



T.C.

RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA
BEDEN ALGISI VE SOMATİK YAKINMALAR**

Dr. Ayşegül BARAK ÖZER

UZMANLIK TEZİ

RİZE-2022



T.C.

RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARDA

BEDEN ALGISI VE SOMATİK YAKINMALAR

BODY PERCEPTION AND SOMATIC COMPLAINTS IN PATIENTS WITH

OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

Dr. Ayşegül BARAK ÖZER

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Bülent BAHÇECİ

RİZE-2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
KISALTMA DİZİNİ.....	xi
ÖZ.....	xiii
SUMMARY.....	xv
GİRİŞ.....	1
1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK.....	3
1.1. Tanım.....	3
1.2. Tarihçe.....	3
1.3. Epidemiyoloji.....	5
1.4. Etiyoloji.....	6
1.4.1. Nörobiyolojik etkenler.....	6
1.4.1.1. Genetik Çalışmalar.....	6
1.4.1.2. Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	7
1.4.1.3. Nörokimyasal Çalışmalar.....	8
1.4.1.4. Nöroimmünolojik Çalışmalar.....	8
1.4.1.5. Nöropsikolojik Çalışmalar.....	10
1.4.2. Psikojen Etkenler.....	11
1.4.2.1. Psikanalitik Kuram.....	11
1.4.2.2. Bilişsel Davranışçı Kuram.....	13
1.4.2.2.1. Davranışçı Kuram.....	13
1.4.2.2.2. Bilişsel Kuram.....	13
1.5. Fenomenoloji, Klinik özellikler ve Belirti Boyutları.....	14
1.5.1. Bulaş Obsesyonları ve Temizleme Kompulsiyonları.....	16
1.5.2. Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar.....	17

1.5.3. Cinsel ve Dini Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar	17
1.5.4. Simetri ve Düzen Obsesyonları ve Sayma, Tekrarlama, Sıralama Kompulsiyonları	18
1.5.5. Somatik Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar.....	18
1.5.6. İstifleme Obsesyon ve Kompulsiyonları.....	19
1.5.7. Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar	19
1.6. Tanı	19
1.7. Gidiş ve Sonlanış	22
1.8. Tedavi	23
2. BEDEN ALGISI.....	24
2.1. Tanım.....	24
2.2. Beden Algısının Gelişimi	24
2.3. Beden Algısını Etkileyen Faktörler	26
3. SOMATİZASYON	29
3.1. Tanımı ve Tarihsel Gelişimi	30
3.2. Epidemiyoloji.....	31
3.3. Etiyopatogenez	32
3.4. Somatizasyonun Sık Görüldüğü Psikiyatrik Hastalıklar	33
GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
1. Araştırmanın Türü ve Etik Yönü	35
2. Çalışma Örneklemi	35
3. Veri Toplama Araçları	36
3.1. Sosyodemografik Veri Formu	36
3.2. DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (SCID-5).....	36
3.3. Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (YBOKÖ)	37
3.4. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ).....	38
3.5. Bradford Bedensel Belirti Envanteri (BBBE-44).....	38

4. İstatistiksel Analiz	39
BULGULAR	40
1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	40
2. Katılımcıların Obsesyon ve Kompulsiyon Türlerinin Dağılımları ve Ölçek Puanları.....	42
3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Obsesyon ve Kompulsiyon Türleri ve Ölçek Skorları	49
4. Katılımcıların Obsesyon ve Kompulsiyon Türlerine Göre Ölçek Skorları .	71
5. Ölçek Skorlarının Korelasyonu	73
TARTIŞMA VE SONUÇ	74
KAYNAKLAR	87
EKLER	109

TEŞEKKÜR

Büyük bir mutluluk ve istekle başladığım psikiyatri eğitimimde bu duygularımın devamlılığını sağlayan, mesleğimi keyifle yapabilmemin yolunu açan, bilim yolunda ilerlememe vesile olan ve bu yolda her daim teşvikçim olan, çalışma enerjisi ve bilgisine hayran olduğum, hastalarımıza özenli ve dikkatli yaklaşımını örnek aldığım sayın hocam Prof. Dr. Çiçek Hoccoğlu'na,

Uzmanlık eğitimimin ilk gününden itibaren her anlamda desteğini hissettiğim, doğru olanı öğrenmem ve uygulamam adına üzerimde büyük emeği olan, tez danışmanlığımı üstlenen ve bu zorlu süreçte yardımlarını esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Bülent Bahçeci'ye,

Zorlandığım her durumda yardımına koşan, bilgilerini cömertçe paylaşan, çiçeği burnunda hocamız Dr. Öğr. Üyesi Meltem Puşuroğlu'na

Asistanlık eğitimim sırasında mecburi hizmet sebebiyle yolu Rize' den geçen bütün uzman abi ve ablalarım,

Asistanlığımın en başından itibaren en yakınım olan, birlikte ağlayıp güldüğüm, samimi dostluğu ve içten yaklaşımı için minnettar olduğum taze uzman Dr. Aslı Enzel Koç' a,

Aile ortamını aratmayacak sıcaklık ve samimiyet sağlayan, omuz omuza yürüdüğümüz asistan arkadaşlarım Dr. Burak Okumuş, Dr. Fatih Özdemir, Dr. Pınar Sivrikaya, Dr. İbrahim Sefa Güleç, Dr. Doğançan Sönmez, Dr. Şule Gül, Dr. Sefanur Köse, Dr, Koray Soytürk ve Dr. Begüm Aydın Taslı' ya

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım servis hemşirelerimiz, güvenlik görevlisi arkadaşlarımız ve poliklinik sekreterlerimize,

Eğitim hayatımın büyük kısmına şahitlik edemese de başarı elde edebilmek için emek vermek ve çaba sarf etmenin ne demek olduğunu çalışkanlığından öğrendiğim, maddi-manevi çabası ile başarılarımın yolunu açan rahmetli babam Veli BARAK'a, bana hem annelik hem babalık yaparak

bugünlere ulaşmamı sağlayan, güçlü duruşunu örnek aldığım canım annem Leyla BARAK'a, sevgi ve desteklerini esirgemeyen abim Hidayet BARAK, ablalarım Esmâ ÇALPAN ve Ülkü TAŞ'a,

Bu zorlu süreçte kahrımı çeken, kalbimde sevgisini her daim hissettiğim ve bu sevgiden güç aldığım, yoldaşlığıyla yolumu güzelleştiren akıl hocam canım eşim Dr. Ömer ÖZER'e

Sonsuz Teşekkürler...



TABLÖLER DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	44
Tablo 2. Katılımcıların cinsiyete göre yaşları	45
Tablo 3a. Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeğindeki obsesyon türlerinin tüm katılımcılar arasındaki dağılımı	46
Tablo 3b. Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeğindeki kompulsiyon alt tiplerinin tüm katılımcılar arasındaki dağılımı	47
Tablo 4. Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçek Puanları	48
Tablo 5. BAÖ'nün tüm katılımcılar ve cinsiyetler arasındaki dağılımı.....	49
Tablo 6. Kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan BAÖ alt soruları.....	49
Tablo 7. BBBE'nin tüm katılımcılar ve cinsiyetler arasındaki dağılımı.....	50
Tablo 8. Kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan BBBE alt soruları.....	50
Tablo 9. Obsesyon alt türlerinin cinsiyete göre karşılaştırması.....	51
Tablo 10. Kompulsiyon alt türlerinin cinsiyete göre karşılaştırması.....	52
Tablo 11. Medeni durum ile obsesyon türleri arasındaki ilişki.....	53
Tablo 12. Medeni durum ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki.....	54
Tablo 13. Eğitim durumu ile obsesyon türleri arasındaki ilişki.....	55
Tablo 14. Eğitim durumu ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki.....	56
Tablo 15. Meslek ile obsesyon türleri arasındaki ilişki.....	57
Tablo 16. Meslek ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki.....	58
Tablo 17. Yaşadığı yer ile obsesyon türleri arasındaki ilişki.....	59

Tablo 18. Yaşadığı yer ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki.....	60
Tablo 19. Birlikte yaşadığı kişiler ile obsesyon türleri arasındaki ilişki.....	61
Tablo 20. Yaşadığı kişiler ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki.....	62
Tablo 21. Aile tipi ile obsesyon türleri arasındaki ilişki.....	63
Tablo 22. Aile tipi ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki.....	64
Tablo 23. Gelir düzeyi ile obsesyon türleri arasındaki ilişki.....	65
Tablo 24. Gelir düzeyi ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki.....	66
Tablo 25. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile obsesyon türleri arasındaki ilişki.....	67
Tablo 26. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki.....	68
Tablo 27. Sosyodemografik özelliklere göre ölçek skorları.....	71-72
Tablo 28. Katılımcıların obsesyon türlerinin BAÖ ve BBBE puanları ile ilişkisi.....	73
Tablo 29. Katılımcıların kompulsiyon türlerinin BAÖ ve BBBE puanları ile ilişkisi.....	74
Tablo 30. Ölçek puanlarının korelasyonu.....	75

KISALTMA DİZİNİ

5-HTP: 5-Hidroksitriptofan

5-HIAA: 5-hidroksi indol asetik asit

AGBHS: A grubu beta-hemolitik streptokok

BAÖ: Beden Algısı Ölçeği

BBBE: Bradford Bedensel Belirti Envanteri

BDB: Beden Dismorfik Bozukluğu

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

BYBOKÖ: Boyutsal Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

CANS: Çocukluk çağı akut nöropsikiyatrik sendrom

COMT: Katekol-O-metiltransferaz

COX-2: Sikloksijenaz-2

DAT: Dopamin Taşıyıcı

DRD: Dopamin Reseptörü

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

DYB: Deri Yolma Bozukluğu

HPA: Hipotalamopituiter Aks

İB: İstifleme Bozukluğu

KTP: Kompulsiyon Toplam Puanı

MAO: Monoamin oksidaz

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKBİB: OKB ve İlişkili Bozukluklar

OTP: Obsesyon Toplam Puanı

PANDAS: Streptokok İle İlişkili Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Bozukluklar

PANS: Pediatrik Akut Başlangıçlı Nöropsikiyatrik Sendrom

RF: Romatizmal Ateş

SCID-5: DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu,

SSGİ: Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TMU: Transmanyetik Uyarım

TNF- α : Tümör Nekrosis Faktör Alfa

TÖP: Toplam Ölçek Puanı

TS: Tourette Sendromu

YBOKÖ: Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği

ÖZ

Bu çalışmamızda obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılı bireylerde beden doyumlarının ve somatizasyon düzeylerinin nasıl olduğunu araştırmayı amaçladık.

Bu amaçla çalışmamıza alınma ve dışlanma kriterlerini karşılayan, polikliniğe ardışık sıra ile başvuran 84 OKB tanılı hasta dahil edildi. Katılımcılara araştırmacı tarafından DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (SCID-5), Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (YBOKÖ), Beden Algısı Ölçeği (BAÖ), Bradford Bedensel Belirti Envanteri (BBBE-44) uygulandı. Elde edilen veriler SPSS for Windows 22.0 veri tabanı programına aktararak değerlendirildi.

Katılımcıların en fazla sahip olduğu obsesyonun kirlenme obsesyonu olduğu, bunu sırasıyla diğer obsesyonlar grubu ve saldırganlık obsesyonunun izlediği görüldü. En fazla görülen kompulsiyonun ise kontrol etme kompulsiyonu olduğu, bunu sırasıyla temizleme ve tekrarlayıcı törensel kompulsiyonların izlediği tespit edildi. YBOKÖ'den ortalama $21,7 \pm 7,7$ puan, BAÖ'den ortalama $137,6 \pm 26,3$ puan, BBBE'den ortalama $25,8 \pm 17,8$ puan aldıkları, kadınların BAÖ' den istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklerden daha düşük puan aldığı, diğer ölçeklerde kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi. Sıralama ve düzenleme kompulsiyonu olanlarda beden algısının daha yüksek olduğu, biriktirme obsesyonu, simetri obsesyonu, somatik obsesyon ve diğer obsesyonlar grubu ile tekrarlayıcı törensel kompulsiyonu olanlarda somatizasyonun daha yüksek olduğu tespit edildi. Beden algısı sosyodemografik değişkenlere göre değişmezken serbest meslek sahibi olanlarda somatizasyonun daha yüksek olduğu görüldü. OKB hastalık şiddeti ile beden algısı ve somatizasyon arasında ilişki görülmezken, beden algısı arttıkça somatizasyonun azaldığı tespit edildi.

Çalışmamızda OKB tanılı bireylerin beden doyumunun iyi olduğu somatizasyon düzeylerinin ise normal olduğu tespit edildi.

Anahtar kelimeler: Beden algısı, kompulsiyon, obsesyon, somatizasyon



SUMMARY

In this study, we aimed to investigate the body satisfaction and somatization levels of individuals with OCD.

For this purpose, 84 OCD patients who met the inclusion and exclusion criteria and applied to the our clinic consecutively were included in our study. DSM-5 Structured Clinical Interview-Clinical Version (SCID-5), Yale Brown Obsessive Compulsive Disorder Scale (YBOCS), Body Image Scale (BIS), Bradford Somatic Inventory (BSI-44) were administered to the participants by the researcher. The obtained data were evaluated by transferring them to the SPSS for Windows 22.0 database program.

It was observed that the most common obsession of the participants was contamination obsession, followed by other obsessions and aggression obsessions, respectively. It was determined that the most common compulsion was checking compulsion, followed by cleansing and repetitive ceremonial compulsions, respectively. The mean score of $21,7 \pm 7,7$ points in YBOCS, $137,6 \pm 26,3$ points in BIS, and 25.8 ± 17.8 points in BSI-44 on average, women were statistically significantly higher than men in BIS. It was determined that there was no significant difference between men and women in other scales. It was determined that body perception was higher in those with sequencing and arrangement compulsions, and somatization was higher in those with hoarding obsessions, symmetry obsessions, somatic obsessions and other obsessions, and repetitive ritualistic compulsions. While body perception did not change according to sociodemographic variables, it was observed that somatization was higher in self-employed. While there was no relationship between OCD disease severity and body image and somatization, it was determined that somatization decreased as body image increased.

In our study, it was found that individuals with OCD had good body satisfaction and normal somatization levels.

Keywords: Body image, compulsion, obsession, somatization

GİRİŞ

OKB yüksek düzeyde kaygı ve sıkıntıya neden olabilen tekrarlayan obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize, çoğunlukla epizodik gidiş gösteren, bireyin işlevselliğini belirgin şekilde etkileyen ruhsal bir rahatsızlıktır (1,2). Obsesyonlar kişinin iradesi ile kontrol edemediği, ısrarlı ve zorlayıcı olarak aklına gelen, yüksek düzeyde kaygı ortaya çıkartıcı ve tekrarlayıcı nitelikteki düşünce veya imgelerdir. Kompulsiyonlar ise bireyin obsesyonlarına cevap olarak ya da belirli kurallar çerçevesinde yapmak zorunda olduğunu hissettiği, tekrarlayıcı ve bir amaca yönelik gerçekleştirilen törensel davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir (1,3). Kişi bu kompulsiyonlara engel olmaya çalıştığında yoğun bir kaygı yaşar.

Emosyonel sıkıntıyı bedensel belirtilerle gösterme eğilimi olarak tanımlanan somatizasyonda, organik nedene bağlı hastalıklarla açıklanamayan fiziksel şikayetler mevcuttur ve birey bu yakınmalarını tıbbi bir hastalığa yorarak medikal yardım arayışına girer. Bedenselleştirme davranışı primer bir tanı olarak ele alınabileceği gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklarla da ilişkilendirilmektedir. OKB ve ilişkili bozuklukları (OKBİB) olan hastalarda aşırı el yıkamadan çatlamış eller veya dermatit gibi dermatolojik lezyonlar, aşırı diş temizlenmesinden dolayı diş eti lezyonları, gastrointestinal sistem etkilenmesine bağlı reflü, kabızlık ve abdominal distansiyon, trikotillomanisi olan hastalarda alopesi gibi semptomlar gelişebilir (4). OKB' de bazen hastalığın primer semptomu olarak bazen de eşlik eden anksiyete semptomlarına bağlı olarak somatik semptomlar karşımıza çıkabilmektedir. Genel tıp ve psikiyatri sınırında hala çözülmemiş bir sorun olan bedenselleştirme, bireyin yaşadığı huzursuzluk ve sıkıntıyı arttırmakta, ruhsal ve fiziksel rahatsızlıkların prognozunu kötüleştirmekte, yeti yitimini arttırmakta ve kişinin beden algısını da etkileyebilmektedir (5). Beden algısı bir kişinin kendi bedeniyle ilgili düşüncelerini, duygularını ve algılarını içeren bir kavramdır. Öznel bir değerlendirme olup bireyin kendini nasıl algıladığıyla

ilgilidir. Toplumsal, kültürel, biyolojik ve psikolojik etkiler altında bireyin kendi vücudu ile ilgili geliştirdiği şemalar, bedenine yönelik duygu, düşünce ve algılar beden imajının oluşmasında etkilidir (6).

OKB tanısı olan kişilerde psikolojik iyilik halinin etkilenmesi ve bağımsızlık düzeyinde etkilenmeler ile yaşam kalitesi etkilenmektedir. Bağımsızlık düzeyindeki algısı sosyal ve mesleki işlevselliğinde, günlük işlerinde yardımsız hareket edebilme ve tıbbi tedaviye duyduğu gereksinimle ilgilidir. Psikolojik alandaki yaşam kalitesi ise beden algısının da dahil olduğu öznel değerlendirmelerini yansıtmaktadır. OKB bireyin kişiliğine, ahlaki ve dini değerlerine aykırı düşüncelere sahip olması ile kendini suçlu ve günahkar hissetmesine, kendilik algısının değişmesine neden olabilmektedir (7).

Bu çalışmada OKB tanılı hastalarda beden algısı ve somatik semptomların varlığı, hastaların sosyodemografik özellikleri, obsesyon ve kompulsiyon alt türleri ve hastalık şiddeti ile beden algısı ve somatizasyon arasında ilişki olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

Hipotezler:

- 1- OKB tanılı hastalarda beden doyumu azdır.
- 2- OKB tanılı hastalarda somatizasyon kullanılmaktadır.
- 3- OKB şiddeti arttıkça beden doyumu azalmaktadır.
- 4- OKB şiddeti arttıkça somatizasyon artmaktadır.
- 5- OKB tanılı hastalarda beden doyumu azaldıkça somatizasyon artmaktadır.

1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

1.1. Tanım

OKB obsesyon ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregelen seyreden, ancak alevlenmelerin de olabildiği, kişinin işlevselliğini belirgin olarak etkileyen psikiyatrik bir bozukluktur.

Obsesyon terimi latince 'ele geçirilmek, sıkıştırılmak' anlamlarına gelen 'obsidere' sözcüğünden türemiştir. Kişinin iradesi ile kontrol edemediği, zorlayıcı olarak aklına gelen ve bilinçli çaba ile çıkarılamayan, kişide rahatsızlık, tedirginlik oluşturan, inatçı biçimde tekrarlayan, benliğe yabancı düşünce, dürtü, imge, düşlem ya da bunların karışımıdır (8). Kişi tarafından çoğunlukla mantık dışı ve aşırı olarak değerlendirilir. Kişiler obsesyonların kaynağının kendisi olduğunu bilir ve onlara direnmeye, görmezden gelmeye, zihninden uzaklaştırmaya çalışır. Obsesyonlar sonucu oluşan rahatsızlık hissinden kurtulmak adına yapılan kompulsiyonlar ise zorlanmış, mecbur kalmış anlamlarına gelen Latince 'compellere' sözcüğünden türemiştir. Kompulsiyonlar kişinin kaygıyı gidermek, bazı korkulan olay ve durumların olmasını önlemek, tam ve bütünlüklü hissedebilmek adına belirli kurallara göre yapmak zorunda olduğunu hissettiği tekrarlayıcı, törensel davranışlar ve zihinsel uğraşılardır (8).

1.2. Tarihçe

Obsesyon ve kompulsiyonlardan milattan önceki tarihlerde dahi söz edildiği görülmektedir. Plutarch birinci yüzyılda batıl inançlar hakkında şunları yazmıştır: 'Çul giyinip ve kirli paçavralarla kuşanarak evin dışında oturur. Çoğu zaman, günahlarını ve hatalarını yüksek sesle itiraf ederek çamurda çıplak yuvarlanır. Şunu yedi, bunu içti, ya da ruhun yasakladığı bir yolda yürüdü... Hiçbir hastalık hurafe kadar değişken, duygu yüklü, birbirine zıt ve

çatışan fikirlerin bir araya gelmesiyle oluşmuş değildir.' (9). Orta çağ döneminde daha çok doğa üstü güçler ve dini konuları içeren bu saplantılar din adamları tarafından ele alınmış ve tedavi edilmeye çalışılmıştır (10). Benzer şekilde, Saint John Climacus 6.yüzyılda yaşamış dini ortamlarda küfür içerikli düşüncelere sahip olan ve bu düşünceleri aşmak için yıllarca boş bir umutla aşırı ritüeller yapan insanlar olduğundan söz etmiştir (11).

Shakespeare'ın dünyaca ünlü Macbeth'inde, Macbeth karısı Lady Macbeth' in etkisi altında kalarak Kral Duncan'ı öldürür ve sonrasında kendini suçlu hisseden Lady Macbeth sürekli ellerini yıkamaya başlar.

1800'lerde OKB Fransız psikiyatristler tarafından sanrıların eşlik etmediği bir delilik biçimi olarak ele alınarak, '*delidere de toucher*' (dokunma bozukluğu) ve '*folie de doute*' (şüphe deliliği) olarak adlandırılmıştır (12).

İlk tanımı ise 1838' de Esquirol tarafından yapılmıştır. OKB' nin istemsiz, karşı konulamaz aktivitenin kökeninin ne akılda ne de duyguda olduğu, aksine irade yetisinin zayıflığında olduğu, böylece bilincin aktiviteyi reddettiği, ancak iradenin onu bastıramadığı bir 'istemli monomani' olduğunu öne sürmüştür. 1850'ye gelindiğinde, bu teori gözden düşmüştür ve Morel, OKB'nin bir irade bozukluğu olmadığını, artan duygusal durumların kompulsiyonlara yol açtığı bir duygu bozukluğu olduğunu savunmuştur (12).

1900'lerde ise OKB nevrotik bir bozukluk olarak görülmüştür. Pierre Janet fobileri, obsesyon ve kompulsiyonlarla birlikte bir başlık altında toplamıştır. Bu hastalıkların irade zayıflaması sonucu ortaya çıktıklarını düşünerek 'psikastenik' olarak adlandırmıştır. Obsesyon ve kompulsiyonların psikastenik hastalığın üçüncü ve en derin evresinde ortaya çıktığını öne sürmüştür (13). Freud ise OKB'de çağdaş psikodinamik görüşün temelini atmıştır. Fobiler ve OKB' nin ayrı psikodinamik etkenlerden oluştuğunu düşünmüş ve ayrı hastalıklar olarak ele almıştır (14).

1966'da klomipraminin piyasaya sürülmesi ve kullanımına kadar OKB, psikolojik kökenli, tedaviye dirençli kronik bir durum olarak görülmüyordu (15).

20. Yüzyılın sonlarına doğru yapılan kalıtsal ve nörobiyolojik araştırmalar sonucu önemli veriler edinilmiştir.

1.3. Epidemiyoloji

Obsesyon ve kompulsiyonlar kişi tarafından yakınma olarak dile getirilmedikçe tanınması güçtür. Belirti çeşitliliğinin çokluğu ile de hastalığın doğasına aşina olan klinisyenlerce bile bazı durumlarda tanı koymak zor olabilmektedir. Bu yüzden OKB yaygınlığını tespit etmek güçtür. OKB'nin başlangıçta oldukça nadir olduğuna inanılıyordu. Bununla birlikte yapılan çalışmalarla OKB'nin en yaygın zihinsel bozukluklardan biri olduğu gösterilmiş olup küresel hastalık yüküne önemli bir katkı sağladığı tahmin edilmektedir (16). Bazı çalışmalara göre %2-3 yaşam boyu yaygınlık oranı ile depresyon, alkol ve madde kötüye kullanımı ve sosyal fobiden sonra en sık rastlanan dördüncü ruhsal hastalıktır (1). Dört kıtada yapılan bir çalışmada %0.7 gibi çok düşük OKB görülme oranına sahip olan Tayvan dahil edilmediğinde sıklık %2 olarak bulunmuştur (17).

Ülkemizde ise yaşam boyu OKB görülme oranının %2,5-6,2 arasında değişmekte olduğunu gösteren çalışmalar vardır (18,19).

Belirtiler açısından bakıldığında erkeklerde daha çok obsesyonların, kadınlardaysa daha çok kompulsiyonların görüldüğü belirtilmektedir. Obsesyon türleri içinde erkeklerde cinsel ve dini obsesyonların kadınlarda bulaş obsesyonlarının, kompulsiyon türleri içinde ise erkeklerde kontrol kompulsiyonlarının, kadınlarda temizlik kompulsiyonlarının yaygın olduğu görülmektedir.

Sosyodemografik özelliklerle ilişkisini ele alan az sayıda çalışma vardır. Toplum temelli çalışmalarda kadınlarda daha yüksek oranda saptanırken klinik araştırmalarda kadın ve erkeklerde benzer oranlar görülmektedir (16,17,20). Tüm sosyoekonomik sınıflarda benzer oranda olduğu görülmüştür (21–23). Yaşam boyu OKB' nin en önemli yordayıcısı

yaştır (22). Başlangıç yaşının geç ergenlik ya da erken erişkinlik olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmaların çoğunda erkek cinsiyette kadınlara kıyasla daha erken yaşta başladığı bildirilmiştir (24–26). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bekar olan OKB hastalarının oranı %64 olarak bulunmuştur. Kadın hastaların evli olma oranının erkek hastalardan daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar vardır (27,28).

Yavaş başlangıçlı ya da hamilelik, kayıp yaşantısı, travma gibi bir stresör sonrası ani başlangıçlı olabilir (29). Erişkin hastaların çoğunluğu semptomlarının 15 yaşından önce veya çocuklukta başladığını belirtmişlerdir. Yavaş ya da ani başlangıçlı olması fark etmeksizin bireylerin çoğunlukla semptom başlangıcından 10-15 yıl kadar sonra profesyonel yardım arayışına girdiği belirtilmektedir (30).

1.4. Etiyoloji

OKB' nin patofizyolojisi henüz kesinlik kazanmış olmamakla birlikte üzerinde durulan bazı olası biyolojik ve psikolojik etkenler bulunmaktadır.

1.4.1. Nörobiyolojik etkenler

1.4.1.1. Genetik Çalışmalar

OKB' nin ailelerde kümelendiğini gösteren birçok tutarlı kanıt bulunmaktadır. Birinci derece akrabalar arasında OKB için yaşam boyu tekrarlama riski tahmini olarak %6 ile %55 arasındadır (31,32). Birkaç çalışmada erken başlangıçlı probandların akrabalarında OKB prevalansının geç başlangıçlı OKB' ye göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (33,34). OKB ile ilgili ikiz çalışmaları tutarlı bir şekilde monozygotik ikiz korelasyonunun dizigotik ikiz korelasyonunun iki katından daha yüksek olduğunu bildirmiştir (35,36).

Aday gen çalışmalarında serotonerjik sistemle ilgili 5-HTP, 5-HT2A, 5-HT2C, 5-HT1D β ve triptofan hidroksilaz genleri; dopaminerjik sistemle ilgili

DRD2, DRD3, DRD4, DAT, MAO-A, COMT genleri; glutamaterjik sistemle ilgili glutamat reseptör genleri (GRIN2B, GRIK2), glutamat taşıyıcı geni (SLC1A1), protein tirozin fosfataz reseptör tipi delta geni (PTPRD) ve DLG ilişkili protein 3 (DLGAP3) üzerinde durulmuştur. Genom çapı ilişkilendirme çalışmalarında ve gen düzeyi analizlerinde serotonin genleri ile OKB arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (37,38). Yapılan birçok çalışmada COMT geninin met158 aleli OKB ile ilişkili bulunmuştur (39,40). SLC1A1 geninin OKB ile ilişkisini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (41,42). DLGAP3 geninde delesyon meydana gelmesi ile farelerin kompulsif hazırlanma davranışında azalma arasında ilişki bulunmuştur (43). Yakın zamanda yapılan bir genom çapı ilişkilendirme çalışmasında PTPRD geninde önemli bir lokus tanımlanmıştır (44).

