalandırıcı ve sabırsız olma eğilimini içerir. Genelde hafifletici sebepleri dikkate alma, insani kusurları hesaba katma ya da duygularla empati kurmada bir isteksizlik nedeniyle kendisinin ya da başkalarının hatalarını affetme zorluğunu içerir.

### 2.2.5. Şema İşlemleri

İki temel şema işlemi, şema devamlılığı ve şemanın iyileşmesidir. Bir şema ile ilgili her düşünce, duygu, davranış ve yaşam deneyiminin ya şemayı devam ettirdiği (yani onu karmaşıktırıp pekiştirdiği) ya da iyileştirdiği (zayıflattığı) söylenebilir.

**A) Şema devamlılığı;** devamlılık, şema iyileşmesi yerine şemayı desteklemekle sonuçlanan tüm düşünce, duygu ve davranışları içerir. Üç önemli mekanizma ile devam ettirilir; 1- Bilişsel çarpıtma, 2- Kendilik yıkıcı yaşam örüntüleri, 3- Şema baş etme biçimleri. Bilişsel çarpıtma nedeniyle birey, şemayı gerçekleyen bilgiyi vurgularak ve şemayı yadsıyan bilgiyi küçümseyerek ya da inkar ederek şemayı pekiştirir. Birey şemaya bağlı duyguların önünü kesebilir ve bu nedenle şema bilinçli farkındalık düzeyine ulaşamayabilir. Birey davranışsal olarak şemayı iyileştirme olasılığı olan ilişkilerden kaçınırken, kendilik yıkıcı örüntüler, bilinçsizce seçimler, şemayı tetikleyen ve devam ettiren ilişkiler ve durumlardan kalma ile meşguldür. Hastalar, başkalarının olumsuz biçimde tepki vermesine neden oldukları olaylarla ilgilenir ve bu nedenle de şema pekişir.

**B) Şemanın iyileşmesi;** Şema; anılar, duygular, bedensel duyular ve bilişler grubudur. İyileşmeden bahsedebilmek için; şema ile bağlantılı anıların şiddeti, şemanın duygusal değişimi, bedensel duyuların gücü, uyumsuz bilişlerin düzelmesi gerekir. Şemanın iyileşmesi, hastalar uyumlu davranış örüntüleriyle uyumsuz baş etme biçimlerinin yerini değiştirmeyi öğrendikleri için, davranış değişimini de içerir. Bu nedenle tedavi alanları; bilişsel, davranışsal ve duygusal müdahaleleri içerir.

### 2.2.6. Uyumsuz Baş Etme Biçimleri ve Tepkiler

Hastalar, şemalara uyması için yaşamlarının erken dönemlerinde uyumsuz baş etme biçimleri ve tepkiler geliştirir ve bu nedenle genelde şemaların oluşturduğu şiddetli ve baskın duyguları yaşamak zorunda değillerdir. Bazen baş etme biçimleri hastanın şemadan kaçınmasına yardım etmesine rağmen iyileştirici değillerdir. Bu nedenle tüm uyumsuz baş etme biçimleri, şemanın devamlılık sürecindeki ögeler olarak düşünülmelidir. Şemalar; anılar, duygular, bedensel duyular ve bilişleri içerir. Ancak davranışları içermez. Davranış şemanın bir parçası değildir, baş etme tepkisinin parçasıdır. Başlıca baş etme tepkileri davranışsal olmasına rağmen hastalar, bilişsel ve duygusal stratejiler aracılığıyla baş eder.

Tüm canlıların tehlike karşısında verdiği üç tepki olan savaşma, kaçma ve donakalmanın şema kuramındaki karşılığı da; aşırı telafi, kaçınma ve teslim olmadır. Bir kişinin çekirdek ihtiyaçlarından birinin engellenmesi ile ortaya çıkan tehdit algısına, bu üç baş etme tepkisinin bilinçdışı kombinasyonları ile tepki verir.

**A) Şemaya teslim olma;** hastalar şemaya teslim olduklarında ona uyum sağlarlar. Ondan kaçınmaya veya onunla savaşmaya çalışmazlar. Şemanın gerçek olduğunu kabul ederler. Şemayı onaylayan biçimde hareket ederler.

**B) Şemadan kaçınma;** yaşamlarını düzenlemeye çalışırlar. Bu sayede şema aktive olamaz. Şema hiç yokmuş gibi yaşamaya çalışırlar. Şemayı tetikleme olasılığı olan düşünceleri ve imgeleri engellerler. Duygular açığa çıktığında refleks olarak onları geri dönemeye zorlarlar. Aşırı derecede içebilir, madde kullanabilir, rastgele cinsel ilişkide bulunabilir, aşırı yemek yiyebilir, zorlayıcı bir şekilde temizlik yapabilir, işkolik olabilirler. Samimi ilişkiler ve rekabet gibi şemayı tetikleyebilecek durumlardan kaçınırlar. İncinebilir veya hassas hissettiği tüm yaşam alanlarından uzak dururlar.

**C) Şemayı aşırı telafi;** hastalar şema karşıtlığı sanki doğruymuş gibi düşünerek hareket eder ve savaşırırlar. Çocukkenki hallerinden mümkün olduğu kadar zıt yönde olmaya çalışırlar. Çocukken değersiz hissetmişlerse, erişkin olduklarında mükemmeliyetçi olmaya çalışırlar, çocukken boyun eğiciyseler erişkinlikte herkese karşı gelirler. Şema ile yüzyüze geldiklerinde saldırıda bulunurlar. Eğer şemaya karşı sağlıklı bir karşı koyma girişimi olarak görülürse şema varlığını sürdürür. Davranış duruma orantılı olduğu sürece, başkalarının duygularını hesaba kattığı sürece şemaya



karşı koymak sağlıklıdır. Davranışın arzu edilebilir bir sonuca götürmesi beklenebilir. Fakat aşırı telafi ediciler, karşı saldırı içinde takılı kalırlar. Davranışları genelde aşırı, düşüncesiz ya da verimsizdir.

Baş etme tepkileri, üç genel baş etme biçiminin dışı vurumu ile oluşan davranışlar ve yöntemlerdir. Kişinin, algıladığı tehdit edici durum karşısında verdiği tüm tepkilerdir. Bunlar alışkanlık haline geldiklerinde, ‘baş etme biçimleri’ne katılırlar. Buna göre baş etme biçimi bir özellikken, baş etme tepkisi bir durumdur. Kişinin, çok kısa bir sürede verdiği bir davranıştır.

### 2.2.7. Şema Modları

Şema modları, tümünü deneyimlediğimiz anlık duygusal durumlar ve uyumlu, uyumsuz baş etme tepkileridir. Genellikle şema modlarımız, aşırı hassasiyet gösterdiğimiz yaşam durumlarına göre tetiklenir. Herhangi bir anda şema ya da şema faaliyetlerinden kimisi baskın olurken, kimisi sessizdir. İçinde bulunulan andaki baskın hal ‘şema modu’ olarak adlandırılır. Birey için o anda aktif olan şemalar ya da uyumlu-uyumsuz şema faaliyetleridir. Modlar dört genel kategoride (çocuk modu, işlevsiz baş etme modları, işlevsiz ebeveyn modları, sağlıklı yetişkin modları) gruplandırılarak, 10 şema modu belirlenmiştir. Bazı modlar uyumsuzken, bazıları da birey için sağlıklıdır. Tedavilerin amacı da hastalara sağlıklı yetişkin modlarını nasıl güçlendireceklerini öğretmektir.

**Çocuk modları:** doğuştan ve evrenseldir.

1. İncinebilir çocuk modu: pek çok şema alanı ile ilintilidir.
2. Öfkeli çocuk: giderilemeyen duygusal ihtiyaçlardan doğan, sonuçlara bakmadan kızgınlıkla hareket eden kısımdır.
3. Dürtüsel/disiplinsiz çocuk: kendisi veya başkaları için olası sonuçlara bakmaksızın anlık doğal eğilimlerini izler ve sonuçlara bakmadan duygularını dışı vurur.
4. Mutlu çocuk modları; çekirdek duygusal ihtiyaçların karşılandığı modlardır.

**İşlevsiz baş etme modları:** söz dinleyen teslimci, kopuk korungan, aşırı telafici. Bu üç mod, teslim olma, kaçınma ve aşırı telafinin baş etme biçimlerine karşılıktır.

5. Söz dinleyen teslimci; başkalarına boyun eğen aciz çocuk olarak şemaya boyun eğer.

6. Kopuk korungan; şemanın acısından kendisini geri çeker.

7. Aşırı telaficiler; başkalarına kötü davranarak ya da en sonunda işlevsizliğe neden olan davranışlarla şemayı yok etmeye çalışır.

**İşlevsiz ebeveyn modları:** hasta içselleştirilmiş ebeveyn haline gelmektedir.

8. Cezalandırıcı ebeveyn; ‘kötü’ olduğu için çocuk modlarından birini cezalandırmaktadır.

9. Talepkar ebeveyn; aşırı yüksek standartları karşılaması için çocuğu sürekli sıkıştırır.

10. mod; **sağlıklı erishkindir**. Hastaya hafifletmeyi, ilgi göstermeyi ya da diğer modları iyileştirmeyi öğreterek tedavide güçlendirilmesi hedeflenen moddur (125).

### **2.2.8. Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Psikopatoloji İlişkisi**

Çalışmalar erken dönem uyum bozucu şemaların, depresyon (127), madde kullanım bozuklukları (128-130), kişilik bozuklukları (131) ve şizofreni gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermiştir (132).

Şema kuramının geliştirilme amacı kişilik bozukluklarının etiyojisi ve tedavisine katkı sağlamak olduğu için alan yazında yapılan çalışmalar daha çok bu ilişkiyi incelemeye yöneliktir (133,134).

Çalışmalarda Sınır Durum Kişilik Bozukluğu tüm şema modları ile ilişkili bulunmuştur. Sınır kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu belirlenen şemalar güvensizlik/suiistimal edilme, kusurluluk/utanç, duygusal baskılama ve terk edilmedir (135).

Narsisistik kişilik bozukluğunda ise yetersiz özdenetim, duyguları baskılama, hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık ve hak görme/büyüklenmecilik şemalarının baskın olduğu belirlenmiştir (135).

Antisosyal kişilik bozukluğu ile şema ilişkisini inceleyen çalışmaların ortak sonucunda ise ilişkili olan şemaların duyguları bastırma, hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık ve güvensizlik/suiistimal edilme olduğu gösterilmiştir (136,137). Antisosyal kişilik bozukluğunun aynı zamanda İncinebilir Çocuk,

Dürtüsel/Disiplinsiz Çocuk ve Talepkar Ebeveyn modlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Çekingen Kişilik Bozukluğu ile ilişkili olan şema duyguları bastırma ve boyun eğiciliktir (138).

Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu ile yetersiz özdenetim, hak görme/büyükleme ve yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik şemalarının ilişkili olduğu belirlenmiştir (135). Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğunun da Talepkar Ebeveyn moduyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (139).

Genel olarak kişilik bozuklukları ve şema ilişkisini araştıran çalışmalara bakıldığında ise güvensizlik/suiistimal edilme, bağımlılık/yetersizlik, başarısızlık, iç içe geçme/gelişmemiş benlik ve hak görme/büyüklenme şemalarının öne çıktığı görülmektedir (136,140,141)

Kişilik bozuklukları yanında alkol bağımlılığı, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, yeme bozuklukları ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklarla şema ilişkisini araştıran çok sayıda çalışma yapılmıştır (142-145). Yine yapılan yeni çalışmalarda da, her bir bozukluğun, özgün bir erken uyumsuz şema ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (146).

Beden memnuniyeti ve erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada beden memnuniyetsizliği ile başarısızlık, yüksek standartlar, kusurluluk/utanç ve sosyal izolasyon şemalarının ilişkili olduğu belirlenmiştir (147). Yeme bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında Anoreksiya Nervoza (AN) ve Bulimia Nervoza (BN) tanısı almış kişilerde, sağlıklı kişilere göre daha çok sayıda erken dönem uyum bozucu şemanın aktive olduğu belirlenmiştir (148,144). Bunun yanı sıra yeme bozukluklarında kusurluluk/utanç, yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik, yetersiz özdenetim, güvensizlik/suiistimal edilme, hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık, duygusal baskılama ve başarısızlık şemalarının etkili olduğu belirlenmiştir (148). 2015 yılında yapılan bir çalışmada anoreksiya nervoza olan kadınların olmayanlardan sosyal izolasyon/yabancılaşma ve duygusal baskılama/ketleme şemalarının daha baskın olduğu görülmüştür (149).

Erken dönem uyum bozucu şemalar ile depresyon ilişkisini araştıran çalışmalarla da, benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Karışık klinik örneklerin kullanıldığı birçok çalışma, şemaların birçoğu ile depresyon arasında anlamlı korelasyonlar

olduğunu ve şemaların depresyonda bir sonuç olarak anlamlı bir farklılık olduğunu açıklamıştır (150-152). Klinik dışı örneklemelerin kullanıldığı çalışmalar da depresif belirti şiddeti ile artmış şema puanları arasındaki ilişkiye destek sağlamıştır (153-155). Depresyon hastalarının sağlıklı kontrollerle şemalarının karşılaştırıldığı çalışmalarda, depresyon hastalarının sağlıklı katılımcılara göre daha yüksek puan aldığı gösterilmiştir (153,157). Bir çalışmada zedelenmiş özerklik ve performans ile ayrılma ve dışlanma/reddedilme şema alanının depresyon şiddeti ile ilgili olduğu bildirilmiştir (158). Başka bir çalışmada da tedavi edilen, semptomları kontrol altına alınan depresyon hastalarında ayrılma ve dışlanma/reddedilme ile zedelenmiş özerklik ve performans şema alanı puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir (159). Bu sonuçlar dikkate alındığında, uyumsuz şemalar depresyon için altta yatan bilişsel savunmasızlık faktörlerini temsil edebilir (160-163). Bu çalışmalara rağmen depresyonun hangi şemalarla daha ilintili olduğu hala belirsizliğini korumaktadır (164). Yapılan çalışmalarda depresyonu yordayan ortak erken dönem uyum bozucu şema alanının özellikle zedelenmiş otonomi olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme ile zedelenmiş sınırlar şema alanları ile kusurluluk/utanç, yetersiz özdenetim, duygusal baskılama, hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık gibi erken dönem uyum bozucu şemaların depresyonu yordadığı belirlenmiştir (134,151,155,156,160,161). Bundan farklı olarak Renner ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada depresyonun ayrılma ve dışlanma/reddedilme şema alanıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (158). Ayrıca şemaların tedaviyle değişimine bakılan çalışmalarda da tedavi sonucunda remisyon olsa bile şemaların aynı şiddette devam ettiği ileri sürülmüştür (158,165). Depresyon tanısı almış kişilerin 2-5 yıl sonra, remisyonunda olsalar bile erken dönem uyum bozucu şemalarının aynı düzeyde kaldığını gösteren bir çalışma mevcuttur (165). Bu çalışma aynı zamanda işlevsel olmayan düşüncelerin koşullu olmasının bunların değişebilirliğini etkilemediğini göstermektedir.

2018 yılında yapılan bir çalışmada, somatizasyon bozukluğu olan bir grup hasta ile depresyon hastası bir grup şemalar açısından karşılaştırılmış ve depresyon grubunda duygusal yoksunluk, güvensizlik/suistimal edilme, sosyal izolasyon/yabancılaşma, kusurluluk/utanç, başarısızlık, boyun eğcilik, duygusal baskılama, yetersiz özdenetim şemalarının daha baskın olduğu görülmüştür (166).

Anksiyete ve şema ilişkisini araştıran çalışmalara bakıldığında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sosyal Fobi ve Panik Bozukluğu ile ilgili çalışmalar mevcuttur (167-169). Gelişimsel risk faktörleri göz önüne alındığında, Hawke ve Provencher tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmada, şema terapisinin anksiyete bozukluklarında işe yaradığı bildirilmiştir (170). Dellatre ve arkadaşları, anksiyete bozukluklarında kontrollere göre şema aktivasyonlarının daha fazla olduğunu, ancak anksiyete özgü bir şema olmadığını bildirmiştir (143). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada bağlanma anksiyetesi; ayrılma ve dışlanma/reddedilme ve başkalarına yönelimlilik şema alanlarıyla ilişkiliyken; bağlanmaktan kaçınmanın ayrılma ve dışlanma/reddedilme ve zedelenmiş otonomi şema alanları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ile yapılan çalışmaların ortak sonuçlarına göre hastalık ve tehditler karşısında dayanıksızlık, sosyal izolasyon/yabancılaşma, duyguları bastırma, güvensizlik/suiistimal edilme şemalarının etkili olduğu gösterilmektedir (169). Sosyal fobi tanısı almış hastalar, diğer anksiyete bozukluğu tanısı almış kişiler ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında sosyal fobi tanısı almış grubun ayrılma ve dışlanma/reddedilme şema alanında daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik, hak görme/büyüklik, duygusal yoksunluk, güvensizlik/suiistimal edilme ve sosyal izolasyon şemalarının başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmeyi yordadığı sonucuna varılmıştır (168). Agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluğu olan hastalarla yapılan bir araştırmada kaçınma davranışları, bedensel duyumlara ilişkin korkular ve kontrol kaybı ile ilgili inançlar ile bağımlılık/yetersizlik ve dayanıksızlık şemalarının ilişkisi incelenmiştir. Bunun sonucuna göre kaçınma davranışları, bedensel duyumlara ilişkin korkular ve kontrol kaybı ile ilgili inançlarla bağımlılık/yetersizlik şemasının ilişkili olduğu, dayanıksızlık şemasının ise bu değişkenlerle ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Öte yandan bağımlılık/yetersizlik şemasının dayanıksızlık şemasını yordadığı görülmüştür (167).

Finlandiya'da 2009 yılında yapılan bir çalışmada, kronik ağrısı olan bir grup ve sağlıklı kontrol grubu kıyaslanmıştır (171). İki grup arasında fark bulunmamıştır. Somatizasyon bozukluğu konusunda yapılan çalışma sonuçları, şemaların bedensel algının veya duyumun yanlış yorumlanmasına neden olabileceği ile ilgilidir (172).

Somatizasyon bozukluğu olan bir grubun, sağlıklı kontrollerle yapılan bir kıyaslamasında, hasta grubunda bağımlılık/yetersizlik ve hastalıklar karşısında dayanıksızlık şemalarının daha baskın olduğu görülmüştür (173). Bu çalışmalar, somatizasyon bozukluğu olan hastaların, sağlıkları konusundaki olumsuz bilişleri olduğunu göstermektedir (174).

Erken dönem uyum bozucu şemalar ile Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar az sayıdadır. Obsesif Kompulsif bozukluğun erken dönem uyum bozucu şemalar ile ilişkisini inceleyen, 2014 yılında Kim ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmaya göre (175), hastalarda sağlıklı kontrollere göre kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon/yabancılaşma, başarısızlık şemalarının daha baskın olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada cinsel-dini obsesyonu olanların, diğer belirti boyutlarına göre hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık ve yapışıklık/gelişmemiş benlik şema puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalığın başlangıç yaşının ve hastalık süresinin ise şema üzerinde bir etkisi olmadığı görülmüştür. Şema terapisinin OKB hastaları üzerindeki tedavi etkinliğini araştıran çalışmalarda, bilişsel davranışçı terapiye zayıf yanıt veren şiddetli, kronik OKB hastalarının; travma veya komorbid kişilik bozukluğu olmasının da etkisiyle, etkinliğin anlamlı olduğu gösterilmiştir (176,177). Lochner ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı bir çalışmada, OKB ve trikotillomani tanı almış kişilerin şema puanlarının daha yüksek olduğu ve özellikle de güvensizlik/suiistimal edilme, kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon/yabancılaşma, boyun eğcilik ve duyguları bastırma şemalarının, diğer şemalara göre daha baskın olduğunu bildirmişlerdir. Ancak bu çalışmada sağlıklı kontrol grubu alınmadığı için kıyaslama yapılamamıştır (178).

Bir çalışmada kusurluluk/utanç ve sosyal izolasyon/yabancılaşma şemaları baskın olan OKB hastalarının anne ve babaları da çalışmaya dahil edilerek, anne baba tutumlarının bu şemaların oluşmasına neden olabileceği bildirilmiştir (179). Benzer şekilde 2004 yılında Pino ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada OKB hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu oluşturulmuş, iki grup arasında ebeveylelerinin çocuk yetiştirme tarzlarını inceledikleri bir ölçek (Own Memories of Parental Rearing Experiences in Childhood) karşılaştırma yapılmıştır (180).

Buna göre OKB hastalarının, sağlıklı kontrol grubuna göre babaları tarafından daha fazla reddedildikleri şeklinde algıları olduğu ortaya konmuştur. Yine aynı çalışmada, yeterince sıcaklık göstermeyen ebeveyn davranış biçimlerinin, OKB'nin istifleme belirti boyutu ile ilgili olduğu bildirilmiştir. Daha önceden yapılan çalışmalarda OKB hastalarının, ebeveynlerini sağlıklı kontrollere göre daha reddedici, koruyucu veya yeterince sıcak olmayan şekilde algıladıkları bildirilmiştir (181-184). Bu çalışmalar 1980 yılında yapılan; OKB hastalarının ebeveynlerinin kendilerine karşı tutumlarını aşırı koruma, aşırı kontrol ve aşırı eleştirel olarak bildirdikleri şeklinde raporlanan çalışma ile uyumludur (88). Hastaların takıntılı düşünceleri ile kompulsif davranışları ile ilgili utanç duydukları ve bunları gizleme eğiliminde oldukları, bunun da şemanın süregenleşmesine neden olduğu gösterilmiştir (185). OKB hastalarının kontrol gruplarına göre, başarısızlık şemasının daha aktif olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır (186,187).

Ülkemizde OKB ve şema konusunda Atalay ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı bir çalışmada, OKB hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre karamsarlık, sosyal izolasyon/yabancılaşma ve dayanıksızlık şemalarının daha fazla aktive olduğunu gösterilmiştir (188). Yine ülkemizde OKB tanısı almış kişiler ile sağlıklı kontrol grubunun erken dönem uyum bozucu şemalar açısından karşılaştırılmasının yapıldığı çalışma (197), OKB tanısı alan kişilerin karamsarlık, sosyal izolasyon/yabancılaşma ve dayanıksızlık şemalarının daha fazla aktive olduğunu göstermiştir.

Erken dönem uyum bozucu şemaların, 2015 yılında Bilişsel Davranışçı Tedavi sonuçları üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada; OKB hastalarındaki mükemmeliyetçilik, kesinlik ile ilgili inançları ile bağımlılık/yetersizlik şemasının tedaviye yanıtta, erken yanıtın önlenmesi gibi davranışsal belirtilerin azaltılmasında önemli olduğu gösterilmiştir (189). Benzer bir çalışmada da 2012 yılında, bilişsel davranışçı terapi ve erken yanıt önleme müdahalelerinden fayda göremeyen bir grup OKB hastasına şema terapi uygulanmış ve olumlu sonuçlar aldığı gösterilmiştir (190). 2014 yılında yapılmış bir diğer çalışmada, OKB'de ve sağlıklı kontrollerde şemalar ve şema modları ile erken yanıt önleme ve bilişsel davranışçı terapi alan hastalardaki tedavi sonuçlarının şemalarla bağlantısı incelenmiş (192). Bu çalışmaya göre şema puanları yüksek olanların bilişsel davranışçı terapiye yanıt

vermeyenler olduğu görülmüştür. Aynı zamanda başarısızlık ve duygusal yoksunluk şemalarının, depresyon puanları ile daha çok ilintili olduğu ve uygulanan tedaviye rağmen belirtileri devam eden OKB hastalarını öngördüğü bildirilmiştir.

Bazı çalışmalarda, OKB tanısı almış kişilerin yüksek standartlar şemasından oldukça yüksek puanlar aldığı belirlenmiştir (191). Yine aynı çalışmada tedavi öncesinde terk edilme/istikrarsızlık şemasının kötü tedavi yanıtı; kendini feda şemasının ise iyi tedavi yanıtı ile ilgili olduğunu göstermiştir. Ayrıca tedavi öncesinde kendini feda şemasının güçlü olması tedavi sonucunun olumlu olmasını yordarken, başarısızlık şemasından alınan puanın yüksek olması ise tedavi sonuçlarının olumsuz olmasını yordamaktadır. Yine aynı çalışmada tedavi sürecinde alınan ölçümlere göre de bu süreçte başarısızlık, boyun eğcilik, yüksek standartlar, hak görme/büyüklik ve zarar görme şemalarından alınan puanların ölçümlerinin sistematik olarak azaldığı ileri sürülmüştür.

2017 yılında İran’da yapılan bir çalışmaya göre güvensizlik /suiistimal edilme şeması baskın olan OKB hastalarının diğerlerine göre anlamlı derecede daha fazla intihar girişimi veya düşüncesi olduğunu yordadığı belirtilmiştir (193). Dale ve ark. (2010), sosyal izolasyon/yabancılaşıma, kusurluluk/utanç, zarara karşı savunmasızlık, boyun eğcilik, duygusal baskılama, hak sahibi olma ve yetersiz öz kontrol şemalarının intihar davranışlarının tekrarıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (194).

2012 yılında yapılan bir çalışmada da, OKB hastalarındaki kronik ağrı ve yeme bozukluğu olanların, olmayan OKB hastalarına göre; terk edilme/istikrarsızlık, bağımlılık/yetersizlik, hastalar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık ile yetersiz öz denetim şemalarının daha baskın olduğu gösterilmiştir (195).

2015 yılında OKB, panik bozukluk ve sağlıklı kontrollerin şemalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada; OKB grubunda diğer iki gruba göre kusurluluk/utanç ve sosyal izolasyon/yabancılaşıma şemalarının; panik bozukluk grubunda ise zarar ve hastalıklara karşı dayanıksızlık ile kendini feda şemalarının daha baskın olduğu görülmüştür (196).

OKB ve şema ilişkisini inceleyen çalışmalara genel olarak bakıldığında da en sık görülen şemaların karamsarlık, sosyal izolasyon/yabancılaşıma, hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık olduğu görülmektedir.



### 3. MATERYAL VE METOD

#### 3.1. Araştırmanın Şekli, Evreni, Örneklemi ve Yöntemi

Araştırma Aralık 2017-Kasım 2018 arasında veri toplanan tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmada çalışma grubu olarak, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine Aralık 2017-Kasım 2018 arasında ayaktan başvuran, OKB tanısı konulan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden, uygunluk ölçütlerini karşılayan hastalar, bu hastaların kardeşleri ve sağlıklı kontroller alınmıştır. Hastalar çalışma hakkında bilgilendirilerek katılımları için yazılı onamları alınmıştır.

Dışlama Kriterleri:

- Hastalar için SCID-I ve SCID-II'e göre OKB dışında eksen 1 ve eksen 2 psikiyatrik hastalığı olması
- Hastaların kardeşleri için SCID-I ve SCID-II'e göre psikiyatrik hastalığı olması
- Sağlıklı kontroller için SCID-I ve SCID-II'e göre psikiyatrik hastalığı olması
- 18 yaş altı ve 65 yaş üstünde olma
- Nörolojik ya da tıbbi durumu bozacak başka bir tıbbi hastalığın olması
- Katılımcının çalışmaya katılım konusunda gönüllü olmaması
- Alkol veya madde bağımlılığı olması

Araştırma kesitsel bir çalışmadır. Araştırmada hasta grubuna seçilen katılımcılar, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvuran, şimdi ya da daha önce SCID-I'e göre OKB tanısı konulan hastalar, SCID-I ve SCID-II'e göre psikiyatrik hastalığı olmayan hasta kardeşleri, dışlama kriterlerini içermeyen ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerden oluşturulmuştur. SCID-I ile OKB tanısı alan hastalara sonrasında Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) uygulanarak hem hastalık şiddetleri hem de sahip oldukları obsesyon özellikleri değerlendirilmiştir. YBOKÖ, görüşmeci tarafından doldurulan ve yarı yapılandırılmış bir görüşme ile değerlendirilen bir ölçektir.

