



T. C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ALEKSİTİMİ,
CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU VE ÇİFT UYUMUNUN
ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Tunahan SUN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ

ADANA-2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, tezimin her aşamasında büyük emeği geçen, değerli fikir ve eleştirilerini sunan, desteği ile önemli katkıları olan tez danışmanım Prof. Dr. Gonca KARAKUŞ başta olmak üzere, kendisini bizlere aileden biri gibi yakın hissettiren ve her zaman yanımda olan çok değerli hocam Prof. Dr. Lut TAMAM'a, uzmanlık eğitimim süresince tüm sorularımı sabırla dinleyen, yanıtlayan benden destek ve teşviklerini esirgemeyen, çalışma hayatımda olduğu gibi sosyal hayatımda da hiçbir karşılık beklemeden soru ve sorunlarımla ilgilenen, bilgi ve tecrübelerinden faydalanma fırsatına sahip olduğum için her zaman minnettar olacağım hocam Doç. Dr. Mehmet Emin DEMİRKOL'a, Prof. Dr. Feridun BÜLBÜL'e, Dr. Öğr. Üy. Soner ÇAKMAK'a, Dr. Öğr. Üy. Zeynep NAMLI'ya, Öğr. Gör. Dr. Mahmut Onur KARAYTUĞ'a, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri ve çalışanlarına, tüm çalışma arkadaşlarıma, servis ve poliklinik hemşire ve personeline, her zaman güvenlerini hissettiren ve desteklerini esirgemeyen anneme, babama, kardeşime ve son olarak da hayatımı daha anlamlı kılan, tez yazım süresi boyunca sabrını benden esirgemeyen kız arkadaşıma teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ	VI
ŞEKİL LİSTESİ	VIII
KISALTMA LİSTESİ	IX
ÖZET	XII
ABSTRACT	XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk	3
2.1.1 OKB'nin Tanımı	3
2.1.2 OKB'nin Tarihçesi	3
2.1.3 OKB'nin Epidemiyolojisi	4
2.1.4 OKB'nin Etiyolojisi	5
2.1.4.1. Genetik Faktörler	5
2.1.4.2. Nörobiyolojik Faktörler	5
2.1.4.2.1. Nöroanatomi	5
2.1.4.2.2. Nöroimmunoloji	6
2.1.4.2.3. Nörokimyasal	7
2.1.4.2.3.1. Serotonerjik Sistem	7
2.1.4.2.3.2. Nöradrenerjik Sistem	8
2.1.4.2.3.3. Dopaminerjik Sistem	8
2.1.4.2.3.4. Glutamaterjik Sistem	9
2.1.4.3. Psikolojik Faktörler	9
2.1.4.3.1. Psikoanalitik Kuram	9
2.1.4.3.2. Bilişsel Davranışçı Kuram	11
2.1.5 OKB'de Klinik Görünüm	12
2.1.6 OKB'de Semptomların Boyutları	13
2.1.6.1. Kirlenme/Bulaş Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları	14
2.1.6.2. Şüphe Obsesyonları ve Kontrol Kompulsiyonları	14
2.1.6.3. Simetri, sıralama, sayma düzenleme obsesyon ve kompulsiyonları	15

2.1.6.4.	Somatik Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar.....	15
2.1.6.5.	İstifleme Obsesyon ve Kompulsiyonları	16
2.1.6.6.	Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar	16
2.1.6.7.	Dini-Cinsel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar	16
2.1.6.8.	Diğer Obsesyonlar ve Kompulsiyonlar	17
2.1.7	OKB Tanı Ölçütleri	17
2.1.7.1.	DSM-5	17
2.1.7.2.	ICD-10.....	19
2.1.8	OKB’de Ayrıcı Tanı	19
2.1.9	OKB’de Klinik Seyir ve Prognoz	20
2.1.10	OKB’de Eş Tanı.....	21
2.1.11	OKB Tedavisi	23
2.1.11.1.	Farmakoterapi.....	23
2.1.11.2.	Bilişsel Davranışçı Terapi	25
2.1.11.3.	Diğer Biyolojik Tedavi Yaklaşımları	25
2.2	Aleksitimi.....	25
2.2.1	Aleksimi Kavramı, Tarihçesi, Etiyolojisi	25
2.2.2	Aleksitiminin Epidemiyolojisi.....	28
2.2.3	Aleksitimide Psikoanalitik, Davranışçı, Bilişsel, Sosyokültürel Kuramlar.....	28
2.2.4	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Aleksitimi	29
2.2.5	Aleksitimi ve Cinsel İşlev Bozuklukları.....	31
2.3	Cinsel İşlev Bozuklukları	32
2.3.1	Cinsellik	32
2.3.2	Santral Sinir Sistemi ve Cinsel İşlevler	33
2.3.3	Cinsel Yanıt Evreleri	33
2.3.3.1.	Uyarılma evresi	34
2.3.3.2.	Plato evresi	34
2.3.3.3.	Orgazm evresi.....	34
2.3.3.4.	Çözülme evresi (Rezolüsyon).....	35
2.3.4	Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflandırması	36
2.3.5	DSM-5 Cinsel İşlev Bozuklukları.....	38
2.3.5.1.	Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu.....	38
2.3.5.2.	Kadınlarda Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu	39

2.3.5.3.	Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu	40
2.3.5.4.	Kadında Orgazm Bozukluğu	41
2.3.5.5.	Erken Boşalma.....	42
2.3.5.6.	Geç Boşalma.....	44
2.3.5.8.	Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu	46
2.3.6	Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisi.....	48
2.3.7	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Cinsel İşlev Bozuklukları	50
2.3.8	OKB'de Farmakolojik Tedaviye Bağlı Cinsel İşlev Bozukluğu.....	52
2.4	Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Çift Uyumu.....	53
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	57
3.1	Verilerin Toplanması	57
3.2	Veri Toplama Araçları	58
3.2.1	Sosyodemografik Veri Formu	58
3.2.2	Obsesif Kompulsif Bozukluk Veri Formu.....	58
3.2.3	Cinsel İşlevler Veri Formu	59
3.2.4	Kullanılan Ölçekler.....	59
3.2.4.1.	DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV).....	59
3.2.4.2.	Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi	60
3.2.4.3.	Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)	60
3.2.4.4.	Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ).....	61
3.2.4.5.	Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ)	61
3.3	İstatistiksel Ölçümler	62
4.	BULGULAR	63
4.1	Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı.....	63
4.2	OKB Tanılı Hastalarda Klinik Özellikler	66
4.3	Hasta ve Kontrol Grubunda Cinsel İşlevler Veri Formu ile Cinsel İşlevlerin Değerlendirilmesi.....	67
4.4	Hasta ve Kontrol Grubunda Ölçek Puanları ve İlişkili Veriler	70
4.5	Hasta ve Kontrol Grubunda Ölçekler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	88
5.	TARTIŞMA.....	92
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	108
	KAYNAKLAR	111

EKLER	129
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	129
EK-2 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VERİ FORMU	130
EK-3 CİNSEL İŞLEVLER VERİ FORMU	131
EK-4 YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (YBOKÖ) VE BELİRTİ KONTROL LİSTESİ	132
EK-5 TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ	137
EK-6 ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ	138
EK-7 ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ	140
EK-8 HASTA GRUBU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	141
EK-9 KONTROL GRUBU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	142

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. DSM-5 OKB Tanı Kriterleri.....	18
Tablo 2. ICD-10 OKB Tanı Kriterleri	19
Tablo 3.OKB’de Olumlu ve Olumsuz Prognoz Göstergeleri	21
Tablo 4.Taylor ve ark. Tanımladığı Aleksitimi Bileşenleri	27
Tablo 5. SSS ve Cinsel İşlevler	33
Tablo 6. Cinsel İşlev Bozuklukları DSM-5 APA Sınıflandırma Sistemi	37
Tablo 7. Cinsel işlev bozuklukları ICD-10 Sınıflandırması.....	37
Tablo 8. DSM-5 Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu Tanı Ölçütleri	38
Tablo 9. DSM-5 Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu Tanı Ölçütleri	40
Tablo 10. DSM-5 Erkeklerde Sertleşme Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	41
Tablo 11. DSM-5 Kadında Orgazm Bozukluğu Tanı Ölçütleri	42
Tablo 12. DSM-5 Erken Boşalma Tanı Ölçütleri.....	43
Tablo 13. DSM-5 Geç Boşalma Tanı Ölçütleri.....	44
Tablo 14. DSM-5 Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/ İçerme Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	46
Tablo 15. DSM-5 Maddelerin/ilacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu Tanı Ölçütleri	47
Tablo 16.Cinsel İşlev Bozukluğuna Yol Açabilecek İlaçlar.....	48
Tablo 17. Cinsel İşlev Bozukluğuna Neden Olan Hastalıklar ve Tıbbi Durumlar	50
Tablo 18. Sosyodemografik değişkenlerin hasta ve kontrol gruplarında dağılımı-1	65
Tablo 19. Sosyodemografik değişkenlerin hasta ve kontrol gruplarında dağılımı-2	65
Tablo 20. Klinik özelliklerin hasta grubundaki dağılımı.....	67
Tablo 21. Cinsel işlevler veri formu ile cinsel işlevlerin hasta ve kontrol grubunda karşılaştırılması	69
Tablo 22. Cinsel işlevler veri formu ile ilaç sonrası başlayan cinsel işlev bozukluğu türlerinin hasta grubunda belirlenmesi.....	70
Tablo 23. Hasta grubunda YBOKÖ puanları	70
Tablo 24. Hasta grubunda YBOKÖ semptom kontrol listesine göre obsesif semptomların dağılımı	71

Tablo 25. Hasta grubunda YBOKÖ semptom kontrol listesine göre kompulsif semptomların dağılımı	72
Tablo 26. TAÖ-20 toplam puanlarının hasta ve kontrol grubunda karşılaştırılması.....	72
Tablo 27. Aleksitimi varlığının hasta ve kontrol grubunda karşılaştırılması.....	73
Tablo 28. Aleksitimik olan ve olmayan OKB hastalarının psikometrik inceleme puanlarının karşılaştırılması.....	74
Tablo 29. Hasta grubunda aleksitiminin obsesif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması	75
Tablo 30. ACYÖ toplam ve alt ölçek puanlarının OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması.....	76
Tablo 31.ACYÖ toplam ve alt ölçek puanlarının kadın OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması.....	77
Tablo 32.ACYÖ toplam ve alt ölçek puanlarının erkek OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması.....	78
Tablo 33.CİB varlığının OKB tanı hastalar ve kontrol grubunda cinsiyetlere göre karşılaştırılması	79
Tablo 34.OKB hastalarında sosyodemografik özellikler, YBOKÖ puanları ve 11-18.maddelerin CİB varlığına göre karşılaştırılması	80
Tablo 35.Hasta grubunda CİB'nin obsesif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması	82
Tablo 36. Hasta grubunda CİB'nin kompulsif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması	83
Tablo 37.ÇUÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması.....	84
Tablo 38. Hasta grubunda ÇUÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının aleksitimik olan ve olmayan katılımcılarda karşılaştırılması.....	85
Tablo 39.Hasta grubunda TAÖ-20 ve ÇUÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının CİB olan ve olmayanlar katılımcılarda karşılaştırılması	86
Tablo 40.Hasta grubunda çift uyumunun obsesif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması	87
Tablo 41.Hasta grubunda çift uyumunun kompulsif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması	88
Tablo 42.Hasta grubunda YBOKÖ-O, YBOKÖ-K, YBOKÖ-T, ACYÖ-T, TAÖ-20, ÇUÖ-T ölçekleri korelasyonu	89
Tablo 43.Kontrol grubunda YBOKÖ-O, YBOKÖ-K, YBOKÖ-T, ACYÖ-T, TAÖ-20, ÇUÖ-T ölçekleri korelasyonu	90
Tablo 44.Hasta grubunda YBOKÖ-O, YBOKÖ-K, YBOKÖ-T ölçeklerinin ÇUÖ ve alt ölçekleri ile korelasyonu	91
Tablo 45.Hasta grubunda TAÖ-20 ölçeğinin ÇUÖ ve alt ölçekleri ile korelasyonu	91

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü.....	36
Şekil 2. Kadınlarda cinsel yanıt döngüsü.....	36



KISALTMA LİSTESİ

5-HIAA	: 5 Hidroksi İndol Asetik Asit
5-HT	: 5 Hidroksitriptamin
ACYÖ	: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
AKB	: Alkol Kullanım Bozukluğu
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDNF	:Beyinden Köken Alan Nörotrofik Faktör (Brain-Derived Neurotrophic Factor)
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BPB	: Bipolar Bozukluk
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
CİB	: Cinsel İşlev Bozukluğu
COMT	: Katekol-o-Metil Transferaz
ÇUÖ	: Çift Uyum Ölçeği
ÇUÖ-EAFB	: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Fikir Birliği Alt Ölçeği
ÇUÖ-EAT	: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Tatmin Alt Ölçeği
ÇUÖ-Dİ	: Çift Uyum Ölçeği Duygusal İfade Alt Ölçeği
ÇUÖ-EAB	: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Bağlılık Alt Ölçeği
ÇUÖ-T	: Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı
DBU	: Derin Beyin Uyarımı
DDD	: Duygudurum Düzenleyici
DEK	: Düşünce Eylem Kaynaşması
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSM-I	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, İlk Baskı)
DSM-II	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, İkinci Baskı)

DSM-III	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Üçüncü Baskı)
DSM-III-R	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Üçüncü Baskı)
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı)
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı)
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTG	: Difüzyon Tensör Görüntüleme
ED	: Eretil Disfonksiyon
EKT	: Elektrokonvulsif Terapi
FMRG	: İşlevsel Manyetik Rezonans Görüntüleme
HVA	: Homovanilik Asit
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
ICD-10	: International Classification of Disease-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10)
MDB	: Major Depresif Bozukluk
MKB	: Madde Kullanım Bozukluğu
MRS	: Manyetik Rezonans Spektroskopisi
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PANDAS	: Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections)
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
SCID-5-CV	: DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonu
SERT	: Serotonin Taşıyıcısı

SK	: Sydenham Koresi
SPECT	: Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi
SSGİ	: Seçisi Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SSS	: Santral Sinir Sistemi
TAÖ-20	: Toronto Aleksitimi Ölçeği
Vb.	: Ve Benzeri
YBOKÖ	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu



ÖZET

Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aleksitimi, Cinsel İşlev Bozukluğu ve Çift Uyumunun Araştırılması

Amaç: Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı hastalarda aleksitimik özelliklerin değerlendirilip, cinsel işlev bozukluğu (CİB) ve çift uyumu ile ilişkisinin ortaya çıkarılması, OKB hastaları ve kontrol grubunun aleksitimi, cinsel işlevler ve çift uyumları açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği Obsesif Kompulsif Bozukluk Birimi'nde yürütülmüştür. Çalışmaya evli veya cinsel partneri olan 72 OKB hastası ile hastalar ile benzer sosyodemografik özellikler gösteren, ruhsal hastalık öyküsü bulunmayan, evli veya cinsel partneri olan 82 kişiden oluşan sağlıklı gönüllü kontrol grubu dahil edildi. Katılımcılara tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formu, obsesif kompulsif bozukluk veri formu ve cinsel işlevler veri formuna ek olarak, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda OKB hastalarının % 59,8'i aleksitimik olarak bulunmuştur. OKB hastalarının TAÖ-20 toplam puan ortalamaları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Aleksitimik olan OKB hastalarının ACYÖ toplam puan ortalamaları, aleksitimik olmayan OKB hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Aleksitimik olan OKB hastalarının ÇUÖ toplam puanı ($p<0,001$) ve alt ölçek puan ortalamaları ($p=0,01$; $p=0,001$; $p=0,002$; $p=0,01$), aleksitimik olmayan OKB hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Hasta grubunda TAÖ-20 toplam puanı ile ACYÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki ($p=0,002$) ve TAÖ-20 toplam puanı ile ÇUÖ toplam puanı ($p=0,004$) ve alt ölçek puanları ($p=0,038$; $p=0,001$; $p=0,026$; $p=0,032$) arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. OKB hastalarının % 65,3'ünde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. OKB hastası kadınlarda en sık orgazm bozukluğu (% 48,8), OKB hastası erkeklerde en sık cinsel istek azlığı (% 30,3) saptanmıştır. ACYÖ toplam puanları her iki cinsiyette de ($p<0,001$) OKB hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek belirlenmiştir. ÇUÖ toplam puanı ve alt ölçek puan medyanları OKB hastalarında kontrol grubuna göre düşük saptanmıştır ($p<0,001$). Çalışmamızda OKB semptom türleri ile aleksitimi düzeyi ($p>0,05$), cinsel işlev bozukluğu ($p>0,05$) ve çift uyumu ($p>0,05$) arasında ilişki saptanamamıştır.

Sonuç: Çalışmamızın sonucuna göre OKB hastalarında daha yüksek aleksitimi düzeyleri, daha kötü cinsel işlevsellik ve daha düşük çift uyumu saptanmıştır. OKB hastalarında aleksitimi varlığı daha kötü cinsel işlevsellik ve daha düşük çift uyumu ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca OKB hastalarında aleksitimi düzeyleri arttıkça, cinsel işlevlerdeki bozulmanın arttığı ve çift uyumunun azaldığı görülmüştür. OKB hastalarında aleksitimik özelliklerin varlığının sorgulanıp, uygun tedavi yöntemlerinin sağlanması, hastaların ailevi (sosyal) işlevselliklerinin artmasına olanak sağlayabilir. Geniş örneklem

gruplarında ya da farklı hastalıklarda bu ilişkilerin araştırılması konunun aydınlatılmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Aleksitimi, Cinsel İşlev Bozukluğu, Çift Uyumu, Obsesif Kompulsif Bozukluk



ABSTRACT

Investigation of Alexithymia, Sexual Dysfunction and Dyadic Adjustment in Obsessive Compulsive Disorder

Objective: It was aimed to evaluate alexithymic characteristics in patients with Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and to reveal their relationship with sexual dysfunction (SD) and dyadic adjustment, and to compare OCD patients and control groups in terms of alexithymia, sexual functions and dyadic adjustment.

Materials and Methods: Our study was carried out in Çukurova University Faculty of Medicine Balcalı Hospital, Department of Psychiatry Outpatient Clinic, Obsessive Compulsive Disorder Unit. A healthy volunteer control group consisting of 72 OCD patients who were married or had sexual partners and 82 people with similar sociodemographic characteristics, no history of mental illness, and married or sexual partners were included in the study. In addition to the sociodemographic data form, obsessive-compulsive disorder data form, and sexual functions data form created by us, the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), Arizona Sexual Experience Scale (ASEX), Dyadic Adjustment Scale (DAS) was applied.

Results: In our study, 59,8 % of OCD patients were found to be alexithymic. TAS-20 total score averages of OCD patients were found to be significantly higher than the control group ($p<0,001$). The mean ASEX total score in alexithymic OCD patients was found to be higher than in non-alexithymic OCD patients ($p<0,001$). The DAS total score ($p<0,001$) and subscale mean score ($p=0,01$; $p=0,001$; $p=0,002$; $p=0,01$) were found to be higher in alexithymic OCD patients than in non-alexithymic OCD patients. In the patient group, there was a positive correlation between TAS-20 total score and ASEX total score ($p=0,002$), and TAS-20 total score and DAS total score ($p=0,004$) and subscale scores ($p=0,038$; $p=0,001$; $p=0,026$; $p=0,032$), a negative relationship was found between them. Sexual Dysfunction was detected in 65,3 % of OCD patients. Orgasmic disorder (48,8 %) was the most common in women with OCD, and decreased sexual desire (30,3 %) was the most common in men with OCD. ASEX total scores were found to be higher in OCD patients compared to the control group in both genders ($p<0,001$). DAS total score and subscale score medians were found to be lower in OCD patients compared to the control group ($p<0,001$). In our study, no relationship was found between OCD symptom types and alexithymia level ($p>0,05$), sexual dysfunction ($p>0,05$) and dyadic adjustment ($p>0,05$).

Conclusion: According to the results of our study, higher alexithymia levels, worse sexual functionality and lower dyadic adjustment were found in OCD patients. The presence of alexithymia in OCD patients was associated with worse sexual functioning and lower dyadic adjustment. In addition, it was observed that as alexithymia levels increased in OCD patients, the deterioration in sexual functions increased and dyadic harmony decreased. Questioning the existence of alexithymic characteristics in OCD patients and providing appropriate treatment methods may allow patients to increase their

familial (social) functionality. Investigating these relationships in large sample groups or in different diseases will contribute to the clarification of the subject.

Keywords: Alexithymia, Sexual Dysfunction, Dyadic Adjustment, Obsessive Compulsive Disorder



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), istenmeyen ve zorlayıcı düşünce, dürtü ve düşlemlerle giden yineleyici, törensel davranışların ya da zihinsel eylemlerin eşlik ettiği çoğu zaman kronik bazen de epizodik seyirle karakterize yaygın görülen ruhsal bir bozukluktur. Olguların alıştığı düzenini, çalışma hayatındaki işlevlerini, sosyal hayatı ve ilişkilerini ciddi derece etkileyip fonksiyon kaybına yol açabilir.¹ DSM IV-TR'de "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında iken DSM-5'te ise "OKB ve İlişkili Bozukluklar" bölümünde ayrı bir başlık olarak düzenlenmiştir.^{2,3} OKB'nin yaşam boyu prevalansı % 1,1 ile % 3,5⁴ arasında değişmektedir ve sıklıkla önemli komorbidite ve yeti yitimi ile ilişkilidir.⁵ OKB'li bireylerin % 59'unda hastalık, bilişsel davranışçı terapi, farmakolojik tedavi veya bunların kombinasyonunu aldıktan sonra nüks edebilmektedir.⁶

Aleksitimi, kişinin duygularını tanımlayamaması, ifade edememesi olarak tanımlanır. Başkalarının yüz ifadelerini tanımlama, empati ve duyguların regüle edilmesi ile ilgili yeteneklerdeki eksikliklerle karakterizedir.⁷ Başka bir deyişle, aleksitimi sadece bireyin kendi duygularını tanımlamasını ve ifade etmesini engellemekle kalmaz, aynı zamanda onları başkalarında tanımasını ve duyguları günlük yaşama uyarlayarak kullanmasını da engeller⁸. Şu an için DSM-5'te bir bozukluk olarak yer almamaktadır.³ Genel popülasyonda aleksitimi prevalansı yaklaşık %10 civarındadır ve erkekler kadınlardan daha çok etkilenmiştir.⁹ Ayrıca, psikiyatrik hastaların % 45,7'sinde şiddetli aleksitimi bulunması, psikiyatrik bozuklukların gelişmesinde ve/veya devamında olası bir rolü olduğunu düşündürmektedir.¹⁰ Aleksitiminin OKB ile ilişkisini araştıran çalışmalar da mevcuttur ancak bu çalışmalar literatürde sınırlı sayıda yer almaktadır.

Cinsellik, yaşam kalitesinin ve refahın göstergelerinden biridir.¹¹ Yapılan çalışmalar, cinsel aktivitenin hem erkekler hem de kadınlar için genel refahı önemli ölçüde etkilediği görüşünü desteklemektedir.¹²⁻¹⁴ Cinsel işlev bozukluğu (CİB), cinsel istekte ve her iki cinsiyette cinsel yanıt döngüsü ile ilişkili psikofizyolojik değişikliklerdeki bozukluklarla karakterizedir.¹⁵ CİB normal popülasyonda da yaygın olarak görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde CİB prevalansının kadınlar için % 43, erkekler için % 31 olduğu ortaya konulmuştur.¹⁶ Yapılan araştırmalardan elde edilen bazı kanıtlar, obsesif kompulsif semptomlar ve OKB

tanısının daha kötü cinsel işlev, daha yüksek CİB prevalansı ve daha düşük cinsel tatmin ile ilişkili olduğunu göstermiştir.^{17,18} Özellikle de bazı OKB semptomları ile cinsel işlevsellik arasında anlamlı bir ilişki olma olasılığına rağmen, literatürde OKB'de cinsellik konusuyla ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. OKB'de yer alan bilişsel önyargılardan bazıları cinsel doyum ve işlevselliği etkileyebilir. Ayrıca, bulaş obsesyonları gibi belirli semptomlar cinsel performansı bozabilir.¹⁹ OKB hastalarında cinsel işlev bozuklukları, her ne kadar bozukluğun kendisine ya da kullanılan ilaçlara atfedilse de aslında multifaktöriyeldir ve farklı bakış açılarıyla araştırılması gerekmektedir.²⁰ Daha fazla cinsel işlev ve cinsel doyum, kişinin OKB'ye rağmen daha iyi yaşamasına yardımcı olabilir.²¹ Hastalar ve klinisyenler tarafından yeterince önemsenmeyen bir konu olan CİB; yaşam kalitesini, hastalığın prognozunu, tedavi uyumunu ve çift uyumunu etkilemesi nedeniyle önem taşımaktadır.

Literatürde OKB hastalarında yüksek aleksitimi seviyelerini gösteren çalışmaların olması, cinsel/dini obsesyonların aleksitimi ile pozitif ilişkisini gösteren çalışmaların olması, hem OKB'nin hem de aleksitiminin CİB ve çift uyumuyla alakalı problemlere yol açabileceğini gösteren çalışmaların olmasından yola çıkarak; OKB hastalığının daha yüksek aleksitimi seviyeleri ile ilişkili olabileceği, OKB hastalarında aleksitimi varlığının CİB ile ilişkili olabileceği ve çift uyumunu olumsuz yönde etkileyebileceği varsayımımız üzerine planladığımız bu çalışmada, OKB hastalarında aleksitimik özelliklerin değerlendirilip, CİB ve çift uyumu ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1 OKB'nin Tanımı

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon (takıntı) ve kompülsiyonlardan (zorlantı) biri ya da her ikisinin beraber seyrettiği, hastada belirgin sıkıntıya ve vakit kaybına yol açabilen, hastanın rutin günlük işlerinde, mesleki ya da eğitimle alakalı işlevselliğinde, sosyal etkinlikler ve ilişkilerinde ciddi boyutlarda bozulmaya yol açabilen bir bozukluktur.²² Obsesyon, kendiliğinden meydana gelen, tekrarlayıcı, huzursuzluk oluşturan, bireyin mantıksız ve yanlış olduğunu bildiği düşünce, dürtü ya da düşlemlerdir.²³ Kompulsiyon ise, bir obsesyonun yarattığı huzursuzluğu, anksiyeteyi engellemek, birtakım korkulan hadise ve durumların ortaya çıkmasını engellemek için yapılan yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemlerdir.²²

Obsesyonlar, OKB'li olgular tarafından çoğu zaman “saplantı, vesvese” gibi sözcüklerle adlandırılmaktadır.²⁴ Genel kanının aksine bazı olgular, obsesyonları saçma ya da anlamsız bulmazlar.²⁵ Kompulsiyonlar, obsesyonların meydana getirdiği anksiyeteyi azaltmak için uygulansa da yineleyici ve törensel olması, ciddi zaman ve çaba gerektirmesi nedeniyle kendileri kaygı belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bireyin kompulsiyonlara engel olmaya çalışması da kaygıyı arttırabilmektedir.²⁶ Çocuklar, obsesyonlarını bilmekte veya ifade etmekte güçlük yaşayabilir. Fakat erişkinlerin büyük bir kısmı gerek obsesyonu gerekse de kompulsiyonu tanıyabilir.²⁷

2.1.2 OKB'nin Tarihçesi

OKB semptomları insanlık tarihi kadar eskidir. Eski dini yazıtlarda obsesyon ve kompulsiyonları andıran örnekler görülmektedir. Dinsel ve büyüsel ritüellerin kaynağında OKB'ye benzer işleyişlerin olduğu görülmektedir.²⁸ Shakespeare, 17.asırda ünlü eserindeki Lady Macbeth kimliğinde suçluluk duygusuyla alakalı obsesyon ve el yıkama kompulsiyonlarına özgün bir örnek vermiştir. Machbeth eşini öldürmesinin

ardından yaşadığı suçluluk hislerini devamlı olarak ellerini yıkayarak bastırmaya uğraşmış, pis ellere sahip olduğu fikrini aklından çıkaramamıştır.²⁹ OKB psikiyatrik kaynaklarda ilk defa 1838 yılında Jean Etienne Dominique Esquirol tarafından depresyonun bir parçası olarak tanımlanmıştır.³⁰ Obsesyon kelimesini ilk olarak Morel tarafından 1866 senesinde kullanmıştır.²⁹ Pierre Janet, fobi, obsesyon ve kompulsiyonlardan oluşan tabloya ‘psikasteni’ adını vermiştir. Freud, ruhsal neden ve psikodinamik düzenekleri birbirinden ayrı şeyler olarak görerek, obsesif kompulsif nevrozu fobik nevrozla farklı rahatsızlıklar olarak incelemiştir.³¹ Obsesif kompulsif semptomlar ilk kez 1952 senesinde DSM-I ile kısaca tanımlanırken, form, kapsam ve zaman olarak geniş bir tasvirde bulunulmamıştır.³² Obsesif kompulsif yaşantıların günümüze en yakın tanımlaması ilk kez 1980 yılında yayınlanan DSM-III’te yapılmıştır. Bu baskı ile OKB yapılandırılmış sınıflamalara girmiştir.³³ DSM-III ile DSM-IV TR arasındaki temel farklılık ise kompulsiyonların kavramsallaştırılmasıdır. DSM-III’te kompulsiyonlar yalnızca davranış olarak ele alınırken DSM-IV’te kompulsiyonların hem davranış hem de zihinsel eylemler şeklinde olabileceği belirtilmiştir.³⁴ Devamında DSM-IV ve DSM-IV-TR’de “Obsesif Kompulsif Bozukluk” terimi ‘Anksiyete Bozuklukları’ başlığı altında sınıflandırılmıştır.² OKB, 2013 yılında yayımlanan DSM-5’te ise, OKB ve İlişkili Bozukluklar başlığı ile Anksiyete Bozukluklarından ayrılmış ve yeni bir grupta sınıflandırılmıştır.³

2.1.3 OKB’nin Epidemiyolojisi

OKB, ruhsal bozukluklar arasında en sık saptanan dördüncü bozukluk olarak bildirilmiştir.³⁵ OKB’nin yaşam boyu prevalansı % 2-3’tür ve genel popülasyonda eşit cinsiyet dağılımı mevcuttur.²¹ Erişkinlerde her iki cinsiyet açısından etkilenme oranları benzerlik göstermektedir ancak ergenlerde, erkeklerin kızlardan daha çok etkilendiği belirtilmiştir. Erkeklerde hastalığın ortaya çıkış yaşı kadınlara oranla biraz daha erken saptansa da, çoğu zaman ortalama ortaya çıkış yaşı 20’dir.³⁶ Beyin hasarıyla ilişkili organik sebepler neticesinde nadiren de olsa 50 yaşından sonra ortaya çıkabilir.³⁷ OKB bazı olgularda iki yaşında ortaya çıkabilecek kadar erken başlangıçlı saptanabilir.³⁸ Amerika Birleşik Devletleri’ndeki erişkinlerde bir senelik OKB prevalansı % 1,2, yaşam boyu OKB prevalansı ise % 2,3 olarak saptanmıştır.³⁹ Türkiye’de yapılan bir çalışmada OKB’nin on iki aylık prevalansı % 3 olarak saptanmıştır.⁴⁰ “Türkiye Ruh Sağlığı Profili”

araştırmasına göre OKB'nin on iki aylık yaygınlığı % 0,5 olarak tespit edilmiş, kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü belirlenmiştir.⁴¹

2.1.4 OKB'nin Etiyolojisi

2.1.4.1. Genetik Faktörler

OKB ile ilgili genetik çalışmalar; aile ve ikiz çalışmalarını, segregasyon çalışmalarını, bağlantı (linkage) ve moleküler genetik araştırmaları içermektedir. Bir çalışmada OKB hastası çocukların birinci derece yakınlarında % 20-25 oranında OKB tanısının bulunduğu ve erken yaşta başlayan OKB nin ailesel yüklülükle bağlantısının daha çok olabileceği bildirilmiştir.⁴² Yapılan bir diğer çalışmada kontrol grubuna göre karşılaştırıldığında OKB hastalarının birinci derece akrabalarında daha sık OKB tanısı olduğu ve obsesyonların kompulsiyonlara göre daha çok geçiş gösterdiği saptanmıştır.⁴³ İkiz çalışmalarından saptanan sonuçlara göre, monozigot ikizlerde, dizigot ikizlere oranla eş hastalanma sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir.²⁶ Erken başlangıçlı OKB'de büyük ölçüde ailesel kalıtımın bulunduğu, OKB alt tiplerinin büyük ölçüde kalıtsal yüklülük (kromozom 7,8,13) bulundurduğu düşünülmektedir.

Serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerle ilgili uzun süredir bilinen klinik kanıtları moleküler genetik düzeyde destekleyen sonuçlar saptanmıştır.⁴⁴ 17. kromozom üzerindeki serotonin taşıyıcısı (SLC6A4) ile, 5HT1B, 5-HT1Db, 5HT2A ve 5HT2B reseptörlerini kodlayan genlerin de OKB ile ilişkili olabileceğini destekleyen ve desteklemeyen bulgular saptanmıştır. Dopamin D4 reseptörünü kodlayan gen (DRD4) ile dopamin transporter geni polimorfizmleri ile ilgili çalışmalar da mevcuttur. μ opioid reseptör geni, katekol-O-metil transferaz (COMT) ve monoamin oksidaz A (MAO-A) genleri ile alakalı son yapılan çalışmalarda önceki pozitif bulgulara karşın negatif bulgular saptanmıştır.⁴⁵

2.1.4.2. Nörobiyolojik Faktörler

2.1.4.2.1. Nöroanatomi

Nörolojik kökene dayalı ilk OKB tanımı, Constantin von Economo'nun ciddi influenza enfeksiyonları ardından bazal gangliyonlarda hasar oluşan olgulardaki, postensefalitik Parkinson Hastalığı ile ilgili çalışmasından ortaya çıkmaktadır. Economo

bu olgularda kompulsif nitelikte motor tikleri ve ritüele benzeyen davranışları vurgulamıştır. OKB’de bazal gangliyonların zarar görmesi nedeniyle kompulsiyon tarzı davranışların meydana gelmesi; Tourette Sendromu, Sydenham Koresi, Huntington Hastalığı gibi striatal etkilenme ile giden hastalıklarda OKB belirtilerinin saptanması, bu alanlardaki bir sorunun etiyojide yer alabileceğini sonucunu ortaya çıkarmıştır.⁴⁶⁴⁷ OKB olgularında singulotomi ve stereotaksik lökotomi (frontal korteks ile bazal ganglionlar arasındaki bağlantıların ayrılması) gibi cerrahi tekniklerin belirtilerde belirgin iyileşmelere yol açması, OKB patogeneğinde frontostriatal yolağa olan ilgiyi arttırmaktadır. Manyetik rezonans (MR) görüntüleme çalışmalarında OKB olgularında, sağlıklı kontrollere göre, sol superior temporal girus, sol orbitofrontal korteks, sol inferior parietal korteks, bilateral hipotalamus ve sol talamus gri cevherde volüm artışı, serebellum ve küneusda ise gri cevher volümünde azalma saptanmıştır.⁴⁸ Diğer bir çalışmada, OKB olgularında, sağ kaudat nükleusta volüm artışı ve kaudat nükleus asimetrisinin kaybolduğu saptanmıştır.⁴⁹ Pediatrik OKB hastalarında yapılan bir diğer çalışmada ise, kontrol grubuna oranla tedavi öncesi talamus volümünde yükselme olduğu; tedavi sonrası talamus volümünde düşüş saptandığı ve bu düşüşün semptomlardaki iyileşme ile korele olduğu saptanmıştır.⁵⁰ Tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) ve pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmalarında orbitofrontal korteks ve anterior singulat kortekslerde aktivite arttığı gösterilmiştir.⁵¹ Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) ve PET çalışmalarında ise anterior singulat korteks, orbitofrontal korteks ve kaudat çekirdekte aktivite artışı saptanmıştır.⁵²

2.1.4.2.2. Nöroimmunoloji

İmmün mekanizmaların obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olabileceğini akla getiren bazı çalışmalar mevcuttur. OKB hastalarında natural killer (NK) hücre etkinliği ve CD4 + lenfositlerin azalması, CD8 + lenfositlerin artışı saptanmıştır.⁵³ Bunun yanı sıra, IL-1 β seviyelerinde düşme bildirilmiştir.⁵⁴ Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık (PANDAS), 1998 yılında Swedo ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. PANDAS’ın A Grubu Beta Hemolitik Streptokok Enfeksiyonu takiben ortaya çıkan antistreptokokal antikorların bazal ganglionlarla çapraz reaksiyon oluşturarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.⁵⁵ PANDAS, puberte öncesi çocuklarda görülen, OKB semptomlarının ani başladığı, duygulanımda labilite, dikkat problemleri, tikler ve hareket bozukluklarının görüldüğü otoimmün bir hastalıktır.⁵⁶

Ayrıca streptokok enfeksiyonu ile OKB arasında pozitif korelasyon olduğu düşünülmektedir. A Grubu Beta Hemolitik Streptokok Enfeksiyonu romatizmal ateşe yol açabilir. Yaklaşık % 10-30 olguda sydenham koresi ortaya çıkabilir ve OKB semptomları saptanabilir.³⁸ Bilhassa çocukluk çağında başlayan ve tik bozuklarıyla beraber seyreden OKB türlerinde otoimmunitenin rolünün olabileceği vurgulanmıştır.⁵⁷

2.1.4.2.3. Nörokimyasal

2.1.4.2.3.1. Serotonerjik Sistem

SGİ'lerin OKB semptomlarını geriletmesi ile ilgili ilaç gözlemlerinden yola çıkılarak, OKB'de serotonerjik sistemin etkinliğine dair ilk bilgiler elde edilmiştir. Serotonerjik ajanlar OKB tedavisinde etkin bulunurken, benzer bulgular nöradrenerjik ajanlarla saptanamamıştır.⁵⁸ OKB'de görülen obsesif ve kompulsif semptomların ortaya çıkmasında serotonin disregülasyonunun rol aldığı hipotezini araştırmak için birçok klinik ilaç çalışması yapılmıştır. Mevcut kanıtlar serotonerjik ilaçların başka nörotransmitter (NT) mekanizmalar üzerinden etki gösteren ilaçlara kıyasla OKB tedavisinde daha etkin olduğunu kanıtlamaktadır. Ancak serotoninin OKB'ye yol açıp açmadığı hususu net değildir. Bir çalışmada beyin omurilik sıvısı (BOS) 5-Hidroksi İndol Asetik Asit (5-HIAA) düzeyinin klomipramin tedavisi sonrası düştüğünün gösterilmesi, etiyolojide serotonerjik sistemi öne çıkarmaktadır.⁵⁹ Klomipramin ile sadece norepinefrin re-uptake inhibisyonu yapan desipraminin kıyaslandığı bir araştırmada, desipraminin plasebodan farkının olmaması, obsesyonları tedavi edici etki için serotonerjik aktivitenin zorunluluğunu düşündürmüştür.⁶⁰

Yapılan araştırmalarda 5-HT1A, 5HT1D ve 5-HT2C reseptörlerinin OKB ile bağlantılı olabileceği bildirilmiştir. Fakat 5HT1A reseptörleri üzerindeki araştırmalardan istenen sonuçlar saptanamamıştır. Bu reseptörünün OKB etiyolojisindeki payının sınırlı olduğu kanaatine varılmıştır.⁶¹ Yapılan hayvan çalışmalarında 5-HT2C reseptörleri yok edilmiş farelerde kompulsif eylemlerin meydana geldiği gözlenmiştir.⁶² Yine 5-HT1D reseptörünün çeşitli mekanizmalarla obsesif kompulsif semptomları düzenlediği düşünülmektedir.⁵⁸