1.4.1.2. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Beyin görüntülemeleri çalışmaları ile OKB' nin patogenezinde kortiko-striato-talamik devrenin rolü olduğu gösterilmiştir. Yaygın kabul gören bu nöroanatomik modele göre devre frontal kortekte orbitofrontal ve anterior singulat korteksten başlayarak sırasıyla striatum, globus pallidus ve substansiya nigra ve oradan da talamusa ulaşır. Sonrasında frontal kortekse tekrar dönerek sonlanır. Frontal korteks ve talamus karşılıklı etkileşim halindedir. Devrede bulunan striatal yapılar da bu etkileşimde baskılayıcı ve uyarıcı yönde etki ederek uyarıları düzenler (45). Yapısal nörogörüntüleme çalışmalarından elde edilen en tutarlı sonucun orbitofrontal kortekte hacim düşüklüğü olduğu belirtilmektedir (46,47). Yapılan diğer çalışmalarda hipokampus, dorsomedial prefrontal korteks ve insular operkuler bölgede hacim düşüklüğü, yaşlı hastalarda daha belirgin olan ve muhtemelen hastalığın kronikliği ya da ilaç kullanımının uzun vadeli etkileri ile ilişkili olan artmış bazal ganglion hacmi ve ilaçsız pediatrik grupta talamus hacminde artış dikkat çekmektedir (48–51).

1.4.1.3. Nörokimyasal Çalışmalar

OKB' nin SSGİ tedavisine iyi yanıt vermesi ile serotonerjik sistemin OKB etyolojisindeki yeri üzerine ilgi artmıştır. Ancak bu rolü destekleyen kanıt sayısı oldukça azdır. Bazı çalışmalarda OKB' li hastalarda başarılı bir tedavi sonrasında beyin omurilik sıvısındaki serotonin ve metabolitleri seviyesinin normale döndüğü kanıtlanmıştır (52). Bazı çalışmalarda ise orta beyinde başta olmak üzere bazı alanlarda serotonin taşıyıcı reseptör bağlanmasının değiştiği gözlemlenmiştir (53,54).

Antidopaminerjik ajanların OKB ile birlikteliği sık olan Tourette Sendromunda (TS) ve dirençli OKB tedavisinde etkili olduğunun görülmesi sonrası ve bazal ganglion patolojilerinde obsesif kompulsif semptomların artması ile dopaminin OKB etyolojisinde yer alabileceği düşünülmüştür. D2/3 reseptör agonisti olan kinpirol verilen sıçanlarda OKB' nin kontrol etme davranışına benzer davranışlar gözlemlenmiştir (55). Bazı çalışmalarda striatal dopamin D2 reseptöründe azalma gibi spesifik dopamin reseptörlerinde değişiklikler olduğu gösterilmiştir (56).

Glutamatın MSS' de temel uyarıcı nörotransmitter olmasının yanında strese yanıtı düzenleyen temel yollarda da önemli bir role sahiptir. OKB' de glutamaterjik etkinlik olduğuna yönelik kanıtlardan bazıları striatumda görülen glutamin artışının SSGİ tedavisi ile normale dönmesi, OKB tanılı hastalarda BOS' ta glutamat düzeyinde artış görülmesi ve kortiko-striato-talamik yollarda glutamat düzensizliğinin görülmesidir (57–59). Bir çalışmada glutamaterjik ajanlarla OKB benzeri davranışların şiddetlendiği görülmüştür ve patogeneizde glutamaterjik aktivite artışı hipotezi desteklenmiştir (60).

1.4.1.4. Nöroimmünolojik Çalışmalar

Son yıllarda bağışıklık ve sinir sistemi arasındaki ilişkiye olan ilgi giderek artmış olup iki sistem arasındaki karmaşık ve dinamik etkileşimlerin

hem sağlıklı hem de patolojik koşullarda nasıl olduğuna yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Otoimmunitenin ocukluk başlangıçlı OKB ve tik bozukluklarının gelişiminde katkısı olduğu düşünülmüştür. Çocuklarda, A grubu beta-hemolitik streptokok enfeksiyonları (AGBHS) romatizmal ateş (RF) gibi otoimmün hastalıklar, Sydenham koresi, OKB ve tikler gibi nöropsikiyatrik semptomlar ile ilişkilendirilmiştir. Nöropsikiyatrik belirtilerle karakterize olan 'streptokok ile ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluklar' (PANDAS) tanımlanmıştır (61). Son dönemlerde 'pediyatrik akut başlangıçlı nöropsikiyatrik sendrom' (PANS) ve 'idiyopatik çocukluk ağı akut nöropsikiyatrik sendrom' (CANS) olarak yeni tanımlamalar önerilmiştir (62,63). AGBHS enfeksiyonunun çocuklarda görülme oranının yüksek olmasına rağmen nöropsikiyatrik semptom gelişme oranının azınlıkta olması ile belli bir bireysel yatkınlığa bağlı olabileceği dşndlmştr. Buradan yola çıkarak yapılan çalışmalarda çocukluk ağı OKB geliştiren hastalarda putamenlere karşı çapraz reaksiyona giren D8-17 olarak adlandırılan antikörlerin varlığı gözlemlenmiştir (64,65). OKB geliştirme riskinin akut RF atağı sırasında arttığına dikkat çekilmiştir (66). Aday genlerin araştırıldığı çalışmalardan elde edilen ilginç bir bulgu olarak RF ve diğer bazı otoimmün hastalıklarda rol oynayan bir proinflamatuvar sitokin olan tümör nekrosis faktör (TNF)- α geninin promotör bölgesinin iki polimorfizminin hem OKB hem de RF ile ilişkisi gösterilmiştir (67). Araştırmacılar antikörlerin plasental geçişi gibi anneye özgü bazı ek faktörlerin de dahil olabileceğini varsaymaktadır (68).

Erişkin OKB patofizyolojisinde de immün sisteminin rol oynayabileceğini ne süren bir dizi çalışma mevcuttur. PANDAS'ın çocukluk çağında görülebilmesinin yanında streptokok enfeksiyonlarıyla ilişkili erişkin dönem başlangıçlı OKB ve tik bozuklukları da tanımlanmıştır. Çocukluk başlangıçlı erişkin OKB'si olan vakalarda yakın zamanda streptokok enfeksiyonu geçirme bulgusu olmadan da sinir sistemini hedef alan antikörlerin varlığı gösterilmiştir (52). Bazı klinik kanıtlar, bağışıklıkla ilgili hastalıkların (sistemik lupus eritematozus, tiroid işlev bozuklukları vb.) diğer psikiyatrik bozukluklardan ziyade OKB' de daha yaygın olduğunu göstermektedir (66,69). Otoimmün süreçlerin erişkin OKB' deki olası rolünün,

semptom şiddeti ile ilişkili olan azalmış periferik T-hücre seviyeleri ve anti-bazal gangliyon antikollarının varlığı ile ilişkilendirilmektedir (70,71). OKB tanılı hastalarda azalmış NK hücre aktivitesi, artmış CD8 ve CD4 T lenfosit oranları bildirilmiş ve stres göstergesi olarak yorumlanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada OKB hastalarında TNF α ve IL6 seviyelerinde yükseklik gösterilmiştir (72).

Sikloksijenaz (COX)-2 beyin hücrelerinde bulunan ve araşidonik asidi prostaglandin H₂'ye dönüştüren bir enzimdir. Ardından prostaglandin H₂, inflamatuvar ürünler olan tromboksanlar, prostasiklinler ve prostaglandin D₂ ve E₂'ye dönüştürülür. Prostaglandin E₂ için reseptörler çoğu beyin hücresinde bulunur (73). COX-2 inhibitörlerinin glutamat sistemine müdahale yoluyla proinflamatuvar sitokinlerin üretimini ve hatta kainik asit tarafından indüklenen nöron ölümünü azaltabileceği gösterilmiştir (74). Yapılan bazı çalışmalarda, bir COX-2 inhibitörü olan selekoksibin, OKB'de SSGİ tedavisine takviye olarak verildiğinde daha hızlı ve güçlü yanıt geliştiğini göstermiştir (70,75).

İlgili mekanizmalar heterojen görünse de hem çocuklarda hem de yetişkin OKB hastalarında farklı immünolojik değişiklikler tanımlanmıştır. Erişkin OKB hastalarında, çalışmaların az sayıda ve küçük örneklemelerde yürütüldüğünün altı çizilmelidir, ancak sağlıklı kontrol deneklerinden farklı olarak farklı immünolojik parametreler tanımlanmıştır. Birlikte ele alındığında, bu bulgular OKB patofizyolojisinde immün sistemin katkısı hipotezini desteklemektedir.

1.4.1.5. Nöropsikolojik Çalışmalar

OKB' nin bilişsel işlevlerde bozulma ile giden bir bozukluk olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir. Bu çalışmalar ile OKB' de yürütücü işlevler, görsel mekânsal işlevler ve sözel olmayan bellek gibi bazı bilişsel alanlarda bozulmanın olduğu ortaya konmuştur.

OKB' de frontostriatal devredeki işlev bozukluğunu gösteren kanıtlar gündeme geldikten sonra yürütücü işlevleri değerlendiren çalışmalar da yapılmaya başlanmıştır (76). OKB hastalarında kurulumu değiştirmeyi değerlendiren çalışmalarda orbitofrontal işlev bozukluğuna duyarlı testlerde kontrollerden daha düşük performans gösterdikleri bulunmuştur (77,78). Yanıt inhibisyonunu değerlendiren bas/basma testinde OKB hastalarında kontrollere kıyasla daha bozuk performans gösterildiği saptanmıştır (79). Sorun çözme ve planlama yeteneğinde kontrollere kıyasla daha bozuk performans sergiledikleri görülmüştür (80).

Nöropsikoloji alanında OKB ile ilgili yapılan çalışmaların sonucunda frontostriatal devredeki işlev bozukluğu neticesinde yürütücü işlevlerde zayıf performans ve buna ikincil olarak gelişen bellek ve görsel mekânsal işlevlerdeki bozulma dikkat çekmektedir.

1.4.2. Psikojen Etkenler

1.4.2.1. Psikanalitik Kuram

OKB için psikanalitik anlamda ilk görüşleri ortaya atan kişi on dokuzuncu yüzyılda yaşayan Freud olmuştur. Freud'a göre insan psikolojisi çeşitli psikoseksüel evrelerden geçerek gelişmektedir. Bunlar oral dönem (0-1 yaş), anal dönem (1-3 yaş), fallik dönem (3-6 yaş), gizlilik dönemi (6,7-12,15 yaşlar) ve erinlik ve ergenlik dönemidir (12,15 yaşlardan sonrası). Her evrede libidinal enerji belli bir erojen bölgede yoğunlaşır. Bu erojen bölgelerden kaynaklanan dürtüler her evreye özgü biçimde boşalma ve doyum amaçlar. Birbirini izleyen bu evrelerde sağlıklı geçişler sağlanamadığında bir önceki döneme saplanma olur ve kişinin yetişkinlik döneminde bu evreye özgü özellikler görülür (81).

İşeme ve dışkılama eğitiminin alındığı 1-3 yaş dönemi olan anal dönemde çocuk dışkısını tutabilmeyi veya bırakabilmeyi öğrenir. Bu dönemde birbirine karşı eş zamanlı oluşan iki zıt eğilim arasında seçim

yapabilme yetisi geliŖecektir. Ancak ocuk bu dönemde bu iki zıt eylemi kendi istediği durumlarda yapamayabileceği gerçeğiyle de yzleŖecektir. Anal dönemin temel Ŗartı kiŖinin kendi kendini kontrol edebilmeyi ve dıŖkının boŖalması sonrası elde edilen içgüdüsel doyumunu erteleyebilmeyi öğrenmesidir. Bu dönemde katı tuvalet eğitimi, aŖırı denetleyici ve koruyucu ebeveyn tutumları, ayıp ve günah kavramlarının fazla üzerinde durulması ile idin haz dürtüsü doğrudan ebeveynin arzusuyla karŖı karŖıya kalır. Bu evre speregounun oluŖumu ve saldırgan dürtülerin kontrolünde önemlidir. Katı, sabırsız, talepkar ve özerklik tanımayan ebeveyn tutumları bu dönemde saplanmaya ve ambivalan duygu ve tutumların arttıŖına neden olur. KiŖiler bir eylemi yapmak ve yapmamak arasında bocalarlar. Aynı zamanda ocuk katı bir speregoyu iselleŖtirir ve kendini suçlamaya hazır hale gelir. OKB' de temel düzenek anal döneme gerilemedir(regresyon). Yani saplanmış olduğu nesne ya da doyum biçimine geri dönmesidir (82).

OKB' de her dŖnce, eylem ve isteğin ve iyi ve kötü yanı bulunmaktadır. Bu ikircikli durum kiŖide öfke, kararsızlık ve güvensizlik hissettirir. Bu duyguları kontrol edebilmek adına eŖitli savunma mekanizmalarından yararlanılır (83). OKB tanılı hastalarda sık kullanılan savunma mekanizmalarından ilki karŖıt tepki oluŖturmadır. Bu savunma mekanizmasında kiŖi sahip olduğu yasak, saldırgan ve isyankar dürtülerin tam tersi yönde hareket ederek kirli ve utanç verici duygulardan sembolik olarak arınmıŖ olur. Kirliliğe eğilimi olan bir kiŖinin haddinden fazla titiz olması bu duruma örnek olarak verilebilir. Savunma mekanizmalarından yer deđiŖtirmeyi kullanarak bu duyguları baŖka bir nesneye aktarırlar. Savunmaları baŖarısız olduğuunda suçluluk duyabilir ve ceza çekmeyi ve kefareti ödemeyi dŖnerek yapma-bozma savunma mekanizmasıyla telafi çabalarına girebilirler. Bu telafi çabası yalnızca hasarı onarmak için değil aynı zamanda her Ŗeyi eski haline getirerek kendileri ve baŖkalarının gözünde tekrar iyi pozisyonu kazanmak içindir. Bir diğer savunma mekanizması da duyguların yalıtılmasıdır. Bu savunma mekanizması ile kiŖiler atıŖmalı duygu ve dürtülerin birbirini etkilemesine ve eliŖkili tutumların bilinçli farkındalığa sızmasına engel olurlar. Kötü bir sonucun engellenmesi için

toplumda sık kullanılan ‘maşallah’ deme, tahtaya vurma da yapma-bozma savunma mekanizmasına örnektir (3,84).

OKB’ de çift değerli (ambivalan) düşüncenin yanında büyüsel düşünce de önemlidir. Bu düşüncede zihinden geçen bir istek, duygu veya düşüncenin büyüsel bir etki ile eylem haline dönüşeceğine inanılır ve bu düşünceden korkulur (85).

1.4.2.2. Bilişsel Davranışçı Kuram

1.4.2.2.1. Davranışçı Kuram

Mowrer’ in iki basamaklı öğrenme kuramına göre birinci basamak olan klasik koşullanma ile öğrenilen korku, ikinci basamaktaki edimsel koşullanma aracılığıyla pekişir. Kişinin ilk etapta yansız düşünce veya nesnelerin anksiyete gibi olumsuz duygular oluşturan bir uyararla koşullanması ile bu yansız düşünce ve nesneler yansızlığını yitirerek bu olumsuz duygularla ilişkilendirilir ve bu aşamaya klasik koşullanma adı verilir. Bu koşullanma ile obsesyonların (koşullu uyarana) oluştuğu varsayılır. İkinci etapta ise anksiyete gelişimine neden olan bu düşünce ve nesneleri içeren obsesyonlar kişide kaçınma eylemlerinin yani kompulsiyonların oluşumuna neden olur. Anksiyetenin rahatladığının öğrenilmesiyle bu kaçınma eylemleri edimsel koşullanma süreciyle pekişir (86,87).

1.4.2.2.2. Bilişsel Kuram

Bilişsel yaklaşımların çoğuna göre, zorlayıcı düşüncelerin yorumlanmasındaki öznel farklılığın OKB’nin gelişiminde ve sürdürülmesinde önemli rol oynadığı varsayılmaktadır (88,89). Zorlayıcı düşüncelerin normal bireylerin %90’ında görüldüğü ancak OKB tanılı hastalarda hatalı değerlendirmeler sonucunda obsesyona dönüşebileceği vurgulanmaktadır (90,91). OKB’ li bireylerde bu istenmeyen zorlayıcı düşüncelerin hatalı

değerlendirilmesinin altında uyumsuz bilişsel-duygusal şemaların yattığı varsayılır. Üzerinde durulan bazı bilişsel şemalardan ilki, yoğun kaçınma davranışına yol açan tehlike ve tehditin abartılması; ikincisi, suçluluk duygusuna neden olan sorumluluğun abartılması; üçüncüsü, eylemin eksik ya da hatalı olduğu düşüncesi ile yapılan şeyin çoklu tekrar edilmesine neden olan mükemmeliyetçilik; dördüncüsü, zorlayıcı düşünceleri iradi olarak kontrol etme ve bastırmaya yönelik yoğun çaba sonrası 'geri tepme etkisi' ile düşüncenin artması; beşincisi, zorlayıcı düşüncenin veya imgenin zihinde canlanması ile eylemi gerçekleştirmiş olma veya korkulan sonucun gerçekleşme ihtimalini artırma düşüncesine neden olan 'düşünce eylem kaynaşması' mekanizması ve son olarak da öngörülemeyen ve belirsizlik içeren durumlara karşı tahammül edememektir (87,92).

Algılanan sorumluluğu düşürücü bir etki oluşturmak amacıyla düşünce ritüelleri ve kompulsif davranışlar şeklinde yansızlaştırma yanıtı geliştirilir. Yansızlaştırma yanıtı bir kez gerçekleştikten sonra OKB' li birey kısa dönemde sorumluluk hissi ve kaygısında rahatlama hisseder ve yansızlaştırma yanıtını sürdürür. Fakat bu durum uzun dönemde zorlayıcı düşüncelerin hem belirginliğini hem de sıklığını artırır ve OKB kliniği belirginleşir (88).

1.5. Fenomenoloji, Klinik özellikler ve Belirti Boyutları

OKB, belirti çeşitliliğini sınıflandırma ve hastalığı tanımlama çabaları halen tartışmalı bir şekilde devam etse de iyi tanımlanmış ve çekirdek özelliklere dikkat edildiği sürece iyi tanınan bir psikiyatrik hastalıktır. Yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri, sosyokültürel özellikler, dini inanç, komorbid hastalıklar, entelektüel kapasite gibi belirti çeşitliliği etkileyen birçok faktör bulunmaktadır (3). Obsesyon ve kompulsiyonların klinik görünümü bu faktörlerin de etkisi ile hastadan hastaya değişebilmektedir. Birçok farklı obsesyon ve kompulsiyon olması nedeniyle OKB belirtilerin sunumu bakımından oldukça heterojen bir psikiyatrik rahatsızlıktır (93). Hastalarda

çoğunlukla birden fazla obsesyon ve kompulsiyon türü birlikte görülebilmektedir (94,95). Kompulsiyonların eşlik etmediği saf obsesyonlar ya da obsesyonların eşlik etmediği saf kompulsiyonlar da olabilmektedir. Saf obsesyonlara saldırganlık, cinsellik ve beden temalarını içeren obsesyonlar örnek verilebilir. Saf kompulsiyonlar ise daha nadirdir ve genellikle çocukluk çağında görülmektedir (1).

En yaygın görülen belirti kalıbının bulaş obsesyonu olduğu belirtilmektedir. Bu obsesyona sahip kişiler bulaşın ufak bir temasla dahi bulaştığına inanır ve korunmak adına kaçınma ya da temizleme kompulsiyonu geliştirebilir. İkinci en sık görülen belirti kalıbı ise sıklıkla tehlikeli durumlarla ilgili olan şüphe obsesyonudur ve devamında kontrol etme kompulsiyonları görülür. En yaygın olan üçüncü kalıp ise kompulsiyonsuz girici obsesyonel düşüncelerdir. Genellikle kişinin dini ve ahlaki değerlerine aykırı olarak değerlendirdiği cinsel ya da saldırgan eylemler hakkındaki düşüncelerdir. Bunları simetri ve düzen, istifleme ve bedensel obsesyonlar izler (1,2).

Son 20 yılda OKB’de belirti dağılımını inceleyen birçok çalışmada araştırmacılar YBOKÖ belirti listesini kullanmaktadır. Bu ölçekte obsesyonlar saldırganlık, kirlenme, cinsel, biriktirme/saklama, dini, eşyaların düzeni ve simetrikliği, somatik ve diğer obsesyonlar olarak; kompulsiyonlar ise temizleme/yıkama, kontrol etme, tekrarlayıcı törensel davranışlar, sayma, sıralama düzenleme, biriktirme/toplama ve diğer kompulsiyonlar alt başlıkları şeklinde gruplandırılmıştır. En sık görülen belirti kalıplarından biri olarak vurgulanan şüphe obsesyonu aslında bir işi tam ayarında yapıp yapamamakla ilgili yanlılığı gösteren önemli bir bilişsel özellik olarak ele alınmaya başlanmıştır ve artık birçok belirti boyutunun altında yattığı düşünülmektedir. Kontrol kompulsiyonları da farklı birçok obsesyon türüyle ilişkili olabilecek şekilde YBOKÖ’ de düzenlenmiştir.

YBOKÖ’ nin belirtilere kategorik yaklaşımı ile belirti içeriğindeki çeşitliliği yeterince yansıtamadığı düşünüülerek boyutsal yaklaşım tarzı gündeme gelmiştir (96). Birbiriyle orta veya yüksek düzeyde alakası olan

değişkenleri toplayarak az sayıda bağımsız değişken grupları oluşturmayı amaçlayan istatistiksel bir yöntem olan faktör analizi gibi nesnel yöntemler kullanılmaya başlanmıştır. Faktör analiz çalışmalarının meta analizleri yapılarak belirti boyutlarının güvenilirliği desteklenmiştir (97,98). Bu çalışmalar doğrultusunda kapsamlı bir değerlendirme aracı olarak Boyutsal Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (BYBOKÖ) geliştirilmiştir (99). Semptom şiddetini ölçmeye yarayan BYBOKÖ her bir boyutun başka klinik değişkenlerle (biyolojik, davranışsal, bilişsel, tedavi yanıtı) ilişkisinin değerlendirilmesini de sağlamaktadır. Ancak ek verilerin toplanmasındaki güçlük nedeni ile BYBOKÖ yaygın kullanılmamıştır. Çoğunlukla faktör analizi ile yapılan ve benzer desendeki çalışmalardan elde edilen verilerle fenomenolojik açıdan en temel belirti grupları:

- Bulaş obsesyonları ve temizleme kompulsiyonları,
- Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar,
- Cinsel ve dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar,
- Simetri ve düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama sıralama kompulsiyonları,
- Somatik obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar,
- İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları,
- Diğer obsesyon ve kompulsiyonlar olarak tanımlanmaktadır (100,101).

1.5.1. Bulaş Obsesyonları ve Temizleme Kompulsiyonları

En sık rastlanan obsesyonlardan biri olan bulaş obsesyonu mikroorganizmalar, evsel ve çevresel atıklar, bedensel atık ve sekresyonlar, hayvanlar ve hayvansal maddeler veya yapışkan ve yağlı maddelere dokunulduğu ya da yakınlarında bulunduğu bulaşma ve kirlilik hissi ile

kendini gösterir. Kirlilik hissi sonrasında oluşan kaygıyı gidermek adına törensel yıkama, tekrarlayıcı temizlik rutinleri ile temizleme kompulsiyonları ve teması önlemek adına kaçınma ve kontrol etme kompulsiyonları görülebilmektedir (3). Yıpranmış bir cilt, deride lezyonlar, sabun ya da çamaşır suyu kokma gibi aşırı yıkama ve temizlenmenin belirtileri görülebilir.

1.5.2. Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar

Bazı eylem veya eylemsizlikler ile isteyerek ya da istemeyerek kendine veya çevresine zarar verebileceği, kötü bir sonuçtan sorumlu olabileceği veya hakaret ve küfür içeren sözleri ağzından kaçırabileceği düşüncesini içeren obsesyonlardır (3). Bu düşünceler eylemle eşdeğer tutulur. Aklından geçen bu düşünceler gerçekmiş gibi hissedilir ve kişinin yoğun suçluluk duymasına neden olur. Bu düşüncenin verdiği rahatsızlık hissinden kurtulmak adına çeşitli kontrol ve kaçınma davranışları ve zihinsel eylemler (sayma, dua, tekrarlayan sözler vb.) şeklinde kompulsiyonlar görülür. Kesici ve delici aletlerden, sevdikleri ile aynı ortamda bulunmaktan kaçınma, sevdiklerini ve kendini kısıtlayıcı davranışlarda bulunma, gerçekleşmemiş bir zarar ve olumsuzluktan dolayı kişiden özür ve helallik dileme, kötü sonucu yansıztırmak adına iyi ve güvenli ritüeller yapma, dua etme, uğurlu sayı sayma şeklinde kompulsiyonlar görülebilir. (3,102).

1.5.3. Cinsel ve Dini Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

Bu obsesyon türü kişinin sahip olduğu sosyokültürel, dini ve ahlaki değerler bakımından uygun görülmeyen içeriklere sahiptir. Cinsel obsesyonlar yasak sevi, eşcinsellik, çocuklarıyla veya ebeveyniyle cinsel ilişkiye girdiğine dair düşünce ya da imgeler şeklinde olabilir. Dini obsesyonlar ise dini inancına aykırı davranışta bulunma veya söz söyleme şeklinde olabilir. Kişi bu tarz bir düşünceye sahip olmaktan, durum üzerindeki

kontrolünü kaybetmekten ya da kazara da olsa bunları eyleme dökme olasılığından rahatsızlık duyar (3,102). Bu düşüncelerden haz duymadığı gibi kendini suçlu ve günahkar hisseder. Dini ve cinsel obsesyonlarda benzer kompulsiyon tarzları görülebilmektedir. başa çıkma mekanizmalarından sıklıkla bastırma ve kaçınma kullanılır (103). Kompulsiyon ve ritüeller yelpazesi çok geniştir. Tekrarlayıcı onay, güven arama doğruyu sorgulama davranışları, kontrol davranışları, kompulsif şekilde ibadet etme ve uygunsuz imgeler nedeniyle abdestin bozulduğu, günaha girdiği ve pis olduğu düşüncesi ile tekrarlayan abdest alma ve temizlenme davranışları görülebilir (3).

1.5.4. Simetri ve Düzen Obsesyonları ve Sayma, Tekrarlama, Sıralama Kompulsiyonları

Yapılan işlerin mükemmel, hatasız ve tam ayarında olması, nesnelerin doğru şekilde ve simetrik sıralanmış olmasını istemek şeklinde obsesyonlardır. İşlerin doğru olmadığı veya eksik olduğu hissiyle ilişkili memnuniyetsizliği, rahatsızlığı veya yetersizliği azaltmayı amaçlayan sıralama, düzenleme, belli sayı ve sırada yapma, dokunma, ovalama, şekillere ve çizgilere basmama şeklinde kompulsiyonlarla ilişkili olabilir (3,104).

1.5.5. Somatik Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

Hastalık kaygısı bozukluğu ve beden dismorfik bozukluğunda olan semptomlar dışında beden veya bölümlerinde sağlık hakkında endişeleri içeren obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar görülebilir. Hastalık kaygısı bozukluğunda birey tedavi değil, açıklama arar, içgörülerini somatik obsesyona sahip OKB hastalarına kıyasla daha kötüdür ve psikiyatrik bir sorun olasılığını akıllarına daha az getirirler. OKB hastasında ise bu düşüncenin saçma

olduğuna dair içgörsü daha yüksektir ve bunun için psikiyatrik tedavi arayışı olabilir. Bir hastalığın bulaşma veya zararının dokunması ihtimalinden ziyade bu ihtimallerin gerçekleşmiş olması hakkında daha fazla kaygı duyarlar (3,101).

1.5.6. İstifleme Obsesyon ve Kompulsiyonları

İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları OKB' den daha kötü içgörü seviyesi, tedaviye yanıtta düşüklük, daha ileri yaşta başlaması gibi nedenlerle DSM-5' de OKİB çatısı altında ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. Bu obsesyon türünde kişi gerçek anlamda maddi ve manevi değerine ve işlevine bakmaksızın nesneleri biriktirir, bu nesneleri elden çıkarmaya veya atmaya yönelik şiddetli düzeyde korku yaşar (102).