Kontrol grubuna ise hasta gruptaki katılımcılarla sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, eğitim..) açısından benzer, SCID-I ve SCID-II'e göre herhangi bir

ruhsal bozukluğu olmayan, dışlama kriterlerini içermeyen ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar alınmıştır.

Yalnız OKB tanısı olanlar, psikiyatrik tanısı olmayan kardeşleri ve sağlıklı kontroller olmak üzere 3 grup oluşturulmuştur.

Tüm katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilecek, çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanmış, kayıtlarının gizli tutulacağına dair güvence verilerek çalışmanın amacı anlatılmış ve katılımları için yazılı onayları alınmıştır.

Karadeniz Teknik Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2018/3 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

Aralık 2017-Kasım 2018 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine ayaktan, OKB tanısı ile 116 hasta ayaktan başvurmuştur. 116 hastanın 37'si çalışmaya katılımı kabul etmemiş, 5'ünde eş tanılı majör depresif bozukluk 22'sinde diğer anksiyete bozuklukları, 8'inde psikotik bozukluk, 1'inde bipolar bozukluk, 1 kişide mental retardasyon mevcut olduğundan çalışmaya dahil edilmemiştir. Geriye kalan 42 OKB tanılı katılımcı hasta grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden 42 hastadan 9 tanesinin kardeşi olmaması, 7 tanesinin kardeşlerinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle OKB tanılı katılımcıların kardeşlerinden oluşan 26 katılımcı da ikinci grup olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

OKB tanılı hasta grubunun yaş, cinsiyet, eğitim yılı, gelir düzeyi parametrelerine uygun 42 kişi, sağlıklı kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan OKB hastaları yale brown semptom kontrol listesine göre; 1-simetri/sıralama, 2-istifleme, 3-kirlenme/temizleme, 4-saldırganlık/kontrol, 5-cinsel/dini, 6-Somatik olmak üzere alt gruplarına ayrıldı. OKB grubu bu alt gruplara göre daha sonra otojen ve reaktif olarak da kendi içinde gruplandırıldı. Sonra her bir hasta, kardeşi ve kontrol grubundaki katılımcıya öncelikle kendilerinin dolduracakları öz bildirim ölçekleri olan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Young Şema Anketi verildi.

Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), DSM-III-R Eksen II Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II), Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, (Y- BOKÖ) ve Young Şema Ölçeği Kısa Formu-3 (YŞÖ KF-3) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Türkçe olarak uygulanmıştır.

Verilerin analiz aşamasında SPSS 22,0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verilmiştir. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Bağımsız iki grup arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları; normal dağılım koşulu sağlanmadığından Mann Whitney U testi ile, bağımsız üç grup arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları; normal dağılım koşulu sağlanmadığından Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. En az biri normal dağılmayan ya da ordinal olan değişkenler arası ilişkiler için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Spearman testi ile hesaplanmıştır. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Çalışma kapsamında uygulanan Demografik Bilgi Formu'nda hastanın cinsiyeti, yaşı, doğum tarihi, eğitim düzeyi, medeni durumu, mesleği sorulmuştur. Katılımcıların hastalığıyla ilgili ise belirtilerinin neler olduğu, ne zaman başladığı, ilk kez doktora başvuru tarihi, yatarak tedavi görüp görmediği, kullandığı psikotrop ilaçların neler olduğu, Bilişsel Davranışçı Tedavi alıp almadığı ve ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı sorulmuştur.

### **3.2.2. SCID I**

DSM-IV 1. Eksen bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), major DSM-IV 1. Eksen tanılarının konulması için 1997'de First ve ark. (198) tarafından geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Yapılandırılmış görüşme, tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tam ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanıların geçerliliğinin artırılması, ayrıca semptomların sistematik olarak

araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I'in Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (199).

### 3.2.3. SCID II

Kişilik bozukluklarını değerlendirmek amacıyla Spitzer, Williams ve ark (1990) tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. SCID-II, kişilik bozukluklarının tanı ölçütlerini taramak amacıyla geliştirilmiş 120 soruluk bir öz-bildirim formu içermektedir. Öz-bildirim formu hasta tarafından doldurulduktan sonra klinisyen görüşme sırasında özellikle formda "evet" olarak yanıtlanmış maddeler üzerinde durmaktadır (200). Yüz yüze görüşme sürecinde soruların değerlendirilmesi yok (1), eşik altı (2) ve eşik üstü (3) biçiminde puanlanır ve bireyin kişilik bozuklukları tanısını karşılayıp karşılamadığı değerlendirilir. Ayrıca görüşme sırasında, hastanın şikâyetleri doğrultusunda gerekli görülen küme sorularının uygulanması şeklinde (örneğin kişinin değişken ve dramatik şekilde sonlanan ilişkilerinin var olması durumunda B küme sorularının sorulması) uygulanabilir (201). Her kişilik bozukluğu için kişinin karşılaması gereken '3' puanları sayılarak kişinin o kişilik bozukluğunu karşılayıp karşılamadığına bakılır.

Skodol, Rosnick, Kellman ve ark (1988), SCID-II tanılarının tanısallık gücünün 0.45 (Narsistik Kişilik Bozukluğu) ile 0.95 (Antisosyal Kişilik Bozukluğu) arasında farklılaştığını belirtmişlerdir. First, Spitzer, Gibbon ve ark (202), 284 kişi (psikiyatrik tanı alan ve almayan) ile yaptıkları çalışmada ölçeğin psikiyatrik tanı alan grup için test tekrar test güvenilirliği kapa değerlerinin 0.24 (Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu) ile 0.74 (Histriyonik Kişilik Bozukluğu) arasında değiştiğini belirtmişlerdir. Psikiyatrik tanı grubu için ortalama kapa değeri .53 olarak saptanmıştır.

SCID-II'nin Türkçe'ye çeviri çalışmaları Sorias ve ark (1990) tarafından yapılmıştır (200). Güvenirlik çalışması Coşkunol ve ark (1994) tarafından gerçekleştirilen SCID-II'nin kullanıcılar arası uyuma düzeyi 0,798 olarak saptanmıştır.

### **3.2.4. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)**

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir (203). Görüşmeci tarafından uygulanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır fakat toplam puanın saptanması için yalnız ilk 10 madde (madde 1b ve 6b dışında) kullanılır. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. Ayrıca ölçeğin yanında Y-BOKÖ Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (204).

### **3.2.5. Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3, YŞÖ-KF3 (Young Schema Inventory Short Form-3, YSQ-SF3)**

Çalışmada erken dönem uyum bozucu şemaları ölçmek için Young ve Brown tarafından (205) geliştirilen Young Şema Ölçeğinin kısa formunun üçüncü versiyonu kullanılmıştır. Ölçekte beş şema alanından oluşan beş boyut bulunmaktadır. Benzer şekilde erken dönem uyum bozucu şemaların 18'i için de alt ölçek bulunmaktadır. Ölçek, 6'lı Likert tipi derecelendirilen (1=Benim için tamamıyla yanlış, 6= Beni mükemmel şekilde tanımlıyor) toplam 90 sorudan oluşmaktadır (206). Ölçeğin iç tutarlılığının .76-.93 arasında olduğu belirlenmiştir (207).

Ülkemizdeki ölçeğin uzun formunun (205) ilk psikometrik çalışmaları Sezgin tarafından (208,209) yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda elde edilen 12 faktör yurtdışında yapılan çalışmalarla (210) uyumlu bulunmuştur. Ölçeğin uzun formunun revize edilmiş versiyonunun (Young, 1991) psikometrik çalışmaları ise Batur tarafından (2004) gerçekleştirilmiş ve 14 faktör elde edilmiştir. Sarıtaş tarafından (2007) yapılan çalışmada ise şema alt boyutları yönünden yorumlanabilir bir faktör yapısı elde edilememiştir. Bu nedenle ölçeğin özgün formunda önerilen faktör boyutları üzerinden üst sıra faktör analizi yapılmış ve üç şema alanına ulaşılmıştır.

Ölçeğin kısa formunun geçerlik güvenirlik çalışması ise üniversite örnekleminde yapılmıştır. Analizler sonucunda ölçeğin Türkçe formu için Zedelenmiş Otonomi, Kopukluk, Yüksek Standartlar, Diğer Yönelimlilik ve Zedelenmiş Sınırlar olmak üzere 5 şema alanına ulaşılmıştır. Ayrıca, Duygusal Yoksunluk, Başarısızlık, Karamsarlık, Sosyal İzolasyon/Güvensizlik, Duyguları Bastırma, Onay Arayıcılık, İç İç Geçme/Bağımlılık, Ayrıcalıklılık/Yetersiz

Özdenetim, Kendini Feda, Terk Edilme, Cezalandırıcılık, Kusurluluk, Hastalık ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, Yüksek Standartlar olmak üzere 14 faktörlü bir yapının (14 şema boyutu) uygun olduğu görülmüştür (211).

Soygüt ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmaya göre madde sayısının dağılımı değişmiştir ancak toplam madde sayısı aynı kalmıştır. Ölçeğin birleşen geçerliğini belirlemek amacıyla Belirti Tarama Listesi'nin (SCL-90) Genel Belirti Düzeyi İndeksi (GSI) ve Kaygı, Depresyon, Kişilerarası Duyarlık alt ölçekleri kullanılmıştır. Analiz sonucunda Depresyon alt faktörüyle  $r = .55-.68$  ( $p < .01$ ), Kaygı alt faktörüyle  $r = .18-.54$  ( $p < .01$ ) ve kişilerarası Duyarlılık alt faktörüyle  $r = .20-.60$  ( $p < .01$ ) aralığında değişen ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Test-tekrar test güvenilirliğine bakıldığında ise şema boyutları açısından  $r = .66-.82$  ( $p < .01$ ), şema alanları açısından ise  $r = .66-.83$  ( $p < .01$ ) arasında değiştiği görülmüştür. Son olarak tutarlılık katsayısının ise; şema boyutları için  $\alpha = .63-.80$  şema alanları için de  $\alpha = .53-.81$  arasında değiştiği belirlenmiştir (211).

### **3.2.6. Beck Depresyon Derecelendirme Ölçeği (BDÖ)**

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Depresyonun duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel belirtilerini ölçmeye yönelik olarak 21 maddeden oluşan Beck (212) tarafından 1961'de geliştirilmiş bir ölçektir. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Türkçe formunun geçerlik yönteminde, BDE ile birlikte MMPI ve depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon  $r=0,50$  olarak elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Hisli (213) tarafından 1989'da yapılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Veriler

Katılımcılardan OKB grubunun 19'u (%45,2) erkek, 23'ü (%54,8) kadındır. Sağlıklı kontrol grubundaki 43 katılımcının da 18'i (%42,9) erkek, 24'ü (%57,1) kadındır. 26 katılımcıdan oluşan OKB grubundaki hastaların kardeşlerinin ise 11'i (%42,3) erkek, 15'i (%57,7) kadındır. Her üç grupta cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p=0,964$ ).

Katılımcılar medeni durum açısından incelendiğinde; OKB grubunun 24'ü (%57,1) evli, 18'i (%42,9) bekadır. Sağlıklı kontrollerin ise 20'si (%47,6) evli, 22'si (%52,4) bekadır. Kardeş grubunun ise 10'u evli (%38,5), 16'sı (%61,5) bekadır. Her üç grupta da medeni durum açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0,316$ ).

Katılımcılar yaşadığı yere göre değerlendirildiğinde OKB grubunun 2'si (%4,8) metropolde, 31'i (%73,8) il merkezinde, 8'i (%19'u) ilçe merkezinde, 1'i (%2,4) köyde yaşamaktadır. Kontrol grubunun 3'ü (%7,1) metropolde, 29'u (%69) il merkezinde, 9'u (%21,4) ilçe merkezinde, 1'i (%2,4) köyde yaşamaktadır. Kardeş grubunun ise 3'ü (%11,5), 20'si (%76,9) il merkezinde, 3'ü (%11,5) ilçe merkezinde yaşamaktadır. Bu üç grup arasında yaşadığı yer bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,848$ ).

Katılımcılar çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde OKB grubunun 9'u (%21,4) memur, 2'si (%4,8) işçi, 8'i (%19) ev kadını, 16'sı (%38,1) üniversite öğrencisi, 7'si (%16,6) çalışmamaktadır. Kontrol grubunda ise 10'u memur (%23,8), 3'ü işçi (%7,1), 6'sı (%14,3) ev kadını, 16'sı (%38,1) üniversite öğrencisi, 7'si (%16,6) çalışmamaktadır. Kardeş grubunun ise 16'sı (%61,5) memur, 4'ü (%15,4) ev kadını, 3'ü (%11,5) üniversite öğrencisi, 3'ü (%11,5) çalışmamaktadır. Her üç grup arasında çalışma durumları incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,056$ ).

Her iki grup ek sistemik hastalık açısından incelendiğinde OKB grubundan 7 (%16) katılımcıda ek sistemik hastalık bulunmaktadır. Kontrol ve kardeş grubunda ise hiçbir katılımcıda ek hastalık belirtilmemiştir.

Gelir düzeyi açısından gruplar incelendiğinde; hastaların 25'i (%59,5) 1500 tl ve altı, 10'u (%23,8) 1500-3000 tl, 7'si (%16,7) 3000 tl ve üzeri gelire sahipken; kontrol grubunun 23'ü (%54,8) 1500 tl ve altı, 11'i (%26,6) 1500-3000 tl, 8'i (%19) 3000 tl ve üzeri aylık gelire sahiptir. Kardeş grubunun ise 10'u (%35,5) 1500 tl ve altı, 4'ü (%15,4) 1500-3000 tl, 12'si (%46,2) 3000 tl ve yukarısı gelire sahiptir. Bu üç grup arasında gelir dağılımı aralıkları açısından istatistiksel bir inceleme yapıldığında aralarında anlamlı bir farklılık yoktur (p=0,067).

**Tablo 1.** Tüm Katılımcıların Cinsiyet, Medeni Durum, Yaşadığı Yer, Çalışma Durumu, Gelir Düzeyi, Ek Hastalık Açısından Karşılaştırılması

		Grup			P
		OKB n(%)	Kardeş n(%)	Sağlıklı Kontrol	
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	19(45,2)	11(42,3)	18(42,9)	0,964
	Kadın	23(54,8)	15(57,7)	24(57,1)	
<b>Medeni Durum</b>	Evli	24(57,1)	10(38,5)	20(47,6)	0,316
	Bekar	18(42,9)	16(61,5)	22(52,4)	
<b>Yaşadığı yer</b>	Metropol	2(4,8)	3(11,5)	3(7,1)	0,848
	İl merkezi	31(73,8)	20(76,9)	29(69)	
	İlçe Merkezi	8(19)	3(11,5)	9(21,4)	
	Köy-kasaba	1(2,4)	-	1(2,4)	
<b>Çalışma durumu</b>	Memur	9(21,4)	16(61,5)	10(23,8)	0,056
	İşçi	2(4,8)	-	3(7,1)	
	Ev kadını	8(19)	4(15,4)	6(14,3)	
	Üniversite öğrencisi	16(38,1)	3(11,5)	16(38,1)	
	Çalışmayan	7(16,6)	3(11,5)	7(16,6)	
<b>Ek hastalık</b>	Yok	35(84)	16(100)	42(100)	
	Var	7(16)	-	-	
<b>Gelir düzeyi</b>	1500 TL ve altı	25(59,5)	10(35,5)	23(54,8)	0,067
	1500-3000 TL	10(23,8)	4(15,4)	11(26,6)	
	3000 TL ve üstü	7(16,7)	12(46,2)	8(19)	

Katılımcılardan OKB grubunun yaş ortalaması 29,33±9,586; sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması 29,60±9,339; kardeş grubunun 29,35±6,916'dır. Gruplar arasında yaş açısından incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark mevcut değildir (p= 0,788).



Katılımcılar eğitim yılı açısından karşılaştırıldığında OKB grubunun eğitim yılı ortalama  $12,29 \pm 3,990$  (min:5 max: 19); kontrol grubunun eğitim yılı ortalama  $11,90 \pm 3,875$  (min:8 max: 16); kardeş grubunun eğitim yılı ortalama  $14,35 \pm 3,440$ 'tır. Bu üç grup eğitim yılı açısından aralarında istatistiksel olarak karşılaştırıldığında aralarında anlamlı derecede farklılıklar vardır ( $p=0,005$ ). Eğitim yılı açısından OKB grubu ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık yoktur ( $p=1,00$ ). Ancak OKB grubu ile kardeş grubu ( $p=0,021$ ) ve sağlıklı kontrol grubu ile kardeş grubu ( $p= 0,006$ ) karşılaştırıldığında aralarında anlamlı derecede farklılık vardır.

**Tablo 2.** Katılımcıların Yaş ve Eğitim Yılı Açısından Birbirleri İle Karşılaştırılması

	<b>OKB</b> (Min-max) $\pm$ ss	<b>Kardeş</b> (Min-max) $\pm$ ss	<b>Sağlıklı kontrol</b> (Min-max) $\pm$ ss	<b>P</b>
<b>Yaş</b>	(18-55) $29,33 \pm 9,586$	(18-41) $29,35 \pm 6,916$	(19-53) $29,60 \pm 9,339$	0,788
<b>Eğitim yılı</b>	(5-19) $12,29 \pm 3,990$	(8-16) $14,35 \pm 3,440$	(5-18) $11,90 \pm 3,875$	0,005

OKB grubu otojen ve raktif olarak iki gruba ayrıldığında, iki grup arasında eğitim yılı ve gelir düzeyi açısından yapılan karşılaştırmalara göre de, iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

**Tablo 3.** Otojen ve Reaktif Obsesyon Gruplarının Eğitim Yılı ve Ortalama Gelir Düzeyi Açısında Karşılaştırılması

	<b>Otojen</b>	<b>Reaktif</b>	<b>P</b>
<b>Eğitim Yılı</b>	12,33	12,03	0,589
<b>Ortalama Gelir</b>	1,89	1,53	0,279

Yapılan incelemelere göre üç grup arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, gelir düzeyi açısından anlamlı bir farklılık yoktur. Ek sistemik hastalık ve eğitim yılı konularında ise hasta ve sağlıklı kontrol grubunda bir farklılık yokken, kardeş grubunun diğer iki gruba arasında farklılık olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.** Tüm Katılımcıların Eğitim Yıllarının Kendi Aralarında Karşılaştırılması

Grup	Eğitim Yılı	P
OKB-Kontrol	12,29±3,990- 11,90±3,875	1,00
OKB-Kardeş	12,29±3,990- 14,35±3,440	0,021
Kontrol-Kardeş	11,90±3,875- 14,35±3,440	0,006

#### 4.2. Klinik Özellikler

OKB grubu içinde belirtilerin başlama yaşı ortalama 22,21±7,090'dır (min:10, max:40). Belirtilerin başlangıcından itibaren geçen süre ortalama 9,55±6,733 yıldır (min:1, max:25).

Hastaların hayatlarında ilk defa tedavi almaya başladıkları zamandan başlayarak günümüze kadar geçen süreler incelendiğinde ise ortalama süre 6,49±5,70 yıldır (min:0, max:20). Hastalık süresi ortalama 7,14±6,916 yıldır (min:1, max:35 yıldır). Çalışmamızdaki 42 hastadan 8'i ilk defa doktora başvurmuş olup, ilk başvuru esnasında çalışmaya dahil edilmiştir. 6 kişi ise daha önceden birçok tedavi almasına rağmen tedavilerini bırakmış ve uzun süre tedavi kullanmayarak tarafımıza yeniden başvurmuştur. Takibimizde olan 28 hastanın ise en son almakta olduğu tedavilerle ilgili yapılan incelemelerde en son tedavi şemasını kullanmakta oldukları dozlarını kullanma süresinin ortalama 6,14 ay olduğu görülmektedir.

Daha önceden tedavi alan hastaların 16'sı fluoksetin ortalama 47,5mg, 5'i essitalopram ortalama 14mg, 3'ü sertralin ortalama 66,6mg, 2'si paroksetin ortalama 50mg, 1'i, venlafaksin ortalama 300mg, 3'ü klomipramin ortalama 150mg şeklinde antidepresan ilaçlar kullanmaktadırlar. Hastaların 4'ü aripiprazol ortalama 10,62mg; 3'ü risperidon ortalama 0,66mg; 3'ü olanzapin ortalama 4,16mg şeklinde antipsikotik ilaçlar kullanmaktadırlar.

Çalışmamızdaki hastalar antidepresan ve antipsikotik dışı ilaç kullanmamaktadırlar. Hastalar çalışmaya alındıkları sırada önceden tedavi kullanmakta olan 28 hastanın 18'i antidepresan ve antipsikotik ilaçları birlikte kullanırken, 10'u sadece antidepresan ilaçları kullanmaktadırlar. Tek ilaç kullanan hastaların en fazla fluoksetin (9) kullandığı görülmektedir. Kombinasyon tedavilerinde en fazla tercih edilen kombinasyonlar ise 3'er hasta ile fluoksetin ve aripiprazol ile fluoksetin ve olanzapin kombinasyonlarıdır.

Tüm OKB grubu belirti içerikleri açısından incelendiğinde bulaş obsesyonu n= 27 (%64.3), saldırganlık obsesyonu n= 7 (%16.7), cinsel-dini obsesyonlar n= 8 (%19), simetri-sıralama-sayma obsesyonu n=15 (%35.7), somatik obsesyonlar n= 7 (%16.7), istifleme obsesyonu n=2 (%4.8) katılımcıda mevcuttur. Hastalar otojen ve reaktif olarak gruplandırıldığında ise; 9 hasta otojen, 30 hasta reaktif OKB olarak ayrılmış olup, 3 hastada birincil obsesyonun reaktif mi otojen mi olduğunu karar verilemediğinden çalışma dışı bırakılmıştır.

**Tablo 5.** OKB Belirti Boyutlarının Sıklığı

Belirti boyutu	Bulaş	Saldırganlık	Cinsel-Dini	Simetri-sıralama-sayma	somatik	İstifleme
Sıklık-kişi sayısı	27	7	8	15	7	2
Sıklık-yüzdesi	%64,3	%16,7	%19	%35,7	%16,7	%4,8

OKB grubu otojen ve reaktif obsesyonlar olarak gruplandırıldığında, şikayetleri başladığı sırada reaktif grubun yaş ortalaması  $22,23 \pm 7,021$ ; otojen grubun ise  $25,11 \pm 6,071$ 'dir. Şikayetlerin başlamasından doktora başvurana kadar geçen süreler ise reaktif grupta  $7,07 \pm 7,129$ ; otojen grupta ise  $7,11 \pm 7,474$ 'tür. Hastalık başlangıç yaşı ve doktora başvurana kadar geçen süreler açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

**Tablo 6.** Otojen ve Reaktif Gruplar Arasında Hastalık Başlangıç Yaşı ve Hastalık Süresi

	Otojen grup ± ss	Reaktif grup ± ss	P değeri
Hastalık Başlangıç Yaşı	$25,11 \pm 6,071$	$22,23 \pm 7,021$	0,275
Hastalık Süresi	$7,11 \pm 7,474$	$7,07 \pm 7,129$	0,946

Sadece bulaş obsesyonu ve ilişkili kompulsiyonu olanlar 10 kişi (%24), sadece saldırganlık obsesyonu olanlar 4 kişi (%10), sadece cinsel-dini obsesyonlar olanlar 4 kişi (%10), sadece simetri-sıralama-sayma obsesyonu olanlar 3 kişi (%8), sadece somatik obsesyonu olanlar 2 kişi (%5), sadece istifleme obsesyonu olanlar 1 (%2) kişidir. Buna göre hastaların 24'ünde (%57)'sinde sadece tek bir obsesyon olduğu saptanmıştır.

İki belirti boyutu olan hastalar; bulaş ve simetri-sıralama-sayma obsesyonu olanlar 8 kişi (%19), bulaş ve somatik obsesyonu olanlar 4 kişi (%10), cinsel-dini ve somatik obsesyonu olanlar 1 kişi (%2)'dir. Buna göre hastalarda sadece iki belirti boyutu olanlar 13 kişi (%31)'dir.

Üç belirti boyutu olan hastalar; bulaş, saldırganlık, simetri-sıralama-sayma obsesyonu olanlar 1 (%2) kişi; bulaş, simetri-sıralama-sayma, istifleme obsesyonu olanlar 1 kişi (%2); bulaş, saldırganlık, cinsel-dini obsesyonu olanlar 1 kişi (%2); bulaş, cinsel-dini, simetri-sıralama-sayma obsesyonu olanlar 1 kişidir (%2). Buna göre üç belirti boyutu olan hastalar 4 kişidir (Yaklaşık %10).

Dört belirti boyutu olan hastalar; bulaş, saldırganlık, cinsel-dini, simetri-sıralama-sayma obsesyonu olan 1 kişi (%2)'dir.

**Tablo 7.** OKB Grubu Belirti Boyutlarının Dağılımı

Belirti Sayısı	Belirti boyutu	Sıklık
<b>Sadece bir boyut- 24 kişi (%57)</b>	Bulaş	10 kişi (%24)
	Saldırganlık	4 kişi (%10)
	Cinsel-Dini	4 kişi (%10)
	Simetri-sıralama-sayma	3 kişi (%8)
	Somatik	2 kişi (%5)
	İstifleme	1 kişi (%2)
<b>Sadece iki boyut- 13 kişi (%31)</b>	bulaş ve simetri-sıralama-sayma	8 kişi (%19)
	bulaş ve somatik	4 kişi (%10)
	cinsel-dini ve somatik	1 kişi (%2)
<b>Sadece üç boyut- 4 kişi (%10)</b>	bulaş, saldırganlık, simetri-sıralama-sayma	1 kişi (%2)
	bulaş, simetri-sıralama-sayma, istifleme	1 kişi (%2)
	bulaş, saldırganlık, cinsel-dini	1 kişi (%2)
	bulaş, cinsel-dini, simetri-sıralama-sayma	1 kişi (%2)
<b>Sadece dört boyut- 1 kişi (%2)</b>	bulaş, saldırganlık, cinsel-dini, simetri-sıralama-sayma	1 kişi (%2)

Katılımcılar ailede psikiyatrik hastalık öykü açısından değerlendirildiğinde, OKB grubunda ailesinde psikiyatrik hastalık olmayan 20 kişi (%47), psikiyatrik hastalık olan 22 kişi (%53)'dir. Ailesinde psikiyatrik hastalık olanların ise; ailesinde OKB olan 6 kişi (%14), depresif bozukluk olan 8 kişi (%19), anksiyete bozuklukları olan 5 kişi (%12), şizofreni ve şizofreni açılımı kapsamında giden psikotik

bozukluklardan 2 kişi (%4), DEHB'si olan 1 (%2) kişi bildirilmiştir. Kontrol grubunda ailesinde psikiyatrik hastalık olmayan kişi sayısı 38 kişi (%90), psikiyatrik hastalık olan 4 kişi (%10)'dur. Ailesinde psikiyatrik hastalık olanların ailesinde OKB'si olan 1 kişi (%2), depresif bozukluk olan 3 kişi (%7), anksiyete bozuklukları olan 1 kişi (%2) bildirilmiştir. Buna göre bu iki grup ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yönünden karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılıklar olduğu görülmektedir (p=0,00).