2.1.4.2.3.2. Nöradrenerjik Sistem

OKB’de nöroadrenerjik sistemin işlev bozukluğu ile ilgili veriler sınırlı sayıdadır. Pre-sinaptik uçlardan nöradrenalin salgılanımını düşüren klonidin ile obsesif kompulsif semptomlarda kısmi düzelme olduğu saptanmıştır.³⁸

2.1.4.2.3.3. Dopaminerjik Sistem

OKB’de dopaminin etkinliğiyle ilgili bulgular çoğunlukla hayvan deneylerinden saptanmıştır. Bu hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar sonucu sağ prefrontal korteks ve nükleus akumbente dopamin seviyelerinin yükseldiği bildirilmiştir.⁶³ Bazı olgularda klomipramin farmakoterapisi öncesi ve sonrasındaki beyin omurilik sıvısındaki homovanilik asit (HVA) seviyelerinin benzerlik gösterdiği saptanmıştır.^{59,64} Farmakoterapi almayan OKB olguları ve kontrol grubunun kıyaslandığı bir diğer araştırmada ise gruplar arasında anlamlı bir ayrım saptanmamıştır.⁶⁵ Bir diğer çalışmada ise OKB olgularında fenfluramin tedavisi ardından plazma HVA seviyelerinde anlamlı oranda azalma saptanmıştır.⁶⁶

Dopamin bazal ganglionların normal fizyolojik süreçlerinde kayda değer bir görev üstlenmektedir. Bazal ganglion ile ilgili bozukluklarda OKB semptomlarının görülmesi patogeneze dopaminin görev aldığını düşündürmektedir.⁶⁷ Tedaviye yanıt vermeyen OKB olgularında tedavinin, etkinliğini dopamin blokajı üzerinden gösteren antipsikotik ilaçlarla kombine edilmesi sonrasında elde edilen pozitif sonuçlar dopaminin OKB patogenezindeki işlevini ispatlar niteliktedir. Ancak tedaviye sekonder OKB semptomlarının ortaya çıktığı olgular da mevcuttur. Antipsikotik ilaçların monoterapi olarak uygulanması tedavide etkin bulunmamıştır.⁶⁸

DEHB’si olan olgularda amfetamin tedavisi sonrası kompulsiyonu andıran hareketlerin meydana gelmesi OKB’de dopaminin etiyolojideki rolünü ispatlar niteliktedir.⁶⁹ Ancak amfetamin ve metilfenidat ile yapılan bazı çalışmalarda ise bu ajanların OKB semptomlarını azalttığı görülmüştür. Ayrıca bu ajanların serotonerjik ve nöradrenerjik etkilerinin de olması sonuçlar değerlendirilirken göz önüne alınması gereken hususlardandır.⁷⁰

2.1.4.2.3.4. Glutamaterjik Sistem

Glutamat, beynin temel uyarıcı nörotransmitteridir ve OKB patogeneğinde görev aldığı düşünülmektedir.⁷¹ Yapılan çalışmalarda BOS glutamat düzeyleri kıyaslanmış ve OKB olgularında glutamat düzeyinin belirgin olarak yükseldiği tespit edilmiştir. Diğer bir çalışmada ise glisin düzeyleri de glutamatla beraber incelenmiş olup her ikisinin düzeyinin de OKB’li olgularda yüksek olduğu saptanmıştır.⁷² Manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) bulgularında striatumdaki glutamat seviyesinin yükseldiği ve serotonerjik ajanlarla glutamat seviyelerinin normalleştiği gözlenmiştir.⁴⁸ BOS glutamat seviyelerinin yüksek bulunması, OKB olgularında artmış glutamaterjik aktivite olduğunun çok güçlü bir ispatıdır.⁷³ OKB etiolojisinde kortiko-striato-talamo-kortikal devrelerde glutamaterjik sinaptik işlev bozukluğunun yer aldığına dair bulgular saptanmıştır.⁷⁴ MK-801 olarak da bilinen dizosilpin N-Metil-D-aspartat (NMDA) reseptörünün non-kompetitif bir antagonistidir. Dizosilpin dolaylı yoldan glutamat artışına neden olarak perseveratif davranışların çoğalmasına ve “limbik nöbet benzeri” stereotipik hareketlere yol açmaktadır. Ayrıca AMPA tipi glutamat blokörü olan NBQX [2,3-dihydroxy-6-nitro-7-sulphamoyl-benzo(F)quinoxaline] hayvan deneylerinde OKB’yi andıran belirtilere veya onların dizosilpin ile alevlenmesine yol açmaz.⁷⁴ Glutamat üzerinden etki gösteren ilaçların tedavide fayda sağladığını bildiren olgu sunumlarının olması da OKB patogeneğinde glutamatın pay sahibi olduğu fikrini doğrulamaktadır.⁷⁵ Bir çalışmada Glutamaterjik N-Metil D-Aspartat reseptör geni olan GRIN2B ile OKB arasında bir bağlantı bulunabileceği saptanmıştır.⁷⁶ Bir diğer çalışmada ise glutamaterjik kainat reseptörleri GRIK2 ve GRIK3 ile OKB arasında bağlantı bulunmadığı saptanmıştır.⁷⁷

2.1.4.3. Psikolojik Faktörler

2.1.4.3.1. Psikoanalitik Kuram

Klasik psikoanalitik kurama göre, OKB “obsesif kompulsif nöroz” olarak isimlendirilir. Gelişim dönemlerinden ödipal dönemden anal psikoseksüel döneme gerileme(regresyon) olarak tanımlanır. Bireyin saplanmış olduğu obje veya doyum şekillerine geri dönülmesi olarak tarif edilen “gerileme” (regresyon) obsesif nörozun oluşumunda pay sahibi olan temel mekanizmadır. OKB tanılı olgular bilinçaltı dürtülerine karşı bir tepki hissederse veya kendiler için mühim olan bir objeye duyulan

sevginin yitirilmesi hakkında endişe ve tehdit hissederse, ödipal dönemden gerilemeye başlar ve anal dönem ile alakalı şiddetli ambivalan emosyonel döneme regrese olur. Ambivalans (çiftedeğerlilik), olağan çocukluk evrelerinden anal sadistik gelişimsel evrenin mühim bir özelliğidir. Çocuklar aynı nesneye karşı, sevgi ve öldürücü bir nefret duygusunu aynı zamanda yaşayabilir. OKB tanılı olgular da çoğunlukla aynı nesneye karşı sevgi ve nefret duygularını beraber besler. Aynı bireye hem nefret hem sevgi duyulması eyleme geçme evresinde hastayı tereddüt ve kararsızlık içinde bırakarak hareketsiz kılar.³⁸

Freud'un tanımladığı klasik psikoanalitik kurama göre, kişinin saldırgan ve cinsel dürtülerle baş etmede kullandığı anal dönem için karakteristik üç savunma mekanizması mevcuttur: Yapma-bozma, reaksiyon formasyon, yalıtma. OKB olgularında semptomların türünün belirlenmesinde bu savunma mekanizmaları da etkilidir.

Kompulsif davranışların dürtü kontrolünü ve kaygının önlenmesini hedefleyen yapma bozma mekanizmasının bir neticesi olduğu bildirilmektedir. Bu mekanizmada bir davranış ikinci davranışla bozulmakta, bu şekilde sanki davranış hiç yapılmamış gibi düşünülmektedir. Freud yapma bozma davranışıyla birbirine karşıt iki dürtünün sırayla doyuma ulaştığını söylemiştir. Yineleme kompulsiyonları da bu mekanizmanın bir örneğidir. Sonuç olarak yapma-bozma mekanizması ile kişiye korku veren obsesif düşünce veya dürtülerden gerçekçi olmayan bir şekilde beklenen tehlike, engellenmeye veya bozulmaya çalışılır.

Yalıtma bastırma mekanizmasının görevini yerine getirmekte güçlük çektiği zamanlarda onun yerine geçici bir görev görür. Yalıtma mekanizması ile birey kendisine sıkıntı veren düşünceyi zihninden uzaklaştıramadığında, duygusal bileşeni düşünceden ayırmış ve bilinç dışına sürüklemiş olur. Freud, düşüncelerin kendisiyle beraber olan duygulardan izole edilmesini obsesif nörozlar için tipik bir mekanizma olarak tanımlamıştır.

Obsesif nörozlarda yararlanılan bir diğer mekanizma ise karşıt tepki oluşturmaktır. Freud'a göre karşıt tepki oluşturma, dürtüsel bir tehlike tehditi karşısında yeni savunma düzenekleri oluşturmak yerine, tehlike devamlı olarak sürüyormuş gibi ona karşı tedbirli olunan bir tavır kabul eder. Bu mekanizma kişilik yapısında bir kez oluşunca süreklilik sağlar. Ambivalansa bağlı olarak birbirine zıt iki duygudan biri abartılarak şiddeti

artarken, diğeri bastırılarak yok olmaktadır. Ortadan kaybolan duygu bilinçdışı olarak varlığını devam ettirir. Örneğin nefretin yerine aşk, pislikten keyif duymanın yerine temizliğe merak geçmiştir. Dürtüsel olarak pis ve düzensiz olma arzularına tepki gösteren bu bireylerin, temizliğe ve tertipli olmaya olan yatkınlıkları özellikle ilgi çekicidir.⁵⁷

Psikodinamik kurama göre bastırılmış bilinçdışı dürtüler, obsesif kompulsif semptomlara yol açar. Bastırılan bu dürtülerin ortaya çıkardığı kaygıya bağlı olarak, ödipal dönemden şiddetli ambivalan hislerin yaşandığı anal döneme gerileme olur.⁷⁸

2.1.4.3.2. Bilişsel Davranışçı Kuram

Davranışçı kuramın temeli öğrenmeye dayanır. OKB’de davranışçı modellerin temelini “Mowrer’in İki Faktörlü Öğrenme” teorisi oluşturur. Bu teori OKB’nin ortaya çıkışında ve sürekliliğinde önemli bir rol üstlenmektedir ve fobilere olduğu kadar OKB’ye de uygulanabilmektedir. Bu kurama göre birinci aşamada nötral düşünce veya objelerin kaygı meydana getirme yeteneği bulunan uyaranlarla koşullanmasıyla obsesyonlar (koşullu uyaran) meydana gelmektedir. Sonraki aşamada ise OKB belirtileri tamamlanır. Kaygıya yol açan obsesyonel düşünceler kaygıyı yok etmek için kaçınma davranışlarına (kompulsif eylemler) yol açar. Kaygıların gerilemesi de bu davranışların pekişmesine yol açar. Başka bir deyişle obsesyonlar kaygıya yol açan koşullu yanıtlar, kompulsiyonlar ise kaygının ortaya çıkmasını engellemek için öğrenilmiş ve kaygı düzeyinin düşmesiyle de pekiştirilmiş eylemler olarak ele alınır.⁶¹ Bu modelin geçerliliğini sınamak amaçlı yapılan bir dizi araştırmada, araştırmacılar modeli OKB hastalarına uyarlamışlardır.⁷⁹ Sonuç olarak obsesyonların meydana gelmesinin artmış kaygı ve sıkıntıyla ilgili olduğunu, OKB’li olguların ritüellerini yapmalarına müsaade edilirse kaygı ve sıkıntının azaldığını, ritüeller ertelendiğinde ise kaygı ve sıkıntının belirli bir zaman içerisinde azaldığını tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar “maruz bırakma ve yanıt önleme” olarak BDT uygulamasının temel prensibini oluşturur.

Bilişsel davranışçı kurama göre ise OKB’de görülen klinik obsesyonların insanların büyük kısmında saptanan normal zorlayıcı düşüncelerden içerik olarak çok da farklı olmadığı saptanmıştır. Normal zorlayıcı düşünceler toplumun % 90’ında saptanmıştır. Normal zorlayıcı düşünceler ve klinik obsesyonların temel fark ise OKB olgularının bu düşüncelerin zarara ya da zararın engellenmesine yol açacak bir işaret olarak yanlış şekilde yorumlamasıdır.⁸⁰

Rachman obsesif belirti geliştirmeye yatkın kişilerde dűřüncelerini eylemle eřit görmesine göndermede bulunarak, “dűřünce-eylem kaynaşması (DEK)” olarak ifade etmiştir. DEK, hastanın obsesif dűřüncesini ve yasaklanmış davranışını ahlaki açıdan aynı olarak gördüğü (yani bir řeyi dűřünmekle uygulamayı ahlaki açıdan aynı gördüğü) ya da obsesif dűřüncenin korkulan olayın olma olasılığını yükselttiğine inanması olarak tanımlanır.^{80,81}

OKB için ortaya konulan diğer bilişsel modeller, Rachman’ın “Anlamanın Yanlış Yorumlanması Kuramı” ve Salkovskis’in “Abartılı Sorumluluk Modeli”dir.⁸²

2.1.5 OKB’de Klinik Görünüm

OKB belirtiler açısından çeşitlilik gösterebilmektedir. DSM-5 OKB tanısı koymak için obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin de bulunması gerektiğini vurgulamıştır. Buna göre sadece obsesyon ya da kompulsiyondan bir tanesinin olması tanı koymak için yeterlidir. Tanı almış olguların çoğunda (% 75) obsesyonlar ve kompulsiyonlar birlikte seyretmektedir. Bunun dışında kompulsiyonların bulunmadığı yalnızca obsesyon ya da yalnızca kompulsiyonlarla giden süreçler de mevcuttur.^{83,84} Birden çok obsesyon (% 33-60) ve birden çok kompulsiyon hastaların büyük bir çoğunluğunda birlikte mevcuttur.^{85,86} Kompulsiyonların bulunmadığı “saf obsesyonlar” nadir görülür ve çoğunlukla cinsellik, saldırganlık ve vücut temalarını kapsamaktadır. Saf kompulsiyonlar da aynı şekilde seyrek olarak görölmektedir ve genellikle çocukluk evresindeki OKB olgularında saptanmaktadır.⁵⁷ Bu konuyla alakalı yapılan bir çalışmada “saf obsesyonların” mümkün olmadığı ve bununla alakalı zihinsel kompulsiyonların değerlendirmeye alınmadığı, olguların bazı semptomlarını aklına getiremediği veya ifade edemediği iddia edilmiştir.⁸⁷ Yine başka bir çalışmada hastalığın başlangıç evresinde belirgin kompulsif ritüellerin bulunmayacağı, ileri evre ve hastalığın şiddetinin arttığı olgularda yalnızca kompulsiyonların öne çıkacağı ve kompulsiyonların obsesyonlar bulursa da bulunmasa da bozukluğun tek unsuru olarak görünebileceği iddia edilmiştir.⁸⁸

Lee ve Kwon obsesyonları kendi içinde ikiye ayırmıştır. Olgunun obsesyon hakkında bahsetmekten sıkıntı duyduğu, oluşması için daha az uyarana gereksinim duyduğu, tekrarlayıcı ve rahatsız edici özelliği öne çıkan obsesyonlar, otojen obsesyon olarak adlandırılır. Cinsel ve dini obsesyonlar, saldırganlık obsesyonları bu obsesyonlara

girer. Daha çok uyaranla meydana gelen, kişinin daha az mantıksız bulduğu, daha nadir saklama gereksinimi hissedilen, bireyi daha az rahatsız eden obsesyonlar ise reaktif (tepkiyel) obsesyonlar olarak adlandırılır. Biriktirme, düzen, şüphe, bulaş obsesyonları bu tür içerisinde yer alır.^{89,90}

Kompulsiyonlar ise obsesyonlara cevap olarak ya da belirli kurallara göre bireyin gerçekleştirme mecburiyetinde hissettiği, obsesyonların yol açtığı sıkıntıyı gidermek amacıyla ortaya çıkan, obsesyonlarla uyumlu, tekrarlayıcı törensel davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. Örneğin bulaş obsesyonu yıkama, temizleme kompulsiyonları ile, şüphe obsesyonu kontrol etme kompulsiyonu ile beraber sık görülür. Kompulsiyonlar, başta obsesyonların yol açtığı rahatsızlık hissini geriletse de ilerleyen süreçte obsesyonların tekrar etmesine yol açarak hastalığın şiddetlenmesine ve tekrarlayan şekilde uygulanmasına mecbur hissetme duygusu sonucu zamanla kompulsiyonların kendisi rahatsız edici olmaktadır.⁵⁷

Obsesyon veya kompulsiyonlar ego-distonic (benliğe yabancı)dır. Obsesyon ve kompulsiyonlar ne kadar engellenemez olursa olsun OKB’li olgular çoğunlukla onları mantık dışı ve saçma bulur. OKB’li olgular çoğunlukla obsesyonlara ve kompulsiyonlara karşı koyma arzusu duyarlar. Ancak tüm olguların % 80 kadarı obsesyonları mantık dışı bulmasına rağmen, olguların yaklaşık % 50’si kompulsiyonlara bir miktar karşı koymaya çalışır.³⁸

2.1.6 OKB’de Semptomların Boyutları

Obsesyon veya kompulsiyonlar erişkinlerde, çocuk ve ergenlerde heterojen bir klinik tablo sergiler. Semptom boyutlarıyla alakalı yapılan çalışmaların sonuçları birbirleriyle benzer doğrultudadır. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) semptom listesine göre yapılan araştırmalarda 3-6 arasında semptom kümesi saptanmıştır. Bunlar:

- 1.Bulaş obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları
- 2.Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar
- 3.Dini-Cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar

4.Simetri, sıralama, sayma, düzenleme obsesyon ve kompulsiyonları

5.İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları

6.Diğer obsesyon ve kompulsiyonlar^{91,92}

Ülkemizde bu konuda çok merkezli yapılan 351 olgu içeren kapsamlı bir çalışmada olguların % 75'inde bulaş, % 67,8'inde simetri ve düzen, % 44,4'ünde saldırganlık, % 26,8'inde dini, % 22,8'inde biriktirme, % 17,4'ünde somatik, % 16,2'sinde cinsel, % 34,2'sinde diğer obsesif kompulsif belirtiler saptanmıştır.⁹³

Yetişkin OKB olgularının en çok tanımladığı obsesyonlar, görülme sıklığına göre; bulaş (% 37,8), şüphe (% 23,6), düzen ya da simetri (% 10), beden veya fiziksel belirtiler (% 7,2), dini (% 5,9) ve cinsel (% 5,5) obsesyonlardır. En çok görülen kompulsiyonlar ise kontrol etme (% 28,8), yıkama (% 26,5), yineleyen eylemler (% 11,1), düzenleme (% 5,9) kompulsiyonlarıdır.

2.1.6.1. Kirlenme/Bulaş Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları

En yaygın görülen obsesyon türü bulaş obsesyonlarıdır. Virüs, bakteri, mikrop gibi mikroorganizmalar, ev ortamında kullanılan eşyalar, çöp, radyasyon, toksin, tükrük, balgam, gaita, ter, kan, idrar, meni gibi bedensel atık ve sekresyonlar, hayvan, böcek, tüy, toz, yağlı ya da yapışkan cisimlerin bulaşması ya da bulaşma ihtimali üzerine obsesyonlar olabilir. Korkulan bu nesnelerden çoğu zaman korunmak zordur. Bu obsesyonlara yanıt olarak yıkama ritüelleri, yıkanma, tuvalet rutinleri, eşyaların ya da başka cansız objelerin tekrarlayıcı olarak temizlenmesi tarzında kompulsiyonlar ortaya çıkabilir. Hastalar cilde zarar verecek şekilde el yıkayabilir veya mikrop bulaşma korkusundan evin dışına çıkamayabilir. Kapı koluna ve paraya dokunmaktan, insanlarla el sıkışmaktan kaçınabilir. Bu obsesyona sahip olgular çoğu zaman bulaşmanın insandan insana veya nesneden nesneye çok az bir temasla olabileceğine inanır.^{38,93}

2.1.6.2.Şüphe Obsesyonları ve Kontrol Kompulsiyonları

İkinci en yaygın görülen obsesyonlardır. Bir eylemin yapılıp yapılmadığından emin olamama hali olarak tanımlanır. Şüphe obsesyonları çoğu zaman tehlike arz eden durumları gösterdiğinden, bunlara yanıt olarak kontrol etme kompulsiyonları gelişir. Obsesyonlar genellikle kapı, ocak, elektrik, musluk, ütü, cam, kapı, pencere, soba vb.

nesneleri kapatıp kapatmadıkları hususunda şüpheye düşerler. Kontrol etme kompulsiyonu ise örneğin bu nesnelerden birini kontrol etmek amacıyla tekrar tekrar eve dönme şeklinde görülebilir. Bu olguların yapacağı bir şeyi unutma ya da yaptığı şey ile alakalı suçluluk hissine kapılma gibi obsesyonel kuşkuları saptanabilmektedir.^{38,57}

2.1.6.3.Simetri, sıralama, sayma düzenleme obsesyon ve kompulsiyonları

Simetri ve düzen obsesyonuna sahip kimseler yapılan işlerin mükemmel, net, sıra ile, belirli bir sayıda olması, eşyaların veya objelerin simetrik ya da doğru olarak sıralanması veya hazırlanması ihtiyacı, bir şeyler okurken, yazı yazarken, hesaplama yaparken, form doldururken, konuşma yaparken hata yapıp yapmadığı hususunda emin olmak isteme ile alakalı obsesyonlar olarak karşımıza çıkarlar. Bunlarla alakalı kompulsiyonlar ise sıralama ve düzenleme, eşitleme-hizaya sokma, dokunma, çizgilere basmadan ve düzgünce yürüme, tekrarlayan okuma-yazma, belirli bir sıra ve sayıda giyinip soyunma, hazırlanma gibi rutin aktiviteleri tekrarlama, her çeşit nesneyi sayma veya zihinsel ritüeller şeklinde olabilir. Diğer obsesyon türlerinden farklı olarak ego-distonik değildir. Bu olguların istedikleri düzen oluşmadığında, bunaltı yerine hoşnutsuzluk görülür.⁹³

2.1.6.4.Somatik Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

Kanser, HIV gibi yaşamı tehdit eden mortal bir rahatsızlığa yakalandığına dair düşünceler veya vücut görünümüyle alakalı yoğun uğraşlar ile kendini gösteren somatik obsesyonlarda ise kişi sürekli sağlık kuruluşlarına müracaat eder veya bedeninde problem olup olmadığını denetler⁹⁴. Vücuduyla ilgili uğraşlar, çoğu zaman güncel rahatsızlıklarla alakalıdır. Çoğu zaman denetleme ve güvence arama davranışlarıyla birlikte görülür.⁹⁵

Bu obsesyon türünde bazen belirtiler hastalık anksiyetesi bozukluğu (hipokondriasis) ile karışabilir. OKB hastaları bu düşüncelerin saçma olduğunu bilirler, içgörülerini daha iyidir. OKB’de bir hastalığın bulaşma veya zarar verme ihtimalinden çok, bulaşmış veya zararının gerçekleşmiş olması ihtimali hakkında daha çok kaygı duyulur. Hipokondriyak olguların içgörülerini daha kötüdür. Bu olgular tedaviden çok açıklama arayışına girerler. Psikiyatrik problemlerinin varlığını kabul etmekte güçlük yaşarlar.

Ayrıca bazı olgularda, bedensel semptom yerine şizofreni gibi ciddi bir ruhsal hastalığının bulunduğu dair obsesyonlar da görülebilir.⁹³

2.1.6.5.İstifleme Obsesyon ve Kompulsiyonları

Maddi veya manevi bir öneme sahip olmayan nesne ve eşyaların saklanıp biriktirildiği durum istifçilik (biriktirme) olarak adlandırılır. Kişiler gerçek değerine veya fonksiyonuna bakmaksızın nesneleri veya eşyaları elden çıkarmakta zorluk çeker. Kullanım özelliği olmayan ürünleri satın alıp, biriktirebilir. Daha önce OKB kapsamında değerlendirilen istifleme, DSM-5'te, tedavi yanıtının daha kötü olması, içgörü düzeyinin daha az olması ve başlangıç yaşının daha geç olması gibi özelliklerinden dolayı OKB ve İlişkili Bozukluklar çatısı altında ayrı bir grup olarak sınıflandırılmıştır.⁹³

2.1.6.6.Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar

Saldırganlık obsesyonları birtakım eylemler ya da eylemsizlik sebebiyle kendisine veya başkalarına zararı dokunma ve bu zararı engellemek adına yapılan kontrol davranışlarını ve kelimeleri tekrar etme, sayı sayma ve dua etme gibi zihinsel ritüelleri içermektedir. İstemli veya istemsiz bir şekilde kendisine, tanıdıklarına veya başkalarına zararı dokunabileceği, korkunç bir şeyin meydana gelmesinden mesul olabileceği, müstehcen, hakaret içerikli kelimeleri ağzından kaçırabileceği, saldırgan tavırlar gösterebileceği veya illegal bir eylemde bulunabileceği hakkında obsesyonlar olabilir. Bu sebeple bu obsesyona sahip kişiler zarar vermek amacıyla kullanabileceği bıçak, makas gibi sivri, kesici ve delici nesneleri bulundurmamak istemez. Zarar vereceğini veya kendisinin zarar göreceğini düşündüğü kişilerle veya sevdiği kişilerle yalnız kalmamaya çalışır. İstenmeyen zararlı olayın olup olmadığından emin olmak ve bu ihtimali önlemek amacıyla yapılan kontrol eylemleri, korkulan olayın olma ihtimali hakkında kompulsif araştırmalar, olmayan bir zarardan ötürü ilgili kişiden devamlı bağış veya helallik dileme, zararlı sonucu nötralize etmek amacıyla güvenli ritüeller veya uğurlu sayıları akla getirme, dua etme, aklına belirli şekilleri getirme şeklinde mental eylemler şeklinde kompulsiyonlar olabilir. Saldırganlık obsesyonu bulanan olguların çoğunda cinsel içerikli obsesyonlar da görülmektedir.^{24,93}

2.1.6.7.Dini-Cinsel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

Tarihsel olarak değerlendirildiğinde tanımlanmış en eski obsesyon çeşidi dini obsesyonlardır. Bu obsesyonlar tanrıya, dini değerlere, dini yerlere ve kişilere karşı saygısızlık ya da küfür şeklinde olabilir. Bireyin inanışına zıt olan belli şeyleri söyleme

ve uygulama korkusu hakkında olabilir. Özellikle dini mekanlarda ve dini ritüeller esnasında bu obsesyonlar daha sık yaşanabilir. Bu obsesyona sahip bireylerde ahlaken doğru/yanlış kavramlarına ilişkin aşırı bir anksiyete olabilir. Dini ibadetlerin yanlış ve yetersiz yapıldığı düşüncelerinden dolayı bu ibadetler defalarca kez yinelenebilir. Dua etme, tövbe etme gibi kompulsiyonlar dini obsesyonlara yanıt olarak gelişebilir.^{93,96} Türk toplumunda batı toplumlarına göre daha yaygın oranda görülür.⁹⁷

Cinsel obsesyonlar ise enstest ilişki, homoseksüellik, çocuklar hakkında cinsellik gibi cinsel temaları barındıran, bireyin utanç kaynağı ve kabul edilemez olarak tanımladığı obsesyonlardır. Bu obsesyonlar bireyin kendisinde bulunmasından dolayı aşırı rahatsızlık duyduğu, üzerine konuşmak istemediği, ahlaki değerlerine ters obsesyonlardır. Hastalar bu düşünceleri zihninden atamadıkça günah işlediği ve bu düşünceleri eyleme dökme olasılığını arttırdığı şeklinde düşüncelere sahip olabilir. Hatta eylemi uygulamış kadar olduğunu düşünebilir. Bu tür obsesyonlara çoğunlukla yıkanma veya kontrol kompulsiyonları eşlik edebileceği gibi kompulsiyonsuz da olabilir.^{93,98}

2.1.6.8.Diğer Obsesyonlar ve Kompulsiyonlar

Diğer hiçbir grup altında sınıflandırılmayan semptomlardır. Bu sınıfta batıl inançlar, uğurlu ya da uğursuz sayılar, müzik veya şiddet içerikli olmayan görüntüler, özel anlam ifade eden renkler ya da bazı şeyleri bilme veya hatırlama zorunluluğu gibi obsesyonlar bulunabilir.⁹³ Diğer kompulsiyonlar ise bireyin kendisini belirli cisimlere dokunmak mecburiyetinde hissettiği dokunma kompulsiyonları, mental ritüeller, törensi davranışlar şeklinde olabilir.

2.1.7 OKB Tanı Ölçütleri

2.1.7.1.DSM-5

DSM-5'e göre tanı kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir.³

Tablo 1. DSM-5 OKB Tanı Kriterleri

A. Obsesyonların, kompulsiyonların veya her ikisinin birlikte olması: B. Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır: (1). Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu bireyde belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya yol açan, tekrarlayıcı ve devamlı düşünceler, dürtü ya da düşlemler. (2). Birey bu düşüncelere, dürtü ya da düşlemlere etmemeye ya da bunları baskılamaya uğraşır veya bunları başka bir düşünce ya da eylemle nötralize etme (bir kompulsiyon uygulayarak) girişimlerinde bulunur. Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır: (1) Bireyin obsesyonuna tepki olarak veya katı bir şekilde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği tekrarlayan davranışlar (örneğin; el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örneğin; dua etme, sayı sayma, bazı sözcükleri sessiz bir şekilde söyleyip durma). (2). Davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınmak için yapılır; fakat bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, nötralize edeceği ya da korunulacağı planlanan durumlarla gerçekçi bir şekilde bağlantılı değildir ya da açıkça aşırı düzeydedir. Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını söyleyemeyebilir. B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin vaktini alır (örneğin günde 1 saatten fazla vaktini alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye sebep olur. C. OKB semptomları, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) veya başka bir tıbbi durumun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz. D. Bu bozukluk, başka bir psikiyatrik bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi aşırı endişeler; beden dismorfik bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle meşgul olma; istifleme bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkarmakta veya onlarla ilişkisini kesmekte zorlanma; trikotillomanide (saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saç yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma, basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluğunda olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel dürtüler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; majör depresyon bozukluklarında olduğu gibi suçlulukla ilgili ruminatif düşünceler, şizofreni spektrumu ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm spektrumu bozukluklarda olduğu gibi tekrarlayan davranış örüntüleri).
--

2.1.7.2.ICD-10

ICD-10' a göre OKB tanı kriterleri Tablo 2'de gösterilmiştir.⁹⁹

Tablo 2. ICD-10 OKB Tanı Kriterleri

OKB semptomları, en az iki hafta (üst üste 2 hafta) süre ile günlerin çoğunda mevcut olmalı, huzursuzluk verici ve gündelik aktiviteleri engelleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonlar aşağıda belirtilen nitelikleri barındırmalıdır: A. Bunlar, bireyin fikir veya dürtüleri olarak değerlendirilir. B. Birey, bu fikir veya davranışlardan en az birine karşı, direnç göstermesi gerekmektedir. Kişinin artık direnç gösteremediği başka düşünceler veya davranışlar mevcut olabilir. C. Bu davranışı yerine getirme fikri keyif verici olmamalıdır (sadece gerginlik ya da kaygının giderilmesi söz konusudur). D. Fikirler, dürtüler ve düşümler, rahatsız edici şekilde yineleyici olmalıdır. ICD-10' da OKB ile ilgili alt başlıklar aşağıdaki gibidir: F42.0 Obsesyonel fikirler veya kurmaların (ruminasyonların) ağırlıkta olduğu tür F42.1 Kompulsif hareketlerin (obsesyonel ritüellerin) ağırlıkta olduğu tür F42.2 Obsesyonel fikirlerin ve eylemlerin beraber bulunduğu karışık tür F42.8 Diğer OKB'ler F42.9 OKB, tanımlanmamış.

2.1.8 OKB'de Ayrıcı Tanı

Günümüzde kabul gören anlayışa göre OKB bir bazal ganglion patolojisi. Bu görüş Sydenham Koresi ve Huntington Koresi gibi bazal ganglion patolojileri ile seyreden hastalıklar ile OKB arasındaki benzerliğin saptanması ile oluşmuştur. Tedavi amaçlı başvuran OKB tanılı olgularda kimi bazal ganglion bozukluklarını da göz ardı etmemek gerekir. OKB'nin çoğu zaman 30 yaşından önce ortaya çıktığı hatırlanmalı ve ileri yaşta başlayan OKB olgularında, hastalığın nörolojik kökenli olup olmadığına dair incelemeler yapılmalıdır.

Hem OKB hem Tourette Bozukluğu saptanan olgularda ve akrabalarında çoğu zaman süreçte iki hastalık beraber seyredebileceğinden dolayı bu hastalıklar birbiriyle bağlantılıdır. Tourette bozukluğu saptanan olguların %90'a yakınında kompulsif

semptomlar tespit edilmiş ve bu olguların yaklaşık üçte ikisi OKB tanı kriterlerini karşılamıştır.

OKB diğer psikiyatrik bozuklar içerisinde de karşımıza çıkabilir. OKB tanısı konulurken diğer patolojiler ekarte edilmelidir. OKB ayrıntıcılık, mükemmeliyetçilik ile seyreden obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) ile yüzeysel bir benzerlik taşımaktadır. Obsesyon ve kompulsiyon ile alakalı belirtilerin gerçekten tespit edildiği durum yalnızca OKB'dir ve diğer şartlar basitçe ekarte edilebilir.

Depresif bozukluk ve OKB çoğu zaman eş tanıli olarak görülebilir. Depresyon çoğu zaman obsesif düşünceler ile alakalıdır. Bazen bu düşünceler OKB'ye özgü olan gerçek obsesyonları andırabilir. Depresif bozuklukta saptanan ruminatif düşünceler çoğu zaman duygudurum ile uyumludur ve OKB'ye kıyasla daha az girici ve sıkıntı vericidir. Bu ruminatif düşüncelere yalnızca depresyon varlığında rastlanabilirken, OKB'ye eşlik eden depresyonda depresyonun gerilediği evrede de devam eder.

Psikotik bozukluğun özellikle başlangıç evresinde OKB'yi andıran semptomlar olabilir. Psikotik bozukluktaki obsesif kompulsif belirtiler sıklıkla bizar ve kalıplaşmış yinelemeler şeklindedir. Anksiyete daha nadir eşlik eder, içgörü daha zayıftır ve duygulanım donuktur. Ayrıca psikotik bozukluk olguları OKB'nin diğer karakteristik özelliklerine uymayan belirtilere sahiptir.

Bunlar dışında anksiyete bozukluğu, beden algı bozukluğu ve trikotillomani de OKB'nin ayırıcı tanısında yer almaktadır.^{28,38}

2.1.9 OKB'de Klinik Seyir ve Prognoz

OKB'de semptomlar çoğu zaman yavaş başlamakta, semptomların klinik olarak anlamlı hale gelmesi yıllar sürmektedir. OKB'li olguların % 50-70'lik kısmında semptomlar, cinsel bir sorun, gebelik ya da sevdiği bir akrabasının kaybı gibi stresli yaşam olayı akabinde ortaya çıkmaktadır. Çoğu birey semptomlarını saklamayı başardığından, psikiyatrik açıdan dikkat çekmesi yaklaşık 5-10 yılı bulmaktadır. OKB'de zaman içerisinde obsesyonların ve kompulsiyonların şiddet ve türünde değişimler olabilmektedir. OKB'li olguların % 20-30'unda semptomlarda belirgin iyileşme saptanırken, % 40-50 kadarında orta düzeyli iyileşme gözlenir. Kalan % 20-40'lık kısmın

semptomları aynı kalır ya da daha da kötüleşme saptanır.^{38,100} OKB semptomları ciddi bir sıkıntı kaynağı olmasına ilaveten, ciddi derecede zaman kaybına yol açabilmekte ve kişinin işlevselliğinde belirgin bozulmalara sebep olabilmektedir. OKB'li olguların yaklaşık % 15'inde zaman içinde mesleki ve toplumsal işlevselliğindeki bozulmanın kötüleştiği bildirilmiştir.¹⁰¹ Stres faktörüyle ilişkili hastalığın şiddetinde artış görülebilir. Çoğu zaman semptomların alevlenip söndüğü kronik bir gidiş mevcuttur.¹⁰² Gidişi olumlu ve olumsuz yönde etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Obsesyonların içeriği ile prognoz arasında ilişki saptanmamıştır. Prognoz göstergeleri Tablo 3'te gösterilmiştir.³⁸

Tablo 3.OKB'de Olumlu ve Olumsuz Prognoz Göstergeleri

Olumlu Gidiş Özellikleri	Olumsuz Gidiş Özellikleri
- Sosyal ve mesleki düzenin iyi olması - Semptomları başlatıcı bir durumun varlığı - Semptomların dönemsel karakterde olması	- Kompulsiyonlara direnme yerine uyum gösterme - Çocukluk çağında başlangıç - Bizar kompulsiyon varlığı - Hospitalizasyon ihtiyacı - Depresif Bozukluğun eşlik etmesi - Sanrısız inançların varlığı - Yüklü düşüncelerin varlığı (yani obsesyon ve kompulsiyonların biraz kabulü) - Kişilik bozukluğu (özellikle şizotipal kişilik bozukluğu) mevcudiyeti

2.1.10 OKB'de Eş Tanı

OKB'ye çoğu zaman başka psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. OKB'li olguların 2/3'ünde eşlik eden başka bir ruhsal bozukluk saptanmıştır. Prognoza ve sağaltıma etki edebileceğinden eşlik eden ruhsal bozuklukların varlığı önem arz etmektedir. Eşlik eden en yaygın ruhsal bozukluklar sırası ile anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları (DDB), dürtü kontrol bozuklukları, madde kullanım bozukluklarıdır (MKB).¹⁰³ OKB, genellikle eşlik eden anksiyete bozukluklarından daha ileri bir yaşta ortaya çıkar. OKB, tanıya eşlik eden DDB ile benzer zamanda ortaya

çıkabileceği gibi, DDB ortaya çıkmadan veya çıktıktan sonra da başlayabilir. Buna rağmen eş tanıli madde kullanım bozukları ve dürtü kontrol bozukluklarının büyük bir kısmı OKB'den daha önce ortaya çıkabilir. Ayrıca birtakım bulgular OKB'li olgularda primer tıbbi bozuklukların eş tanısının arttığını ispat etmektedir.¹⁰⁴

OKB'li olgularının % 40-60'ında yaşam boyu başka bir anksiyete bozukluğu eşlik ettiği bildirilmiştir.¹⁰⁵ Yapılan bir diğer çalışmada OKB tanıli olgularla sırası ile en çok özgül fobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve panik bozukluğun birlikte seyrettiği saptanmıştır.¹⁰⁶

Yapılan çalışmalarda hastalarda % 30-43 oranında Major Depresif Bozukluk (MDB) eş tanısı görüldüğü bildirilmiştir.¹⁰⁰ Bir diğer çalışmada ise OKB'li olguların % 31.7'sinde hayat boyu MDB ortaya çıktığı saptanmıştır.¹⁰⁷ Depresif semptomların birçoğu OKB'den sonra ortaya çıkar. OKB'ye eşlik eden MDB olması obsesif kompulsif semptomların devamlılığı, hastalığın derecesi, işlevsellikte azalma ve kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir.¹⁰⁸ Yapılan çalışmalarda OKB tanıli olguların birince derece akrabaları, sağlık kontrollerin akrabalarına göre karşılaştırılmış, MDB'nin daha yaygın olarak görüldüğü saptanmıştır. Bu durum OKB ve MDB'nin ortak genetik faktörler barındırdığına dair deliller sunmuştur.¹⁰⁵

OKB ve Bipolar Bozukluk (BPB) üzerine yapılan çalışmaların sayısı nispeten daha azdır.¹⁰⁰ Yapılan araştırmalarda OKB'de BPB'nin yaygınlığı % 2.7 ile % 21.5 arasında farklılaşan oranlarda saptanmıştır.¹⁰⁹⁻¹¹² OKB'nin epizodik formunda komorbid BPB'nin daha yaygın olduğu saptanmıştır.¹¹³ BPB ve OKB'nin beraber seyrettiği durumlarda tanı, prognoz ve sağaltım planlanması yönünden öncelik arz ettiği vurgulanmaktadır.¹⁰⁰

OKB'li olgularda bazen psikotik semptomlar saptanabileceği gibi psikotik bozukluk seyrinde de zaman zaman obsesif kompulsif belirtiler meydana gelebilir. Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda OKB'nin şizofreni ile % 12,2 oranında, şizofreniform bozukluk ile % 1,3 oranında birlikte seyrettiği görülmüştür. OKB ile şizofreninin eş tanıli ilerlediği olguların büyük bir kısmında, şizofreninin ortaya çıkışının OKB'den daha erken olduğu saptanmıştır.¹⁰⁷

OKB’de yaşam boyu % 14-24 oranında eş tanımlı alkol kullanım bozukluğu (AKB), % 13,5-30 oranında eş tanımlı MKB saptanmıştır.^{114,115} OKB’li olgulara AKB’yi inceleyen bir çalışmada, AKB’si olan OKB hastalarının genellikle obsesif kompulsif semptomları gidermek amacıyla alkol aldığı gözlemlenmiştir. Bundan dolayı OKB’li olgular alkolün anksiyolitik etkisi sebebiyle bu durumu kendi başlarına uygulayabilecekleri bir tedavi seçeneği olarak görmüş ve buna bağlı olarak alkol kullanım bozukluğu gelişme riskinin arttığı gözlenmiştir.¹¹⁶

2.1.11 OKB Tedavisi

OKB semptomlarının psikodinamik psikoterapi ve psikanaliz tedavilerine direnç gösterdiği saptandığından, farmakoterapi ve bilişsel davranışçı terapiler daha sık kullanılır hale gelmişlerdir. Ancak psikodinamik etmenler hastalığın şiddetlenmesinde neyin rol aldığını saptamada ve tedavi direncine neden olan durumlarla ilgilenmede faydalı olabilir. Tedavi direncinin psikodinamik açıdan incelenmesi tedavi uyumunun artmasına yol açabilir.