1.5.7. Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar

Bu grupta diğer belirti gruplarına girmeyen obsesyon ve kompulsiyon türleri bulunur. Uğurlu ve uğursuz sayılar, batıl inançlar, özel anlamı olan renkler, bilme ve hatırlama ihtiyacı, zorlayıcı şekilde gelen görüntü ve sesler gibi obsesyon ve kompulsiyonlar olabilir.

1.6. Tanı

OKB, resmi olarak tanı kategorilerine ilk kez DSM-III'te girmiştir. DSM-5'e kadar anksiyete bozuklukları kategorisi içinde yer alıyorken DSM-5 ile birlikte OKİB kategorisinde yerini almıştır. Bu kategorinin diğer tanıları OKB, Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB), İstifleme Bozukluğu (İB), Trikotillomani, Deri Yolma Bozukluğu (DYB), Maddenin/İlacın Yol Açtığı Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Obsesif

Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmış Diğer Bir Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluk ve Tanımlanmamış Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklardır. DSM-5 ile getirilen önemli değişikliklerden bir diğeri ise içgörüsü olmayan hastalara da OKB tanısı konulabilmesidir.

DSM-5' e göre OKB tanı kriterleri:

A. Obsesyon ve kompulsiyonlardan birinin veya her ikisinin de varlığı,

Obsesyon tanımı (1) ve (2) ile tarif edilmektedir:

(1). Hastalığa sahip olunan sürede bazı zamanlarda zorlayıcı veya istenmeyen bir biçimde yaşanan, kişide belirgin bir sıkıntı ve rahatsızlığa yol açan, inatçı biçimde yineleyen düşünce, dürtü, imge, düşünem ya da bunların karışımıdır.

(2). Kişi bu düşünce, dürtü, imge veya düşümlere aldırmamaya veya karşı koymaya çabalar, başka bir eylem veya zihinsel uğraşı(kompulsiyon) ile önüne geçmeye çalışır.

Kompulsiyon tanımı (1) ve (2) ile tarif edilmektedir:

(1). Kişinin obsesyonlara cevap olarak veya belirli kurallara göre yapmak zorunda olduğunu hissettiği ve karşı koyamadığı yineleyici, törensel davranışlar ve zihinsel uğraşılardır.

(2). Bu davranışlar veya zihinsel eylemler endişeyi gidermek, gerçekleşmesinden korkulan durum ve olayların olmasını önlemek, tam ve bütünlüklü hissedebilmek adına yapılır ancak oluşmasını önlemek üzere planlanan durumlarla gerçekçi bir şekilde ilişkili değildir ve aşırı düzeydedir.

Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını söze dökemeyebilirler.

B. Obsesyonlar veya kompulsiyonlar kişide belirgin rahatsızlık ve sıkıntı oluşturur, işlevselliğinde belirgin bozulmaya neden olur ve zamanını tüketir (günde 1 saatten fazla).

C. Bu belirtiler bir madde veya ilacın ya da başka bir tıbbi durumun fizyolojik etkileri ile açıklanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal hastalığın belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örneğin yaygın anksiyete bozukluğunda görülen aşırı

endişeler; beden dismorfik bozukluğunda görülen beden görünümüyle yoğun meşguliyet; istifleme bozukluğunda görülen mal ve eşyaları elden çıkarmakta ya da onları atmakta zorlanma; trikotillomanide görülen saç yolma; DYB' da görülen derinin yolunması, stereotipik davranış bozukluğunda görülen basmakalıp davranışlar; yeme bozukluğunda görülen ritualistik yeme tutumu; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında görülen maddeyle ilgili aşırı zihinsel meşguliyet; hastalık kaygısı bozukluğunda görülen hastalığa sahip olduğuna yönelik aşırı zihinsel meşguliyet; cinsel sapkınlık bozukluklarında görülen cinsel düşlemler veya dürtüler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında görülen dürtüler; majör depresif bozukluğunda görülen suçlulukla ilgili ruminatif düşüncelere sahip olma, şizofreni spektrumu ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi varsanı varlığı veya sanrısallıklar veyahut da otizm spektrumu bozukluklarında görülen tekrarlayan davranış örüntüleri gibi).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi veya oldukça iyi: Birey, obsesif ve/veya kompulsif inanışlarının kesinlikle veya muhtemelen gerçek olmadığına farkındadır ya da gerçek olabileceğinin veya olmayabileceğini düşünmektedir.

İçgörüsü kötü: Birey, obsesif ve/veya kompulsif inanışlarının büyük ölçüde gerçek olduğunu düşünmektedir.

İçgörüsü yok/sanrısallık inanışlar: Birey, obsesif ve/veya kompulsif inanışlarının tamamen gerçek olduğuna inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Bireyin o sırada veya geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü bulunmaktadır.

1.7. Gidiş ve Sonlanış

OKB' nin başlangıcı genelde yavaş olmaktadır ve sinsi bir seyir izlemektedir. Postpartum başlangıçlar ya da kayıp sonrasında ani başlangıçlar olabileceği de belirtilmektedir. Hastalığın başlangıç yaşı ile doktora başvurma zamanları arasında genelde uzunca bir süre olmaktadır. Bunun sebebi kişinin sahip olduğu obsesyon ve kompulsiyonları çoğu zaman bir hastalık belirtisi olarak ele almamaları ve bireysel çaba ile zamanla geçeceğini düşünmeleridir (1).

OKB tanılı hastalarda obsesyon ve kompulsiyonları hem kendi yaşamlarını hem de beraber yaşadıkları kişilerin yaşamlarında bazı zorluklar oluşturabilmektedir. Törenselleştirilmiş davranışlar ve sıralama ve düzenleme kompulsiyonları nedeniyle yapmaları gereken işlerini zamanında tamamlayamama, onay alma isteği ile çevresindeki insanları bunaltma gibi olumsuz durumlarla karşılaşarak aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulma ve ilişkilerini sürdürmemeye, özgüvende azalma, akademik başarıda düşme, meslek yaşamında zorluklar ve mesleğe devam edememe gibi sorunlar çoğunlukla görülmektedir (7,105). Ahlaki ve dini değerlerine aykırı olduğunu düşündüğü düşünce ve eylemlere sahip olmak kişide suçluluk ve günahkarlık hissi ile benlik saygısı ve özgüvende azalma gelişebilmektedir. Bu sebepler hastaların yaşam kalitesinde önemli ölçüde düşüşe neden olmaktadır (7).

Erken başlangıç, aile öyküsü, erkek cinsiyet, geç başvuru, düşük sosyoekonomik düzey, zayıf içgörü, ilaçlara direnç, dini, cinsen ve biriktirme obsesyonlarına sahip olmak ve komorbid ruhsal hastalıklar kötü prognostik faktörlerdir. Çoğunlukla epizodik bir gidiş görülmektedir. Hastalığın şiddeti ve gidişatı zaman içinde değişiklik gösterebilmektedir. Bu dalgalanmaların yanında tamamıyla iyileşme nadir bir durum olarak görülmektedir. Genellikle yaşam boyu süren inatçı bir seyir gösterir (21).

1.8. Tedavi

OKB' de ilk basamak tedaviler olarak SSGİ, klomipramin ve BDT kullanılmaktadır. BDT tek başına uygulanabildiği gibi SSGİ tedavisine eklendiğinde tedavinin yanı sıra depresyonları de önlemektedir.

Tedaviye yanıtızsızlıktan bahsedebilmek için mevcut kullanılan SSGİ tedavisi kabul görülen en yüksek doza çıkarılarak toplamda en az 12 hafta bu tedaviye devam edilmiş olmalıdır. Birinci basamak tedavisi içindeki ilaçlardan üç farklı farmakolojik ilaç farklı zamanlarda etkin doz ve gereken sürede kullanılmalı ve bu ilaçlardan biri de klomipramin olmalıdır (106). Bu tedaviye rağmen yeterli yanıt alınamayan hastalarda güçlendirme tedavileri gündeme gelmektedir. Güçlendirme ajanı olarak atipik antipsikotikler, dekstroamfetamin ve kafein gibi dopaminerjik sistem üzerinden etki eden ajanlar, klomipramin, klonazepam, pindolol, ondansetron, mirtazapin gibi serotonerjik sistem üzerinden etki eden ajanlar, memantin, n-asetilsistein, lamotrijin, topiramet, l-karnozin, gibi glutamaterjik sistem üzerinden etki eden ajanlar, selekoksib gibi bir antiinflatuar ilaç ve opiyoidler denenmiştir. Güçlendirme tedavisine de yanıt alınamadığı birkaç durumda fenelzin ve inositol gibi alternatif ilaçlar denenmiş ve değişken sonuçlar görülmüştür. Tedaviye dirençli hastalar için bir diğer seçenek olarak da damar içi SRI tedavisidir (3).

İlaç dışı tedavi yaklaşımlarında ise TMU ve derin beyin uyarımı kullanılabilir. Mümkün olan tüm tedavi algoritmalarının uygulanmasına karşın yanıt alınamayan ve işlevselliğinde ciddi bozulma görülen hastalarda son seçenek olarak beyinde stereotipik lezyon oluşturma uygulamasına başvurulabilir (3).

2. BEDEN ALGISI

2.1. Tanım

Beden algısı benlik kavramını oluşturan yapılardan biri olup, beden imajı ve beden imgesi olarak da ele alınmaktadır. Bedenin tüm duyularıyla ilgilidir ve bu duyularının sentezi ile oluşan algılar bütünüdür. İlk olarak 1920'lerde Paul Schilder'in çalışmaları sonrasında psikolojik ve sosyolojik yönleri de olduğu gündeme gelmiştir. Schilder 1950' de yaptığı çalışması ile beden algısı kavramını bir beyin hasarı sonrası bedeni algılamadaki çarpıklık olarak ele alınmasından öteye taşımış, daha geniş psikolojik ve sosyolojik çerçevede ele alınması görüşünü öne atmıştır (107). Beden algısının sadece algısal bir yapı olmadığını, aynı zamanda başkalarıyla olan etkileşimlerin de bir yansıması olduğunu savunmuştur. Beden algısını 'kendi bedenimizin zihnimizde oluşturduğumuz resmi, yani bedenin kendimize görünme şekli' olarak tanımlamıştır. Öngönen' in ifadesiyle beden algısı ilişkilerde sözden önce gelen iletişimin sessiz hali, farklı ideolojilerin ve dünya görüşlerinin temsilini barındıran bir tasarımdır (108). Gerçek görünümünden ziyade nasıl algılandığıyla ilişkili bir kavram olup birey için bir ayna temsilidir.

Beden algısı beden ve bölümlerinin şekil, boyut, ağırlık, fonksiyon ve yapı gibi özelliklerini kapsar. Beden algısının insan için önemi tüm bu beden ve bölümlerine ait bir patoloji sonucunda oluşan fonksiyonel bozuklukların ötesindedir. Günümüz insanının bütünsel bir yaklaşımla değerlendirilmesi sosyal ve psikolojik açıdan da sağlıklı olmasını, daha doğrusu sağlıklı hissetmesini gerektirmektedir. Bu da işlevsel iyi oluştan öznel iyi oluşa geçişe neden olmuştur.

2.2. Beden Algısının Gelişimi

Beden algısının değişim ve gelişimin belirli bir yaştan sonra sabit kaldığı yönünde görüşler de olmasına rağmen hakim görüş beden algısının yaşam boyu değişim ve gelişiminin süreklilik gösterdiği yönündedir (6,109).

Bauman, Hoffer' ın süt çocuğu döneminde bebeğin nesne dünyasını ve kendi bedensel benliğini keşfetmesinde ve çevresinden farklı olduğunu anlamasında ağız ve ellerin ana araçlar olarak hizmet ettiği düşüncesini aktarmaktadır. Yine Bauman aynı yazısında Phyllis Greenacre tarafından süt çocuğu döneminde gözlemlemenin de önemli olduğunu, bebeğin göremediği beden bölümüne ait beden algısının aynı zamanda temas duygusu aracılığıyla ve başkalarının vücutlarının görsel izlenimleriyle tamamlandığı düşüncesini aktarmaktadır (110). Yine bu yolla çevresinden farklı olduğunu anlamaktadır. Bu dönemde dokunma ve temel güven duygusu ile beden kavramında olumlu bir gelişim olmaktadır.

Oyun çocuğu artık çevre ile daha aktif etkileşim halindedir. Aktif büyüme döneminde olması nedeniyle hem kendi beden bileşenlerini hem de çevresini kontrol edemez ve suçluluk, değersizlik ve yetersizlik duygularını deneyimler. Williamson ve Delin Avusturalya'da yaptıkları çalışmalarında 5 yaşındaki kız çocuklarında yaşıtları olan erkek çocuklarında görülmeyen ince bir vücuda sahip olma idealinin ortaya çıktığına dair kanıtlar olduğunu belirtmiştir (111).

Okul çocuğu döneminde cinsiyet rolünün özümsemi, yaşıtları ile ilişkileri ve öğrenme yetilerinin gelişimi ön plana çıkmaktadır. Sosyal adımların atıldığı bu dönemde çevrenin çocuk üzerine etkisi de artmaktadır. Diğerlerinin bakış açısı ve toplumsal standartlar önemli faktörler haline gelmekte ve ilerleyen dönemlerde de beden algısı üzerine olan etkileri devam etmektedir (112). 2016 yılında yapılan bir çalışma 8 yaşında olan preadolesan dönemdeki erkek çocukların yüzde 50' sinin hem zayıflık hem de kaslılık konusunda endişe duyduğunu ve fit görünen bir vücuda sahip olmaya önem verdiğini göstermiştir (113). Birçok kız ve erkek çocuğu için beden ölçüleri endişelerinin ergenlikten önce başladığını gösteren çalışmalar vardır (114,115).

Adolesan dönem fiziksel büyümenin belirgin olduğu dönemdir. Kişi de bu değişikliğin farkında olarak adapte olmaya çalışır ve beden algısı değişimi ve gelişimi kaçınılmazdır. Aile ve çevresinin tutumu ile de beden algısındaki bu değişim ve gelişim pozitif veya negatif yönlerde etkilenebilmektedir. Beden organlarındaki büyümenin hızlı ve orantısız olması bireyde uyum sorunları oluşturabilmektedir. Ergen birey zihinsel, duygusal ve davranışsal açıdan aktif bir şekilde kendini değerlendirmektedir. başkaları tarafından nasıl değerlendirildiği ve nasıl görüldüğüne büyük önem vermektedir ve toplum ideallerine uygun olma isteği vardır. Bu dönemde fiziksel görünümle ilgili kusurların abartıldığı lehine çalışmalar bulunmaktadır (116).

Erişkin dönemde de beden algısı değişme ve gelişmeye açıktır. Beden ve bölümlerinin yapı ve fonksiyonlarına ait duygu ve düşünceler yaşam boyu değişime açıktır.

Yaşlılıkta oluşan fiziksel, mental, sosyal ve emosyonel değişikliklerle birlikte de beden algısında zorunlu değişiklik beklenmektedir. Çeşitli kronik hastalıkların gelişmesi, becerilerin ve uğraşların azalması, sosyal çevrenin kısıtlanması, fiziksel görünümdeki değişiklikler ve beden fonksiyonlarında duyusal ve motor azalma olması yaşlı bireyi bekleyen en olası değişikliklerden birkaçıdır.

2.3. Beden Algısını Etkileyen Faktörler

Faucher beden imgesinin iki elemanı olduğundan bahsetmiştir. Algılanan beden bölümü bireyin kendi bedenini nasıl algıladığıyken tutumsal bölüm ise kişinin bedenine ait duygu, düşünce ve değerlendirmeleridir. Tutumsal boyut kapsamında kişinin dış görünüşü ve bedenine karşı olan hislerini içeren duyusal boyut, düşünce ve inançlarını içeren bilişsel boyut, yeme ve egzersiz gibi davranış değişiklikleriyle kendini gösteren davranışsal boyut ve vücudun değerlendirilmesi ile elde edilen tatmin boyutu olarak dört öge bulunmaktadır (117). Tüm boyutlar çeşitli faktörlerin etkisi ile değişebilmekte ve birbirini etkileyebilmektedir. Beden algısındaki

memnuniyetsizlik algısal ve tutumsal boyutlardaki olumsuz değerlendirmelerle oluşabilmektedir. Algısal boyuttaki değerlendirmenin bozulması ile beden şekli ve ölçüsünde bir anormallik olmamasına rağmen varmış gibi yanlış değerlendirilmektedir. Beden ve bölümlerinin yapısı ve işleyişinden hoşnut olmama ile tutumsal boyuttaki yanlış değerlendirmeler tutumsal boyuttaki bozulmayı göstermektedir. Algısal ve tutumsal boyutlardaki bu olumsuz değerlendirmeler ile de beden memnuniyetsizliği ortaya çıkmaktadır. Beden memnuniyetsizliği ideal beden ölçütleri ile algılanan beden ölçütleri arasındaki farkın fazla olarak algılanmasıyla oluşmaktadır (118). Beden hacmi ya da şeklindeki farklılık, kayıplar, travma ve sosyal çevreyle etkileşim gibi nedenlerin tüm bu boyutlara etkisiyle beden algısı da değişip şekillenmektedir (107).

Beden algısına ait değerlendirmeler öznel olup gelişimsel, travmatik, psikolojik, fizyolojik ve sosyal faktörlere verilen tepkiye göre gelişmektedir (119). Kişilerin kendi bedenleri ve diğerlerinin bedenlerindeki değişimi fark etmeleri ve değerlendirmelerinde sosyal faktörlerin etkisi önemlidir. Sosyal etkileşimler neticesinde kişiler bedeninin hangi halinin toplum tarafından daha kabul edilebilir olacağını ayırt etmektedir. Modernite sonrası beden görünürlüğü de daha çok önem kazanmış ve satılabilir bir mal olarak pazarlanması için bazı kriterler ön planda tutulmuştur. Öngören beden için 'göstergeler mezarlığı' terimini kullanarak beden bir tüketim unsuru haline geldiğini vurgulamıştır (108).

Becker 1990' larda büyük vücut oranlarının yüksek bakım kalitesine ve sağlığı yansıttığına, kadınlarda büyük kalçaların çocuk doğurma yeteneğini ve çekiciliği gösterdiğine dikkat çekmiştir (120). Zamanla bu görüşün fakir kültürlerdeki yeri korunurken varlıklı kültürlerde yerini ince olmanın kendi kendini kontrol etme ve bolluk karşısında kendine hakim olma ile ilişkili olduğu görüşünün aldığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada kitle iletişim araçları aracılığıyla zayıf olma idealinin teşvik edilebileceği ve küreselleşme ile bu konudaki bölgesel farklılıkların azalıyor olabileceği vurgulanmaktadır (121). Batılılaşma ve modernleşmenin ince olma idealini teşvik eden kültürel değişikliklere neden olduğu belirtilmiştir (122). Batı medyasının

yaygınlaşmasının da beden algısında bozulmayla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Fiji’ de yapılan bir çalışmada kırsal bir toplulukta ergen kadınlarda Batı televizyonunun kullanıma sunulmasından üç yıl sonra Batı medya modellerini idealleştirdikleri, kilo ve beden şeklinde endişelerinin arttığı ve yeme davranış değişiklikleri geliştirildiği bildirilmiştir (123).

Beden algısında cinsiyetin de önemi vardır. Kadınların fiziksel çekicilik açısından erkeklere kıyasla daha sert bir şekilde yargılandığı ve kadınların toplum ideallerine uygun bir görünümde olması yönünde toplumsal baskıya erkeklerden daha çok maruz kaldığını saptayan çalışmalar bulunmaktadır (124). Erkekler estetik bir bakış açısıyla bedenleri hakkında konuşmayacak şekilde sosyalleşirler ve vücudun görünümüyle ilgili endişelerin ve vücutlarının görünümü hakkında konuşmanın kadınsılığı vurguladığını düşünürler (125). Aynı zamanda yaşlanmanın da iki cinsiyet için farklı anlamlar ifade ettiği vurgulanıyor. Yaşlanma belirtileri erkekleri ‘seçkin’ gösterirken, kadınlarda olumsuz olarak görülebilmektedir (126). Yaşlılığın iki cinsiyette farklı beklentiler oluşturmalarına rağmen çalışmalar her iki cinsiyet için de yaşlanmanın beden memnuniyetsizliğinde anlamlı fark oluşturmadığını göstermektedir (127). Bu durum yaşlanma ile birlikte olası bedensel değişikliklerin toplum tarafından daha çok kabul görmesi ile açıklanabilmektedir.

Grogan 1990’ larda yayınlanan araştırmaların Hispanik ve Asyalı kadın ve erkeklerin, Avrupa ve Amerikalı beyaz kadın ve erkeklere göre bedenlerinden daha çok memnun olduklarını bildirse de, yeni kanıtlarla 21. Yüzyılda bu açığın kapandığını belirtmektedir (117).

Kadınların medya temsillerini analiz eden bir çalışmada medyadaki baskın kadın imajının genç, fit, çekici, genellikle beyaz bir model olduğu bulunmuştur (128). Kadın karakterlerin benzer görünüşte aktrisler tarafından canlandırılması ile kadınların başarılı ve mutlu olmak için ince ve güzel olması gerektiği mesajı vurgulanmaktadır. İçinde bulunduğumuz yüzyılda özellikle Batı toplumunda zayıf ve narin bir vücut genellikle başarı, mutluluk, sosyal kabul edilebilirlik ve gençlik ile ilişkilendirilmektedir. Kadınlar için zayıf

ve kadınsı hatlara sahip bir beden, erkekler içinse zayıf ve aynı zamanda kaslı bir beden ideal vücut tipi olarak gösterilmektedir. Susan Bordo yıllar içinde zayıflığa verilen toplumsal anlamların izini sürerek vücudun dış görünüşünün kişisel düzen veya düzensizliğin bir sembolü olduğu, ince olmanın kontrol sahibi olmaya atfedildiği, kaslı ve formda bir bedene sahip olmanın iradeli ve kontrol sahibi olmayla ilişkili olduğu ve başarıyı temsil ettiği görüşlerinin toplumlarda yaygın olduğunu vurguluyor (126).

Cinsel tercihlerin beden algısı üzerine etkisine yönelik yapılan çalışmalarda heteroseksüel erkek ve homoseksüel kadınların beden algısına yönelik kaygı düzeylerinin homoseksüel erkek ve heteroseksüel kadınlardan belirgin şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır (129,130). Biseksüel kadınlarla yapılan görüşmeler erkek partnerle olan cinsel ilişkide kadın partnerle olan cinsel ilişkiye kıyasla geleneksel güzellik normlarına uyma konusunda daha çok baskı altında hissettiklerini göstermiştir (131).

Toplumlarda ince, fit ve sıkı olmanın desteklenmesinde en güçlü faktörlerden biri diyet endüstrisidir. Kitaplar, zayıflama planları ve diyeteye yönelik gıdalar geliştirilmekte ve 'şişman hisseden' insanlara satılmaktadır. Birçok insan yaptıkları diyetle sağlıklı olmaktan ziyade estetik amaçları hedeflemektedir.

Kişilerin dini inancı ve manevi yaşantılarının da beden doyumu üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada güçlü ve içselleştirilmiş dini/manevi inançlara sahip olmanın daha az beden kaygısına sahip olmakla bağlantılı olabileceği görülmüştür (132).

Ayrıca düşük benlik saygısı, fit/kaslı vücut idealinin içselleştirilmesi, sosyal karşılaştırmanın fazla kullanılması, beden nesneleştirilmesi, öz-yeterlilik hissinin düşük olması, beden takdirinin az olması da beden algısını olumsuz etkileyen faktörler olarak vurgulanmaktadır (133–137).

3. SOMATİZASYON

3.1. Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Somatizasyon psikiyatri ve genel tıp bilimleri arasındaki sınırdadır. Ruhsal belirtilerle birlikte veya yalnız başına bedensel belirtiler görülür. Bu belirtiler organik bir nedene bağlanamaması veya organik bir nedeni olsa dahi beklenenden çok daha şiddetli olması ile karakterizedir (138). Somatizasyon psikososyal strese bir tepki olarak bedensel sıkıntı hissetme ve semptomları gösterme, bunları fiziksel bir hastalığa bağlama ve tıbbi yardım arama eğilimi olarak tanımlanmaktadır (5).

Bazı hastalar beraberinde olan veya sonradan eklenen birden çok belirti sunarken bazıları ise kronikleşen tek bir belirtiden muzdarip olabilmektedir. Fiziksel semptomlara eşlik eden sağlık kaygısı ve kontrol etme davranışı gibi psikolojik ve davranışsal yönleri vardır (139).

Kişilerin sosyal hayatlarında ve işlevselliğinde ciddi bozulmaya neden olacak düzeyde belirtiler görülebilir. Tıbbi yardım talepleri oldukça fazladır ve organik etiyoloji araştırmak adına yapılan birçok tetkik nedeniyle sağlık hizmeti maliyet artışının önemli nedenlerinden biridir. Belirtiler bu tetkiklerle yeterince açıklanamaz olduğunda aile ve sağlık çalışanları için de stres oluşturmaktadır.

Tıbbi nedenlerle açıklanamayan bu tablo toplumda, ailede ve bireyde maddi ve manevi bir yük oluşturmaları nedeniyle önemli görülmüş ve tıbbi literatürde önemli bir yer edinmiştir. Psikolojik distresi bedensel belirtilerle ifade etme fenomeni için kullanılan ilk terim histeri olmuştur. Bu terim Yunanca uterus anlamına gelen 'hysteron' kelimesinden türemiştir (140). M.Ö. 1900' lerde Eski Mısır' da Kahun tabletlerinde histeri terimi kendiliğinden olan rahim hareketleriyle ilişkilendirilmiştir. Histeri kadınlara özgü bir hastalık gibi tanımlanmış olup uzun yıllar uterusun bastırılmayan istekleri nedeniyle vücutta gezinmesi sonucu ortaya çıkan bir hastalık olduğu düşünülmüştür (141). 17. ve 18. yüzyılda histerinin rahimden çok beyin kaynaklı olabileceği düşüncesi araştırmacılar arasında giderek

yaygınlaşmaya başlamıştır. 19. yüzyılda ise histeri üzerine araştırmalar yoğunlaşmış ve vücutta gösterilebilir herhangi bir patoloji olmadan görülen karmaşık bir hastalık olduğu düşünülmeye başlanmıştır (142). Charcot histerinin yapısal bir lezyondan kaynaklandığını düşünmüştür ve tedavisi için hipnoz tekniğini kullanmıştır. Öğrencisi Janet histerinin dissosiyatif yönüne vurgu yaparken diğer bir öğrencisi olan Freud ise konversiyon belirtileri ile ilgilenmiştir. Freud histeriyi çocukluk döneminden köken alan çözülmemiş bilinçdışı çatışmalarla ilişkilendirmiş ve tedavi etmek adına Charcot gibi önce hipnoz, sonrasında ise serbest çağrışım tekniğini kullanmıştır. 1895 yılında Breuer ile birlikte hazırladıkları 'Histeri Üzerine Çalışmalar' monografisi yayınlanmıştır (143).

Paul Briquet klinik tabloyu çok semptomlu histeri olarak ilk tanımlayan kişi olmuş ve onun anısına hitaben bu klinik sendroma 'Briquet Sendromu' denmiştir. Somatizasyon terimi ise ilk olarak Steckel tarafından kullanılmıştır. Daha sonra ise histeriden ayrı ele alınarak somatizasyon bozukluğu adı ile DSM-III tanı sınıflandırma sisteminde yerini almıştır. Escobar ve arkadaşları 'tıbben açıklanamayan belirtiler', Kellner ise 'fonksiyonel somatik belirtiler' tanımlarını geliştirmiştir (144,145). DSM-IV' te somatoform bozukluklar başlığı altında yer bulmuştur (146). Güncel sınıflandırma sistemi olan DSM-5' te ise bu başlık değiştirilerek somatik belirtili ve ilişkili bozukluklar olarak yerini almıştır (8). DSM-5 ile tanı kriterlerinde odak belirtilerin tıbbi olarak açıklanamıyor oluşundan bireyin ruhsal tepkilerine çevrilmiştir.

3.2. Epidemiyoloji

Bu hastaların psikiyatri dışı branşlara daha çok başvuruyor olmaları ve somatizasyon kavramıyla ilgili tanımlamaların sürekli değişiyor olması epidemiyolojik verilerin elde edilmesini zorlaştırmaktadır. Somatik belirtilerle kendini gösteren hastalıkların toplumdaki yaygınlık oranının %15-20 arasında olduğu düşünülmektedir (147).