Otojen ve reaktif gruplar ailede psikiyatrik hastalık açısından değerlendirildiğinde; aile öyküsü olanlar reaktif grupta %60, reaktif grupta ile öyküsü olmayanlar %40'tır. Otojen grupta ise aile öyküsü olanlar %44, aile öyküsü olmayanlar ise %56'dır. Otojen grupta %22,2 ile OKB ve %22,2 ile şizofreni ve şizofreni benzeri psikotik bozukluklar reaktif gruba göre daha çok görülürken, reaktif grupta da %26,7 ile depresyon, %16,7 ile anksiyete bozuklukları, %3,3 ile de DEHB daha sık olarak görülmüştür.

**Tablo 8.** Otojen ve Reaktif Grupta Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

	Aile Öyküsü yok	Aile Öyküsü Var				
		Ailede OKB	Ailede depresyon	Ailede anksiyete	Ailede psikoz	Ailede DEHB
Otojen grubu-9	5-%56	2- %22,2	0	0	2-%22,2	0
Reaktif grubu-30	12-%40	4- %13,3	8-%26,7	5- %16,7	0	1-%3,3

**Tablo 9.** OKB ve Kontrol Grubunun Ailesindeki Psikiyatrik Hastalıkların Dağılımı

	Aile Öyküsü Yok	Aile Öyküsü Var					p
		Ailede OKB	Ailede depresyon	Ailede anksiyete	Ailede psikoz	Ailede DEHB	
OKB grubu	20-%47	6-%14	8-%19	5-%12	2-%4	1-%2	
Kontrol grubu	38-%90	1-%2	3-%7	1-%2	-	-	0,00

Obsesyon ve ilişkili kompulsiyon alt tiplerinin ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilgili yapılan incelemede bulaş temizlik obsesyonu ve ilişkili kompulsiyonu olanların 4'ünde (%14,8) OKB, 1'i (%3,7) DEHB, 7'si (%25,9) depresif bozukluk, 5'inde (%18,5), anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir. Saldırganlık obsesyonu ve ilişkili kompulsiyonları olanların 1'inde (%14,3) anksiyete bozuklukları, 1'inde (%14,3) de şizofreni ve şizofreni açılımı kapsamında giden psikotik bozukluklar olduğu bildirilmiştir. Cinsel- dini obsesyonu ve ilişkili kompulsiyonu olanların 2'sinde OKB (%25), 1'inde (%12,5) de şizofreni ve şizofreni açılımı kapsamında giden psikotik bozukluklar olduğu bildirilmiştir. Simetri-sıralama-sayma- düzenleme obsesyonu ve ilişkili kompulsiyonu olanların 1'inde (%6,7), OKB, 1'inde DEHB (%6,7), 3'ünde (%20) depresif bozukluk, 2'sinde (%13,3) anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir. Somatik obsesyonu olanların 2'sinde (%28,6) OKB, 2'sinde (%28,6) depresif bozukluk, 1'inde (%14,3) anksiyete bozuklukları olduğu bildirilmiştir. İstifleme obsesyonu olanların 1'inin (%50) ailesinde de depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir.

**Tablo 10.** Belirti Boyutlarının Tiplerine Göre Aile Öyküsü Sıklığı

Belirti Boyutu ve sayısı	Belirti Boyutunda Kişi Sayısı ve Yüzdesi						
	Ailede Yok n (%)	Ailede Var n (%)	Ailede OKB n (%)	Ailede depresyon n (%)	Ailede anksiyete n (%)	Ailede psikoz n (%)	Ailede DEHB n (%)
Bulaş-27	9(33)	18(67)	4(14,8)	7(25,9)	5(18,5)	1(14,3)	1(3,7)
Saldırganlık-7	5(71,4)	2(28,6)	-	-	1(14,3)	1(14,3)	-
Cinsel-Dini-8	5(62,5)	3(37,5)	2(25)	-	-	1(12,5)	-
Simetri-sıralama-sayma-15	8(53)	7(47)	1(6,7)	3(20)	2(13,3)	-	1(6,7)
Somatik-7	2(28,6)	5(71,4)	2(28,6)	2(28,6)	1(14,3)	-	-
İstifleme-2	1(50)	1(50)	-	1(50)	-	-	-

**Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon ölçeği (YBOKÖ):** puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda  $0.85 \pm 0.996$  (min:0 max:5), OKB grubunda  $15.69 \pm 3.383$  (min:7 max:20), kardeş grubunda sıfırdır (0). Her üç grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur ( $p < 0.001$ ).

**Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ):** BDÖ puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda  $3.67\pm 4.276$  (min:0 max:12) OKB grubunda  $3.47\pm 7.025$  dir (min:0 max:14), kardeş grubunda  $1.68\pm 7.168$ 'dir (min:0 max:8). Her üç grupta da hiç bir katılımcı ölçek puanına göre depresif bozukluk tanısı almamıştır.

**Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3:** Young şema ölçeğinin 14 alt tipi ve bunlara bağlı oluşturulan 5 şema alanı; OKB grubu, sağlıklı kontrol ve OKB hastalarının kardeşlerinden oluşan 3 grup arasında karşılaştırılmıştır.

Duygusal yoksunluk şeması ortalama puanı OKB grubunda  $10,33\pm 6,206$ ; kontrol grubunda  $7,55\pm 3,820$ ; kardeş grubunda  $8,88\pm 4,131$ ;

Başarısızlık şeması ortalama puanı OKB grubunda  $16.10\pm 8.936$ ; kontrol grubunda  $9.52\pm 4.779$ ; kardeş grubunda  $12,23\pm 5,354$ ;

Karamsarlık şeması ortalama puanı OKB grubunda  $16,33\pm 9,100$ ; kontrol grubunda  $9,55\pm 5,086$ ; kardeş grubunda  $10,27\pm 4,780$ ;

Sosyal izolasyon/Yabancılaşma şeması ortalama puanı OKB grubunda  $18,93\pm 10,419$ ; kontrol grubunda  $13,36\pm 6,180$ ; kardeş grubunda  $14,88\pm 4,190$ ;

Duyguları bastırma şeması ortalama puanı OKB grubunda  $11,40\pm 6,045$ ; kontrol grubunda  $9,52\pm 4,723$ ; kardeş grubunda  $9,38\pm 4,080$ ;

Onay arayıcılık şeması ortalama puanı OKB grubunda  $19,71\pm 74,88$ ; kontrol grubunda  $16,10\pm 58,84$ ; kardeş grubunda  $19,19\pm 17,50$ ;

İç içe geçme bağımlılık şeması ortalama puan OKB grubunda  $20,00\pm 12,085$ ; kontrol grubunda  $11,69\pm 38,16$ ; kardeş grubunda  $16,12\pm 5,645$ ;

Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim şeması ortalama puanı OKB grubunda  $22,24\pm 9,252$ ; kontrol grubunda  $19,21\pm 6,898$ ; kardeş grubunda  $19,54\pm 5,907$ ;

Kendini feda şeması ortalama puanı OKB grubunda  $13,19\pm 6,078$ ; kontrol grubunda  $12,69\pm 5,506$ ; kardeş grubunda  $12,96\pm 3,955$ ;

Terk edilme şeması ortalama puanı OKB grubunda  $10,02\pm 5,261$ ; kontrol grubunda  $6,24\pm 1,910$ ; kardeş grubunda  $8,35\pm 4,578$ ;

Cezalandırılma şeması ortalama puanı OKB grubunda  $21,14\pm 7,472$ ; kontrol grubunda  $16,21\pm 6,572$ ; kardeş grubunda  $18,88\pm 4,293$ ;

Kusurluluk/utanç şeması ortalama puanı OKB grubunda  $12,88\pm 6,716$ ; kontrol grubunda  $7,26\pm 2,509$ ; kardeş grubunda  $8,81\pm 4,622$ ;

Hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şeması ortalama puanı OKB grubunda 12,67±7,666; kontrol grubunda 9,19±4,490; kardeş grubunda 9,85±3,926;

Yüksek standartlar şeması ortalama puanı OKB grubunda 9,05±4,808; kontrol grubunda 7,48±3,824; kardeş grubunda 7,96±2,569 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 11.** Gruplar Arasında Şema Boyutları Puan Farklarının Değerlendirilmesi

Şema	Puan			P
	OKB	Kontrol	Kardeş	
Duygusal yoksunluk	10,33±6,206	7,55±3,820	8,88±4,131	0,064
Başarısızlık	16,10±8,936	9,52±4,779	12,23±5,354	<b>0,000</b>
Karamsarlık	16,33±9,100	9,55±5,086	10,27±4,780	<b>0,000</b>
Sosyal izolasyon/Yabancılaşma	18,93±10,419	13,36±6,180	14,88±4,190	<b>0,029</b>
Duyguları bastırma	11,40±6,045	9,52±4,723	9,38±4,080	0,219
Onay arayıcılık	19,71±74,88	16,10±58,84	19,19±17,50	<b>0,030</b>
İç içe geçme bağımlılık	20,00±12,085	11,69±38,16	16,12±5,645	<b>0,000</b>
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim	22,24±9,252	19,21±6,898	19,54±5,907	0,372
Kendini feda	13,19±6,078	12,69±5,506	12,96±3,955	0,906
Terk edilme	10,02±5,261	6,24±1,910	8,35±4,578	<b>0,001</b>
Cezalandırılma	21,14±7,472	16,21±6,572	18,88±4,293	<b>0,008</b>
Kusurluluk/utanç	12,88±6,716	7,26±2,509	8,81±4,622	<b>0,000</b>
Tehditler karşısında dayanıksızlık	12,67±7,666	9,19±4,490	9,85±3,926	0,128
Yüksek standartlar	9,05±4,808	7,48±3,824	7,96±2,569	0,331

Şema alanları ile ilgili yapılan hesaplamalarda ise;

Zedelenmiş otonomi şema alanı ortalama puanı OKB grubunda 75,55±34,509; kontrol grubunda 45,83±14,980; kardeş grubunda ise 57,58±17,759;

Kopukluk şema alanı ortalama puanı OKB grubunda 53,02±24,479; kontrol grubunda 37,74±12,482; kardeş grubu 41,96±12,742;

Yüksek standartlar şema alanı ortalama puanı OKB grubunda 28,71±9,605; kontrol grubunda 23,64±8,714; kardeş grubunda 27,15±6,497;

Zedelenmiş sınırlar şema alanı ortalama puanı OKB grubunda 22,24±9,252; kontrol grubunda 19,45±6,797; kardeş grubunda 19,54±5,907;



Diğerleri yönelimlilik şema alanı ortalama puanı OKB grubunda 34,43±10,926; kontrol grubunda 28,90±10,255; kardeş grubunda 31,92±6,554'tür.

**Tablo 12.** Gruplar Arasında Şema Alanları Puan Farklarının Değerlendirilmesi

Şema	Puan			P
	OKB	Kontrol	Kardeş	
Zedelenmiş otonomi	75,55±34,509	45,83±14,980	57,58±17,759	<b>0,000</b>
Kopukluk	53,02±24,479	37,74±12,482	41,96±12,742	<b>0,010</b>
Yüksek standartlar	28,71±9,605	23,64±8,714	27,15±6,497	<b>0,032</b>
Zedelenmiş sınırlar	22,24±9,252	19,45±6,797	19,54±5,907	0,426
Diğerleri yönelimlilik	34,43±10,926	28,90±10,255	31,92±6,554	0,059

Her bir şemanın gruplar arasında karşılaştırılması ile elde edilen sonuçlar ise şöyledir; Gruplar arasında duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, kendini feda, tehditler karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar şemalarında farklılık bulunmamıştır. Ancak başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/yabancılaşıma, onay arayıcılık, iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, cezalandırılma, kusurluluk/utanç şemalarında farklılıklar olduğu hesaplanmıştır.

Başarısızlık şeması puanları istatistiksel olarak incelendiğinde kontrol ve kardeş (p=0,31) ile kardeş ve hasta (p=0,168) grupları arasında anlamlı bir fark yokken hasta ve kontrol grubu (p=0,000) anlamlı derecede farklı olduğu görülmüştür.

Karamsarlık şeması puanları istatistiksel olarak incelendiğinde kontrol ve kardeş grupları arasında fark bulunmazken (p=0,474); hasta ve kardeş (p=0,010) ile hasta ve kontrol (p=0,000) grupları arasında anlamlı derecede farklılık olduğu görülmüştür.

Sosyal izolasyon/yabancılaşıma şeması puanları istatistiksel olarak incelendiğinde kontrol ve kardeş (p=0,125) ile kardeş ve hasta (0,448) grupları arasında fark bulunmazken hasta ve kontrol grupları (p=0,009) arasında anlamlı derecede farklılık olduğu görülmüştür.

Onay arayıcılık şeması puanları istatistiksel olarak incelendiğinde kontrol ve hasta (p=0,020), kontrol ve kardeş (p=0,31), hasta ve kardeş (0,903) arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

İç içe geçme/bağımlılık şeması puanları istatistiksel olarak incelendiğinde kardeş ve hasta grupları ( $p=0,811$ ) arasında bir fark bulunmazken, hasta ve kontrol ( $p=0,000$ ) ve kardeş ile kontrol ( $p=0,001$ ) arasında anlamlı derecede farklılık olduğu görülmüştür.

Terk edilme şeması puanları istatistiksel olarak incelendiğinde kardeş ve hasta arasında ( $p=0,464$ ) bir fark bulunmazken, hasta ve kontrol ( $p=0,00$ ) ile kardeş ve kontrol ( $p=0,015$ ) anlamlı derecede farklılık olduğu bulunmuştur.

Cezalandırılma şeması puanları istatistiksel olarak incelendiğinde kontrol ve kardeş ( $p=0,65$ ) ile hasta ve kardeş ( $p=0,397$ ) grupları arasında bir fark bulunmazken, kontrol ve hasta ( $p=0,002$ ) grupları arasında anlamlı derecede farklılıklar olduğu bulunmuştur.

Kusurluluk/utanç şeması puanları istatistiksel olarak incelendiğinde kontrol ve kardeş ( $p=0,079$ ) grupları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, hasta ve kontrol ( $p=0,00$ ) ile hasta ve kardeş ( $p=0,013$ ) grupları arasında anlamlı derecede farklılıklar olduğu bulunmuştur.

Gruplar arasında anlamlı farkı olan şema boyutlarının yapılan güç analizleri;

Hastalar ile kontrol grupları arasında şema boyutları açısından; başarısızlık (Power = 99.91%), karamsarlık (Power = 99.28%), sosyal izolasyon/yabancılaşma (Power = 79.35%), iç içe geçme/bağımlılık (Power = 99.71%), terk edilme (Power = 99.91%), cezalandırılma (Power = 94%), kusurluluk/utanç (Power = 99.92%)

Hastalar ile kardeş grupları arasında şema boyutları açısından; karamsarlık Power = 96.42%,

Kontrol ile kardeş grupları arasında şema boyutları açısından; iç içe geçme/bağımlılık (Power = 99.6%), terk edilme (Power = 70.6%)'dir.

**Tablo 13.** Gruplar Arasında Puanları Bakımından Anlamlı Farkı Olan Şema Boyutları

	Karşılaştırılan gruplar		
	Hasta-kontrol P değeri	Hasta-kardeş P değeri	Kontrol-Kardeş P değeri
Şema	<b>0,000</b>	0,168	0,31
Başarısızlık	<b>0,000</b>	<b>0,010</b>	0,474
Karamsarlık	<b>0,009</b>	0,448	0,125
Sosyal izolasyon/yabancılaşma	<b>0,020</b>	0,903	<b>0,031</b>
Onay arayıcılık	<b>0,000</b>	0,811	<b>0,001</b>
İç içe geçme/bağımlılık	<b>0,000</b>	0,464	<b>0,015</b>
Terk edilme	<b>0,002</b>	0,397	0,65
Cezalandırılma	<b>0,000</b>	<b>0,013</b>	0,079
Kusurluluk/utanç			

Gruplar şema alanları açısından incelendiğinde; zedelenmiş sınırlar ve diğerleri yönelimlilik şema alanlarında aralarında anlamlı bir farklılık yokken, zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar şema alanlarında gruplar arasında bazı farklılıklar olduğu görülmüştür.

Şema alanlarının aralarında anlamlı farklılık olan alanlarda üç grupta yapılan karşılaştırmalarında; zedelenmiş otonomi şema alanında kardeş ve hasta ( $p=0,079$ ) grubu arasında fark bulunmazken, hasta ve kontrol ( $p=0,00$ ) ile kardeş ve kontrol ( $p=0,016$ ) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılıklar olduğu görülmüştür.

Kopukluk şema alanında kontrol ve kardeş ( $p=0,175$ ) grubu ile kardeş ve hasta ( $p=0,191$ ) grubu arasında fark yokken, kontrol ve hasta ( $p=0,002$ ) grubu arasında anlamlı derecede farklılıklar bulunmuştur.

Yüksek standartlar şema alanında kardeş ve kontrol ( $p=0,93$ ) ile kardeş ve hasta ( $p=0,589$ ) grupları arasında fark bulunmazken, hasta ve kontrol ( $p=0,011$ ) grupları arasında anlamlı derecede farklılıklar bulunmuştur.

**Tablo 14.** Gruplar Arasında Puanları Bakımından Anlamlı Farkı Olan Şema Alanları

Şema Alanları	Karşılaştırılan gruplar		
	Hasta-kontrol P değeri	Hasta-kardeş P değeri	Kontrol-Kardeş P değeri
Zedelenmiş Otonomi	<b>0,000</b>	0,079	<b>0,016</b>
Kopukluk	<b>0,002</b>	0,191	0,175
Yüksek standartlar	<b>0,011</b>	0,589	0,93

Gruplar arasında anlamlı farkı olan şema alanlarının yapılan güç analizleri;

Hasta grubu kontrol grupları şema alanları açısından; zedelenmiş otonomi (Power = 99.96%), kopukluk (Power = 97.16%), yüksek standartlar şema alanlarının (Power = 76.77%)

Kardeş ve kontrol grubu şema alanları kıyaslandığında; zedelenmiş otonomi (Power = 85.56%)'dır.

Çalışmamızdaki OKB grubunda hastaların bir kısmı tedavi altındaydı ve tedavi altında olanlar ile olmayanların oluşturduğu hasta grubunun, diğer gruplarla karşılaştırmaları yapıldı. En az 3 aydır herhangi bir tedavi almamış veya ilk defa psikiyatriye başvuran OKB hasta sayısı 11 (%26,19)'dir. Bu tedavi almayan OKB grubu ile, kardeş ve kontrol grupları arasında üçlü karşılaştırmalar yapılmıştır. Sonuçlar tüm OKB hastalarının olduğu grubun sağlıklı kontrol ve kardeşleri ile yapılan karşılaştırmaları ile benzer bulunmuştur. Tedavisiz OKB grubu ile tüm OKB'lilerin diğer iki grupta yapılan karşılaştırmalarından farklı olarak, tedavisiz OKB grubunda, fazladan yüksek standartlar şemasında da anlamlı fark bulunmuştur. Diğer şema boyutlarında ise tüm OKB'liler ile tedavi almayan OKB'liler arasında fark yoktur. Anlamlı farkı olan şemalardan ise; tüm OKB'lilerde kardeşlerden kusurluluk/utanç şema boyutu baskın olarak hesaplanmışken; tedavi almayan OKB'lilerde ise kardeşlerden farklı olmadığı hesaplanmıştır.

**Tablo 15.** Tedavisiz OKB Grubu ile Diğer Grupların Şema Boyutlarının Karşılaştırılması

Şema	Puan			P değeri
	OKB	Kontrol	Kardeş	
Duygusal yoksunluk	8,64±3,749	7,55±3,820	8,88±4,131	0,153
Başarısızlık	18,00±9,487	9,52±4,779	12,23±5,354	<b>0,003</b>
Karamsarlık	20,82±6,969	9,55±5,086	10,27±4,780	<b>0,000</b>
Sosyal izolasyon/Yabancılaşma	22,09±10,300	13,36±6,180	14,88±4,190	<b>0,005</b>
Duyguları bastırma	11,27±5,798	9,52±4,723	9,38±4,080	0,540
Onay arayıcılık	22,82±7,613	16,10±58,84	19,19±17,50	<b>0,007</b>
İç içe geçme bağımlılık	21,09±12,526	11,69±38,16	16,12±5,645	<b>0,001</b>
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim	23,00±10,900	19,21±6,898	19,54±5,907	0,777
Kendini feda	12,27±4,541	12,69±5,506	12,96±3,955	0,922
Terk edilme	11,09±5,147	6,24±1,910	8,35±4,578	<b>0,000</b>
Cezalandırılma	24,36±7,500	16,21±6,572	18,88±4,293	<b>0,002</b>
Kusurluluk/utanç	15,09±8,166	7,26±2,509	8,81±4,622	<b>0,001</b>
Tehditler karşısında dayanaksızlık	13,73±8,867	9,19±4,490	9,85±3,926	0,215
Yüksek standartlar	11,09±4,989	7,48±3,824	7,96±2,569	<b>0,034</b>

**Tablo 16.** Tedavisiz OKB Grubunun Diğer Gruplar İle Karşılaştırılması Sonucunda Puanları Bakımından Anlamlı Farkı Olan Şema Boyutları

Şema	Karşılaştırılan gruplar		
	Hasta-kontrol P değeri	Hasta-kardeş P değeri	Kontrol-Kardeş P değeri
Başarısızlık	<b>0,002</b>	0,028	0,147
Karamsarlık	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,485
Sosyal izolasyon/yanacılaşma	<b>0,002</b>	0,072	0,089
Onay arayıcılık	<b>0,005</b>	0,229	0,035
İç içe geçme/bağımlılık	<b>0,005</b>	0,729	<b>0,001</b>
Terk edilme	<b>0,000</b>	0,121	<b>0,010</b>
Cezalandırılma	<b>0,001</b>	0,77	0,52
Kusurluluk/utanç	<b>0,000</b>	0,046	0,059
Yüksek standartlar	<b>0,012</b>	0,153	0,176

Tedavisiz OKB grubunun sağlıklı kontrol ve kardeş grubu ile yapılan şema alanları karşılaştırmalarında ise, tüm OKB'lilerin dahil edildiği karşılaştırmalara göre fazladan diğerleri yönelimlilik şema alanında da anlamlı farklılıklar olduğu hesaplanmıştır. Bu farklılığın da hasta ve kontrol grupları arasında olduğu görülmüştür.

**Tablo 17.** Tedavisiz OKB Grubu ile Diğer Grupların Şema Alanlarının Karşılaştırılması

Şema	Puan			P değeri
	OKB	Kontrol	Kardeş	
Zedelenmiş otonomi	84,55±33,216	45,83±14,980	57,58±17,759	<b>0,000</b>
Kopukluk	56,91±23,969	37,74±12,482	41,96±12,742	<b>0,017</b>
Yüksek standartlar	33,91±10,931	23,64±8,714	27,15±6,497	<b>0,007</b>
Zedelenmiş sınırlar	23,00±10,900	19,45±6,797	19,54±5,907	0,801
Diğerleri yönelimlilik	37,55±10,709	28,90±10,255	31,92±6,554	<b>0,037</b>

**Tablo 18.** Tedavisiz OKB Grubunun Diğer Gruplar İle Karşılaştırılması Sonucunda Puanları Bakımından Anlamlı Farkı Olan Şema Alanları

Şema	Karşılaştırılan gruplar		
	Hasta-kontrol P değeri	Hasta-kardeş P değeri	Kontrol-Kardeş P değeri
Zedelenmiş Otonomi	<b>0,000</b>	0,043	<b>0,011</b>
Kopukluk	<b>0,006</b>	0,119	0,134
Yüksek standartlar	<b>0,002</b>	0,083	0,098
Diğerleri yönelimlilik	<b>0,014</b>	0,180	0,162

Obsesyon ve ilişkili kompulsyon alt türleri şemalar ve şema alanları açısından incelendiğinde; bulaş ve temizlik obsesyonları ile ilişkili kompulsyonlar, diğer alt tiplere göre cezalandırılma şemasından ( $p=0,012$ ) ve diğerleri yönelimlilik şema alanından ( $p=0,038$ ) anlamlı derecede daha az puan aldılar.

Simetri-sıralama-sayma-düzenleme obsesyon ve ilişkili kompulsyonları olanlar da, diğer obsesyon ve ilişkili kompulsyonu olanlardan, diğerleri yönelimlilik şema alanından anlamlı derecede daha az puan almıştır ( $p=0,038$ ).

Somatik obsesyon ve ilişkili kompulsiyonu olanların diğer alt türlerden göre yüksek standartlar şemasının daha baskın olduğu görülmüştür ( $p=0,24$ ).

Saldırganlık obsesyonu ve ilişkili kompulsiyonu olanların, diğerlerine göre diğerleri yönelimlilik şema alanının baskın olduğu görülmüştür ( $p=0,016$ ).

Obsesyon ve ilişkili kompulsiyon alt türlerinin diğerlerine göre şema boyutları ve şema alanlarının karşılaştırılmasında ile anlamlı farkı olanları yapılan güç analizi;

Bulaş obsesyonları ile diğer obsesyonların kıyaslamasında; cezalandırılma şema boyutu (Power = 79.89%), diğerleri yönelimlilik şema alanı (Power = 70%)'dir.

Simetri-sıralama-sayma-düzenleme obsesyonları ile diğer obsesyonların kıyaslamasında; diğerleri yönelimlilik şema alanı (Power = 77.18%),

Somatik obsesyonlar ile diğer obsesyonların kıyaslamasında; yüksek standartlar şema alanı (Power = 31.53%),

Saldırganlık obsesyonları ile diğer obsesyonların kıyaslamasında; diğerleri yönelimlilik şema alanı (Power = 77.36%)'dir.

**Tablo 19.** Obsesyon ve İlişkili Kompulsiyon Alt Türlerinin Diğerlerine Göre, Şemalar ve Şema Alanları Puanlarının Karşılaştırılması

OKB belirti boyutu	Şema (Farkı- p değeri)	Şema alanı (Farkı- p değeri)
Bulaş ve temizlik	Cezalandırılma (Daha az-0,012)	Diğerleri yönelimlilik (Daha az-0,038)
Simetri-sıralama-sayma- düzenleme		Diğerleri yönelimlilik (Daha az-0,038)
Somatik	Yüksek standartlar (Daha çok-0,24)	
Saldırganlık		Diğerleri yönelimlilik (Daha çok-0,016)

Otojen ve reaktif olarak ayrılan OKB grubu şema boyutları açısından kendi aralarında karşılaştırıldığında; başarısızlık ve cezalandırılma şema boyutlarında, otojen grubun reaktif gruba göre daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür.

Şema alanları açısından iki grup karşılaştırıldığında ise; diğerleri yönelimlilik şema alanının; yine otojen grubun reaktif gruba göre daha baskın olduğu görülmüştür.

Otojen ve reaktif grubun arasında yapılan karşılaştırmalarda anlamlı farkı olan şema boyutları ve şema alanlarının yapılan güç analizleri;

Otojen grupta reaktif gruba göre; başarısızlık (Power = 76.96%) ve cezalandırılma (Power = 99%) şema boyutları ile diğerleri yönelimlilik şema alanının (Power = 96.02%)'dir.