Yapılan çalışmalarda farmakoterapi, bilişsel davranışçı terapi veya her ikisinin kombine uygulanmasının, OKB’li olguların semptomlarını belirgin oranda azalttığını saptanmıştır.³⁸ OKB sağaltımında ilk olarak belirtiler hastaya izah edilmeli, hasta yakınlarına bilgi verilmeli ve tedavide kooperasyon sağlanmalıdır. Hastalığın belirtilerinin türüne, hastalığın şiddetine, eşlik eden komorbid ruhsal bozukluk veya primer organik bir rahatsızlık varlığına, bireyin eskiden kullandığı tedavilere, güncel kullandığı ilaçlara ve hastanın tercihi değerlendirilerek, tedaviye SSGİ, BDT veya her ikisinin kombinasyonu ile başlanabilir.¹¹⁷

2.1.11.1.Farmakoterapi

OKB farmakoterapisinde, yapılan bazı araştırmalarda etkinlikleri kanıtlanmış olan Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) ve klomipramin ilk seçenek olarak kullanılır⁵⁷. SSGİ’ler etkili olmazsa başka farmakolojik seçenekler denenebilir. Serotonerjik ilaçların kullanılması ile OKB olgularının % 50-70’i tedaviye cevap vermektedir.³⁸

SSGİ'ler ile tedavide depresif bozuklukta kullanılan dozlardan daha yüksek dozlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu da daha sık yan etki profili ile karşılaşmaya neden olabilmektedir. SSGİ'ler için OKB tedavisinde en ideal doz, tam olarak terapotik etkinin gözlemlendiği dozdur. Tedaviye düşük dozda başlanıp doz kademeli olarak yükseltilir. Tedavi yanıtınsızlığından bahsetmek için, SSGİ tedavisinin, o ilaç için kabul görmüş maksimum doza çıkılmalı ve toplam tedavi süresinin minimum 12 hafta devam ettirilmiş olması gerekmektedir. İlaç bırakılmasını takiben yüksek oranda nüksler karşımıza çıkabilmektedir. Bu yüzden SSGİ tedavi ile iyilik hali görüldükten sonra etkin dozda uzun süreli bir tedavi ve buna ilaveten ilaç dışı yaklaşımlar gerekmektedir.^{100,118} İyileşme sağlandıktan sonra en az 12-24 ay idame tedaviye devam edilmesi önerilmiştir. Fakat ilacın bırakılmasından sonra oluşan nüks riski sebebiyle çoğu olguda daha uzun süre tedavi gerekebilir.^{119,120}

Klomipramin, tüm trisiklik ilaçlar arasında nöradrenalin geri alımına kıyasla serotonin geri alımına en selektif ilaçtır. FDA tarafında OKB tedavisinde ruhsatlandırılan ilk ilaçtır.³⁸ Yapılan bazı çalışmalarda klomipraminin etkinlik olarak SSGİ'lerden biraz daha üstün bulurken¹²¹, diğer çalışmalar da tolerasyon açısından SSGİ'lerin klomipramine göre üstün olduklarını ortaya koymuştur.¹²²

Başlangıçtaki YBOKÖ puanlarında % 35 veya daha fazla düşme olması OKB'li olgularda tedaviye yanıtı göstermektedir. OKB olgularının % 20-30'u ilk seçenek tedaviler sonrasında tedaviye eksik yanıt veya yanıtınsızlık saptanmaktadır.^{123,124} Yapılan çalışmalarda bir SSGİ tedavisine cevap vermeyen hastaların % 20'sinin, başka bir SSGİ'ye cevap verdiği görülmektedir.¹²⁵ İlk seçenek ilaç tedavisinin başarısızlığından bahsetmek için ilaçlardan biri klomipramin olacak şekilde en az 3 farklı SSGİ'nin farklı zamanlarda, yeterli doz ve süre kullanılmış olması gerektiğinin altı çizilmiştir.¹²⁴

Tedaviye direnç gösteren vakalarda atipik antipsikotikler, lityum, karbamazepin, valproik asit, venlafaksin, damar içi klomipramin, dekstroamfetamin, klonazepam, pindolol, ondansetron, mirtazapin, NAC, memantin, lamotrijin, topiramet, L-karnozin, selekoksib, L-triptofan, 5-hidroksi triptamin (5-HT) güçlendirme amacıyla kullanılabilen ilaçlardır.^{38,100,126}

2.1.11.2.Bilişsel Davranışçı Terapi

Yapılan araştırmalarda BDT'nin OKB sağaltımında etkin bir tedavi yöntemi olduğu ispatlanmıştır.¹²⁷ Maruz bırakma ve tepki önleme teknikleri uygulanan davranışçı terapide üzerinde çalışılacak alanlar saptanarak kolaydan zora doğru bir tedavi programı belirlenir. Bu programa göre tedrici olarak olgunun sıkıntı ve kompulsiyonlarını arttıran nedenlerin üzerine gidilir. Diğer taraftan da kompulsiyonları yapması engellenir. Kompulsiyonların engellenmesiyle hastalar korku ve sıkıntılarıyla yüzleşir. Tedavi rahatsızlık durumu geçinceye kadar devam ettirilir.¹²⁸ Yapılan çalışmalarda yalnızca “maruz bırakma ve tepki önleme”, yalnızca “bilişsel yeniden yapılandırma,” ve her iki tedavi yönteminin kombine kullanıldığı üç durumda da tedaviye yanıt alındığını gösteren kanıtlar saptanmıştır.¹²⁹ OKB olgularında uygulanan diğer davranışçı yaklaşımlar desensitizasyon, düşünce durdurulması, farklı maruz bırakma teknikleri ve ters koşullandırma³⁸

2.1.11.3.Diğer Biyolojik Tedavi Yaklaşımları

Tedaviye yanıt vermeyen olgularda, farmakoterapi, BDT, güçlendirme stratejilerini takiben elektrokonvulsif terapi (EKT), trankskranial manyetik uyarım (TMU), derin beyin uyarımı (DBU) ve psikocerrahi yöntemler akla gelmelidir. Yineleyici TMU'nın tedaviye dirençli OKB olgularında sınırlı bir endikasyonu olduğu saptanmıştır. Hiçbir tedavi yaklaşımına yanıt vermeyen, kronik seyirli, ağır yeti yitimi olan olgularda DBU ve son tercih olarak da psikocerrahi uygulamaları akla gelmelidir.¹²⁶ OKB tedavisinde son zamanlarda en sık yapılan cerrahi uygulamalar anterior singülat girus, kaudat nükleus ve orbitofrontal kortekse yönelik girişimleri kapsayan anterior kapsülötomisi, subkaudat traktotomisi, limbik lökotomi ve anterior kapsülötomidir.¹³⁰

2.2 Aleksitimi

2.2.1 Aleksimi Kavramı, Tarihçesi, Etiyolojisi

Aleksitimi kavramı yunanca kökenlidir. a- “yok”, -lexis “söz” ve “-thymos” duygu sözcüklerinin bir araya gelmesinden ortaya çıkmıştır.¹³¹ Türkçe'ye çevirisi “duygular için kelime yokluğu” şeklinde yapılmıştır.¹³² Aleksitimi, kişinin duygularını

tanımada ve duygularını kelimelerle ifade etmesinde zorluk yaşaması olarak tanımlanır. Aleksitimik kişilerin hissettikleri ve düşündüklerini ayıramadıkları görülmüştür. Duyguları hakkında ayrıntı verememeleri ve duygularını anlamlandıramamaları nedeniyle kişiler arası iletişimde sıkıntı yaşamaktadırlar. Bunun sonucunda olağan dışı fizyolojik semptomlar, dürtüsel eylemlere meyilli olma, sosyal ilişkilerde zorluk çekme ve sosyallikten uzak durma gibi durumların ortaya çıkabileceği iddia edilmiştir.¹³³

İlk olarak 1948 senesinde Ruesch daha sonra da 1949 senesinde Mac Lean psikosomatik olgulardan yola çıkarak bu kavramı ortaya atmışlardır. Ruesch diğer olgulardan farklı olarak kelimelerle veya simgesel şekilde anlatamadıklarını ifade etmiştir. Psikosomatik yakınmalarla başvuran bu olguların hislerini veya rahatsızlıklarını anlatmalarının tek seçeneği vücudun verdiği fizyolojik tepkilerle meydana gelmektedir. Ruesch bu özellikleri “infantil kişilik” olarak tanımlamış ve psikosomatik olguların altında yatan esas problemin bu olduğunu ifade etmiştir. Mc Lean ise psikosomatik olgularda duyguların sözel olarak ifade edilemediğini, otonomik sistemlerle açıklandığını, yani “organ diline” dönüştürülerek fizyolojik bir semptom olarak ortaya çıktıklarını ifade etmiştir. Bu olgular daha sonra “aleksitimik” olarak isimlendirilmiştir.¹³⁴⁻¹³⁶

“Aleksitimi” terim olarak ilk defa 1972 senesinde Sifneos tarafından kullanılmıştır. Sifneos’a göre aleksitimik bireyler duygusal fonksiyonlarında ve sosyal ilişkilerinde zorluk yaşamaktadırlar. Sosyal hayatta yabancı, hatta başka bir gezegenden gelmiş imajı çizebilmektedirler. Bu bireylerin en önemli özellikleri duygularının farkına varıp, onları ifade etmekte zorluk yaşamaktır. Duygu ve düşünceleri arasında ilişki kurup birbirinden ayırmakta ve bunları anlatmakta sıkıntı yaşamaktadırlar. Zeki olabilirler ancak bu zekalarını genellikle duygularından uzaklaşmak için kullanmaktadırlar. Sifneos aleksitiminin çoğunlukla kişilikle ilgisi olduğunu ve bir hastalık olmadığını iddia etmiştir.¹³⁷ Kimi kaynaklara göre ise aleksitiminin bireysel bir tercih, bir hastalık, psikosomatik bir semptom veya nörolojik bir problem olabileceğini iddia etmektedir.¹³⁸

Aleksitimik özellikler tanısal karmaşanın engellenmesi amacıyla Taylor ve ark. tarafından 4 ana başlıkta incelenmiştir. Bu özellikler Tablo 4’te gösterilmiştir.¹³⁹

Tablo 4. Taylor ve ark. Tanımladığı Aleksitimi Bileşenleri

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Duyguları tanımlamada ve duyguları, duygusal uyarılmanın bedensel duyumlarından ayırmada yaşanan zorluk2. Duyguları diğer bireylere ifade ederken karşılaşılan güçlük3. Fantezi yaşamının kısıtlılığı ile kanıtlanmış, sınırlı imgesel süreçler4. Uyarıcı-bağımlı, dış merkezli bilişsel tarz |
|---|

Hellmuth Freyberger aleksitimiye “birincil ve ikincil” aleksitimi olarak tanımlamıştır. Birincil aleksitimi psikosomatik bozukluklara eğilimle giden, nörofizyolojik bir defisitten kaynaklanan bir örüntüdür. Zorlayıcı yaşam olayları ve süregelen hastalıklar sonrası meydana gelen, sosyokültürel etmenler veya savunma düzeneklerinden köken alan durumlar ise ikincil aleksitimi olarak tanımlanır.¹⁴⁰

Nörofizyolojik açıdan bakıldığında ise aleksitiminin iki nedeni vardır. İlk hipoteze göre her iki serebral hemisfer arasında iletişim kopukluğunun olmasından kaynaklanan “Fonksiyonel Kommissürotomi” hipotezidir. Buna göre sağ beyin fonksiyonu olan duyu ve sol beyin fonksiyonu olan sözel ifade etme arasındaki bağlantı kopar. Aleksitimik kişiler duygularını sözel olarak ifade edemezler.¹⁴¹ İkinci hipoteze göre aleksitimi striatum fonksiyon bozukluğundan kaynaklanmaktadır. Paleostriatal dopaminerjik yolakta bir fonksiyon bozukluğu vardır. Limbik korteksten yola çıkan duyular neokortekse kadar ilerleyemez. Bunun sonucunda duyular, bilinçli duygusal yaşantı vasfı kazanamamış olurlar.¹⁴²

Aleksitimi etiolojisine bakıldığında çocuğun yetiştirilme tarzının da aleksitimiye yol açabileceği belirtilmiştir. Çocuğa bakım verenler çocuğun duygusal ihtiyaçlarını yeterince karşılayamazsa, çocuk problem oluşturan duygusal durumlarla baş edemez ve bu durumu diğer kişilerle bağdaştıramaz.¹⁴³ Yapılan çalışmalarda anneye bağlılığın etiolojide önemli bir rolü olduğu, anne ihmali görülen çocuklarda ilerleyen zamanlarda aleksitiminin daha yaygın olarak görüldüğü saptanmıştır.^{144,145} Başka bir çalışmada çocukların aşırı korunma ya da sevgi yoksunluğu hissetmelerinin de gelecek dönemlerde aleksitimi gelişme ihtimalini yüksek oranda arttırmaktadır.¹⁴⁶

2.2.2 Aleksitiminin Epidemiyolojisi

Sağlıklı popülasyonda yapılan çalışmalarda aleksitiminin yaygınlığı % 6,7 ile % 18,8 arasında saptanmıştır¹⁴⁷. Türkiye’de yapılan bir çalışmada aleksitimi prevalansı % 16,7 olarak saptanmıştır.¹⁴⁸

Finlandiya’da yapılan bir çalışmada aleksitimi prevalansı % 12,8 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada aleksitimi prevalansı erkeklerde % 16,6, kadınlarda % 9,6 bulunmuştur. Sosyoekonomik durumun kötü olması, eğitim seviyesinin düşük olması, ileri yaşta olma ve erkek cinsiyette olma ile aleksitiminin bağlantılı olduğu gösterilmiştir.¹⁴⁹

Yapılan başka bir Finlandiya çalışmasında aleksitimi prevalansı % 9,9 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada aleksitimi prevalansı erkeklerde % 11,9, kadınlarda % 8,1 bulunmuştur. Bu çalışmada sosyoekonomik durumun kötü olması, eğitim seviyesinin düşük olması, ileri yaşta olma ve erkek cinsiyette olmanın yanı sıra eşlik depresif bozukluk ve sağlık algısında zayıflığın da aleksitimi ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir.⁹

Almanya’da yapılan bir çalışmada ise nüfusun % 10’u aleksitimik bulunmuş, erkekler kadınlardan daha çok etkilenmiştir. Bu çalışmada da boşanmış olma, hiç evlenmemiş olma ve sosyal düzeyin düşük olması aleksitimi ile bağlantılı bulunmuştur.¹⁵⁰

2.2.3 Aleksitimide Psikoanalitik, Davranışçı, Bilişsel, Sosyokültürel Kuramlar

Psikoanalitik kuram genellikle, gelişim dönemlerinde takılma, patolojik ego savunma mekanizmaları veya duygusal travma gibi nedenlerle duygusal deneyimlerin sözel olarak ifade edilmesindeki yetersizliğin altını çizmiştir. Aleksitimide, sözel olarak ifade edilemeyen duyguların somatik belirtiler aracılığıyla ifade edildiği ileri sürülmüştür.¹⁵¹ Bu inanış psikosomatik olguların, psikanalizle tedavi yanıtının yetersiz kalmasıyla sonuçlanmıştır.¹³⁴

Davranışçı kuramın temeli öğrenmeye dayalıdır. Ebeveynlerin duygusal olaylar karşısında verdiği tepkiler, çocuklar için öğrenme kuramını meydana getirmektedir. Davranışçı kuramda aleksitimik olgulardaki somatik semptomlar bu yanlış öğrenmelerle açıklanmaya çalışılmaktadır. Ayrıca kişinin yaşadığı ortamdaki öğrenmeler sonucu da

aleksitimik özellikler ortaya çıkabilir. Cinsiyet kaynaklı öğrenme farklılığı nedeniyle kızlar, erkeklere kıyasla birtakım konularda daha çok empatik olabilmekte, dolayısıyla da kızlarda daha az aleksitimik belirtiler ortaya çıkabilmektedir.¹⁵¹

Bilişsel kurama göre aleksitimi de diğer psikolojik sorunlar gibi, iç ve dış dünyadan kaynaklanan uyarıların, fonksiyonel olmayan bilişsel süreç sebebiyle, gerçekte bağdaşmayan şekilde yanlış olarak yorumlanmasıyla oluşan bir durumdur.¹⁵² Bu kurama göre ilk olarak aleksitiminin afektif bileşen ve bilişsel bileşen (*pensée opératoire*) olmak üzere iki ayrı bileşenden oluştuğu düşünülmektedir. Afektif bileşen duygusal farkındalıktaki azalmayı içerir. Bilişsel bileşende ise kişi kesin bir şekilde olay odaklı düşünür. Konuşma ve duygusal ifadelerden kaçınır.¹⁵³ Martin ve Pihl de, aleksitimik olguların primitif bilişsel şemalar kullandığını iddia etmektedir.¹⁵⁴

Sosyokültürel açıdan bakıldığında aleksitimi ilk başta, duyguları sözel şekilde ifade etmenin matürasyon belirtisi sayıldığı batı toplumlarında ortaya çıkmıştır.¹⁵⁴ Bu doğrultuda doğu toplumlarında bireylerin küçüklükten beri yaşadığı ortamlarda ifade etmek yerine, saklamayı veya suprese etmeyi öğrenmesi nedeniyle duygularını somatize ederek ifade ettiği iddia edilmiştir.¹⁵⁵ Bu bakış açısına göre bireylerin içinde bulunduğu sosyo-kültürel çevredeki öğrenmeler nedeniyle aleksitiminin oluştuğu söylenebilir.¹⁵⁶

2.2.4 Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Aleksitimi

Yapılan çalışmalarda aleksitimi, sadece psikosomatik olgularda değil, primer tıbbi ve psikiyatrik bozukluklarda, ayrıca sağlıklı popülasyonda da görülebilmektedir.^{157,158} Disosiasyon, depresyon, anksiyete bozuklukları, patolojik kumar oynama, hipokondriasis, yeme bozuklukları¹⁵⁹, kişilik bozuklukları¹⁶⁰, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), alkol kullanım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, premenstrüel disforik bozukluk, beden dismorfik bozukluğu¹⁶¹⁻¹⁶³, CİB ve OKB¹⁶⁴⁻¹⁶⁶ aleksitimi ile ilişkili olabilir. Ayrıca çeşitli psikiyatrik bozukluklarda yapılan çalışmalarda aleksitimi, kötü tedavi yanıtı ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur.¹⁵³

Geleneksel psikoanalitik literatüre göre, obsesyonlar ve kompulsyonların tahammül edilemeyen duygu ve dürtüleri bastırdığı bilinmektedir. OKB'de görülen bastırma, yapma bozma ve izolasyon gibi karakteristik savunma mekanizmalarının

aleksitimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.¹⁶⁷ Aleksitimik özellikler, koşullanmış korku, obsesyon ve kompulsiyonların iç dünyayı kapladığı ve yeterli duygusal işlemenin sınırlı olduğu kronik bir OKB sürecinden kaynaklanabilir.¹⁶⁸ Bir çocuk saldırganlık, somatik yakınmalar, etkisiz başa çıkma ve duyguları modüle etme girişimleri gibi güçlü duygular yaşadığında, ancak bunları tanımlayamadığında veya ifade edemediğinde, duyguların bir şekilde ortaya çıkması gerekir.¹⁶⁹ Yapılan bir çalışmada, çocukluk döneminde anne ile duygusal alışverişin kısıtlandığı stresli bir yaşantının, OKB hastalarının aleksitimik özelliklerine neden olmuş olabileceği belirtilmiştir.¹⁷⁰

Obsesif kompulsif semptomları olan hastalarda aleksitimiye inceleyen sınırlı sayıda çalışma vardır. Birkaç çalışmada obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan hastalarda yüksek aleksitimi seviyeleri bulunmuştur.^{159,165,171} Bazı çalışmalarda psikiyatrik hastalarda SCL-90 obsesif kompulsif alt ölçeği ile aleksitimi arasında yüksek korelasyonlar olduğu öne sürülmüştür.^{167,172} OKB tanılı 59 hasta ve Panik Bozukluk tanılı 123 hasta ile, 20 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) kullanılarak yapılan bir çalışmada OKB hastalarında ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur¹⁷³. Bazı çalışmalarda, OKB'li olguların aleksitimik olarak sınıflandırılma oranının % 11¹⁶⁸ ile % 35,7¹⁷¹ arasında olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalardan birinde, OKB'nin, diğer mevcut komorbid Eksen I bozukluklarından bağımsız olarak, duyguları tanımlama ve ifade etmedeki eksikliklerle ilişkili olduğu öne sürülmüştür.¹⁶⁸ Altı yıllık bir takip çalışmasında aleksitiminin göreceli istikrarlı oluşu, OKB hastalarında aleksitiminin stabil bir psikolojik özellik olduğunu göstermektedir.¹⁷⁴

OKB ve aleksitimide ortak bir nörobiyolojik mekanizma olduğu öne sürülmüştür. Bazı çalışmalar, aleksitimideki bilişsel ve afektif işlev bozukluğunun, anterior singulat korteks ve orbitofrontal korteks gibi ventromedial prefrontal kortekste bulunan bölgelerle ilişkili olduğunu bildirmiştir.^{175,176} Yapılan diğer çalışmalar da ventromedial prefrontal korteksin, OKB'li hastalarda önemli rol oynadığını desteklemektedir.^{177,178}

Bazı çalışmalarda madde bağımlılığı¹⁷⁹ ve somatoform bozukluğu olan hastalarda aleksitimi ile obsesif kompulsif semptomlar arasında anlamlı korelasyon bulunmuştur.¹⁷²

Bazı çalışmalarda, aleksitimik özelliklerin varlığının OKB hastalarında olağan tıbbi tedavilere ve psikoterapiye kötü yanıt verebileceğine dikkat çekilmiştir.^{143,180-182} Yapılan başka bir çalışmada ise, aleksitimik özelliklerin varlığının obsesif kompulsif

hastalarda multimodal BDT'nin kısa vadeli başarısını azaltmadığı gösterilmiştir. Aynı çalışmada OKB hastalarında, multimodal BDT tedavisi sırasında OKB ve depresyon belirtileri büyük oranda azalmasına rağmen aleksitimik özelliklerin stabil olduğu sonucuna varılmıştır.¹⁶⁵ Bununla birlikte, daha önceki bazı çalışmalarda, psikoterapinin aleksitimiye azaltabildiğini ve aleksitimi derecesindeki bir azalmanın hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebileceğini gösterilmiştir.¹⁸³

OKB’de aleksitimi ile semptom boyutları arasındaki ilişkiyi karşılaştıran bir çalışmada, OKB hastalarında yalnızca “cinsel/dini obsesyon” semptom boyutu aleksitimi ile pozitif ilişki göstermiştir. Aynı çalışmada anksiyete düzeyi yüksek ve başlangıç yaşı erken olan OKB hastalarının daha fazla aleksitimik eğilime sahip olabileceği düşünülmüştür.¹⁸⁴ Bir başka çalışmada ise OKB hastaları içinde zayıf içgörüsü olanlar veya içgörüsü hiç olmayanlar ile yüksek aleksitimi düzeyleri arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir.¹⁷¹

2.2.5 Aleksitimi ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Aleksitimi etiyolojisindeki psikoanalitik modelden yola çıkarak, insan cinselliğinde hayal kurma sürecinin ve duyguları deneyimleme ve ifade etme yeteneğinin önemi, insan erotizmindeki yapısal noktalardan birini oluşturmaktadır.^{185,186} Cinsel fanteziler, cinsel davranışın zihinsel temsili olarak düzenleyicisi olarak düşünülebilir. Öte yandan nöropsikolojik modele göre de aleksitimi, diğer etkilerinin yanı sıra cinsellikten¹⁸⁷ de sorumlu olan limbik sistem ile duygular ve biliş ile ilişkili olan neokorteks arasında bir kopukluk olarak tanımlanmıştır.¹⁸⁸ Duygular ve hemisferik uzmanlaşma^{137,189} üzerine yapılan araştırmalarda limbik sistemin cinsel davranış üzerindeki etkisi gösterilmiştir. Her iki model de, cinsel işlev bozukluklar ve aleksitimi arasındaki ilişki hipotezini güçlendirmektedir.¹⁹⁰

Literatürde cinsel işlev bozuklukları ve aleksitimiye ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Yapılan bir çalışmada, cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin % 20,6'sının ve kadınların % 29,6'sının kategorik olarak aleksitimik olduğu tespit edilmiştir.¹⁹¹ Bir başka çalışmada ise cinsel işlev bozukluğu olan grubun % 20,2'sinin ve parafilik grubun % 26,8'inin aleksitimik olduğunu belirlenmiştir.¹⁹²

2.3 Cinsel İşlev Bozuklukları

2.3.1 Cinsellik

Cinsellik gerek anatomik ve fizyolojik açıdan gerekse de bireyin yaşadığı çevresi ile olan ilişkileri, içinde bulunduğu kültür ve hayat boyu edindiği tecrübelerle şekillenmektedir. Ayrıca bu tanım bireyin kadınlık ve erkeklik algısı, düşünce yapısı, fantezi ve eylemlerini de içinde bulundurmaktadır. Cinsellikte normal kavramı, sosyal açıdan tam olarak tarif edilmemekle birlikte, farklı coğrafyalarda ve kültürlerde ayrışmalar göstermektedir.¹⁹³ Cinsel sağlık kavramı ise bireyin cinsel hayatını mutlu bir şekilde, zorlanmadan ve zarar görmeden devam ettirebilmesidir.¹⁹⁵

Cinsellik her süreçte tıbbın ilgi odağı konuları arasında yer bulunmuştur. Yazılı tarihte ilk defa Hipokrat, klitorisi kadın cinsel uyarılma alanı olarak tanımlamıştır. Orta çağ döneminde bazı hekimler bir doğum kontrol metodu olan “geri çekme yöntemi”ni tanımlamışlardır. Sifilizin önlenmesi için Rönesans sonlarında kondomu andıran kılıflar tasarlanmıştır. Yirminci yüzyılın başlarında cinsellik bilimsel açıdan ele alınmaya başlamıştır. Henry Havelock Ellis ve Richard von Krafft-Ebing cinsel eylemler hakkında farklı bakış açıları sunmuşlardır. Aynı dönemde Sigmund Freud libido, çocukluk evresindeki cinsellik ve cinsel dürtülerin bireyin davranışlarına etkisini gösteren teorisini tasarlamıştır. Sonraki dönemde Alfred Kinsey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda evlilik ve cinsel hayattaki davranış paternlerini incelemiştir. Bu çalışma insan cinselliğiyle yapılmış ilk geniş kapsamlı çalışma olma özelliğini taşımaktadır.^{193,196} 1960’lı yıllarda Masters ve Johnson tarafından ilk kez doğrudan laboratuvar gözlemlerine dayanan incelemeler yapılmıştır. Çalışmada cinsel uyarılara verilen yanıtlar izlenmiş, nesnel ölçüm metodlarıyla cinsel yanıt aşamaları kaydedilmiştir. Daha sonra kitap haline getirdikleri bu çalışma günümüzde kabul gören cinsel işlev bozuklukları sınıflanmasının temellerini oluşturmuştur.¹⁹⁷ 1980’lerde AIDS’in görülmesi ve bilhassa 1990’lı yıllarla beraber ilaç sanayisinin ilgi odağının cinsellik olması, tıp alanında cinselliğe karşı olan önyargılı yaklaşımın büyük oranda önüne geçmiştir.¹⁹⁸

2.3.2 Santral Sinir Sistemi ve Cinsel İşlevler

SSS içinde birçok bölge cinsel işlevlerle ilgili görev alabilmekle birlikte, cinsel fonksiyonlardan esas sorumlu beyin alanları limbik sistem ve hipotalamustur. Erkeklerde özellikle anterior hipotalamik medial preoptik nükleus, kadınlarda ise özellikle posterior hipotalamik ventromedial nükleus, cinsel eylemleri yöneten merkezler olarak düşünülmektedir. Bunun dışında çok sayıda hormon ve NT madde cinsel fonksiyonların yürütülmesinde görev almaktadır.¹⁹⁹ SSS bölgeleri ve cinsel işlevler arasındaki bağlantılar Tablo 5'te gösterilmiştir.¹⁹⁹

Tablo 5. SSS ve Cinsel İşlevler

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Serebral korteks• Frontal korteks• Limbik sistem (Entorhinal Korteks, hipokampus, septum, amigdala)• Bazal ganglionlar• Hipotalamus (anterior hipotalamik medial preoptik nükleus, posterior hipotalamik ventromedial nükleus)• Hipofiz bezi |
|---|

Cinsel istekte temel olarak mezolimbik dopaminerjik yolak görev almaktadır.²⁰⁰ Cinsel istek, fantezi ve dürtülerin meydana gelmesinde görev alan bilinen en önemli NT madde dopamindir. Bu nedenle sağlık bir cinsel hayat için iyi işlev gören bir dopaminerjik mekanizma gereklidir. Bilinenin aksine testosteronun sadece erkeklerde değil, kadınlarda da cinsel istekten sorumlu olduğu düşünülmektedir.¹⁹⁹

2.3.3 Cinsel Yanıt Evreleri

Masters ve Johnson detaylı olarak cinsel yanıt evrelerini tanımlamışlardır. Masters ve Johnson'un tanımladığı dört aşamalı cinsel yanıt döngüsü; uyarılma, plato, orgazm ve çözülme evrelerinden oluşmaktadır. Helen Singer Kaplan 1970'li yıllarda cinsel istek aşamasının cinsel uyarılma ve orgazm evrelerine ilave olarak cinsel yanıt döngüsünde önemli bir görev üstlendiğini belirlemiş ve cinsel istek evresi de döngüye dahil edilmiştir. O yıllarda çözülme aşamasının klinik bir önem arz etmediği görüşü

hâkim olmuştur. CİB'nin diğer üç evrede çıkan bozukluklar sonucu meydana geldiği düşünülmüştür. Kaplan cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamalarından oluşan ve halen günümüzde de kullanılan üç aşamalı cinsel yanıt modelini geliştirmiştir.^{197,201}

2.3.3.1.Uyarılma evresi

İlk evredir. Herhangi bir bedensel ya da psikolojik uyararla meydana gelebilir. Erotik duygu ve düşüncelerin ortaya çıkması, erkekte korpus kavernozumda vazokonjesyon sonucu ereksiyon oluşur. Skrotal kesede gerginlik ve testislerin yukarı kalkması gözlenebilir. Kadında klitoriste vazokonjesyon, myotoni, memede vazodilatasyon ve areolar genişleme, meme başında sertleşme, labia minör çapında artış gözlenebilir. Cinsel uyarının sıklığına veya yoğunluğuna göre verilen yanıtın şiddeti değişiklik gösterebilir.^{193,202}

2.3.3.2.Plato evresi

Uyarılma aşamasının bir bölümü ve devamı özelliğinde olan bu aşamada etkili cinsel uyarının devam ettirilmesi ile her iki cinsiyette de plato evresine girilir. Bu evrede haz duygusu, heyecan ve cinsel gerilim artar. Kalp atışları ve nefes alıp verme hızlanır, kan basıncı yükselir. Bu durum orgazma kadar devam edebilir. Bu aşama orgazm aşamasına giriş niteliğindedir. Yetersiz uyarı olması veya uyarının tamamen kaybolması durumunda plato aşamasındaki yükselişin yerini çözülme aşaması alır. Erken boşalması olan erkeklerde bu aşama oldukça kısadır.^{203,204}

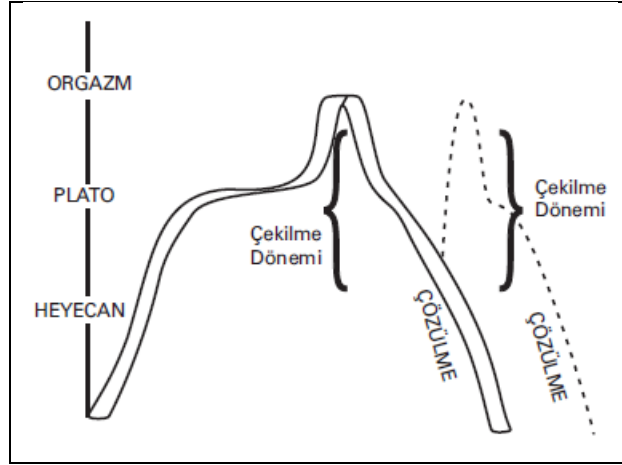
2.3.3.3.Orgazm evresi

Bu evre süre olarak diğerlerine göre kısadır fakat cinsel haz en yoğun olarak bu dönemde yaşanır. Bu evrede erkekte boşalma, kadında ise perine ve vajinanın dış 1/3 bölümündeki kaslarda ritmik kontraksiyonlar görülür. Bu kontraksiyonun şiddeti ve sayısı bireyler arasında farklılık göstermektedir. Kontraksiyonların şiddeti başlangıçta fazladır ve kısa aralıklarla meydana gelir. İlk 3-5 kontraksiyon sonrasında kontraksiyonlar zayıflar ve aralıkları uzar. Erkeklerde orgazmın iki fizyolojik aşaması vardır. İlk evre olan emisyon evresi, vas deferens, prostat ve seminal veziküllerin düz kaslarının kasılmasıyla seminal sıvının bulbar üretraya itilmesini içerir. Emisyon evresinin, nörepinefrin ile nöradrenerjik alfa reseptörlerini uyaran torakolomber sempatik

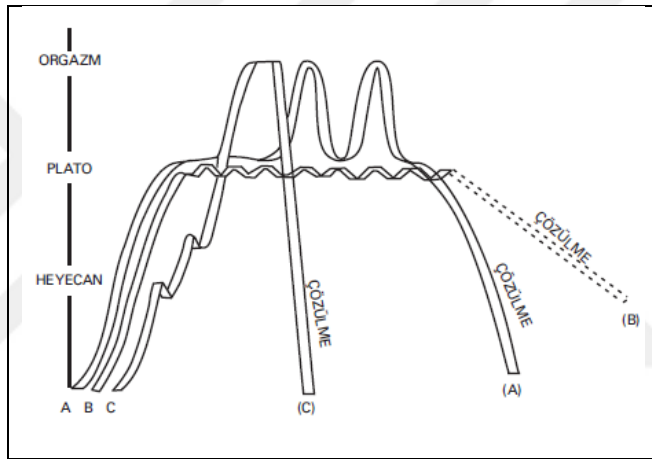
sinirlerin kontrolü altında olduğu düşünülmektedir. Emisyondan evresinden sonra, ejakülatın salınmasına izin vermek için eksternal sfinkter açılır. Orgazm duyusunun eşlik ettiği ikinci aşamada ise, bulbar üretrayı çevreleyen çizgili kaslar harekete geçer ve ejakülasyon gerçekleşir. Bu kasların ritmik kasılması spermi dışarı doğru iter Ejakülatuar püskürtme 18 yaşında 30-45 cm kadar olabilirken, 70 yaş civarında sızma şeklinde görülebilir. Kısa süreli hafif düzeyde bilinç bulanıklığı meydana gelebilir. Beyin dalgalarında değişiklik saptanabilir. Taşikardi, hiperventilasyon, kan basıncı yüksekliği, kaslardaki gerilim bu evrede de sürer. Bu evre pelviste görülmesine rağmen aslında tüm vücudun bir yanıtıdır.^{193,204-206}

2.3.3.4.Çözülme evresi (Rezölüsyon)

Son aşamadır. Her iki cinsiyette orgazm veya orgazm meydana gelmediği durumlarda plato evresini takiben genital bölgelerde ya da tüm vücutta oluşmuş fizyolojik değişikliklerin, aynı sırayla kaybolarak eski haline dönmesi, yani gevşeme dönemidir. Bu evrenin süresi cinsiyete, orgazmın meydana gelip gelmesine, orgazmın yoğunluğuna ve cinsel uyarının devam etme durumuna göre değişir. Kadınlar, çözülme evresinde uygun bir cinsel uyarı ile tekrar uyarılırsa, orgazm olabilme potansiyeli mevcutken, erkekler çözülme evresini takiben süresi bireyler arasında ve yaşa göre değişkenlik gösteren “refrakter dönem”e mecburi olarak girerler. Bu dönem bitmeden yeni bir cinsel uyarıya cevap verip, ereksiyonu başlatmaları fizyolojik açıdan mümkün olmamaktadır. Bu nedenle kadın ve erkeklerin cinsel yanıt döngüleri farklılık gösterir. Erkeklerin cinsel yanıt döngüsü tek tip iken, kadınlarda değişken olabilmektedir. Erkek ve kadında cinsel yanıt döngüsü şekil 1 ve 2’de gösterilmiştir.²⁰³



Şekil 1. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü



Şekil 2. Kadınlarda cinsel yanıt döngüsü

2.3.4 Cinsel İşlev Bozuklukları Sınıflandırması

Cinsel işlev bozuklukları uzun bir süredir psikiyatrik sınıflandırmalara dahil edilmiştir. İlk kez DSM-II de (1968) “Psikofizyolojik bozukluklar” sınıfında “Disparoni” ve “Empotans” gibi bazı cinsel işlev bozukluklarından bahsedilmiş ancak farklı bir kategori olarak değerlendirilmemiştir.²⁰⁷ CİB kategorisi ilk kez DSM-III’te (1980) “Psikoseksüel Disfonksiyonlar” başlığı altında sınıflandırılmış ve cinsel istek, uyarılma ve orgazm evrelerindeki bozukluklar tanımlanmıştır.³³ DSM-III-R’de “Cinsel Tiksinti Bozukluğu”²⁰⁸, DSM-IV’te (1994) “Genel Tıbbi Duruma Bağlı...” ve “Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozuklukları”¹⁵, DSM-IV-TR’de “Başka Türli Adlandırılmayan Cinsel İşlev Bozuklukları” tanı kategorileri eklenmiştir. Esas olarak

CİB, DSM IV-TR’de üç ana grupta değerlendirilmiştir. Bunlar: 1)Parafililer 2)Cinsel İşlev Bozuklukları 3)Cinsel Kimlik Bozuklukları’dır.²⁰⁹ DSM-IV, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanmıştır ve Kaplan’ın fizyolojik cinsel yanıt döngüsüne göre düzenlenmiştir.