Cinsiyetler arasında yaygınlığına bakıldığında kadınlarda erkeklere göre 5-10 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak da ataerkil toplum yapısı ve pasif pozisyonda yetiştirilen kadınların beden dilini daha az kullanmaları ile somatizasyonun daha fazla görülebileceği düşünülmüştür (148). Hemen her yaşta görülmekle birlikte en sık olarak 20-30 yaşlar arasında görülmektedir. Doğru kültürlerinde sıkça izlenirken batı kültüründe daha seyrek olarak görülmektedir. Düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahip kesimlerde daha sık görüldüğü vurgulanmaktadır (149).

3.3. Etiyopatogenez

Somatizasyon görülen vakalarda stres yanıtında önemli bir yeri olan hipo-talamo-pituiter (HPA) ekseninde strese uzun süre maruziyet ve düzenleyici T hücrelerinin birikimi nedeniyle aşırı aktivasyonu sonucunda tükenme ve hipokortizolizm olduğu öne sürülmüştür (150,151). Ağrı yollarındaki temel nörotransmitterler serotonin ve noradrenalindir (152). Somatizasyonu olan hastalarda yüksek ağrı düzeyi ile 5-hidroksi indol asetik asit (5-HIAA) ve triptofan düzeyleri arasında zıt yönde bir ilişki bildirilmiştir (153). Stres ve inflamatuvar süreçlerin etkisiyle triptofan yıkımında rol alan enzimlerde artış olduğu ve bunun sonucunda da nörotoksik olan kinürenin ve kinolinik asitte artış, nöroprotektif olan kinürenik asitte ise azalma olduğu gösterilmiştir (154). Oksidatif stres parametrelerinin yükseldiği de gözlemlenmiştir (155). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında somatizasyon gösteren hastalarda premotor-suplementer motor korteksler, anterior singulat korteks, orta frontal gyrus, posterior singulat korteks ve insulada farklılıklar olduğu görülmüştür (156).

Somatizasyonda görüldüğü öne sürülen bilişsel ve davranışsal anormalliklerden birisi hasta olma rolü ve ihtiyacıdır. Somatizasyonu kullanan kişi stresli ve olumsuz kişilerarası ilişkilerden kurtulma imkanı, odak haline gelme ve bakım alma şansını kazanmış olur. Ancak buradaki motivasyon bilinçdışı ihtiyaçlardan sağlanmaktadır (157).

Bu anormalliklerden bir diğeri ise beden duyumlarının abartılmasıdır. Kişilerin yaşadıkları belirtileri yorumlama tarzı farklıdır. Özellikle fiziksel hastalığa ait endişesi yoğun olan bireylerde dikkat değişik bedensel duyumlara odaklanır ve hastalık belirtisi olarak yorumlanabilecek birçok bedensel duyumun yoğun, zararlı ve rahatsız edici olarak yaşantılandığı öne sürülmektedir (157). Bu kavram Barsky (1992) tarafından 'somatosensoriyel amplifikasyon' olarak tanımlanmıştır (158).

Bir diğeri bilişsel ve davranışsal anormallik ise aile dinamiklerinde etiketlenmiş hasta rolüne sahip bir bireyin aile sistemini dengeleyen bir odak ve aile içi anksiyete duygularını dindiren biri olarak iş görmesidir (157).

Çocuklukta yaşanan sıkıntıların bedensel distresin gelişmesinde olasılıkla dört kata kadar arttırıcı etkisi olduğu vurgulanmaktadır (159). Erken çocukluk döneminde ihmal ve tutarsız ebeveyn tutumları sonucu oluşan güvensiz bağlanmanın erişkinlikte somatizasyonu ön gördüğü ileri sürülmüştür (160). Psikosomatik hastalıklara sahip bireylerde kendini ifade edememe durumu olarak bilinen aleksiminin sık olduğu görülmüştür (161).

Somatizasyon kültürden en çok etkilenen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Kültür ve somatizasyon etkileşiminde üzerinde en çok durulan konular kültürel değer yargıları, anne-çocuk ilişkisi, çocuk yetiştirme biçimleri, kişilik özellikleri/yapısı, kişiler arası ilişki biçimleri, aile dinamikleri, beden dilini kullanma, sözel anlatım kapasitesi, ruhsal savunma sistemi, hasta rolü, hastalık davranışı, kronik ciddi çocukluk çağı travmaları, göz ve akültürasyon süreçleri olarak ele alınmaktadır (162).

3.4. Somatizasyonun Sık Görüldüğü Psikiyatrik Hastalıklar

Somatizasyon birçok ruhsal hastalık ile birlikte görülebilmektedir. Bir çalışmada birinci basamaktaki sağlık hizmetlerine başvuran ve organik nedenlerle açıklanamayan belirtileri olan hastaların olmayan bireylere göre iki kat daha fazla psikiyatrik hastalık görülmüştür (163). Yapılan araştırmalar

somatizasyonu olan kişilerin çoğunlukla yandaş anksiyete ve depresif bozukluklara da sahip olduğunu göstermiştir (164,165). Başka bir çalışmada en az bir fiziksel yakınma nedeni ile birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda depresyon sıklığı %20, anksiyete bozuklukları %15.5 oranında görülmüştür (166). Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve kaçınan kişilik bozukluğu ile birlikteliğinin yaygın olduğu görülmüştür (167). Somatoform bozukluklar ve psikotik bozukluklar ile de yakın ilişkidir.



GEREÇ VE YÖNTEM

1. Araştırmanın Türü ve Etik Yönü

Araştırma Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'nde yürütülen, prospektif bir vaka çalışmasıdır. Çalışma öncesinde Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 05.03.2020 tarihli oturumun 2020/34 nolu kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın protokolü kurumsal ve ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına ve 1964 Helsinki Bildirgesi'ne ve daha sonraki düzeltmelerine veya karşılaştırılabilir etik standartlara uygun olarak yürütülmüştür. Araştırma hakkında vaka grubuna bilgilendirme yapılmış ve yazılı onam alınmıştır.

2. Çalışma Örneklemi

Bu çalışmaya Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 01 Mart 2020 ile 01 Mayıs 2022 tarihleri arasında ardışık sıra ile başvuran, çalışmaya alınma ve dışlanma kriterlerini karşılayan, 18-65 yaş arası 84 yetişkin dahil edilmiştir.

Çalışmaya alınma kriterleri:

- DSM-5 'e göre OKB tanısını karşılamak,
- 18-65 yaş arasında olmak,
- En az 6 aydır psikotrop ilaç kullanmıyor olmak,
- Vücut kitle indeksi değeri 18,5 kg/m² ile 24,9 kg/m² arasında olmak,
- Kas gücü gerektiren ağır işlerde çalışmıyor veya ağır spor yapmıyor olmak,
- Görüşme yapmaya ya da ölçeklerin uygulanmasına engel bir duruma sahip olmamak,
- Okuryazar olmak,

- Çalışmaya katılmayı kabul etmektir.

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

- DSM-5'e göre OKB dışında başka bir psikiyatrik tanıya daha sahip olmak,
- Alkol veya madde kullanım bozukluğunun olması,
- Ek kronik tıbbi, fiziksel veya nörolojik hastalığa sahip olmak,
- Aktif olarak psikotrop ilaç kullanıyor olmak,
- Gebe ve emzirme döneminde olmak,
- Vücut kitle indeksi değeri 18,5 kg/m² ile 24,9 kg/m² arasında olmamak,
- Kas gücü gerektiren ağır işlerde çalışmak ve ağır spor yapıyor olmak,
- Görüşme yapmaya ya da ölçüklerin uygulanmasına engel bir durumun bulunması,
- Okuma ve yazma bilmemek,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek.

3. Veri Toplama Araçları

3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın bağımsız değişkenlerini sorgulamaya yönelik olarak vakaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, yaşam biçimi, sosyokültürel düzeyi, gelir düzeyi ve ailede psikiyatrik hastalık bilgilerinin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan bir bilgi formudur. Çalışmaya alınan katılımcıların verdiği bilgilere göre klinisyen tarafından doldurulmuştur.

3.2. DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (SCID-5)

DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmesinin First ve arkadaşları tarafından 2015'de geliştirilmiştir (168). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (169). 32 tanısal kategoride ayrıntılı tanı ölçütleri, 17 tanısal kategoride ise yalnızca

araştırmacı sorular bulunmaktadır. Sırasıyla; duygudurum dönemleri, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozukluğu olarak 10 modülden oluşmaktadır. Görüşmeciler arası güvenilirliğinde kappa katsayıları 0.65 ile 1.00 arasında saptanmıştır ve tümü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. SCID-5’de öne çıkan yenilikler ve farklılıklar obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğunu ayrı bir modül olarak ele alması, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olarak yeni bir modül eklenmesi ve uyum bozukluğunun tanı ölçütleriyle sorgulanmasıdır. SCID-5 ağır bilişsel kusuru, ağır psikotik belirtileri, ajitasyonu olmayan, 18 yaş üstü bireylerde uygulanabilmektedir. Bilgi kaynakları olarak hastanın kendisi, ailesi ve yakınları, sağlık ekibi, tıbbi kaynaklar ve gözlemler kabul edilmektedir. Ortalama uygulama süresi 40-60 dakikadır.

3.3. Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (YBOKÖ)

Goodman ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen bu ölçek günümüze kadar birçok çalışmada kullanılmıştır (170). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından 1993 yılında yapılmıştır ve Cronbach alfa değeri 0,81 olarak saptanmıştır (171). Ölçeğin psikopatolojiye hakim bir görüşmeci tarafından uygulanması gerekmektedir. Bu ölçek obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini, obsesyon ve kompulsiyon olmak üzere iki alt boyutta değerlendirerek, hastalığın klinik seyri ve tedavinin sonuçlarını gözlemlene duyarlılığı ile diğer ölçeklere üstünlük sağlamaktadır.

Toplam 19 maddeden oluşmaktadır ve ölçek puanı hesaplamada ilk 10 madde (1b ve 6b dışında) dikkate alınmaktadır. İlk 5 madde obsesyonlarla ilgili olup, obsesyon toplam puanını (OTP) ifade eder. 6-10. maddeler ise kompulsiyonla ilgilidir ve kompulsiyon toplam puanını (KTP) ifade etmektedir. Her ikisinin toplamıyla toplam ölçek puanı (TÖP) elde edilmektedir. Her bir

madde 0-4 arasında puanlanmaktadır. Hastaların alabilecekleri en yüksek puan OTP ve KTP için 20, TÖP içinse 40 'dır. Ölçekten edinilen puanlar 0-7 puan subklinik, 8-15 puan hafif, 16-23 puan orta, 24-31 puan şiddetli, 32-40 puan çok şiddetli şeklinde sınıflandırılmaktadır.

3.4. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)

Secard ve Jurard tarafından 1953 yılında geliştirilmiştir (172). 1986 yılında Hovardaoğlu tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada iki yarım güvenirliği 0.75, madde test korelasyonları $r=0.45$ ile $r=0.89$ arasında ve Cronbach Alfa katsayısı $r=0.91$ olarak hesaplanmıştır (173). Ölçek kişinin 40 ayrı vücut bölümünden ya da işlevinden memnuniyetini belirlemektedir. Beş dereceli likert tipinde olup 5= Çok beğeniyorum, 4= Oldukça beğeniyorum, 3= Kararsızım, 2= Pek beğenmiyorum, 1= Hiç beğenmiyorum şeklinde puanlanmaktadır. Buna göre, alınabilecek en düşük toplam puan 40, en yüksek toplam puan 200 olmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın artması, kişinin vücut bölümlerinden ya da işlevinden duyduğu memnuniyetin artmasını, puanın azalması ise memnuniyetin azalmasını ifade etmektedir.

3.5. Bradford Bedensel Belirti Envanteri (BBBE-44)

Mumford ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu envanter genel uygulamada fonksiyonel somatik semptomların prevalansını saptamak amacıyla kullanılmaktadır (174). Toplamda 44 adet semptom sorusu bulunan envanter kişinin son bir aydaki somatik semptomlarını sorgulamaktadır ve öz bildirime dayanmaktadır. Her bir semptom sorusu için 'Son bir ayda yok', "Geçen ay on beş günden az var" ve "Geçen ay on beş günden çok var" şeklinde üç adet seçenek bulunmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Köse ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır (175).

4. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 23.0 paket programı ile yapılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ile özetlenmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılım kontrolü Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenler için iki bağımlı grubun ortalamaları parametrik testlerden eşleştirilmiş t testi (paired t test) ile karşılaştırılmıştır. Bağımsız iki grubun ortalamaların karşılaştırılması için parametrik testlerden Student t testi ve ikiden fazla bağımsız grup ortalamalarının karşılaştırması için ise ANOVA kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen değişkenler için; iki bağımsız grupta medyanları Mann Whitney U testi ikiden fazla grubun medyanları ise Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmıştır.

Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-Kare analizi ile araştırıldı. Bu analiz sonucunda elde edilen Pearson Ki-Kare test istatistiği kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler için korelasyon analizi yapıldı ve pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Tüm karşılaştırmalar için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

BULGULAR

1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya toplam 84 OKB tanılı hasta dahil edilmiştir. Tüm hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo.1' de sunulmuştur. Tüm olguların 66' sı (%78,6) kadın, 18' i (%21,4) erkekti. Hastaların medeni durumlarında 44'ünün (%52,4) evli, 38'inin (%45,2) bekar, 1'inin (%1,2) boşanmış ve 1'inin (%1,2) de dul olduğu görüldü. Eğitim durumlarına bakıldığında 8'inin (%9,5) ilkokul mezunu, 10'unun (%11,9) ortaokul mezunu, 21'inin (%25) lise mezunu ve 45'inin (%53,6) ise yüksekokul mezunu olduğu görüldü. Hastaların 17'si (%20,2) kamu çalışanı, 7'si (%8,3) özel sektör çalışanı, 8'i (%9,5) serbest meslek sahibi, 40'ı (%47,6) işsiz ve 12'si (%14,3) ise öğrenci idi. Olguların 19'ü (%22,6) kırsalda, 65'i (%77,4) kentte yaşıyordu ve yine olguların 43'ü (%51,2) eşi ve çocuklarıyla yaşıyorken 38'i (%45,2) anne ve babasıyla, 3'ü (%3,6) de yalnız yaşıyordu. 15'i (%17,9) geniş aileye sahipken 69'u (%82,1) çekirdek aileye sahipti. Tüm hastaların 23'ünün (%27,4) asgari ücret altı, 25'inin (%29,8) asgari ücret, 29'unun (%34,5) asgari ücretin iki katı ve 7'sinin (%8,3) asgari ücretin üç katı gelir düzeyine sahip olduğu görüldü. Olguların 61'inin (%72,6) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu, 23'ünün (%27,4) ailesinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsünün olmadığı görüldü.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

<i>Sosyodemografik Özellikler</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Cinsiyet			
	Kadın	66	78,6
	Erkek	18	21,4
Medeni Durum			
	Evli	44	52,4
	Bekar	38	45,2
	Boşanmış	1	1,2
	Dul	1	1,2
Eğitim Durumu			
	İlkokul mezunu	8	9,5
	Ortaokul mezunu	10	11,9
	Lise mezunu	21	25
	Yüksekokul mezunu	45	53,6
Meslek			
	Kamu çalışanı	17	20,2
	Özel sektör çalışanı	7	8,3
	Serbest meslek sahibi	8	9,5
	İşsiz	40	47,6
	Öğrenci	12	14,3
Yaşadığı Yer			
	Kırsal yaşam	19	22,6
	Kentsel yaşam	65	77,4
Yaşadığı Kişiler			
	Eş ve çocuklar	43	51,2
	Anne ve baba	38	45,2
	Yalnız	3	3,6
Aile Tipi			
	Geniş aile	15	17,9
	Çekirdek aile	69	82,1
Gelir Düzeyi			
	Asgari ücret altı	23	27,4
	Asgari ücret	25	29,8
	Asgari ücretin iki katı	29	34,5
	Asgari ücretin üç katı	7	8,3
Ailede Psikiyatrik Soygeçmiş			
	Var	61	72,6
	Yok	23	27,4
Toplam		84	100

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş bilgileri Tablo.2' de sunulmuştur. Tüm olguların yaş ortalaması $30,9 \pm 8,723$ olup en düşük yaş 18, en yüksek yaş 61'dir. Kadın ve erkek cinsiyetler ayrı ayrı incelendiğinde kadınların yaş ortalaması $30,95 \pm 8,129$, en düşük yaştan 18, en yüksek yaştan ise 53 olduğu görüldü. Erkek cinsiyetin yaş ortalaması da kadın cinsiyetle benzer şekilde $30,72 \pm 10,9$ iken en düşük yaş 18, en yüksek yaş ise 61 olarak belirlendi.

Tablo 2. Katılımcıların cinsiyete göre yaşları

		<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>
Yaş	Kadın	66	18	53	30,95	8,129
	Erkek	18	18	61	30,72	10,9
	Toplam	84	18	61	30,9	8,723

2. Katılımcıların Obsesyon ve Kompulsiyon Türlerinin Dağılımları ve Ölçek Puanları

Tablo.3a' da YBOKÖ' de katılımcıların sahip olduğu obsesyon türlerinin sayı ve yüzdeleri görülmektedir. En yüksek obsesyon türü olguların 72' sinde (%85,7) görülen kirlenme obsesyonları olup bunu sırasıyla diğer obsesyonlar (N:63, %75), saldırganlık obsesyonu (N:61, %72,6), simetri obsesyonu (N:48, %57,1), dini obsesyon (N:44, %52,4), somatik obsesyon (N:43, %51,2), biriktirme obsesyonu (N:40, %47,6) ve en az olarak da cinsel obsesyon (N:16, %19) izlemektedir.

Tablo 3a. Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği' ndeki obsesyon türlerinin tüm katılımcılar arasındaki dağılımı

<i>Obsesyon Türü</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Saldırganlık Obsesyonu		
var	61	72,6
yok	23	27,4
Kirlenme Obsesyonu		
var	72	85,7
yok	12	14,3
Cinsel Obsesyon		
var	16	19
yok	68	81
Biriktirme Obsesyonu		
var	40	47,6
yok	44	52,4
Dini Obsesyon		
var	44	52,4
yok	40	47,6
Simetri Obsesyonu		
var	48	57,1
yok	36	42,9
Somatik Obsesyon		
var	43	51,2
yok	41	48,8
Diğer Obsesyonlar		
var	63	75
yok	21	25
Toplam	84	100

Tablo.3b' de YBOKÖ' de katılımcıların sahip olduğu kompulsiyon türlerinin sayı ve yüzdeleri görülmektedir. Kompulsiyon türlerinin katılımcılar arasındaki oranında ilk sırada kontrol etme kompulsiyonu (N:68, %81) olduğu görüldü. Bunu sırasıyla temizleme kompulsiyonu (N:58, %59), tekrarlayıcı törensel kompulsiyonlar (N:44, %52,4), sıralama düzenleme kompulsiyonu (N:32, %38,1), sayma kompulsiyonu (N:23, %27,4) ve diğer kompulsiyonlar (N:23, %27,4) izlerken en az oranda da biriktirme kompulsiyonu (N:7, %8,3) olduğu görüldü.

Tablo 3b. Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği' ndeki kompulsiyon alt tiplerinin tüm katılımcılar arasındaki dağılımı

<i>Kompulsiyon Türü</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Temizleme Kompulsiyonu			
	Var	58	59
	Yok	26	31
Kontrol Etme Kompulsiyon			
	Var	68	81
	Yok	16	19
Tekrarlayıcı Törensel Kompulsiyon			
	Var	44	52,4
	Yok	40	47,6
Sayma Kompulsiyonu			
	Var	23	27,4
	Yok	61	72,6
Sıralama Düzenleme Kompulsiyonu			
	Var	32	38,1
	Yok	52	61,9
Biriktirme Kompulsiyonu			
	Var	7	8,3
	Yok	77	91,7
Diğer Kompulsiyonlar			
	Var	23	27,4
	Yok	61	72,6
Toplam		84	100

Tablo. 4' de YBOKÖ toplam puanı ve obsesyon ve kompulsiyon puanları sunulmuştur. Tüm katılımcılar arasındaki obsesyonların ortalama puanı $11,64 \pm 4,121$ iken en düşük obsesyon toplam puanı 4, en yüksek obsesyon puanı ise 20 olarak görülmüştür. Kompulsiyonların ortalama puanı ise $10,01 \pm 4,64$ olarak görüldü. En düşük kompulsiyon puanı 1 iken en yüksek kompulsiyon puanı ise 20 olarak görüldü. Toplam ölçek puanında ortalama değer $21,65 \pm 7,662$ olarak hesaplandı. En düşük toplam ölçek puanı 8, en yüksek toplam ölçek puanı ise 40 olarak görüldü. Kadın ve erkek cinsiyetlerinin YBOKÖ toplam ölçek puanı ($p:0,815$), obsesyon toplam puanı ($p:0,3649$) ve kompulsiyon toplam puanı ($p:0,244$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi.

Tablo 4. Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçek Puanları

<i>YBOKÖ Puanları</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>p</i>
OTP	84	4	20	11,643	4,121	
Kadın	66	4	20	11,561	4,174	0,364
Erkek	18	6	19	11,944	4,022	
KTP	84	1	20	10,012	4,64	
Kadın	66	1	20	10,197	4,605	0,244
Erkek	18	3	19	9,333	4,839	
TÖP	84	8	40	21,655	7,662	
Kadın	64	8	40	21,758	7,700	0,815
Erkek	18	10	38	21,278	7,729	

YBOKÖ: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, OTP: Obsesyon toplam puanı, KTP: Kompulsiyon toplam puanı, TÖP: toplam ölçek puanı

Tablo 5' te BAÖ toplam puanının tüm katılımcılar ve cinsiyetler arasındaki dağılımı verilmiştir. Tüm katılımcıların ortalama puanı $137,583 \pm 26,279$ iken minimum 77, maksimum 197 puan alındığı görüldü. Kadın cinsiyette ortalama BAÖ toplam puanı $134,545 \pm 24,772$, minimum 77 ve maksimum 185 puan iken erkek cinsiyette ise ortalama $148,722 \pm 29,297$, minimum 107 ve maksimum 197 puan olduğu saptandı. Beden algısının kadın cinsiyette erkek cinsiyete kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha olumsuz değerlendirildiği bulundu ($p: 0,042$).

Tablo 5. BAÖ puanının tüm katılımcılar ve cinsiyetler arasındaki dağılımı

<i>BAÖ Puanı</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>p</i>
Kadın	66	77	185	134,545	24,772	0,042*
Erkek	18	107	197	148,722	29,297	
Toplam	84	77	197	137,583	26,279	

BAÖ: Beden Algısı Ölçeği

Tablo 6' da çalışmaya katılan OKB hastalarında cinsiyete göre BAÖ alt maddeleri karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı olan BAÖ alt maddeleri verilmiştir. 4. madde: *Ellerim*; 11. madde: *Enerji düzeyim*; 16. madde: *Vücut yapım*; 17. Madde: *Profilim*; 28. Madde: *Bacaklarım*; 30. Madde: *Cinsel gücüm* alt maddelerinde OKB tanılı kadın hastaların erkek hastalara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puan aldığı görüldü.

Tablo 6. Kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan BAÖ alt soruları

BAÖ alt soruları	Cinsiyet	İlgili Soruya	SS	p
		Verilen Ortalama Puan		
BAÖ Soru 4: Ellerim	Kadın	3,454	1,291	0,047*
	Erkek	4,111	1,078	
BAÖ Soru 11: Enerji düzeyim	Kadın	2,575	1,277	0,034*
	Erkek	3,333	1,371	
BAÖ Soru 16: Vücut yapım	Kadın	3,106	1,314	0,041*
	Erkek	3,777	1,437	
BAÖ Soru 17: Profilim	Kadın	3,606	1,221	0,013*
	Erkek	4,277	0,958	
BAÖ Soru 28: Bacaklarım	Kadın	3,151	1,255	0,017*
	Erkek	3,944	1,055	
BAÖ Soru 30: Cinsel gücüm	Kadın	3,03	1,007	0,023*
	Erkek	3,666	1,188	

BAÖ: Beden Algısı Ölçeği

Tablo 7’ de BBBE toplam puanının tüm katılımcılar ve cinsiyetler arasındaki dağılımı verilmiştir. Tüm katılımcıların BBBE’ den aldıkları ortalama puan $25,786 \pm 17,766$ iken minimum 1, maksimum 79 puan alındığı görüldü. Kadın cinsiyette BBBE ortalama puanı $26,530 \pm 18,597$, minimum 1 ve maksimum 79 puan iken erkek cinsiyette ise ortalama $23,056 \pm 14,445$, minimum 3 ve maksimum 51 puan olduğu saptandı. BBBE ortalama puanının kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa sahip olmadığı tespit edildi (p: 0,691).

Tablo 7. BBBE puanının tüm katılımcılar ve cinsiyetler arasındaki dağılımı

<i>BBBE Puanı</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Ort</i>	<i>SS</i>	<i>p</i>
Kadın	66	1	79	26,530	18,597	0,691
Erkek	18	3	51	23,056	14,445	
Toplam	84	1	79	25,786	17,766	

BBBE: Bradfort Bedensel Belirti Envanteri

Tablo 8’ de cinsiyete göre BBBE alt soruları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı olan ölçek alt soruları verilmiştir. Kadın cinsiyetin 28. soru: ‘*Bacaklarınızda ağrı hissettiğiniz oldu mu?*’ ve 31. soru: ‘*Dinlenirken bile solunum güçlüğünüz oldu mu?*’ sorularına istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek puan verdiği görüldü (28. soru p: 0,047, 31. soru p: 0,034).

Tablo 8. Kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunan BBBE alt soruları

<i>BBBE alt soruları</i>	<i>Cinsiyet</i>	<i>İlgili Soruya Verilen Ortalama Puan</i>	<i>SS</i>	<i>p</i>
BBBE soru 28	Kadın	0,787	0,754	0,047*
Bacaklarınızda ağrı hissettiğiniz oldu mu?	Erkek	0,388	0,501	
BBBE soru 31	Kadın	0,363	0,693	0,034*
Dinlenirken bile solunum güçlüğünüz oldu mu?	Erkek	0	0	

BBBE: Bradfort Bedensel Belirti Envanteri

3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Obsesyon ve Kompulsiyon Türleri ve Ölçek Skorları

Obsesyon alt türlerinin cinsiyete göre karşılaştırması Tablo 9' da gösterilmiştir. Kadın cinsiyette en sık görülen üç obsesyon türünün sırasıyla kirlenme obsesyonu (N:59, %89,39), diğer obsesyonlar (N:52, %78,78) ve saldırganlık obsesyonu (N:49, %74,24) olduğu görüldü. Kadın cinsiyette en az görülen obsesyon türü ise cinsel obsesyondur (N:15, %22,72). Erkek cinsiyetteki en sık görülen üç obsesyon sırasıyla kirlenme obsesyonu (N:13, %72,22), saldırganlık obsesyonu (N:12, %66,66) ve diğer obsesyon türleri (N:11, %61,11) iken en az görülen obsesyon türü ise cinsel obsesyonlar (N:1, %0,05) olarak tespit edildi. Simetri obsesyonu (p:0,021) ve somatik obsesyonun (p:0,025) kadın cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü.

Tablo 9. Obsesyon alt türlerinin cinsiyete göre karşılaştırması

Obsesyon Türü		Kadın	Erkek	p
Saldırganlık Obsesyonu	Var	49	12	0,523
	Yok	17	6	
Kirlenme Obsesyonu	Var	59	13	0,065
	Yok	7	5	
Cinsel Obsesyon	Var	15	1	0,1
	Yok	51	17	
Biriktirme Obsesyonu	Var	35	5	0,057
	Yok	31	13	
Dini Obsesyon	Var	34	10	0,761
	Yok	32	8	
Simetri Obsesyonu	Var	42	6	0,021*
	Yok	24	12	
Somatik Obsesyon	Var	38	5	0,025*
	Yok	28	13	
Diğer Obsesyonlar	Var	52	11	0,125
	Yok	14	7	

Kompulsiyon alt türlerinin cinsiyete göre karşılaştırması Tablo 10' da gösterilmiştir. Kadın ve erkekler arasında kompulsiyon alt türlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Kadın ve erkek cinsiyette en sık görülen üç kompulsiyon türü aynı olarak görüldü. Bunlar sırasıyla kontrol etme kompulsiyonu (kadınlarda N:53, %80,3, erkeklerde N:15, %83,33), temizleme kompulsiyonu (kadınlarda N:40, %60,6, erkeklerde N:12, %66,6) ve tekrarlayıcı törensel kompulsiyondur (kadınlarda N:34, %51,51, erkeklerde N:10, %55,55).