**Tablo 20.** Otojen ve Reaktif OKB Gruplarının Şema Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Şema Boyutu	Ortalama Puan		P değeri
	Otojen	Reaktif Reaktif	
Duygusal yoksunluk	12,11	9,87	0,101
<b>Başarısızlık</b>	<b>22,89</b>	<b>13,93</b>	<b>0,010</b>
Karamsarlık	17,89	15,07	0,394
Sosyal izolasyon/güvensizlik	19,56	17,60	0,559
Duyguları Bastırma	11,67	10,93	0,442
Onay arayıcılık	21,11	18,70	0,249
İç içe geçme/Bağımlılık	20,89	19,13	1,000
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim	22,56	21,47	0,281
Kendini Feda	16,22	12,50	0,088
Terk Edilme	9,67	9,73	0,799
<b>Cezalandırılma</b>	<b>27,56</b>	<b>18,93</b>	<b>0,003</b>
Kusurluluk	13,44	12,03	0,686
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	10,78	13,07	0,604
Yüksek Standartlar	10,67	8,70	0,291

**Tablo 21.** Otojen ve Reaktif OKB Gruplarının Şema Alanlarının Karşılaştırılması

Şema Alanı	Ortalama Puan		P değeri
	Otojen	Reaktif Reaktif	
Zedelenmiş otonomi	83,00	71,27	0,380
Kopukluk	56,56	49,77	0,462
Yüksek standartlar	31,78	27,33	0,221
Zedelenmiş sınırlar	22,56	21,47	0,762
<b>Diğerleri yönelimlilik</b>	<b>43,78</b>	<b>31,58</b>	<b>0,002</b>



OKB grubunda hastalık başlangıç yaşı konusunda erken başlangıçlı olanlar (18'den küçük) ve olmayanlar (18 ve üstü) şeklinde de iki gruba ayrılarak karşılaştırmalar yapılmıştır. Buna göre erken başlangıçlı OKB olan 9 kişi, erken başlangıçlı olmayan 30 kişi ile kıyaslanmıştır. Sonuç olarak erken başlangıçlı olanlar ve olmayanlar arasında şema boyutları arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

**Tablo 22.** Erken Başlangıçlı Olan ve Olmayan OKB'ler Arasında Şema Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Şema Boyutu	Ortalama Puan		P değeri
	18'den önce başlangıç	18 yaş ve üstü başlangıç	
Duygusal yoksunluk	15,61	21,32	0,181
Başarısızlık	13,83	21,85	0,064
Karamsarlık	16,06	21,18	0,236
Sosyal izolasyon/güvensizlik	14,72	21,58	0,113
Duyguları Bastırma	16,78	20,97	0,332
Onay arayıcılık	16,61	21,02	0,308
İç içe geçme/Bağımlılık	15,94	21,22	0,222
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim	21,17	19,65	0,726
Kendini Feda	15,83	21,25	0,209
Terk Edilme	13,94	21,82	0,065
Cezalandırılma	17,00	20,90	0,367
Kusurluluk	16,94	20,92	0,355
Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	14,44	21,67	0,094
Yüksek Standartlar	22,00	19,40	0,546

Erken başlangıçlı olan ve olmayan OKB'ler arasında şema alanlarının karşılaştırılmasında ise zedelenmiş otonomi şema alanının; 18 yaş ve üstü başlangıçlı OKB grubunda, erken başlangıçlı OKB grubuna göre anlamlı derecede daha baskın olduğu görülmüştür.

**Tablo 23.** Erken Başlangıçlı Olan ve Olmayan OKB’ler Arasında Şema Alanlarının Karşılaştırılması

Şema Alanı	Ortalama Puan		P değeri
	18’den önce başlangıç	Reaktif 18 yaş ve üstü başlangıç	
Zedelenmiş otonomi	52,67	80,37	<b>0,004</b>
Kopukluk	41,44	54,30	0,159
Yüksek standartlar	26,67	28,87	0,548
Zedelenmiş sınırlar	22,78	21,40	0,701
Diğerleri yönelimlilik	29,89	35,73	0,161

Otojen ve reaktif OKB grupları kardeş ve kontrol grubu ile ayrı ayrı karşılaştırıldığında; duygusal yoksunluk, başarısızlık, karamsarlık, bağımlılık/yetersizlik, terk edilme, cezalandırılma, kusurluluk şema boyutları arasında farklılıklar olduğu bulunmuştur.

**Tablo 24.** Otojen ve Reaktif OKB gruplarının, Kardeş ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması

	Grup	N	Mean Rank	P Değeri
duygusal yoksunluk	otojen	9	76,94	<b>0,030</b>
	reaktif	30	55,00	
	kardes	26	58,58	
	kontrol	42	45,54	
	Total	107		
başarısızlık	otojen	9	87,56	<b>0,000</b>
	reaktif	30	60,15	
	kardes	26	57,17	
	kontrol	42	40,45	
	Total	107		
karamsarlık	otojen	9	74,28	<b>0,005</b>
	reaktif	30	65,35	
	kardes	26	49,79	
	kontrol	42	44,15	
	Total	107		

Tablo 24'ün devamı

<b>sosyal izolasyon/yabancılaşma</b>	otojen	9	66,83	0,119
	reaktif	30	58,92	
	kardes	26	57,63	
	kontrol	42	45,49	
	Total	107		
<b>duyguları baskılama</b>	otojen	9	67,50	0,389
	reaktif	30	57,68	
	kardes	26	51,37	
	kontrol	42	50,11	
	Total	107		
<b>onay arayıcılık</b>	otojen	9	69,61	0,055
	reaktif	30	55,78	
	kardes	26	61,44	
	kontrol	42	44,77	
	Total	107		
<b>Bağımlılık/yetersizlik</b>	otojen	9	61,89	<b>0,001</b>
	reaktif	30	64,27	
	kardes	26	63,75	
	kontrol	42	38,94	
	Total	107		
<b>Ayrıcalıklılık/Yetersiz özdenetim</b>	otojen	9	60,00	0,773
	reaktif	30	57,52	
	kardes	26	51,85	
	kontrol	42	51,54	
	Total	107		
<b>Kendini feda</b>	otojen	9	71,33	0,306
	reaktif	30	49,65	
	kardes	26	55,69	
	kontrol	42	52,35	
	Total	107		
<b>Terk edilme</b>	otojen	9	66,39	<b>0,006</b>
	reaktif	30	63,10	
	kardes	26	59,75	
	kontrol	42	41,29	
	Total	107		

**Tablo 24'ün devamı**

<b>Cezalandırılma</b>	otojen	9	91,83	<b>0,000</b>
	reaktif	30	54,15	
	kardes	26	57,90	
	kontrol	42	43,37	
	Total	107		
<b>Kusurluluk</b>	otojen	9	72,67	<b>0,000</b>
	reaktif	30	68,50	
	kardes	26	53,27	
	kontrol	42	40,10	
	Total	107		
<b>Tehditler karşısında dayanıksızlık</b>	otojen	9	54,61	0,213
	reaktif	30	63,02	
	kardes	26	54,04	
	kontrol	42	47,40	
	Total	107		
<b>Yüksek standartlar</b>	otojen	9	72,17	0,192
	reaktif	30	53,98	
	kardes	26	56,83	
	kontrol	42	48,37	
	Total	107		

OKB grubunu otojen ve reaktif olarak ikiye ayırarak kardeş ve sağlıklı kontrol grupları ile yapılan kıyaslamalarda; duygusal yoksunluk şemasında kontrol ve otojen grup arasında; başarısızlık şemasında kontrol ile reaktif ve otojen OKB grupları arasında; karamsarlık şemasında kontrol ve reaktif OKB arasında; bağımlılık/yetersizlik şemasında kontrol reaktif OKB ile kontrol ve kardeş grupları arasında; terk edilme şemasında kontrol ve reaktif OKB arasında; cezalandırılma şeması otojen OKB grubunun diğer tüm gruplar ile arasında; kusurluluk şeması kontrol grubunun otojen ve reaktif gruplar arasında farklılıklar olduğu bulunmuştur.

**Tablo 25.** Otojen ve Reaktif OKB Grupları ile Kardeş ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Arasında Yapılan Karşılaştırmada Aralarında Anlamlı Farkı Olan Şema Boyutları

	<b>Gruplar</b>	<b>P Değeri</b>	<b>Adj. Sig.</b>
<b>duygusal yoksunluk</b>	Kontrol-reaktif	0,193	
	Kontrol-kardeş	0,086	
	<b>Kontrol-otojen</b>	<b>0,005</b>	
	Reaktif-kardeş	0,661	
	Reaktif-otojen	0,058	
	Kardeş-otojen	0,119	
<b>başarısızlık</b>	<b>Kontrol-reaktif</b>	<b>0,007</b>	
	Kontrol-kardeş	0,029	
	<b>Kontrol-otojen</b>	<b>0,000</b>	
	Reaktif-kardeş	0,718	
	Reaktif-otojen	0,011	
	Kardeş-otojen	0,019	
<b>karamsarlık</b>	<b>Kontrol-reaktif</b>	<b>0,004</b>	
	Kontrol-kardeş	0,465	
	Kontrol-otojen	0,008	0,047
	Reaktif-kardeş	0,060	
	Reaktif-otojen	0,040	
	Kardeş-otojen	0,447	
<b>Bağımlılık/yetersizlik</b>	<b>Kontrol-reaktif</b>	<b>0,001</b>	
	<b>Kontrol-kardeş</b>	<b>0,001</b>	
	Kontrol-otojen	0,042	
	Reaktif-kardeş	0,950	
	Reaktif-otojen	0,838	
	Kardeş-otojen	0,875	
<b>Terk edilme</b>	<b>Kontrol-reaktif</b>	<b>0,003</b>	
	Kontrol-kardeş	0,014	
	Kontrol-otojen	0,024	
	Reaktif-kardeş	0,679	
	Reaktif-otojen	0,775	
	Kardeş-otojen	0,570	

**Tablo 25'in devamı**

<b>Cezalandırılma</b>	Kontrol-reaktif	0,145	
	Kontrol-kardeş	0,060	
	<b>Kontrol-otojen</b>	<b>0,000</b>	
	Reaktif-kardeş	0,631	
	<b>Reaktif-otojen</b>	<b>0,001</b>	
	<b>Kardeş-otojen</b>	<b>0,005</b>	
<b>Kusurluluk</b>	<b>Kontrol-reaktif</b>	<b>0,000</b>	
	Kontrol-kardeş	0,072	
	<b>Kontrol-otojen</b>	<b>0,003</b>	
	Reaktif-kardeş	0,053	
	Reaktif-otojen	0,709	
	Kardeş-otojen	0,088	

### 4.3. Korelasyon Analizleri

Şemaların veya şema alanlarının eğitim yılı ile korele olup olmadığı incelendiğinde, OKB ve kontrol grubunun her biri ile aralarında anlamlı derecede bir korelasyon olmadığı görülmüştür.

Kardeş grubunda ise başarısızlık şeması puanı ile eğitim yılı düşük orta derecede negatif yönde korele; karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme bağımlılık şeması ile kopukluk şema alanı ile negatif yönde orta derecede korele olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 26.** OKB Hastaları, Kontrol ve Kardeş Grubundaki Katılımcıların Şema ve Şema Alanları Puanlarının Eğitim Yılı İle Korelasyon Analizi

Şema ve şema alanı	OKB Eğitim Yılı P değeri	Kontrol Eğitim Yılı P değeri	Kardeş Eğitim Yılı P değeri	Korelasyon katsayısı
Duygusal yoksunluk	0,177	0,733	0,819	
Başarısızlık	0,308	0,300	<b>0,048*</b>	<b>-0,392</b>
Karamsarlık	0,594	0,362	<b>0,013*</b>	<b>-0,482</b>
Sosyal izolasyon/yabancılaşma	0,954	0,342	<b>0,012*</b>	<b>-0,483</b>
Duyguları bastırma	0,521	0,138	<b>0,008*</b>	<b>-0,508</b>
Onay arayıcılık	0,310	0,462	0,119	
İç içe geçme bağımlılık	0,245	0,988	<b>0,035*</b>	<b>-0,414</b>
Ayrıcalıklılık/yetersiz özenetim	0,134	0,749	0,874	
Kendini feda	0,101	0,438	0,074	
Terk edilme	0,208	0,077	0,207	

**Tablo 26'nın devamı**

Cezalandırılma	0,226	0,618	0,184	
Kusurluluk/utanç	0,439	0,102	0,057	
Tehditler karşısında dayanıksızlık	0,376	0,900	0,596	
Yüksek standartlar	0,806	0,601	0,995	
Zedelenmiş otonomi	0,297	0,740	0,152	
Kopukluk	0,532	0,873	<b>0,022</b>	<b>-0,446</b>
Yüksek standartlar	0,767	0,623	0,313	
Zedelenmiş sınırlar	0,134	0,677	0,874	
Diğerleri yönelimlilik	0,960	0,488	0,101	

Şemalar ve şema alanları puanları gelir düzeyine göre kıyaslandığında, aralarında yalnızca cezalandırılma şemasında farklılık olduğu bulunmuştur. 1500-3000 tl gelir seviyesinde olanların, 1500 tl ve altı ile 3000 tl üzeri gelir seviyesi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede cezalandırılma şemasının baskın olduğu görülmüştür (p=0,13).

**Tablo 27. OKB Hastalarındaki Şema ve Şema Alanları Puanlarının Gelir Düzeyi Açısından Karşılaştırılması**

Şema ve şema alanı	Gelir Düzeyi			P değeri
	1500 TL altı Grubu puanı	1500-3000 TL Grubu puanı	3000 TL üzeri Grubu puanı	
Duygusal yoksunluk	9,76	11,20	11,14	0,728
Başarısızlık	15,12	15,80	20,00	0,494
Karamsarlık	16,76	15,90	15,43	0,879
Sosyal izolasyon/yabancılaşma	18,76	19,70	18,43	0,996
Duyguları bastırma	11,32	12,10	10,71	0,977
Onay arayıcılık	19,76	18,20	21,71	0,598
İç içe geçme bağımlılık	19,88	17,40	24,14	0,568
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim	21,88	23,40	21,86	0,871
Kendini feda	14,04	11,30	12,86	0,450
Terk edilme	10,68	8,40	10,00	0,661
<b>Cezalandırılma</b>	<b>20,64</b>	<b>17,60</b>	<b>28,00</b>	<b>0,013</b>
Kusurluluk/utanç	13,40	13,10	10,71	0,611
Tehditler karşısında dayanıksızlık	12,56	12,10	13,86	0,804
Yüksek standartlar	9,00	9,00	9,29	0,907
Zedelenmiş otonomi	75,72	69,60	83,43	0,855
Kopukluk	53,16	54,10	51,00	0,983
Yüksek standartlar	28,68	27,20	31,00	0,645
Zedelenmiş sınırlar	21,88	23,40	21,86	0,871
Diğerleri yönelimlilik	34,84	28,90	40,86	0,93

**Tablo 28.** Cezalandırılma Şeması Puanının Gelir Grupları İle Kıyaslanması

	Gruplar		
	1500TL altı ile 1500-3000TL	1500TL altı ile 3000TL üzeri	1500-3000TL ile 3000TL üzeri
<b>P değeri</b>	0,194	0,11	<b>0,017</b>

Yale brown obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanları ile şemalar ve şema alanları puanlarının korelasyon analizleri yapılmıştır. Buna göre şema alanlarından başarısızlık, karamsarlık, onay arayıcılık, iç içe geçme bağımlılık şemaları, yüksek standartlar şemaları obsesyon, kompulsiyon, toplam puanlar ile pozitif yönde korele bulunmuştur.

Sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şemaları ile kopukluk şema alanı kompulsiyon ve toplam puanlarda korele bulunmuştur.

Yüksek standartlar şema alanı obsesyon alt ölçeği puanı ile korele bulunmuştur.

Terk edilme şeması kompulsiyon ölçeği puanı ile korele bulunmuştur.

Zedelenmiş otonomi şema alanı obsesyon ve toplam puanlar ile korele bulunmuştur.

**Tablo 29.** Yale Brown Obsesyon, Kompulsiyon ve Toplam Puanlarının, Şema ve Şema Alanları Puanları Korelasyonu

Şema ve şema alanı	Yale Brown Obsesyon- P değeri	Yale Brown Kompulsiyon- P değeri	Yale Brown Toplam- P değeri
Duygusal yoksunluk	0,159	0,119	0,135
Başarısızlık	<b>0,005</b>	<b>0,005</b>	<b>0,001</b>
Karamsarlık	<b>0,011</b>	<b>0,017</b>	<b>0,017</b>
Sosyal izolasyon/Yabancılaşma	0,072	<b>0,025</b>	<b>0,044</b>
Duyguları bastırma	0,138	0,089	0,100
Onay arayıcılık	<b>0,008</b>	<b>0,016</b>	<b>0,008</b>
İç içe geçme bağımlılık	<b>0,012</b>	<b>0,001</b>	<b>0,003</b>
Ayrıcalıklılık/yetersiz özenetim	0,285	0,231	0,256
Kendini feda	0,749	0,624	0,698
Terk edilme	0,080	<b>0,025</b>	0,061
Cezalandırılma	0,208	0,134	0,146
Kusurluluk/Utancı	0,089	<b>0,009</b>	<b>0,029</b>
Tehditler karşısında dayanıksızlık	0,620	0,355	0,514
Yüksek standartlar	0,036	0,088	0,057
Zedelenmiş otonomi	0,018	<b>0,004</b>	<b>0,010</b>
Kopukluk	0,071	0,016	0,035



**Tablo 29'un devamı**

Yüksek standartlar	<b>0,000</b>	0,002	0,001
Zedelenmiş sınırlar	0,285	0,231	0,256
Diğerleri yönelimlilik	0,231	0,143	0,171

\*\* Correlatin is significant at the 0.01 level (2-tailed). \* Correlatin is significant at the 0.05 level (2-tailed)

Yale brown alt ölçekleri ile korele çıkan şema ve şema alanları;

Başarısızlık şeması puanı; obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanlarda pozitif yönde orta derecede korele,

Karamsarlık şeması puanı; obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanlarda pozitif yönde düşük orta derecede korele,

Soyal izolasyon/yabancılaşma şeması puanı; kompulsiyon ve toplam puanlarda pozitif yönde düşük orta derecede korele,

Onay arayıcılık şeması puanı; obsesyon ve toplam puanda orta, kompulsiyon düşük orta derecede pozitif korele,

İç içe geçme bağımlılık şeması puanı; obsesonda düşük orta, kompulsiyonda ve toplam puanda orta derecede pozitif korele,

Terk edilme şeması puanı kompulsiyonda pozitif yönde düşük orta derecede korele,

Kusurluluk/utanç şeması puanı; kompulsiyon ve toplam puanda pozitif yönde düşük orta derecede korele,

Yüksek standartlar şeması puanı; pozitif yönde düşük orta derecede korele,

Zedelenmiş otonomi şema alanı puanı; obsesyonla düşük orta, kompulsiyonla orta derecede pozitif korele,

Kopukluk şema alanı puanı; kompulsiyon ve toplam puanda pozitif yönde düşük orta derecede korele,

Yüksek standartlar şema alanı puanı; obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanlarla pozitif yönde orta derecede korele bulunmuştur.

**Tablo 30.** Yale Brown Alt Ölçekleri İle Korele Olan Şemalar ve Şema Alanları İle Korelasyon Katsayıları

Şema ve şema alanı	Yale Brown Obsesyon Korelasyon Katsayısı	Yale Brown Kompulsiyon Korelasyon Katsayısı	Yale Brown Toplam Korelasyon Katsayısı
Başarısızlık	0,426	0,485	0,475
Karamsarlık	0,388	0,365	0,365
Sosyal izolasyon/yabancılaşıma		0,345	0,312
Onay arayıcılık	0,402	0,368	0,402
İç içe geçme bağımlılık	0,382	0,511	0,445
Terk edilme		0,346	
Kusurluluk/Utanç		0,400	0,336
Yüksek standartlar	0,324		
Zedelenmiş otonomi	0,363	0,436	
Kopukluk		0,369	0,327
Yüksek standartlar	0,522	0,469	0,510

OKB grubu, daha önce hiç tedavi almayan veya son 3 aydır hiç ilaç kullanmamış olan hastalardan oluşturularak yapılan korelasyon analizlerinde yalnızca kusurluluk şeması, yale brown toplam puanı ile pozitif yönde orta derecede korele bulunmuştur (korelasyon katsayısı: 0,40).

Hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresinin şema ve şema alanları ile yapılan korelasyon analizlerine göre; hastalık başlangıç yaşı ile kendini feda şeması orta derecede pozitif yönde korele (korelasyon katsayısı 0,429), diğerleri yönelimlilik şema alanı düşük orta derecede pozitif yönde korele (korelasyon katsayısı 0,309) bulunmuştur.

**Tablo 31.** Hastalık Başlangıç Yaşı ve Hastalık Süresinin Şema ve Şema Alanları İle Yapılan Korelasyon Analizleri

Şema ve şema alanı	Hastalık Başlangıç yaşı- P değeri	Hastalık Süresi- P değeri
Duygusal yoksunluk	0,115	0,199
Başarısızlık	0,108	0,630
Karamsarlık	0,639	0,662
Sosyal izolasyon/yabancılaşıma	0,918	0,649
Duyguları bastırma	0,524	0,111
Onay arayıcılık	0,914	0,868
İç içe geçme bağımlılık	0,711	0,182
Ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim	0,088	0,468
Kendini feda	<b>0,005*</b>	0,933
Terk edilme	0,229	0,665

**Tablo 31'in devamı**

Cezalandırılma	0,502	0,822
Kusurluluk/utanç	0,566	0,731
Tehditler karşısında dayanıksızlık	0,332	0,990
Yüksek standartlar	0,928	0,411
Zedelenmiş otonomi	0,173	0,693
Kopukluk	0,498	0,425
Yüksek standartlar	0,749	0,844
Zedelenmiş sınırlar	0,088	0,468
Diğerleri yönelimlilik	<b>0,046*</b>	0,755

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada şemalar ve şema alanları ile OKB arasındaki ilişki incelenmiştir. Heterojen bir yapıya sahip OKB'nin; etiyoloji, belirti yapısı, klinik görünümü gibi özelliklerine göre alt tiplerine ayrılarak yapılan incelemeler ve bu alt tiplerin hangi şemalarla bağlantılı olduğunun incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca OKB tedavisinin zayıf yanıt oranı göz önüne alınarak, şema kuramı gözüyle OKB'nin incelenmesi ile, şema terapinin OKB tedavisi konusunda da fikir edinilmesi mümkün olacaktır. Şema kuramı açısından hastalığın etyopatogenezinin anlaşılabilmesi için daha önceki çalışmalarla yapılan karşılaştırmalar ve farklı olarak hastaların kardeşleri ile yapılan karşılaştırmalar, hastalığın etyopatogenezi konusunda fikir edinilmesini sağlayabilir.

### 5.1. Sosyodemografik Veriler

Katılımcılardan OKB grubununun 19'u (%45,2) erkek, 23'ü (%54,8) kadındır. Sağlıklı kontrol grubundaki 43 katılımcının da 18'i (%42,9) erkek, 24'ü (%57,1) kadındır. 26 katılımcıdan oluşan OKB grubundaki hastaların kardeşlerinin ise 11'i (%42,3) erkek, 15'i (%57,7) kadındır. Her üç grupta cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p=0,964$ ).

Ülkemizde Lapsekili ve arkadaşlarının (2010), Beşiroğlu ve arkadaşlarının (2007), Doğan ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmalarda, OKB ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir (214-216) Geniş örneklemlili ECA ve CNCG (Cross-National OCD Collaborative Group Study) çalışmalarında OKB'nin yaşam boyu görülme sıklığı, kadınlarda erkeklere göre yüksek bulunmuştur. (217), DSM-IV tanı ölçütlerinin kullanıldığı bir araştırmada, OKB tanısı konan 431 hastanın %51'nin kadın olduğu bildirilmiştir (218). DSM-III-R tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konan 830 hastanın %55,4'nün kadın olduğu belirtilmiştir (219).

Bizim çalışmamızda, hasta ve kardeş grubunda kadın sayısı erkek sayısından fazladır, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kadın sayısının fazla olmasının nedenleri; polikliniğimize başvuran hastaların çoğunun kadın olması,

kadınların daha çok yardım arayışı içinde olması, erkeklerin sorunlarını inkar etmeye meyilli olması olabilir.

Katılımcılardan OKB grubunun yaş ortalaması  $29,33 \pm 9,586$ ; sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması  $29,60 \pm 9,339$ ; kardeş grubunun  $29,35 \pm 6,916$ 'dır. Gruplar arasında yaş açısından incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark mevcut değildir ( $p=0,788$ ). Bu araştırmada kadınların yaş ortalaması  $27,74$ ; erkeklerin yaş ortalaması  $31,26$  olarak hesaplandı.

Katılımcılar medeni durum açısından incelendiğinde; OKB grubunun 24'ü (%57,1) evli, 18'i (%42,9) bekaardır. Sağlıklı kontrollerin ise 20'si (%47,6) evli, 22'si (%52,4) bekaardır. Kardeş grubunun ise 10'u evli (%38,5), 16'sı (%61,5) bekaardır. Her üç grupta da medeni durum açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p=0,316$ ). OKB'de klinik durum veya hastalığın yol açtığı uyum sorunları açısından incelendiğinde literatürde çelişkili sonuçlar bulunmaktadır (215). Bazı çalışmalar evli veya bekar olmanın hastalık üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını savunurken (215), bazı çalışmalar da hastalığın evli olanlarda daha çok görüldüğü şeklinde sonuçlar bildirmişlerdir (214). Bu durum, evli olanların daha fazla yardım arayışı içinde olmaları ile de açıklanabilir. Evli olan hastaların evdeki sosyal ilişkilerin bozulması, eşler arasındaki çatışma veya sosyal desteğin daha iyi olması, hastalıkla ilgili farkındalığın artmasını sağlayarak bu sonucu doğuruyor olabilir (222).

Katılımcılar eğitim yılı açısından karşılaştırıldığında OKB grubunun eğitim yılı ortalama  $12,29 \pm 3,990$  (min: 5 max: 19); kontrol grubunun eğitim yılı ortalama  $11,90 \pm 3,875$  (min: 8 max: 16); kardeş grubunun eğitim yılı ortalama  $14,35 \pm 3,440$ 'tır. Bu üç grup eğitim yılı açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldığında aralarında anlamlı derecede farklılıklar vardır ( $p=0,005$ ). Eğitim yılı açısından OKB grubu ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir farklılık yoktur ( $p=1,00$ ). Ancak OKB grubu ile kardeş grubu ( $p=0,021$ ) ve sağlıklı kontrol grubu ile kardeş grubu ( $p=0,006$ ) karşılaştırıldığında aralarında anlamlı derecede farklılık vardır. Hasta grubunun eğitim düzeyi, bu konuda daha önceden yapılan çalışmalarla tutarlıdır (214,223). OKB ve sağlıklı kontrol gruplarının eğitim düzeyi açısından karşılaştırıldığı çalışmalarda, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (213).