DSM-V’te ise cinsel işlev bozuklukları sınıflandırılması ile ilgili zaman ölçütü ilave edilmesiyle belirgin değişiklikler yapılmıştır. DSM-5’e göre cinsel işlev bozuklukları sınıflandırma sistemi Tablo 6’da gösterilmiştir.³

Tablo 6. Cinsel İşlev Bozuklukları DSM-5 APA Sınıflandırma Sistemi

- Geç Boşalma
- Sertleşme Bozukluğu
- Kadında Orgazm Bozukluğu
- Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu
- Cinsel organlarda- Pelviste Ağrı/İçe Girme Bozukluğu
- Erkte Düşük Cinsel İstek Bozukluğu
- Erken Boşalma
- Maddenin /İlacın Yol Açtığı CİB
- Tanımlanmış Diğer Bir CİB
- Tanımlanmamış CİB

Diğer bir uluslararası tanı sistemi olan ICD-10 ise Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından düzenlenmiş olup DSM-IV’ten birkaç maddede farklılık göstermektedir. ICD-10 cinsel işlev bozukluklarını “Organik Nedeni Olmayan Cinsel İşlev Bozukluğu” başlığı altında sınıflandırmıştır.²¹⁰ ICD-10’a göre CİB sınıflandırma sistemi Tablo 7’de gösterilmiştir.⁹⁹

Tablo 7. Cinsel işlev bozuklukları ICD-10 Sınıflandırması

- Organik Sebebi Olmayan CİB
 - Cinsel İstek Azlığı ya da Yitimi
 - Cinsel Tiksime ve Cinsel Haz Yokluğu
 - Genital Tepkinin Yetersizliği
 - Orgazmda İşlev Bozukluğu
 - Erken Boşalma
- Organik Sebepli Olmayan Vajinismus
- Organik Sebepli Olmayan Ağrılı Cinsel Birleşme
- Cinsel Dürtünün Aşırı Olması
- Organik Sebebe Bağlı Olmayan Başka CİB
- Organik Sebebe Bağlı Olmayan Başka CİB, Belirlenmemiş

2.3.5 DSM-5 Cinsel İşlev Bozuklukları

2.3.5.1. Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu

Cinsel fantezilerin veya cinsel aktivite isteğinin yaklaşık olarak minimum 6 aylık bir süre zarfında az olması veya olmayışı ile tanımlanır. Cinsel istek azlığı, cinsel hayatın başından başlayabileceği gibi sonraki dönemlerde de görülebilir. Bu durumu hayatı boyunca yaşayan erkekler spontan gelişen birden fazla erotik ve cinsel düşüncüyü hiç tecrübe etmemişlerdir. Düşük cinsel istek bozukluğu yalnızca belli durumlarda da görülebilir. Örneğin mastürbasyona veya pornografik içerikli yapımları izlemeye istek duyabilen hastalar, partnerleriyle cinsel yakınlığa istek duymayabilir. Hastalar genellikle cinsel aktiviteyi kendileri başlatmaz. Cinsel aktivite partneri tarafından başlatıldığında ise isteksiz olarak katılabilir. Cinsel istekte azalmaya bağlı gelişen boşalma ve orgazm güçlükleri gelişebilir. Kimi hastalar cinsel ilişki esnasında odaklanmayı kaybedip, ereksiyonu devam ettiremeyebilir ya da ejakülasyon olmadan cinsel aktiviteyi sonlandırabilir.^{3,193,204}

Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu'na erken ve ileri yaş gruplarında daha yaygın rastlanabilir. 18-24 yaşları arasındaki olguların % 6'sında ve 66-74 yaşları arasındaki olguların % 40'ında cinsel istekle ilgili bozukluk saptanmıştır. 16-44 yaş arası olgularda bu oran sadece % 2'dir.¹⁹³

Freud düşük cinsel isteği gelişim dönemlerinden olan fallik psikoseksüel devredeki çözülmemiş ödipal çatışmaların bir sonucu olarak tanımlamıştır. Cinsel isteksizlik kişi için sıkıntı oluşturmuyorsa tanı konmamalıdır.¹⁹³ DSM-5'e göre Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu tanı kriterleri Tablo 8'de yer almaktadır.³

Tablo 8. DSM-5 Erkeklerde Düşük Cinsel İstek Bozukluğu Tanı Ölçütleri

- | |
|---|
| <p>A. Cinsel içerikli fikirlerin ya da fantezilerin ve cinsel aktivite için isteğin, devamlı ya da tekrarlayıcı olarak az olması (ya da olmaması). Klinisyen, kişinin yaşı ve hayatındaki genel ve toplumsal-kültürel durum gibi cinsel işlevselliğini etkileyebilecek etkenleri dikkate alarak böyle bir yargıya varır.</p> <p>B. A tanı kriterindeki semptomlar en az yaklaşık altı aydır devam etmektedir.</p> <p>C. A tanı kriterindeki semptomlar, bireyde, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açar.</p> <p>D. Bu CİB, cinsel kökenli olmayan bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda ya da gerginlik oluşturan önemli başka etkenlerden kaynaklanmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.</p> |
|---|

2.3.5.2.Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu

DSM-5 ile “Kadınlarda Hipoaktif Cinsel İstek Bozukluğu” ile “Kadınlarda Uyarılma Bozukluğu” tanıları birleştirilerek “Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu” ismiyle tek bir tanı altında toplanmıştır. Kadında cinsel istek ve uyarılma süreçlerinin birbiriyle örtüştüğü, birbirini tetikleyebildiği görüşü bu birleştirmede etkili olmuştur. “Hipoaktif” sözcüğünün kaldırılması ve “istek” sözcüğü yerine “ilgi” sözcüğünün getirilmesi dikkat çekmektedir. Bu durumun en önemli sebebinin daha önceki iki sözcüğün bir yetersizlik, biyolojik bir eksiklik gibi patolojileri çağrıştırmaları olarak izah edilmektedir. O sözcüklerin yerine getirilen “ilgi” sözcüğünün ise cinsel isteğin psikososyokültürel boyutlarına ve partnerlerle alakalı hususlarına daha çok gönderme yapan bir sözcük olduğu düşünülmektedir.^{3,198,211}

Kadınlarda erotik duygu, düşünce veya fantezilerin yetersiz olması ya da olmaması, cinsel aktiviteleri başlatamama, partner tarafından başlatılan aktivitelere yanıt verememe, partnerin tekliflerine direnç gösterme, cinsel aktivite esnasında keyif alamama, genital yanıtın yetersiz olması gibi kriterler yeni önerilen tanıda mevcuttur.^{3,193,198} Tanı konulmadan önce stresli yaşam olayları, menopoz, genel tıbbi durum, kullanılan ilaçlar, yaşlanma, uygun cinsel uyaran varlığı gibi durumlar sorgulanmalıdır.¹⁹³

Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu çoğunlukla kadınlarda erkeklere oranla daha yaygın görülmektedir. DSM- 5 tanı kriterleriyle belirtildiği şekliyle cinsel ilgi/uyarılma bozukluğunun sıklığı henüz yeterince saptanamamıştır. Ülkemizde kadınlar arasında görülen en yaygın CİB “cinsel ilgi/uyarılma bozukluğudur”. Ancak sağlık kuruluşlarına başvuru oranı, bu problemi yaşayanlara göre oldukça az kalmaktadır. Cinsel beraberliğe ve çocuk sahibi olmaya engel olan vajinismus, tedavi amacıyla başvurularda ilk sırayı almaktadır. Cinsel isteksizlik, ikinci bazen de üçüncü sıralarda yer alabilmektedir. Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu cinselliğin tabu olduğu muhafazakâr toplum ve kültürlerde yaygın olarak görülmektedir. DSM-5’e göre kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu tanı kriterleri Tablo 9’da yer almaktadır.³

Tablo 9. DSM-5 Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdaki semptomlardan en az üçü ile ortaya çıkan, cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması ya da belirgin şekilde az olması: 1. Cinsel aktiviteye karşı ilginin olmaması veya çok az ilginin olması. 2. Cinsel içerikli fikirlerin veya fantezilerin yokluğu veya çok az olması. 3. Cinsel aktiviteyi başlatmama ya da çok az başlatma, partnerinin başlatma girişimlerine yanıt vermeme. 4. Her cinsel karşılaşmada ya da neredeyse her cinsel karşılaşmada (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), cinsel etkinlik sırasında, cinsel coşku/hoşlanma olmaması ya da çok az olması. 5. İçten ya da dıştan gelen hiçbir cinsel simgeye (örn. Yazılı, sözel ya da görsel) karşı cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması ya da çok az olması. 6. Her cinsel aktivitede ya da neredeyse her cinsel aktivitede (yaklaşık %75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), cinsel aktivite esnasında, cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında bir duyum olmaması ya da çok az olması. B. A tanı kriterindeki semptomlar en az yaklaşık altı aydır devam etmektedir. C. A tanı kriterindeki semptomlar, bireyde, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açmaktadır. D. Bu CİB, cinsel kökenli olmayan bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda (örn. partnerinin kaba kuvvet kullanması) ya da gerginliğe yol açan önemli başka etkenlerden ortaya çıkmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

2.3.5.3. Erkekte Sertleşme Bozukluğu

Herhangi bir cinsel aktivite için yeterli ereksiyonu yineleyici veya sürekli olarak başlatamama veya cinsel aktivite sonuna dek ereksiyonu sürdürememe durumudur. Sertleşme Bozukluğu, tarihsel açıdan “empotans” olarak isimlendirilmiş ancak küçük düşürücü olduğu ve bu probleminden yakınan erkeklerde olumsuz çağrışımlar yarattığı için, bu terimin kullanımı bırakılmıştır. Ereksiyon probleminin bir ya da birkaç kez veya birkaç hafta ile sınırlı olmamalı, tanı konulabilmesi için bu problemin yineleyici ya da uzun süre devam etmesi gereklidir. Her erkeğin hayatının bazı dönemlerinde veya durumsal olarak geçici ereksiyon problemleri görülebilir. Bu durum kısa zamanda kendiliğinden geriler. Cinsel hayatın başından beri ereksiyon sağlayamamışsa yaşam boyu sertleşme bozukluğu, cinsel hayatın bir döneminde sorun yokken sonradan ortaya çıkmışsa edinilmiş tipte sertleşme bozukluğu olarak tanımlanır. Spontan ereksiyonlar, sabah ereksiyonları olan, ön sevişme veya mastürbasyon esnasında ereksiyon problemi yaşamayan kişilerde cinsel birleşmeye geçileceği esnada ereksiyon kaybolabilir veya bir seks işçisi ile ereksiyon ve cinsel birliktelik sağlanırken, eşi ile birlikteliğinde ereksiyon ve giriş sağlanamayabilir. Bu tür bazı durumlarda ortaya çıkan sertleşme bozukluğuna ise durumsal tip sertleşme bozukluğu denir.^{193,198,204}

En yaygın hekime başvuru nedeni olan erkek cinsel işlev bozukluğu sertleşme bozukluğudur. Tüm erkeklerin % 10 ile 20'sinde edinilmiş tip sertleşme bozukluğu mevcuttur. Cinsel bozukluk nedeniyle tedavi altına alınan erkeklerin yarısından fazlasında önde gelen yakınma, sertleşme bozukluğudur. Yaşam boyu sertleşme bozukluğuna daha az rastlanılmaktadır. 35 yaşından önce yaklaşık % 1 oranında görülür. Erektile disfonksiyon sıklığı yaşla beraber artmaktadır. 60-70 yaş arası erkeklerin % 40-50'si, 80 yaşındaki erkeklerin % 75'inde sertleşme bozukluğu olduğu bildirilmiştir.^{193,198}

Erkeklerde sertleşme bozukluğu organik, ruhsal ya da çoğul sebeplerden kaynaklanabilir. Genç ve orta yaşlı erkeklerin büyük bir kısmı ile farklı partnerlerde ereksiyon problemi yaşayanların ya da spontan ereksiyonları, sabah ereksiyonları olan, mastürbasyonda ereksiyon güclüğü yaşamayan olgular sadece cinsel birleşmeye geçileceğinde problem yaşıyorsa sorununun ruhsal kökenli olduğu söylenebilir. Bu olgularda organik nedenler göz ardı edilebilir.^{193,198} DSM-5'e göre erkekte sertleşme bozukluğu tanı kriterleri Tablo 10'da gösterilmiştir.³

Tablo 10. DSM-5 Erkekte Sertleşme Bozukluğu Tanı Ölçütleri

- | |
|---|
| <p>A. Tüm cinsel aktivitelerde ya da neredeyse tüm cinsel aktivitelerde (yaklaşık % 75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), aşağıdaki üç semptomdan biri yaşıyor olmalıdır:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cinsel aktivite esnasında sertleşme (ereksiyon) sağlamada belirgin zorluk yaşama.2. Cinsel aktiviteyi sonlandırana dek sertleşmeyi (ereksiyonu) devam ettirmede belirgin zorluk yaşama.3. Sertlik düzeyinde belirgin azalma. <p>B. A tanı kriterindeki semptomlar en az yaklaşık altı aydır devam etmektedir.</p> <p>C. A tanı kriterindeki semptomlar, bireyde, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açar.</p> <p>D. Bu CİB, cinsel kökenli olmayan bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda ya da gerginlik oluşturan önemli başka etkenlerden ortaya çıkmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.</p> |
|---|

2.3.5.4. Kadında Orgazm Bozukluğu

“Anorgazmi” veya “kadında baskılanmış orgazm” olarak da kimi zaman isimlendirilebilen kadında orgazm bozukluğu, orgazmın yeterli süre ve şiddette cinsel uyarıya rağmen tekrarlayan ya da sürekli biçimde geç olması ya da hiç olmaması durumudur. Özetle kadının cinsel birleşme ya da mastürbasyonla orgazm olamamasıdır. Herhangi bir uyarıyla hiçbir orgazm tecrübesi yaşamamış bir kadın yaşam boyu veya primer orgazm bozukluğu olarak tanımlanır. Sekonder veya edinilmiş orgazm

bozukluğunda ise kadın uyarım şartına veya türüne bakılmaksızın daha önce en az bir kere orgazm yaşamıştır. Primer orgazm bozukluğu, sekonder orgazm bozukluğundan daha yaygın görülür. Mastürbasyon ile orgazm olabilen bazı kadınlar, koitus ile orgazm olamamaktadır. Orgazm olamayan bazı kadınlar bu durumdan rahatsızlık duymazlar ve cinsel etkinliklerden keyif alırlar.^{193,204}

Orgazmın vajinal ve klitoral bileşenleri olup, ikisinin ayrılmasının yapay olduğu düşünülmüştür. Ayrıca yapılan çalışmalarda klitoral ve vajinal uyarımlar ile meydana gelen orgazmların fizyolojik açıdan özdeş oldukları saptanmıştır.^{193,204}

Yapılan çalışmalarda cinsel sorun nedeniyle başvurmayan kadınların % 40 ile 60 oranında orgazm olamadıkları görülmüştür. Yine yapılan bir çalışmada 35 yaşın üstündeki evli kadınlarda % 5 oranında hiçbir şekilde orgazm olmadıkları saptanmıştır. Tüm kadınlar arasında hiç orgazm olmama oranı %10 olarak saptanmıştır. Orgazm sıklığının ileri yaşlarda arttığı görülmüştür. Evli kadınlarla, evlenmemiş kadınlar kıyaslandığında, yaşam boyu orgazm bozukluğu oranı evlenmemiş kadınlarda daha yüksek saptanmıştır. Yapılan diğer bir çalışmada da olguların % 46'sı orgazma ulaşmada zorluktan yakınmıştır. Orgazm bozukluğu oranının bu kadar yüksek olmasına rağmen, bu nedenden kaynaklanan tedavi amaçlı başvuruların sayısı düşüktür.^{193,204} DSM-5'e göre kadında orgazm bozukluğu tanı kriterleri Tablo 11'de yer almaktadır.³

Tablo 11. DSM-5 Kadında Orgazm Bozukluğu Tanı Ölçütleri

- | |
|---|
| <p>A. Tüm cinsel etkinliklerde veya neredeyse tüm cinsel etkinliklerde (yaklaşık % 75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) aşağıda yer alan semptomlardan birinin olması:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Orgazmda belirgin gecikme, belirgin orgazm seyrekliği ya da yokluğu.2. Orgazm duyularının çok düşük yoğunlukta olması. <p>B. A tanı kriterindeki semptomlar en az yaklaşık altı aydır sürmektedir.</p> <p>C. A tanı kriterindeki semptomlar, bireyde, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açar.</p> <p>D. Bu CİB, cinsel kökenli olmayan bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda (örn. partnerin kaba kuvvet kullanması) ya da gerginlik oluşturan önemli başka faktörlerden ortaya çıkmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.</p> |
|---|

2.3.5.5.Erken Boşalma

Yineleyici ve sürekli olarak orgazma ve boşalmaya istenilenden daha erken ulaşılması, erken boşalma olarak tanımlanır. Düzenli bir şekilde vajinaya girişten önce veya girişten yaklaşık 1 dakika içerisinde ejakülasyon olması durumunda konmaktadır.

DSM-5 tanı kriterlerinde sadece “vajinal giriş” ibaresi olsa da bozukluğun homoseksüel olan ve vajinal birleşme dışındaki cinsel aktivitelerde bulunan erkeklerde de olması mümkündür. Ejakülasyon vajinaya girişten itibaren 30 saniye-1 dakika içerisinde meydana gelirse hafif, 15-30 saniye içerisinde meydana gelirse orta, cinsel etkinliğin başında veya vajinaya girişten itibaren yaklaşık 15 saniye içerisinde meydana gelirse şiddetli olarak tanımlanır. Esas olarak erken boşalma, ejakülasyonun yeterince denetlenememesi, kontrol duygusunun bulunmaması ve kalıcı veya sık olarak bireyin, partnerinin veya her ikisinin birden, amaçladıklarından daha erken boşalmasıdır. Tanı konulurken partnerin yeni olup olmaması, yaş, cinsel birleşme sıklığı mutlaka sorgulanmalıdır.^{193,198}

Erkeklerde en yaygın görülen CİB erken boşalmadır. Yapılan araştırmalarda erken boşalma oranının % 20 ile 35 arasında olduğu saptanmıştır. Yine cinsel problemler sebebiyle tedavi alan erkeklerin % 35-40'ının temel belirtisi erken boşalmadır. Eğitim seviyesi yüksek olan erkeklerde, eğitim seviyesi az olanlara göre daha yaygın görülmektedir.^{193,198}

Erken boşalması olan genç, tecrübesiz olguların yakınmaları ilerleyen süreçte gerileyebilmektedir. SSGİ'ler ve klomipramin gibi diğer antidepresanlar endikasyon dışı yaygın olarak kullanılmaktadır. Erken boşalma tedavisinde ruhsatlandırılan ilk ilaç kısa etkili bir SSGİ olan dapoksetin olmuştur. Bireye boşalma kontrolünün öğretilmesi ile uygulanan cinsel terapi, erken boşalmanın tek kesin ve kalıcı tedavisidir.^{193,198} DSM-5'e göre erken boşalma tanı kriterleri Tablo 12'de yer almaktadır.³

Tablo 12. DSM-5 Erken Boşalma Tanı Ölçütleri

- | |
|--|
| <p>A. Partnerli cinsel aktivite esnasında, devamlı ya da tekrarlayıcı şekilde, vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve bireyin isteğinden önce boşalma örüntüsü:</p> <p>Not: Erken boşalma tanısı, vajinayı kapsamayan cinsel aktivitelerde bulunan bireylere de konabilirse de, bu tür aktiviteler için özgül süre ölçütü belirlenmemiştir.</p> <p>B. A tanı kriterindeki semptomlar en az yaklaşık altı aydır devam etmektedir ve her cinsel aktivite ya da neredeyse her cinsel aktivite (yaklaşık % 75-100'ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda) olmalıdır.</p> <p>C. A tanı kriterindeki semptomlar, bireyde, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açar.</p> <p>D. Bu CİB, cinsel kökenli olmayan bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda ya da gerginlik oluşturan önemli başka etkenlerden ortaya çıkmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.</p> |
|--|

2.3.5.6.Geç Boşalma

Erkeklerin cinsel ilişki esnasında boşalmaya büyük bir güçlük ulaşma geç boşalma olarak tanımlanmaktadır. Kimi zaman “gecikmiş boşalma” şeklinde isimlendirilmektedir. Erken boşalma sorunu mastürbasyonla nadiren görülür ve sıklıkla partnerli cinsel aktivite esnasında ortaya çıkmaktadır. Partnerle gerçekleştirilen cinsel aktiviteler esnasında hiç ejakülasyon yaşanmaması yaşam boyu geç boşalma, öncesinde normal işlevselliği bulunan erkeklerde ortaya çıktığında edinilmiş geç boşalma olarak adlandırılır.¹⁹³ DSM-IV’teki “Erkeklerde orgazm bozukluğu” tanı kategorisinin yerini DSM-5’te geç boşalma almıştır.²¹¹

Geç boşalma yaygınlığı, erken boşalma ve erektil disfonksiyona göre çok daha azdır. Erkeklerde en nadir görülen CİB geç boşalmadır. Yapılan bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu tanısı bulunan erkeklerde geç boşalma oranının % 3,8 olduğu saptanmıştır. Erken boşalmanın genel yaygınlığı ise % 5 olarak saptanmıştır. Ayrıca son dekatta cinsel terapi programlarında bu patolojinin yaygınlığında artış olduğu görülmüştür. Antidepresan ilaç ve pornografik içerikli sitelerin kullanımındaki artışın bu duruma yol açtığı düşünülmektedir.¹⁹³

Yaşam boyu geç boşalma, genellikle altta yatan şiddetli bir ruhsal hastalığa işaret etmektedir. OKB’si bulunan erkeklerde, diğerlerine oranla daha yaygın olarak geç boşalma saptanabilmektedir. Cinselliği günah, cinsel organları kirli olarak algılama, tutucu bir yapıya sahip olma ve kişide bilinçli veya bilinç dışı enest arzular ve suçluluk duyguları olması da bu duruma yol açabilir.¹⁹³ DSM-5’e göre geç boşalma tanı kriterleri Tablo 13’te yer almaktadır.³

Tablo 13. DSM-5 Geç Boşalma Tanı Ölçütleri

- | |
|---|
| <p>A. Tüm cinsel aktivitelerde veya neredeyse tüm cinsel aktivitelerde (yaklaşık % 75-100’ünde) (belirli durumlarda ya da yaygın ise her durumda), aşağıdaki üç semptomdan biri yaşanıyor olmalıdır:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Boşalmada belirgin gecikme.2. Belirgin boşalma seyrekliği ya da yokluğu. <p>B. A tanı kriterindeki semptomlar en az yaklaşık altı aydır devam etmektedir.</p> <p>C. A tanı kriterindeki semptomlar, bireyde, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açar.</p> <p>D. Bu CİB, cinsel kökenli olmayan bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda ya da gerginlik oluşturan önemli başka etkenlerden ortaya çıkmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.</p> |
|---|

2.3.5.7 Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/ İçe Girme Bozukluğu

DSM-IV'te ayrı kategoriler halinde bulunan vajinismus ve disparoni, “Cinsel organlarda-Pelviste Ağrı/ İçe Girme Bozukluğu” tanı kategorisi altında birleştirilmiştir.²¹¹ Cinsel birliktelik yaşamakta güçlük, cinsel organlarda-pelviste ağrı, koitus esnasında ağrı ya da giriş korkusu ve pelvik taban kaslarında kasılma yakınmalarından bir veya daha fazlasının varlığında DSM-5'e göre bu tanı konulmaktadır. Bu yakınmalardan iki ya da fazlası bir arada mevcut olabilmektedir.^{3,193}

Koitus öncesinde, esnasında veya sonrasında yineleyici ya da süregelen genital ağrı disparoni olarak tanımlanır. Vajinismusla bağlantılı olup, çoğu zaman her iki tablo beraber seyretmektedir. Disparoni nadiren erkeklerde de görülebilir ve çoğunlukla altta yatan organik bir tablo mevcuttur. Vajinismus ise, vajinanın dış 1/3'ünün, pelvik taban kaslarının istemsiz kasılması nedeniyle daralması olarak tanımlanmaktadır. Bu durum penisin vajinaya girişine ve cinsel birleşmeye engel olmaktadır. Bazı durumlarda cinsel birleşme düşüncesi dahi kasılmaya yol açabilir. Her iki tabloda da organik etiyoloji dışlanmalıdır.^{193,203,204}

Yapılan bir çalışmada CİB bulunan kadınların % 20,3'ünde disparoni saptanmıştır.²¹² Kanada'da yapılan başka bir çalışmada vajinismus oranı % 1-6 arasında saptanmıştır. Vajinismus kadınlarda en sık görülen CİB olmamasına rağmen, ülkemizde tedavi amacıyla olan başvuruların en sık nedenidir. Ülkemizde sağlık kuruluşlarına cinsel tedavi amaçlı başvuran kadınlardan yaklaşık olarak yarısı vajinismus sebebiyle başvurmaktadır. Batı ülkelerine oranla ülkemizde daha yaygın olarak görülmektedir. Kuzey Amerika'da yaşayan kadınların % 15'inin koitus esnasında yineleyici ağrı yaşadığı, DSM-5'te bildirilmektedir.^{193,203,204}

Vajinismusun tedavisi herhangi bir farmakolojik yaklaşım ya da operasyonla mümkün olmamaktadır. En kolay tedavi edilebilen CİB olup, cinsel terapiyle çok yüksek bir tedavi başarı oranına sahiptir. Farklı terapi yaklaşımları uygulanabilse de, en sık ve etkili terapi yöntemi bilişsel-davranışçı tekniklerin kullanıldığı cinsel terapilerdir.¹⁹⁸ DSM-5'e göre cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu tanı kriterleri Tablo 14'te yer almaktadır.³

Tablo 14. DSM-5 Cinsel Organlarda-Pelviste Ağrı/ İçe Girme Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden birinde (ya da daha fazlasında), sürekli ya da yineleyici güçlük yaşama: 1. Birleşme esnasında vajinaya girme 2. Vajinaya girme ya da girme girişimleri esnasında vulvovajinada ya da pelviste belirgin ağrı duyma. 3. Vajinaya girme fiilinin meydana geleceği beklenirken ya da vajinaya girme esnasında ya da girilmesinden dolayı, vulvovajinada ya da pelviste ağrı duymayla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma. 4. Vajinaya girme girişimi esnasında pelvik taban kaslarını çok germe ya da sıkma. B. A tanı kriterindeki semptomlar en az yaklaşık altı aydır devam etmektedir. C. A tanı kriterindeki semptomlar, bireyde, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açar. D. Bu CİB, cinsel kökenli olmayan bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz ya da ağır bir ilişki bozukluğunda (örn. partnerin kaba kuvvet uygulaması) ya da gerginlik oluşturan önemli başka etkenlerden ortaya çıkmamaktadır ve bir maddeye/ilaca ya da başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

2.3.5.8.Maddenin/İlacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu

CİB, belirgin bir madde yoksunluğu veya çekilmesinden hemen sonra ya da ilaca maruziyet veya ilaç tedavisindeki değişikliğin hemen ardından ortaya çıkmalıdır.³

Alkol, amfetamin veya ilişkili maddeler, sedatifler, kokain, hipnotikler ve anksiyolitikler, opioidler cinsel fonksiyonları etkilediği saptanan maddelerdir. Düşük dozlarda alındığında birçok madde anksiyeteyi azaltarak ve duygulanımda elevasyona yol açarak cinsel performansı artırır. Sürekli kullanımda ise ereksiyon, orgazm ve ejakülasyon problemlerine yol açabilir. Alkol disinhibisyon etkisi ile, cinsel aktivitenin başlamasını kolaylaştırır fakat bunun yanı sıra cinsel performansta düşüşe neden olur.^{193,199,213,214}

Psikiyatrik ajanlar başta olmak üzere, tüm ilaçların CİB' e yol açabildiği bildirilmiştir. Erkeklerde cinsel istekte azalma, ereksiyon problemleri, geç boşalma, ejakülat hacminde azalma, retrograd boşalma; kadınlarda ise cinsel istekte azalma, vajinal kuruluk artışı ve orgazm bozuklukları gibi yan etkilere neden olabilirler.^{193,199,213,214}

OKB tedavisinde de kullanılabilen antipsikotik ilaçlar, ereksiyon ve orgazm problemlerine, vajinal kuruluğu, retrograd ejakülasyona yol açabilirler. Prolaktin düzeyindeki yükselmeye bağlı olarak libidoda düşüş gözlenebilir. Antidepresan ilaçlar da ereksiyon güçlükleri, amenore, orgazm sorunları, disparoni ve geç boşalmaya neden olabilirler. Antidepresan tedavi esnasında en sık rastlanılan CİB geç boşalmadır. Bu yan etki bazen erken boşalma olgularında tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Klomipraminin bazı olgularda cinsel dürtüyü arttırdığı saptanmıştır. Bupropion ve selejilinin cinsel dürtüyü

arttırdığı bildirilmiştir. Venlafaksin ve SSGİ'lerin çoğunlukla serotonin düzeylerindeki artış nedeniyle kadın ve erkekte cinsel istekte azalma ve orgazma ulaşmada zorluk gibi yan etkiler görülebilmektedir. Mirtazapin, tianeptin, reboksetin, nefazodon, moklobemid gibi bazı antidepresanlar daha düşük cinsel yan etki profiline sahiptir. Trazodon, priapizme yol açabilmektedir.^{193,199,213,214}

Yapılan çalışmalarda DDD ajan olan lityum'un cinsel istek azalma, ereksiyon problemleri, infertiliteye yol açabileceği gösterilmiştir.²¹⁵ Benzodiazepinler de sertleşme ve orgazm bozukluklarına, hiperseksüaliteye, libidoda azalmaya, dispareniye yol açabilmektedir.^{193,216} Maddenin/ilacın yol açtığı CİB tanı kriterleri Tablo 15'te³, CİB'e yol açabilecek ilaçlar Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 15. DSM-5 Maddenin/ilacın Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu Tanı Ölçütleri

- | |
|--|
| <p>A. Klinik görünümüne, klinik açıdan belirgin bir CİB hakimdir.</p> <p>B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen bulgular (1) ve (2)'nin varlığını gösterir:</p> <ol style="list-style-type: none">1. A tanı kriterindeki semptomlar, madde entoksikasyonu ya da yoksunluğu esnasında ya da az bir zaman sonrasında ya da bir ilaç aldıktan sonra ortaya çıkmıştır.2. Söz konusu madde/ilacın, A tanı kriterindeki semptomları ortaya çıkarabilir. <p>C. Bu bozukluk maddenin/ilacın yol açmadığı bir CİB ile daha iyi açıklanamaz. Aynı bir CİB olduğunun delilleri şunlar olabilir; Semptomlar, madde/ilacın kullanımından önce de vardır, semptomlar, akut yoksunluğun ya da ağır entoksikasyonun bitmesinden sonra önemli bir süre (örn. yaklaşık bir ay) kalıcı olmuştur ya da aynı bir maddenin/ilacın yol açmadığı CİB'nin başka delilleri vardır. (örn. maddenin/ilacın yol açmadığı yineleyici dönemlerin varlığına ilişkin bir öykü).</p> <p>D. Bu bozukluk sadece deliryumun gidişi esnasında ortaya çıkmamaktadır.</p> <p>E. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye yol açar.</p> |
|--|

Tablo 16.Cinsel İşlev Bozukluğuna Yol Açabilecek İlaçlar

<u>Psikiyatrik ilaçlar</u> • Antipsikotik ilaçlar • Duygudurum düzenleyiciler • Antidepresan ilaçlar • Anksiyolitik ilaçlar • Sedatif ilaçlar <u>Alkol-uyuşturucu maddeler</u> • Alkol • Nikotin • Kafein • Esrar • Kokain • Amfetamin • Opioidler • Barbitüratlar <u>Antikonvülsanlar</u> • Fenitoin • Karbamazepin • Valproat <u>Antihistaminik ve dekonjestanlar</u> • Klorfeniramin • Difenhidramin • Psödoefedrin <u>Kanser ilaçları</u>	<u>Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar</u> • Albuterol • Terbutalin • Epinefrin • Sempatomimetikler • Teofilin • Kortikosteroidler • Antikolinerjikler <u>Diüretikler</u> • Furosemid • Tiazid grubu diüretikler • Potasyum tutucu diüretikler <u>Antihipertansifler</u> • Metildopa • B-blokörler • Alfa-1 blokörler • ACE inhibitörleri • Alfa-2 antagonistler • Kalsiyum kanal blokörleri <u>Mide koruyucu ilaçlar</u> • H2 reseptör antagonistleri <u>Kardiyolojik ilaçlar</u> • Hipolipidemikler • Antiaritmikler
--	--

2.3.6 Cinsel İşlev Bozukluklarının Etiyolojisi

CİB, hem organik hem psikojenik birçok nedenden kaynaklanabilir. Çoğu kez de bu iki neden bozukluğun meydana gelmesinde beraber rol oynar. CİB oluşmasında ve devam etmesinde çoğu zaman psikososyokültürel etmenle bir arada bulunur. CİB etiyolojisinde yer alan faktörler, üçe ayrılabilir. Bunlar yatkınlık yaratıcı, başlatıcı ve devam ettirici etkenlerdir.^{198,204}

Kişide herhangi bir CİB meydana gelmesine yatkınlık oluşturan ögelere, hazırlayıcı etkenler denir. Cinsel eğitimin yeterince yapılmaması, cinsel mitlerin sık olması, cinsel anlamda tecrübe eksikliği, tutucu ortamlarda yetişme, kişinin yaşam şekli, aile ilişkilerinde bozukluk olması, kişilik özellikleri, cinsel taciz ve travmalar, cinsel yönelim problemleri buna örnek olarak verilebilir.^{198,204}

CİB oluşmasında rol alan ruhsal ve organik çeşitli tablolar, başlatıcı etkenler olarak tanımlanır. Kişide organik bir hastalığın veya depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluk gibi ruhsal bir hastalık bulunması, farmakolojik ajanların yan etkileri, alkol veya madde kullanılması, gerçek dışı performans beklentileri, partnerde bulunan CİB tanısı olması, hamilelik veya doğum olması, menopoz, aldatılma veya eşin sadakatine karşı şüphe olması, yaşlanma gibi nedenler başlatıcı etkenlerdir.^{198,204}

CİB hangi nedenle başlarsa başlasın, devam ettirici etkenlerin devreye girmesi bozuklukları kronikleştirebilir. Buna yol açan etkenlere sürdürücü etkenler denir. Cinsel sorunların devam etmesinde en yaygın sürdürücü etken performans kaygısıdır. Organik ve ruhsal hastalıklar, farmakolojik tedavi kullanılması, alkol ve madde kullanılması gibi başlatıcı etkenler kontrol edilemezse, sürdürücü etkenlere dönüşebilirler. Eşler arası iletişim problemi olması, cinsellikle alakalı günahkarlık ve suçluluk düşünceleri olması, partnerler arası iletişim kaybı olması veya partnerlerin birbirini çekici bulmaması da diğer yaygın görülen sürdürücü etmenlerdendir.²⁰⁴ CİB'e yol açan hastalıklar ve tıbbi durumlar Tablo 17'de gösterilmiştir.^{198,204}

Tablo 17. Cinsel İşlev Bozukluğuna Neden Olan Hastalıklar ve Tıbbi Durumlar

<u>Kardiyovasküler hastalıklar</u> • Leriche sendromu • Hipertansiyon • Hiperlipidemi • Aterosklerotik hastalıklar • Aort anevrizması • Kalp yetmezliği <u>Sinir Sistemi Hastalıkları</u> • Multipl skleroz • Parkinson hastalığı • Transvers myelit • Temporal lob epilepsisi • Amiyotrofik lateral skleroz • Periferik nöropati • Spinal kordun travmatik ve neoplastik hastalıkları • Genel paraliziler • SSS tümörleri <u>Endokrin Sistem Hastalıkları</u> • Diabetes mellitus • Hipofiz bezi hastalıkları • Hipertroidi • Akromegali • Addison hastalığı • Adrenal neoplaziler <u>Enfeksiyöz ve paraziter hastalıklar</u> • Kızamık • Kabakulak • Elefantiyazis <u>Nutrisyonel Bozukluklar</u> • Obezite • Vitamin eksiklikleri • Malnutrisyon	<u>Solunum Sistemi Hastalıkları</u> • Solunum yetmezlikleri • Kronik obstrüktif akciğer hastalığı <u>Beslenme Bozuklukları</u> • Kötü ve dengesiz beslenme • Vitamin eksiklikleri <u>Karaciğer Hastalıkları</u> • Siroz <u>Kalıtsal Hastalıklar</u> • Klinefelter sendromu • Penisin vasküler, yapısal anomalileri <u>Entoksikasyonlar</u> • Kurşun • Herbisitler <u>Gecirilmiş Operasyonlar</u> • Radikal sistektomi • Perineal prostatektom • Aorta-iliak operasyonlar • Abdominal perineal kolon rezeksiyonu • Retroperitoneal lenfadenektomi • Sempatektomi <u>Renal ve Ürolojik Hastalıklar</u> • Varikosel • Hidrosel • Kronik böbrek hastalığı <u>Diğer</u> • Radyoterapi • Pelvis kırığı
--	--

2.3.7 Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Cinsel İşlev Bozuklukları

Psikiyatrik hastalıklara veya bu hastalıkların sağaltımında kullanılan ilaçlara bağlı olarak CİB ortaya çıkabilmektedir. Araştırmalarda OKB hastalarında hafif düzeyden orta düzeye kadar farklı şiddetlerde cinsel problemler olduğu saptanmıştır.²¹⁷ Yapılan bazı çalışmalarda, OKB'de % 54 ile 73 arasında değişen oranlarda cinsel tatminsizlik ve cinsel işlev bozukluğu bildirilmektedir.²¹⁷⁻²¹⁹ Diğer bir çalışmada cinsel işlev bozukluğunun, OKB'li bir kadın örnekleminin % 53,33'ünü etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmada

kadınların % 20,51'ini etkileyerek en sık görülen CİB orgazm bozukluğu, ardından ikinci sırada % 15.38 oranında görülen cinsel istek sorunları görülmüştür.²²⁰ Yapılan başka bir çalışmada ise OKB hastalarının % 50'sinde CİB görüldüğü bildirilmiştir.¹⁸ Ülkemizde yapılan bir çalışmada OKB hastalarında % 65,4 oranında CİB görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada OKB hastası kadınlarda en sık görülen CİB anorgazmi (% 51,2), erkek hastalarda ise azalmış cinsel istektir (% 18,2).²²¹