Tablo 10. Kompulsiyon alt türlerinin cinsiyete göre karşılaştırması

<i>Kompulsiyon Türü</i>		<i>Kadın</i>	<i>Erkek</i>	<i>p</i>
Temizleme Kompulsiyonu	Var	40	12	0,805
	Yok	20	6	
Kontrol Etme Kompulsiyonu	Var	53	15	0,772
	Yok	13	3	
Tekrarlayıcı Törensel Kompulsiyon	Var	34	10	0,761
	Yok	32	8	
Sayma Kompulsiyonu	Var	18	5	0,966
	Yok	48	13	
Sıralama Düzenleme Kompulsiyonu	Var	27	5	0,309
	Yok	39	13	
Biriktirme Kompulsiyonu	Var	5	2	0,63
	Yok	61	16	
Diğer Kompulsiyonlar	Var	16	7	0,217
	Yok	50	11	

Tablo 11’ de katılımcıların medeni durumlarına göre obsesyon türü dağılımları gösterilmiştir. Boşanmış ve dul bireylerin sayısının 1 olması değerlendirmeyi suboptimal yapmakla birlikte tüm medeni durumlarda katılımcıların genel durumuna benzer şekilde en fazla oranda kirlenme obsesyonu olduğu, en az oranda ise cinsel obsesyonun olduğu saptandı. Cinsel obsesyon sıklığının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu görüldü.

Tablo 11. Medeni durum ile obsesyon türleri arasındaki ilişki

<i>Obsesyon Türü</i>		<i>Medeni Durum</i>				<i>P</i>
		<i>Evli</i>	<i>Bekar</i>	<i>Boşanmış</i>	<i>Dul</i>	
Saldırganlık Obsesyonu	Var	30	29	1	1	0,694
	Yok	14	9	0	0	
Kirlenme Obsesyonu	Var	38	32	1	1	0,936
	Yok	6	6	0	0	
Cinsel Obsesyon	Var	4	11	1	0	0,021*
	Yok	40	27	0	1	
Biriktirme Obsesyonu	Var	19	20	0	1	0,434
	Yok	25	18	1	0	
Dini Obsesyon	Var	19	23	1	1	0,229
	Yok	25	15	0	0	
Simetri Obsesyonu	Var	29	18	0	1	0,176
	Yok	15	20	1	0	
Somatik Obsesyon	Var	19	22	1	1	0,293
	Yok	25	16	0	0	
Diğer Obsesyonlar	Var	33	28	1	1	0,873
	Yok	11	10	0	0	
Toplam		44	38	1	1	

Tablo 12’ de katılımcıların medeni durumlarına göre kompulsiyon türü dağılımı gösterilmiştir. Tüm medeni durumlarda katılımcıların genel durumuna benzer şekilde en fazla oranda kontrol etme kompulsiyonunun, en az oranda ise biriktirme kompulsiyonunun olduğu görüldü. Medeni duruma göre kompulsiyon türlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görüldü.

Tablo 12. Medeni durum ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki

<i>Kompulsiyon Türü</i>		<i>Medeni Durum</i>				<i>P</i>
		<i>Evli</i>	<i>Bekar</i>	<i>Boşanmış</i>	<i>Dul</i>	
Temizleme	Var	31	26	0	1	0,436
Kompulsiyonu	Yok	13	12	1	0	
Kontrol Etme	Var	36	30	1	1	0,898
Kompulsiyonu	Yok	8	8	0	0	
Tekrarlayıcı Törenselleştirme	Var	22	22	0	0	0,43
Kompulsiyon	Yok	22	16	1	1	
Sayma Kompulsiyonu	Var	14	9	0	0	0,694
	Yok	30	29	1	1	
Sıralama Düzenleme	Var	21	10	0	1	0,102
Kompulsiyonu	Yok	23	28	1	0	
Biriktirme Kompulsiyonu	Var	2	5	0	0	0,539
	Yok	42	33	1	1	
Diğer Kompulsiyonlar	Var	12	10	1	0	0,384
	Yok	32	28	0	1	
Toplam		44	38	1	1	

Katılımcıların eğitim durumuna göre obsesyon türü dağılımı Tablo 13’te gösterilmiştir. Tüm eğitim durumlarında en fazla oranda kirlenme obsesyonu olduğu, en az oranda ise cinsel obsesyon olduğu görüldü. Eğitim durumuna göre obsesyon türlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görüldü.

Tablo 13. Eğitim durumu ile obsesyon türleri arasındaki ilişki

<i>Obsesyon Türü</i>		<i>Eğitim Durumu</i>				<i>P</i>
		<i>İlkokul</i>	<i>Ortaokul</i>	<i>Lise</i>	<i>Yüksekokul</i>	
Saldırganlık	Var	7	7	14	33	0,726
Obsesyonu	Yok	1	3	7	12	
Kirlenme	Var	7	9	17	39	0,898
Obsesyonu	Yok	1	1	4	6	
Cinsel	Var	2	1	4	9	0,864
Obsesyon	Yok	6	9	17	36	
Biriktirme	Var	5	4	6	25	0,162
Obsesyonu	Yok	3	6	15	20	
Dini Obsesyon	Var	5	5	12	22	0,858
	Yok	3	5	9	23	
Simetri	Var	6	7	9	26	0,324
Obsesyonu	Yok	2	3	12	19	
Somatik	Var	5	5	9	24	0,782
Obsesyon	Yok	3	5	12	21	
Diğer	Var	7	8	12	36	0,174
Obsesyonlar	Yok	1	2	9	9	
Toplam		8	10	21	45	

Katılımcıların eğitim durumuna göre kompulsiyon türü dağılımı Tablo 14' te gösterilmiştir. Ortaokul, lise ve yüksekokul mezunlarında en fazla oranda kontrol etme kompulsiyonu görülürken ilkokul mezunlarında temizleme kompulsiyonunun en fazla olduğu, tüm eğitim durumlarında ise biriktirme kompulsiyonunun en az görülen kompulsiyon türü olduğu saptandı. Eğitim durumuna göre kompulsiyon türlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görüldü.

Tablo 14. Eğitim durumu ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki

<i>Kompulsiyon Türü</i>		<i>Eğitim durumu</i>				<i>P</i>
		<i>İlkokul</i>	<i>Ortaokul</i>	<i>Lise</i>	<i>Yüksekokul</i>	
Temizleme	Var	7	8	13	30	0,483
Kompulsiyonu	Yok	1	2	8	15	
Kontrol Etme	Var	6	9	16	37	0,784
Kompulsiyonu	Yok	2	1	5	8	
Tekrarlayıcı	Var	4	4	11	25	0,846
Törenselleştirici	Yok	4	6	10	20	
Sayma	Var	1	4	2	16	0,087
Kompulsiyonu	Yok	7	6	19	29	
Sıralama	Var	5	6	7	14	0,159
Düzenleme	Yok	3	4	14	31	
Biriktirme	Var	0	0	0	7	0,085
Kompulsiyonu	Yok	8	10	21	38	
Diğer	Var	3	2	5	13	0,832
Kompulsiyonlar	Yok	5	8	16	32	
Toplam		8	10	21	45	

Katılımcıların mesleklerine göre obsesyon türü dağılımı Tablo 15' te gösterilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte meslek gruplarından kamu, serbest meslek, işsiz ve öğrencilerde en fazla oranda kirlenme obsesyonu görülürken özel sektörde çalışanlarda saldırganlık obsesyonu oranının daha fazla olduğu, tüm meslek gruplarında cinsel obsesyonun ise en az oranda görüldüğü saptandı. Meslek gruplarına göre obsesyon türlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görüldü. Simetri obsesyonu sıklığının mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu görüldü.

Tablo 15. Meslek ile obsesyon türleri arasındaki ilişki

Obsesyon Türü		Meslek					P
		Kamu	Özel Sektör	Serbest Meslek	İşsiz	Öğrenci	
Saldırganlık	Var	9	7	6	30	9	0,19
Obsesyonu	Yok	8	0	2	10	3	
Kirlenme	Var	12	5	7	37	11	0,184
Obsesyonu	Yok	5	2	1	3	1	
Cinsel	Var	1	1	2	8	4	0,432
Obsesyon	Yok	16	6	6	32	8	
Biriktirme	Var	5	3	3	22	7	0,396
Obsesyonu	Yok	12	4	5	18	5	
Dini Obsesyon	Var	7	4	4	19	10	0,204
	Yok	10	3	4	21	2	
Simetri	Var	8	1	4	29	6	0,037*
Obsesyonu	Yok	9	6	4	11	6	
Somatik	Var	4	5	4	21	9	0,058
Obsesyon	Yok	13	2	4	19	3	
Diğer	Var	13	5	7	28	10	0,788
Obsesyonlar	Yok	4	2	1	12	2	
Toplam		17	7	8	40	12	

Tablo 16' da katılımcıların mesleklerine göre kompulsiyon türü dağılımı gösterilmiştir. Tüm meslek gruplarında katılımcıların genel durumuna benzer şekilde en fazla oranda kontrol etme kompulsiyonunun, en az oranda ise biriktirme kompulsiyonunun olduğu görüldü. Mesleğe göre kompulsiyon türlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görüldü.

Tablo 16. Meslek ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki

<i>Kompulsiyon Türü</i>		<i>Meslek</i>					<i>P</i>
		<i>Kamu</i>	<i>Özel Sektör</i>	<i>Serbest Meslek</i>	<i>İşsiz</i>	<i>Öğrenci</i>	
Temizleme	Var	8	5	6	30	9	0,302
Kompulsiyonu	Yok	9	2	2	10	3	
Kontrol Etme	Var	15	5	6	32	10	0,87
Kompulsiyonu	Yok	2	2	2	8	2	
Tekrarlayıcı	Var	9	3	4	20	8	0,853
Törenselsel	Yok	8	4	4	20	4	
Kompulsiyon							
Sayma	Var	2	4	2	11	4	0,245
Kompulsiyonu	Yok	15	3	6	29	8	
Sıralama	Var	5	2	3	3	3	0,527
Düzenleme	Yok	12	5	5	9	9	
Kompulsiyonu							
Biriktirme	Var	1	1	1	2	2	0,678
Kompulsiyonu	Yok	16	6	7	38	10	
Diğer	Var	6	2	5	8	2	0,121
Kompulsiyonlar	Yok	11	5	3	32	10	
	Toplam	17	7	8	40	12	

Katılımcıların yaşadığı yere göre obsesyon türü dağılımı Tablo 17’ de gösterilmiştir. Hem kırsalda yaşayanlarda hem de kentte yaşayanlarda en fazla oranda kirlenme obsesyonu olduğu, en az oranda ise cinsel obsesyon olduğu görüldü. Katılımcıların yaşadığı yere göre obsesyon türlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görüldü.

Tablo 17. Yaşadığı yer ile obsesyon türleri arasındaki ilişki

<i>Obsesyon Türü</i>		<i>Yaşadığı Yer</i>		<i>P</i>
		<i>Kırsal</i>	<i>Kentsel</i>	
Saldırganlık	Var	16	45	0,198
Obsesyonu	Yok	3	20	
Kirlenme Obsesyonu	Var	16	56	0,831
	Yok	3	9	
Cinsel Obsesyon	Var	2	14	0,282
	Yok	17	51	
Biriktirme	Var	12	28	0,123
	Yok	7	37	
Dini Obsesyon	Var	13	31	0,112
	Yok	6	34	
Simetri Obsesyonu	Var	12	36	0,547
	Yok	7	29	
Somatik Obsesyon	Var	13	30	0,088
	Yok	6	35	
Diğer Obsesyonlar	Var	16	47	0,292
	Yok	3	18	
Toplam		19	65	

Katılımcıların yaşadığı yere göre kompulsiyon türü dağılımı Tablo 18’de gösterilmiştir. Kentte yaşayanlarda en fazla oranda kontrol etme kompulsiyonu görülürken kırsal kesimde yaşayanlarda temizleme kompulsiyonunun en fazla olduğu, en az görülen kompulsiyon türünün ise hem kırsal kesimde hemde kentte yaşayanlarda biriktirme kompulsiyonunun olduğu saptandı. Yaşanılan yere göre kompulsiyon türlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görüldü.

Tablo 18. Yaşadığı yer ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki

<i>Kompulsiyon Türü</i>		<i>Yaşadığı Yer</i>		<i>P</i>
		<i>Kırsal</i>	<i>Kentsel</i>	
Temizleme	Var	16	42	0,104
Kompulsiyonu	Yok	3	23	
Kontrol Etme	Var	15	53	0,8
Kompulsiyonu	Yok	4	12	
Tekrarlayıcı	Var	7	37	0,123
Törenselsel	Yok	12	28	
Sayma	Var	3	29	0,198
Kompulsiyonu	Yok	16	45	
Sıralama	Var	9	23	0,344
Düzenleme	Yok	10	42	
Biriktirme	Var	0	7	0,135
Kompulsiyonu	Yok	19	58	
Diğer	Var	8	15	0,102
Kompulsiyonlar	Yok	11	50	
Toplam		19	65	

Katılımcıların beraber yaşadıkları kişilere göre obsesyon türü dağılımı Tablo 19’ da gösterilmiştir. Eşi ve çocukları ile yaşayanlar, anne ve babasıyla yaşayanlar ve yalnız yaşayanlar olarak ayrılan tüm gruplarda en fazla oranda kirlenme obsesyonu olduğu, en az görülen obsesyon türünün eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda ve anne ve babasıyla yaşayanlarda cinsel obsesyon olduğu görüldü. Katılımcıların birlikte yaşadığı kişilere göre obsesyon türlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görüldü.

Tablo 19. Birlikte yaşadığı kişiler ile obsesyon türleri arasındaki ilişki

Obsesyon Türü		Yaşadığı kişiler			P
		Eş ve Çocuklar	Anne ve Baba	Yalnız	
Saldırganlık Obsesyonu	Var	29	29	3	0,373
	Yok	14	9	0	
Kirlenme Obsesyonu	Var	37	32	3	0,75
	Yok	6	6	0	
Cinsel Obsesyon	Var	5	10	1	0,198
	Yok	38	28	2	
Biriktirme Obsesyonu	Var	18	21	1	0,426
	Yok	25	17	2	
Dini Obsesyon	Var	19	24	1	0,186
	Yok	24	14	2	
Simetri Obsesyonu	Var	27	20	1	0,456
	Yok	16	18	2	
Somatik Obsesyon	Var	19	22	2	0,403
	Yok	24	16	1	
Diğer Obsesyonlar	Var	33	27	3	0,5
	Yok	10	11	0	
	Toplam	43	38	3	

Katılımcıların beraber yaşadıkları kişilere göre kompulsiyon türü dağılımı Tablo 20’ de gösterilmiştir. Eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda, anne ve babasıyla yaşayanlarda ve yalnız yaşayanlarda en fazla oranda kontrol etme kompulsiyonunun olduğu, en düşük oranda ise biriktirme kompulsiyonunun olduğu saptandı. Katılımcıların beraber yaşadıkları kişilere göre kompulsiyon türü dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Tablo 20. Yaşadığı kişiler ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki

<i>Kompulsiyon Türü</i>		<i>Yaşadığı kişiler</i>			<i>P</i>
		<i>Eş ve Çocuklar</i>	<i>Anne ve Baba</i>	<i>Yalnız</i>	
Temizleme	Var	29	28	1	0,329
Kompulsiyonu	Yok	14	10	2	
Kontrol Etme	Var	36	29	3	0,484
Kompulsiyonu	Yok	7	9	0	
Tekrarlayıcı	Var	21	20	3	0,229
Törenselleme	Yok	22	18	0	
Sayma	Var	14	9	0	0,373
Kompulsiyonu	Yok	29	29	3	
Sıralama	Var	19	12	1	0,499
Düzenleme	Yok	24	26	2	
Biriktirme	Var	2	4	1	0,941
Kompulsiyonu	Yok	41	34	2	
Diğer	Var	13	9	1	0,178
Kompulsiyonlar	Yok	30	29	2	
Toplam		43	38	3	

Katılımcıların sahip oldukları aile tipine göre obsesyon türü dağılımı Tablo. 21’ de gösterilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte geniş aileye sahip bireylerde saldırganlık obsesyonu fazla görülürken, çekirdek aileye sahip bireylerde kirlenme obsesyonunun daha fazla olduğu, her iki grupta ise tüm katılımcılara benzer şekilde cinsel obsesyon oranının en az olduğu saptandı. Katılımcıların sahip olduğu aile tipi ile obsesyon türleri arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmedi.

Tablo 21. Aile tipi ile obsesyon türleri arasındaki ilişki

<i>Obsesyon Türü</i>		<i>Aile tipi</i>		<i>P</i>
		<i>Geniş aile</i>	<i>Çekirdek aile</i>	
Saldırganlık Obsesyonu	Var	13	48	0,178
	Yok	2	21	
Kirlenme Obsesyonu	Var	11	61	0,131
	Yok	4	8	
Cinsel Obsesyon	Var	3	13	0,917
	Yok	12	56	
Biriktirme Obsesyonu	Var	10	30	0,123
	Yok	5	39	
Dini Obsesyon	Var	10	34	0,222
	Yok	5	35	
Simetri Obsesyonu	Var	6	42	0,139
	Yok	9	27	
Somatik Obsesyon	Var	8	35	0,855
	Yok	7	34	
Diğer Obsesyonlar	Var	12	51	0,622
	Yok	3	18	
Toplam		15	69	

Katılımcıların sahip oldukları aile tipine göre kompulsiyon türü dağılımı Tablo 22’ de gösterilmiştir. Hem geniş hem de çekirdek aileye sahip iki katılımcı grubunda da kontrol etme kompulsiyonunun en fazla oranda olduğu, biriktirme kompulsiyonunun ise en az oranda olduğu görüldü. Katılımcıların sahip oldukları aile tipine göre kompulsiyon türü dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Tablo 22. Aile tipi ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki

<i>Kompulsiyon Türü</i>		<i>Aile tipi</i>		<i>P</i>
		<i>Geniş aile</i>	<i>Çekirdek aile</i>	
Temizleme	Var	11	47	0,692
Kompulsiyonu	Yok	4	22	
Kontrol Etme	Var	13	55	0,534
Kompulsiyonu	Yok	2	14	
Tekrarlayıcı Törenselleştirme	Var	7	37	0,625
Kompulsiyonu	Yok	8	32	
Sayma Kompulsiyonu	Var	5	18	0,568
	Yok	10	51	
Sıralama Düzenleme	Var	6	26	0,867
Kompulsiyonu	Yok	9	43	
Biriktirme	Var	0	7	0,198
Kompulsiyonu	Yok	15	62	
Diğer Kompulsiyonlar	Var	4	19	0,945
	Yok	11	50	
Toplam		15	69	

Tablo 23’ te katılımcıların gelir düzeyi ile obsesyon türleri arasındaki ilişki gösterilmiştir. Asgari ücret altında geliri olanlarda saldırganlık obsesyonu fazla görülürken diğer gelir gruplarında kirlenme obsesyonunun fazla olduğu görüldü. Tüm gelir düzeylerinde cinsel obsesyonların en az görülen obsesyon türü olduğu tespit edildi. Katılımcıların gelir düzeyi ile obsesyon türleri arasındaki ilişkide istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmedi.

Tablo 23. Gelir düzeyi ile obsesyon türleri arasındaki ilişki

<i>Obsesyon Türü</i>		<i>Gelir düzeyi</i>				<i>P</i>
		<i>Asgari</i>	<i>Asgari</i>	<i>Asgari</i>	<i>Asgari</i>	
		<i>ücret</i>	<i>ücret</i>	<i>ücretin 2</i>	<i>ücretin</i>	
		<i>altı</i>		<i>katı</i>	<i>3 katı</i>	
Saldırganlık Obsesyonu	Var	20	20	16	5	0,057
	Yok	3	5	13	2	
Kirlenme Obsesyonu	Var	18	23	26	5	0,336
	Yok	5	2	3	2	
Cinsel Obsesyon	Var	8	4	4	0	0,111
	Yok	15	21	25	7	
Biriktirme Obsesyonu	Var	12	14	11	3	0,562
	Yok	11	11	18	4	
Dini Obsesyon	Var	14	14	12	4	0,519
	Yok	9	11	17	3	
Simetri Obsesyonu	Var	13	14	18	3	0,828
	Yok	10	11	11	4	
Somatik Obsesyon	Var	15	13	13	5	0,293
	Yok	8	12	16	2	
Diğer Obsesyonlar	Var	17	20	19	7	0,254
	Yok	6	5	10	0	
	Toplam	23	25	29	7	

Tablo 24' te katılımcıların gelir düzeyi ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki gösterilmiştir. Tüm gelir düzeylerinde kontrol etme kompulsiyonunun en fazla, biriktirme kompulsiyonunun ise en az kompulsiyon türü olduğu görüldü. Katılımcıların gelir düzeyi ile kompulsiyon türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Tablo 24. Gelir düzeyi ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki

<i>Kompulsiyon Türü</i>		<i>Gelir düzeyi</i>				<i>P</i>
		<i>Asgari ücret altı</i>	<i>Asgari ücret</i>	<i>Asgari ücretin 2 katı</i>	<i>Asgari ücretin 3 katı</i>	
Temizleme	Var	15	21	17	5	0,234
Kompulsiyonu	Yok	8	4	12	2	
Kontrol Etme	Var	19	22	21	6	0,509
Kompulsiyonu	Yok	4	3	8	1	
Tekrarlayıcı	Var	11	14	15	4	0,942
Törenselleştirilmiş Kompulsiyon	Yok	12	11	14	3	
Sayma	Var	7	7	7	2	0,965
Kompulsiyonu	Yok	16	18	22	5	
Sıralama	Var	10	7	13	2	0,534
Düzenleme Kompulsiyonu	Yok	13	18	16	5	
Biriktirme	Var	3	3	1	0	0,449
Kompulsiyonu	Yok	20	22	28	7	
Diğer	Var	6	5	7	5	0,053
Kompulsiyonlar	Yok	17	20	22	2	
Toplam		23	25	29	7	

Tablo 25’ te katılımcıların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü ile obsesyon türleri arasındaki ilişki gösterilmiştir. Ailesinde psikiyatrik öyküsü olanlarda ve olmayanlarda kirlenme obsesyonu en fazla obsesyon türü iken cinsel obsesyonun en az obsesyon türü olduğu görüldü. Katılımcıların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü ile obsesyon türleri arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Tablo 25. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile obsesyon türleri arasındaki ilişki

<i>Obsesyon Türü</i>		<i>Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü</i>		<i>P</i>
		<i>Var</i>	<i>Yok</i>	
Saldırganlık Obsesyonu	Var	45	16	0,7
	Yok	16	7	
Kirlenme Obsesyonu	Var	50	22	0,11
	Yok	11	1	
Cinsel Obsesyon	Var	12	4	0,812
	Yok	49	19	
Biriktirme Obsesyonu	Var	27	13	0,316
	Yok	34	10	
Dini Obsesyon	Var	31	13	0,641
	Yok	30	10	
Simetri Obsesyonu	Var	30	18	0,016
	Yok	31	5	
Somatik Obsesyon	Var	30	13	0,548
	Yok	31	10	
Diğer Obsesyonlar	Var	43	20	0,12
	Yok	18	3	
Toplam		61	23	

Tablo 26’ da katılımcıların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki gösterilmiştir. Ailesinde psikiyatrik öyküsü olanlarda ve olmayanlarda kontrol etme kompulsiyonu en fazla görülen kompulsiyon türü iken birikirme kompulsiyonu en az görülen kompulsiyon türü olarak saptandı. Katılımcıların ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü ile kompulsiyon türleri arasında anlamlı ilişki görülmedi.

Tablo 26. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile kompulsiyon türleri arasındaki ilişki

Kompulsiyon Türü		Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü		P
		Var	Yok	
Temizleme	Var	44	14	0,319
Kompulsiyonu	Yok	17	9	
Kontrol Etme	Var	49	19	0,812
Kompulsiyonu	Yok	12	4	
Tekrarlayıcı	Var	33	11	0,608
Törensel	Yok	28	12	
Kompulsiyon				
Sayma	Var	14	9	0,138
Kompulsiyonu	Yok	47	14	
Sıralama	Var	23	9	0,905
Düzenleme	Yok	38	14	
Kompulsiyonu				
Biriktirme	Var	5	2	0,941
Kompulsiyonu	Yok	56	21	
Diğer	Var	18	5	0,476
Kompulsiyonlar	Yok	43	18	
Toplam		61	23	

Tablo 27' de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre OTP, KTP, YBOKÖ, BAÖ ve BBBE skorları verilmiştir. Çalışmaya dahil edilen grubun sosyodemografik özelliklerinin dağılımlarına göre YBOKÖ, BAÖ, BBBE puanlarının karşılaştırmasında istatistiksel olarak yalnızca iki anlamlı sonuç görüldü. Bunlardan ilki lise mezunu olanlar ile ilkokul mezunu olanların BAÖ puanları arasında yapılan karşılaştırmayken diğeri ise asgari ücretin 3 katı düzeyde geliri olanlar ile asgari ücret düzeyinde geliri olanların yine BAÖ puanları arasında yapılan karşılaştırmaydı.

Katılımcıların medeni durumlarına göre aldıkları ölçek skorlarına bakıldığında medeni durum grupları arasında yalnızca KTP' de istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü. Medeni durumun alt grup karşılaştırmasında ise grupların birbirleri ile aldıkları ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü. YBOKÖ toplam puanının bekar olanlarda (N:38, %45,2) diğer gruplara göre ortalama $19,95 \pm 6,41$ puan ile daha düşük olduğu, beden algısının yine bekar olanlarda diğer gruplara göre ortalama $132,61 \pm 27,98$ puan ile daha düşük olduğu, BBBE alınan puanlarda ise evli grubun ortalama 19,5 puan ile diğer gruplara kıyasla daha az somatizasyona başvurduğu saptandı.

Ölçek puanlarının eğitim durumu dağılımı ile ilişkisine bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü. YBOKÖ toplam puanının ortaokul mezunu olanlarda (N:10, %11,9) $26,3 \pm 8,53$ ortalama ile diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu, beden algısının $147 \pm 24,44$ ortalama ile lise mezunu olanlarda (N:21, %25) daha yüksek, $132,6 \pm 23,9$ ortalama ile ilkokul mezunu olanlarda (N:8, %9,5) daha düşük olduğu ve alt grup karşılaştırmasında bu iki grubun ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p:0,0257$). Ortaokul mezunu olanların 26 puan ile diğer gruplara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber BBBE' den daha yüksek puan alarak somatizasyonu daha çok kullandığı görüldü.

Meslek gruplarının ölçek skorlarına bakıldığında meslek grupları arasında yalnızca BBBE skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık

olduğu görüldü. Alt grup karşılaştırmasında ise anlamlı fark görülmedi. YBOKÖ toplam puanının diğer gruplara kıyasla serbest meslek sahibi olanlarda (N:8, %9,5) $24 \pm 10,54$ ortalama ile en yüksek, kamuda çalışanlarda (N:17, %20,3) $19,88 \pm 7,48$ ortalama ile en düşük olduğu, beden algısının serbest meslek sahibi olanlarda $159,3 \pm 37,69$ ortalama ile daha olumlu, özel bir kurumda çalışanlarda (N:7, %8,3) $124 \pm 22,99$ ortalama ile daha olumsuz olduğu saptandı. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark saptanan BBBE' de alınan puanlara bakıldığında serbest meslek sahibi olanların ortalama 29 puan ile en fazla somatizasyon kullanan grup olduğu, kamuda çalışanların ise ortalama 17 puan ile somatizasyonu en az kullanan grup olduğu saptandı ancak alt grup analizinde bu anlamlılık görülmedi.

Çalışmaya dahil edilenlerin yaşadıkları yer ile ölçek skorlarının karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç edinilmedi. Kentte yaşayanların (N:65, %77,4) kırsalda yaşayanlara (N:19, %22,6) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte YBOKÖ' de daha yüksek toplam puana sahip olduğu, beden algısının daha olumsuz olduğu, somatizasyonu ise düşük bir farkla daha çok kullandıkları görüldü.