Katılımcılar çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde OKB grubunun 9'u (%21,4) memur, 2'si (%4,8) işçi, 8'i (%19) ev kadını, 16'sı (%38,1) üniversite öğrencisi, 7'si (%16,6) çalışmamaktadır. Kontrol grubunda ise 10'u memur (%23,8), 3'ü işçi (%7,1), 6'sı (%14,3) ev kadını, 16'sı (%38,1) üniversite öğrencisi, 7'si (%16,6) çalışmamaktadır. Kardeş grubunun ise 16'sı (%61,5) memur, 4'ü (%15,4) ev kadını, 3'ü (11,5) üniversite öğrencisi, 3'ü %11,5'i çalışmamaktadır. Her üç grup arasında çalışma durumları incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p=0,056$ ) Çalışmanın bulguları, OKB üzerine yapılan sosyodemografik çalışmalarla uyumludur (178,197,215).

Gelir düzeyi açısından gruplar incelendiğinde; hastaların 25'i (%59,5) 1500 tl ve altı, 10'u (%23,8) 1500-3000 tl, 7'si (%16,7) 3000 tl ve üzeri gelire sahiptir; kontrol grubunun 23'ü (%54,8) 1500 tl ve altı, 11'i (%26,6) 1500-3000 tl, 8'i (%19) 3000 tl ve üzeri aylık gelire sahiptir. Kardeş grubunun ise 10'u (%35,5) 1500 tl ve altı, 4'ü (%15,4) 1500-3000 tl, 12'si (%46,2) 3000 tl ve yukarısı gelire sahiptir. Bu üç grup arasında gelir dağılımı aralıkları açısından istatistiksel bir inceleme yapıldığında aralarında anlamlı bir farklılık yoktur ( $p=0,067$ ). Gelir düzeyi ile hastalık bağlantısı kuran bazı çalışmalar vardır. Bu çalışmalar genelde düşük gelir seviyesi ile OKB hastalık sıklığı arasında pozitif yönde bir paralellik olduğunu savunmaktadır (224-226). Yapılan bu çalışmalar, OKB hastalarının çoğunlukla gelir düzeyinin alt-orta seviyede olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmadaki gelir düzeyi durumu da bu açıdan bakıldığında literatür ile uyumludur.

Katılımcılar yaşadığı yere göre değerlendirildiğinde OKB grubunun 2'si (%4,8) metropolde, 31'i (%73,8) il merkezinde, 8'i (%19'u) ilçe merkezinde, 1'i (%2,4) köyde yaşamaktadır. Kontrol grubunun 3'ü (%7,1) metropolde, 29'u (%69) il merkezinde, 9'u (%21,4) ilçe merkezinde, 1'i (%2,4) köyde yaşamaktadır. Kardeş grubunun ise 3'ü (%11,5), 20'si %76,9) il merkezinde, 3'ü (%11,5) ilçe merkezinde yaşamaktadır. Bu üç grup arasında yaşadığı yer bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p=0,848$ ).

## 5.2. Klinik Özellikler

OKB grubu içinde belirtilerin başlama yaşı ortalama  $22,21 \pm 7,090$ 'dır (min10, max40). Belirtilerin başlangıcından itibaren geçen süre ortalama  $114,58 \pm 80,796$

aydır (min12, max300). Hastaların belirtiler başladıktan tedavi almaya başladıkları zamana kadar geçen süreler incelendiğinde ise ortalama süre  $77,88 \pm 68,40$  aydır (min0, max240). Hastalık süresi ortalama  $7,14 \pm 6,916$  yıldır (min1, max 35 yıldır). Daha önceden yapılan çalışmalara göre OKB, genellikle genç yaşta başlar. Genellikle başlangıç yaşı 18-25'tir. Erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda başlar ( $45,219,237-242$ ). Ancak hekime başvurma genellikle 10-15 yıl sonra olmaktadır. Doktora başvuru genellikle kadınlarda daha erken yaşta olmaktadır ( $45,220,221$ ). Bu çalışmada da başvuru yaşı kadınlarda daha küçüktür. Çalışmada hastalık başlangıç yaşı  $22,21 \pm 7,090$ 'dır. Literatürden farklı olarak bu çalışmada hastalık başlangıç yaşı kadınlarda daha küçüktür (Kadınlarda hastalık başlangıç yaşı 21,08; erkeklerde hastalık başlangıç yaşı 23,47'dir.).

Hastalık başlangıç yaşı, cinsiyet ve belirti boyutlarındaki cinsiyet farklılıkları, bozukluğun altında yatan farklı etiopatogenetik mekanizmalara işaret etmektedir. Kültürler arasında farklılık gösterebilen psikososyal faktörlerin, yardım arama davranışları üzerindeki etkisi, belirgin cinsiyet farklılıklarını etkileyebilir. Bu nedenle, kültürel olarak farklı geçmişlerden gelen büyük OKB deneklerinin cinsiyet farklılıklarını çoğaltmak önemlidir. Literatürde erkeklerde OK belirtileri ve bozukluğunun başlangıcında daha erken bir yaş olduğu bildirilmektedir. Bu grup hastalarda sinsi bir başlangıç ve kronik bir hastalık seyri de gözlenmiştir. Kadınlarda daha sık akut bir OKB başlangıcı ve epizodik bir hastalık seyri söz konusudur. Ayrıca hamilelik ve doğum gibi belirli yaşam olaylarının, kadın OKB hastalarında OKB başlangıcı üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Araştırmacılar temel olarak OKB başlangıcını tetiklemede hormonların (östrojenler, progesteron, prolaktin ve başlıca oksitosin gibi) olası rollerine odaklanmıştır. Bizim çalışmamızda erkeklerde hastalık başlangıç yaşının literatürdekinden farklı olarak daha büyük görünmesi ve kadınlardan daha geç başlamasının sebebi de bu bilgilerden yola çıkarak sosyokültürel etmenlere bağlanabilir. Çalışmamızın örneğini içeren toplumda olası daha erken evlenme veya doğum yapma gibi etkenlerin kadınlarda daha erken başlangıçlı OKB'ye sebep olabileceği söylenebilir. Ayrıca örneğimizdeki erkeklerin yardım arama davranışlarının daha az olması, erkeklerde daha sinsi başlangıç gösterdiği için başlangıcının olduğundan daha geç bildirilmiş olması, hastalıklarla baş etme mekanizmalarının sosyokültürel etmenlere bağlı olarak

kadınlarda daha zayıf olması, erkeklerde sağlıklı uyumun- kadınlarda maladaptif uyumun söz konusu olması gibi nedenler çalışmamızdaki sonucun nedenleri olabilir.

Hastalık başladıktan sonra doktora başvurana kadar geçen süre erkeklerde ortalama 7,84 yıl; kadınlarda 6,65 yıldır. Bu da önceki literatür ile uyumlu olarak hem ortalama başvuru süresine uymakta hem de kadınların doktora daha erken başvurduklarını göstermektedir. Çamlı ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) hastaların hastalık süresi:  $11.04 \pm 8.73$  yıl olarak bildirilmiştir (223). Hastaların %38'inde, hastalık başlangıcından ilk psikiyatrik tedavi başlanıncaya kadar olan dönem 1 yıldan azken, %20'sinde bu süre 1-3 yıl arası, %14'ünde 3-5 yıl arası, %28'inde ise 5 yıldan fazla olarak değerlendirilmiştir (227).

Katılımcılar ailede psikiyatrik hastalık öykü açısından değerlendirildiğinde, OKB grubunda ailesinde psikiyatrik hastalık olmayan 20 kişi (%47), OKB olan 6 kişi (%14), depresif bozukluk olan 8 kişi (%19), anksiyete bozuklukları olan 5 kişi (%12), şizofreni ve şizofreni açılımı kapsamında giden psikotik bozukluklardan 2 kişi (%4), DEHB'si olan 1 (%2) kişi bildirilmiştir. Kontrol grubunda ailesinde psikiyatrik hastalık olmayan kişi sayısı 38 kişi (%90), OKB'si olan 1 kişi (%2), depresif bozukluk olan 3 kişi (%7), anksiyete bozuklukları olan 1 kişi (%2) bildirilmiştir. Buna göre bu iki grup ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yönünden karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılıklar olduğu görülmektedir ( $p=0,00$ ).

Literatürde OKB hastalarında aile çalışmalarının sonuçları, OKB hastalarında ailesel kümelenmeyi destekleyici niteliktedir (47). Ayrıca, OKB riskinin, erken başlangıç (18'den önce) gösteren hastaların aileleri arasında, geç başlangıç gösteren ailelerdekenden yaklaşık iki misli daha yüksek olduğu bulunmuştur (48). Bir diğer çalışmada, kalıtılabilirlik obsesif kompulsif özellikler için %44, obsesif kompulsif belirtiler %47 bulunmuştur (50). OKB hastalarının 1. derece akrabalarında OKB görülme oranı %12-25 arasında bildirilmiştir (228,229). Çalışmalarda, OK semptomlarının ana, ampirik olarak tanımlanmış alt türlerinin her biri için genetik ve çevresel faktörlerin önemi kapsamlı bir şekilde değerlendirilmiştir. Etiyolojik farklılıkların araştırıldığı çalışmalarda özellikle istifleme semptomlarının, diğer OK semptomları ile en az etiyolojik benzerlik gösterdiği bulunmuştur (51). OKB'nin kalıtım derecesini incelemek için bazı ikiz ve aile çalışmaları yapılmıştır. Bir yetişkin



ikiz çalışmada, semptom iletiminin obsesyonlarda %33 ve kompulsiyonların %26'sını oluşturduğu bildirilmektedir. Diğer çalışmalar ise %47 gibi yüksek bir kalıtsallık olduğunu tahmin etmektedir. Aile araştırmaları, OKB'nin birinci derece akrabalarında, genel popülasyona göre OKB'nin daha sık ortaya çıktığına dair kanıtlar sağlamıştır. Özellikle birinci derece yakınlarında OKB olanlarda ortaya çıkan OKB'de; erken başlangıç yaşı, tik bozukluklarıyla komorbidite ve simetri-sıralama-sayma obsesyonlarının daha sık olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmalarda özellikle babasının OKB olduğu hastalarda simetri-sıralama- sayma obsesyonları yanında, emin olamama obsesyonları veya kesinlik saplantıları olduğunu vurgulamıştır (243). Birkaç çalışma, OKB'nin aile ve sporadik alt tiplerini karşılaştırmıştır. Bu nedenle, Hanna ve arkadaşları (244), ailesel formda probandların, daha sık olarak simetri-sıralama-sayma davranışları ile ilgili olduğunu bildirmiştir. Benzer çalışmalarda bulaş, istifleme, simetri-sıralama obsesyonları ile temizlik, kontrol kompulsiyonlarının ailesinde OKB olanlarda daha sık olduğunu göstermiştir (245). Diğer bazı çalışmalarda da cinsel obsesyonların ailesel geçişinin diğerlerine göre daha az olduğu vurgulanmıştır. Yine aynı çalışmada ailesinde depresyon olan OKB hastalarında daha fazla istifleme obsesyonu ve daha fazla somatik obsesyon olduğu vurgulanmıştır (246). Ailesel OKB'de zorlantılardan sıralama ve düzenlemenin anlamlı olarak daha yaygın olduğunu gösteren diğer çalışmalar da bu semptomların genetik geçişle daha fazla ilintili olduğunu düşündürmektedir (27). Simetri ve sıralama semptomlarının, OKB'nin genetik olarak anlamlı bir semptomatik alt tipini oluşturabileceği ileri sürülmüştür. Tourette's bozukluğu olan kardeş çiftlerde OK semptom boyutlarının izleyen bir ayrışım analizi, simetri ve sıralama davranışlarının aktarılmasının baskın kalıtımla uyumlu olduğunu göstermiştir (248,249). Bunun yanında istifleme ve bulaş obsesyonları ile temizlik kompulsiyonlarının daha fazla ailesellik gösterdiğini savunan çalışmalar da vardır (250). Çalışmalarda OKB grubunu yaklaşık beşte birinin ailesel geçişli OKB olduğu ve ailesel OKB'nin daha erken hastalık başlangıcı, simetri-sıralama-sayma, istifleme, bulaş obsesyonu ile temizlik ve tekrar kompulsiyonları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (251,252).

Çalışmamızda 1.derece akrabalarında OKB tanısı olan 6 kişi (%14) olduğu görülmüştür. Çalışmamız bu açıdan bakıldığında Rasmussen ve arkadaşlarının

çalışması ile uyumludur (228), ancak Alsobrook ve Arumunham'ın yaklaşık beşte bir olarak bildirdiği oranlara göre daha düşüktür. Çalışmamızdaki bu oranlar literatüre göre kısmen uyumludur. Ailede OKB öyküsü; somatik obsesyonu olanların %28,6'sında, cinsel-dini obsesyonu olanların %25'inde, bulaş obsesyonu olanların %14,8'inde, simetri-sıralama-sayma obsesyonu olanların %6,7'sinde vardır. Çalışmamıza göre en fazla ailesellik somatik obsesyonu olanlar, ikinci sırada da cinsel-dini obsesyonu olanlardır. Bu sonuçlar literatürden farklıdır. Literatürde en fazla ailesel geçiş simetri-sıralama-sayma obsesyonu, en az geçiş ise cinsel-dini obsesyonlar olarak belirtilmişti (251,252). Bu oranların bizim çalışmamızda literatüre göre daha düşük çıkacak şekilde farklı olmasının nedeni, literatürde OKB hastalarının ailelerine yönelik anketler veya muayeneler yapılarak tespitler yapılmasına karşın, bizim çalışmamızda hastalar ile yapılan görüşmelerde hastaların verdiği yanıtlara göre oranlar belirlenmiş olduğundan, tarafımıza eksik bildirimlerde bulunulması veya ailesinde OKB olduğu halde bunun atlanmış veya çocukları tarafından bilinmiyor olmasından dolayı olabilir. Bu nedenle çalışmamızda bu konuda bildirilen oranların güvenilirliği yeterince güçlü değildir.

Nestdat ve arkadaşları, yapmış oldukları çalışmada OKB olgularının birinci derece yakınlarında kontrol grubuna göre yaklaşık 5 kat daha fazla OKB tanısı olduğunu bildirmişlerdir (48). Bizim çalışmamızda bu oran %14'e %2'dir. Aralarında yedi kat fark vardır ve önceki çalışmalarla uyumludur. Belirti boyutlarındaki ailesel psikiyatrik hastalık oranlarına bakıldığında ise bulaş obsesyonları olanların %67'sinde ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu görülmüştür. Ailede psikiyatrik hastalık olanların ise en fazla görüleni depresif bozukluklar olmuştur. Tüm OKB hastalarının %31'inin birinci derece yakınında depresif bozukluk öyküsü olduğu bildirilmiştir.

Tüm OKB grubu belirti içerikleri açısından incelendiğinde bulaş obsesyonu n= 27 (%64.3), saldırganlık obsesyonu n= 7 (%16.7), cinsel-dini obsesyonlar n= 8 (%19), simetri-sıralama-sayma obsesyonu n=15 (%35.7), somatik obsesyonlar n= 7 (%16.7), istifleme obsesyonu n=2 (%4.8) katılımcıda mevcuttur.

Sadece bulaş obsesyonu ve ilişkili kompulsiyonu olanlar 10 kişi (%24), sadece saldırganlık obsesyonu olanlar 4 kişi (%10), sadece cinsel-dini obsesyonlar olanlar 4 kişi (%10), sadece simetri-sıralama-sayma obsesyonu olanlar 3 kişi (%8),

sadece somatik obsesyonu olanlar 2 kişi (%5), sadece istifleme obsesyonu olanlar 1 (%2) kişidir. Buna göre hastaların 24'ünde (%57) sadece tek bir obsesyon olduğu saptanmıştır.

İki belirti boyutu olan hastalar; bulaş ve simetri-sıralama-sayma obsesyonu olanlar 8 kişi (%19), bulaş ve somatik obsesyonu olanlar 4 kişi (%10), cinsel-dini ve somatik obsesyonu olanlar 1 kişi (%2)'dir. Buna göre hastalarda sadece iki belirti boyutu olanlar 13 kişi (%31)'dir.

Üç belirti boyutu olan hastalar; bulaş, saldırganlık, simetri-sıralama-sayma obsesyonu olanlar 1 (%2) kişi; bulaş, simetri-sıralama-sayma, istifleme obsesyonu olanlar 1 kişi (%2); bulaş, saldırganlık, cinsel-dini obsesyonu olanlar 1 kişi (%2); bulaş, cinsel-dini, simetri-sıralama-sayma obsesyonu olanlar 1 kişidir (%2). Buna göre üç belirti boyutu olan hastalar 4 kişidir (Yaklaşık %10).

Dört belirti boyutu olan hastalar; bulaş, saldırganlık, cinsel-dini, simetri-sıralama-sayma obsesyonu olan 1 kişi (%2)'dir.

Tedavi başvurusunda bulunan OKB hastalarında, belirti boyutlarının yaygınlığı üzerine yapılan çok sayıda çalışmada değişen oranlar verilmiştir. Birkaç çalışma, genel populasyonda bireysel OK semptomlarının prevalansını bildirmiştir (253-255). Bu nedenle, kültürel farklılıklar gibi diğer değişkenlerin, dünyanın birçok bölgesinde, çoğu ruhsal bozukluğun yaygınlığını etkiledikleri gibi, OK semptom boyutlarının farklı prevalansına katkıda bulunmaları olasıdır (256). Fullana ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da, saldırganlık ve somatik obsesyonlar en sık ve bunları takip eden simetri-sıralama- sayma obsesyonu en yaygın boyuttu. Daha önceki nüfus tabanlı bir çalışmada olduğu gibi (253), bulaş-temizlik semptomları nispeten seyrek (% 2) idi. Aksine, klinik örneklerde bulaş-temizlik semptomları en sık belirtilen semptomlardır (30). Bu semptomların prevalansındaki belirgin farklılıklar, epidemiyolojik ve klinik örneklerde, bulaş-temizlik semptomlarının klinisyenler tarafından diğer semptom tiplerinden daha kolay fark edilip teşhis edildiğini ve bu nedenle klinik örneklerde diğerlerine göre daha çok tespit edildiğini gösterebilir. Kadınlarda bulaş-temizlik semptomları ortaya çıkma olasılıkları daha yüksektir ve ayrıca tedaviye başvurma veya klinik belirtileri daha çok ifade etme olasılıkları daha yüksek olduğundan, cinsiyet farklılıkları göz önüne alınmadığında da farklı çalışmalarda farklı sıklıklar ortaya çıkmaktadır (257). Bu konuda ülkemizde

yapılan en büyük örnekleme (351 hasta) içeren çalışmada; olguların %76'sında bulaş, %68'inde simetri, %44'ünde saldırganlık, %26'sında dini, %17'sinde somatik, %16'sında cinsel ve %34'ünde diğer OK belirtileri saptanmıştır. Hastalarda mevcut ortalama belirti boyutu sayısı görüşme sırasında  $2.7 \pm 1.4$  olarak bulunmuştur. (%21'inde bir, %29'unda iki, %50'sinde 3 ve daha fazla belirti boyutu) (230) Bu sonuçlarla OKB hastalarının büyük çoğunluğunda aynı anda birden fazla belirti boyutunun olduğu görülmektedir. Buna göre çalışmamıza bakıldığında en fazla görülen belirti boyutu literatürde olduğu gibi bulaş obsesyonudur. (%64,3) Ancak çalışmamızda ikinci sırada simetri-sıralama-sayma obsesyonu (%35,7) varken, literatüre göre %44 ile saldırganlık obsesyonları ikinci sıradadır. Aynı şekilde diğer belirti boyutlarında da farklı sıklıklar olduğu görülmektedir. Bu sonucun nedeni kadınlarda simetri-sıralama-sayma obsesyonlarının, erkeklerde otojen obsesyonların daha sık görülmesi ve çalışmamızda da kadınların daha çok sayıda olması, saldırganlık obsesyonları irdelenirken hastalarımızda olası savunucu tutumlar ve obsesyonların sıklıklarının kültüre bağlı değişkenlik göstermesi olabilir. Ayrıca otojen grup obsesyonların erkeklerde daha fazla görülmesi, kadınların belirtilerini daha çok ifade etmeleri, kadınların daha fazla oranda yardım arayışında olmaları da bu konuda cinsiyet etkeni nedeni ile farklı sıklıklar bildirilmesine neden olmuş olabilir.

Başvuru esnasındaki belirti boyutu sayısı ile ilgili olarak da çalışmamızda %57 oranında bir belirti boyutu olması nedeniyle bu konuda da önceki yapılan çalışmalardan farklı sonuçlar görülmektedir. OKB fenomenolojisi ile ilgili araştırmaların tümünde belirti dağılımının belirlenmesi araştırmaların odak noktasını oluşturmaktadır. Obsesyonların görülme sıklıkları kültüre göre değişmektedir batı toplumunda nadir görülen dini obsesyonların doğu toplumlarında daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Kültürlerarası yapılan bir araştırmada dini obsesyonların Mısır örnekleminde %60, Suudi Arabistan örnekleminde %50 oran ile en sık görülen obsesyonlar olduğu saptanmıştır. Buna karşılık dini obsesyonlar ABD'de %6, İngiltere'de %5, Hindistan'da %11 oranında görülmüştür. Musevi toplumunda yapılan çalışmalarda ise Müslüman topluma benzer sonuçlar alınmış ve dini obsesyonlar %50 oranında bulunmuştur (42,219). Eğrilmez ve arkadaşları obsesyonları sıklık sırasına göre bulaş, dini, somatik, cinsellik, saldırganlık olarak

sıralamışlardır (258). Tezcan ve arkadaşları ile bulaş obsesyonlarını hem Türk, hem de Fransız hastalarda en sık olarak belirtirken; Türk hastalarda dini obsesyonları, Fransız hastalarda saldırganlık obsesyonlarını ikinci sıklıkta belirtmişlerdir (259). Türkiye’de yapılan diğer bir çalışmada Yiğittürk ve arkadaşları bulaş ve emin olamama obsesyonlarını en sık görülen obsesyonlar olarak tanımlamışlardır (260). Sıklık konusunda yurt dışında yapılan çalışmalardan, Okasha ve arkadaşları bulaş ve dini obsesyonların en sık görülen obsesyonlar olduklarını bildirmişlerdir (42,219). Lensi ve arkadaşları ise bulaş ve emin olamama obsesyonlarını en sık obsesyonlar olarak bildirmişlerdir (238). Juan ve Liu bulaş ve emin olamama obsesyonlarının en sık obsesyonlar olduğunu belirtmişlerdir (261). Deniz ve arkadaşlarının alan çalışmalarında ise simetri-sıralama-sayma , bulaş, emin olamama obsesyonları en sık obsesyonlar olarak belirlenmiştir (262). Tezcan ve arkadaşlarının Elazığ’da, Okasha ve arkadaşlarının Mısır’da ve Shooka ve arkadaşlarının Bahreyn’de yaptıkları araştırmalarda dini obsesyonlar ön sıralarda yer almıştır. Bu çalışmalarda dini ritüellerin ve Müslüman kültürün parçası olan tekrarlanan dini ifadeler aracılığıyla küfürlü düşüncelerden vazgeçme pratiğinin vurgulanmasının, Mısırlı OKB hastalarında en sık görülen obsesyonun dini obsesyonlar olmasına neden olduğu öne sürülmüştür. Fontenelle ve arkadaşlarının yaptığı bir derlemede Brezilya gibi Latin Amerika ülkelerinde saldırganlık obsesyonlarının daha sık görülmesine rağmen, Ortadoğu ülkelerinde genellikle dini obsesyonların, çoğu ülkede ise bulaş obsesyonlarının sık görülmesinin ortak bir etken olduğu belirtilmiştir (263). Yine aynı çalışmada Brezilya örneğinde saldırganlık obsesyonlarının giderek daha sık görülmesi, artan suç oranları ile ilişkilendirilmiştir. Del Porto’nun çalışmasında ise OKB’nin sosyo-demografik özelliklerinin ve bu bozukluğun çekirdek semptomlarının çoğunluğunun coğrafi, etnik ve kültürel farklılıklardan nispeten bağımsız olduğu fikri savunulmaktadır. Bu alanlarda bulunan farklılıklar muhtemelen çalışmaya alma kriterleri, kavramsal belirsizlikler veya değerlendirme prosedürlerinin standardizasyon eksikliğini yansıtmaktadır. Bu kuralın tek istisnası, kültürel faktörlerin takıntıların içeriği gibi görünmektedir (264).

Bizim çalışmamızda batı toplumundan yüksek, doğu toplumlarından düşük oranda, %19 olarak tespit edilmiştir. Toplumumuzun hem batı hem de doğu kültürü etkisinin altında olmasından dolayı, oranların batı ve doğu toplumlarının arasında bir

oran olarak hesaplanmıştır. Bizim çalışmamızda katılımcılar tedavi arayan, sağlık kuruluşuna başvuran küçük bir örneklem üzerinde yürütüldüğünden bir bölge ya da bir toplum kesimi için genelleme yapmak doğru olmayabilir. Buna rağmen literatür bilgileri; değişik toplumlarda, farklı demografik özelliklere sahip örneklemeler üzerinde yapılan çalışmalara dayanmaktadır. Üzerinde durulması gereken noktalardan biri de çalışmanın niteliğidir. Büyük örneklemeler üzerinde yapılan alan çalışmaları ile küçük örneklemelere dayanan ve yalnızca tedavi başvurusunda bulunmuş olan hastalar üzerinde yapılan çalışma sonuçları arasındaki farklılıkların iyi değerlendirilmesi gerekir. Konuya ilişkin olarak değerlendirilen değişkenlerin ölçümü kapsamı dışında kalan toplumsal ve kültürel parametreler tarafından da etkilenme durumu vardır.

OKB'de çökkünlük belirtileri sıktır. Hastaların yarısından fazlasında depresif bozukluk denilecek kadar şiddetli çökkünlük belirtileri olabilmektedir. Eşanı depresyon varlığı, kötü prognoz ve kötü tedavi yanıtı ile ilişkilidir. Bu çalışmada BDÖ kesme puanı 17 olarak alınmıştır ve tüm katılımcıların ölçek puanı 17'nin altındadır. BDÖ puan ortalaması sağlıklı kontrol grubunda  $3.67 \pm 4.276$  (min:0 max:12) OKB grubunda  $3.47 \pm 7.025$ 'dir (min:0 max:14), kardeş grubunda  $1.68 \pm 7.168$ 'dir (min:0 max:8). Her üç grupta da hiç bir katılımcı ölçek puanına göre depresif bozukluk tanısı almamıştır.

### **5.3. Şemalar**

#### **5.3.1. Gruplar Arasında Erken Maladaptif Şemaların Karşılaştırılması**

Gruplar arasında yapılan şemalar ve şema alanı karşılaştırmalarına göre; bütün şema ve şema alanı puanları en yüksek OKB grubunda, ikinci olarak OKB hastalarının kardeşleri grubunda, en düşük olarak da sağlıklı kontrollerde hesaplanmıştır. Yalnızca duyguları bastırma şemasında diğerleri gibi en yüksek puan OKB grubunda çıkmasına rağmen, kontrol grubunun puanı, kardeş grubundan daha yüksek çıkmıştır (OKB grubunda  $11,40 \pm 6,045$ ; kontrol grubunda  $9,52 \pm 4,723$ ; kardeş grubunda  $9,38 \pm 4,080$ ).

Her bir şemanın gruplar arasında karşılaştırılması ile elde edilen sonuçlar ise şöyledir; gruplar arasında duygusal yoksunluk, duyguları bastırma,

ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim, kendini feda, tehditler karşısında dayanıksızlık ve yüksek standartlar şemalarında farklılık bulunmamıştır. Ancak başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/yabancılaşıma, onay arayıcılık, iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, cezalandırılma, kusurluluk/utanç şemalarında bazı farklılıklar olduğu hesaplanmıştır.