OKB'li kadın ve erkeklerin cinsel ilişkilerinde genellikle memnun olmadıkları ve ilişkiden kaçındıkları konusunda sessiz bir fikir birliği vardır.²²² OKB hastaları için önemli evlilik sorunları ve sıkıntılar bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmaya göre birçok hastanın (% 47) partneri yoktur²¹⁷ ya da yıllardır cinsel birleşmede bulunmamıştır.²²³ OKB olgularıyla yapılan çalışmalarda, olguların özgüvenlerinin daha az olduğu, utanma hissinin daha çok olduğu, yakın ve sürekli ilişkiler kurmakta güçlük çektikleri saptanmıştır.²²⁴

OKB cinsel problemlerin başlangıcında ve devamında rol oynamaktadır. Cinsel obsesyonlar ve bulaş obsesyonlarının bulunması hastalarda cinsel ilişkiden uzaklaşmaya sebep olabilmektedir. Obsesif bireylerde performans anksiyetesi yaygın görülmektedir. OKB tanılı bazı kadın hastalarda cinsel uyarılma bozukluğu ve anorgazmi görülebilmektedir. Bulaş obsesyonu hastalarda cinsel tiksinti bozukluğuna yol açabilmektedir. Bulaş obsesyonları, uzun süreli temizlik uğraşları sebebiyle cinsel ilişkiden uzaklaşmaya yol açabilir ve cinsel isteksizlik ortaya çıkabilir. Cinsel obsesyonlar kimi hastalarda suçluluk hissine sebep olabilir. Uygunsuz cinsel davranış sergilenmesinden kaygı duyulabilir ve cinsel aktiviteden uzaklaşma ortaya çıkabilir.²²⁵

OKB olgularındaki obsesyonların türünün de bu olgularda CİB ortaya çıkmasına yol açtığı belirtilmektedir. Bir çalışmada OKB olgularındaki semptomların şiddeti ile, cinsel birleşme sonucu ortaya çıkabilecek kirlenme korkusu arasında bağlantı olduğu belirtilmektedir.²²⁶ Başka bir çalışmada da bulaş obsesyonlarının CİB ile daha sıkı bir ilişkisinin bulunduğu saptansa da²¹⁸, diğer obsesyon türlerinin de kişilerin cinsel fonksiyonlarında birtakım problemlere neden olabileceği belirtilmiştir.²²⁷ Yapılan bir diğer çalışmada OKB hastalarının cinsel uyarılma ve istekte bozulmaların yanı sıra önemli düzeyde cinsel tiksinti olduğu bildirilmiştir.²²⁸

2.3.8 OKB'de Farmakolojik Tedaviye Bağlı Cinsel İşlev Bozukluğu

SSGİ'ler ve klomipramin, OKB semptomlarını hafifletmede en etkili ajanlar olarak kabul edilir. SSGİ'lerin özellikle cinsel yan etkilere neden olma eğiliminde olduğu bildirilmiştir. Ancak bu oran küçük yüzdelerden % 80'e varana kadar oldukça değişkenlik göstermektedir.²²⁹ Başka bir çalışmada SSGİ ile ilişkili cinsel işlev bozukluğunun insidansı, % 30 ile % 50 arasında saptanmıştır.²³⁰ Diğer bir çalışmaya göre, farklı SSGİ'ler için plaseboya kıyasla cinsel işlev bozukluğu için rölatif risk 5,74 ile 18,64 arasında değişen oranlarda artmıştır.²³¹ SSGİ'lerin uygulanmasından sonra sağlıklı gönüllülerde cinsel sorunların da ortaya çıktığı görülmüştür.²³² Çoğu çalışmada SSGİ'lere odaklanılmış ve SSGİ'lerin trisiklik antidepresanlardan daha fazla cinsel işlev bozukluğuna yol açtığı öne sürülmüştür.²³³ Başta libido kaybı ve gecikmiş orgazm (ayrıca erektil disfonksiyon ve gecikmiş boşalma) olmak üzere tüm cinsel işlevler, SSGİ'ler tarafından engellenebilir.²²⁹ OKB hastalarında cinsel işlevlerin değerlendirilmesi birçok açıdan gereklidir. Öncelikle depresyonda kullanılan standart dozlarla karşılaştırıldığında, OKB hastalarında ilaç yanıtının daha yüksek dozlarda daha iyi olduğuna dair kanıtlar mevcuttur.²³⁴ Ayrıca, hastaların %40-60'ının ilaca tamamen yanıt vermediği²³⁵, maksimum SSGİ dozlarının ve güçlendirme stratejilerinin yaygın olarak kullanıldığı ve bunun daha yüksek yan etki oranlarına yol açtığı tahmin edilmektedir. OKB tedavisinde güçlendirme stratejileri antipsikotik ajanları içerir. Antipsikotik ilaçlar arasında farklılıklar olmasına rağmen, bazılarının cinsel yan etkilere neden olduğu da bildirilmiştir.²³⁶ Antipsikotik ilaç kullanımına bağlı cinsel işlev bozukluğunun nedeninin, artan prolaktin seviyeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.²³⁷ Farmakolojik tedavinin neden olduğu CİB, psikiyatrik bozuklukların yönetiminde çeşitli sorunlara yol açabilir. Özellikle erkek hastalarda, en kötü tolere edilen yan etkilerden biridir.²³⁸ Daha büyük yaştaki ergenler, bozukluğu geliştirmeye özellikle yatkın görünmektedir³⁹ ve cinsel sorunların başlangıcı, cinsel davranışın normal başlatılmasını zorlaştırabilir veya daha önce cinsel olarak aktif olan bir ergenin işlevselliğini engelleyebilir. İspanya'da yapılan bir çalışmada, CİB olan erkeklerin % 40'ının ve kadınların % 20'sinin bu nedenle tedaviyi bırakmayı düşündükleri gösterilmiştir.²³⁶

Eğer ilaca bağlı CİB gelişirse, CİB insidansı daha düşük olan mirtazapin, bupropion veya agomelatin gibi antidepresanlara geçiş yapılması ilaca bağlı işlev

bozukluğunu azaltabilir. Ancak bu ilaçların obsesif-kompulsif bozukluk için bir endikasyonu yoktur. Antipsikotikler için de risperidon, amisülpirid veya paliperidon yerine aripiprazol, ketiapin veya olanzapin seçmek daha iyidir. Yine CİB geliştiği durumlarda bozukluğun kendiliğinden düzelmesi veya tolerans gelişmesi beklenebilir. Klinik semptomların sürekli ve titiz bir şekilde değerlendirilmesiyle birlikte antidepresan veya antipsikotik dozlarını azaltılabilir. Antidepresan kısa bir süre için (örn. 1-2 gün) kesilebilir, cinsel aktivite dönemin sonunda planlanır. Bu duruma ilaç tatili denir. Tedaviye fosfodiesteraz-5 (PDE-5) inhibitörleri eklenebilir. Tadalafil ve sildenafil'in, SSGİ ile ilişkili erektil disfonksiyonu olan erkeklerde erektil işlevi ve genel cinsel tatmini iyileştirdiği ve antidepresan kaynaklı kadın orgazm bozukluğunu iyileştirebileceği bulunmuştur.^{239,240}

2.4 Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Çift Uyum

OKB hastaları, partner ilişkileri de dahil olmak üzere kişilerarası iletişimde daha az başarılı olma eğilimindedir.²⁴¹ OKB hastaları, başkaları tarafından reddedilmekten, korkulmaktan veya güvenilmemekten kaçınmak için genellikle obsesyonlarını ve kompulsiyonlarını gizler.²⁴² Bu da partnerleriyle daha az entelektüel ve duygusal yakınlığa sahip olacaklarının bir göstergesidir. Bu kişiler, OKB semptomları partnerleriyle ilgili olduğunda, yakınlığı artırabilecek duygu ve düşünceleri açığa vurmaktan özellikle korkabilirler. OKB'nin, aile ve evlilik sıkıntıları ile yüksek düzeyde bağlantılı olduğu düşünülmektedir.^{243,244} OKB semptomları için maruz bırakma tedavisi üzerine yapılan bir çalışmada, tedaviden sonra OKB semptomları azaldığında çiftlerin daha az evlilik sıkıntısı yaşadıkları ve OKB şiddeti ile ilişki memnuniyeti arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.²⁴⁵ Yapılan bir çalışmada OKB hastalarının partnerlerinden daha az tatmin oldukları ve onlarla daha az yakınlık yaşadıkları belirlenmiştir.²⁴⁶ OKB hastaları, ilişkileri kontrol etmek için aşırı bir ihtiyaç duyarlar.^{247,248} Bu kadar yüksek derecede kişilerarası kontrol mümkün olmadığından, ilişkiler daha da gerilme eğilimindedir. İlişkiye veya partnerin kendisine yoğunlaşan obsesif ilgi ve şüpheler, ilişkide romantizme zarar verebilir ve özellikle obsesif hastalar partnerleriyle bunları sık sık tartışma eğiliminde olabilir.²⁴⁸ OKB'den etkilenen hastalar olumsuz duyguları tanımlamada ve bunlarla baş etmede zorluk yaşarlar. Artan gerilim durumunu dış koşullara bağlarlar ve bunları iç çatışmalar olarak görmezler.²⁴⁹

Partnerler bazen hastaların takıntıları nedeniyle kaçındıkları aktiviteleri yapmaya başlarlar. Onlara yardım etmeye çalışırken yapılan bu davranışlar kısa vadede rahatlama sağlar ancak aynı zamanda nihayetinde onlara zarar veren kaçınma davranışlarının sürmesine yardımcı olarak kısır döngüye neden olur.²⁵⁰ Örneğin partner, hastanın kirlenmesini ve yıkanmasını önlemek için hastanın yerine çöpü dışarı çıkarır. Bazen de hasta yakınları hastayı "sakinleştirmek" için kompulsif kontroller bile yaparlar ve çoğu zaman da hastaya güvence verirler.^{251,252} Yıkanma ve nötralize etme gibi bazı kompulsif davranışlar, OKB hastalarının kaygılarını azaltabilir ve duygusal olarak daha yakın olmalarını ve ilişkilerinden daha memnun olmalarını sağlayabilir. Örneğin, nötrleştirme, OKB hastalarının, partnerleriyle sosyal ve eğlence amaçlı yakın faaliyetlerde bulunmalarını sağlayarak ilişki işleyişini iyileştirebilir. Ancak yakın faaliyetlerde bulunmanın, bu faaliyetler sırasında hissedilen kaygıyı azaltmak için nötrleştirmede bir artışa neden olması da mümkündür.²²⁶

OKB hastaları genellikle sevdiklerine önemli ölçüde bağımlıdır.²⁵³ Hastanın partneri genellikle kendini kısıtlanmış hissedebilir. Bununla birlikte, bazen OKB hastalarının partnerleri ilişkide hakimiyet ve ihtiyaç duyulma duygusuyla kendisini değerli hissedebilir. Zaman zaman, OKB'yi şiddetlendiren veya ikincil depresyonun gelişmesine yol açan önemli çatışmalar ortaya çıkabilmektedir. Partnerler, eşlerinde OKB semptomları mevcutken ilişkileri başladığı için, bozukluğun belirtilerini gözden kaçırabilirler. Ayrıca, OKB semptomlarının ilerlemesi, partnerlerin hastanın davranışındaki patolojik değişiklikleri fark edemeyecek kadar yavaş olabilir. Aile giderek daha karmaşık hale gelen ritüellere yavaş yavaş uyum sağlar. Bu gibi durumlarda, partnerler ritüelleri tik veya kişilik özellikleri olarak yorumlayabilir.²⁵⁴

OKB hastalarının eşlerinden daha az memnuniyet duydukları ve daha az yakınlık yaşadıkları görülmektedir.²⁵⁵ İlişki üzerinde kontrol sahibi olmaları gerektiğinden, diğer insanlar kadar yakınlık yaşayamazlar. İlişkide spontanlığı engelleyen ve yakınlığı bozan duygular üzerinde aşırı kontrol, OKB hastaları için de önemli bir sorundur. OKB hastaları bazen eşini de temizlik yapmaya da zorlayabilirler. Özellikle cinsel ilişkiden önce ve sonra uzun süre yıkanır. Bazı hastalar "kontaminasyondan" o kadar korkarlar ki, bu durum cinsel ilişkiye girmelerini tamamen engeller. Hastalık, evlilik ilişkilerinde ciddi gerginliğe yol açabilir. Obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerde boşanma ve ilişkilerin sona erdirilme sayısı çok yüksektir.^{21,256,257}

Aldatma, uyumsuzluk ve alkol veya uyuşturucu kullanımı genel popülasyonda boşanmanın en yaygın nedenleri olarak tanımlanırken²⁵⁸, OKB semptomlarının evlilik sıkıntısının artmasına nasıl katkıda bulunabileceği açık değildir. Örneğin, istifçilik çoğu zaman bekarlıkla ilişkilendirilirken^{259,260}, bulaş ve saldırganlık obsesyonları cinsel temastan kaçınma ile sonuçlanabilir²²⁶ ve böylece yakın ilişkilerin kalitesini etkileyebilir. Alkol kötüye kullanımı veya depresyon da dahil olmak üzere diğer OKB ile komorbid seyreden durumlar²⁶¹, saldırgan davranışlarla²⁶² veya azalmış libido²⁶³ ile ilişkili olabilecekleri için OKB olgularında boşanma riskini artırabilir. Ancak kontaminasyon korkusu nedeniyle belirgin kaçınma davranışları sergileyen ve yüksek düzeyde kaygıları bulunan OKB hastaları, özellikle endişe verici olarak algılanan günlük görevleri yerine getirirken eşlerine daha fazla bağımlı olabilirler. Bu fenomen "aile uyumu" olarak da bilinir. Bu nedenle, evlilik uyumsuzluğu varlığında boşanmayı başlatma olasılığı daha düşüktür.²⁶⁴

Mutsuz bir ilişkinin stresi, OKB semptomlarını şiddetlendirebilir ve etkilenmemiş partnerin daha büyük bir uyum ihtiyacı hissetmesine neden olabilir. Kendini sık sık uyum sağlama rolünde bulmak, ilişkiden daha az memnun hissetmesine yol açabilir. Çoğu partner için uyum davranışları iyi niyetle yapılır çünkü partnerler sevdiklerini sıkıntı içinde görmekten hoşlanmazlar. Yapılan çalışmalarda bu iyi niyetlere rağmen uyum davranışlarının, daha fazla semptom şiddeti ve bozulma, daha zayıf ilişki işleyişi ve azalmış tedavi etkinliği ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Kontaminasyon semptomları (örneğin, belirli uyaranlardan kaçınma veya yıkanma dürtüsü), partnerlerin anlaması ve ilişki kurması için diğer OKB semptomlarından (örneğin, yanlışlıkla yayalara araba ile çarpma korkusu) daha kolay olabilir. Uyum davranışları, bazen şiddetli OKB semptomlarına katkıda bulunabilirken, bunun tersi de doğru olabilir. Diğer bir deyişle, semptomlar daha az şiddetli olduğunda, eşin bunlara uyum sağlama olasılığı daha düşük olabilir. Hasta yüksek düzeyde OKB yaşadığında, kaygısını azaltmak için partnerinden daha fazla yardım isteyebilir veya partner, hastanın sıkıntısının daha fazla farkında olabilir ve hastanın sıkıntısını azaltmak için daha yüksek düzeyde uyum sağlayabilir. Sevilen birini sıkıntı içinde gözlemlemenin acı verici olabileceği göz önüne alındığında, partnerin uyumu hastaninkine ek olarak kendi sıkıntısını da azaltmaya yönelik olabilir. Semptomlara uyum sağlama davranışının, bir partnerin OKB hastası olduğu yetişkin romantik ilişkilerinde önemli bir dinamiği temsil ettiği düşünülmektedir. Bu süreç, daha

yüksek düzeyde OKB semptom şiddeti, daha zayıf ilişki işleyişi ile ve daha kötü tedavi sonucu ile ilişkili görünmektedir.²⁵¹

Çift uyumu OKB hastalarını daha iyi anlamak ve etkili bir şekilde tedavi etmek için önemlidir. Bu yüzden OKB hastalarında çift uyumuyla alakalı kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Verilerin Toplanması

Çalışmanın etik kurul onayı 04.09.2020 tarihinde Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul’unda ve 103 sayılı toplantıda alınmıştır. Çalışmaya 04.09.2020-01.03.2021 tarihleri arasında, araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı olarak kabul eden Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Obsesif Kompulsif Bozukluk Birimi’ne ayaktan başvuran ve DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanısı konan, evli ya da en az üç aydır düzenli bir cinsel partneri olan toplam 82 hasta ve hastalarla benzer sosyodemografik özellikler gösteren, herhangi bir ruhsal hastalığı veya yakınması olmayan, evli ya da en az üç aydır düzenli bir cinsel partneri olan toplam 82 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Ek ruhsal hastalığı olanlar, demans ve deliryum tanısı olanlar, mental retardasyonu bulunanlar, 18 yaşının altındaki ve 65 yaşın üstündeki kişiler, ölçekleri doldurabilmesi için okur-yazar olmayanlar, görüşmeye uyum göstermeyen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Ayrıca hasta görüşmeleri, fizik muayene uygulaması, konsültasyonlar ve klinik kayıtlarının incelenmesi ile kardiyovasküler, renal, ürolojik, hepatik, pulmoner, genetik, endokrin ve nörolojik hastalıklar, nutrisyonel bozukluklar, entoksikasyonlar, CİB’e neden olabilecek pelvik ya da abdominal cerrahi operasyon öyküsü olanlar ve diğer organik bozukluklar gibi cinsel yaşamı olumsuz etkilediği bilinen tıbbi durum varlığı tespit edilen katılımcılar çalışmaya dahil edilmedi. Herhangi tıbbi bir endikasyon sebebiyle hormon kullanımı olan ya da psikiyatrik tedavisi dışında CİB’e yol açtığı bilinen ilaç kullanımı bulunan hastalar da çalışmaya dahil edilmedi. Tüm katılımcılar, çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onamları alındı.

7 hasta ölçekleri eksik doldurduğu, 3 hasta sorulara rastgele cevap verdiği için çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışmaya evli ya da cinsel partneri olan 39’u kadın, 33’ü erkek toplam 72 kişiden oluşan hasta grubu ve evli ya da cinsel partneri olan 43’ü kadın ve 39’u erkek toplam 82 kişiden oluşan sağlıklı kontrol grubu ile devam edilmiştir.

İlk aşamada aynı araştırmacı tarafından (Dr. T.S.), çalışmaya katılan tüm katılımcılarla yaklaşık 60 dakika süren görüşmeler yapıldı. Görüşmede tarafımızca

hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, OKB Veri Formu ve Cinsel İşlevler Veri Formu katılımcılara uygulandı. Hastaların OKB tanısı DSM-5 ile kesinleştirildi ve OKB'ye eşlik eden komorbid psikiyatrik tanılarının saptanması amacıyla DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonu (SCID-5) uygulandı. OKB semptomlarını ve hastalığın şiddetini saptamak amacıyla Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKDÖ) uygulandı. Görüşme sonrası ölçeklerle ilgili bilgi verilerek, sonraki aşamada, aleksitiminin değerlendirilmesi için Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi için Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) ve çift uyumunun değerlendirilmesi için Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) doldurmaları sağlanmıştır. Verilen öz bildirim formlarında doldurmakta güçlük çeken hastalara klinisyen eşlik etmiştir ve anlamadığı noktalarda gereken açıklamalar yapılmıştır.

Çalışmanın güç analizi *G Power 3.1* programı ile yapıldı. Orta etki büyüklüğü (Cohen's $d = 0,50$), 0,80 güç ve 0,05 hata payı ($p = 0,05$) ile tek bir bulunması gereken minimum örneklem büyüklüğü toplam 51, iki grupta bulunması gereken minimum örneklem büyüklüğü toplam 102 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya 154 katılımcı dahil edilerek yeterli güce ulaşıldığı düşünülmüştür.

3.2 Veri Toplama Araçları

3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmamızda kullanılan veri formu tarafımızca bu çalışma için hazırlanmıştır. Tüm katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanımları gibi özellikler sorgulanmıştır. Ölçek görüşmecisi tarafından uygulanmıştır.

3.2.2 Obsesif Kompulsif Bozukluk Veri Formu

Çalışmamızda OKB hastaları için kendi hazırladığımız OKB veri formu kullanılmıştır. Görüşmecisi tarafından doldurulan bu form ile hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, içgörü düzeyi, psikotik belirti varlığı, obsesif kompulsif semptomların benliğe yabancı olup olmaması, elektrokonvulsif terapi uygulaması, özkıyım girişimi, ilaç

kullanımı ve ilaç uyumsuzluğu hasta görüşmeleri, dosya ve medulla sistemi incelenmesi ile sorgulanmıştır.

3.2.3 Cinsel İşlevler Veri Formu

Çalışmada tarafımızca oluşturulan veri formu kullanılmıştır. Görüşmeci tarafından doldurulan bu form ile ilk cinsel birliktelik yaşı, cinsel birleşme sıklığı, hastaya göre cinsel işlev sorunu olup olmadığı, farmakolojik tedaviler sonrası cinsel sorunların başlayıp başlamadığı, cinsel partnerde ruhsal hastalık ve CİB olup olmadığı hakkındaki sorularla katılımcıların cinsel hayatına dair kısa bilgiler edinilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca klinisyen tarafından yapılan görüşmede CİB tanısı sorgulanmıştır.

3.2.4 Kullanılan Ölçekler

3.2.4.1.DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV)

Psikiyatrik tanıların güvenilirliğini artırmak için, APA 1990 yılında DSM-III-R²⁶⁵ için Yapılandırılmış Klinik Görüşme'yi(SCID) yayınlayarak DSM'nin evrimine çeşitli revizyonlar ve genişletmeler aracılığıyla katkıda bulunmuştur.²⁶⁶ O zamandan beri görüşmenin kullanımı geniş bir alana yayılarak, dünya çapında klinik araştırmalarda en çok kullanılan tanı araçlarından biri haline gelmiştir.^{267,268} Beş farklı versiyonu mevcuttur. En son versiyon olan SCID-5, DSM-5 tarafından tanımlanan tanıları değerlendiren yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme kılavuzudur. First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.²⁶⁹ SCID-5, 2018 yılında Türkçe'ye uyarlanıp, güvenilirlik çalışması iki ayrı üniversite hastanesi tarafından yapılmıştır. SCID-5 Türkçe formunda kappa katsayısının, önceki SCID versiyonlarına benzer olarak hayli yüksek saptandığı ve tamamının istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür.²⁷⁰ Klinik bir tanı koyma aracı olarak geliştirilen ölçek, klinisyen tarafından doldurulur. Çalışmaya alınacak hastaların tanılarını doğrulamak ve hastalardaki komorbid psikiyatrik tanı varlığını incelemek için kullanılmıştır.

3.2.4.2.Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi

Obsesyon ve kompulsiyonların tipi ve ciddiyetini değerlendiren ve klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. Goodman ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir.²⁷¹ Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.²⁷²

Toplamda 19 madde içermesine rağmen, toplam puan belirlenirken, sadece ilk 10 madde kullanılır. Bunlardan madde 1b hariç tutularak ilk 5 maddenin toplamı obsesyonların derecesini, madde 6b hariç tutularak sonraki 5 maddenin toplamı kompulsiyonların derecesini gösterir. Her madde 0-4 arası ayrı ayrı puanlanır ve toplam puan 0'dan 40'a kadardır. Toplam puan değerlendirilirken; 0-7 puan subklinik semptomları gösterir, 8-15 puan hafif düzeyde semptomları, 16-23 puan orta düzeyde semptomları, 24-31 puan şiddetli düzeyde semptomları ve 32-40 puan aşırı şiddetli düzeyde semptomu gösterir. 11, 12, 13, 14, 15 16. maddeler de 0-4 arası puanlanmasına karşın toplam puan için değerlendirmeye alınmamaktadır. Ayrıca YBOKÖ'de şimdiki ve geçmiş zamandaki semptomların belirlenebilmesi için, 13 ana kategoride gruplandırılabilen 50'den fazla obsesyon ve kompulsiyon türünün kapsamlı bir listesini içeren bir semptom kontrol listesi mevcuttur.

3.2.4.3.Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Aleksitimi ölçümü için ilk olarak Taylor ve arkadaşları tarafından 26 soru ve dört alt ölçekten oluşan Toronto Aleksitimi Ölçeği(TAÖ-26) geliştirilmiştir.²⁷³ Daha sonra Bagby ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenen ölçek(TAÖ-20) ise 20 sorudan oluşmaktadır.²⁷⁴ TAÖ-20, 5'li Likert tipinde bir ölçek olup, her bir soru "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Çoğu zaman" ve "Her zaman" yanıtlarını içermektedir. Ölçeğin üç alt ölçeği bulunmaktadır. Duyguları Tanımlamakta Zorluk alt ölçeği, yedi maddeden (1, 3, 6, 7, 9, 13 ve 14. maddeler) oluşmaktadır ve duyguları tanımlamada ve duygusal uyarılmaya eşlik eden bedensel duyumlardan ayırt etmede güçlük olarak tanımlanmıştır. Duyguları İfade Etmekte Zorluk alt ölçeği, duyguları başkalarına aktarmada güçlük olarak tanımlanan beş maddeden (2, 4, 11, 12 ve 17. maddeler) oluşmaktadır. Dışsal Odaklı Düşünce alt ölçeği ise sekiz maddeden (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 ve 20.maddeler) oluşmaktadır. Ölçekte 4, 5, 10, 18 ve 19. Sorular ters çevrilerek puanlanmaktadır.

Ölçekten yüksek puan almak duyguları ifade etmede güçlük olduğunu gösterir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100'dür. Toplam puan 51 ve altı normal durum, 52 ila 60 puan arası olası bir aleksitimi durumu ve 61 ve üstü puan aleksitimi anlamına gelir.²⁷⁵ Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve ark. Tarafından yapılmıştır.²⁷⁶ Türkçe versiyonun Cronbach alfa değeri 0,78 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda 61 puan ve üzerini aleksitimik, diğer katılımcıları aleksitimik olmayan olarak sınıflandırdık.

3.2.4.4.Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ)

Psikiyatri hastalarında CİB yaygın görülmektedir. Cinsel hayatta görülebilecek problemleri kısa ve kolay bir şekilde tespit etmek amacıyla 2000 yılında McGahuey ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.²⁷⁷ Kadınlar ve erkekler için iki farklı form bulunmaktadır. Hastalar tarafından doldurulur. Cinsel istek, uyarılma, vajinal lubrikasyon/penil ereksiyon, orgazma ulaşma yeteneği ve orgazmın tatmin ediciliği değerlendirilmektedir. ACYÖ 5 sorudan oluşan 6'lı Likert tipinde bir ölçektir. Her soru 1-6 arası puanlanmaktadır. Toplam puan 5-30 arasında değişmekte olup, daha yüksek puanlar daha fazla cinsel işlev bozukluğuna işaret etmektedir. Kişinin herhangi bir sorudan 5 puan ve üzeri alması veya toplam ölçek puanının 17 ve üzeri olması kişide CİB bulunduğuna işaret eder.^{18,221} McGahuey'in yaptığı çalışmada kesme puanı 19 olarak belirlenmiştir. Toplam puanın 19 ve üzeri olması, cinsel işlev bozukluğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Soykan tarafından yapılmıştır. Soykan'ın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa değerleri 0.89-0.90 ve kesme puanı 11 olarak belirlenmiştir.²⁷⁸ Ölçekten alınan toplam puanın 11 puan ve üzeri olması cinsel işlev bozukluğunu gösterir. Çalışmamızda herhangi bir sorudan 5 puan ve üzeri alması veya toplam ölçek puanının 17 ve üzeri olan katılımcıları CİB var, diğer katılımcıları CİB yok olarak değerlendirdik.

3.2.4.5.Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ)

Çift Uyum ölçeği 1976 yılında Spanier tarafından evli ya da beraber yaşayan partnerlerin ilişki kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir.²⁷⁹ ÇUÖ 32 madde ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerden “eşler arası fikir birliği (ÇUÖ-EAFB)” 1-3, 5, 7-15. maddelerden, “eşler arası tatmin (ÇUÖ-EAT)” 16-23, 31, 32. maddelerden, “eşler

arası bağıllık (ÇÜÖ-EAB)” 24-28. maddelerden ve “duygusal ifade (ÇÜÖ-Dİ)” 4, 6, 29, 30 numaralı maddelerden oluşmaktadır. 5’li, 6’lı, 7’li Likert tipinde bir ölçektir. Maddelerden ikisi ise “evet” ya da “hayır” şeklinde yanıtlanmaktadır. Toplam puan 0-151 arasında değişmekte olup, daha yüksek puanlar daha iyi çift uyumunu ve ilişki kalitesini göstermektedir. Spanier tarafından orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,96 olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri: ÇÜÖ-EAFB 0,90; ÇÜÖ-EAT 0,94; ÇÜÖ-EAB 0,86; ÇÜÖ-Dİ 0,73 bulunmuştur. ÇÜÖ’nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Fışiloğlu ve Demir tarafından yapılmıştır.^{280,281} Fışiloğlu ve Demir tarafından tüm ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Türkçe versiyonunda alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri de sırasıyla: ÇÜÖ-EAFB 0,75; ÇÜÖ-EAT 0,83; ÇÜÖ-EAB 0,75; ÇÜÖ-Dİ 0,80 olarak belirlenmiştir.

3.3 İstatistiksel Ölçümler

Verilerin analizinde IBM SPSS 25 programı kullanılmıştır. Normallik varsayımı değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 aralığında olduğu durumlarda kabul edilmiştir. Ayrıca histogram grafikleri de incelenmiştir.²⁸² Normal dağılım gösteren değişkenlerin ortalamaları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar t testi ile incelenmiş olup “Ort±SS” gösterimi ile ortalama ve standart sapmalar gruplara göre yazılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin medyanları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Gösterim olarak medyan ve çeyrekliklerden yararlanılmıştır.²⁸³ Nümerik değişkenler arasındaki korelasyonun incelenmesi için normal dağılım göstermeleri sebebiyle Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır.²⁸³ Gruplara göre yapılan karşılaştırmalarda kategorik değişkenler arasındaki farklılıkların değerlendirmesinde beklenen gözlem sayısının 5’ten az olması durumunda Fisher Exact, 5 ile 25 arasında olması durumunda Yate’s istatistiği, diğer durumlarda ise Ki-kare test kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1 Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı

Sosyodemografik özellikler kapsamında katılımcılardan yaş, cinsiyet, eğitim süresi, medeni durum, evlilik süresi, evlilik şekli, yaşanan aile, çalışma durumu, yaşadığı yer, ailede ruhsal hastalığın varlığı, sigara, alkol ve madde kullanıp kullanmadıkları bilgileri edinilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalamalarının hasta grubu için 36,67 (SS=8,82); kontrol grubu için 36,96 (SS=8,08) olduğu görülmüştür. OKB hastalarının % 54,2'sinin kadın (n=39), % 45,8'inin erkek (n=33); kontrol grubundaki katılımcıların % 52,4'ünün kadın (n=43), % 47,6'sının erkek (n=39) olduğu görülmüştür. Her iki grup arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,83). Eğitim sürelerinin ortalamasına bakıldığında ise OKB hastalarında 13,01 (SS=4,79); kontrol grubunda 13,39 (SS = 4,04) olduğu görülmüştür. Her iki grup arasında eğitim yılı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,60). Katılımcıların medeni durumu incelendiğinde hasta grubundakilerin % 87,5'inin evli (n=63), % 12,5'inin bekar (n=9) olduğu; kontrol grubundaki katılımcıların % 80,5'inin evli (n=66), % 19,5'inin bekar (n = 16) olduğu görülmüştür. Her iki grup arasında medeni durum açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,34). Hasta grubunun evlilik süresi ortalama 12,38 (SS=9,93) yıl ve kontrol grubunun ise 10,83 (SS=10,10) yıl olarak hesaplanmıştır. Her iki grup arasında evlilik süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,34). Hasta grubunda evli olanların % 58,7'si (n=37) anlaşarak; % 41,3'ü (n=26) görücü usulüyle; kontrol grubunda evli olanların % 68,2'si (n=45) anlaşarak; % 31,8'i (n=21) görücü usulüyle evlenmiştir. Her iki grup arasında evlilik şekli açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır (p=0,35). Her iki grup da benzer şekilde daha çok çekirdek aile yapısına sahip olup, aile yapısı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,34). Hasta grubunun % 84,7'si (n=61), kontrol grubunun % 79,3'ü (n=65) çekirdek aile yapısında yaşamaktadır.

Çalışma durumu değerlendirildiğinde, hasta grubunun % 56,9'unun çalışıyor (n=41), % 43,1'inin çalışmıyor (n=31); kontrol grubunun % 87,8'inin çalışıyor (n=72),

% 12,2'sinin çalışmıyor (n=10) olduğu görülmüştür. Çalışma durumuna bakıldığında her iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$).

Katılımcıların yaşadıkları yere göre dağılımı incelendiğinde hasta grubunun % 83,3'ünün il merkezinde (n=60), % 16,7'sinin il merkezinden küçük bir yerleşim yerinde (n=12); kontrol grubunun % 90,2'sinin il merkezinde (n=74), % 9,8'inin il merkezinden küçük bir yerleşim yerinde (n=8) yaşadığı gözlenmiştir. Her iki grup arasında yaşanan yer açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,30$). Katılımcıların ailelerinde ruhsal hastalık öyküsünün varlığı sorgulandığında ise hasta grubunun % 54,2'sinin ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı (n=39), % 45,8'inin ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olduğu (n=33); kontrol grubunun %78'inin ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olmadığı (n=64), % 22'sinin ailesinde ruhsal hastalık öyküsünün olduğu (n=18) görülmüştür. Her iki grup arasında ailede ruhsal hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p=0,03$).

Hasta grubundakilerin % 55,6'sı sigara kullanmadığını (n=40), % 44,4'ü kullandığını bildirmiştir (n=32). Kontrol grubundakilerin % 61'i sigara kullanmadığını (n=50), % 39'u kullandığını bildirmiştir (n=32). Her iki grup arasında sigara kullanımı açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,50$). Hasta grubundaki katılımcıların % 75'i alkol kullanmadığını (n=54), % 25'i kullandığını (n=18) bildirmiştir. Kontrol grubunun % 72'si alkol kullanmadığını (n = 59), % 28'i kullandığını (n=23) bildirmiştir. Her iki grup arasında alkol kullanımı açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,81$). Hasta ve kontrol grubundaki katılımcıların büyük çoğunluğu madde kullanmadığını bildirmiştir. Hasta grubundakilerin % 98,6'sı madde kullanmadığını (n=71), % 1,4'ü madde kullandığını (n=1); kontrol grubundakilerin % 97,6'sı madde kullanmadığını (n=80), % 2,4'ü madde kullandığını bildirmiştir (n=2). Her iki grup arasında madde kullanımı açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=1$). Sosyodemografik değişkenlerin hasta ve kontrol grubundaki dağılımı Tablo 18 ve 19'da gösterilmiştir.

Tablo 18. Sosyodemografik değişkenlerin hasta ve kontrol gruplarında dağılımı-1

	Kontrol Grubu	Hasta Grubu	İstatistikler
	Ort±SS	Ort±SS	
Yaş	36,96±8,08	36,67±8,82	t= 0,22 p=0,83
Ortalama Eğitim Yılı	13,39±4,04	13,01±4,79	t= 0,53 p=0,60
Evlilik Süresi	10,83±10,10	12,38±9,93	t= -0,96 p=0,34
	n (%)	n (%)	
Cinsiyet			
Kadın	43(52,4)	39(54,2)	$\chi^2=0,05$ p=0,83a
Erkek	39(47,6)	33(45,8)	
Medeni Durum			
Bekar	16(19,5)	9(12,5)	$\chi^2= 0,92$ p=0,34b
Evli	66(80,5)	63(87,5)	
Evlilik şekli			
Anlaşarak	45(68,2)	37(58,7)	$\chi^2=0,87$ p=0,35b
Görücü	21(31,8)	26(41,3)	
Yaşanılan Aile			
Çekirdek Aile	65(79,3)	61(84,7)	$\chi^2=2,13$ p=0,34b
Geniş Aile	7(8,5)	7(9,7)	
Yalnız Yaşama	10(12,2)	4(5,6)	
Meslek			
Çalışmıyor	10(12,2)	31(43,1)	$\chi^2=17,14$ p<0,001b
Çalışıyor	72(87,8)	41(56,9)	
Yaşanılan Yer			
İl merkezinden küçük	8(9,8)	12(16,7)	$\chi^2=1,07$ p=0,30b
İl merkezi	74(90,2)	60(83,3)	
a: Ki-kare analizi b: Yate's İstatistiği			
Kısaltmalar: Ort,±SS: ortalama değeri ve standart sapmalar			

Tablo 19. Sosyodemografik değişkenlerin hasta ve kontrol gruplarında dağılımı-2

		Kontrol Grubu	Hasta Grubu	İstatistikler
		n (%)	n (%)	
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü				
	Yok	64(78)	39(54,2)	$\chi^2=8,82$ p=0,003b
	Var	18(22)	33(45,8)	
Sigara				
	Yok	50(61)	40(55,6)	$\chi^2=0,46$ P=0,50a
	Var	32(39)	32(44,4)	
Alkol				
	Yok	59(72)	54(75)	$\chi^2=0,06$ p=0,81b
	Var	23(28)	18(25)	
Madde				
	Yok	80(97,6)	71(98,6)	p=1c
	Var	2(2,4)	1(1,4)	
a: Ki-kare analizi				
b: Yate's İstatistiği				
c: Fisher's Exact Test				

4.2 OKB Tanılı Hastalarda Klinik Özellikler

Hasta grubunda ortalama hastalık süresi 133,69 (SS=107,74) ay olarak hesaplanmıştır. Hasta grubunda katılımcıların % 12,5'inde (n=9) obsesyon ve kompulsiyonların egosintonik, % 87,5'inde (n=63) egodistonik olduğu görülmüştür. Hasta grubunda katılımcıların % 22,2'sinde (n=16) psikotik belirti bulunduğu, % 77,8'sinde psikotik belirti bulunmadığı (n=56) belirlenmiştir. Bu hastaların % 86,1'inde bir özkıym girişimi öyküsü yokken (n = 62), % 13,9'unda özkıym girişimi öyküsü vardır (n=10). Hastaların %11,1'i ilaç içerek (n=8), %1,4'ü ateşli silahla (n=1) özkıym girişiminde bulunmuştur. Hasta grubunun % 15,3'ünde self-mutilatif davranış öyküsü mevcutken (n=11), % 84,7'sinde self-mutilatif davranış öyküsü yoktur (n=61). EKT alan OKB hastalarının oranı % 8,3 (n = 6) iken, almayanların oranı % 91,7'dir (n=66). Hastaların % 47,2'sinde tedavi uyumsuzluğu saptanırken (n=34), % 52,8'i tedaviye uyum göstermektedir (n=38). Hastaların % 29,2'si ilaçların fayda etmediğini düşündükleri için (n=21), % 9,7'si iyileştiklerini düşündükleri için (n=7), % 5,6'sı yan etki gördükleri için (n=4), % 2,8'i ilaç almayı unuttukları için (n=2) tedaviye uyum sağlamadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların % 43,1'inin antidepresan tedavisi (n=31), % 48,6'sının antidepresan ve antipsikotik kombinasyon tedavisi (n=35) aldığı görülmüştür. Hasta grubunun % 8,3'ü ise herhangi bir ilaç kullanmamaktadır (n=6). Klinik özelliklerin hasta grubundaki dağılımı Tablo 20'de gösterilmiştir.