Katılımcılar birlikte yaşadıkları kişilere göre gruplandırıldığında ölçek skorlarının karşılaştırmasında yalnızca KTP' de istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü. Alt grup karşılaştırmasında ise anlamlı fark görülmedi. YBOKÖ toplam puanının yalnız yaşayanlarda (N:3, %3,6) ortalama 12 puan ile eşi ve çocukları ile yaşayanlar (N:43, %51,2) ve anne-babasıyla yaşayanlardan (N:38, %45,2) daha düşük olduğu, beden algısının eşi ve çocukları ile yaşayanlarda diğer gruplara kıyasla daha olumlu olduğu, anne-babasıyla yaşayanların ise BBBE' de ortalama 23,5 puan ile somatizasyonu en yüksek oranda kullanan grup olduğu görüldü.

Çalışmaya dahil edilen kişilerin aile tipine göre dağılımı ile ölçek skorlarının karşılaştırmasından istatistiksel olarak anlamlı sonuç edinilmedi. Geniş aileye sahip olanların (N:15, %17,9) çekirdek aileye sahip olanlara (N:69, %82,1) kıyasla YBOKÖ toplam puanının $24,4 \pm 4,95$ ortalama ile

sayısal olarak daha yüksek, ortalama $146,6 \pm 26,44$ puan ile beden algısının daha olumlu, ortalama 19 puan ile somatizasyonun daha az olduğu görüldü.

Gelir düzeyi dağılımında tüm grupların ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. tüm grupların YBOKÖ toplam puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görüldü. Alt grup karşılaştırmasında ise BAÖ puanına bakıldığında ortalama $133,3 \pm 21,32$ puanı olan asgari ücretin 3 katı düzeyde geliri olanların (N:7 %8,3), ortalama $141,9 \pm 29,51$ puanı olan asgari ücret düzeyinde geliri olanlardan (N:25 %29,8) istatistiksel olarak daha olumsuz beden algısına sahip olduğu saptandı. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte gelir düzeyi arttıkça somatizasyonun azaldığı, asgari ücretin 3 katı düzeyde geliri olanların ortalama 11 puan ile somatizasyonu en az kullanan gelir düzeyi grubu olduğu, asgari düzeyin altında geliri olanların ise ortalama 24 puan ile somatizasyonu en fazla kullanan gelir düzeyi grubu olduğu görüldü.

Ailede herhangi bir psikiyatrik hastalık özgeçmişli olanlar ile olmayanlar arasında ölçek puanları açısından belirgin farklılık olmadığı görüldü.

Tablo 27. Sosyodemografik özelliklere göre ölçek skorları

Sosyodemografik Özellikler	N	%	YBOKÖ			BAÖ	BBBE
			OTP	KTP	TÖP		
Medeni durum							
Evli	44	52,4	11,63±4,55	11,48±4,68	23,11±8,53	141,5±23,9	19,5(5-74)
Bekar	38	45,2	11,60±3,69	8,5(1-18)	19,95±6,41	132,61±27,98	23,5(1-79)
Boşanmış	1	1,2	15	10	25	152	24
Dul	1	1,2	10	9	19	139	54
p			0,655	0,023*	0,308	0,45	0,288
Eğitim durumu							
İlkokul	8	9,5	12±3,63	12,13±2,48	24,13±6,01	132,6±23,9	20(5-40)
Ortaokul	10	11,9	13,3±2,75	13(3-20)	26,3±7,59	134,1±30,41	26(8-79)
Lise	21	25	10,55±3,22	9(4-18)	19,57±6,02	147±24,44	20(1-61)
Yüksekokul	45	53,6	11,69±4,77	9(1-19)	21,16±8,27	134,84±26,34	21(1-74)
p			0,371	0,064	0,112	0,391	0,816

Tablo 27. devamı

Sosyodemografik Özellikler	N	%	YBOKÖ			BAÖ	BBBE
			OTP	KTP	TOP		
Meslek							
Kamu	17	20,3	10,59±4,17	10(3-17)	19,88±7,48	140,24±20,39	17(1-31)
Özel	7	8,3	13±4,20	10(4-17)	22,7±8,04	124±22,99	25(19-74)
Serbest	8	9,5	12,38±5,29	10,5(5-20)	24±10,54	159,3±37,69	29(8-61)
Emekli	-	-	-	-	-	-	-
İşsiz	40	47,6	11,28±4,01	10(1-20)	21,15±7,41	137,4±24,27	20,5(1-62)
Öğrenci	12	14,3	13,08±3,50	11,5(3-18)	23,67±6,77	127,8±27,45	24(8-79)
p			0,371	0,872	0,512	0,083	0,048*
Yaşadığı yer							
Kırsal	19	22,6	12,11±2,89	11,47±3,49	23,58±4,88	144,9±29,1	19(4-63)
Kentsel	65	77,4	11,51±4,43	9(1-20)	21,09±8,25	135,5±25,2	21(1-79)
p			0,899	0,066	0,147	0,278	0,806
Yaşadığı kişiler							
Eş ve çocuklar	43	51,2	11,77±4,52	11,51±4,71	23,28±8,5	141,1±24,9	20(1-74)
Anne ve baba	38	45,2	11,68±3,54	9(1-18)	20,13±5,98	134,03±28,51	23,5(1-79)
Yalnız	3	3,6	7(5-16)	5(5-15)	12(10-31)	131,7±3,51	17(14-25)
p			0,707	0,01*	0,171	0,533	0,318
Aile tipi							
Geniş	15	17,9	12,87±3,16	11,53±3,77	24,4±4,95	146,6±26,44	19(4-62)
Çekirdek	69	82,1	11,38±4,27	10(1-20)	21(8-40)	135,6±26,02	21(1-79)
p			0,288	0,135	0,083	0,245	0,434
Gelir düzeyi							
Asgari altı	23	27,4	12,65 ± 2,99	10 (1-20)	22,04 ± 6,21	133,04 ± 27,48	24 (6-79)
Asgari	25	29,8	11,88 ± 4,31	10 (3-19)	22,12 ± 7,98	141,9 ± 29,51	20 (1-62)
Asgari 2 katı	29	34,5	11,14 ± 4,77	10 (4-20)	21,52 ± 8,96	138,5 ± 23,9	20 (1-74)
Asgari 3 katı	7	8,3	9,57 ± 3,31	10 (4-13)	19,29 ± 5,77	133,3 ± 21,32	11 (3-52)
p			0,229	0,9	0,864	0,533	0,67
Psikiyatrik Özgeçmiş							
Var	61	72,6	11,15 ± 3,92	10 (1-18)	20,72 ± 7,05	137 ± 25,33	21 (1-79)
Yok	23	27,4	12,96 ± 4,43	11 (3-20)	24,13 ± 8,78	139,2 ± 29,2	20 (3-74)
p			0,138	0,297	0,096	0,648	0,492

YBOKÖ: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, OTP: Obsesyon toplam puanı, KTP: Kompulsiyon toplam puanı, TOP: toplam ölçek puanı, BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, BBBE: Bradford Bedensel Belirti Envanter

YBOKÖ: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, OTP: Obsesyon toplam puanı, KTP: Kompulsiyon toplam puanı, TÖP: toplam ölçek puanı, BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, BBBE: Bradford Bedensel Belirti Envanter

4. Katılımcıların Obsesyon ve Kompulsiyon Türlerine Göre Ölçek Skorları

Tablo 28' de katılımcıların obsesyon türlerine göre BAÖ ve BBBE puanları karşılaştırılmıştır. Obsesyon türleri ile BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülüyorken biriktirme obsesyonu, simetri obsesyonu, somatik obsesyon ve diğer obsesyonlar ile BBBE arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görüldü.

Tablo 28. Katılımcıların obsesyon türlerinin BAÖ ve BBBE puanları ile ilişkisi

<i>Obsesyon Türleri</i>		<i>N</i>	<i>BAÖ ort. puanı</i>	<i>P</i>	<i>BBBE ort. puanı</i>	<i>P</i>
Saldırganlık Obsesyonu	Var	61	138,066±26,667	0,393	26,639±17,16	0,238
	Yok	23	136,304±25,762		23,522±19,503	
Kirlenme Obsesyonu	Var	72	137,083±26,552	0,335	27,056±18,302	0,054
	Yok	12	140,583±25,472		18,167±12,074	
Cinsel Obsesyon	Var	16	129,74±27,091	0,093	26,553±19,37	0,423
	Yok	68	139,426±25,944		25,603±17,517	
Biriktirme Obsesyonu	Var	40	134,625±27,445	0,164	29,725±18,301	0,026*
	Yok	44	140,273±25,186		22,205±16,671	
Dini Obsesyon	Var	44	137,5±27,888	0,487	26,773±18,006	0,298
	Yok	40	137,675±24,743		24,7±17,662	
Simetri Obsesyonu	Var	48	136,625±24,644	0,351	29,083±17,965	0,024*
	Yok	36	138,861±28,622		21,389±16,742	
Somatik Obsesyon	Var	63	134,395±28,839	0,163	29,326±18,705	0,007*
	Yok	21	140,927±23,181		22,073±16,124	
Diğer Obsesyonlar	Var	43	135,952±26,264	0,128	28,508±18,401	0,03*
	Yok	41	142,476±26,347		17,619±12,917	

BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, BBBE: Bradford Bedensel Belirti Envanteri

Tablo 29’ de katılımcıların kompulsiyon türlerine göre BAÖ ve BBBE puanları karşılaştırılmıştır. Sıralama düzenleme kompulsiyonu ile BAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü. Tekrarlayıcı törensel kompulsiyon ile de BBBE puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü.

Tablo 29. Katılımcıların kompulsiyon türlerinin BAÖ ve BBBE puanları ile ilişkisi

<i>Kompulsiyon Türleri</i>		<i>N</i>	<i>BAÖ ort. puanı</i>	<i>p</i>	<i>BBBE ort. puanı</i>	<i>p</i>
Temizleme	Var	58	136,293±25,151	0,252	27,155±17,641	0,147
Kompulsiyonu	Yok	26	140,462±28,949		22,731±18,008	
Kontrol Etme	Var	68	137,015±26,647	0,342	26,838±18,688	0,343
Kompulsiyonu	Yok	16	140±25,338		21,313±12,658	
Tekrarlayıcı	Var	44	135,045±27,708	0,178	29,045±19,904	0,039*
Törensel	Yok	40	140,375±24,658		22,2±14,483	
Kompulsiyon						
Sayma	Var	23	141,174±27,701	0,223	30,304±20,499	0,077
Kompulsiyonu	Yok	61	136,23±25,83		24,082±16,486	
Sıralama	Var	32	144,219±25,387	0,034*	25,031±17,262	0,381
Düzenleme	Yok	52	133,5±26,221		26,25±18,221	
Kompulsiyonu						
Biriktirme	Var	7	127,571±25,69	0,147	30,429±15,087	0,237
Kompulsiyonu	Yok	77	138,494±26,307		25,364±18,016	
Diğer	Var	23	134,261±26,731	0,24	27,435±21,538	0,302
Kompulsiyonlar	Yok	61	138,836±26,22		25,164±16,282	

BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, BBBE: Bradford Bedensel Belirti Envanteri

5. Ölçek Skorlarının Korelasyonu

Tablo 30' da katılımcılara uygulanan ölçeklerin birbiri ile korelasyonu gösterilmiştir. YBOKÖ toplam puanı ile alt puanlar olan OTP ve KTP' nin BBBE ve BAÖ ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmedi. BAÖ ile BBBE arasında ise ters yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görüldü.

Tablo 30. Ölçek puanlarının korelasyonu

		<i>BBBE</i>	<i>BAÖ</i>
YBOKÖ - TÖP	r	0,118	0,049
	p	0,284	0,653
OTP	r	0,159	0,046
	p	0,148	0,679
KTP	r	0,0537	0,041
	p	0,628	0,709
BAÖ	r	-0,521	
	p	<0,00001*	

YBOKÖ: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, OTP: Obsesyon Toplam Puanı, KTP: Kompulsiyon Toplam Puanı, BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, BBBE: Bradford Bedensel Belirti Envanteri

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada OKB tanısı almış bireylerde beden algısının nasıl olduğu, somatizasyonun varlığı ve obsesyon ve kompulsiyon türlerinin ve hastalık şiddetinin beden algısı ve somatizasyon ile arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık. Literatürde OKB hastalarında beden algısı ve somatizasyona dair şimdiye kadar yapılmış bir çalışmaya rastlamadık.

Çalışmaya toplam 84 OKB tanılı hasta dahil edilmiş olup tüm olguların 66' sının (%78,6) kadın, 18' inin (%21,4) erkek olduğu görüldü. Ardışık sıra ile poliklinik başvurusu yapan OKB tanılı hastalardan çalışmaya alınma ve dışlanma kriterlerini karşılayanların dahil edildiği çalışmamızda kadın cinsiyet baskınlığı belirgindi. Literatüre bakıldığında kadınlarda görülme oranının erkeklere kıyasla az bir farkla daha yüksek veya eşit oranda olduğu bildirilmiştir (21,176). Türkiye' de yapılan çalışmalarda kadın/erkek oranının 1,52-3,44 arasında olduğu görülmektedir ve çalışmamız bu literatür bilgisiyle uyumludur (177,178). Kadın cinsiyette erişkin dönemde başlayan OKB' nin neredeyse yarısının gebelik ve doğum sonrası dönemde başladığı ve bu durumun oksitosin hormonu ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (179,180). Çocukluk döneminde başlayan OKB' nin ise daha çok erkek cinsiyette olduğu ve ailesel yatkınlığının ve tik bozuklukları ile birlikteliğinin daha yüksek oranda olduğu gösterilmiştir (24,25). Çalışmamızda elde edilen belirgin cinsiyet farkının hastalık seyrinde belirtilen bu farklılığa bağlı olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda bölgenin sosyokültürel özelliklerinin etkisiyle erkek cinsiyetin yakınmalarını hastalık belirtisi olarak ele almayıp hastane başvurularının da daha az olmasının bu sonuca katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda OKB tanılı hastaların medeni durumları ile ilgili çelişkili veriler görülmüştür (181,182). Türkiye' de yapılan çoğu çalışmada evli hastaların %60-83 oran ile çoğunlukta olduğu görülmektedir (177,178). Bizim çalışmamızda da bu bilgiyle uyumlu olarak katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %52,4 (n:44) oran ile çoğunlukla evli olduğu görüldü. Obsesyon ve kompulsiyon türlerinin de kişilerin medeni durumunu etkileyeceği düşünülmektedir. Medeni durumda evli olanların sayısının

yüksek olması da katılımcıların %51,2 (n:43) oran ile daha çok eşi ve çocuklarıyla yaşıyor olması sonucunu açıklıyor olabilir.

Aile tipine bakıldığında %82,1 (n:69) oran ile çekirdek aileye sahip katılımcıların çoğunlukta olduğu görüldü. Katılımcıların çoğunun yüksekokul mezunu olması ve yörede mecburi hizmet kapsamında dışarıdan gelen memur oranının yüksek olması aile tipinde geniş aile oranının düşük kalmasına sebebiyet veriyor olabilir.

OKB sahip olunan obsesyon ve kompulsiyonlar kişilerin uyum yetisini etkileyerek sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır (177,183). Katılımcıların eğitim düzeyinin %53,6 (n:45) oran ile çoğunlukla yüksekokul mezunu olmasına rağmen %47,6 (n:40) oran ile herhangi bir işte çalışmayan grubun diğer meslek gruplarından yüksek olması OKB' nin sahip olunan obsesyon ve kompulsiyonlar nedeniyle işlevsellikte bozulmaya neden olması ile açıklanabilir. Aktaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da bizim bulgumuzla benzer şekilde katılımcılarının çoğunluğunun üniversitesi mezunu (%35.1) olmasına rağmen herhangi bir işte çalışmayanların (%64.9) çoğunlukta olduğu görülmektedir (183). Son zamanlarda ülke genelinde üniversite mezunlarının iş bulma olasılığının azalmış olması, çoğunlukta olan kadın katılımcıların çalışma hayatının olmaması, yöre halkının daha çok esnafılık ve çay üretimi ile uğraşması da bu sonuca yol açmış olabilir.

Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeye göre OKB yaygınlığının değişmediği gösterilmiştir (21,184). Bizim çalışmamızda da literatür bilgisiyle uyumlu olarak katılımcıların gelir dağılımı birbirine yakın görüldü.

Alan yazında OKB tanı koyma yaşının 25-35 yaş arasında olduğu dikkat çekmektedir (177,185,186). Bizim çalışmamızda katılımcıların yaş ortalamasına bakıldığında bu bilgiyle uyumlu olarak ortalamanın $30,95 \pm 8,129$ olduğu, kadın ve erkek cinsiyette yaş ortalamalarının birbirine yakın olduğu görüldü. En düşük yaş 18 iken en yüksek yaş ise 61 olarak tespit edildi. Ancak belirtilen değerler katılımcıların OKB tanılarının başlangıç yaşını göstermemektedir. Çalışmaya ilk tanı OKB hastalarının alınmasının yanında ilk tanı olmayıp en az 6 aydır herhangi bir psikotrop ilaç kullanmamış olanlar

da dahil edilmiştir. Bu durum da geniş yaş aralığına sebebiyet vermiş olabilir. Hastalığın başlangıç yaşının ve tedavi için ilk başvuru zamanının sorgulanmaması çalışmanın kısıtlılıklarından biri olarak ele alınabilir.

OKB klinik görünümünü etkileyen birçok faktör olması ve birçok obsesyon ve kompulsiyon türü olması sebebiyle zengin klinik çeşitliliğe sahip bir hastalıktır. Hastalarda çoğunlukla birden fazla obsesyon ve/veya kompulsiyon türü birlikte görülebilmektedir (94,95). Literatürde obsesyon türleri arasında en fazla görülenin kirlenme obsesyonu olduğu belirtilmektedir (1,2). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak kirlenme obsesyonu en yüksek oranda görülen obsesyondu. İkinci sırada diğer obsesyonlar başlığı altındaki bilme ve hatırlama ihtiyacı, uğurlu ve uğursuz sayılar ve batıl inançlar, sonrasında ise saldırganlık obsesyonunun en fazla görülen obsesyon türleri olduğu görüldü. Kadın cinsiyette benzer sıralama görülürken erkek cinsiyette kirlenme obsesyonunun ilk sırayı koruduğu, saldırganlık obsesyonunun ikinci sıklıkta görüldüğü ve bunu diğer obsesyonlar başlığı altındaki bilme ve hatırlama ihtiyacı, uğurlu ve uğursuz sayılar ve batıl inançların izlediği görüldü. Kompulsiyon türlerine bakıldığında sırasıyla kontrol etme kompulsiyonu, temizleme kompulsiyonu ve tekrarlayıcı törensel kompulsiyonların en fazla olduğu, kadın ve erkek cinsiyette bu sıralamanın korunduğu, aralarında istatistiksel olarak bir farklılık olmadığı görüldü. Her iki cinsiyette en az görülen kompulsiyon türünün ise biriktirme kompulsiyonu olduğu görüldü. Literatüre bakıldığında çalışmalardan elde edilen sonuçlarda ilk sıralarda kirlenme ve şüphe obsesyonları ile temizleme ve kontrol etme kompulsiyonlarının olduğu görülmektedir (95,182,185,186). YBOKÖ içerisinde şüphe obsesyonu alt başlığı bulunmaması sebebiyle bu çalışmalarda YBOKÖ dışında yarı yapılandırılmış görüşme teknikleri ve klinik muayene ile şüphe obsesyonları da değerlendirilmektedir. Biz çalışmamızda obsesyon ve kompulsiyon türlerini araştırmak için YBOKÖ dışında başka bir ölçek veya görüşme tekniği kullanmadık. Yine bizim çalışmamıza benzer şekilde YBOKÖ kullanan diğer çalışmalarda saldırganlık obsesyonunun yüksek oranda olduğu görülmektedir (177,186). Bu ölçeğin kullanıldığı bazı çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer şekilde saldırganlık obsesyonunun

ilk sıralarda olduğu gör÷lmektedir (177,186). YBOKÖ' de utanç verici bir davranışta bulunma veya müstehcen bir söz söyleme korkusu gibi doğrudan saldırganlık barındırmayan obsesyonlar da saldırganlık obsesyonu kategorisi altında değerlendirilmektedir. Bu da saldırganlık obsesyonu türünün daha yüksek oranda gör÷lmesini açıklayabilir. Her iki cinsiyette en az gör÷len obsesyon türünün ise cinsel obsesyonlar olduğu gör÷ldü. Kadın ve erkek cinsiyette obsesyon türleri karşılaştırıldığında simetri obsesyonu ve somatik obsesyon türünün kadın cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptandı (simetri obsesyonu $p:0,021$, somatik obsesyon $p:0,025$).

Sosyodemografik özelliklere göre obsesyon ve kompulsiyon türlerinin dağılımına bakıldığında ise yalnızca meslek ve medeni gruba göre farklılık olduğunu tespit ettik. Medeni durumu bekar olanlarda evlilere kıyasla cinsel obsesyonun istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğunu saptadık ($p: 0,021$). OKB belirtileri çeşitli uyum sorunlarına yol açarak kişilerin evlenmemelerine veya evli iseler evliliklerinde çeşitli sorunlar yaşamalarına yol açabilmektedir (177). Alan yazında bu konuda kısıtlı veri olmakla birlikte obsesyon ve kompulsiyon türlerinin kişilerin evlilik kararında ve devam eden evlilikte uyumda olumsuz etkileri olabileceği düşünülmektedir. Bu yorumun bu alanda yapılacak yeni çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Meslek gruplarında ise işsiz grupta simetri obsesyonunun diğer meslek gruplarından belirgin şekilde daha fazla olduğunu tespit ettik ($p: 0,037$). Simetri obsesyonuna sahip bireylerin düzen ve disiplin beklentileri hem kendileri hem de çevresindeki insanlar için yaşamı zorlaştırmaktadır. İşlerin doğru olmadığı veya eksik olduğu hissiyle ilişkili memnuniyetsizliği, rahatsızlığı veya yetersizliği azaltmayı amaçlayan sıralama, düzenleme, belli sayı ve sırada yapma, dokunma, ovalama, şekillere ve çizgilere basmama şeklinde kompulsiyonlarla yapmaları gereken işler saatleri bulabilir. Bunun yanında birlikte çalıştıkları kişiler için aynı beklentilere sahip olmaları da sosyal ilişkilerini ve mesleki uyumlarını bozabileceği düşünülmektedir. Bu sebepler simetri obsesyonu ve ilişkili davranış kalıplarına sahip bireylerin

mesleklerinde sebat edememelerine veya meslek seçiminde seçici davranmaya bu nedenle de işsizliğe sebebiyet veriyor olabilir.

Sosyodemografik özelliklere göre ölçek skorlarına bakıldığında medeni durumu evli olan bireylerde kompulsiyon toplam puanı skorları diğer gruplara göre anlamlı şekilde daha yüksek görüldü (p: 0,023). Aynı şekilde eşi ve çocuklarıyla yaşayan bireylerde de kompulsiyon toplam puanı skorları anne/babasıyla yaşayanlar ve yalnız yaşayanlara göre daha yüksek görüldü (p: 0,01). Evli olmak ve eş ve çocuklar ile yaşamak kişinin sorumluluk alanının ve obsesyon tür ve kapsamının değişmesine ve kişide obsesyonu kompulsiyona dökme ihtiyacının artmasına sebebiyet veriyor olabilir. Saldırganlık obsesyonuna sahip bir annenin çocuklarına zarar verme içerikli obsesyonlarını nötrlemek adına geliştirdiği kesici delici aletleri saklamak şeklindeki kompulsiyonları buna örnek olarak verilebilir.

Beden imgesinin hem algısal hem de tutumsal boyutunu (duyusal boyut, düşünsel boyut, davranışsal boyut ve tatmin boyutu) etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Algısal boyuttaki bozukluk ile görülen patolojiler arasında ön planda OKBİB kategorisinde yer alan BDB gelmektedir. BDB' de kişi fiziksel görüntüsünde hayali bir kusuru olduğu veya hafif bir kusur varsa bile bu kusurun olduğundan çok daha aşırı olduğu düşüncesine sahiptir ve sürekli olarak bedeniyle ilgili zihinsel uğraşılara sahiptir (2). Algılanan kusurla ilgili aşırı zihinsel uğraşı ile sık sık aynaya bakma gibi yineleyici davranışları ve fiziksel görüntüsünü başkalarıyla kıyaslama şeklindeki zihinsel eylemleri bu hastalığı OKB ile benzer kılmaktadır. OKBİB kategorisinde bulunan diğer bir hastalık olan DYB' da kontrol edilemeyen dürtüler sonucu kompulsif ve yineleyici bir şekilde deri yolma ile dermatolojik veya cerrahi tedaviye ihtiyaç oluşturacak düzeyde fiziksel bozulma ve ciddi doku hasarı görülebilmektedir. Yine OKBİB kategorisinde bulunan trikotillomanide de başkaları tarafından fark edilecek düzeyde saç kaybına neden olan yineleyici saç yolma davranışı görülür. Saç yolunan bölgede kısa ve kırık saç kılları ile normal saçlar birlikte görülür ve hasta oluşan kelliği gizlemeye çalışır. Her iki hastalıkta da kişilerde oluşan bu bedensel değişiklikler ile beden algısı etkilenmektedir. Yeme bozukluklarından anoreksiya nervoza ve henüz tanı kategorilerinde yerini

almayan ortoreksiya nervozanın OKB ile bazı özellikleri paylaştığı ve birlikteliklerinin sık olduğu bildirilmektedir (187,188). Hem yeme bozukluklarında hem de ortoreksiya nervozada obsesif kompulsif semptomların bulunduğu ve bu semptomların egosintonik olduğu vurgulanmaktadır (189). Yeme bozuklukları, ortoreksiya nervozaya ve OKB' de mükemmelliyeçilik, ayrıntıcılık, katı kurallar ve ritüelistik davranışlar gibi ortak özellikler bulunmaktadır. Yeme bozuklukları ve ortoreksiya nervozada beden algısının bozulduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (190,191).

Hem OKBİB kategorisindeki bazı hastalıklarda hem de OKB ile birlikteliği sık görülen bazı hastalıklarda beden algısında bozulma olduğu bilgisinden yola çıkarak OKB hastalığında beden algısının nasıl olduğunu araştırdığımız çalışmamızda ise OKB tanılı katılımcıların $137,583 \pm 26,279$ ortalama ile çok yüksek olmasa da beden doyumlarının iyi olduğunu tespit ettik. Bunun yanında OKB hastalık şiddeti ile beden doyumu düzeyi arasında anlamlı bir korelasyon görülmedi. Bu konudaki kısıtlı alan yazında OKB ile beden doyumu arasında ters bir ilişki olduğu bildirilmektedir (192). Bizim bulgumuz bu literatür bilgisi ile uyuşmamaktadır. OKB tanılı bireylerin içinde bulundukları kültürün de etkisiyle sahip oldukları obsesyon türünün değişmesi ve buna bağlı zihinsel meşguliyetlerin artması ile bedene olan ilgi de azalarak beden algısındaki olumsuzluğu engelliyor olabilir.

Cinsiyete göre beden algısına bakıldığında ise kadın cinsiyetin erkek cinsiyete göre beden doyumunun istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu görüldü. Aynı zamanda BAÖ' nin 'ellerim', 'enerji düzeyim', 'vücut yapım', 'profilim', 'bacaklarım' ve 'cinsel gücüm' alt başlıklarında kadınların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az memnuniyet bildirdikleri görüldü. Literatürde birçok çalışmada kadın cinsiyette beden algısının erkek cinsiyete göre daha olumsuz olduğu bildirilmektedir (113–115). Beden algısı çok yönlü bir kavram olup gelişimsel, psikolojik, fizyolojik, travmatik ve sosyal değişkenlere verilen tepkiye göre şekillenmektedir (193). Tüketim kültürünün yaygınlaşması ile birlikte özellikle kadın cinsiyette beden daha sergilenebilir bir hale gelmiş ve görünür kılınmıştır. Avusturalya'da yapılan bir çalışmada erkek çocuklarında görülmeyen ince bir vücuda sahip olma idealinin kız

çocuklarında henüz 5 yaşındayken ortaya çıktığına dair kanıtlar bulunmuştur (194). Bu durum çalışmamızın sonucuna göre OKB tanısı olan bireylerde de geçerliliğini korumaktadır. Beden doyumunun tüm katılımcılar arasında yüksek olsa da kadın katılımcılarda anlamlı şekilde daha düşük olması kadınların fiziksel çekicilik açısından erkeklere kıyasla daha sert bir şekilde yargılandığı ve toplum ideallerine uygun bir görünümde olması yönünde toplumsal baskıya erkeklerden daha fazla maruz kaldığı görüşünü destekler niteliktedir.