Bu sonuçlara göre hastalar, kontrol gruplarına göre; başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/yabancılaşıma, iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, cezalandırılma, kusurluluk/utanç şemalarının hasta grubunda daha baskın olduğu bulunmuştur. Daha önceden yapılan çalışmalarda göre Kim ve ark. (175); kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon/yabancılaşıma, başarısızlık alanlarında; Lee ve ark. (106); kusurluluk/utanç; Atalay ve ark. (188); sosyal izolasyon/yabancılaşıma, karamsarlık, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şemalarının OKB grubunda sağlıklı kontrollerden baskın olduğu bulunmuştu. Karahan ve ark.; OKB tanısı almış kişiler ile sağlıklı kontrol grubunun erken dönem uyum bozucu şemalar açısından karşılaştırılmasının yaptığı bir çalışmada (197), OKB tanısı alan kişilerin karamsarlık, sosyal izolasyon/yabancılaşıma ve hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şemalarının daha fazla aktive olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada da önceki çalışmalar gibi OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre sosyal izolasyon/yabancılaşıma, kusurluluk/utanç, başarısızlık, karamsarlık alanlarında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Öncekilerden farklı olarak bu çalışmada iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme ve cezalandırılma şemalarında da hasta grubunda baskınlık olduğu tespit edilmiştir. Atalay ve ark. İle Karahan ve ark.'dan farklı olarak, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şemasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Gruplar şema alanları açısından incelendiğinde; zedelenmiş sınırlar ve diğerleri yönelimlilik şema alanlarında aralarında anlamlı bir farklılık yokken, zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar şema alanlarında gruplar arasında bazı farklılıklar olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlara göre hasta grubu kontrol grubu ile kıyaslandığında; zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar şema alanlarının hasta grubunda daha baskın olduğu; hasta ve kardeş grubu kıyaslandığında aralarında hiç bir şema alanında fark

olmadığı; kardeş ve kontrol grubu kıyaslandığında; zedelenmiş otonomi şema alanının kardeş grubunda daha baskın olduğu görülmüştür.

Önceki çalışma sonuçları ile de tutarlı bir şekilde bu çalışmada da görüldüğü üzere, OKB hastalarında, sağlıklı kontrol grubuna göre kusurluluk/utanç şeması baskın çıkmıştır. Bu şema kişinin kendisi ile ilgili; değersiz, yararsız, itici, hatalı, kötü istenmeyen şeklindeki duygularının ağırlığını temsil eder. Kişi kendisinde algıladığı kusur ile ilgili utanç duygusu içindedir. Eleştiriye karşı aşırı hassasiyet, reddedilme, suçluluk duyguları içerebilir. Bu şema bu nedenlerle sağlıklı sosyal ilişki sürdürmeyi zorlaştırır. Bu çalışmada OKB grubunda baskın olduğu görülen bir diğer şema olan sosyal izolasyon/yabancılaşma şemasına yol açabilir. Daha önceden yapılan bir çalışmada, OKB olan hastaların, babalarından veya her iki ebeveyni tarafından reddedilmiş hissettikleri, ve ailelerinden yeterli duygusal yakınlığı hissedemedikleri ile ilgili bildirimde buldukları ortaya konmuştur (179,180). Bu şemaları olan bireyler, kendi düşünceleri ile de fazlasıyla meşguldürler. Bu da bu kişilerin düşüncelerinin obsesyona dönmesi için gerekli zemini hazırlıyor olabilir. Bir yandan da OK semptomları bu şemaları devam ettirebilir veya şiddetlendirebilir. OKB olan hastalar da, takıntılı düşünceleri veya kompulsif davranışları hakkında hissettikleri utanç duygusundan (185) dolayı, durumlarını gizleme eğilimi gösterebilirler. Tipik baş etme stratejileri gizlemek olan hastalarda bu durum, ‘şema sürekliliği’ne neden olabilir. OKB grubunda daha baskın olarak görülen başarısızlık şeması ise; kişinin akranlarına göre kariyer, para, statü, okul veya spor gibi alanlarda temelde yetersiz veya başarısız olduğuna dair inancıdır (186,187). Karamsarlık, iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme ve cezalandırılma şemaları da hasta grubunda daha baskın olan diğer şemalardır.

Gruplar arasında yapılan şema boyutları ve şema alanları konusundaki karşılaştırmalarda, literatürde tedavi almanın bir etkisinin olup olmadığı konusunda bir bilgiye rastlanılmamıştır. Bizim çalışmamızdaki OKB grubunun 11’i son 3 ayda hiç ilaç kullanmamış veya ilk defa doktora başvurmuştu. 31 hasta ise ya ilaç kullanmaktaydı, ya da 3 ayın içinde ilaç kullanımı vardı. Yapılan hesaplamalarda tedavi almış olmanın şema boyutları ve şema alanlarına etkisi incelendi. Tedavi almayan grupta ek olarak yüksek standartlar şema boyutunun sağlıklı kontrollerden; diğerleri yönelimlilik şema alanının da yine sağlıklı kontrollerden daha baskın



olduğu bulundu. Bu durum, tedavi almayan hastalardaki şema boyutu ve şema alanının çeşitliliğinin arttığını, tedavi ile ise baskın olan şema boyutu ve şema alanları puanlarının düşüyor olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca çalışmamızda tüm OKB'lilerde kardeşlerden kusurluluk/utanç ve karamsarlık şema boyutu baskın olarak hesaplanmışken; tedavi almayan OKB'lilerde ise kardeşlerden farklı olmadığı hesaplanmıştır.

OKB grubu otojen ve reaktif olarak 2 gruba ayrılarak yapılan değerlendirmelerde de bazı farklılıklar bulunmuştur. Buna göre otojen grupta reaktif gruba göre başarısızlık ve cezalandırılma şema boyutları ile diğerleri yönelimlilik şema alanının daha baskın olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre otojen obsesyonu olanların, reaktif obsesyonu olanlara göre akranlarına göre kariyer, para, statü, okul veya spor gibi alanlarda temelde yetersiz veya başarısız olduğuna dair inançlarının daha yoğun olduğu (başarısızlık şeması), yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiği- kendisi de dahil beklentilerini karşılayamayan insanlara yönelik öfkeli, tahammülsüz, cezalandırıcı ve sabırsız olma eğiliminde oldukları, kendisinin ve başkalarının hatalarını affetmede zorluk yaşama (cezalandırıcılık) konusunda daha çok sorun yaşadığı; sevgi ve onay almak, bağlantı hissini sürdürmek için kendi gereksinimleri pahasına başkalarının duygu ve tepkilerine daha çok odaklanma eğiliminde oldukları (diğerleri yönelimlilik) söylenebilir.

OKB grubunu otojen ve reaktif olarak ikiye ayırarak kardeş ve sağlıklı kontrol grupları ile yapılan kıyaslamalarda; duygusal yoksunluk şemasında kontrol ve otojen grup arasında; başarısızlık şemasında kontrol ile reaktif ve otojen OKB grupları arasında; karamsarlık şemasında kontrol ve reaktif OKB arasında; bağımlılık/yetersizlik şemasında kontrol ve reaktif OKB ile kontrol ve kardeş grupları arasında; terk edilme şemasında kontrol ve reaktif OKB arasında; cezalandırılma şemasında otojen OKB grubunun diğer tüm gruplar ile arasında; kusurluluk şeması kontrol grubunun otojen ve reaktif gruplar arasında farklılıklar olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlara göre otojen OKB grubu başarısızlık, duygusal yoksunluk, kusurluluk şemalarında kontrol grubuna göre daha baskın olurken, özellikle cezalandırılma şemasının diğer tüm gruplardan daha baskın olduğu görülmüştür.

Otojen obsesyona özgü olabileceği söylenebilecek şema boyutu cezalandırılma şemasıdır denilebilir.

Reaktif obsesyonu olan grupta ise başarısızlık (otojen gibi), karamsarlık, bağımlılık/yetersizlik (kardeş grubunda olduğu gibi), terk edilme şemaları kontrol grubuna göre daha baskın hesaplanmıştır.

Başarısızlık şeması otojen ve reaktif grupta daha baskınken, kardeş ve kontrol grubunda daha düşük puanlar olduğu görülmüştür. Buna göre başarısızlık şeması'nın, otojen veya reaktif gruba spesiflik göstermeksizin OKB ile ilintili olduğu söylenebilir.

Bağımlılık/yetersizlik şeması ise kardeş grubunda da kontrole göre baskındır. Yani kardeş grubunda da bu şema baskın olmasına rağmen OKB ortaya çıkmamış, ancak reaktif grupta da bu şemanın baskın olduğu görülmüştür. Buradan çıkabilecek olası sonuç şudur; kardeş grubunda bu şema kontrol grubuna göre baskın olduğu için reaktif obsesyonların kardeşlerde ortaya çıkması için bu şema endofenotip olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceğidir. Bağımlılık-yetersizlik şemasının reaktif OKB için bir risk faktörü veya endofenotipik bir belirteç olup olamayacağının değerlendirilebilmesi için daha büyük örneklemler ve bu şemanın baskın olduğu OKB yakınları veya normal popülasyonda uzunlamasına çalışmalar yapılarak reaktif OKB ortaya çıkıp çıkmayacağını gözlemlemek gerekir.

Karamsarlık ve terk edilme şemaları ise; kontrol, kardeş ve otojen gruba kıyasla reaktif grupta daha baskın olarak hesaplanmıştır. Aynı anne baba tarafından büyütülen ve benzer genetik yapıya sahip kardeşler ve otojen OKB hastalarına kıyasla reaktif grupta özellikle baskın olması, bu şemaların reaktif obsesyonlara özgü olduğu sonucunu doğurmuştur.

OKB grubunda belirtilerin 18 yaşından önce ve 18 ile 18'den sonra başlamasına göre hasta grubu 2'ye ayrılarak yapılan değerlendirmelerde ise; bu iki grup arasında şema ve şema alanları açısından fark bulunmamıştır.

Erken maladaptif şema aktivasyonunun, OKB'nin bir nedeni mi, yoksa bir sonucu olduğunu belirlemek zordur. Bu da baskın olarak bildirilen şemaların etiyolojik önemini kuşkuyla hale getirir. Bu nedenle, OKB'nin etiyolojisi, semptomatolojisi veya prognozu hakkındaki çalışma bulgularının anlamı henüz net değildir. Biz de bu çalışmada kardeş grubunu oluşturarak, hem genetik farklılıkları

hem de aile eksenli çevreden kaynaklanan farklılıkları en aza indirerek, bu iki alanda benzer olduğu düşünülen OKB ve hasta kardeşleri grupları arasındaki şemalardaki olası farklılıkların hastalığa özgü olabileceğini düşündük.

Önceki çalışmalarda OKB hastalarının ebeveynlerini nasıl algıladıkları ile ilgili yapılan çalışmalarda, duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç, bağımlılık/yetersizlik, başarısızlık, dayanıksızlık, cezalandırıcılık alt ölçeklerinde anlamlı derecede yüksek puanlar hesaplanmıştır (188). Bu sonuçlara rağmen OKB hastalarının davranışlarını nasıl ve hangi ebeveyn tutumlarının etkilediği konusunda kesin bir sonuca varmak için daha fazla araştırma yapılması gerektiği vurgulanmaktadır.

OKB'nin etyopatogenezinde ebeveyn tutumlarının etkililiğine ilişkin yapılan çalışmalar; kusurluluk/utanç ve sosyal izolasyon/yabancılaşıma şemaları baskın olan OKB hastalarının anne baba tutumlarının bu şemaların oluşmasına neden olabileceği bildirilmiştir (179), 2004 yılında Pino ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada OKB hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu oluşturulmuş, iki grup arasında ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarzlarını inceledikleri bir ölçek (Own Memories of Parental Rearing Experiences in Childhood) karşılaştırma yapılmıştır (180) ve OKB hastalarının, sağlıklı kontrol grubuna göre babaları tarafından daha fazla reddedildikleri şeklinde algıları olduğu ortaya konmuştur. Yine aynı çalışmada, yeterince sıcaklık göstermeyen ebeveyn davranış biçimlerinin, OKB'nin istifleme belirti boyutu ile ilgili olduğu bildirilmiştir. Daha önceden yapılan çalışmalarda OKB hastalarının, ebeveynlerini sağlıklı kontrollere göre daha reddedici, koruyucu veya yeterince sıcak olmayan şekilde algıladıkları bildirilmiştir (181-184). Bu çalışmalar 1980 yılında yapılan; OKB hastalarının ebeveynlerinin kendilerine karşı tutumlarını aşırı koruma, aşırı kontrol ve aşırı eleştirel olarak bildirdikleri şeklinde raporlanan çalışma ile uyumludur.

OKB'nin etyopatogenezine yönelik ebeveyn tutumlarına olan bu ilgi göz önüne alınarak bu çalışmada önceki çalışmalardan farklı olarak OKB hasta grubundaki katılımcıların sağlıklı kardeşlerinden oluşan üçüncü bir grup oluşturulmuştur. Kardeş grubuna katılanların da yapılan değerlendirmeler ile herhangi bir psikiyatrik tanı almadan, OKB grubundaki kardeşi ile aynı anne babanın büyümesi şartı ile çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma sonuçlarında hasta ve kardeş

grupları kıyaslandığında; karamsarlık ve kusurluluk/utanç şemasının hasta grubunda daha baskın olduğu bulunmuştur. Hastaların sağlıklı kontrollerden daha baskın olan sosyal izolasyon/yabancılaşma, başarısızlık ve cezalandırılma alanlarında aralarında anlamlı farklılıklar yoktur. Kardeş ve kontrol grupları incelendiğinde; iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, onay arayıcılık şemalarının hasta kardeşlerinde daha baskın olduğu görülmüştür.

Mevcut sonuçlardan yola çıkarak ortaya konabilecek olası hipotezler şunlar olabilir; birincisi, aynı anne-babanın büyüttüğü çocuklardan karamsarlık ve kusurluluk/utanç şeması baskın olanında OKB hastalığının ortaya çıkmıştır. Bunun yanında OKB grubunda sağlıklı kontrole göre daha baskın olan iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, onay arayıcılık şemalarının; OKB kardeşlerinde de sağlıklı kontrole kıyasla baskın olduğu göz önüne alındığında; bu şemaların genetik, anne- baba tutumları veya yetiştirme ortamı gibi etkenlerden dolayı OKB ve kardeşlerinde baskın hale gelen şemalar olduğu söylenebilir. Dolayısıyla bu şemalar, OKB kardeşleri ile OKB grubu arasındaki veya başka bir deyişle tanı almış bir gruba tanı almamış bir grubu ayırt etmemektedir denilebilir.

Mevcut sonuçlarla ilgili ikinci hipotez de şu şekildedir; OKB ve kardeş gruplarında ortak bir şekilde kontrol grubundan baskın olan iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, onay arayıcılık şemaları; hastalık meydana gelmesi için genetik, anne-baba tutumları veya yetiştiği ortam gibi çevresel etkenlerin etkisiyle iki grupta da baskın hale gelmiştir. Ancak bu şemaların daha şiddetli şekillerde ortaya çıkması hastalığa sebep olurken, hastaların kardeşleri gibi birinci derece yakınlarında görece daha az şiddetli olan şemalar OKB riskini göstermesine rağmen şiddete bağlı olarak klinik düzeyde OKB oluşturmamıştır. İkinci sonuca göre sadece OKB grubunda baskın olduğu görülen karamsarlık ve kusurluluk/utanç şemaları ise hastalığa ikincil ortaya çıkmış olabilir. Önceki yapılan çalışmalarda şema ölçümlerinin farklı zamanlarda ve farklı şartlar altında değişkenlik gösterebileceği vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızdaki hasta grubunun yale brown obsesyon kompulsiyon ölçeği ortalama puanı  $15.69 \pm 3.383$  (min:7 max:20) olarak hesaplanmıştır. Buna hasta grubu katılımcılarının genel olarak orta şiddette OKB hastaları olduğu söylenebilir. Hastalık şiddeti, şema puanlarını etkileyebilir. Bu nedenle hastalık döneminde şema boyutları incelenmiş OKB hastalarının, remisyona girmiş oldukları durumlarda da

şema boyutlarının belirlenerek yapılacak çalışmalar ve kardeşlerinin uzunlamasına takibi, bu konuda hangi düşüncenin daha doğru olduğu konusunda daha net bilgiler sağlayabilir. İkinci hipotezden yola çıkarak; OKB ve kardeş gruplarında ortak olan şema boyutlarına rağmen kardeşler arasındaki hastalığın ortaya çıkışı konusundaki farklılık, aynı şema boyutlarına rağmen farklı klinik görünümüne nedeniyle ayrıca inceleme gerektirir. Bu durum bizim örneklemimizde kardeş gruplarının daha yüksek eğitim seviyesi nedeniyle olabileceği gibi, aile içi dinamikleri etkileyebilecek ailede küçük veya büyük çocuk olmak, ek çocukluk travması olup olmaması gibi etkenlere bağlı olarak da hem şema boyutlarının derecesi hem de hastalığın ortaya çıkıp çıkmamasını etkileyen faktörler olabilir.

Şema alanları ile yapılan kıyaslamalarda; OKB ve OKB kardeşi grupları arasında hiç bir şema alanında fark çıkmadığı ve buna rağmen sağlıklı kontrollere göre bazı şema alanlarının baskın olduğu görülmektedir. OKB grubunun sağlıklı kontrollerden daha baskın olduğu şema alanları; zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar; kardeş grubunun sağlıklı kontrollerden daha baskın şema alanı zedelenmiş otonomidir. Şema boyutlarındaki ikinci hipotez gözüyle bu sonuçlar ele alınacak olursa, kardeş ve OKB grubu arasında şema alanları konusunda fark çıkmaması (benzer genetik, aynı çevre ve anne-babaya rağmen), ancak sağlıklı kontrollerden baskın olarak bazı şema alanlarının varlığı, bu şema alanlarının hastalıkla ilgili olduğunu gösteriyor olabilir. Ancak OKB ve kardeş grubunda farklı şiddetlerde olan bu şema alanlarında; OKB'de kardeşlerinden anlamlı olarak daha baskın olmasa da daha yüksek puan aldığı; zedelenmiş otonomi, kopukluk, yüksek standartlar şema alanları konusunda şu hipotezler kurulabilir; 1. hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra baskın hale gelmiştir, 2. bu şema alanları baştan beri kardeşinden daha baskın olduğu için hastalığa sebebiyet vermiştir. Birinci görüşün geçerliliğini test edebilmek için şema boyutlarında olduğu gibi kardeş grubu da uzun almasına takip edilmesi, OKB grubu da remisyon durumlarında yeniden değerlendirilmelidir. Bu sayede hastalık kliniğinin hangi şema boyutu ile paralellik gösterdiği bulunabilir. 2. hipotez üzerinde durulursa eğer; bu defa da şema boyutlarında olduğu gibi, benzer genetik, aynı anne-baba, aynı yetiştirme ortamına rağmen kardeşleri ile OKB grubunun neden farklı şema alanları olduğu sorusu ortaya çıkmaktadır. Bu durumda da mevcut çalışmamızın kardeş ve OKB grupları

arasındaki şema farklılıklarını irdeleyen daha kapsamlı bir çalışma desenine ihtiyaç duyulmaktadır (ailedeki büyük-küçük çocuk olma durumu, olası çocukluk travması geçirmiş olmak vb.).

Özetlemek gerekirse; OKB kardeşlerinin prospektif bir çalışma dahilinde incelendiği varsayılmış olsa, OKB'nin genetik yönü de göz önüne alınarak, kardeşlerde OKB ortaya çıkması durumunda da bu şemalar (iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, onay arama) ile zedelenmiş otonomi şema alanı; sadece OKB ve sağlıklı kontroller ile yapılan çalışma sonuçlarından daha güçlü bir şekilde hastalığa neden olan faktörler olarak ele alınacaktır. Ancak hayat boyu kardeşlerde bu hastalık ortaya çıkmazsa, bu şemaların ve şema alanının, OKB hastalarında veya kardeşlerinde, sağlıklı kontrollerden daha baskın olmasının, OKB'nin etyopatogenezine yönelik yapılan değerlendirmelerde bir önemi kalmayacaktır. Çünkü bu şema boyutları ve şema alanına sahip olan kardeşlerde asla OKB gelişmemiş olup, ya tam iyilik halinde ya da eşik altı belirtilerle bir gidişat söz konusu olmuştur.

### **5.3.2. OKB Belirti Boyutları ile Erken Maladaptif Şemaların Arasındaki İlişki**

OKB'nin kliniği; etiyolojisi ve prognozunda önerilen heterojenitesi göz önüne alındığında, bazı şemaların daha yüksek puanı olması, hastalığın farklı OKB alt grupları ile ilgili olabilir. Yani bazı şemaların baskın olması, belli bazı OKB alt grubuna özgü olabilir (231,232). Bu nedenle OKB belirti boyutlarının diğerlerine göre daha çok ilişkili olduğu şema veya şema alanları önem kazanmaktadır.

Obsesyon ve ilişkili kompulsyon alt türleri şemalar ve şema alanları açısından incelendiğinde; bulaş ve temizlik obsesyonları ile ilişkili kompulsyonlar, diğer alt tiplere göre cezalandırılma şemasından ( $p=0,012$ ) ve diğerleri yönelimlilik şema alanından ( $p=0,038$ ) anlamlı derecede daha az puan aldılar.

Simetri-sıralama-sayma-düzenleme obsesyon ve ilişkili kompulsyonları olanlar da, diğer obsesyon ve ilişkili kompulsyonu olanlardan, diğerleri yönelimlilik şema alanından anlamlı derecede daha az puan almıştır ( $p=0,038$ ).

Somatik obsesyon ve ilişkili kompulsyonu olanların diğer alt türlerden göre yüksek standartlar şemasının daha baskın olduğu görülmüştür ( $p=0,24$ ).

Saldırganlık obsesyonu ve ilişkili kompulsiyonu olanların, diğerlerine göre diğerleri yönelimlilik şema alanının baskın olduğu görülmüştür ( $p=0,016$ ).

Kim ve ark.'nın (175) yaptığı çalışmada; cinsel-dini obsesyonları olanların, daha önceden yapılan çalışmalarda olduğu gibi (235), birçok şema ve kişilik bozukluğu ile ilgili olabileceğini bildirmişlerdir. Cinsel-dini obsesyonu olanlarda özellikle hastalıklar veya zarar görme karşısında dayanıksızlık ile yapışıklık/gelişmemiş benlik şemalarının baskın olduğu bildirilmiştir.

Young ve ark.; zarar veya hastalık ihtimali karşısında kişinin olasıkları felaketler düzeyinde algılayarak korktuğunu, buna bağlı kaçınmalarının ve aşırı telafi edici davranışlarının başladığını, sonuç olarak hayatlarının sınırlandığını ifade etmektedir. Daha sonra da bu kişilerde yer edinen sihirli düşünceler berbaerinde zorlayıcı ritüelleri getirir. Yapışıklık/gelişmemiş benlik şeması baskın olan biri, bir ebeveyn figürüyle ilişkili olarak sınırların bulanışlaştığı, o ebeveynden ayrılması konusundaki tüm düşünceleri, duyguları ve davranışları bastırıldığını belirtir. Bu şemalar bireyleri cinsel ve dini içeriğe tepki olarak, aşırı sorumluluk duygusu içine sokabilir (236).

Bizim çalışmamızdaki sonuçlar ise daha önceden yapılan az sayıdaki çalışmaya nazaran daha çeşitli ve farklı bulgular içermektedir. Çalışmamızda öncekilerden farklı olarak cinsel-dini obsesyonlar hiç bir şema veya şema alanı ile ilişkili bulunmamıştır. Öncekilerden farklı olarak bulaş obsesyonları cezalandırılma şemasından daha az puan almıştır. Şema alanları açısından daha önceden bir çalışma olmamakla birlikte, bizim çalışmamıza göre diğerleri yönelimlilik şema alanında bulaş ve simetri-sıralama-sayma obsesyonları daha az puan alırken, bu şema alanı saldırganlık obsesyonu olanlarda daha baskın olarak hesaplanmıştır. Ayrıca daha önceki çalışmalarda ayrı bir grup olarak değerlendirilmeyen somatik obsesyonları olan hastaların, diğerlerine göre yüksek standartlar şemasının daha baskın olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda özellikle belirti boyutları arasında farklılık gösteren diğerleri yönelimlilik şema alanı baskın olan hastalar; (saldırganlık obsesyonu) kendi ihtiyaçlarından çok başkalarının ihtiyaçlarını karşılamaya önem verirler. Onaylanma, duygusal bağlantıyı sürdürme, tepkiden kaçınma için bunu yaparlar. Başkaları ile etkileşim kurduklarında kendi ihtiyaçlarından çok başka kişilerin tepkilerine aşırı bir

şekilde odaklanma eğilimindedirler. Genelde öfke ve tercihlerinde farkındalık yoksunluğu yaşarlar. Çocukken doğal eğilimlerini izlemede özgür değillerdir. Erişkin olarak içsel bir şekilde idare edilmekten ziyade, dışsal bir şekilde yönlendirilir ve başkalarının arzularına uyarlar. Ailenin tipik kökeni koşullu kabullenmeye dayanır: çocuklar, sevgi ve onaylanma elde etmek için kendilerinin önemli yönlerini kısıtlar. Pek çok ailede, ebeveynler çocuklarının özel ihtiyaçlarını yerine kendi duygusal ihtiyaçları ya da ‘sosyal görünümlerine’ değer verirler.

Somatik obsesyonlarda baskın olarak görülen yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik şeması; kınanma ve utançtan kaçınmak için benimsenmiş yüksek standartları karşılamayla uğraşmak zorunda kalma duygusudur. Şema tipik olarak kendisine ve başkalarına yönelik sürekli baskı ve aşırı eleştiricilik duygusuna sebep olur. Hastanın sağlığı, öz saygısı, ilişkileri ya da memnuniyet deneyimlerinde önemli bir bozulma olması gerekir. Şema genelde, 1-mükemmeliyetçilik; doğru şeyler yapma ihtiyacı, detaylara aşırı dikkat, performans düzeyini küçümseme, 2-akıl dışı ahlaki, kültürel ya da dinsel standartlar içeren hayatın bir çok alanında katı kurallar ve ‘zorunluluklar’, 3-zaman ve verimlilik kaygısı olarak görünür.

### **5.3.3. OKB olan hastalarda Erken Maladaptif Şemalar ve Klinik Değişkenler Arasındaki İlişki**

Bizim çalışmamızda aynı ebeveyn tarafından büyütüldüğü için benzer dinamiklere sahip olabileceği düşünülen OKB ( $12,29 \pm 3,990$ ) ve kardeş grupları ( $14,35 \pm 3,440$ ) arasında eğitim yılı düzeylerinin anlamlı derecede farklı olduğu görülmektedir ( $p=0,005$ ). Young, şemaların çocukluk döneminde veya daha sonra biçimlenebileceğini, toksik çocukluk deneyimleri ile şekillenen şema boyutlarının birçok eksen bir psikopatolojinin nedeni olabileceğini ifade etmişti. Şema bu açıklamalara göre çocukluk ve ergenlik boyunca gelişir ve kişinin sonraki yaşamı boyunca karmaşıklaşır. Temel görüş çocuklukta çekirdek duygusal ihtiyaçların karşılanmaması sonucu ortaya çıktığıdır. Genellikle çok güçlü olan ve erken dönemde gelişen temalar, çekirdek aile içinde ortaya çıkarlar. Büyük ölçüde çocuğun ailesinin dinamikleri, çocuğun erken dönemdeki dünyasının dinamikleridir. Erken gelişen ve kişinin özüne en yakın olan şemalar, çekirdek aile içinde gelişir ve aile içindeki sorunlar, genellikle erken dönem uyumsuz şemaların birincil kaynağını



oluşturur. Şema terapinin amacı olan sağlıklı yetişkin modu ve mutlu çocuk modu; benliğin becerikli, güçlü ve iyi işlev gösteren bölümüdür. Terapide hedef de hastanın bu yönü ile bağ kurmayı ve bunu destekleyerek güçlendirmeyi gerektirir. Daha sağlıklı ve daha iyi işlev gösteren hastalar daha güçlü bir 'sağlıklı yetişkin mod'una sahipken, daha ciddi belirtileri olan hastalar, genellikle daha zayıf bir 'sağlıklı yetişkin mod'una sahiptir.