Tablo 20. Klinik özelliklerin hasta grubundaki dağılımı

	Ort	SS
Ortalama hastalık süresi (ay)	133,69	107,74
	n	%
Özkiyim girişimi		
Yok	62	86,1
Var	10	13,9
Özkiyim yöntemi		
İlaç intoksikasyonu	8	11,1
Ateşli silah	1	1,4
Diğer	1	1,4
Self mutilasyon		
Yok	61	84,7
Var	11	15,3
Psikotik belirti		
Yok	56	77,8
Var	16	22,2
Semptomların benlikle uyumu		
Egodistonik	63	87,5
Egosintonik	9	12,5
EKT		
Yok	66	91,7
Var	6	8,3
İlaç uyumsuzluğu		
Yok	38	52,8
Var	34	47,2
Uyumsuzluk nedeni		
Yan etki	4	5,6
Unutma	2	2,8
İyileştiğini düşünme	7	9,7
Fayda etmeme	21	29,2
Kullanılan ilaç türü		
Antidepresan	31	43,1
Antidepresan + antipsikotik	35	48,6
İlaçsız	6	8,3

Kısaltmalar: **Ort.±SS:** ortalama değeri ve standart sapmalar, **EKT:** Elektrokonvülsif tedavi

4.3 Hasta ve Kontrol Grubunda Cinsel İşlevler Veri Formu ile Cinsel İşlevlerin Değerlendirilmesi

Tarafımızca oluşturulan cinsel işlevler veri formu ile çalışmamıza katılan kişilerin; ilk cinsel birliktelik yaşı, cinsel birleşme sıklığı, cinsel sorunu olup olmadığını düşünme, farmakolojik tedavilerin cinsel hayata etkisi, cinsel partnerde ruhsal hastalık ve cinsel işlev bozukluğu olup olmadığı hakkındaki sorularla katılımcıların cinsel hayatına dair kısa bilgiler edinilmesi amaçlanmıştır.

İki grubun ilk cinsel birliktelik yaşı ortalaması birbirine çok yakındır. İlk cinsel birliktelik yaşı ortalaması hasta grubunda 21,573 (SS=4,35); kontrol grubunda 21,91 (SS = 3,77) olduğu görülmüştür. Her iki grup arasında ilk cinsel birliktelik yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,61$). OKB hastalarının % 55,6'sı ($n=40$) ve kontrol grubunun % 4,9'u ($n=4$) cinsel işlev problemi olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Her iki grup arasında cinsel işlev problemi olduğunu düşünme açısından anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). OKB hastalarının % 72,2'si ($n=52$) ilaç kullanımı öncesinde cinsel işlev problemi olmadığını, % 27,8'i ($n=20$) ilaç kullanımı öncesinde cinsel işlev problemi olduğunu bildirmiştir. Kontrol grubundaki katılımcılar ilaç tedavisi kullanmamaktadır. Çalışmamıza katılan OKB hastalarının % 6,9'unun ($n=5$); kontrol grubunun % 3,7'sinin ($n=3$) partnerlerinde de ruhsal hastalık tanısı bulunduğu bildirilmiştir. Her iki grup arasında partnerde ruhsal bozukluk bulunması açısından anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,48$). Çalışmamıza katılan OKB hastalarının % 8,3'ünün ($n=5$); kontrol grubunun % 6,1'inin ($n=5$) partnerlerinde de CİB bulunduğu bildirilmiştir. Her iki grup arasında partnerde CİB bulunması açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,76$). Çalışmamıza katılan OKB hastalarının % 65,3'ü ($n=47$) cinsellik sıklığının haftada ikiden az, % 34,7'si ($n=25$) cinsellik sıklığını haftada iki ve üzeri haftada olarak; kontrol grubundaki katılımcıların % 26,8'i ($n=22$) cinsellik sıklığının haftada ikiden az, % 73,2'si ($n=60$) haftada iki ve üzeri olarak bildirmişlerdir. Her iki grup arasında cinsellik sıklığı açısından anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,001$). Cinsel işlevlerin hasta ve kontrol grubunda karşılaştırılması Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Cinsel işlevler veri formu ile cinsel işlevlerin hasta ve kontrol grubunda karşılaştırılması

	Kontrol Grubu	Hasta Grubu	İstatistikler
	Ort±SS	Ort±SS	
İlk cinsel birliktelik yaşı	21,57±4,35	21,91±3,77	t=-0,51 p=0,61
	n (%)	n (%)	
İlaç Öncesi CİB			
Yok	-	52(72,2)	
Var	-	20(27,8)	
Cinsel Sorunu Olduğunu Düşünme			
Yok	78(95,1)	32(44,4)	$\chi^2=45,25$ p<0,001b
Var	4(4,9)	40(55,6)	
Partnerde Ruhsal Bozukluk			
Yok	79(96,3)	67(93,1)	p=0,48c
Var	3(3,7)	5(6,9)	
Partnerde CİB			
Yok	77(93,9)	66(91,7)	p=0,76c
Var	5(6,1)	6(8,3)	
Cinsellik Sıklığı			
Haftada ikiden az	22(26,8)	47(65,3)	$\chi^2=22.92$ p<0,001
Haftada iki ve üzeri	60(73,2)	25(34,7)	
a: Ki-kare analizi b: Yate's İstatistiği c: Fisher's Exact Test			
Kısaltmalar: Ort.±SS: ortalama değeri ve standart sapmalar, CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu			

Hasta grubundaki katılımcılarda ilaç sonrası başlayan CİB türleri sorgulandığında, OKB hastası kadınların % 38,5'inde (n=15) cinsel uyarılma bozukluğu, % 10,3'ünde (n=4) orgazm bozukluğu olduğu bildirilmiştir. OKB hastası erkeklerin % 21,2'sinde (n=7) cinsel istek azlığı, % 15,2'sinde (n=5) erektile disfonksiyon, % 15,2'sinde (n=5) geç boşalma olduğu bildirilmiştir. Hasta grubunda ilaç sonrası başlayan cinsel işlev bozukluğu türlerini Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Cinsel işlevler veri formu ile ilaç sonrası başlayan cinsel işlev bozukluğu türlerinin hasta grubunda belirlenmesi

	Hasta Grubu	
Kadın	n	%
Cinsel uyarılma bozukluğu	15	38,5
Orgazm bozukluğu	4	10,3
Erkek		
Cinsel istek azlığı	7	21,2
Eretil Disfonksiyon	5	15,2
Geç Boşalma	5	15,2

4.4 Hasta ve Kontrol Grubunda Ölçek Puanları ve İlişkili Veriler

Hasta grubunda YBOKÖ obsesyon alt toplamı puan ortalamaları 10,611 (SS=3,222), YBOKÖ kompulsiyon alt toplamı puan ortalamaları 10,847 (SS=2,996), YBOKÖ toplam puan ortalamaları 21,458 (SS=6,016) olarak tespit edilmiştir. Hasta grubunun YBOKÖ ölçeği puanları ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Hasta grubunda YBOKÖ puanları

	Ortalama	Standart Sapma
YBOKÖ-O	10,6111	3,22209
YBOKÖ-K	10,8472	2,99605
YBOKÖ-T	21,4583	6,01626
Kısaltmalar: YBOKÖ-O: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Obsesyon Alt Toplamı, YBOKÖ-K: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kompulsiyon Alt Toplamı, YBOKÖ-T: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Toplam Puanı,		

Hasta grubunda YBOKÖ semptom kontrol listesine göre katılımcıların % 29,2'sinde (n=21) geçmişte saldırganlık obsesyonları, % 26,4'ünde (n=19) şimdi saldırganlık obsesyonları görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 70,8'inde (n=51) geçmişte bulaş obsesyonları, % 69,4'ünde (n=50) şimdi bulaş obsesyonları görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 23,6'sında (n=17) geçmişte cinsel obsesyonlar, %

23,6'sında (n=17) şimdi cinsel obsesyonlar görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 13,9'unda (n=10) geçmişte biriktirme-saklama obsesyonları, % 13,9'unda (n=10) şimdi biriktirme-saklama obsesyonları görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 48,6'sında (n=35) geçmişte dini obsesyonlar, % 43,1'inde (n=31) şimdi dini obsesyonlar görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 43,1'inde (n=31) geçmişte simetri-düzen obsesyonları, % 40,3'ünde (n=29) şimdi simetri-düzen obsesyonları görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 18,1'inde (n=13) geçmişte somatik obsesyonlar, % 18,1'inde (n=13) şimdi somatik obsesyonlar görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 15,3'ünde (n=11) geçmişte diğer obsesyonlar, % 16,7'sinde (n=12) şimdi diğer obsesyonlar görüldüğü tespit edilmiştir. Hasta grubunun YBOKÖ semptom kontrol listesine göre obsesif semptomların dağılımı Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Hasta grubunda YBOKÖ semptom kontrol listesine göre obsesif semptomların dağılımı

Obsesyon Türleri	n	%
Saldırganlık (şimdi)	19	26,4
Saldırganlık (geçmişte)	21	29,2
Bulaş (Şimdi)	50	69,4
Bulaş (geçmişte)	51	70,8
Cinsel (şimdi)	17	23,6
Cinsel (geçmişte)	17	23,6
Biriktirme-saklama (şimdi)	10	13,9
Biriktirme-saklama (geçmişte)	10	13,9
Dini (şimdi)	31	43,1
Dini (geçmişte)	35	48,6
Simetri-düzen (şimdi)	29	40,3
Simetri-düzen (geçmişte)	31	43,1
Somatik (şimdi)	13	18,1
Somatik (geçmişte)	13	18,1
Diğer Obsesyonlar (şimdi)	12	16,7
Diğer Obsesyonlar (geçmişte)	11	15,3

Hasta grubunda YBOKÖ semptom kontrol listesine göre katılımcıların % 70,8'inde (n=51) geçmişte temizlik yıkama kompulsiyonları, % 69,4'ünde (n=50) şimdi temizlik yıkama kompulsiyonları görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 61,1'inde (n=44) geçmişte kontrol etme kompulsiyonları, % 61,1'inde (n=44) şimdi kontrol etme kompulsiyonları görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 30,6'sında (n=22) geçmişte tekrarlayıcı törensel davranış kompulsiyonları, % 30,6'sında (n=22) şimdi tekrarlayıcı törensel davranış kompulsiyonları görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 25'inde (n=18) geçmişte sayma kompulsiyonları, % 25'inde (n=18) şimdi sayma kompulsiyonları

görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 12,5'inde (n=9) geçmişte sıralama kompulsiyonları, % 12,5'inde (n=9) şimdi sıralama kompulsiyonları görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 9,7'sinde (n=7) geçmişte biriktirme kompulsiyonları, % 9,7'sinde (n=7) şimdi biriktirme kompulsiyonları görüldüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların % 36,1'inde (n=26) geçmişte diğer kompulsiyonlar, % 34,7'sinde (n=25) geçmişte diğer kompulsiyonlar görüldüğü tespit edilmiştir. Hasta grubunun YBOKÖ semptom kontrol listesine göre kompulsif semptomların dağılımı Tablo 25'te gösterilmiştir.

Tablo 25. Hasta grubunda YBOKÖ semptom kontrol listesine göre kompulsif semptomların dağılımı

Kompulsiyon türleri	n	%
Temizlik yıkama (şimdi)	50	69,4
Temizlik yıkama (geçmişte)	51	70,8
Kontrol etme (şimdi)	44	61,1
Kontrol etme (geçmişte)	44	61,1
Tekrarlayıcı törensel davranışlar (şimdi)	22	30,6
Tekrarlayıcı Törensel Davranışlar (geçmişte)	22	30,6
Sayma (şimdi)	18	25
Sayma (geçmişte)	18	25
Sıralama (şimdi)	9	12,5
Sıralama (geçmişte)	9	12,5
Biriktirme (şimdi)	7	9,7
Biriktirme (geçmişte)	7	9,7
Diğer kompulsiyonlar (Şimdi)	25	34,7
Diğer kompulsiyonlar (geçmişte)	26	36,1

Hasta grubunda TAÖ-20 ölçeği toplam puan ortalaması $60,97 \pm 11,15$, kontrol grubunda $43,18 \pm 8,86$ olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında TAÖ-20 toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Hasta ve kontrol grubunda TAÖ-20 toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26. TAÖ-20 toplam puanlarının hasta ve kontrol grubunda karşılaştırılması

	Kontrol Grubu	Hasta Grubu		
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	İstatistikler	P
TAÖ-20	43,18 $\pm$ 8,86	60,97 $\pm$ 11,15	t=-11,02	p<0,001
Kısaltmalar: TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, Ort. $\pm$ SS: ortalama değeri ve standart sapmalar				

Hasta grubunun % 59,8'inin aleksitimik olduğu (n=43), % 40,2'sinin aleksitimik olmadığı (n=29) tespit edilmiştir. Kontrol grubunun ise % 3,7'sinin aleksitimik olduğu (n=3), % 96,3'ünün aleksitimik olmadığı (n=79) tespit edilmiştir. Gruplar arasında aleksitimi varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,001). Aleksitimi varlığının hasta ve kontrol grubunda karşılaştırılması Tablo 27'de gösterilmiştir.

Tablo 27. Aleksitimi varlığının hasta ve kontrol grubunda karşılaştırılması

	Aleksitimi +	Aleksitimi -	İstatistikler
	n (%)	n (%)	
Kontrol Grubu	3(3,7)	79(96,3)	$\chi^2=54,88$ p<0,001b
Hasta Grubu	43(59,8)	29(40,2)	
b: Yate's İstatistiği			

Aleksitimik olan OKB hastalarının YBOKÖ obsesyon alt toplamı medyan ve çeyreklik değerleri 11(10-13), aleksitimik olmayan OKB hastalarının YBOKÖ obsesyon alt toplamı medyan ve çeyreklik değerleri 0(0-5,75) olarak hesaplanmıştır. Aleksitimik olan OKB hastalarının YBOKÖ kompulsiyon alt toplamı medyan ve çeyreklik değerleri 11,5(10-14), aleksitimik olmayan OKB hastalarının YBOKÖ kompulsiyon alt toplamı medyan ve çeyreklik değerleri 0(0-5) olarak hesaplanmıştır. Aleksitimik olan OKB hastalarının YBOKÖ toplam puanı medyan ve çeyreklik değerleri 22,5(20-26,5), aleksitimik olmayan OKB hastalarının YBOKÖ toplam puanı medyan ve çeyreklik değerleri 0(0-10) olarak hesaplanmıştır. Aleksitimik olan OKB hastalarının ACYÖ toplam puanı medyan ve çeyreklik değerleri 19,5(16,75-21,75), aleksitimik olmayan OKB hastalarının ACYÖ toplam puanı medyan ve çeyreklik değerleri 14(12-16,75) olarak hesaplanmıştır. Buna göre tüm ölçek puanları medyan ve çeyreklik değerleri aleksitimik olan OKB tanıli hastalarda, aleksitimik olmayan OKB tanıli hastalardan daha fazladır. Tüm ölçek puanları medyan ve çeyreklik değerleri açısından aleksitimik olan ve olmayan OKB tanıli hastalar arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir (tamamı için p<0,001). Aleksitimik olan ve olmayan OKB hastalarının psikometrik inceleme puanlarına göre medyan ve çeyreklik değerleri Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28. Aleksitimik olan ve olmayan OKB hastalarının psikometrik inceleme puanlarının karşılaştırılması

	Aleksitimi +	Aleksitimi -	İstatistik	P
	M(1Ç-3Ç)	M(1Ç-3Ç)		
YBOKÖ-O	11(10-13)	0(0-5,75)	U=711 Z=-7,52	p<0,001
YBOKÖ-K	11,5(10-14)	0(0-5)	U=632,5 Z=-7,86	p<0,001
YBOKÖ-T	22,5(20-26,25)	0(0-10)	U=663,5 Z=-7,70	p<0,001
ACYÖ-T	19,5(16,75-21,75)	14(12-16,75)	U=1028 Z=-5,76	p<0,001

Kısaltmalar: **YBOKÖ-O**: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Obsesyon Alt Toplamı, **YBOKÖ-K**: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kompulsiyon Alt Toplamı, **YBOKÖ-T**: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Toplam Puanı, **ÇUÖ-T**: Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı, **ACYÖ-T**: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı, **M (1Ç-3Ç)**: Medyan ve çeyreklik değerleri

Hasta grubundaki katılımcıların TAÖ-20’den aldığı puanların YBOKÖ semptom kontrol listesindeki değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelerken normal dağılım özelliği göstermeyen dağılımlarda iki bağımsız grup ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Gösterim olarak medyan ve çeyrekliklerden yararlanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ortalamaları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar t testi ile incelenmiş olup “Ort±SS” gösterimi ile ortalama ve standart sapmalar gruplara göre yazılmıştır. Buna göre geçmişte saldırganlık obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki saldırganlık obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte bulaş obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki bulaş obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte dini obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki dini obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte simetri-düzen obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki simetri-düzen obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının TAÖ-20 ortalama/medyan puanları arasında anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir. Diğer semptom türleri ile TAÖ-20 ilişkisine, gruplara düşen gözlem sayıları arasındaki farkın çok olması sebebiyle bakılamamıştır. Hasta grubunda aleksitiminin obsesif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması Tablo 29’da gösterilmiştir.

Tablo 29. Hasta grubunda aleksitiminin obsesif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması

	TAÖ-20 (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	İstatistik	P
Saldırganlık (şimdi)			
Yok	62(54-66,5)	U=443,5 Z=-0,77	p=0,44
Var	66(53-70)		
Saldırganlık (geçmişte)			
Yok	62(54-66)	U=503 Z=-0,40	p=0,69
Var	65(52-71,5)		
Bulaş (şimdi)			
Yok	60,5(53-64,25)	U=421 Z=-1,58	p=0,11
Var	63(54-70,25)		
Bulaş (geçmişte)			
Yok	61(54-65)	U=477,5 Z=-0,72	p=0,47
Var	62(54-70)		
Dini (şimdi)			
Yok	59,93±10,71	t=-0,91	p=0,36
Var	62,35±11,73		
Dini(geçmişte)			
Yok	61,22±10,71	t=0,19	p=0,85
Var	60,71±11,74		
Simetri-Düzen (Şimdi)			
Yok	61,98±12,01	t=0,93	p=0,36
Var	59,48±9,73		
Simetri-Düzen(geçmişte)			
Yok	61,10±12,32	t=0,11	p=0,91
Var	60,81±9,58		

Kısaltmalar: **TAÖ-20**: Toronto Aleksitimi Ölçeği, **Ort.±SS**: ortalama değeri ve standart sapmalar, **M (1Ç-3Ç)**: Medyan ve çeyreklik değerleri

Çalışmamızda CİB varlığı ACYÖ'ye göre belirlenmiştir. ACYÖ formu cinsel istek, uyarılma, lubrikasyon/ereksiyon, orgazm ve orgazmdan tatmin olma alt ölçeklerinden oluşmaktadır. OKB ve kontrol grubunun ACYÖ toplam ve alt ölçek ortalama standart sapma puanları karşılaştırıldığında OKB grubunda ACYÖ toplam ve alt ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. İstek, uyarılma, lubrikasyon/ereksiyon, orgazm ve orgazmdan tatmin olma, ACYÖ toplam puan ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p değerleri sırası ile $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,01$; $p<0,001$; $p<0,001$). Her iki grupta ACYÖ toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 30'da gösterilmiştir.

Tablo 30. ACYÖ toplam ve alt ölçek puanlarının OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması

ACYÖ	Kontrol Grubu	Hasta Grubu	İstatistik	P
	Ort±SS	Ort±SS		
Cinsel istek	2,73±1,10	3,92±1,31	t=-6,10	p<0,001
Uyarılma	2,77±1,06	3,88±1,40	t=-5,57	p<0,001
Lubrikasyon/Ereksiyon	2,67±0,93	3,64±1,27	t=-5,33	p<0,001
Orgazm	3,30±0,88	3,74±1,21	t=-2,50	p=0,01
Orgazmdan tatmin olma	2,28±0,91	3,17±1,15	t=-5,34	p<0,001
ACYÖ-T	13,76±3,55	18,33±4,93	t=-6,67	p<0,001

Kısaltmalar: **ACYÖ-T**: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı, **Ort.±SS**: Ortalama değeri ve standart sapmalar

ACYÖ kadın formu; cinsel istek, uyarılma, vajinal lubrikasyon, orgazm ve orgazmdan tatmin olma alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Hasta ve kontrol grubundaki kadın katılımcıların ACYÖ toplam ve alt ölçek ortalama standart sapma puanları karşılaştırıldığında OKB grubunda ACYÖ toplam ve alt ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. İstek, uyarılma, vajinal lubrikasyon, orgazm ve orgazmdan tatmin olma alt ölçekleri ve ACYÖ toplam puan ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p değerleri sırası ile p<0,001; p<0,001; p<0,001; p<0,001; p<0,001; p<0,001). ACYÖ’de bireyin herhangi bir sorudan ≥ 5 puan alması o alanda CİB varlığına ya da ölçeğin tamamından aldığı toplam puanın ≥ 17 olması bireyde CİB varlığına işaret eder. OKB hastası kadınların % 48,8’inde (n=19) orgazm olamama, % 46,2’sinde (n=18) uyarılma bozukluğu, % 41’inde (n=16) cinsel isteksizlik, % 28,2’sinde (n=11) lubrikasyon sorunları, % 23,1’inde (n=9) orgazmdan tatmin olamama tespit edilmiştir. Toplamda OKB hastası kadınların % 71,8’inde (n=28) CİB olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların % 14’ünde (n=6) orgazm olamama, % 11,6’sında (n=5) uyarılma bozukluğu, % 11,6’sında (n=5) cinsel isteksizlik, % 7’sinde (n=3) lubrikasyon sorunları, % 7’sinde (n=3) orgazmdan tatmin olamama tespit edilmiştir. Toplamda kontrol grubundaki kadınların % 30,2’sinde (n=13) CİB olduğu tespit edilmiştir. Hasta ve kontrol gruplarındaki kadınlarda ACYÖ toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 31’de gösterilmiştir.

Tablo 31.ACYÖ toplam ve alt ölçek puanlarının kadın OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması

ACYÖ	Kontrol Grubu	CİB +		Hasta Grubu	CİB +		İstatistik	P
	Ort±SS	n	%	Ort±SS	n	%		
Cinsel istek	3±1,21	5	11,6	4,18±1,30	16	41	t=-4,26	p<0,001
Uyarılma	3,07±1,14	5	11,6	4,44±1,31	18	46,2	t=-5,04	p<0,001
Vajinal Lubrikasyon	3±0,93	3	7	3,79±1,30	11	28,2	t=-3,16	p<0,001
Orgazm	3,51±0,88	6	14	4,31±0,86	19	48,8	t=-4,12	p<0,001
Orgazmdan tatmin olma	2,44±1,01	3	7	3,44±1,31	9	23,1	t=-3,87	p<0,001
ACYÖ-T	15,02±3,84	13	30,2	20,15±4,75	28	71,8	t=-5,40	p<0,001
Kısaltmalar: ACYÖ-T : Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı, Ort.±SS : ortalama değeri ve standart sapmalar, CİB : Cinsel İşlev Bozukluğu								

ACYÖ erkek formu; cinsel istek, uyarılma, penil ereksiyon, orgazm ve orgazmdan tatmin olma alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Hasta ve kontrol grubundaki erkek katılımcıların ACYÖ toplam ve alt ölçek ortalama standart sapma puanları karşılaştırıldığında OKB grubunda ACYÖ toplam ve alt ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. İstek, uyarılma, penil ereksiyon ve orgazmdan tatmin olma alt ölçekleri ve ACYÖ toplam puan ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p değerleri sırası ile p<0,001; p<0,002; p<0,001; p<0,001; p<0,001). Orgazm alt ölçeği ortalamalarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,95). OKB hastası erkeklerin % 30,3'ünde (n=10) cinsel isteksizlik, % 15,2'sinde (n=5) ereksiyon bozukluğu, % 9,1'inde (n=3) uyarılma bozukluğu, % 9,1'inde (n=3) orgazm olamama, % 3'ünde (n=1) orgazmdan tatmin olamama tespit edilmiştir. Toplamda OKB hastası erkeklerin % 57,6'sında (n=19) CİB olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki erkeklerde cinsel istek, uyarılma, penil ereksiyon, orgazm ve orgazmdan tatmin olma alanlarına ayrı ayrı bakıldığında CİB saptanmasa da toplamda kontrol grubundaki erkeklerin % 5,1'inde (n=2) CİB olduğu tespit edilmiştir. Hasta ve kontrol gruplarındaki erkeklerde ACYÖ toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 32'de gösterilmiştir.

Tablo 32.ACYÖ toplam ve alt ölçek puanlarının erkek OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması

ACYÖ	Kontrol Grubu	CİB +		Hasta Grubu	CİB +		İstatistik	P
	Ort±SS	n	%	Ort±SS	n	%		
Cinsel istek	2,44±0,88	0	0	3,61±1,27	10	30,3	t=-4,45	p<0,001
Uyarılma	2,44±0,85	0	0	3,21±1,22	3	9,1	t=-3,17	p=0,002
Penil ereksiyon	2,31±0,80	0	0	3,45±1,23	5	15,2	t=-4,61	p<0,001
Orgazm	3,08±0,84	0	0	3,06±1,22	3	9,1	t=0,07	p=0,95
Orgazmdan tatmin olma	2,10±0,75	0	0	2,85±0,83	1	3	t=-3,99	p<0,001
ACYÖ-T	12,36±2,60	2	5,1	16,18±4,28	19	57,6	t=-4,48	p<0,001
Kısaltmalar: ACYÖ-T : Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı, Ort.±SS : ortalama değeri ve standart sapmalar, CİB : Cinsel İşlev Bozukluğu								

Çalışmamızda CİB varlığı ACYÖ'ye göre belirlenmiştir. ACYÖ alt ölçek puanlarından herhangi biri 5 ve üzeri olanlar ya da ACYÖ toplam puanı 17 ve üzeri olan katılımcılarda CİB tanısı konulmuştur. OKB tanılı kadın hastaların % 71,8'inde (n=28) CİB olduğu, % 28,2'sinde (n=11) CİB olmadığı; kontrol grubunda kadın hastaların % 30,2'sinde (n=13) CİB olduğu, % 69,8'inde (n=30) CİB olmadığı saptanmıştır. CİB oranı OKB tanılı kadın hastalarda daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Her iki gruptaki kadınlar arasında CİB varlığı açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). OKB tanılı erkek hastaların % 57,6'sında (n=19) CİB olduğu, % 42,4'ünde (n=14) CİB olmadığı; kontrol grubunda erkek hastaların % 5,1'inde (n=2) CİB olduğu, % 94,9'unda (n=37) CİB olmadığı saptanmıştır. CİB oranı OKB tanılı erkek hastalarda daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Her iki gruptaki erkekler arasında CİB varlığı açısından belirgin farklılık saptanmıştır (p<0,001). OKB hastalarının % 65,3'ünde (n=47) CİB olduğu, % 34,7'sinde (n=25) CİB olmadığı; kontrol grubunda katılımcıların % 18,3'ünde (n=15) CİB olduğu, % 81,7'sinde (n=67) CİB olmadığı saptanmıştır. CİB oranı OKB tanılı hastalarda daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Hasta ve kontrol grubu arasında CİB varlığı açısından belirgin farklılık saptanmıştır (p<0,001) Hasta ve kontrol gruplarında CİB varlığının cinsiyetlere göre karşılaştırılması Tablo 33'te gösterilmiştir.

Tablo 33.CİB varlığının OKB tanılı hastalar ve kontrol grubunda cinsiyetlere göre karşılaştırılması

CİB varlığı	Kontrol Grubu	Hasta Grubu	İstatistik
	n (%)	n (%)	
Kadın			
CİB +	13(30,2)	28(71,8)	$\chi^2=12,52$ p<0,001b
CİB -	30(69,8)	11(28,2)	
Erkek			
CİB +	2(5,1)	19(57,6)	$\chi^2=21,33$ p<0,001b
CİB -	37(94,9)	14(42,4)	
Toplam			
CİB +	15(18,3)	47(65,3)	$\chi^2=35,14$ p<0,001b
CİB -	67(81,7)	25(34,7)	
b: Yate's İstatistiği, CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu			

CİB olan ve olmayan OKB tanılı hastalarda YBOKÖ toplam puan ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığı zaman, YBOKÖ toplam ölçek puanı ve YBOKÖ kompulsiyon alt toplam puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak CİB olan OKB tanılı hastalarda daha yüksek saptanmıştır (p değerleri sırası ile p=0,01; p=0,003). YBOKÖ obsesyon alt toplam puanı ise istatistiksel açıdan anlamlı olmasa da CİB olan OKB tanılı hastalarda daha yüksek saptanmıştır (p=0,051). YBOKÖ yavaşlama maddesi puanları ortalama değerleri istatistiksel açıdan anlamlı olarak CİB olan OKB tanılı hastalarda daha yüksek saptanmıştır (p=0,04). YBOKÖ global ciddiye maddesi puanları ortalama değerleri istatistiksel açıdan anlamlı olarak CİB olan OKB tanılı hastalarda daha yüksek saptanmıştır (p=0,01). Yaş, cinsiyet, eğitim süresi, medeni durum, evlilik yılı, evlilik şekli, yaşanan aile, meslek, yaşadıkları yer, OKB süresi, kullanılan ilaç türü, içgörü, kaçınma, kararsızlık, aşırı sorumluluk, patolojik kuşku, global düzelme, güvenilirlik parametreleri arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. OKB Hastalarında sosyodemografik özellikler, YBOKÖ puanları ve 11-18.maddelerin CİB varlığına göre karşılaştırılması Tablo 34'te gösterilmiştir.

Tablo 34.OKB hastalarında sosyodemografik özellikler, YBOKÖ puanları ve 11-18.maddelerin CİB varlığına göre karşılaştırılması

	CİB +	CİB -	İstatistik	P
Yaş (Ort±SS)	35,83±7,99	38,24±10,20	t=-1,11	p=0,27
Cinsiyet	n (%)	n (%)		
Kadın	28(59,6)	11(44)	$\chi^2=1,03$	p=0,31b
Erkek	19(40,4)	14(56)		
Eğitim süresi (Ort±SS)	13,23±5,23	12,60±3,87	t=0,53	p=0,60
Medeni durum	n (%)	n (%)		
Bekar	5(10,6)	4(16)		p=0,71c
Evli	42(89,4)	21(84)		
Evlilik yılı (Ort±SS)	11,77±9,26	13,52±11,19	t=-0,71	p=0,48
Evlilik şekli	n (%)	n (%)		
Anlaşarak	26(61,9)	11(52,4)	$\chi^2=0,21$	P=0,65b
Görücü	16(38,1)	10(47,6)		
Yaşanılan aile	n (%)	n (%)		
Çekirdek aile	39(83)	22(88)		P=1c
Geniş aile	5(10,6)	2(8)		
Yalnız yaşıyor	3(6,4)	1(4)		
Meslek	n (%)	n (%)		
Çalışmıyor	21(44,7)	10(40)	$\chi^2=0,02$	P=0,90b
Çalışıyor	26(55,3)	15(60)		
Yaşadığı yer	n (%)	n (%)		
İl merkezinden küçük	10(21,3)	2(8)		P=0,20c
İl merkezi	37(78,7)	23(92)		
OKB süresi (ay) (Ort±SS)	145,68±110,44	111,16±100,75	t=1,30	p=0,20
İlaç türü	n (%)	n (%)		
Antidepresan	20(42,6)	11(44)		P=0,22c
Antidepresan + antipsikotik	25(53,2)	10(40)		
İlaçsız	2(4,3)	4(16)		
YBOKÖ-O (Ort±SS)	11,15±3,25	9,60±2,97	t=1,98	p=0,051
YBOKÖ-K (Ort±SS)	11,60±2,78	9,44±2,93	t=3,08	p=0,003
YBOKÖ-T (Ort±SS)	22,74±5,74	19,04±5,88	t=2,59	p=0,01
İçgörü (M[1Ç-3Ç])	1(0-1)	1(0-2)	U=577,5 Z=-0,13	P=0,90
Kaçınma (Ort±SS)	1,77±0,94	1,56±0,87	t=0,91	p=0,37
Kararsızlık (Ort±SS)	2,11±1,09	1,88±0,97	t=0,87	p=0,39
Aşırı sorumluluk (M[1Ç-3Ç])	2(1-2)	2(1-3)	U=481,5 Z=-1,33	P=0,18
Yavaşlama (Ort±SS)	2,09±0,95	1,60±0,97	t=2,12	p=0,04
Patolojik kuşku (Ort±SS)	2,13±0,88	1,76±0,72	t=1,80	p=0,08
Global ciddiye (Ort±SS)	3,40±1,01	2,72±0,84	t=2,88	p=0,01
Global düzelme (Ort±SS)	3,09±1,19	3,72±1,46	t=-1,99	p=0,051
Güvenirlilik (Ort±SS)	0,96±0,55	1,04±0,61	t=-0,58	p=0,56
Kısaltmalar: YBOKÖ-O: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Obsesyon Alt Toplamı, YBOKÖ-K: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kompulsiyon Alt Toplamı, YBOKÖ-T: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Toplam Puanı, Ort.±SS: Ortalama değeri ve standart sapmalar, M (1Ç-3Ç): Medyan ve çeyreklik değerleri, CİB: Cinsel İşlev Bozukluğu				
b: Yate's İstatistiği, c: Fisher's Exact Test				

Hasta grubundaki katılımcıların ACYÖ ölçeğinden aldığı toplam puanların YBOKÖ semptom kontrol listesindeki değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelerken normal dağılım özelliği göstermeyen dağılımlarda iki bağımsız grup ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Gösterim olarak medyan ve çeyrekliklerden yararlanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ortalamaları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar t testi ile incelenmiş olup “Ort±SS” gösterimi ile ortalama ve standart sapmalar gruplara göre yazılmıştır. Buna göre geçmişte saldırganlık obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki saldırganlık obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte bulaş obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki bulaş obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte dini obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki dini obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte simetri-düzen obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki simetri-düzen obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının ACYÖ toplam ortalama/medyan puanları arasında anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir. Diğer semptom türleri ile ACYÖ ilişkisine, gruplara düşen gözlem sayıları arasındaki farkın çok olması sebebiyle bakılamamıştır. Hasta grubunda CİB’nin obsesif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması Tablo 35’te gösterilmiştir.

Tablo 35. Hasta grubunda CİB'nin obsesif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması

	ACYÖ-T (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	İstatistik	P
Saldırganlık (şimdi)			
Yok	18(16-21)	U=407	p=0,22
Var	18(13-20)	Z=-1,24	
Saldırganlık (geçmişte)			
Yok	18(16-21)	U=485,5	p=0,53
Var	19(13,5-21)	Z=-0,62	
Bulaş (şimdi)			
Yok	18(15-20)	U=472,5	p=0,34
Var	18(16-23,25)	Z=-0,95	
Bulaş (geçmişte)			
Yok	19(15,5-20)	U=509,5	p=0,75
Var	18(16-21)	Z=-0,32	
Dini (şimdi)			
Yok	17,59±4,68	t=-1,49	p=0,14
Var	19,32±5,14		
Dini(geçmişte)			
Yok	17,54±4,72	t=-1,41	p=0,16
Var	19,17±5,07		
Simetri-Düzen (Şimdi)			
Yok	18,53±5,24	t=0,42	p=0,68
Var	18,03±4,49		
Simetri-Düzen(geçmişte)			
Yok	18,63±5,18	t=0,59	p=0,56
Var	17,94±4,63		

Kısaltmalar: **ACYÖ-T**: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı, **CİB**: Cinsel İşlev Bozukluğu, **Ort.±SS**: ortalama değeri ve standart sapmalar, **M (1Ç-3Ç)**: Medyan ve çeyreklik değerleri

Şimdiki temizlik-yıkama kompulsiyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte temizlik-yıkama kompulsiyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki kontrol etme kompulsiyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte kontrol etme kompulsiyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte tekrarlayıcı törensel davranış kompulsiyonları olan ve olmayan OKB hastalarının ACYÖ toplam ortalama/medyan puanları arasında anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir. Diğer semptom türleri ile ACYÖ ilişkisine, gruplara düşen gözlem sayıları arasındaki farkın çok olması sebebiyle bakılamamıştır. Hasta grubunda CİB'nin kompulsif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 36. Hasta grubunda CİB'nin kompulsif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması

	ACYÖ-T (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	İstatistik	P
Temizlik yıkama(şimdi)			
Yok	18(15,75-20)	U=470 Z=-0,98	p=0,33
Var	18,5(15,75-23,25)		
Temizlik yıkama(geçmişte)			
Yok	19(16-20)	U=525 Z=-0,13	p=0,90
Var	18(15-21)		
Kontrol Etme(şimdi)			
Yok	18,39±4,43	t=0,08	p=0,94
Var	18,30±5,27		
Kontrol Etme(geçmişte)		t=0,72	
Yok	18,86±4,5	t=0,72	p=0,48
Var	18±5,20		
Tekrarlayıcı törensel davranışlar (şimdi)			
Yok	18,5(16-21)	U=461,5 Z=-1,09	p=0,28
Var	17,5(14-20,25)		
Tekrarlayıcı törensel davranışlar (geçmişte)		U=461,5 Z=-1,09	
Yok	18,5(16-21)	U=461,5 Z=-1,09	p=0,28
Var	17,5(14-20,25)		

Kısaltmalar: **ACYÖ-T**: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı, **CİB**: Cinsel İşlev Bozukluğu, **Ort.±SS**: ortalama değeri ve standart sapmalar, **M (1Ç-3Ç)**: Medyan ve çeyreklik değerleri

Çalışmamızda çift uyumunu değerlendirmek için ÇUÖ kullanıldı. Ölçek; eşler arası fikir birliği, eşler arası tatmin, duygusal ifade ve eşler arası bağlılık alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Hasta ve kontrol grubundaki katılımcıların ÇUÖ toplam ve alt ölçek medyan puanları karşılaştırıldığında Kontrol grubunda, ÇUÖ toplam ve alt ölçek medyan puanları daha yüksek saptanmıştır. ÇUÖ toplam ve alt ölçek medyan puanlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p değerleri tümü için $p<0,001$). Her iki grupta ÇUÖ-T ve alt ölçek puanları Tablo 37’de gösterilmiştir.