Obsesyon türlerine göre beden algısına bakıldığında sahip olunan obsesyon türüne göre beden algısında istatistiksel olarak anlamlılık oluşturacak bir farklılık olmadığı görüldü. Kompulsiyon türlerine göre beden algısına baktığımızda ise sıralama ve düzenleme kompulsiyonuna sahip olan katılımcılarda beden algısının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görüldü (p: 0,034). Sıralama ve düzenleme kompulsiyonları olan kişilerde işlerini mükemmel, ayrıntılı, belli sayıda ve sırada, hatasız ve doğru şekilde yapma gereksinimi vardır. OKKB’de de görülebilen bu özellikler sosyal ilişkilerde uyum sağlamakta zorlayabilmekle birlikte bireyin kişisel yaşamında düzen ve disiplin sağlıyor olması bireysel tatmin oluşturuyor olabilmektedir. Yaşam alanlarında kurallar çevresinde yaşama, düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme bu tatmin alanlarından birkaçı olabilir. Bir tez çalışmasında düzenli olarak spor yapan ve yapmayan bireylerin ortoreksiya nervoza, OKB ve beden algısı ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını araştırmış ve düzenli spora giden kişilerin gitmeyenlere göre ortoreksiya nervoza, OKB ve beden algısı ölçeklerinin her biri için daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir (195). Yapılan bazı çalışmalarda da düzenli spor yapan kişilerle yapmayanların beden algıları karşılaştırıldığında düzenli spor yapan bireylerin beden doyumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (196,197). Bu literatür bilgisinden yola çıkarak sıralama ve düzenleme kompulsiyonlarına sahip olan bireyler bu kompulsiyonları sayesinde arzu ettikleri düzen ve disipline ulaşarak hem hayatlarından hem de bedenlerinden doyum sağlıyor olabilirler.

Birçok ruhsal hastalıkta bedenselleştirme belirtileri görülebilmektedir. Özellikle çökkün kişilerin bozulmuş kendilik algısı, özgüven eksikliği ve benlik saygısındaki düşüklük ile bedensel duyumların olduğundan çok daha abartılı şekilde algıladıkları, bedenlerine yönelttikleri dikkatte artış ile bedenleriyle ilgili zihinsel meşguliyette de artış olduğu, bedendeki anlamsız fizyolojik değişimleri dahi semptom olarak algıladıkları ve bu belirtileri bir hastalığa bağlama potansiyallerinin arttığı vurgulanmaktadır (198). Aynı şekilde anksiyete bozukluklarında da kişilerde felaketleştirme yönündeki bilişsel değerlendirmelerle bedensel belirtileri kötüye yorma ve ciddi hastalıkların göstergesi olarak yorumlamanın arttığı ve duyu eşiğinin düşmesi ile daha öncesinde önemsenmeyen duyumların bilinç düzeyine getirildiği ileri sürülmektedir (198). Diğer bir psikiyatrik hastalık olan hipokondriyaziste hastalık inancı yüksek olan bireylerin beden duyumlarının artması ile somatik semptomlara sahip olma eğilimlerinin arttığı vurgulanmaktadır (199,200). Hipokondriyazisi olan bireylerin yakınlarında somatizasyon bozukluğu sık görülmüştür (201). Hipokondriyazisi olan bireylerdeki sağlık kaygısına yönelik müdahaleci düşünceler ve sonrasında çevrelerindeki insanlar, doktorlar ve internet aracılığıyla güvence arayışı şeklindeki kontrol etme ihtiyacı ile OKB' ye benzerliği olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında bazı hipokondriyak bireylerde hastalığa sahip olup olmadıklarına yönelik kontroller yerine korktukları hastalığa sahip olma ihtimalini gözardı etmek adına kaçınma davranışları da görülebilmektedir ve bunlar da OKB' deki kontaminasyon ve mikroptan kaçınma davranışı şeklindeki kompulsiyonlara benzetilmektedir. Tüm bunların yanında OKB tanılı hastalarda aşırı el yıkamadan çatlamış eller veya dermatit gibi dermatolojik lezyonlar, aşırı diş temizlenmesinden dolayı diş eti lezyonları, gastrointestinal sistem etkilenmesine bağlı reflü, kabızlık ve abdominal distansiyon, trikotillomanisi olan hastalarda alopesi gibi semptomlar gelişebilir (3). OKB' de bazen hastalığın primer semptomu olarak bazen de eşlik eden eşik altı anksiyete ve depresyon semptomlarına bağlı olarak somatik semptomlar karşımıza çıkabilmektedir. Hem OKB ile birlikteliğin sık olduğu bu hastalıklarda somatizasyonun sık olmasından hem de OKBİB başlığı altındaki tanılarda görülebilecek olası bedensel

semptomların varlığından yola çıkarak benzer mekanizmaların etkisiyle OKB' de somatizasyonun varlığını araştırdığımız çalışmamızda katılımcıların BBBE' den aldıkları ortalama $25,786 \pm 17,766$ puan ile somatizasyonlarının yüksek olmadığı görüldü. Bunun yanında OKB hastalık şiddeti ile somatizasyon şiddeti arasında anlamlı bir korelasyon görülmedi. OKB tanılı bireylerde obsesyonlar ile yoğun zihinsel meşguliyet olması bedene yönelen dikkatin artmasını engelleyerek somatizasyona başvurmayı azaltıyor olabilir.

Obsesyon ve kompulsiyon alt türlerine göre somatizasyona baktığımızda biriktirme obsesyonu, simetri obsesyonu, somatik obsesyon ve diğer obsesyonlar başlığı altındaki bilme ve hatırlama ihtiyacı, uğurlu ve uğursuz sayılar ve batıl inançlar obsesyonlarına sahip olanlarda somatizasyonun anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü (biriktirme obsesyonu için $p: 0,026$, simetri obsesyonu için $p: 0,024$, somatik obsesyon için $p < 0,001$, diğer obsesyonlar için $p: 0,03$). Hem somatik obsesyonlarda hem de somatizasyonda dikkatin bedensel belirtilere yöneltmiş olması iki durum arasındaki bu anlamlı ilişkinin tesadüfi olamayacağını düşündürmektedir. Kompulsiyonlar içinde ise yalnızca tekrarlayıcı ve törensel kompulsiyonlara sahip bireylerde somatizasyonun anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü ($p: 0,039$). Bulaş obsesyonu veya günahkarlık düşüncelerine sahip bireyler hem temizlik hem de tekrarlayıcı törensel kompulsiyonlar gereği vücutlarının tamamı veya bazı vücut bölgelerini belli sayıda ve sırada törensel şekilde yıkamaları ve kimyasal temizlik malzemelerine fazla maruz kalmaya bağlı çeşitli dermatolojik lezyonların görülme ihtimali artmaktadır. Tekrarlayıcı ve törensel kompulsiyonlar yapılan eylemin asıl amacını aşacak fazlalıkta, belli sayı ve sırada yapılması ile kişilerde dermatolojik lezyonların yanı sıra kas eklem ağrısı, baş ağrısı gibi bedensel belirtilere neden olması ile de somatizasyonla ilişkili olabilir.

Kadınların somatizasyonu erkeklerden 5-10 kat daha fazla oranda kullandığı belirtilmektedir (136). Çalışmamızda kadın katılımcıların ortalama $26,530 \pm 18,597$ puan alırken erkek katılımcıların ortalama $23,056 \pm 14,445$ puan aldığı, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadınların erkeklere kıyasla literatür bilgisiyle uyumlu olarak somatizasyonu daha çok kullandığı görüldü.

Ayrıca kadınların BBBE alt sorularından 'Bacaklarınızda ağrı hissettiğiniz oldu mu?' (p: 0,047) ve 'Dinlenirken bile solunum güçlüğüünüz oldu mu?' (p: 0,034) sorularına erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puan verdiği tespit edildi.

Sodyodemografik özelliklere göre somatizasyona baktığımızda yalnızca meslek grupları arasında anlamlı fark görüldü. Serbest meslekte çalışanlarda somatizasyonun diğer meslek gruplarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi (p: 0,048).

Ruhsal sıkıntıyı bedensel belirtilerle yansıtmaya olarak tanımlanan somatizasyonda bedene yönelik algılar da etkilenebilmektedir. Bedenin herhangi bir bölümünde ağrı ya da rahatsızlık duyan birey bedeninin o bölümünden daha az memnun olabilir. Literatürde somatizasyonu olan bireylerin beden doyumlarının daha az olduğu bildirilmektedir (202). OKB tanılı bireylerde yaptığımız çalışmamızda da bu literatür bilgisiyle uyumlu olarak beden algısı ve somatizasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı görülen negatif yönlü ilişki bulundu (r: -0,521, $p < 0,001$). Diğer bir ifadeyle OKB tanılı bireylerde beden doyumunu arttıkça somatizasyonun azaldığı görüldü.

Sonuç olarak OKB tanılı hastalarda yaptığımız çalışmamızda sosyodemografik özelliklere baktığımızda:

- Kadın cinsiyetin çoğunlukta olduğu
- Medeni durumlarının çoğunlukla evli olduğu,
- Aile tipi olarak çekirdek aileye sahip oldukları ve genellikle eş ve çocukları ile yaşadıkları,
- Yüksekokul mezunu olanların çoğunlukta olduğu,
- İşsiz grubun daha fazla olduğu,
- Gelir dağılımlarının birbirine yakın olduğu,
- Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığının çoğunlukta olduğu görüldü.

Obsesyon türlerinde sırasıyla kirlenme obsesyonu, diğer obsesyonlar başlığı altındaki ve saldırganlık obsesyonunun en fazla görülen obsesyon türleri iken, en az görülenin ise cinsel obsesyon türü olduğu görüldü.

Kontrol etme kompulsiyonu, temizleme kompulsiyonu, tekrarlayıcı törensel kompulsiyonun sırasıyla en fazla görülen kompulsiyon türleri olduğu, biriktirme kompulsiyonunun ise en az görülen kompulsiyon türü olduğu tespit edildi.

Medeni durumu bekar olanlarda diğer medeni durumlara göre cinsel obsesyon türünün istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptandı.

Herhangi bir mesleğe sahip olmayanlarda diğer meslek gruplarına göre simetri obsesyonunun istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görüldü.

Evli grupta ve eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda kompulsiyon şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü.

Tüm katılımcıların beden doyumlarının iyi düzeyde olduğu, kadınların erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu, sıralama ve düzenleme kompulsiyonu olanlarda beden doyumu daha yüksek olduğu belirlendi.

Tüm katılımcıların somatizasyon düzeylerinin normal olduğu, kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, biriktirme obsesyonu, simetri obsesyonu, somatik obsesyon ve diğer obsesyonlar grubu ve tekrarlayıcı-törensel kompulsiyon türüne sahip olanlarda, serbest meslek sahibi olanlarda somatizasyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi.

OKB hastalık şiddeti ile beden algısı ve somatizasyon düzeyi arasında istatistiksel anlamlılıkta bir ilişki görülmezken, beden algısı ve somatizasyon düzeyi arasında negatif yönde ve orta derecede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü.

Çalışmanın kısıtlılıkları:

- Kontrol grubunun olmaması ile OKB tanılı hastalardaki beden algısı ve somatizasyon düzeyi sağlıklı gruba göre kıyaslanamamıştır.
- Hastalığın başlangıç yaşının ve tedavi için ilk başvuru zamanının sorgulanmaması çalışmanın kısıtlılıklarından biri olarak ele alınabilir.
- Pandemi şartları nedeniyle poliklinik başvurularının azalması sonucu örneklem genişliğinin yeterince büyük olmaması istatistiksel sonucu etkilemiş olabilir.
- Yörenin sosyokültürel özellikleri nedeni ile erkek hastaların polikliniğe başvuru oranları düşük kalmış olabilir. Katılımcılar sahip oldukları bazı obsesyonları dini ve ahlaki değerlere aykırı olması ile dile getirememiş olabilirler. Bu durum da çalışmadan elde edilen obsesyon ve kompulsiyon sıralamasını etkilemiş olabilir.

Çalışmanın güçlü yanları:

- Bu araştırma OKB' de beden algısı ve somatizasyonu araştıran ilk çalışmadır. Alan yazında OKB' de beden algısını ve somatizasyonu ayrı ayrı değerlendiren çok az çalışma bulunmaktadır. Literatüre önemli katkısı olacağını düşünmekteyiz.
- Çalışmamızda somatizasyonu değerlendirmek için kullandığımız BBBE' i 2017 yılında Türkiye' de geçerlilik ve güvenilirliği çalışılmış, bu alanda görece yeni bir ölçektir. Yeni olan bir ölçeğin kullanımının çalışmamızı daha kıymetli kıldığını düşünmekteyiz.
- Ayrıca çalışmamızda sınıflandırma sistemlerinden güncel versiyonu olan DSM-5' in klinik görüşme formu olan SCID-5' in kullanılmış olması da çalışmamızın önemli özelliklerinden biridir.

Öneriler

- Okb hastalarında beden algısı ve somatizasyona baktığımız çalışmamızda saptadığımız sonuçlardan birçoğuyla ilgili literatürde yeterli veriye rastlamadık. Bu sonuçları destekleyecek yeni yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

- Beden algısı ve somatizasyonun hem sosyodemografik özelliklere hem de obsesyon ve kompulsiyon türlerine göre de değişiklik gösterdiği sonucunu destekleyecek yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. Aynı zamanda bu çalışmalarda yine obsesyon ve kompulsiyon türlerinden etkilenebilecek beden duyumu, benlik saygısı ve beden memnuniyeti konuları da çalışıldığında literatüre önemli katkılar sağlayacağını düşünmekteyiz.



KAYNAKLAR

1. Karamustafalioglu, O. (2018). Obsesif Kompulsif Bozukluk. In Temel ve Klinik Psikiyatri (pp. 379-404).
2. Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. (2016). Kaplan and Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. 11th ed. Bozkurt A, editor. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
3. Tükel, R., & Demet, M. M. (Eds.). (2017). Obsesif Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar (1st ed.). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
4. Kirkcaldy, R. D., Kim, T. J., & Carney, C. P. (2004). A somatoform variant of obsessive-compulsive disorder: A case report of OCD presenting with persistent vomiting. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, 6(5), 195.
5. Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. Am J Psychiatry, 145(11), 1358-1368.
6. Ziyalar A., (1999). Sosyal Psikiyatri. 2. Baskı. Yüce Yayınları.
7. Beşiroğlu L., et al. (2007). Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8(1), 5 - 13.
8. American Psychiatric Association. (2013). American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. In Arlington.
9. Plutarch, LR, Hamilton, E. (1951). Selected Lives and essays. New York: Walter J. Black, Inc.
10. A Short History of OCD. (2009) [cited 2011 13th April, 2011]; Available from: <http://www.ocdhistory.net/index.html>.
11. Climacus J., Luibheid C., Russel N., Ware K. (1982) The ladder of divine ascent. New York: Paulist Press.

12. Berrios, G. E. (1989). Obsessive-compulsive disorder: its conceptual history in France during the 19th century. *Comprehensive psychiatry*, 30(4), 283-295.
13. Pitman, R. K. (1984). Janet's Obsessions and Psychasthenia: A synopsis. *Psychiatric Quarterly*, 56(4), 291-314.
14. Stein, D. J., & Stone, M. H. (Eds.). (1997). *Essential papers on obsessive-compulsive disorder* (Vol. 19). NYU Press.
15. Ananth, J. (1983). Clomipramine in obsessive-compulsive disorder: a review. *Psychosomatics*, 24(8), 723-727.
16. Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*, 45(12), 1094-1099.
17. Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., & Greenwald, S. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *The Journal of clinical psychiatry*.
18. Doğan, O., Gülmez, H. (1995). *Ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi*. 1. ed., Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları. 50-52.
19. Erol N., Kılıç C., Ulusoy, M. (1997). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. 1. baskı. Ankara. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
20. Torres, A. R., et al. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985.
21. Stein, D. J., Costa, D. L., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C., Shavitt, R. G., ... & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 1-21.

22. Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63.
23. Fontenelle, L. F., & Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(1), 1-15.
24. Krebs, G., & Heyman, I. (2015). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 100(5), 495-499.
25. Walitza S. et al. (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(11), 173.
26. Karadag, F., Oguzhanoglu, N. K., Ozdel, O., Atesci, F. C., & Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depression and Anxiety*, 23(3), 145-152.
27. Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O., & Atli, H. (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 362-366.
28. Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U., Maina, G., & Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European psychiatry*, 14(8), 434-441.
29. de Silva, P., & Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(10), 941-951.
30. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
31. Browne, H. A., Gair, S. L., Scharf, J. M., & Grice, D. E. (2014). Genetics of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 319-335.

32. Bienvenu, O. J., et al. (2012). Is obsessive–compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological medicine*, 42(1), 1-13.
33. Arumugham, Shyam Sundar, et al. (2014). Comparison of clinical characteristics of familial and sporadic obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1520-1525.
34. Nestadt, G. et al. (2000). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 57(4), 358-363.
35. Mataix-Cols, David, et al. (2013). Population-based, multigenerational family clustering study of obsessive-compulsive disorder. *JAMA psychiatry*, 70(7), 709-717.
36. Monzani, B., Rijsdijk, F., Harris, J., & Mataix-Cols, D. (2014). The structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-5 obsessive-compulsive spectrum disorders. *JAMA psychiatry*, 71(2), 182-189.
37. Mattheisen M. et al. (2015). Genome-wide association study in obsessive-compulsive disorder: results from the OCGAS. *Molecular psychiatry*, 20(3), 337-344.
38. Sinopoli, V. M., Burton, C. L., Kronenberg, S., & Arnold, P. D. (2017). A review of the role of serotonin system genes in obsessive-compulsive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 372-381.
39. Pooley, E. C., Fineberg, N., & Harrison, P. J. (2007). The met158 allele of catechol-O-methyltransferase (COMT) is associated with obsessive-compulsive disorder in men: case–control study and meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 12(6), 556-561.
40. Denys, D., Van Nieuwerburgh, F., Deforce, D., & Westenberg, H. (2006). Association between the dopamine D2 receptor TaqI A2 allele and low activity COMT allele with obsessive–compulsive disorder in males. *European Neuropsychopharmacology*, 16(6), 446-450.

41. Willour VL. et al. (2004). Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. The American Journal of Human Genetics, 75(3), 50.
42. Stewart, S. E., Fagerness, J. A., Platko, J., Smoller, J. W., Scharf, J. M., Illmann, C., ... & Pauls, D. L. (2007). Association of the SLC1A1 glutamate transporter gene and obsessive-compulsive disorder. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuro.
43. Burguière, E., Monteiro, P., Feng, G., & Graybiel, A. M. (2013). Optogenetic stimulation of lateral orbitofronto-striatal pathway suppresses compulsive behaviors. Science, 340(6137), 1243-1246.
44. Burton, C. L., Lemire, M., Xiao, B., Corfield, E. C., Erdman, L., Bralten, J., ... & Arnold, P. D. (2021). Genome-wide association study of pediatric obsessive-compulsive traits: shared genetic risk between traits and disorder. Translational psychiatry, 1.
45. Tükel M. R. , Topçuoğlu V. , Demet M. M. (2006) Obsesif Kompulsif Bozukluğun Patogenezi. Anksiyete Bozuklukları, Raşit Tükel, Tunç Alkın, Editör, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, ss.299-339.
46. Atmaca, M., Yıldırım H., Özdemir H., Aydın A., Tezcan E., & Özler S. (2006). Volumetric MRI assessment of brain regions in patients with refractory obsessive-compulsive disorder. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 30.
47. Choi, Jung-Seok, et al (2004). Left anterior subregion of orbitofrontal cortex volume reduction and impaired organizational strategies in obsessive-compulsive disorder. Journal of Psychiatric Research, 38(2), 193-199.
48. De Wit, Stella J., et al.(2014). Multicenter voxel-based morphometry mega-analysis of structural brain scans in obsessive-compulsive disorder. American journal of psychiatry, 171(3), 340-349.
49. Thompson, Paul M., et al. (2017). ENIGMA and the individual:

Predicting factors that affect the brain in 35 countries worldwide. *Neuroimage*, 145, 389-408.

50. Boedhoe, Premika SW, et al. (2017). Distinct subcortical volume alterations in pediatric and adult OCD: a worldwide meta-and mega-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 174(1), 60-69.
51. Boedhoe, Premika SW, et al. (2018). Cortical abnormalities associated with pediatric and adult obsessive-compulsive disorder: findings from the ENIGMA Obsessive-Compulsive Disorder Working Group. *American Journal of Psychiatry*, 175(5), 453-462.
52. Bandelow, Borwin, et al. (2017). Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD: A consensus statement. Part II: Neurochemistry, neurophysiology and neurocognition. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 18(3), 162-214.
53. Kim, E., et al. (2016). Altered serotonin transporter binding potential in patients with obsessive-compulsive disorder under escitalopram treatment:[11C] DASB PET study. *Psychological medicine*, 46(2), 357-366.
54. Nikolaus, S., Antke, C., Beu, M., & Müller, H. W. (2010). Cortical GABA, striatal dopamine and midbrain serotonin as the key players in compulsive and anxiety disorders-results from in vivo imaging studies. *Reviews in the Neurosciences*, 21(2), 119-140.
55. Ben-Pazi, A., Szechtman, H., & Eilam, D. (2001). The morphogenesis of motor rituals in rats treated chronically with the dopamine agonist quinpirole. *Behavioral neuroscience*, 115(6), 1301.
56. Olver, James S., et al. (2010). Dopamine D1 receptor binding in the anterior cingulate cortex of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 183(1), 85-88.
57. Rosenberg, David R., et al. (2000). Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients

- taking paroxetine. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1096-1103.
58. Chakrabarty, Kaushik, et al.(2005). Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*, 30(9), 1735-1740.
 59. Pittenger, C., Bloch, M. H., & Williams, K. (2011). Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacology & therapeutics*, 132(3), 314-332.
 60. McGrath, M. J., Campbell, K. M., Parks III, C. R., & Burton, F. H. (2000). Glutamatergic drugs exacerbate symptomatic behavior in a transgenic model of comorbid Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Brain research*, 877(1), 23-30.
 61. Swedo, S. E. (2002). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). *Molecular Psychiatry*, 7(2), S24-S25.
 62. Murphy, Tanya K., et al. (2015). Characterization of the pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome phenotype. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 25(1), 14-25.
 63. Baytunca, M.B., Donuk, T., Erermis, S. (2016). Evaluation of a neuropsychiatric disorder: from PANDAS to PANS and CANS. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 27(2).
 64. Mercadante, Marcos T., et al. (2000). The psychiatric symptoms of rheumatic fever. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2036-2038.
 65. Swedo, Susan E., et al. (1997). Identification of children with pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections by a marker associated with rheumatic fever. *American Journal of Psychiatry*, 154(1), 110-112.
 66. Murphy, T. K., Sajid, M. W., & Goodman, W. K. (2006). Immunology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 29(2), 445-469.

67. Fluitman, S. B., Denys, D. A., Heijnen, C. J., & Westenberg, H. G. (2010). Disgust affects TNF- α , IL-6 and noradrenalin levels in patients with obsessive–compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 35(6), 906-911.
68. Mataix-Cols, David, et al. (2018). A total-population multigenerational family clustering study of autoimmune diseases in obsessive–compulsive disorder and Tourette’s/chronic tic disorders. *Molecular psychiatry*, 23(7), 1652-1658.
69. da Rocha, F. F., Correa, H., & Teixeira, A. L. (2008). Obsessive–compulsive disorder and immunology: A review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(5), 1139-1146.
70. Sayyah, M., Boostani, H., Pakseresht, S., & Malayeri, A. (2011). A preliminary randomized double–blind clinical trial on the efficacy of celecoxib as an adjunct in the treatment of obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry research*, 189(3), 403-406.
71. Nicholson, T. R., Ferdinando, S., Krishnaiah, R. B., Anhoury, S., Lennox, B. R., Mataix-Cols, D., ... & Heyman, I. (2012). Prevalence of anti-basal ganglia antibodies in adult obsessive–compulsive disorder: cross-sectional study. *The British Journal of Ps.*
72. Konuk, N., Tekin, I. O., Ozturk, U., Atik, L., Atasoy, N., Bektas, S., & Erdogan, A. (2007). Plasma levels of tumor necrosis factor-alpha and interleukin-6 in obsessive compulsive disorder. *Mediators of inflammation*, 2007.
73. FitzGerald, G. A., & Patrono, C. (2001). The coxibs, selective inhibitors of cyclooxygenase-2. *New England Journal of Medicine*, 345(6), 433-442.
74. Akhondzadeh, Shahin, et al. (2009). Clinical trial of adjunctive celecoxib treatment in patients with major depression: a double blind and placebo controlled trial. *Depression and anxiety*, 26(7), 607-611.

75. Shahini, N., Talaei, A., Shalbafan, M., Faridhosseini, F., & Ziaee, M. (2021). Effects of Celecoxib Adjunct to Selective Serotonin Reuptake Inhibitors on Obsessive-Compulsive Disorder. *Basic and Clinical Neuroscience*, 12(4), 489-498.
76. Kuelz, A. K., Hohagen, F., & Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological psychology*, 65(3), 185-236.
77. Okasha, A., Rafaat, M., Mahallawy, N., Nahas, G. E., Dawla, A. S. E., Sayed, M., & Kholi, S. E. (2000). Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 281-285.
78. Lucey, J. V., Burness, C. E., Costa, D. C., Gacinovic, S., Pilowsky, L. S., Ell, P. J., ... & Kerwin, R. W. (1997). Wisconsin Card Sorting Task (WCST) errors and cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder (OCD). *British Journal of Medical Psycho*.
79. Aycicegi, A., Dinn, W. M., Harris, C. L., & Erkmen, H. (2003). Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder: effects of comorbid conditions on task performance. *European psychiatry*, 18(5), 241-248.
80. Tükel, R., Gürvit, H., Ertekin, B. A., Oflaz, S., Ertekin, E., Baran, B., ... & Atalay, F. (2012). Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 53(2), 167-175.
81. Brenner C. (1998). *Psikanaliz Temel Kavramlar*. Savaşır I, Savaşır Y, editors. Ankara: HYB Yayıncılık. 208 s.
82. Freud S. (1917). Some Thoughts on Development and Regression-Aetiology. *Introductory Lectures on Psychoanalysis (Lecture 22)*, Standart Edition, Volume XVI. London, Hogarth Press, 1986.
83. Freud S. (1926). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, Standart Edition, Volume XX. London, Hogarth Press, 1986.

84. Topçuoğlu V. (2003). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler. Klinik Psikiyatri. 6:46-50.
85. Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2016). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Baskı 14. Ankara:Nobel Tıp Kitabevleri.
86. Steketee, G. S., & Nishith, P. (1995). Treatment of obsessive compulsive disorder. p. 293-295.
87. Salkovskis, P.M. (1996), Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. Current controversies in the anxiety disorders, p. 103-133.
88. Clark, D.A. (1999). Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders: A commentary. Cognitive and Behavioral Practice, 6, 408-415.
89. Whittal, M. L., & Rachman, S., & McLean, P. D. (2002). Psychosocial treatment for OCD: Combining cognitive and behavioral treatment. In G. Simos (Ed.), CBT: A guide for the practicing clinician (pp.125-149). Pacific Press.
90. Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. Behaviour Research and Therapy, 16, 233-248.
91. Salkovskis, P., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions – a replication. Behaviour Research and Therapy, 22, 549-552.
92. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (1997). Cognitive assessment of obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 35, 667-681.
93. McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE ve ark. (2004) A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. Clin Psychol Rev 24:283-313.
94. Rasmussen SA, Eisen JL. Epidemiology of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry. 1990;51 Suppl:10-13; discussion 14.

95. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*.2001;55(6):623-627.
96. Bear L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders, *J. Clin Psychiatry* 55, 18-23.
97. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2008 Dec;165(12):1532-42.
98. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):228-38.
99. Abramowitz JS, Deacon BJ, Olatunji BO ve ark. (2010) Assessment of obsessivecompulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the dimensional obsessive- compulsive scale. *Psychol Assessment* 22:180-98.
100. Denys, D., de Geus, F., van Megen, H. J., & Westenberg, H. G. (2004). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: factor analysis on a clinician-rated scale and a self-report measure. *Psychopathology*, 37(4), 181-189.
101. Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, et al. Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression & Anxiety*. 2010 Jun;27(6):507-27.
102. Karamustafalıoğlu O., Obsesif Kompulsif Bozukluk, *The Journal of Turkish Family Physician* 2010;1(1):1-10.
103. Purdon, C. (2004). Cognitive-behavioral treatment of repugnant obsessions. *Journal of clinical psychology*, 60(11), 1169-1180.
104. Brakoulias, V. (2012).Symptom-based subtypes of obsessive-

compulsive disorder.