Erken dönem uyum bozucu şemaların herkeste farklı boyutlarda ve farklı şiddetlerde var olduğu ve bunun en güçlü belirleyicisinin erken çocukluk dönemindeki ebeveyn ilişkilerinin psikodinamiği çerçevesinde karşılanmamış çekirdek ihtiyaçlar olması göz önüne alındığında, eğitim düzeyinin hastalığın ortaya çıkması ile doğrudan ilişkili olabileceği ile ilgili bir sonuca varılabilir. Benzer şemaların ortaya çıkması ve sonucunda OKB hastası olmaya götüren benzer sorunlara maruz kalmış olduğu varsayılan kardeşlerin, daha yüksek eğitim düzeyi sayesinde, uyumsuz baş etme modları yerine; 'sağlıklı yetişkin modu'nu daha aktif var edebildikleri düşünülebilir. Yani eğitimin 'sağlık yetişkin modu'nu desteklediği söylenebilir. Çalışmamızda eğitim düzeyi; erken dönem maladaptif şemalar, şema devamlılığına neden olan uyumsuz baş etme biçimleri ve hastalıklara neden olduğu önceden ortaya konan modlar yerine; 'sağlıklı erişkin mod'un daha baskın olmasını sağlayan bir etken olarak gösterilmiştir. Kardeş grubu ile hasta grubunun eğitim seviyelerinin anlamlı derecede farklı çıkmış olmasına ilişkin diğer bir hipotez de; eğitim seviyelerinin sonucu etkileyen bir etmen değil, kendisinin bir sonuç olduğudur. Bu varsayıma göre OKB grubu hastalar, henüz hastalığın ortaya çıkmadığı dönemlerden itibaren hastalığın endofenotipik olarak var olduğu veya eşik altı belirtilerin (örneğin bilişsel bozulmanın) olması nedeniyle, kendilerinden daha iyi durumdaki kardeşleri kadar yüksek seviyede eğitim alamamışlar veya eğitime devam edememiş olabilirler. Bu varsayıma göre de eğitim yılı farklılığı, bir sonuç olarak ortaya çıkmaktadır.

Şemaların veya şema alanlarının eğitim yılı ile korele olup olmadığı incelendiğinde, OKB ve kontrol grubunun her bir şema veya şema alanı ile aralarında anlamlı derecede bir korelasyon olmadığı görülmüştür. Daha önceden yapılan çalışmalarda da şemaların oluşumu ile ilgili eğitim seviyesinin bir değişken olabileceğine dair veri mevcut değildir. Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu

arasında bir fark çıkmamasına rağmen; kardeş grubunda ise; başarısızlık şeması puanı ile eğitim yılı düşük orta derecede negatif yönde korele, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme /bağımlılık şeması ile kopukluk şema alanı negatif yönde orta derecede korele olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre; şema boyutları ve şema alanlarının oluşması için eğitim ana etken değildir. Çünkü hasta ve kontrol grubu arasında eğitim düzeyi açısından fark olmamasına rağmen şemaları farklıdır. Şema puanları hasta ve kontrol grupları arasında kümelenen kardeş grubunun ise genetik, aynı anne baba ve aynı ortamda yetişmesi nedeniyle benzer şemalara sahip olabileceği öngörülebilir. Ancak eğitim düzeyi daha yüksek olan kardeş grubunda eğitim yılı arttıkça başarısızlık, karamsarlık, sosyal izolasyon/güvensizlik, duyguları bastırma, iç içe geçme /bağımlılık şeması puanı düşmüştür. Bu durum, aynı psikopatolojik zemine sahip olma ihtimali çok yüksek olan kardeşler ve OKB grubu arasındaki bir fark olarak ortaya çıkmıştır. Buna göre eğitim düzeyi arttıkça şema boyutlarının şiddeti azalmakta, sağlıklı yetişkin modu aktiflenmektedir. Bu da OKB gibi eksen bir tanıların azalması anlamına gelir. Bu durum şu şekilde de değerlendirilebilir; şemaların sayısı ve şiddeti konusunda OKB grubundakiler bozulmuş sosyal uyumları nedeniyle daha uzun süre eğitim almamış da olabilirler. Yani eğitim yılı farklılığı şema ilişkisi, birbirinin sebebi veya sonucu olabilir. Daha önceden şemalar üzerine eğitim düzeyinin etkisi konusunda bir veri olmamasına rağmen bu çalışma, eğitim düzeyinin şemaların şiddetini azaltan, hastalıklardan koruyan bir etken olduğunu göstermektedir.

Şemalar ve şema alanları puanları gelir düzeyine göre kıyaslandığında, aralarında yalnızca cezalandırılma şemasında farklılık olduğu bulunmuştur. 1500-3000 tl gelir seviyesinde olanların, 1500 tl ve altı ile 3000 tl üzeri gelir seviyesi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede cezalandırılma şemasının baskın olduğu görülmüştür. (p=0,13) Gelir seviyesinin önceki çalışmalarda şema oluşumu üzerine etkisi konusunda bir veri olmamakla birlikte bizim çalışmamızda OKB hastalarında 1500-3000 TL gelir sahibi olanlar, daha az veya daha çok kazananlara göre cezalandırıcılık şemasının anlamlı bir şekilde daha baskın olduğunu göstermiştir. Bu şemada; kişilerin hata yaptıkları için sertçe cezalandırılmak zorunda oldukları kanaati vardır. Kişinin standartlarını karşılamayan kişilere- kendisi dahil,

hoşgörüsüz ve öfkeli olma eğilimini kapsar. Genelde güçlükle unutulmuş hatalar görülür çünkü hafifletici unsurları hesaba katma, insani kusurları kabullenmede ya da kişinin niyetlerini göz önünde tutmada isteksizdir.

Atalay ve ark. (188) ile Kim ve ark.'nın (175) yaptıkları çalışmalarda bağımlılık/yetersizlik şeması dışında kalan şemaların hastalık şiddeti ile bir bağlantısı olmadığı şeklinde sonuçlar açıklanmıştır. Ancak bizim çalışmamızda bağımlılık/yetersizlik şeması dışında bir çok şema ve öncekilerden farklı olarak bir çok şema alanında; yale brown obsesyon, kompulsiyon veya toplam puanları ile korelasyonlar olduğu görülmüştür.

Yale brown obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanları ile şemalar ve şema alanları puanlarının korelasyon analizleri yapılmıştır. Buna göre şema alanlarından başarısızlık, karamsarlık, onay arayıcılık, iç içe geçme bağımlılık/yetersizlik şemaları, yüksek standartlar şemaları obsesyon, kompulsiyon, toplam puanlar ile pozitif yönde korele bulunmuştur.

Sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk şemaları ile kopukluk şema alanı kompulsiyon ve toplam puanlarda korele bulunmuştur.

Yüksek standartlar şema alanı obsesyon alt ölçeği puanı ile korele bulunmuştur.

Terk edilme şeması kompulsiyon ölçeği puanı ile korele bulunmuştur.

Zedelenmiş otonomi şema alanı obsesyon ve toplam puanlar ile korele bulunmuştur.

Yale brown alt ölçekleri ile şema ve şema alanları korelasyonları;

Başarısızlık şeması puanı; obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanlarda pozitif yönde orta derecede korele,

Karamsarlık şeması puanı; obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanlarda pozitif yönde düşük orta derecede korele,

Sosyal izolasyon/güvensizlik şeması puanı; kompulsiyon ve toplam puanlarda pozitif yönde düşük orta derecede korele,

Onay arayıcılık şeması puanı; obsesyon ve toplam puanda orta, kompulsiyon düşük orta derecede pozitif korele,

İç içe geçme bağımlılık şeması puanı; obsesyon ve toplam puanda düşük orta, kompulsiyonda ve toplam puanda orta derecede pozitif korele,

Terk edilme şeması puanı kompulsiyonda pozitif yönde düşük orta derecede korele,

Kusurluluk şeması puanı; kompulsiyon ve toplam puanda pozitif yönde düşük orta derecede korele,

Yüksek standartlar şeması puanı; obsesyonda pozitif yönde düşük orta derecede korele,

Zedelenmiş otonomi şema alanı puanı; obsesyonla düşük orta, kompulsiyonla orta derecede pozitif korele,

Kopukluk şema alanı puanı; kompulsiyon ve toplam puanda pozitif yönde düşük orta derecede korele,

Yüksek standartlar şema alanı puanı; obsesyon, kompulsiyon ve toplam puanlarla pozitif yönde orta derecede korele bulunmuştur.

Bu sonuçlar; hastalık şiddeti ile şemaların baskınlık derecesinin korelasyonu konusunda önceki çalışmalardan farklıdır. Daha çok sayıda katılımcı ile yapılacak değerlendirmeler ile bu çelişkiler gelecekte giderilebilir. Çalışmamızda önceki bölümlerde OKB grubuna özgü olan karamsarlık ve kusurluluk/utanç şeması ile kardeş grubunun kontrol grubundan daha baskın olduğu iç içe geçme/bağımlılık ve terk edilme şema boyutlarının pozitif yönde bazı korelasyonlar gösterdiği görülmektedir. İki hipotez çerçevesinde sonuçları yorumlarken, şema kuramı çerçevesinde aynı zemine sahip olabileceğini öngördüğümüz OKB ve kardeş grupları arasındaki, hastalığın ortaya çıkmasına neden olan farklılığın şema boyutlarının baskınlık derecesi olabileceğini söylemiştik. Korelasyon analizi sonuçlarına göre OKB grubunun her iki gruptan da daha baskın olduğu karamsarlık ve kusurluluk/utanç şema boyutu hem obsesyon hem kompulsiyon hem de toplam puanlarda pozitif yönde korele bulunmuştur. Karamsarlık ve kusurluluk/utanç şeması yanında daha bir çok şema boyutu ve şema alanının pozitif yönde korele olması, bu konuda daha önceden kurduğumuz hipotezi desteklemektedir. Yani OKB ve kardeş grupları aynı şema zemininde olup, aralarındaki fark mevcut şemanın şiddeti olabilir.

Hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresinin şema ve şema alanları ile bağlantısı konusunda önceki çalışmalarda bir bağlantı bildirilmemiştir. Bizim çalışmamızda yapılan korelasyon analizlerine göre; hastalık süresinin şema veya şema alanları ile bir bağlantısı bulunmazken; hastalık başlangıç yaşı ile kendini feda

şeması orta derecede pozitif yönde korele (korelasyon katsayısı 0,429), diğerleri yönelimlilik şema alanı düşük orta derecede pozitif yönde korele (korelasyon katsayısı 0,309) bulunmuştur. Bizim çalışma sonuçlarımıza göre hastalık başlangıç yaşı arttıkça baskın hale gelen kendini feda şemasında birey; isteyerek kendi memnuniyetleri uğruna başkalarının ihtiyaçlarını giderirler. Bunu, muhtaç olarak gördükleri kişilerle duygusal bağlantı sürdürmek ya da öz saygı kazanmak, suçluluktan kurtulmak, başkalarını acıdan korumak için yaparlar. Kendi ihtiyaçlarının yeterince giderilmediği duygusunu içerir ve bu durum kızgınlık duygusuna yol açabilir. Hastalık yaşı arttıkça baskın hale gelen şema alanı da diğerleri yönelimlilik şema alanıdır.

Bunun yanında önceki literatürden farklı olarak hasta grubu 18 yaşından önce ve 18 ile 18'den sonra başlangıç gösterenler olarak 2 gruba ayrıldığında, ilginç bir şekilde aralarında şema boyutları ve şema alanları konusunda bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen doğaya sahip bir hastalıktır. Bu nedenle hastalığın çeşitli özelliklerinin ilişkili olarak gruplandırıldığı daha homojen özelliklere sahip alt tiplerini tanımlamaya yönelik çalışmalarda gözle görülür bir artış bulunmaktadır. OKB hastalarının homojen alt gruplarının belirlenmesi bu hastalardaki patofizyolojik mekanizmaları anlamak, tedaviye verilen cevaplar arasındaki farkları anlayabilmek ve yeni tedavi yöntemleri geliştirmek açısından önemlidir. Biz de çalışmamızda hastalığın etyopatogenezi, endofenotipi ve tedavi müdahaleleri konusunda bir araştırma yaptık. Hem ortaya çıkış nedenleri hem de tedavi yaklaşımı konusunda bir bağ kurmaya çalıştık.

Çalışmamızın sonuçları köken aldığımız literatür sonuçlarıyla kısmen uyumludur. Sonuç olarak çalışmada önceki çalışmalara benzer şekilde OKB hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında farklar tespit edilirken, ilk defa olarak kardeş grubu oluşturarak; OKB ve sağlıklı kontrol grupları arasında tespit edilmiş olan şema veya şema alanları farklarının geçerliliği yeni bir süzgeçten geçirilmiştir. Çalışmamızda bu süzgeçten de geçirdikten sonra OKB'yi sağlıklı gruplardan; hem sağlıklı kontrol grubu, hem de kardeş grubundan ayıran asıl farkın karamsarlık ve kusurluluk/utanç şeması olduğunu bulduk. Bunun yanında aynı anne babanın büyüttüğü OKB hastası olan veya olmayan grupların; sağlıklı kontrole göre de iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, onay arayıcılık şemalarının baskın olduğunu, bu şemaların da genetik, ebeveyn tutumları ve yetiştirme ortamı ile daha çok ilişkili olabileceği hipotezini geliştirdik.

Çalışmamızda OKB belirti boyutlarının da, özgül şemalar ve şema alanları bağlantıları irdelenmiş ve heterojen bir hastalık olarak kabul edilen OKB'ye şema kuramı çerçevesinde altı semptom boyutu irdelenmiştir. Aynı zamanda daha önceki literatürden farklı olarak OKB boyutları otojen ve reaktif obsesyon grupları olarak ayrılarak, şema ve şema alanları karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; hastaların bir kısmının remisyonda OKB olup ilaç kullanmaktayken değerlendirilmeleri, bir kısmının ise hastalık belirtilerinin şiddetli olduğu, henüz tedavi almadığı bir aşamada değerlendirilmiş olmasıdır. Bu durum

şemaların veya şemaların şiddeti etkileyebilecek bir etken olabilir. Diğer bir kısıtlılık şema anketlerinin öz bildirimine dayalı olması nedeniyle güvenilirliğinin kişiden kişiye değişmesidir. Üçüncü kısıtlılık ise örneklem boyutunun küçük oluşudur. 42 hasta ve 42 kontrol alınmıştır ve bu önceki çalışmalarda alınan katılımcı sayıları ile benzerdir. Ancak altı belirti boyutu olarak OKB grubu alt gruplara ayrıldığında, birçok kişide birden fazla belirti de olduğu göz önüne alındığında 14 alt grup meydana geldi (Tablo 5). Belirtilerin farklı kombinasyonlarının bir araya gelmesi ile daha fazla sayıda da alt grup meydana gelebileceğinden, hasta grubu başta olmak üzere daha fazla sayıda katılımcı olması daha anlamlı sonuçlara ulaşmak için şarttır. Örneğin çalışmamızda ana belirti gruplarından olan istifleme obsesyonu olan 2 hasta çalışmaya alınmış olup, sadece istifleme obsesyonu olan sadece bir hasta olduğundan, istifleme obsesyonu olanların şema ve şema alanları açısından geçerliliği çok düşük bir değerlendirme olmuştur. Çalışmanın dördüncü kısıtlılığı ise OKB grubunun kardeşlerinden oluşan grubun sayısının diğer iki gruptan düşük olmasıdır. OKB grubunda olup da kardeşi olmayan veya kardeşinin çalışmaya katılmayı kabul etmediği bir grup OKB hastası daha vardır. Çalışmamızın kardeş grubu, OKB hasta grubu katılımcılarının her birinin kardeşinin katılımı ile, yani aynı sayıda iki grup oluşturulabilmiş olsaydı, istatistiksel olarak daha anlamlı bir kıyaslama olabilirdi. Çalışmanın beşinci kısıtlılığı, OKB belirti boyutlarının geçmişte ve şimdi birlikte bütün olarak gruplandırılmış olmasıdır. Beşinci kısıtlılık; bazı yazarlar, şema alanlarının veya şemaların sürekli değişkenlik gösterebileceğini iddia etmektedirler. Ölçülen şemaların da ruh hali değişkenliklerinin ürünü olduğunu belirtirler (233,234). Bu nedenle temel inançlar gibi kalıcı hassasiyete sahip bulgular, ilerki çalışmalarda birlikte değerlendirmeyi gerekli kılabilir. Başvuru esnasında yapılan şema değerlendirmesi, aktif belirti boyutu ile veya remisyonda olan belirti boyutları ile farklılık gösterebilir. Çalışmanın altıncı kısıtlılığı ise şema veya şema alanlarının daha önceden yapılan çalışmalarda bölgesel veya coğrafi farklılıklar gösterebileceği söylendiğinden, çalışmamızın tek merkezden yapılmış olmasıdır. Bu nedenle bu konuda yapılacak bir çalışmanın daha çok katılımcı ile çok merkezli yapılması daha faydalı olacaktır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Lochner C, Stein DJ. Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Harv Rev Psychiatry*. 2003; 11(3):113-132.
2. Stanley MA, Turner SM. Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy* 1995; 26:163-186.
3. Baer L, Minichiello WE. Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. In: Jenike, M.A, Baer, L., Minichiello, W.E. (Eds.), *ObsessiveCompulsive Disorder: Practical Management*. Mosby, St. Louis, 1998:132-164.
4. Pigott T, Seay S. Pharmacotherapy of OCD. *International Review of Psychiatry* 1997; 9:133-147.
5. Ackerman DL, Greenland S. Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2002; 22:309-317.
6. Steketee G, Pigott T. *Obsessive-Compulsive Disorder: The Latest Assignment and Treatment Strategies*, 3rd ed. Compact Clinicals, Salt Lake City, 2006.
7. Saunders BE, Villeponteaux LA, Lipovsky JA, Kilpatrick DG, Veronen LJ. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: a community survey. *Journal of Interpersonal Violence* 1992; 7:189-204.
8. Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, van Kradenburg J, Seedat S, Niehaus DJ, Stein DJ. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety* 2002; 15:66-68.
9. AuBuchon PG, Malatesta VJ. Obsessive compulsive patients with comorbid personality disorder: associated problems and response to a comprehensive behavior therapy. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994; 55:448-453.



10. Abramowitz JS. The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 51:407-416.
11. Jenike MA, Baer L, Minichiello WE, Schwartz CE, Carey RJ. Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1986; 143:530-532.
12. Baer L, Jenike MA, Black DW, Treece C, Rosenfeld R, Greist J. Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49:862-866.
13. Goodwin DW, Guze SB, Robins E. Follow-up studies in obsessional neurosis. *Archives of General Psychiatry* 1969; 20:182-187.
14. Sookman D, Pinard G, Beauchemin N. Multidimensional schematic restructuring treatment for obsessions: theory and practice. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1994; 8:175-194.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Pres. Washington DC. Koroğlu E.(çeviren), Hekimler Yayın Birliği. Ankara: 1996.
16. Öztürk MO. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapevleri. Ankara: 2008.
17. Veale D. Psychopathology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatry* 2007; 6(6): 225- 228.
18. Jakes I. *Theoretical approaches to obsessive-compulsive disorder*. Cambridge, Cambridge University Press, 2006:1-10.
19. Berrios GE. *The History of Mental Symptoms*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996:140-156.
20. Berrios GE. Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Compr Psychiatry*, 1989; 30:283-95.

21. Akgün N. Obsesyonel nevroz saplantı zorlantı bozukluğu Isl ed. Edited by Akgün N, Nobel Tıp Kitapevi, 1989.
22. Akhtar S, Wig NN, Varma VK. A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry*, 1975; 127:234-48.
23. Dowson JH. The phenomenology of severe obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry*, 1977; 131:75-8.
24. Stern Rs, Cobb JP, Marks IM. A preliminary report on clinical response and plasma levels of clomipramine and desmethylclomipramine in obsessive-compulsive neurosis. *Postgrad Med J*, 1977; 53(4):97-103.
25. Khanna S, Channabasavanna SM. Towards a classification of compulsions in obsessive-compulsive neurosis. *Psychopathology*, 1987; 20:23-8.
26. Khanna S, Channabasavanna SM. Phenomelogy of obsessions in obsessive-compulsive neurosis. *Psychopathology*, 1988; 21:12-8.
27. Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*, 1994; 55:18-23.
28. Cullen B, Brown CH, Riddle MA. Factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale in a family study of obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 2007; 24:130-8.
29. Denys D, de Geus F, van Megen HJ. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: factor analysis on a clinician-rated scale and a self-report measure. *Psychopathology*, 2004; 37:181-9.
30. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 2005; 162:228-38.
31. Leckman JF, Rauch SL, Mataix-Cols D. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Implications for DSM-V.CNS Spectr, 2007; 2:376-400.

32. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC. Meta-analysis of the factorstructure of obsessive-compulsive disorder. *Am L Psychiatry*, 2008; 165:1532-42.
33. Rosario-Compos MC, Miguel EC, Quatrano S. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimesions. *Mol Psychiatry*, 2006; 11:495-504.
34. Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 2002; 360(9330): 397-405.
35. Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE, Leef PJ, Orvaschal H. Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch GenPsychiatry* .1984; 41(3):959-967.
36. Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comp Psychiatry*. 2004; 45(5): 367-374.
37. Karno M, Golding, J.M, Sorenson S. B, Bumam M. A. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*. 1988; 45(12): 1094-1099.
38. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton: Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatri Scand Suppl*. 1994; 376:24-35
39. Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D, Rössler W. Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*. 2004; 254(3): 156-164.

40. Grabe H. J, Meyer C, Hapke U, Rumpf H. J, Freyberger H. J, Dilling H, John U. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2000; 250(5): 262-268
41. Janowitz D, Grabe H. J, Ruhrmann S, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Wagner, M. Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety*. 2009; 26(11): 1012-1017.
42. Rasmussen SA, Eisen JK. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992; 15(4): 743-758.
43. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W. A family study of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995; 152(1):76-84
44. Grabe HJ, Ruhrmann S, Spitzer C, Josepeit J, Ettelt S, Buhtz F, Hochrein A, Schulze- Rauschenbach S, Meyer K, Kraft S, Reck C, Pukrop R, Klosterkötter J, Falkai P, Maier W, Wagner M, John U, Freyberger HJ. Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychopathology*. 2008; 41(2):129-34.
45. Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2004; 45(5): 362-366.
46. Jaisooriya T. S, Reddy Y. C, Srinath S, Thennarasu K. Sex differences in Indian patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2009; 50(1): 70-75.
47. Hettema JM, Prescott CA, Myers JM. The structure of genetic and enviromental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arc Gen Psychiatry*, 2005; 62: 182-9.
48. Nestadt G, Samuels J, Riddle M. A family study of obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2000; 57(4): 358-63.

49. Carey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobia and obsessive-compulsive disorder. *Anxiety: New Research and Changing Concepts*, D Kzlein, JRapkin (Ed), Newyork, Raven Pres, 1981; 117-136.
50. Clifford CA, Murray RM, Fulker DW. Gevnetic and enviroöental influences on obsessional traits and symptoms. *Psychol Med*, 1984; 14: 791-800.
51. Taylor S. Etiology of obsessions and compulsions: a meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clin Psychol Rev*, 2011; 31: 1361-72.
52. Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 2008; 148: 133-9.
53. Hemmings SM, Stein DJ. The current status of association studies in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin North Am*, 2006; 29; 411-44.
54. Lin PY. Meta-analysis of the association of serotonin transporter gene polymorphism with obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2007; 31: 683-9.
55. Billet EA, Richter MA, King N. Obsessive-compulsive disorder, response to serotonin reuptake inhibitors and the serotonin transporter gene. *Mol Psychiatry*, 1997; 2:403-6.
56. Bengel D, Greenberg BD, Cora-Locatelli G. Association of the serotonin transporter promoter regulatory region polymorphism and obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*, 1999; 4:463-6.
57. Hu XZ, Lipsky RH, Zhu G. Serotonin transporter promoter gain-of-function genotypes are linked to obsessive-compulsive disorder. *Am J Hum Genet*, 2006; 78:815-26.
58. Azzam A, Mathewa CA. Meta-analysis of the association between the catecholamine-O-methyl-transferase gene and obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 2003; 123:64-9.

59. Pooley EC, Fineberg N, Harrison PJ. The met (158) allele of catechol-O-methyltransferase (COMT) is associated with obsessive-compulsive disorder in men: case-control study and meta-analysis. *Mol Psychiatry*, 2007; 12:556-61.
60. Taylor S. Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: a comprehensive metaanalysis of genetic association studies. *Mol Psychiatry*, 2013; 18: 799-805.
61. Arnold PD, Rosenberg DR, Mundo E. Association of a glutamate (NMDA) subunit receptor gene (GRIN2B) with obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Psychopharmacology*, 2004; 174: 530-8.
62. Delorme R, Krebs MO, Chabana N. Frequency and transmission of glutamate receptors GRIK2 and GRIK3 polymorphisms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Neuroreport*, 2004; 15: 699-702.
63. Arnold PD, Sicard T, Burroughs E. Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63: 769-76.
64. Dickel DE, Veenstra-Vander Weele J, Cox NJ. Association testing of the positional and functional candidate gene SLC1A1/EAAC1 in early-onset obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63: 778-85.
65. Stewart SE, Fagerness JA, Platko J. Association of the SLC1A1 glutamate transporter gene and obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 2007; 144: 1027-33.
66. Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-ID hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(14): 18-21.
67. Zohar J, Sasson Y, Chopra M, Amiaz R, Nakash N. Obsessive-compulsive disorder. In: Nutt DJ, Ballenger JC, ed. *Anxiety Disorders*. Massachusetts: Blacwell Science Ltd. 2003; 83-93.

68. Bastani B, Arora RC, Meltzer HY. Serotonin uptake and imipramine binding in the blood platelets of obsessive-compulsive disorder patients. *Biol Psychiatry*, 1991; 30: 131-9.
69. Marazitti D, Pfanner C, Palego L. Changes in platelet markers of obsessive-compulsive patients during a double-blind trial of fluvokxamine versus clomipramine. *Pharmacopsychiatry*, 1997; 30: 245-9.
70. Sullivan RM, Talangbayan H. Effects of quinpirole on central dopamine systems in sensitized and non-sensitized rats. *Neuroscience*, 1998; 83: 781-9.
71. Swedo SE, Leonard HL, Krusei MJ. Cerebrospinal fluid neurochemistry in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1992; 49: 29-36.
72. Thoren P, Asberg M, Bertilsson L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. II. Biochemical aspects. *Arch Gen Psychiatry*, 1980; 37:1289-94.
73. Kim CH, Koo MS, Cheon KA, Ryu YH, Lee JD, Lee HS. Dopamine transporter density of basal ganglia assessed with [123I] IPT SPET in obsessive-compulsive disorder. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2003; 30(12): 1637-43.
74. Kim CH, Cheon KA, Koo MS. Dopamine transporter density in the basal ganglia in obsessive-compulsive disorder, measured with (123I) IPT SPECT before and after treatment with serotonin reuptake inhibitors. *Neuropsychobiology*, 2007; 55: 156-62.
75. Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(14): 11-17.
76. Moghaddam B, Bolinao ML, Stein-Behrens B. Glucocorticoids mediate the stress-induced extracellular accumulation of glutamate. *Brain Res*, 1994; 655: 251-4.