Tablo 37.ÇUÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının OKB hastaları ve kontrol grubunda karşılaştırılması

	Kontrol Grubu	Hasta Grubu	İstatistik	P
	M(1Ç-3Ç)	M(1Ç-3Ç)		
ÇUÖ-EAFB	52(47,75-59)	41(33,25-49,75)	U=1333 Z=-5,87	p<0,001
ÇUÖ-EAT	39(33,5-44)	30(26-37)	U=1431,5 Z=-5,51	p<0,001
ÇUÖ-Dİ	10(8-11)	7(4-9)	U=1169,5 Z=-6,50	p<0,001
ÇUÖ-EAB	16,80±4,24	12,22±4,95	t=6,19	p<0,001
ÇUÖ-T	119,5(106,75-127)	91,5(74,25-108,75)	U=1108 Z=-6,68	p<0,001
Kısaltmalar: ÇUÖ-EAFB : Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Fikir Birliği alt ölçeği, ÇUÖ-EAT : Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Tatmin alt ölçeği, ÇUÖ-Dİ : Çift Uyum Ölçeği Duygusal İfade alt ölçeği, ÇUÖ-EAB : Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Bağlılık alt ölçeği, ÇUÖ-T : Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı, M (1Ç-3Ç) : Medyan ve çeyreklik değerleri				

Hasta grubunda aleksitimik olmayan katılımcıların ÇUÖ-EAFB puan ortalamaları, aleksitimik olan bireylerden daha fazladır. Hasta grubunda ÇUÖ-EAFB puan ortalamalarına göre aleksitimik olan ve olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0,01$). Hasta grubunda aleksitimik olmayan katılımcıların ÇUÖ-EAT puan ortalamaları, aleksitimik olan bireylerden daha fazladır. Hasta grubunda ÇUÖ-EAT puan ortalamalarına göre aleksitimik olan ve olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ($p=0,001$). Hasta grubunda aleksitimik olmayan katılımcıların ÇUÖ-Dİ puan ortalamaları, aleksitimik olan bireylerden daha fazladır. Hasta grubunda ÇUÖ-Dİ puan ortalamalarına göre aleksitimik olan ve olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ($p=0,002$). Hasta grubunda aleksitimik olmayan katılımcıların ÇUÖ-EAB puan ortalamaları, aleksitimik olan bireylerden daha fazladır. Hasta grubunda ÇUÖ-EAB puan ortalamalarına göre aleksitimik olan ve olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ($p=0,01$). Hasta grubunda aleksitimik olmayan katılımcıların ÇUÖ-T puan ortalamaları, aleksitimik olan bireylerden daha fazladır. Hasta grubunda ÇUÖ-T puan ortalamalarına göre aleksitimik olan ve olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ($p=0,001$). Buna göre tüm ölçek puanları ortalama değerleri aleksitimik olan OKB tanılı hastalarda, aleksitimik olmayan OKB tanılı hastalardan daha fazladır ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Aleksitimik olan ve olmayan OKB hastalarının ÇUÖ-T ve alt ölçek puanlarına göre ortalama değerleri Tablo 38’de yer almaktadır.

Tablo 38. Hasta grubunda ÇUÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının aleksitimik olan ve olmayan katılımcılarda karşılaştırılması

	Aleksitimi +	Aleksitimi -	İstatistik	P
	Ort±SS	Ort±SS		
ÇUÖ-EAFB	38,23±10,88	45,62±11,59	t=-2,75	p=0,01
ÇUÖ-EAT	27,53±7,56	34,14±9,25	t=-3,32	p=0,001
ÇUÖ-Dİ	5,72±2,51	7,76±2,69	t=-3,28	p=0,002
ÇUÖ-EAB	11±4,47	14,03±5,14	t=-2,66	p=0,01
ÇUÖ-T	81,98±21,73	101,44±25,79	t=-3,46	p=0,001
Kısaltmalar: ÇUÖ-EAFB: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Fikir Birliği alt ölçeği, ÇUÖ-EAT: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Tatmin alt ölçeği, ÇUÖ-Dİ: Çift Uyum Ölçeği Duygusal İfade alt ölçeği, ÇUÖ-EAB: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Bağlılık alt ölçeği, ÇUÖ-T: Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı, Ort.±SS: Ortalama değeri ve standart sapmalar				

Hasta grubunda CİB olmayan katılımcıların ÇUÖ-EAFB puan ortalamaları, CİB olan bireylerden daha fazladır. Hasta grubunda ÇUÖ-EAFB puan ortalamalarına göre CİB olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı farklılık mevcuttur (p=0,001). Hasta grubunda CİB olmayan katılımcıların ÇUÖ-EAT puan ortalamaları, CİB olan bireylerden daha fazladır. Hasta grubunda ÇUÖ-EAT puan ortalamalarına göre CİB olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı farklılık mevcuttur (p<0,001). Hasta grubunda CİB olmayan katılımcıların ÇUÖ-Dİ puan ortalamaları, CİB olan bireylerden daha fazladır. Hasta grubunda ÇUÖ-Dİ puan ortalamalarına göre CİB olan ve olmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur (p<0,001). Hasta grubunda CİB olmayan katılımcıların ÇUÖ-EAB puan ortalamaları, CİB olan bireylerden daha fazladır. Hasta grubunda ÇUÖ-EAB puan ortalamalarına göre aleksitimik olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı farklılık mevcuttur (p=0,001). Hasta grubunda CİB olmayan katılımcıların ÇUÖ-T puan ortalamaları, CİB olan bireylerden daha fazladır. Hasta grubunda ÇUÖ-T puan ortalamalarına göre CİB olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı farklılık mevcuttur (p<0,001). Hasta grubunda CİB olan katılımcıların TAÖ-20 puanı ortalamaları, CİB olmayan bireylerden daha fazladır. Hasta grubunda TAÖ-20 puanı ortalamalarına göre CİB olan ve olmayan katılımcılar arasında anlamlı farklılık mevcuttur (p=0,02). CİB olan ve olmayan OKB hastalarının TAÖ-20 ve ÇUÖ-T ve alt ölçek puanları ortalama değerleri Tablo 39’da yer almaktadır.

Tablo 39.Hasta grubunda TAÖ-20 ve ÇUÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının CİB olan ve olmayanlar katılımcılarda karşılaştırılması

	CİB +	CİB -	İstatistik	P
	Ort±SS	Ort±SS		
ÇUÖ-EAFB	37,87±11,25	47,48±9,92	t=-3,59	p=0,001
ÇUÖ-EAT	26,85±8,13	36,48±6,46	t=-5,12	p<0,001
ÇUÖ-Dİ	5,66±2,61	8,20±2,24	t=-4,12	p<0,001
ÇUÖ-EAB	10,89±4,63	14,72±4,62	t=-3,34	p=0,001
ÇUÖ-T	80,81±23,11	106,76±19,87	t=-4,75	p<0,001
TAÖ-20	63,17±10,26	56,84±11,76	t=2,37	p=0,02

Kısaltmalar: **ÇUÖ-EAFB:** Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Fikir Birliği alt ölçeği, **ÇUÖ-EAT:** Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Tatmin alt ölçeği, **ÇUÖ-Dİ:** Çift Uyum Ölçeği Duygusal İfade alt ölçeği, **ÇUÖ-EAB:** Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Bağlılık alt ölçeği, **ÇUÖ-T:** Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı, **TAÖ-20:** Toronto Aleksitimi Ölçeği, **CİB:** Cinsel İşlev Bozukluğu, **Ort.±SS:** ortalama değeri ve standart sapmalar

Hasta grubundaki katılımcıların ÇUÖ’den aldığı toplam puanların YBOKÖ semptom kontrol listesindeki değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelerken normal dağılım özelliği göstermeyen dağılımlarda iki bağımsız grup ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Gösterim olarak medyan ve çeyrekliklerden yararlanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ortalamaları açısından gruplara göre farklılık gösterip göstermediği bağımsız gruplar t testi ile incelenmiş olup “Ort±SS” gösterimi ile ortalama ve standart sapmalar gruplara göre yazılmıştır. Buna göre geçmişte saldırganlık obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki saldırganlık obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte bulaş obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki bulaş obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte dini obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki dini obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte simetri-düzen obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki simetri-düzen obsesyonları olan ve olmayan OKB hastalarının ÇUÖ toplam ortalama/medyan puanları arasında anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir. Diğer semptom türleri ile ÇUÖ ilişkisine, gruplara düşen gözlem sayıları arasındaki farkın çok olması sebebiyle bakılamamıştır. Hasta grubunda çift uyumunun obsesif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması Tablo 40’ta gösterilmiştir.

Tablo 40. Hasta grubunda çift uyumunun obsesif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması

	ÇUÖ-T (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	İstatistik	P
Saldırganlık (şimdi)			
Yok	93(74,5-109,5)	U=436,5	P=0,39
Var	81(74-107)	Z=-0,86	
Saldırganlık (geçmişte)			
Yok	93(75-111)	U=386	P=0,06
Var	78(65-106)	Z=-1,85	
Bulaş (şimdi)			
Yok	92,5(71-111,5)	U=547,5	P=0,98
Var	90,5(75,75-107,25)	Z=-0,03	
Bulaş (geçmişte)			
Yok	91(63,5-115)	U=524	P=0,89
Var	92(76-107)	Z=-0,14	
Dini (şimdi)			
Yok	94,29±23,01	t=1,76	p=0,08
Var	83,90±27,04		
Dini(geçmişte)			
Yok	92,95±26,36	t=1,08	p=0,28
Var	86,51±23,81		
Simetri-Düzen (Şimdi)			
Yok	88±26,89	t=-0,74	p=0,46
Var	92,52±22,61		
Simetri-Düzen(geçmişte)			
Yok	88,37±27,47	t=-0,56	p=0,58
Var	91,74±22,10		

Kısaltmalar: **ÇUÖ-T**: Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı, **Ort.±SS**: ortalama değeri ve standart sapmalar, **M (1Ç-3Ç)**: Medyan ve çeyreklik değerleri

Şimdiki temizlik-yıkama kompulsiyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte temizlik-yıkama kompulsiyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki kontrol etme kompulsiyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte kontrol etme kompulsiyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, şimdiki tekrarlayıcı törensel davranış kompulsiyonları olan ve olmayan OKB hastalarının, geçmişte tekrarlayıcı törensel davranış kompulsiyonları olan ve olmayan OKB hastalarının ÇUÖ toplam ortalama/medyan puanları arasında anlamlı farklılıklar gözlenmemiştir. Diğer semptom türleri ile ÇUÖ ilişkisine, gruplara düşen gözlem sayıları arasındaki farkın çok olması sebebiyle bakılamamıştır. Hasta grubunda çift uyumunun kompulsif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması Tablo 41’de gösterilmiştir.

Tablo 41. Hasta grubunda çift uyumunun kompulsif semptomlarla ilişkisinin karşılaştırılması

	ÇUÖ-T (Ort.±SS)/M(1Ç-3Ç)	İstatistik	P
Temizlik yıkama(şimdi)			
Yok	97(69,25-112,25)	U=526,5 Z=-0,29	P=0,77
Var	90,5(75-107)		
Temizlik yıkama(geçmişte)			
Yok	103(65-117)	U=482,5 Z=-0,66	P=0,51
Var	89(75-105)		
Kontrol Etme(şimdi)			
Yok	95,07±25,98	t=1,42	p=0,16
Var	86,48±24,38		
Kontrol Etme(geçmişte)			
Yok	90,18±27,48	t=0,1	p=0,92
Var	89,59±23,93		
Tekrarlayıcı törensel davranışlar (şimdi)			
Yok	91,5(74-110)	U=543 Z=-0,09	P=0,93
Var	91(74,75-107)		
Tekrarlayıcı törensel davranışlar (geçmişte)			
Yok	91,5(74-110,25)	U=543 Z=-0,09	P=0,93
Var	91(74,75-107)		

Kısaltmalar: **ÇUÖ-T**: Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı, **Ort.±SS**: ortalama değeri ve standart sapmalar, **M (1Ç-3Ç)**: Medyan ve çeyreklik değerleri

4.5 Hasta ve Kontrol Grubunda Ölçekler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hasta grubunda ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Hasta grubunda YBOKÖ-O ile TAÖ-20 arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,304$, $p=0,009$). YBOKÖ-K ile ACYÖ-T ve YBOKÖ-K ile TAÖ-20 arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir (sırası ile $r=0,266$, $p=0,024$; $r=0,336$, $p=0,004$). YBOKÖ-K ile ÇUÖ-T arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,307$, $p=0,009$). YBOKÖ-T ile ACYÖ-T ve YBOKÖ-T ile TAÖ-20 arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir (sırası ile $r=0,256$, $p=0,030$; $r=0,330$, $p=0,005$). YBOKÖ-T ile ÇUÖ-T arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,275$, $p=0,019$). ACYÖ-T ile TAÖ-20 arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,366$, $p=0,002$). ACYÖ-T ile ÇUÖ-T arasında negatif yönlü orta şiddetli bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,442$, $p<0,001$). TAÖ-20 ile ÇUÖ-T arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,339$, $p=0,004$). Diğer ölçekler arasında herhangi bir

ilişki bulunamamıştır. Hasta grubunda YBOKÖ-O, YBOKÖ-K, YBOKÖ-T, ACYÖ-T, TAÖ-20, ÇUÖ-T ölçekleri arasındaki korelasyon Tablo 42’de gösterilmiştir.

Tablo 42.Hasta grubunda YBOKÖ-O, YBOKÖ-K, YBOKÖ-T, ACYÖ-T, TAÖ-20, ÇUÖ-T ölçekleri korelasyonu

	YBOKÖ-O	YBOKÖ-K	YBOKÖ-T	ACYÖ-T	TAÖ-20	ÇUÖ-T
YBOKÖ-O	1	r=0,872 p<0,001	r=0,970 p<0,001	r=0,231 p=0,051	r=0,304 p=0,009	r= -0,228 p= 0,054
YBOKÖ-K	r= 0,872 p<0,001	1	r= 0,965 p<0,001	r= 0,266 p= 0,024	r= 0,336 p= 0,004	r= -0,307 p= 0,009
YBOKÖ-T	r= 0,970 p<0,001	r= 0,965 p<0,001	1	r= 0,256 p= 0,030	r= 0,330 p= 0,005	r= -0,275 p= 0,019
ACYÖ-T	r= 0,231 p= 0,051	r= 0,266 p= 0,024	r= 0,256 p= 0,030	1	r= 0,366 p= 0,002	r= -0,442 p<0,001
TAÖ-20	r= 0,304 p= 0,009	r= 0,336 p= 0,004	r= 0,330 p= 0,005	r= 0,366 p= 0,002	1	r= -0,339 p= 0,004
ÇUÖ-T	r= -0,228 p= 0,054	r= -0,307 p= 0,009	r= -0,275 p= 0,019	r= -0,442 p<0,001	r= -0,339 p= 0,004	1
Pearson Korelasyon						
Kısaltmalar: YBOKÖ-O: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Obsesyon Alt Toplamı, YBOKÖ-K: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kompulsiyon Alt Toplamı, YBOKÖ-T: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Toplam Puanı, ACYÖ-T: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, ÇUÖ-T: Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı,						

Kontrol grubunda ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Kontrol grubunda ACYÖ-T ile ÇUÖ-T arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0,298, p=0,007). Diğer ölçekler arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Kontrol grubunda YBOKÖ-O, YBOKÖ-K, YBOKÖ-T, ACYÖ-T, TAÖ-20, ÇUÖ-T ölçekleri arasındaki korelasyon Tablo 43’te yer almaktadır.

Tablo 43. Kontrol grubunda YBOKÖ-O, YBOKÖ-K, YBOKÖ-T, ACYÖ-T, TAÖ-20, ÇUÖ-T ölçekleri korelasyonu

	YBOKÖ-O	YBOKÖ-K	YBOKÖ-T	ACYÖ-T	TAÖ-20	ÇUÖ-T
YBOKÖ-O	1	r= 0,772 p<0,001	r= 0,960 p<0,001	r= -0,063 p= 0,577	r= -0,043 p= 0,702	r= 0,036 p= 0,748
YBOKÖ-K	r= 0,772 p<0,001	1	r= 0,920 p<0,001	r= -0,073 p= 0,512	r= -0,049 p= 0,661	r= 0,120 p= 0,281
YBOKÖ-T	r= 0,960 p<0,001	r= 0,920 p<0,001	1	r= -0,071 p= 0,525	r= -0,048 p= 0,667	r= 0,076 p= 0,500
ACYÖ-T	r= -0,063 p= 0,577	r= -0,073 p= 0,512	r= -0,071 p= 0,525	1	r= 0,066 p= 0,555	r= -0,298 p= 0,007
TAÖ-20	r= -0,043 p= 0,702	r= -0,049 p= 0,661	r= -0,048 p= 0,667	r= 0,066 p= 0,555	1	r= -0,132 p= 0,238
ÇUÖ-T	r= 0,036 p= 0,748	r= 0,120 p= 0,281	r= 0,076 p= 0,500	r= -0,298 p= 0,007	r= -0,132 p= 0,238	1
Pearson Korelasyon						
Kısaltmalar: YBOKÖ-O: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Obsesyon Alt Toplamı, YBOKÖ-K: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kompulsiyon Alt Toplamı, YBOKÖ-T: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Toplam Puanı, ACYÖ-T: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, ÇUÖ-T: Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı,						

Pearson korelasyon analizine göre hasta grubunda YBOKÖ-O ile ÇUÖ-EAFB, ÇUÖ-Dİ, ÇUÖ-EAB, ÇUÖ-T arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. YBOKÖ-O ile ÇUÖ-EAT arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,252$ $p=0,033$). YBOKÖ-K ile ÇUÖ-Dİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilememiştir. YBOKÖ-K ile ÇUÖ-EAFB, ÇUÖ-EAT, ÇUÖ-EAB, ÇUÖ-T arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir (sırası ile $r=-0,234$, $p=0,048$; $r=-0,318$, $p=0,006$; $r=-0,277$ $p=0,018$; $r=-0,307$, $p=0,009$). YBOKÖ-T ile ÇUÖ-EAFB, ÇUÖ-Dİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. YBOKÖ-T ile ÇUÖ-EAT, ÇUÖ-EAB, ÇUÖ-T arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir (sırası ile $r=-0,294$, $p=0,012$; $r=-0,262$, $p=0,026$; $r=-0,275$, $p=0,019$). Hasta grubunda YBOKÖ-O, YBOKÖ-K, YBOKÖ-T ölçeklerinin ÇUÖ ölçekleri ve alt ölçekleri ile korelasyonu Tablo 44’te gösterilmiştir.

Tablo 44.Hasta grubunda YBOKÖ-O, YBOKÖ-K, YBOKÖ-T ölçeklerinin ÇUÖ ve alt ölçekleri ile korelasyonu

	ÇUÖ-EAFB	ÇUÖ-EAT	ÇUÖ-Dİ	ÇUÖ-EAB	ÇUÖ-T
YBOKÖ-O	r= -0,143 p= 0,231	r= -0,252 p= 0,033	r= -0,168 p= 0,159	r= -0,232 p= 0,050	r= -0,228 p= 0,054
YBOKÖ-K	r= -0,234 p= 0,048	r= -0,318 p= 0,006	r= -0,225 p= 0,057	r= -0,277 p= 0,018	r= -0,307 p= 0,009
YBOKÖ-T	r= -0,193 p= 0,104	r= -0,294 p= 0,012	r= -0,202 p= 0,089	r= -0,262 p= 0,026	r= -0,275 p= 0,019
Pearson Korelasyon					
Kısaltmalar: YBOKÖ-O: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Obsesyon Alt Toplamı, YBOKÖ-K: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Kompulsiyon Alt Toplamı, YBOKÖ-T: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Toplam Puanı, ÇUÖ-EAFB: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Fikir Birliği alt ölçeği, ÇUÖ-EAT: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Tatmin alt ölçeği, ÇUÖ-Dİ: Çift Uyum Ölçeği Duygusal İfade alt ölçeği, ÇUÖ-EAB: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Bağlılık alt ölçeği, ÇUÖ-T: Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı					

Pearson korelasyon analizine göre TAÖ-20 ile ÇUÖ-EAFB, ÇUÖ-EAT, ÇUÖ-Dİ, ÇUÖ-EAB ve ÇUÖ-T arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır (sırası ile r=-0,245, p=0,038; r=-0,386, p=0,001; r=-0,263, p=0,026; r=-0,253, p=0,032; r=-0,339, p=0,004). Hasta grubunda TAÖ-20 ölçeğinin ÇUÖ ve alt ölçekleri ile korelasyonu Tablo 45'te gösterilmiştir.

Tablo 45.Hasta grubunda TAÖ-20 ölçeğinin ÇUÖ ve alt ölçekleri ile korelasyonu

	ÇUÖ-EAFB	ÇUÖ-EAT	ÇUÖ-Dİ	ÇUÖ-EAB	ÇUÖ-T
TAÖ-20	r= -0,245 p= 0,038	r= -0,386 p= 0,001	r= -0,263 p= 0,026	r= -0,253 p= 0,032	r= -0,339 p= 0,004
Pearson Korelasyon					
Kısaltmalar: TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, ÇUÖ-EAFB: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Fikir Birliği alt ölçeği, ÇUÖ-EAT: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Tatmin alt ölçeği, ÇUÖ-Dİ: Çift Uyum Ölçeği Duygusal İfade alt ölçeği, ÇUÖ-EAB: Çift Uyum Ölçeği Eşler Arası Bağlılık alt ölçeği, ÇUÖ-T: Çift Uyum Ölçeği Toplam Puanı					

5. TARTIŞMA

Duyguları tanımlamak ve ifade etmek, olumsuz olanları tolere etmek için önemlidir. Bu yüzden aleksitiminin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi giderek önem kazanan bir araştırma konusu haline gelmiştir. Ayrıca aleksitiminin, psikiyatrik bozuklukların başlangıcında ve belirtilerinin devam etmesinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Bazı çalışmalarda, aleksitimik özelliklerin varlığının OKB hastalarında olağan tıbbi tedavilere ve psikoterapiye kötü yanıt verebileceğine dikkat çekilmiştir.^{143,180-182} Cinsellik ve CİB’de her dönem önemli bir konu olmuştur. OKB hastalarında CİB’ye yol açan faktörler araştırılırken, aleksitimi geri planda kalmış görünmektedir. OKB hastalarında aleksitimik özelliklerin değerlendirilip, CİB ve çift uyumu ile ilişkisinin ortaya çıkarılması, hastalara uygun tedavi yöntemlerinin uygulamasına ve sosyal (ailevi) işlevselliklerinin artırılmasına olanak sağlayabilir. Literatürde değişik yöntem ve araçlar aracılığıyla her bir konuyu kendi arasında inceleyen sınırlı sayıda çalışma olmakla birlikte, bildiğimiz kadarıyla bizim çalışmamız OKB’de aleksitimi, CİB ve çift uyumunun birlikte araştırıldığı ilk çalışmadır. OKB hastalarını, kontrol grubuyla karşılaştırdığımız bu çalışmada; OKB hastalarında kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda aleksitimi ve CİB görüldüğü, OKB hastalarının kontrol grubuna göre çift uyumlarının daha düşük olduğu saptandı. Aleksitimik olan OKB hastalarının, aleksitimik olmayan OKB hastalarına kıyasla cinsel işlevlerinin daha bozuk ve çift uyumunun daha düşük olduğu saptandı. Ayrıca OKB hastalarında aleksitimi düzeyleri arttıkça, cinsel işlevlerdeki bozulmanın arttığı ve çift uyumunun azaldığı görülmüştür.

OKB ve aleksitimide ortak bir nörobiyolojik mekanizma olduğu öne sürülmüştür. Bazı çalışmalar, aleksitimideki bilişsel ve afektif işlev bozukluğunun, anterior singulat korteks ve orbitofrontal korteks gibi ventromedial prefrontal kortekste bulunan bölgelerle ilişkili olduğunu bildirmiştir.^{175,176} Yapılan diğer çalışmalar da ventromedial prefrontal korteksin, OKB’li hastalarda önemli rol oynadığını desteklemektedir.^{177,178} Çalışmamızda OKB hastalarının aleksitimi puanları, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin aleksitimi puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır. Çalışmamız bu açıdan literatürle uyumlu gözükmektedir. Literatüre bakıldığında OKB hastalarını sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştıran Bozoglu ve ark.²⁸⁴ 2021 yılında, Uslu ve ark.²⁸⁵ 2020

yılında, Khosravani ve ark.²⁸⁶ 2017 yılında, Roh ve ark.¹⁸⁴ 2011 yılında, Carpenter ve Chung'un²⁸⁷ 2011 yılında yaptığı çalışmalarda da hasta grubunun aleksitimi puan ortalamaları, sağlıklı kontrol grubunun ortalamalarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, OKB hastalarının duygularını tanımlamakta zorlandıklarını göstermektedir.

Çalışmamızda OKB hastalarının % 59,8'si aleksitimik olarak bulunmuş, aleksitimi varlığı açısından OKB hastaları ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. De Berardis ve ark.²⁸⁸ 2005 yılında OKB'si olan 112 poliklinik hastasında aleksitimi ve içgörü ilişkisini inceledikleri bir çalışmada OKB'de aleksitiminin % 20-40 arasında görülebileceğini ve içgörü azlığı ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Yine literatürde farklı ölçme yöntemleri kullanılarak OKB hastalarıyla yapılan çeşitli çalışmalarda aleksitiminin görülme oranı % 11 ile % 60,7 arasında değişmektedir.^{164,165,168,184,286} Önceki çalışmalarla karşılaştırıldığında, hastalarımızın nispeten daha yüksek aleksitimi skorları sergilediği ve daha yüksek oranda hastanın aleksitimik olarak sınıflandırılabilmesi görülmüştür. Mamatova ve Wille²⁸⁹ yaptıkları bir çalışmada İslam kültürüne sahip Kırgız katılımcılarının Amerikan katılımcılara göre daha fazla aleksitimiye sahip olduğunu bulmuşlardır.²⁸⁹ Ayrıca aleksitimi etiyolojisinin kültürlerle ilişkili bir fenomen olduğu düşünülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda Asya kökenli katılımcıların aleksitimi düzeyinin, Avrupa kökenli katılımcılardan yüksek olduğu belirlenmiştir.²⁹⁰⁻²⁹² Asya kültürlerinde duygularının farkına varma ve düşüncelerini kolayca ifade edebilmenin yerine duygusal kısıtlama daha ön plandadır. Ülkemizle benzer şekilde İslam kültürüne ve Asya kültürüne sahip olan İran'da, Khosravani ve ark.²⁸⁶ yapmış olduğu çalışmada da yüksek oranda hastanın (% 60,7) aleksitimik olarak sınıflandırılabilmesi görülmüştür. Çalışmamızdaki sonuçların bu durumlarla açıklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda YBOKÖ obsesyon alt toplamı, YBOKÖ kompulsiyon alt toplamı ve YBOKÖ toplam puanı medyan değerleri aleksitimik olan OKB hastalarında, aleksitimik olmayan OKB hastalarından daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda YBOKÖ obsesyon alt toplamı, YBOKÖ kompulsiyon alt toplamı ve YBOKÖ toplam puanları ile TAÖ-20 toplam puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum OKB semptomlarının şiddetinin aleksitimi düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Çalışmamız literatürle uyumlu gözükmektedir. Literatüre bakıldığında

Khosravani ve ark.²⁸⁶ yaptığı çalışmada aleksitimik olan OKB hastalarında, OKB semptomlarının şiddetinin aleksitimik olmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Pozza ve ark.²⁹³ 2015 yılında tarafından yapılan, İtalya’da yaşayan 425 kişilik bir toplulukta aleksitiminin, OKB semptom boyutlarına katkısının araştırıldığı bir çalışmada, katılımcıların toplam TAÖ-20 puanları ile toplam OKB puanları arasında ve ayrıca katılımcıların TAÖ-20’nin alt ölçeklerinden biri olan “duyguyu tanımlamada zorluk” puanları ile toplam OKB puanları arasında da anlamlı ilişki saptanmıştır. De Berardis ve ark.²⁹⁴ 2015 yılında OKB’si olan 104 poliklinik hastasında aleksitimiye inceledikleri bir çalışmada OKB hastalarında aleksitimi düzeyi yüksek saptananlarda belirtilerin daha şiddetli olduğu görülmüştür. Yine De Berardis ve ark.²⁸⁸ 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada aleksitimi düzeyi ile OKB semptomlarının şiddeti arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Roh ve ark.¹⁸⁴ 2011 yılında 45 OKB hastası, 45 sağlıklı kontrol grubu ile yaptığı, OKB ve aleksitimi düzey ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, katılımcıların OKB semptom ciddiyetine ve aleksitimi düzeylerine bakılmıştır. TAÖ-20 toplam puanı ile YBOKÖ toplam puanı ve YBOKÖ obsesyon alt toplamı puanı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. OKB belirti şiddetinin aleksitimi düzeyi ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Carpenter ve Chung’un²⁸⁷ 2011 yılında yaptığı bir çalışmada OKB hastalarında aleksitiminin OKB’nin semptom düzeyi ve semptom sayısı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde Uslu ve ark.²⁸⁵ 2020 yılında yaptığı çalışmada ise obsesif semptomların şiddeti ile aleksitimi arasında anlamlı ilişki saptanamamış ve bu durum çalışmanın örneklem sayısındaki yetersizliğe bağlanmıştır.

OKB’de semptom türleri ile aleksitimi ilişkisine baktığımızda ise Pozza ve ark.²⁹³ yaptığı çalışmada TAÖ-20’nin alt ölçeklerinden biri olan “duyguyu tanımlamada zorluk” puanları ile istifçilik ve kontrol etme semptom puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Aynı çalışmada TAÖ-20 toplam puanı ile düzen kompulsiyonları ve saf obsesif OKB semptomlarının spesifik olarak ilişkili olabileceğini, ancak diğer OKB semptomlarının ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Roh ve ark.¹⁸⁴ yaptığı çalışmada ise özellikle dini ve cinsel obsesyonlar ile aleksitimi düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda OKB semptom türleri ile aleksitimi düzeyleri arasında ilişki saptanamamıştır. Bu durum ilişki saptanan çalışmalarda semptom türlerinin birleştirilmesi, farklı ölçeklerin kullanılması ya da örneklem sayımızdaki yetersizlik nedeniyle olabilir.

Literatürde OKB semptomları ile aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar sınırlı sayıdadır ve bu alanda yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğu aşîkârdır.

Literatüre baktığımızda ölkemizde yapılan bir çalışmada aleksitiminin sağlıklı popölasyonda %6,7-18,8 arasında değışen oranlarda görüldüğü saptanmıştır.¹⁴⁸ Finlandiya’da genel popölasyonda aleksitimi prevalansının araştırıldığı bir çalışmada aleksitimi prevalansı % 13 olarak saptanmıştır (erkeklerde % 17, kadınlarda % 10).¹⁴⁹ Çalışmamızda kontrol grubunda aleksitimi oranı % 3,7 olarak tespit edilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda aleksitimi, cinsiyet rolleri ile ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmalara göre, erkeklerin kadınlara göre daha çok aleksitimik özellikler geliştirebileceği düşünülmektedir. Erkekler, özellikle duygusal ifadenin kısıtlanması olmak üzere erilliğe özgü normları benimsemeye ve bunlara uymaya yönelten sosyal roller edinirler. Ataerkil bir sosyal sistemde, bu norm onların iktidar kurmasına, sürdürmesine ve zayıflıklarını gizlemesine imkân sağlayacaktır. Bu durumun yetişkin hayattaki aleksitimik özelliklere yatkınlık sağladığı düşünülmüştür. Çalışmamızda kadın katılımcı sayısının erkek katılımcı sayısından fazla olması, aleksitimi seviyelerinin beklenenden daha düşük saptanmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda cinsel işlevlerin değeriendirilmesi için hem klinik görüşme yapılmış hem de öz bildirim ölçekleri uygulanmıştır. Çalışmamızda üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde takipli OKB hastaları ile yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum ve yaşanan aile yapısı olarak birbirine yakın özellikler gösteren sağlıklı kontrol grubunun cinsel işlevleri birbiri ile karşılaştırılmıştır. Hasta ve kontrol grubunda CİB’e yol açabilecek ek fiziksel hastalığa sahip olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca katılımcıların partnerlerindeki CİB ve ruhsal bozukluklar sorgulanmış, her iki alanda da farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda hasta grubunun % 65,3’ünde, sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubunun % 18,3’ünde CİB saptanmıştır. Çalışmamız OKB hastalarının sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslandığı nadir çalışmalardan biri olmasıyla da önemli bir özelliğe sahiptir. Çalışmamızda OKB tanılı hastalarda kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde CİB’nin daha yüksek oranda saptanması, OKB hastaları ile kontrol grubunun kıyaslandığı mevcut literatürü desteklemektedir.^{18,221} Literatürde OKB hastalarıyla yapılan ve CİB’nin değeriendirildiği çalışmalarda CİB görölme oranı % 50–76,4 arasında değışmektedir. Çalışmamız bu açıdan literatürle

uyumlu gözükmetedir. Bu çalışmalara baktığımızda Raisi ve ark.²⁹⁵ tarafından 2019'da, İran'da bir grup OKB hastasında CİB yaygınlığının araştırıldığı, 36 kadın ve 20 erkek OKB hastasıyla yapılan çalışmada OKB hastalarının % 55,4'ünde CİB görüldüğü saptanmıştır. Turan ve ark.²²¹ tarafından 2015'de yapılan, OKB hastaları ve sağlıklı bireyleri CİB açısından karşılaştıran bir çalışmada OKB hastalarının % 65,4'ünde, Kendurkar ve Kaur¹⁸ tarafından 2008'de yapılan, MDB, OKB ve YAB hastalarını CİB açısından karşılaştıran bir çalışmada OKB hastalarının %50'sinde CİB görüldüğü saptanmıştır. Bizim çalışmamız ile Turan ve ark. çalışmasında OKB hastalarında CİB oranı oldukça benzerdir. Bu durum çalışmaların aynı ülkede, üçüncü basamak sağlık kurumlarında ve benzer ölçme yöntemleri kullanılarak yapılmasından kaynaklı olabilir. 2014'te Thakurta ve ark.²²⁰ tarafından, OKB'de CİB yaygınlığı ve doğasının araştırıldığı, 39 kadın ve 21 erkek OKB hastasıyla yapılan çalışmada OKB hastalarının % 53,33'ünde CİB görüldüğü saptanmıştır. Minnen ve Kampman²⁹⁶ tarafından 2000 yılında yapılan bir çalışmada OKB hastalarının % 76,4'ünde bir veya daha fazla CİB görüldüğü saptanmıştır. 1993 yılında Staebler ve ark.²¹⁹ tarafından yapılan, OKB hastalarının cinsel yaşamı, cinsel tatmini ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada OKB hastalarında % 59,3 oranında cinsel tatminsizlik bildirilmiştir.

Çalışmamızda kadın OKB hastaları ile kontrol grubu karşılaştırıldığında cinsel istek, uyarılma, vajinal lubrikasyon, orgazm, orgazmdan tatmin olma puanları ve ACYÖ toplam puanı, OKB hastalarında daha yüksek saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu durum kadın OKB hastalarında tüm cinsel işlev alanlarının etkilendiğini göstermektedir. Çalışmamızda kadın OKB hastalarında % 71,8 oranında CİB saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda kadın OKB hastalarında CİB oranı % 45,4 ile % 90 arasında değişmektedir.^{18,220,221,295} Çalışmamız bu açıdan literatürle uyumlu gözükmetedir. Çalışmamızda kadın OKB hastalarında en sık görülen CİB orgazm sorunlarıdır (orgazm olamama: % 48,8 ve orgazmdan tatmin olamama: %23,1). Kadın OKB hastalarının % 46,2'sinde uyarılma bozukluğu, % 41'inde cinsel isteksizlik, % 28,2'sinde vajinal lubrikasyon ile ilgili sorunlar saptanmıştır. Benzer şekilde Turan ve ark. (orgazm olamama: % 51,2 ve orgazmdan memnun olmama: % 31,7), Thakurta ve ark. (orgazm olamama: % 20,51) ve Kendurkar ile Kaur'un (orgazm olamama: % 45,4 ve orgazmdan memnun olmama: %18,2) çalışmalarında da kadın OKB hastalarında en sık orgazm sorunları olduğu görülmektedir. Ayrıca 2001 yılında ülkemizde ilaç kullanımı

olmayan OKB ve YAB hastası kadınlarda yapılan bir çalışmada, OKB hastası kadınlarda orgazm olamama ve cinsellikten kaçınmanın daha yaygın görüldüğü belirlenmiştir.²¹⁸ Raisi ve ark. 2019 yılında 36 erkek, 20 kadın OKB hastası ile yaptığı çalışmada kadın OKB hastalarında en sık cinsel uyarılma bozukluğu (% 58,3) görüldüğü saptanmıştır. Kadın OKB hastalarında cinsel uyarılma bozukluğu sıklığının yüksek olmasının; cinsel kaçınma, cinsel aktivite sırasında gerekli olan yeterli gevşeme ve güven eksikliği ile olabileceği düşünülmüştür.²⁹⁵ Vulink ve ark. tarafından 2006 yılında ilaç kullanımı olan OKB hastalarıyla yapılan bir çalışmada, kadınlarda en sık görülen CİB, cinsel isteksizlik (% 62) olarak saptanmıştır. Bu çalışmada % 33 oranında orgazma ulaşmada güçlük, % 20 oranında orgazmdan tatmin olmama saptanmıştır. OKB ve panik bozukluk hastalarının CİB açısından kıyaslandığı, 2006 yılında ülkemizde yapılmış bir tez çalışmasında % 24,2 oranında anorgazmi saptanmıştır.²⁹⁷ Yapılan bir çalışmada öncesinde orgazm problemi yaşamayan OKB hastası kadınların, klomipramin tedavisinin ardından orgazm olamama yakınması bildirenlerin oranının %92 olduğu saptanmıştır.²²³ Yine yapılan çalışmalarda antidepressan ilaç kullanımına bağlı olarak cinsel istek, uyarılma ve orgazm evreleriyle alakalı CİB ortaya çıktığı bildirilmiştir.^{230,298-300} Çalışmamızda hasta grubundaki katılımcılarda psikiyatrik ilaç tedavilerinden sonra başlayan cinsel yan etkiler de sorgulanmış, katılımcılar ilaç tedavilerinden sonra en sık uyarılma bozukluğu ve orgazm bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızdaki OKB hastalarının ilaç tedavisi alıyor olmalarının, orgazm problemlerinin artışına neden olduğu düşünülebilir. Ayrıca ilaç tedavisi sonrası en sık uyarılma bozukluğu yakınmasının olması, orgazm bozukluğunun OKB hastalığının kendisinden kaynaklı olduğunu da düşündürülebilir. OKB hastaları düşüncelerini kontrol etmeye aşırı ihtiyaç duyarken, orgazm tam olarak kişinin kendini kontrolden çıkarmasına, yönlendirme ihtiyacından kurtulmasına ve aklını kaybetmesine izin vermesini gerektirir.³⁰¹ Yine bu durumdan kaynaklı olarak OKB hastalarında orgazm bozuklukları sık saptanıyor olabilir. Özetle OKB hastası kadınlarda orgazm problemlerinin yaygın olarak görüldüğü, bu durumun hastalığın kendisinden veya kullanılan ilaçlardan kaynaklanabileceği ancak bu problemlerin, OKB hastalarında görülen en yaygın CİB olup olmadığı hususunda, literatürdeki çalışmaların çelişkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda erkek OKB hastaları ile kontrol grubundaki erkekler karşılaştırıldığında cinsel istek, uyarılma, penil ereksiyon, orgazmdan tatmin olma

puanları ve ACYÖ toplam puanı, OKB hastalarında daha yüksek saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sadece orgazm alanındaki ACYÖ puan ortalaması kontrol grubunda daha yüksek çıkmış ve istatistiksel açıdan her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun nedeninin ölçekte orgazm alanındaki işlev bozukluğunu tespit etmek için sorulan “Ne kadar kolay boşalırınız?” sorusunun katılımcılar tarafından tam olarak anlaşılmaması olduğu düşünülebilir. Kontrol grubundaki katılımcıların, düşük puanlar prematür ejakülasyonla ilişkilendirebileceği için ve bu durum toplumumuzdaki erkekler için önemli bir sorun olarak görüldüğünden bu soruya daha yüksek puanlar verdikleri düşünülmektedir. Çalışmamızda erkek OKB hastalarında % 57,6 oranında CİB saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda erkek OKB hastalarında CİB oranı % 25 ile % 57,14 arasında değişmektedir.^{18,220,221,295} Çalışmamız bu açıdan literatürle benzer gözükmemektedir. Çalışmamızda erkek OKB hastalarında en sık görülen CİB, cinsel istek azlığı (% 30,3) olarak belirlenmiştir. Erkek OKB hastalarının % 15,2’sinde ereksiyon bozukluğu, % 9,1’inde uyarılma bozukluğu, % 9,1’inde orgazm bozukluğu saptanmıştır. Benzer şekilde Turan ve ark. yaptığı çalışmada (% 18,2) ve Monteiro ve ark. yaptığı çalışmada da erkek OKB hastalarında en sık saptanan CİB, cinsel istek azlığıdır (% 25). Monteiro ve ark. yaptığı çalışmada ayrıca erkek OKB hastalarında % 12 oranında prematür ejakülasyon ve % 6 oranında ereksiyon güçlüğü görüldüğü saptanmıştır.²²³ Kendurkar ve Kaur tarafından yapılan çalışmada erkek OKB hastalarında en sık orgazm sorunları görüldüğü bildirilmiştir (orgazm olamama: % 46.4 ve orgazmdan memnun olmama: %35.7). Fontenelle ve ark.³⁰² yaptığı 31 OKB ve 26 sosyal fobi hastasının cinsel işlevler açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB hastası erkeklerde ereksiyon problemlerinin ve orgazm olma güçlüğüne daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamızda hasta grubundaki erkek katılımcılarda da psikiyatrik ilaç tedavilerinden sonra başlayan cinsel yan etkiler sorgulanmıştır. Katılımcılar ilaç tedavilerinden sonra sırasıyla en sık cinsel istek azlığı, ereksiyon bozuklukları ve geç boşalma yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızdaki erkek OKB hastalarında cinsel istek azlığı oranının diğer çalışmalara kıyasla yüksek oranda saptanmasının nedeni de ilaç kullanımı kaynaklı olabilir. Özetle erkek OKB hastalarında cinsel isteksizlik ve ereksiyon bozuklukları daha ön planda olmakla birlikte cinsel işlevlerin tüm aşamalarında sorun olabileceği ve bu duruma kullanılan ilaçların da etki edebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda YBOKÖ toplam ve YBOKÖ kompulsiyon alt toplamı puan ortalamaları CİB olan OKB hastalarında, CİB olmayan OKB hastalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. YBOKÖ obsesyon alt toplamı puan ortalaması ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da CİB olan grupta daha yüksek tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda OKB hastalarında YBOKÖ toplam ve YBOKÖ kompulsiyon alt toplamı puanları ile ACYÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiş, YBOKÖ obsesyon alt toplam puanları ile ACYÖ toplam puanı arasında ilişki saptanmamıştır. Buna göre OKB hastalarında semptomların şiddetiyle CİB arasında bir ilişki olabileceğini ve OKB semptomlarındaki kötüleşmenin cinsel işlevlerdeki bozukluğu arttırabileceğini düşündürmektedir. Kompulsiyonların (örneğin cinsellik sonrası yıkanma ve uzun temizlik uğraşları) çoğunlukla dışarıdan fark edilebilir oluşundan dolayı bireylerin cinsel yaşamlarının kompulsiyonlar nedeni ile daha çok bozulduğu düşünülebilir. Thakurta ve ark.²²⁰ yapmış olduğu çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde YBOKÖ toplam puanı ile ACYÖ toplam puanı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Raisi ve ark.²⁹⁵ yaptığı çalışmada da çalışmamızda kullanılmayan bir ölçek olan Obsesyon Kompulsiyon Envanteri revize formu toplam puanıyla cinsel tatmin arasında negatif bir ilişki tespit edilmiş, yani OKB semptomlarının şiddeti arttıkça cinsel tatminin azaldığı görülmüştür. Çalışmamızda CİB olan OKB hastalarında YBOKÖ 17. maddesi olan “global ciddiyet” puan ortalaması, CİB olmayan OKB hastalarına göre yüksek bulunmuştur. “Global ciddiyet” ölçeğinden alınan yüksek puanlar, hastanın semptomlarının ileri boyutta olduğunu ve işlevselliğin daha kısıtlı olduğunu göstermektedir. Bu durum da önceki bulgularımızla uyumlu şekilde OKB semptomlarının şiddetiyle CİB arasında ilişki olduğunu ve kısıtlanan işlevsellik alanlardan birinin de cinsel işlevler olduğunu göstermektedir.