105. Hollander, E., Stein, D. J., Kwon, J. H., Rowland, C., Wong, C. M., Broatch, J., & Himelein, C. (1997). Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums*, 2(10), 16-25.
106. Jenike, M. A., & Rauch, S. L. (1994). Managing the patient with treatment-resistant obsessive compulsive disorder: current strategies. *The Journal of clinical psychiatry*.
107. Schilder, P. (2013). *The image and appearance of the human body*. Routledge.
108. Öngören B. (2015). Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*. 16(34): 25-45.
109. Napoli V., Kilbride JM., Tebbs DM. (1985). *Adjustment and Growth in a Changing World*. West Publishing Company.
110. Bauman, S. (1981). Physical aspects of the self: A review of some aspects of body image development in childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(3), 455-470.
111. Williamson, S., & Delin, C. (2001). Young children's figural selections: Accuracy of reporting and body size dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 29(1), 80-84.
112. Wardle, J., Volz, C., & Golding, C. (1995). Social variation in attitudes to obesity in children. *International Journal of Obesity*, 19, 562–569.
113. Ricciardelli, L. A., & Williams, R. J. (2016). Use of supplements and drugs to change body image and appearance among boys and male adolescents. In *Chemically Modified Bodies* (pp. 13-30). Palgrave Macmillan, London.
114. Robinson T.N., Chang, J.Y., Haydel, K.F., and Killen, J.D.(2001) Overweight concerns and body dissatisfaction among third grade children: The impacts of ethnicity and socioeconomic status. *Journal of*

pediatrics. 138(2), 187-7.

115. Maloney, M., McGuire, J., Daniels, S., and Specker, B.(1989) Dieting behaviour and eating attitudes in children, *Pediatrics*, 84(3), 482-9.
116. Arslan, S.H., İşigüzel, İ., Hacıyakupoğlu, G., ve Avcı, A. Gözlük Takan Ergenlerde Beden İmajı Doyumu ve Depresyon: Karşılaştırmalı bir Çalışma. *Düşünen Adam*, (1996-I): 4-7.
117. Grogan S. *Body Image; Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Third edition, 2017.
118. Monteath, Sheryl A., and Marita P. McCabe. "The influence of societal factors on female body image." *The Journal of Social Psychology* 137.6 (1997): 708-727.
119. Yılmaz, H. Ö. (2009). *Obez Bireylere Verilen Beslenme Eğitiminin Beden İmgesiyle Uğraşıya, Beslenme Davranışına Ve Kilo Vermeye Etkisi* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
120. Becker, A. E. (2013). *Body, self, and society*. University of Pennsylvania Press.
121. Edmonds, A. (2012) 'Body image in non-Western societies', in T.F. Cash (Ed.) *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 238–242), London: Elsevier.
122. Swami, V. (2015) 'Cultural influences on body size ideals: Unpacking the impact of Westernization and modernization', *European Psychologist*, 20(1), 44–51.
123. Becker, A. (2004) 'Television, disordered eating, and young women in Fiji: Negotiating body image and identity during rapid social change', *Culture Medicine and Psychiatry*, 28 (4), 533–59.
124. Cepanec, D., Payne, B. (2000) "'Old bags" under the knife: Facial cosmetic surgery among women', in B. Miedema, J.M. Stoppard and V. Anderson (Eds) *Women's bodies, women's lives* (pp. 121–41),

Toronto: Sumach Press.

125. Gough, B., Hall, M. and Seymour-Smith, S. (2014) 'Straight guys do wear make-up: Contemporary masculinities and investment in appearance', in S. Robertson (Ed.) *Debating modern masculinities: Change, continuity, crisis?* (pp. 106–24), Basingstoke: Palgrave.
126. Bordo S. (2003) *Unbearable weight: Feminism, Western culture, and the body*, 10th anniversary edition, Berkeley, CA:University of California Press.
127. Tiggemann M. (2004) Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image*, 1(1), 29–41.
128. Wykes, M. and Gunter, B. (2005) *The media and body image*, London: SAGE Publications.
129. Morrison, T.C. and McCutcheon, J.M. (2011) 'Gay and lesbian body images', in T.F. Cash and L. Smolak (Eds), *Body image: A handbook of science, practice and prevention*.
130. Siever, M. (1994) 'Sexual orientation and gender as factors in socioculturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (2), 252–60).
131. Taub, J. (1999) 'Bisexual women and beauty norms: A qualitative examination', *Journal of Lesbian Studies*, 3 (4), 27–36.
132. Akrawi, D., Bartrop, R., Potter, U. and Touyz, S. (2015) 'Religiosity, spirituality in relation to disordered eating and body image concerns: A systematic review', *Journal of Eating Disorders*, 3, 39.
133. O'Dea, J. (2012) 'Body image and self-esteem', in T.F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 141–7), London: Elsevier.
134. Ahern, A.L. and Hetherington, M.M. (2006) 'The thin ideal and body

image: An experimental study of implicit attitudes', *Psychology of Addictive Behaviours*, 20 (3), 338–42.

135. Kozar, J.M. and Damhorst, M.L. (2009) 'Comparison of the ideal and real body as women age: Relationships to age identity, body satisfaction and importance, and attention to models in advertising', *Clothing and Textiles Research Journal*, 27 (3), 197–210.
136. Grogan, S., Evans, R., Wright, S. and Hunter, G. (2004) 'Femininity and muscularity: Accounts of seven women bodybuilders', *Journal of Gender Studies*, 13 (1), 49–63.
137. Tylka, T. and Wood-Barcalow, N. (2015) 'A positive complement', *Body Image*, 14, 115–17.
138. Kellerman, H. (2009). *Dictionary of psychopathology*. Columbia University Press.
139. Henningsen p. Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical neuroscience*. 2018;20(1):23.
140. Ünal, S. (1999). Somatoform bozukluklar; nozoloji ve tarihçe. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 1-6.
141. Hollfield MA (2005) Somatoform disorders. In Kaplan&Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th edition (Ed. BJ Sadock, VA Sadock):1800-1828. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins.
142. Ünal S (2002) Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 3:52-55.
143. Breuer J, Freud S (1895) *Studies on Hysteria*. New York, Hafner Publishing Co.
144. Kellner, R. (1985). Functional somatic symptoms and hypochondriasis: a survey of empirical studies. *Archives of general Psychiatry*, 42(8), 821-833.

145. Escobar, J. I., Canino, G., Rubio-Stipec, M., & Bravo, M. (1992). Somatic symptoms after a natural disaster: a prospective study. *The American journal of psychiatry*.
146. American psychiatric Association A. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*.
147. Hamilton, J. C., Hedge, K. A., & Feldman, M. D. (2015). Excessive illness behavior. *Psychiatric care of the medical patient*, 743-755.
148. Kaya B. (2002). *Somatoform Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Doğan O, editör. *Psikiyatrik Epidemiyoloji*. 1. Baskı. İzmir: Ege psikiyatri Yayınları. p.66.
149. Deka, K., Chaudhury, P. K., Bora, K., & Kalita, P. (2007). A study of clinical correlates and socio-demographic profile in conversion disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 49(3), 205.
150. Pukhalsky AL, Shmarina GV, Alioshkin VA, Sabelnikov A (2008) HPA axis exhaustion and regulatory T cell accumulation in patients with a functional somatic syndrome: recent view on the problem of Gulf War veterans. *J Neuroimmunol*, 196:133-138.
151. Dinan T (2001) Novel approaches to the treatment of depression by modulating the hypothalamic pituitary adrenal axis. *Hum Psychopharmacol*, 16:89-93.
152. Ball, S. G., et al. (2011). Efficacy of duloxetine on painful physical symptoms in major depressive disorder for patients with clinically significant painful physical symptoms at baseline: a meta-analysis of 11 double-blind, placebo-controlled clinical tr.
153. Schwarz, M. J., et al. (1999). Relationship of substance P, 5-hydroxyindole acetic acid and tryptophan in serum of fibromyalgia patients. *Neuroscience Letters*, 259(3), 196-198.
154. Anderson G, Maes M, Berk M (2012) Biological underpinnings of the commonalities in depression somatization and chronic fatigue

syndrome. *Med Hypotheses*, 78:752-756.

155. Sahin, E. K., Caykoylu, A., Senat, A., & Erel, O. (2019). A comprehensive study of oxidative stress in patients with somatic symptom disorder. *Acta Neuropsychiatrica*, 31(2), 100-105.
156. Boeckle, M., Schrimpf, M., Liegl, G., & Pieh, C. (2016). Neural correlates of somatoform disorders from a meta-analytic perspective on neuroimaging studies. *NeuroImage: Clinical*, 11, 606-613.
157. Kırpınar İ., (2019). Somatizasyon ve bedensel belirti bozuklukları. In *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Cilt 1*, (Ed. H.Elbi, C. Cimilli, Ö. Önen Sertöz, Ç.Karşıdağ, G. Sözeri-Varma). Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.
158. Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*.
159. Afari, N., et al. (2014). Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 76(1), 2.
160. Maunder, R. G., et al. (2017). An attachment-based model of the relationship between childhood adversity and somatization in children and adults. *Psychosomatic Medicine*, 79(5), 506-513.
161. Kleinstäuber, M., Gottschalk, J., Berking, M., Rau, J., & Rief, W. (2016). Enriching cognitive behavior therapy with emotion regulation training for patients with multiple medically unexplained symptoms (ENCERT): design and implementation of a multicenter.
162. Doğan O., (1999). Kültür ve Somatizasyon. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*. 1(1):44-9.
163. Feder, A., et al. (2001). Medically unexplained symptoms in an urban general medicine practice. *Psychosomatics*, 42(3), 261-268.

164. Clarke, D. M., Piterman, L., Byrne, C. J., & Austin, D. W. (2008). Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice. *Medical Journal of Australia*, 189(10), 560-564.
165. Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of general psychiatry*, 62(8), 903-910.
166. Haftgoli, N., et al. (2010). Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC family practice*, 11(1), 1-8.
167. Sakai, R., Nestoriuc, Y., Nolido, N. V., & Barsky, A. J. (2010). The prevalence of personality disorders in hypochondriasis. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(1), 15476.
168. First, M. B. (2014). Structured clinical interview for the DSM (SCID). *The encyclopedia of clinical psychology*, 1-6.
169. Elbir, M., et al. (2019). DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 30(1).
170. Goodman, W. K., et al. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
171. Karamustafalioglu, O., Üçisik, A. M., Ulusoy, M., & Erkmen, H. (1993). Yale Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, Bursa Savaş Ofset, 86.
172. Secord, P. F., & Jourard, S. M. (1953). The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *Journal of consulting psychology*, 17(5), 343.

173. Hovardaoğlu, S. (1992). Vücut Algısı Ölçeği. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi (3P). Testler Özel Eki.
174. Mumford, D. B., et al. (1991). The Bradford Somatic Inventory: A multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent. The British Journal of Psychiatry, 158(3), 379-386.
175. Kose, S., et al. (2017). Reliability, validity, and factorial structure of the Turkish version of the Bradford Somatic Inventory (Turkish BSI-44) in a university student sample. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 27(1), 62-69.
176. Nestadt G., & Samuels J. (1997). Epidemiology and genetics of obsessive-compulsive disorder. International Review of Psychiatry, 9(1), 61-72.
177. Demet, M. M., et al. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6(3), 133-144.
178. Karamustafalıoğlu O., et al. (2009). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 43(3), 112-116.
179. Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, & Luenzmann KR, Şahin AR. (2003). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. Journal of anxiety disorders, 17(4), 461-478.
180. Kalra, H., Tandon, R., & Janca, A. (2005). Pregnancy-induced obsessive compulsive disorder: a case report. Annals of General Psychiatry, 4(1), 1-3.
181. Cilli, A. S., et al. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. Comprehensive psychiatry, 45(5), 367-374.

182. Tezcan, E., Millet, B., & Kuloğlu, M. (1998). Türkiye ve Fransa'da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerinin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1(1), 35-41.
183. Aktaş, M. C., & Çuhadar, D. (2016). Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda sosyal uyum ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Medical Sciences*, 15(2), 55-70.
184. Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A. T., & Lieb, R. (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(3), 339-349.
185. Eğrilmez A, Gülseren L, Aydemir Ö, Kültür S. (1995). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenolojik özellikler. *3P Dergisi*; 3:9-14.
186. Okasha A., Saad A., Khalil A. H., El Dawla A. S., & Yehia N. (1994). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Comprehensive psychiatry*, 35(3), 191-197.
187. Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2), e28-e32.
188. Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., & Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3).
189. Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth Eric, F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 18(2), 103-111.
190. Zeppegno, P. (2018). The psychopathology of body image in orthorexia nervosa. *psychopathology*, 24, 133-140.

191. Glashouwer, K. A., van der Veer, R. M., Adipatria, F., de Jong, P. J., & Vocks, S. (2019). The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 74, 101771.
192. Aderka, I. M., Gutner, C. A., Lazarov, A., Hermesh, H., Hofmann, S. G., & Marom, S. (2014). Body image in social anxiety disorder, obsessive–compulsive disorder, and panic disorder. *Body image*, 11(1), 51-56.
193. Yılmaz, Ş. (2009). Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Hastalarında Preop ve Postop Dönemde Beden İmajı ve Benlik Saygısının Degerlendirilmesi (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
194. Hwang, M. Y., Morgan, J. E., & Losconzcy, M. F. (2000). Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12(1), 91-94.
195. Tatlıses, M. (2016). Spor salonunda düzenli spor yapan kişilerin ortoreksiya nervoza belirtileri ile beden algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
196. Zekioğlu, A., Mir, E., Tatar, A. (2006), Spor Yapan ve Sedanter Yaşayanlarda Çok Yönlü Beden-Self İlişkisi, 9.Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi, 3-5 Kasım, Muğla Üniversitesi, Muğla.
197. Robinson, K. and Ferraro, F.R. (2004), The Relationship Between Types of Female Athletic Participation and Female Body Type. *Journal of Psychology*, 138, 2, p115-128.
198. Özen, E. M., Serhadlı, Z. N. A., Türkcan, A. S., & Ülker, G. E. (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1), 60-65.
199. Fallon, B. A., Qureshi, A. I., Laje, G., & Klein, B. (2000). Hypochondriasis and its relationship to obsessive-compulsive disorder.

Psychiatric Clinics of North America, 23(3), 605-616.

200. Savron, G., Fava, G. A., Grandi, S., Rafanelli, C., Raffi, A. R., & Belluardo, P. (1996). Hypochondriacal fears and beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 345-348.
201. Russell Noyes, J. R., Holt, C. S., Happel, R. L., Kathol, R. G., & Yagla, S. J. (1997). A family study of hypochondriasis. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(4), 223-232.
202. Petersen, R. B.(2017). Adolescents with body image concerns and a propensity for somatization reported more frequent temporomandibular joint clicking. *JADA*, 148(8).

EKLER

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1-CİNSİYET K..... E.....

2- YAŞ

3- MEDENİ DURUM

EVLİ.....

BEKAR.....

BOŞANMIŞ.....

DUL.....

4-EĞİTİM DURUMU

OKURYAZAR DEĞİL.....

İLKOKUL.....

ORTAOKUL.....

LİSE.....

YÜKSEK OKUL.....

5- MESLEK

KAMU.....

ÖZEL.....

SERBEST.....

EMEKLİ.....

İŞSİZ.....

6- YAŞADIĞI YER

KIRSAL.....

KENTSEL.....

7-YAŞADIĞI KİŞİLER

EŞİ VE ÇOCUKLARI.....

ANNE-BABASI.....

BAKICI.....

YALNIZ.....

8-AİLE TİPİ

GENİŞ AİLE.....

ÇEKİRDEK AİLE.....

9-GELİR DÜZEYİ

ASGARİ ÜCRET ALTI.....

ASGARİ ÜCRET.....

ASGARİ ÜCRET>2 KATI.....

ASGARİ ÜCRET>3 KATI.....

10-AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ

YOK.....

VAR(BELİRTİNİZ).....

İsim:
Yaş:

Tarih:

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

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

ŞİMDİ	GEÇMİŞTE	
		SALDIRGANLIK OBSESYONLARI
		Kendine zarar vereceğinden korkma
		Başkalarına zarar vereceğinden korkma
		Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
		Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
		Utanılacak bir şeyler yapmaktan korkma*
		İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma
		Çalacağından korkma
		Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)
		Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn. yangın, hırsızlık)
		Diğer.....
		
		KİRLENME OBSESYONLARI
		Vücut atık veya salgılarından(örn. idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek
		Kir veya mikroplardan kaygılanmak
		Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn: asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)
		Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn: temizlik maddeleri, çözücüler)
		Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
		Hayvanlardan aşırı derecede korkmak(örn: böcekler)
		Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
		Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı(saldırgan)
		Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçları düşünmemek
		Diğer.....
		
		CİNSEL OBSESYONLAR
		Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
		Çocuklar veya incest ilişki ile ilgili
		Homoseksüel ilişki ile ilgili*
		Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
		Diğer.....
		
ŞİMDİ	GEÇMİŞTE	
		BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

		(Hobiler ve maddi ve manevi değeri olan eşyalar karıştırılmamalıdır)
		DİNİ OBSESYONLAR
		Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
		Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi
		Diğer.....
		EŞYALARIN DÜZENİ VE SİMETRİKLİĞİ İLE İLGİLİ
		Doğaüstü düşünce ile birlikte(örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği)
		Doğaüstü düşünceler olmadan
		DİĞER OBSESYONLAR
		Bilme veya hatırlama ihtiyacı
		Belirli şeyleri söyleme korkusu
		Doğru şeyi söyleyememe korkusu
		Bir şeyler kaybetme korkusu
		İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
		Anlamız sesler, kelimeler veya müzik duyma
		Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
		Uğurlu veya uğursuz sayılar
		Özel anlamı olan renkler
		Batıl itikatlar
		Diğer.....
		SOMATİK OBSESYONLAR
		Hastalık ile ilgili*
		Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili (örn. dismorfofobi)
		Diğer.....
		TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI
		Aşırı veya törensel el yıkama
		Aşırı veya törensel duş, banyo, diş fırçalama veya giyime ileri derecede dikkat
		Ev eşyalarının veya diğer cansız nesnelerin aşırı temizliği ile ilgili
		Kirletici maddeler ile teması önleyen veya yok eden diğer önlemler
		Diğer.....
		KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI
		Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü
		Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
		Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
		Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek
		Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek
		Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
		Diğer.....
ŞİMDİ	GEÇMİŞTE	
		TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR
		Tekrar okuma veya yazma
		Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi(örn: kapıdan girme/çıkma,

		oturma/kalkma)
		Diğer.....
		SAYMA KOMPULSİYONLARI
		
		SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI
		
		BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI
		Hobilerden, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırılmamalıdır(örn: eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek).
		DİĞER KOMPULSİYONLAR
		Zihinsel törenler(kontrol veya sayma dışında)
		Aşırı liste hazırlama
		Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
		Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
		Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*
		Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma(kontrol etme değil)
		Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*
		Batıl davranışlar
		Trikotillomani* (saç yolmak)
		Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar
		Diğer.....

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

Hastanın adı:

Y-BOCS TOPLAM PUANI(Madde1–10 toplamı): ...

Tarih:

1. Obsesyonlarla geçen zaman	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
1b. Obsesyonsuz geçen dönem	Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama Uzun 2	Kısa 3	Çok Kısa 4
2. Obsesyonlardan etkilenme	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
3. Obsesyonlardan rahatsız olma	0	1	2	3	4
4. Obsesyonlara karşı direnme	Sürekli Direnme 0	1	2	3	Tam Teslimiyet 4
5. Obsesyonların kontrolü	Tam Kontrol 0	Yeterli Kontrol 1	Orta Kontrol 2	Az Kontrol 3	Kontrol yok 4

OBSESYON ALTTOPLAMI (madde 1–5 toplamı): ...

6. Kompulsiyonlarla geçen zaman	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
6b. Kompulsiyonsuz geçen dönem	Semptom Yok 0	Uzun 1	Ortalama Uzun 2	Kısa 3	Çok Kısa 4
7. Kompulsiyonlardan Etkilenme	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4

8. Kompulsiyonlardan rahatsız olma	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
9. Kompulsiyonlara karşı direnme	Sürekli Direnme 0	1	2	3	Tam Teslimiyet 4
10. Kompulsiyonların kontrolü	Tam Kontrol 0	Yeterli Kontrol 1	Orta Kontrol 2	Az Kontrol 3	Kontrol yok 4

KOMPULSİYON ALTTOPLAMI (madde 1–5 toplamı): ...

11. Obsesyon ve kompulsiyonları hakkında hastanın İçgörüsü	Mükemmel 0	1	2	3	Yok 4		
12. Kaçınma	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4		
13. Kararsızlık	0	1	2	3	4		
14. Patolojik Sorumluluk	0	1	2	3	4		
15. Yavaşlama	0	1	2	3	4		
16. Patolojik kuşku	0	1	2	3	4		
17. Global Ciddiyet	Hastalık yok 0	1	2	3	4	5	İleri 6
18. Global Düzelme	Çok daha Kötü 0	1	2	3	4	5	Çok daha iyi 6
19. Güvenirlilik	Mükemmel:0	İyi:1	Orta:2	Zayıf:3			

İsim:
Yaş:

Tarih:

HEDEF SEMPTOM LİSTESİ

OBSESYONLAR

1.
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....

KOMPULSİYONLAR

1.
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....

KAÇINMA

1.
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....

Appendix

BSI-44

Bradford bedensel belirti envanteri

Anketi Nasıl Dolduracaksınız:

Son bir ay içinde herhangi bir bedensel belirtinizin olup olmadığını öğrenmek istiyoruz. Lütfen aşağıdaki tüm sorular için en uygun seçeneği işaretleyin. Burada yalnızca son bir aydaki belirtilerinizi öğrenmek istiyoruz, daha önce ya da geçmişte varolanları değil. Tüm soruları yanıtlamaya çalışmanız çok önemlidir. Yardımlarınız ve katkınız için içtenlikle teşekkür ederiz.

ÖLÇEĞİN GEÇERLİ OLABİLMESİ İÇİN TÜM MADDELERİN DOLDURULMASINA ÖZEN GÖSTERİNİZ

Copyright © 1991 David Mumford
Türkçe BSI-44 © 2015 Samet Köse & Kemal Sayar

Son bir ay boyunca ...	Yok	Geçen ay15 Gündendaha AZ var	Geçen ay15 Gündendaha ÇOK var
1. Şiddetli baş ağrılarınız oldu mu?	☐	☐	☐
2. Midenizde çarpıntı ya da hareket eden bir şey hissi oldu mu?	☐	☐	☐
3. Boyununuz ve omuzunuzda ağrı veya gerginlik hissettiniz mi?	☐	☐	☐
4. Cildinizde yanma ya da kaşıntı hissi oldu mu?	☐	☐	☐
5. Kafanız, dışarıdan sımsıkı bir şekilde bastırılmış gibi bir sıkışma hissi oldu mu?	☐	☐	☐
6. Göğsünüzde ya da kalbinizde sancı hissettiniz mi?	☐	☐	☐
7. Ağzınızda ya da boğazınızda kuruluk hissi oldu mu ?	☐	☐	☐
8. Gözlerinizin önünde karama ya da sislenme oldu mu?	☐	☐	☐
9. Midenizde yanma hissettiniz mi?	☐	☐	☐
10. Çoğu zaman enerji eksikliği (zayıflık) hissettiğiniz oldu mu?	☐	☐	☐
11. Başınızda sıcaklık ya da yanma hissi oldu mu?	☐	☐	☐
12. Çoğu kez terlediğiniz oldu mu?	☐	☐	☐
13. Göğsünüzde ya da kalbinizde basınç ya da gerginlik hissettiniz mi?	☐	☐	☐
14. Karnınızda ağrı ya da rahatsızlıktan muzdarip oldunuz mu?	☐	☐	☐
15. Boğazınızda boğulma hissi oldu mu?	☐	☐	☐
16. Ellerinizde ya da ayaklarınızda iğnelenme ya da uyuşma hissi oldu mu?	☐	☐	☐
17. Bedeninizin her yerinde ağrı hissettiniz mi?	☐	☐	☐
18. Bedeninizde sıcaklık hissettiğiniz oldu mu?	☐	☐	☐
19. Çarpıntılarınız (kalp çarpıntısı) farkna vardınız mı?	☐	☐	☐
20. Gözlerinizde ağrı ya da yanma hissettiniz mi?	☐	☐	☐
21. Hazımsızlık yaşadınız mı?	☐	☐	☐
22. Titreme ve sarsıntı hissettiniz mi?	☐	☐	☐
23. Daha sık idrara çıktığınız oldu mu?	☐	☐	☐
24. Belinizden sorunuz oldu mu?	☐	☐	☐
25. Karnınızda şişkinlik ya da kabarma hissi oldu mu?	☐	☐	☐
26. Başınızda ağırlık hissi oldu mu?	☐	☐	☐
27. Çalışmadığınız zamanlarda bile yorgunluk hissettiniz mi?	☐	☐	☐
28. Bacaklarınızda ağrı hissettiğiniz oldu mu?	☐	☐	☐
29. Midenizde rahatsızlık (bulantı) hissettiniz mi?	☐	☐	☐
30. Kafanızın içinde sanki patlayacakmışçasına bir basınç hissine kapıldınız mı?	☐	☐	☐
31. Dinlenirken bile solunum güçlüğünüz oldu mu?	☐	☐	☐
32. Bedeninizin her yerinde karncalanma (iğnelenme) hissettiniz mi?	☐	☐	☐
33. Kabızlıktan rahatsız oldunuz mu?	☐	☐	☐
34. Her zamankinden daha sık barsaklarınızı boşaltmak (tuvalete gitmek) istediğiniz oldu mu?	☐	☐	☐
35. Avuçlarınızda çok terleme oldu mu?	☐	☐	☐
36. Boğazınızda sanki bir yumru varmış gibi yutma güçlüğü yaşadınız mı?	☐	☐	☐
37. Baş dönmesi ya da sersemleme hissi oldu mu?	☐	☐	☐
38. Ağzınızda acı bir tat hissi oldu mu?	☐	☐	☐
39. Tüm bedeninizde ağırlık hissi oldu mu?	☐	☐	☐
40. İdrar yaparken yanma hissi oldu mu?	☐	☐	☐
41. Kulaklarınızda ya da kafanızın içinde bir uğultu işittiniz mi?	☐	☐	☐
42. Kalbinizde zayıflık ya da batma hissi oldu mu?	☐	☐	☐
43. Aşırı gaz ya da geçirme hissi oldu mu?	☐	☐	☐
44. Ellerinizde ya da ayaklarınızda soğukluk hissettiniz mi?	☐	☐	☐

Ek-4
BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin bulunduğu kutuya “X” işreti koyunuz. Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz.

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki kıl dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel gücüm					
8. İdrar – dışkı düzenim					
9. Kas kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
19. Duyularımın keskinliği					
20. Ağrıya dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin şekli					
25. Sindirim sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin şekli					
30. Cinsel gücüm					
31. Ayaklarım					
32. Uyku düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel faaliyetlerim					
36. Dizlerim					
37. Vücudumun duruş şekli					
38. Yüzümün şekli					
39. Kilom					
40. Cinsel organlarım					

DSM-5® BOZUKLUKLARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME

SCID-5-CV

KLİNİSYEN İÇİN

ÇEVİREN
Prof. Dr. Ertuğrul KÖROĞLU

Michael B. First, M.D.
Janet B.W. Williams, Ph.D.
Rhonda S. Karg, Ph.D.
Robert L. Spitzer, M.D.



BOYLAM
PSIKİYATRİ
ENSTİTÜSÜ





T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : 40465587-050.01.04-47
Konu : Etik Kurul

11.03.2020

Sayın Doç. Dr. Bülent BAHÇECİ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “**Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Beden Algısı ve Somatik Yakınmalar**” isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre **05.03.2020** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, **2020/34** karar numarası ile bilimsel ve etik yönden **uygun** bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Hüseyin Avni UYDU
Başkan

Tel : Fax :

Bilgi : BURAK HANKAYA

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Kodu : DC547461-A26C-4FBC-8737-1A331FDBE87B - <http://ehys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulan>



ORJİNALLIK RAPORU

%**8**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**7**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**2**

YAYINLAR

%**3**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%**2**

2

dspace.baskent.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<%**1**

3

toad.halileksi.net

İnternet Kaynağı

<%**1**

4

docplayer.biz.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

5

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**

6

docs.neu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%**1**