77. Rosenberg DR, MacMillan SN, Moore GJ. Brain anatomy and chemistry may predict treatment response in paediatric obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacology*. 2001; 4(2): 179-90.
78. Moore GJ, MacMaster FP, Stewart C. Case study: caudate glutamatergic changes with paroxetine therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychol*, 1998; 37: 663-7.
79. Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan MS. Frontostriatal measurement in treatment-naive children with obsessive-compulsive disorder. *Arc Gen Psychiatry*, 1997; 54: 824-30.
80. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology* 2005; 30(9): 1735-40.
81. Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif-kompulsif bozukluğun patogenezi. *Anksiyete Bozuklukları*, R Tükel, T Alkın (Ed), Ankara. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006:299-338.
82. Freud S. Some Thoughts on Development and Regression- Aetiology. *Introductory Lectures on Psychoanalysis (Lecture 22)*, Standard Edition, Volume XVI. London, Hogarth Press, 1986.
83. Freud S. Ketlemeler, semptomlar ve kaygı. *Psikopatoloji Üzerine*, (Çev.: S Budak). Ankara: Öteki Yayınları; 1997.
84. Freud S. Notes upon a Case of Obsessional Neurosis, Standart Edition, Volume X. London, Hogarth Press, 1986.
85. Shafran R. Cognitive-behavioral models of OCD. J. S. Abramowitz, A. C. Housts (Ed.) USA: Springer, 2005.
86. Clark DA. Obsesyonlar ve onların nötrleştirilmesi için bilişsel davranışçı terapi. I. Klinik Psikoloji Sempozyumu Kitabı. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara; 2009.



87. Salkovski PM. Cognitive- behavioural aproaches to the understanding of obsessional problems. *Current Controversies in the Anxiety Disorders*, RM Rapee RM (Ed), New York. The Guilford Press. 1996:103-33.
88. Rachman S, Hodgson R. *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1980.
89. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behv Res Ther*, 1978; 16:233-48.
90. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behav Res Ther*, 1984; 22: 549-52.
91. Salkovskis PM, Shafran R, Rachman S, Freeeston MH. Multipl pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behavior Research and Therapy*. 1999; 37(11): 1055-1072.
92. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23(5): 571-583.
93. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*, 1989; 27: 677-82.
94. Rachman S. Obsessions, responsability and guilt. *Beh Res Ther*, 1993; 36: 385-401.
95. Rachman SA. cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*. 1998; 36(4): 385-401.
96. Rachman S, Shafran R. Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1999; 6: 80-85.
97. Rachman S. *The Treatment of Obsessions*. Oxford, Oxford University Press, 2003.

98. Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren S, Kültür S. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. *Psychopathology* 1997; 30(2): 106-110.
99. Kaplan HI, Sadock BJ. Anksiyete Bozuklukları. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri, Kaplan & Sadock/Özet Psikiyatri 9. Baskı. (Çev. éd.: H Aydın, A Bozkurt). Ankara: Güneş Kitabevi; 2005.
100. Oltunji BO, Moretz MW, Wollitzky- Taylor KB. Disgust vulnerability and symptoms of contamination- based OCD: descriptive tests of incremental specificity. *Behav Ther*, 2010; 41: 475-90.
101. Bloch MH, Landeros-Weiseberger A, Rosario MC. Meta-analyses of the factorstructure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 2008; 165: 1532-42.
102. Berrios GE. *The History of Mental Symptoms*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996:140-156.
103. Purdon C. Cognitive-behavioral treatment of repugnant obsessions. *J Clin Psychol*, 2004; 60: 1169-80.
104. Cefalu P. The doubting disease; religious scrupulosity and obsessive-compulsive disorder in historical context. *J Med Humanit*, 2010; 31: 111-25.
105. William MT, Farris SG, Turkheimer E. The myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*, 2011; 28: 495-500.
106. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther*. 2003; 41(1): 11-29.
107. Purdon C. Cognitive-behavioral treatment of repugnant obsessions. *J Clin Psychol*, 2004; 60: 1169-80.
108. Beşiroğlu L. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji: Tedavi yanıtı için önemli mi? *Psikiyatride Güncel*, 2014; 4: 221-9.

109. McDonalds RA, Antony MM, MacCleod CM. Negative priming for obsessive-compulsive checkers and noncheckers. *J Abnorm Psychol*, 1999; 108: 679-86.
110. Hollander E, Kim S, Khana S. Obsessive-compulsive disorder and obsessive compulsive spectrum disorder: diagnostic and dimensional issues. *CN Spectr*, 2007; 12 (3) 5-13.
111. Klahn AL, Klinkenberg IA, Lueken U. Commonalities and differences in the neural substrates of threat predictability in panic disorder and specific phobia. *Neuroimage Clin*, 2017; 20:530-7.
112. Beşiroğlu L, Agargün M.Y, Ozbebit O, Aydın A. A discrimination based on autogenous versus reactive obsessions in obsessive-compulsive disorder and related clinical manifestations. *CNS Spectr*. 2006; 11(3): 179-86.
113. Pigott T.A, L'Fleureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: Comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55(10):15-27.
114. Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroğlu FA, Stockman R. Nosological insertion of Axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2000; 14(1): 19-30.
115. Antony MM, Roth D, Swinson RP. Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *J Nerv. Ment. Dis*. 1998; 186(5): 311-315.
116. Erkmen H. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları. *Güncel Klinik Psikiyatri*. Işık E, Taner E, Işık U (editörler). Ankara: Asimetrik Paralel; 2000.
117. Young JE.. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press, 1999.
118. Young JE. *Young Compensation Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center of New York, 1995.

119. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders. Sarasota, FL: Professional Resources Press, 1990.
120. Nussbaum MC.. The therapy of desire: Theory and practice in hellenistic ethics. Princeton, NJ: princeton University Press, 1994.
121. Beck AT. Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1967.
122. Young JE, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. In D. Barlow (Ed), Clinical handbook of psychological disorders, 3rd ed.,. New York: Guilford Press, 2001: 264-308.
123. Elliot CH, Lassen MK. A schema polarity model for case conceptualization, intervention, and research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1997; 4:12-28.
124. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science*, 1988; 240:167-171.
125. Young JE, Wattenmaker D, Wattenmaker R. Schema therapy flash-card. New York: Cognitive Therapy Center of New York, 1996.
126. Young JE. Şema Terapi. Litera Yayıncılık. İstanbul, 2007.
127. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J. Affect. Disord.* 2012; 136(3): 581-590.
128. Khosravani V, Alvani A, Seidisarouei M, Amirinezhad A, Shojaee D. Early maladaptive schemas, behavioral inhibition/approach systems, and defense styles in the users of natural and synthetic substances and healthy subjects. *J. Subst. Use* 2017; 22(2): 168-175.

129. Khosravani V, Mehdizadeh A, Dortaj A, Alvani A, Amirinezhad A. Early maladaptive schemas, behavioral inhibition/approach systems, and defense styles in the abusers of opiate, stimulant, and cannabis drugs and healthy subjects. *J. Subst. Use* 2017; 22(3): 317-323.
130. Khosravani V, Samimi Ardestani M, Bastan FS, Kamali Z. The relationship between alexithymia and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *J. Obsessive Compul. Relat. Disord*, 2017.
131. Thimm JC. Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2010; 41(1): 52-59.
132. Bortolon C, Capdevielle D, Boulenger JP, Gely-Nargeot MC, Raffad S. Early maladaptive shemas predict positive symptpmatology in schizophrenia: a croosectionanl study. *Psychiatry Res.* 2013; 209(3): 361-366.
133. Lobbestael J, Arnzt A, Sieswerda S. Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2005;36(3):24053.
134. Petrocelli JV, Glaser BA, Calhoun GB, Campbell LF. Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *J Pers Disord* 2001; 15(6):54659.
135. Nordahl HM, Holthe H, Haugum JA. Early Maladaptive Schemas in Patients with or without Personality Disorders: does schema modification predict symptomatic relief. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2005; 12:142-149.
136. Ball SA, Cecero JJ. Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 2001; 15: 72-83.
137. Çakır Z. Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Stilleri ve Şema Sürdürücü Başa Çıkma Davranışları Arasındaki İlişkiler: ŞemaTerapi Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007.

138. Carr SN, Francis AJP. Do Early Maladaptive Schemas Mediate the Relationship Between Childhood Experiences and Avoidant Personality Disorder Features? A Preliminary Investigation in a Non-Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 2010; 34: 343-358.
139. Lobbestael J, van Vreeswijk MF, Arntz A. An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 2008; 46: 854-860.
140. Thimm JC. Personality and Early Maladaptive Schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2010; 41(4): 373-380.
141. Ziegler-Hill V, Green BA, Arnau RC, Sissemore TB, Myers EM. Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 2010; 42(1): 96-103.
142. Brotchie J, Meyer C, Copello A, Kidney R, Waller G. Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: the role of core beliefs. *Br. J. Clin. Psychol.* 2004; 43: 337-342.
143. Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet PJ, Goudemand M, Hautekeete M. The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders. *Encephale* 2004; 30(3): 255-258.
144. Unoka Z, Tölgyes T, Czobor P. Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Compr. Psychiatry* 2007; 48(2): 199-204.
145. Waller G, Dickson C, Ohanian V. Cognitive content in bulimic disorders. Core beliefs and eating attitudes. *Eat. Behav.* 2002; 3(2): 171-178.
146. Hazrati L, Shiroudi SG. Comparison of early maladaptive schemas in depressed, anxious. *Obsessed Normal Individ.* 2015; 5(5): 148-153.

147. Braitman KA. Relationships among body satisfaction, appearance schemas, early maladaptive schemas, and sociocultural attitudes towards appearance. *Dissertation Abstracts International*, 2002; 62(10): 4835.
148. Leung N, Waller G, Thomas G. Core beliefs in anorexic and bulimic women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1999; 187: 736-741.
149. Damiano SR, Reece R, Reid S, Atkins L, Patton G. Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eating Behaviors* 2015; 16(2015):64-71.
150. Glaser BA, Campbell LF, Calhoun GB, Bates JM, Petrocelli JV. The early maladaptive schema questionnaire-short form: a construct validity study. *Measurement Eval. Couns. Dev.* 2002; 35(1): 2-13.
151. Stopa L, Thorne P, Waters A, Preston J. Are the short and long forms of Young schema questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores. *J. Cognit. Psychother. Int. Q.* 2001; 15(3): 253-272.
152. Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The schema questionnaire - short form: factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognit. Ther. Res.* 2002; 26(4): 519-530.
153. Calvete E, Estevez A, De Arroyabe EL, Ruiz P. The schema questionnaire - short form: structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *Eur. J. Psychol. Assess.* 2005; 21(2): 90-99.
154. Darvishi F, Rahmani MA, Akbari B, Rahbar M. A comparison of relationship between early maladaptive schemas with depression severity in suicidal group and non-clinical sample. *Procedia Soc. Behav. Sci.* 2013; 84: 1072-1077.
155. Harris AE, Curtin L. Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognit. Ther. Res.* 2002; 26(3): 405-416.

156. Halvorsen M, Wang CE, Richter J, Myrland I, Pedersen SK, Eisemann M, Waterloo K. Temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clin. Psychol. Psychother.* 2009; 16(5): 394-407.
157. Shah R, Waller G. Parental style and vulnerability to depression: the role of core beliefs. *J. Nerv. Mental Dis.* 2000.
158. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *J. Affect. Disord.* 2012; 136(3): 581-590.
159. Riso LP, Du Toit PL, Blandino JA, Penna S, Dacey S, Duin JS, Ulmer CS. Cognitive aspects of chronic depression. *J. Abnorm. Psychol.* 2003; 112(1): 72-80.
160. Cámara M, Calvete E. Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 2012; 34(1): 58-68.
161. Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K. Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognit. Ther. Res.* 2010; 34(4): 368-379.
162. Lumley MN, Harkness KL. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognit. Ther. Res.* 2007; 31(5): 639-657.
163. Wang CEA, Halvorsen M, Eisemann M, Waterloo K. Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: a 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2010; 41(4): 389-396.
164. McGinn LK, Cukor D, Sanderson WC. The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style. *Cognit. Ther. Res.* 2005; 29(2): 219-242.



165. Riso LP, Froman SE, Raouf M, Gable P, Maddux RE, Turini-Santorelli N, Penna S, Blandino JA, Jacobs CE, Cherry M. The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 2006; 30(4): 515-529.
166. Davoodia E, Wenb A, Dobsonc KS, Noorbalaa AA, Mohammadia A, Farahmanda Z. Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. *Journal of Affective Disorders* 2018; 235: 82-89.
167. Hedley LM, Hoffart A, Sexton H. Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2001; 15: 131-142.
168. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 2006; 30: 571-584.
169. Cockram DM, Drummand PD, Lee CW.. Role and Treatment of Early Maladaptive Schemas in Vietnam Veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2010; 17: 165-182.
170. Hawke LD, Provencher MD. Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2011; 25:257-276.
171. Saariaho T, Saariaho A, Karila I, Joukamaa M. The psychometric properties of the Finnish Young Schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 2009; 40: 158-168.
172. Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychol. Bull.* 2004; 130(5): 793-812.
173. Riebel K, Egloff B, Witthöft M. The implicit health-related self-concept in somatoform disorders. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2013; 44(3): 335-342.

174. Riebel K, Egloff B, Witthöft M. Modifying the implicit illness-related self-concept in patients with somatoform disorders may reduce somatic symptoms. *Int. J. Behav. Med.* 2014; 21(5): 861-868.
175. Kim JE, Lee SW, Seung JL. Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2014; 215: 134-140.
176. Sookman D, Pinard G. Integrative cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a focus on multiple schemas. *Cognitive and Behavioral Practice* 1999; 6: 351-362.
177. Gross E, Stelzer N, Jacob G. Treating OCD with the Schema Mode Model. In: van Vreewijk, M., Broersen, J., Nadort, M. (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy*. John Wiley & Sons, Ltd., Oxford, 2012: 173-184.
178. Lochner C, Seedat S, du Toit P, Nel D, Niehaus D, Sandler R, Stein D. Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison. *BMC Psychiatry* 2005; 5:2.
179. Hoekstra RJ, Visser S, Emmelkamp PMG. A social learning formulation of the etiology of obsessive-compulsive disorders. In: Emmelkamp, P.M.G., Everaerd, W.T.A.M., Kraaimaat, F. (Eds.), *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders*. Swets and Zeitlinger, Amsterdam, 1989: 115-123.
180. Alonso P, Mencho'na JM, Mataix-Cols D, Pifarre' J, Urretavizcaya M, Crespo JM, Jim'e'neza S, Vallejo S, Vallejo J. Perceived parental rearing style in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Research* 2004; 127: 267-278.
181. Ehiobuche I. Obsessive - compulsive neurosis in relation to parental child-rearing patterns among Greek, Italian and Anglo-Australian subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988; 78(344): 115-120.

182. Kimidis S, Minas IH, Ata AW, Stuart GW. Construct validation in adolescents of the brief current form of the Parental Bonding Instrument. *Comprehensive Psychiatry* 1992; 33: 378-383.
183. Cavedo LC, Parker G. Parental Bonding Instrument: exploring links between scores and obsessionality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1994; 29: 78-82.
184. Hafner RJ. Obsessive - compulsive disorder: a questionnaire survey of a self-help group. *International Journal of Social Psychiatry* 1988; 34: 310-315.
185. Hyman BM, Pedrick C. *The OCD Workbook*, 2nd ed. New Harbinger, Oakland, 2010.
186. Honjo S, Hirano C, Murase S, Kaneko T, Sugiyama T, Ohtaka K, Aoyama T, Takei Y, Inoko K, Wakabayashi S. Obsessive-compulsive symptoms in childhood and adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989; 80: 83-91.
187. Adams GB, Waas GA, March MS, Smith MC. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: the role of the school psychologist in identification, assessment, and treatment. *School Psychology Quarterly* 1994; 9: 274-294.
188. Atalay H, Atalay F, Karahan D, Çalışkan M. Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2008; 12(4): 268-279.
189. Wilhelm S, Berman NC, Keshaviah A, ScMa Schwartz RA, Steketee G. Mechanisms of Change in Cognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: Role of Maladaptive Beliefs and Schemas. *Behav Res Ther.* 2015; 65: 5-10.

190. Thiel N, Jacob GA, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz AK, Hertenstein E, Nissen C, Voderholzer U. Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 2016; 52: 59-67.
191. Haaland AT, Vogel PA, Launes G, Haaland VO, Hansen B, Solem S, Himle JA. The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy.* 2011; 49(11):781-788.
192. Thiel N, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz AK, Nissen C, Hertenstein E, Gross E, Voderholzer U. The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. Thiel et al. *BMC Psychiatry* 2014; 14:362.
193. Khosravanian V, Bastan FB, Ardestanian MS, Ardakan RA. Early maladaptive schemas and suicidal risk in an Iranian sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research* 2017; 255: 441-448.
194. Dale R, Power K, Kane S, Stewart AM, Murray L. 2010. The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Arch. Suicide Res.* 14 (4), 311-328.
195. Voderholzer U, Schwartz C, Thiel N, Külz AK, Hartmann A, Scheidt CE. A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology* 2012; 47(1): 24-31.
196. Kwak KH, Lee SJ. A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Research* 2015; 230: 757-762.

197. Karahan D. Erken Disfonksiyonel Şemaların Obsesif- Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalar ve Sağlıklı Kişilerdeki Aktivasyonlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniği.
198. First MB, Spitzer RL, Gibbon M. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV). Washington American Psychiatry Press; 1997.
199. Çorapçioğlu A, Aydemir O, Yıldız M. DSM-IV eksen 1 ruhsal bozukluklarına göre Türkçe yapılandırılmış klinik değerlendirme'nin güvenilirliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 33-6.
200. Coşkunol H, Bağdiken I, Sorias S, Saygılı R. SCID-II (Türkçe versiyonu) görüşmesinin kişilik bozukluklarındaki güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 9(32): 26-29.
201. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. The Structured Clinical Interview For DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II).Part I: Description. Journal of Personality Disorders 1995; 9(2):83-91.
202. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Davies M, Borus J, Howes MJ, Kane J, Pope HG, Rounsaville B. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II). Part II: Multi-site Test-retest Reliability Study. Journal of Personality Disorders 1995; 9(2):92-104.
203. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Henninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Archives of General Psychiatry, 1989; 46(11): 1006-1011.
204. Karamustafalıoğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Savaş Ofset: Bursa, 1993.

205. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A practitioner's guide. NY: Guilford Press, 2003.
206. Young JE, Klosko JS. Reinventing your life (Çev. Esra Tuncer, Özlem Mestçioğlu). New York: Plume, 1994.
207. Welburn K, Carstine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The Schema Questionnaire-short form: Factor analysis and relationships between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 2002; 26: 519-530.
208. Sezgin N. The normative study of schema questionnaire on Turkish university students: A pilot study. 26th Congress of European Association for Behaviour and Cognitive Therapy, Budapest: Hungary, 1996.
209. Sezgin N. The factor study of schema questionnaire on a Turkish sample. Fifth European Congress of Psychology, Dublin: Ireland, Abstract book, 1997: 63.
210. Schmidt NB, Joiner TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 1995; 19(3): 295-321.
211. Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Çakır Z. Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi :Y.Ş.Ö.Kısa Form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2009; 20(1): 75-84.
212. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arc Gen Psychiatry*, 1961; 4: 561-571.
213. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 1989; 7:3-13.
214. Lapsekili N, Uzun Ö, Ak M. Obsesif kompulsif bozukluk olgularında heyecan arama davranışı. *Klinik Psikiyatri*. 2010; 13: 170-176.

215. Besiroglu L, Uguz F, Sağlam M, Agargun MY, Cilli AS. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2007; 102(1-3): 73-79.
216. Doğan K, Solak ÖS, Özdel K, Türkçapar MH. Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Tiplerinde ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Üstbilişlerin Karşılaştırılması. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research.* 2013; 2(1): 34-40.
217. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group *Journal of Clinical Psychiatry.* 1994; 55:5-10.
218. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry.* 1995; 152(1): 90-96.
219. Rasmussen SA, Eisen JK. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1992; 15(4): 743-758.
220. Veale D. Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry,* 2004; 3: 65-8.
221. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998.
222. Goodwin R, Koenen KC, Heilman F. Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand,* 2002; 106: 143-149.
223. Çamli K, Türkçapar MH, Sargin AE. Insight, Cognitive Insight and Sociodemographic Features in Obsessive Compulsive Disorder Presenting with Reactive and Autogeneous Features. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research* 2012; 1(1): 28-35.

224. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British Nationwide Survey of Child Mental Health. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15(1-2): 178-84.
225. McKeon P, Murray R. Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 528-534.
226. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990; 24(2): 3-14.
227. Tatlı M. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış kişilerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, bu bozukluğun gelişimi ve belirti şiddetiyle ilişkisi (tez) İstanbul, 2012.
228. Rasmussen SA, Tusuang MT. Clinical characteristics and family history in obsessive compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry.* 1986; 143(3): 317-322.
229. Black DW, Naves R, Goldstein RB. A family study of obsessive compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1992; 49(5): 362-268.
230. Alkin T, Altındağ A, Ansoy O, Beşiroğlu L. Obsesif kompulsif bozuklukta klinik özellikler çok merkezli bir ulusal veri çalışması Sözel Bildiri 49. UPK 24-28 Eylül, İzmir, 2013.
231. Freud S. Notes upon a case of obsessional neurosis. In: Complete psychological works, Standard Edition. Vol. 10. London: Hogarth Press; 1955; 153-318.
232. Calamari JE, Cohen RJ, Rector NA, Szacun-Shimizu K, Riemann BC, Norberg MM. Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behav Res Ther* 2006; 44:1347-60.
233. Gladstone G, Parker G. Depressogenic cognitive schemas: enduring beliefs or mood state artefacts? *Aust NZ J Psychiatry* 2001; 35:210-16.



234. Miranda J, Persons JB. Dysfunctional attitudes are moodstate dependent. *J Abnorm Psychol* 1988; 97(1):76-9.
235. Ha TH, Youn T, Rho KS, Kim MS, Kwon JS. Symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder and their relation to comorbid personality pathology. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association* 2004; 43: 46-53.
236. Hyman BM, Pedrick C. *The OCD Workbook*, 2nd ed. New Harbinger, Oakland, 2010.
237. Castle DJ, A Deale IM. Marks. Gender differences in obsessive-compulsive disorder. *Aust NZ Psychiatry*, 1995; 29: 114-117.
238. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiska HS. Obsessive-Compulsive Disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*, 1996; 169: 101-107.
239. Nestadt G, Bienvenu OJ, Cai G, Samuels J, Eaton WW. Incidence of obsessive-compulsive disorder in adults. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1998; 401-406.
240. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 158 (1991), pp. 260-263
241. Ronchi P, Abruzzese M, Erzegovesi S, Diaferia G, Sciuto G, Bellodi L. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in an Italian population. *Eur. Psychiatry*, 1992; 7: 53-5.
242. Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 1999; 14(8): 434-441.
243. Pardue CM, Sibrava NJ, Boisseuu CL, Mancebo MC, Eisen JE, Rasmussen S.A. Differential parental influence in the familial aggregation of obsessive compulsive disorder. 2014; 3(3): 215-219.

244. Nissen JB, Skarphedinsson G, Weidle B, Torp NC, Lenhard F, Dahl K, Melin H, Higgard MA, Valderhaug R, Thomsen TP. Familial course of tic disorder, anxiety and depression is associated with the clinical presentation of obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2016; 9: 59-65.
245. Hanna GL, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *American Journal of Medicine Genetics*, 2005; 134(1):13-19.
246. Arumugham SS, Cherian AV, Baruah U, Viswanath B. Comparison of clinical characteristics of familial and sporadic obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 2014; 55(7): 1520-1525.
247. Vismanath B, Narayanaswamy JC, Cherian AV, Reddy YCJ. Is familial obsessive-compulsive disorder different from sporadic obsessive-compulsive disorder? A comparison of clinical characteristics, comorbidity and treatment response. *Psychopathology*, 2011; 44: 83-89.
248. Leckman JK, Pauls DL, Zhand H, Rosario-Compos MC, Katsovich L, Kidd KK. Obsessive-compulsive symptom dimensions in affected sibling pairs diagnosed with Gilles de la Tourette Syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 2003; 116: 60-68.
249. Hanna GL, Fischer DJ, Chadha KR, Himle JA, Etten MV. Familial and sporadic subtypes of early-onset Obsessive-Compulsive disorder. *Biological Psychiatry*. 2005; 57(8): 895-900.
250. Brakualis V, Starcevic V, Martin A, Berle D, Milicevic D, Wiswasam K. The familiarity of specific symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2016; 239: 315-319.
251. Alsobrook JP, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, PaulsSeg DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *Am J Med Genet*, 1999; 88(6): 669-675.

252. Arumugham SS, Cherian AV, Baruah U, Vismanath B, Narayanaswamy JC, Madth SB, Reddy YCJ. Comparison of clinical characteristics of familial and sporadic obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55(7): 1520-1525.
253. Fullana MA, Caspi A, Harrington H, Grisham JR, Moffit TE, Poulton R. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability and co-occurring psychiatric conditions. *Am. J. Psychiatry* 2009; 329-336.
254. Nestadt G, Samuels JF, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1994; 89: 219-224.
255. Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am. J. Psychiatry*, 1997; 154: 1120-1126.
256. Demyttenaere Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikkawa T, Kawakami N, Ono Y, Takeshirma T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 2004; 291: 2581-2590.
257. Fullana MA, Viagut G, Rojas-Farreras S, Mataix-Cols D, Graaf R, Demyttenaere K, Haro JM, Girolamo JP, Lepine H, Matschinger J. Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*. 2010; 124(3): 291-299.
258. Eğrilmez A, Gülseren L, Aydemir Ö, Kültür S. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenolojik özellikler. *3P Dergisi* 1995; 3: 9-14.

259. Tezcan AE, Millet B, Kulođlu M. Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerin karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi 1998; 1:35-41.
260. Yiğittürk D, Emul M, Sezer Ö, Kaya M, Kaya B, Ünal S. İnönü Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören OKB olgularında klinik özellikler ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi: Geriye dönük değerlendirme. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı (22-27 Ekim 2002, Marmaris), 2002: 185-188.
261. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. Psychiatry Clin Neurosci. 2001; 55: 623-627.
262. Deniz F. Manisa İl Merkezinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığının ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, 2005.
263. Fontenelle LFF, Mauro V, Menlowicz V, Marques C, Versiani M. Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. Journal of Psychiatric Research, 2004; 38(4): 403-411.
264. Del Porto JA. Epidemiologia e aspectos culturais do transtorno obsessivo-compulsivo. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2001; 23(2): 3-5.