Bulaş obsesyonu hastalarda cinsel tiksintiye yol açabilmektedir. Zaman zaman da cinsel obsesyonlara bağlı suçluluk hissi veya kaçınmalar da cinsel problemlere yol açabilmektedir. OKB hastaları sperm, ter, cinsel organ temasından kaçınabilir. Ayrıca OKB hastalarının uygunsuz bir cinsel davranış sergileyeceği kaygısı (örneğin ensest ilişki korkusu gibi), bireylerde cinselliğin tamamen negatif algılanmasına yol açabilir. Çalışmamızda hasta grubunda OKB semptom türleri ile CİB arasında ilişki saptanmamıştır. Bu durum örneklem grubumuzun küçüklüğüyle ilişkili olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda bulaş obsesyonlarının cinsel işlevselliği etkilediği gösterilmiştir.^{217,218}

Yine bir çalışmada cinsel obsesyonlar daha kötü cinsel tatminle ilişkilendirilse de²¹⁷, ülkemizde yapılan başka bir çalışmada cinsel obsesyonlara sahip olan OKB hastalarıyla cinsel obsesyonlara sahip olmayan OKB hastaları cinsel fonksiyonlar açısından karşılaştırılmış, aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır.³⁰³ Grant ve ark. yaptığı bir çalışmada ise cinsel obsesyonları olan ve olmayan OKB hastaları, cinsel işlevsellik, cinsel dürtü ve cinsel ilgi açısından farklılık göstermemiştir.³⁰⁴ OKB hastalarında görülen CİB yalnızca belirli obsesyon türleriyle sınırlandırılmamalıdır. CİB'nin OKB'nin ayrılmaz bir parçası olabileceği her zaman akılda tutulmalıdır.

OKB hastası kadınların cinsel ilişki sıklıklarının daha az olduğu bildiren çalışmalar mevcuttur.^{296,297} Çalışmamızda hasta ve kontrol grubunun cinsellik sıklığı karşılaştırılmış, hasta grubunda cinsellik sıklığı daha düşük bulunmuştur. Her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır. Aksoy ve ark. ve Vulink ve ark. yaptığı çalışmalarda da cinsellikten kaçınma anlamlı şekilde OKB hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.^{228,305} Bazı çalışmalarda OKB'de cinsel kaçınma, bir partnerin yokluğuna atfedilse de^{217,223} bizim çalışmamızda, Aksoy ve ark çalışmasında ve Vulink ve ark. çalışmasında katılımcıların düzenli bir ilişki içinde olması veya evli olması nedeniyle cinsel kaçınmanın cinsel uyarılma evresi sorunlarıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Cinsel işlevleri etkileyen bir diğer bir husus da aleksitimidir. Uyarılma gibi bedensel duyuları tanımlama, bu duyguları bir partnere iletme veya cinsel bir partnerden gelen ipuçlarını tanımadaki zorluklar, cinsel etkileşimlerin kalitesini olumsuz yönde etkileyecektir.³⁰⁶ Ayrıca nöropsikolojik model aleksitimi, cinsellikten sorumlu olan limbik sistem ile¹⁸⁷ duygular ve biliş ile ilişkili neokorteks arasındaki bir kopukluk olarak tanımlamıştır.¹⁸⁸ Çalışmamızda CİB olan OKB hastalarının, CİB olmayan OKB hastalarına göre aleksitimi düzeyleri anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Ayrıca aleksitimik olan OKB hastalarının da ACYÖ toplam puanları, aleksitimik olmayan OKB hastalarına göre anlamlı derecede yüksek saptanmış ve OKB hastalarında TAÖ-20 toplam puanı ile ACYÖ toplam puanı arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. Bu durum OKB hastalarında aleksitimi düzeyi arttıkça cinsel işlevlerdeki bozulmanın artacağını düşündürmektedir. Ancak literatüre bakıldığında çelişkili çalışmalar dikkat çekmektedir. Çalışmamızla benzer şekilde Giuliani ve ark.³⁰⁷ yaptığı bir çalışmada CİB olan hastaların aleksitimi düzeyleri, CİB olmayan sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek

bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada düşük cinsel işlev düzeylerinin, yüksek aleksitimi düzeyleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Humphreys ve ark.³⁰⁶ yaptıkları bir çalışmada, aleksitimi ile cinsel tatmin arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Berenguer ve ark.³⁰⁸ yaptıkları bir çalışmada kadınlarda daha fazla aleksitimi düzeyinin, cinsel istek evresi hariç cinsel işlevlerin tüm boyutlarında daha zayıf işlevsellik ile ilişkili olduğu bulunmuş, ayrıca aleksitiminin daha fazla ereksiyon güçlüğüyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Madioni ve Mammana'nın¹⁹¹ 2001 yılında yaptıkları bir çalışmada CİB olan hasta grubunun aleksitimi düzeyleri, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptanmış; hem erektile disfonksiyon (ED) hem de cinsel istek azlığı ile aleksitimi düzeyleri arasında ilişki saptanmıştır. Ancak erkek orgazm bozukluğu ve kadın orgazm bozukluğu ile aleksitimi düzeyleri arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir. Wise ve ark.¹⁹² 2002 yılında yaptıkları bir çalışmada CİB olan grubun % 20,2'sinin aleksitimik olduğu saptanmıştır. Ancak bu çalışmada CİB türleriyle aleksitimi düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır. Simonelli ve ark.³⁰⁹ 2007 yılında yaptıkları bir çalışmada prematür ejakülasyon tanılı hastaların % 25'i aleksitimik olarak sınıflandırılmıştır. Prematür ejakülasyonu olan hastaların aleksitimi düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada aleksitimi düzeyi, prematür ejakülasyon şiddeti ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Michetti ve ark.³⁰⁹ 2007 yılında 100 prematür ejakülasyon tanılı hasta ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların % 32'si aleksitimik olarak sınıflandırılmıştır. Prematür ejakülasyonu olan hastaların aleksitimi düzeylerinin, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada aleksitimi düzeyi ile prematür ejakülasyon şiddeti arasında anlamlı pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Michetti ve ark.³¹⁰ 2006 yılında 100 psikojenik ED hastası ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların % 34'ü aleksitimik olarak sınıflandırılmış, aleksitimi düzeyi ile ED seviyesi arasında ilişki tespit edilmiştir. Michetti ve ark.³¹¹ 2013 yılında 60 geç boşalma tanısı olan hasta ile yaptıkları çalışmada, geç boşalma ile aleksitimi arasında ilişki saptanmamıştır. Sünbül ve ark.³¹² tarafından 2021 yılında ülkemizde yapılan, CİB olan ve olmayan insomni hastalarında aleksitimi, mizaç ve öfke özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada, CİB olan ve olmayan hastalar arasında aleksitimi düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Aleksitimik bireyler ve cinsel zorluklar arasındaki ilişki sezgisel olarak mantıklı görünmektedir. İnsan cinselliğinde hayal kurma süreci ve duyguları deneyimleme ve

ifade etme yeteneği, insan erotizmindeki yapısal noktalardan birini oluşturmaktadır. Aleksitiminin CİB ile ilişkili olup olmadığını saptamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmakla birlikte, klinisyenlerin de OKB hastalarında aleksitimik özelliklere karşı farkındalığının daha yüksek olmasının gerektiği görülmektedir.

OKB hastaları, partner ilişkileri de dahil olmak üzere kişilerarası iletişimde daha az başarılı olma eğilimindedir.²⁴¹ Bu durum partnerleriyle daha az entelektüel ve duygusal yakınlığa sahip olacaklarının bir göstergesi olup, çift uyumunu azaltmaktadır. OKB, kişiye aşırı kaygıya maruz bırakması ve gergin ilişkilere yol açması nedeniyle cinsel problemlerin ve evlilik problemlerinin oluşmasında önemli bir etken olarak kabul edilir. Obsesyonların şiddeti arttıkça, intruziv düşünceleriyle daha çok meşgul olan OKB hastaları, partnerleriyle yakın ilişkilerine daha az zaman ve daha az enerji ayırırlar. Çalışmamızda cinsel işlevler dışında katılımcıların partnerleriyle olan uyumları da değerlendirilmiştir. Hasta ve kontrol grubu, çift ve aile özellikleri olarak benzer özelliklere sahiptir. Aralarındaki uyum ise U kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda U-T ve tüm alt ölçekleri puan ortalamaları, OKB hastalarında kontrol grubuna kıyasla düşük saptanmıştır. OKB hastalarının çift uyum düzeyleri, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin çift uyum düzeylerinden anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur. Literatüre bakıldığında OKB hastaları ile kontrol grubunu çift uyumu açısından karşılaştıran bir çalışmayı tespit edemediğimizden karşılaştırma sağlayamadık. Çalışmamızda OKB hastalarında YBOKÖ toplam puanı ile U-EAT, U-EAB, U-T'nin; YBOKÖ kompulsiyon alt toplamı puanı ile U-EAFB, U-EAT, U-EAB, U-T'nin; YBOKÖ obsesyon alt toplamı puanı ile U-EAT'nin negatif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlarla OKB semptomlarının şiddetindeki artışın çift uyumunu azalttığı söylenebilir. Yapılan bir çalışmada obsesyonların şiddeti ile ilişki doyumu arasında negatif ilişki saptanmıştır.²²⁶ Abramowitz ve ark.³¹³ 2013 yılında evli veya cinsel partneri olan 21 OKB hastasının obsesif kompulsif semptom şiddetini ve çift uyumunu, çift temelli BDT ncesi ve sonrası karşılaştırarak yaptığı bir çalışmada, tedavi sonrası OKB semptomlarının şiddetinin gerileyip, çift uyumunun arttığı gözlenmiştir. OKB tedavisi için çift temelli BDT'nin hastaların yakın partnerleri üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, terapi sonrası çiftlerin başlangıça göre ilişki kalitesinde ve iletişimde iyileşmeler gösterdiği saptanmıştır.³¹⁴ Yapılan başka bir çalışmada, maruz bırakma tedavisinden sonra OKB semptomları azaldığında, çiftlerin daha az evlilik

sıkıntısı yaşadıkları ve OKB şiddeti ile ilişki memnuniyeti arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.²⁴³ Rigss ve ark. yaptığı çalışmada tedaviden önce evlilikten memnun olmayan OKB hastalarının, BDT sonrası evlilik uyumunda önemli bir artış saptanmış, OKB semptomlarının tedavisinin evlilik doyumunda bir iyileşmeye katkıda bulunduğu gösterilmiştir.²⁴⁴ OKB hastalarının partnerlerinden daha az tatmin oldukları ve onlarla daha az yakınlık yaşadıkları belirlenmiştir.²⁴⁶ Buna göre çalışmamız daha çok tedavi sonrası OKB semptomlarındaki iyileşmenin çift uyumunu arttırdığı mevcut literatür bilgisiyle uyumlu gözükmektedir.

OKB semptom türleri ile çift uyumu ilişkisinde bakıldığında ise çelişkili çalışmalar dikkat çekmektedir. Yapılan bir çalışmada iki kompulsif davranış (yıkama ve nötralize etme) ile ilişki tatmini arasında pozitif ilişkili saptanmıştır.²²⁶ Bu çalışmada yıkama ve nötralize etme gibi kompulsif davranışların, OKB hastalarının kaygılarını azaltabileceği ve onların duygusal olarak daha yakın olmalarını ve ilişkilerinden daha memnun olmalarını sağlayabileceği düşünülmüştür. Başka bir çalışmada kontrol etme kompulsiyonları ile ilişki tatmini arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır.³¹⁵ Bir çalışmada ise yıkama kompulsiyonu ile evlilik doyumu arasında negatif yönde anlamlı ilişkinin olduğu saptanmıştır.³¹⁶ Çalışmamızda OKB semptom türleri ile çift uyumu arasında ilişki saptanmamıştır. Bu durum örneklem sayımızın küçüklüğünden veya ilişki saptanan çalışmalardan farklı bir ölçek kullanılmasından kaynaklanmış olabilir. Örneklem sayısının arttırılmasıyla, obsesyon türlerinin çift uyumuyla ilişkinin ortaya çıkarılması mümkün olabilir. Literatürde çift ilişkilerindeki obsesif kompulsif semptomların, çift uyumuna etkisini araştıran çalışmalar göze çarpmaktadır. Bu çalışmalarda, çalışmamızda kullanılmayan farklı bir ölçek olan romantik ilişki obsesyon ve kompulsiyonları ölçeği kullanılmıştır. Ghomian ve ark.³¹⁷ 2021 yılında 341 katılımcıyla yaptığı, romantik ilişki obsesyon ve kompulsiyonları ölçeğinin psikometrik özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada, romantik ilişki obsesyon ve kompulsiyonları ölçeği toplam puanı ve alt ölçekleri ile ÇUÖ-T ve alt ölçekleri arasında anlamlı ve negatif bir ilişki saptanmıştır. Yine Ghomian ve ark.³¹⁸ 2019 yılında 156'sı erkek, 323'ü kadın olan toplam 459 katılımcıyla yaptığı, romantik ilişki obsesyon ve kompulsiyonları ölçeğinin psikometrik özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada, romantik ilişki obsesyon ve kompulsiyonları ölçeği ve alt ölçekleri ile ÇUÖ-T ve alt ölçekleri arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bu ölçekler arasında arasındaki negatif ve anlamlı bir ilişkinin

olması, partnerine olan sevgisinden, partnerinin kendisine olan sevgisinden ve ilişkisinin doğruluğundan şüphe duyma gibi obsesif belirtilere veya bu obsesyonların yol açtığı kompulsiyonlara sahip olan bireylerin çift uyumunun düşük olduğunu göstermektedir.

Çiftlerin birbirleri ile uyumunu etkileyen önemli bir husus da aleksitimidir. Aleksitimi ölçümlerinden yüksek puan alan bireylerde yakın ilişkiler kurmak ve sürdürmek için gereken önemli nitelikler eksik görünmektedir. Çalışmamızda kontrol grubunda TAÖ-20 toplam puanı ile ÇUÖ-T arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır. Ancak hasta grubunda TAÖ-20 toplam puanı ile ÇUÖ-T ve tüm alt ölçekleri arasında negatif yönde bir ilişki belirlenmiştir. Bu durum OKB hastalarında aleksitimik özelliklerin varlığının çift uyumunu azalttığını doğrulamaktadır. Kontrol grubunda bu ilişkiyi saptayamamış olmamız da OKB'deki aleksitimik özelliklerin önemsenmesi gerektiğine vurgu yapıyor gibi görünmektedir. Ayrıca aleksitimik olan OKB hastalarında, aleksitimik olmayan OKB hastalarına kıyasla ÇUÖ-T ve tüm alt ölçek puan ortalamalarının, anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da aleksitimi düzeyi yüksek olan bireylerde çift uyumu düşük bulunmuştur. Aghighi ve ark.³¹⁹ tarafından 2021 yılında yapılan, 400 infertil kadında evlilik stresi ve eşler arası uyumda aleksitiminin rolünün değerlendirildiği bir çalışmada, aleksitimi ve eşler arası uyum arasında negatif yönde bir ilişki; aleksitimi ile evlilik stresi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada eşler arası uyum için evlilik uyum ölçeği kullanılmış olmasına rağmen sonuçlar çalışmamızla benzerdir. Yelsma ve Marrow, evlilikte çiftlerin duygusal dışı vurumundaki güçlüklerin, kendilerinin ve eşlerinin evlilik doyumunu bozduğunu bulmuşlardır.³²⁰ Yapılan diğer çalışmalarda da aleksitimi ile çift uyumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.^{306,321-324} Çalışmamızdaki bulgular genel olarak literatürle uyumlu gözükmektedir. Taylor ve ark.³²⁵ yaptığı bir çalışmada ise aleksitiminin başlı başına çift uyumunun bir yordayıcısı olmadığı bulgusunu saptamıştır. Ancak yine bu çalışmada TAÖ-20 ile ÇUÖ arasında negatif yönde bir ilişki belirlenmiştir. Bu özelliği ile de çalışmamızla uyumlu gözükmektedir.

Çift uyumunu etkileyen önemli parametrelerden birisi de cinsel işlevlerdir. Cinsel işlevlerin bozuk olmasıyla çift uyumunun olumsuz etkileneceği düşünülmektedir ya da tam tersi olarak çift uyumunun etkilenmesiyle cinsel işlevler de olumsuz etkilenebilmektedir.³²⁶ Çalışmamızda CİB olan ve olmayan OKB hastaları, çift uyumu

açısından birbiriyle karşılaştırılmıştır. CİB olan ve olmayan OKB hastaları karşılaştırıldığı zaman tüm alt ölçek puanları (EAB, EAFB, Dİ, EAT) ve ÇUÖ-T puanı CİB olmayan grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. Bu durum OKB tanılı hastalarda CİB varlığının çift uyumunu olumsuz yönde etkilediğini destekler niteliktedir. Çalışmamızla benzer şekilde BPB tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada, CİB olan BPB tanılı hastalarda, CİB olmayanlara göre çift uyumu daha düşük bulunmuştur.³²⁷ Ayrıca çalışmamızda hem hasta hem de kontrol grubunda ACYÖ toplam puanı ile ÇUÖ-T arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu durum da diğer bulgularımızla uyumlu bir şekilde cinsel işlevlerdeki bozulmanın çift uyumunu azaltacağını göstermektedir. Raeisi ve ark.³¹⁶ 2016 yılında 36 kadın OKB hastası ile yaptığı bir çalışmada CİB (toplam puan, uyarılma, lubrikasyon, ağrı ve doyum alt ölçekleri) ile evlilik doyumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Humphreys ve ark.³⁰⁶ yaptığı çalışmada ilişki doyumu ile cinsel doyum arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ülkemizde 2020 yılında Türkseven ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada her iki cinsiyette de evlilik uyumu ve CİB arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.³²⁸ Yine yapılan çalışmalarda cinsel doyum ile çift uyumu arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır.³²⁹⁻³³¹ Çalışmamız bu açıdan literatürle uyumlu görünmektedir.

OKB’de ailesel geçiş uzun süredir araştırılan bir konudur. Özellikle erken yaşta başlayan OKB olgularında genetik geçişin üstünde durulmaktadır. Obsesyonların kompulsiyonlara göre daha fazla oranda genetik geçiş gösterdiği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada OKB hastalarının birince derece yakınlarında OKB tanısı, kontrol grubuna göre 5 kat daha fazla bulunmuştur.³³² Ayrıca OKB’nin kalıtsal geçiş oranının % 26-57 arasında olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur.³³³ Çalışmamızda OKB hastalarının % 45,8’inin ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olduğu bildirilmiştir. OKB hastaları ve kontrol grubu arasında ailede ruhsal hastalık öyküsü bulunması açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu durum OKB hastalığının geçişindeki genetik faktörlerden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda sosyodemografik veriler incelendiğinde cinsiyet açısından OKB grubundaki katılımcıların % 54,2’si kadın, % 45,8’i erkek olarak saptanmıştır. Literatürde OKB hastaları cinsiyet açısından değerlendirildiğinde çelişkili sonuçlar göze çarpmaktadır. Erişkin OKB hastalarında cinsiyet farklılıklarını araştıran çalışmalarda

kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir ancak cinsiyetler arasında farklılık olmadığını saptayan çalışmalar da mevcuttur.³³⁴⁻³³⁶ Ayrıca Altıntaş ve Özçürümez'in³³⁷ OKB'de cinsiyet farklılıklarını araştırmak için yaptıkları bir çalışmada OKB belirtilerinin ve tedavi arayışının erkek hastalarda kadın hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda OKB hastaları ile kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılmasında, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık belirlenmemiştir.

Çalışmamız medeni durum açısından incelendiğinde OKB grubundaki katılımcıların % 87,5'inin, kontrol grubundaki katılımcıların % 80,5'inin evli olduğu görüldü. Çalışmamızda OKB hastalarındaki evlenme oranları, kontrol grubuna göre daha yüksek saptanıp, istatistiksel açıdan iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Literatüre bakıldığında medeni durum ile ilgili çelişkili sonuçlar yer almaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda OKB'nin evli kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bu durumun evdeki aile ilişkilerinin zedelenmesi veya sosyal desteğin daha iyi olması sonucu OKB'ye karşı farkındalığı yükselen evli kişilerin daha sık tıbbi yardım arayışına girmeleri ile açıklanabileceği düşünülmüştür.^{338,339} Yapılan bazı çalışmalarda ise medeni durumun OKB üzerinde herhangi bir etkisinin bulunmadığı bildirilmiştir.³⁴⁰ Bazı çalışmalarda ise evli olmayan kişilerin hastalıktan daha fazla etkilendiği, bu durumun OKB hastalarının diğer kişilerle ilişki kurarken yaşadığı güçlüklerle³⁸ veya hastalık belirtilerinin cinsel yakınlık kurmaktan kaçınmaya neden olabileceği^{218,227} düşüncesiyle açıklanabileceği söylenmiştir. Çalışmamızda OKB hastalarının büyük çoğunluğunun evli olması; cinsel işlevler ve çift uyumunu araştırmamızdan kaynaklı olabilir. Ülkemizde hâlen cinsellik, evlilik içinde yaşanması gereken bir durum olarak görülmektedir ve evlilik kurumu toplum için büyük önem arz etmektedir.³⁰⁵

Çalışmamızda meslek açısından hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında OKB'li grubun % 43,1'inin, kontrol grubunun % 12,2'sinin çalışmıyor olduğu görüldü. Gruplar arasında anlamlı derecede fark olduğu saptandı. OKB, bireyin aile, sosyal ve mesleki işlevselliğini negatif yönde etkileyen, süregelen seyirli ruhsal bir bozukluktur.³⁴¹ Aktaş ve Çuhadar'ın³⁴² 2020 yılında ülkemizde yaptığı, OKB hastalarında sosyal uyum ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada OKB hastalarında sosyal uyumun ve yaşam kalitesinin beklenenden az olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hastalığın şiddeti arttıkça kişilerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Akdede ve ark.³⁴³ 2005 yılında ülkemizde yaptığı bir çalışmada obsesif kompulsif semptomların düzeyi ile

yaşam kalitesi arasında bir bağlantı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre yaşam kalitesi psikolojik ve sosyal alt ölçeklerinde anlamlı derecede düşüklük saptanmıştır. Çalışmamızda OKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre çalışmama oranının yüksek olmasının, literatürle uyumlu olduğu görüldü. Bunun nedeni olarak OKB'nin yol açtığı işlevsellik kaybı düşünülebilir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Çalışmamız üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde, kesitsel yöntemle yapılmıştır. Güç analizinde belirtilen sayıya uygun ancak nispeten küçük örneklem grubu, çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından biridir. İstatistiksel açıdan daha anlamlı sonuçlar elde edilmesi için daha büyük bir örneklem grubuyla çalışma yapılması daha uygun olabilir.

Çalışmamızda hasta grubunun ilaç tedavisi kullanıyor olması, ilaçların neden olduğu CİB ile OKB'de görülen CİB arasında ayrım yapmayı zorlaştırmaktadır. Ayrıca farmakolojik tedavilerin cinsel işlevlere etkisi sübjektif bir şekilde değerlendirilmiştir. Hormon ölçümleri, kan prolaktin düzeyleri gibi değerlendirmelerin yapılmasıyla daha objektif sonuçlar elde edilebilir.

Çalışmamızın diğer bir kısıtlılığı çift uyumunu değerlendirmek için sadece öz bildirim ölçeklerini kullanmış olmamız, verilerin güvenilirliğini etkileme olasılığı nedeniyle kısıtlılık oluşturmaktadır. Ayrıca çalışmamızda, çift uyumu yalnızca katılımcıların gözünden değerlendirilmiştir. Çift uyumunun değerlendirilmesi için hasta grubunun partnerlerinin de çalışmaya dahil edilmesiyle daha ayrıntılı verilere ulaşılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda aleksitimik olan OKB hastalarının aleksitimik olmayan OKB hastalarına kıyasla ACYÖ toplam puan medyan değerinin daha yüksek ve ÇUÖ-T ve alt ölçek puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar OKB hastalarında aleksitimi varlığının daha kötü cinsel işlevsellik ve daha düşük çift uyumu ile ilişkili olduğunu göstermektedir.
2. Hasta grubunda TAÖ-20 toplam puanı ile ACYÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ve TAÖ-20 toplam puanı ile ÇUÖ-T ve alt ölçek puanları arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanırken, kontrol grubunda bu ilişkiler saptanmamıştır. Bu sonuçlar OKB hastalarında yüksek aleksitimi düzeylerinin, daha kötü cinsel işlevsellik ve daha düşük çift uyumuyla ilişkili olduğunu göstermektedir.
3. Çalışmamız OKB hastalarının ve kontrol grubunun aleksitimi açısından kıyaslandığı nadir çalışmalardan biridir. Çalışmamızda OKB hastalarının aleksitimi puanları, sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin aleksitimi puanlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır. OKB hastalarının % 59,8'si aleksitimik olarak bulunmuştur.
4. OKB hastalarında YBOKÖ obsesyon alt toplamı, YBOKÖ kompulsiyon alt toplamı ve YBOKÖ toplam puan medyan değerleri, aleksitimik olan OKB hastalarında, aleksitimik olmayan OKB hastalarından daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca YBOKÖ obsesyon alt toplamı, kompulsiyon alt toplamı ve toplam puanları ile TAÖ-20 toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuçlar OKB semptomlarının şiddeti ile aleksitimi düzeyleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir.
5. Çalışmamız OKB hastalarının sağlıklı kontrol grubuyla CİB açısından kıyaslandığı nadir çalışmalardan biri olmasıyla önemli bir özelliğe sahiptir. Çalışmamızda OKB hastalarının % 65,3'ünde CİB saptanmıştır.
6. Çalışmamızda cinsel istek, uyarılma, vajinal lubrikasyon, orgazm, orgazmdan tatmin olma puanları ve ACYÖ toplam puanı, OKB hastası kadınlarda, kontrol grubundaki kadın katılımcılara kıyasla daha yüksek saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

7. Çalışmamızda OKB hastası kadınlarda % 71,8 oranında CİB saptanmıştır. Hasta ve kontrol grubundaki kadınlar arasında CİB varlığı açısından istatistiksel olarak belirgin farklılık mevcuttur. OKB hastası kadınlarda en sık görülen CİB orgazm sorunlarıdır (orgazm olamama: % 48,8 ve orgazmdan tatmin olamama: %23,1).
8. OKB hastası kadınlar psikiyatrik ilaç tedavilerinden sonra en sık uyarılma bozukluğu ve orgazm bozukluğu yakınmaları olduğunu bildirmişlerdir.
9. Çalışmamızda OKB hastası erkeklerde % 57,6 oranında CİB saptanmıştır. Hasta ve kontrol grubundaki erkekler arasında CİB varlığı açısından istatistiksel olarak belirgin farklılık mevcuttur. OKB hastası erkeklerde en sık görülen CİB cinsel istek azlığıdır (% 30,3).
10. Çalışmamızda OKB hastası erkekler ile kontrol grubundaki erkek katılımcılar karşılaştırıldığında cinsel istek, uyarılma, penil ereksiyon, orgazmdan tatmin olma puan ortalamaları ve ACYÖ toplam puan ortalaması, OKB hastalarında daha yüksek saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Sadece orgazm alanındaki puan ortalaması kontrol grubunda yüksek çıkmış ve istatistiksel açıdan her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.
11. OKB hastası erkekler, psikiyatrik ilaç tedavilerinden sonra sırasıyla en sık cinsel istek azlığı, ereksiyon bozuklukları ve geç boşalma yaşadıklarını bildirmişlerdir.
12. OKB semptom türleriyle aleksitimi, CİB ve çift uyumu arasında ilişki saptanamamıştır. Bu ilişkileri açığa çıkarmak için daha geniş örneklem gruplarında çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.
13. Hasta grubunda YBOKÖ kompulsiyon alt toplamı ve YBOKÖ toplam puanları ile ACYÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki tespit edilmiş, YBOKÖ obsesyon alt toplamı puanı ile ACYÖ toplam puanı arasında ilişki saptanmamıştır. Ayrıca OKB hastalarında YBOKÖ global ciddiyet puanı, YBOKÖ kompulsiyon alt toplamı ve YBOKÖ toplam puan ortalamaları CİB olan OKB hastalarında, CİB olmayan OKB hastalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. YBOKÖ obsesyon alt toplamı puan ortalaması ise CİB olan OKB hastalarında, CİB olmayan OKB hastalarından istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek saptanmıştır. Bu durum OKB semptomlarının şiddeti ile CİB şiddeti arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

- 14.** Çalışmamız OKB hastalarının sağlıklı kontrol grubuyla çift uyumu açısından kıyaslandığı nadir çalışmalardan biri olmasıyla da önemli bir özelliğe sahiptir. Çalışmamızda ÇUÖ-T ve tüm alt ölçekleri puanları medyan değerleri OKB hastalarında kontrol grubuna kıyasla düşük saptanmıştır. OKB hastalarının çift uyum düzeyleri sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin çift uyum düzeylerinden anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur.
- 15.** Hasta grubunda ACYÖ toplam puanı ile ÇUÖ-T arasında negatif yönlü orta şiddetli bir ilişki, kontrol grubunda ACYÖ toplam puanı ile ÇUÖ-T arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca ÇUÖ-T ve alt ölçek puan ortalamaları CİB olan OKB hastalarında, CİB olmayan OKB hastalarına kıyasla daha düşük saptanmıştır. Bu durum cinsel işlevsellikteki kötüleşme ile çift uyumundaki azalma arasında ilişki olduğunu göstermektedir.
- 16.** Psikiyatrik hastalıklarda cinsel işlevler ve aile ilişkileri sıklıkla etkilenmektedir. Çalışmamızda da belirlendiği gibi OKB hastalarında, normal sağlıklı popülasyona göre CİB daha sık gözlenmektedir. CİB ve çift uyumuna aleksitiminin etkisi atlanan alanlardan biridir ve partner ilişkilerinde ve aile hayatında işlevselliğin düşmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle OKB hastalarında mutlaka aleksitimik özelliklerin varlığı sorgulanmalıdır. OKB hastalarında CİB ve partner sorunlarının çözülmesinde aleksitimik özelliklerin varlığı dikkate alınarak uygun tedavi yöntemlerinin sağlanması, hastaların ailevi (sosyal) işlevselliklerinin artmasına olanak sağlayacaktır.
- 17.** Literatürde OKB ile aleksitimi, OKB ile CİB ve OKB ile çift uyumu ilişkisini hasta ve kontrol grubu olarak inceleyen sınırlı sayıda çalışma olduğu gözlenmektedir. Çalışmamız aynı zamanda OKB hastalarının sağlıklı kontrol grubuyla aleksitimi ve CİB açısından kıyaslandığı nadir çalışmalardan biri olmasıyla önemli bir özelliğe sahiptir. Katılımcı sayısındaki kısıtlılık ve hasta grubundaki katılımcıların ilaç tedavisi alıyor olması verilerimizi etkilemiş olabileceğinden, daha geniş örneklem gruplarında, yeni tanı OKB hastalarının alınacağı veya hastaların ilaç kullanımına göre ayrıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca diğer psikiyatrik bozukluklarda da aleksitimi, CİB ve çift uyumu ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar yapılmasının, konunun aydınlatılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Rasmussen SA, Tsuang MT.** Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. **1986**; 143(3):317-322.
2. **Köroğlu E.** DSM-IV-TR Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. **2007**.
3. **Köroğlu E.** *Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. Ankara: Hekimler yayın birliği, **2013**:
4. **Fawcett EJ, Power H, Fawcett JM.** Women Are at Greater Risk of OCD Than Men: A Meta-Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide. *J Clin Psychiatry*. **2020**; 81(4).
5. **Lochner C, Fineberg NA, Zohar J, et al.** Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Compr Psychiatry*. **2014**; 55(7):1513-1519.
6. **Eisen JL, Sibrava NJ, Boisseau CL, et al.** Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. *J Clin Psychiatry*. **2013**; 74(3):233-239.
7. **Di Tella M, Adenzato M, Catmur C, Miti F, Castelli L, Ardito RB.** The role of alexithymia in social cognition: Evidence from a non-clinical population. *J Affect Disord*. **2020**; 273:482-492.
8. **Radetzkı PA, Wrath AJ, Le T, Adams GC.** Alexithymia is a mediating factor in the relationship between adult attachment and severity of depression and social anxiety. *J Affect Disord*. **2021**; 295(October 2020):846-855.
9. **Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M.** Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*. **2006**; 61(5):629-635.
10. **Mcgillivray L, Becerra R, Harms C.** Prevalence and Demographic Correlates of Alexithymia : A Comparison Between Australian Psychiatric and Community Samples. **2016**; 00(0):1-12.
11. **Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR.** The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *J Sex Med*. **2009**; 6(10):2690-2697.
12. **Rosen RC, Bachmann GA.** Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: the case for a new conceptual paradigm. *J Sex Marital Ther*. **2008**; 34(4):291-307.
13. **Stephenson KR, Meston CM.** The conditional importance of sex: exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *J Sex Marital Ther*. **2015**; 41(1):25-38.
14. **Thompson WK, Charo L, Vahia I V, Depp C, Allison M, Jeste D V.** Association between higher levels of sexual function, activity, and satisfaction and self-rated successful aging in older postmenopausal women. *J Am Geriatr Soc*. **2011**; 59(8):1503-1508.
15. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Köroğlu E. *Ankara: Hekimler Yayın Birliği*. **1994**.
16. **Laumann EO, Paik A, Raymond Rosen MC.** Sexual Dysfunction in the United States Prevalence and Predictors. *Jama*, **1999**; 281(6):537-544.
17. **Burri A, Spector T.** Recent and Lifelong Sexual Dysfunction in a Female UK Population Sample: Prevalence and Risk Factors. *J Sex Med*. **2011**; 8(9):2420-2430.
18. **Kendurkar A, Kaur B.** Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: Do the sexual dysfunctions differ? *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. **2008**; 10(4):299-305.

19. **Real E, Montejo Á, Alonso P, Manuel Menchón J.** Sexuality and obsessive-compulsive disorder: The hidden affair. *Neuropsychiatry (London)*. **2013**; 3(1):23-31.
20. **Laumann EO, Paik A, Rosen RC.** Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *J Am Med Assoc*. **1999**; 281(6):537-544.
21. **Pozza A, Veale D, Marazziti D, et al.** Sexual dysfunction and satisfaction in obsessive compulsive disorder: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. **2020**; 9(1):1-13.
22. **American Psychiatric Association.** DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V. 5th ed. Arlington. **2013**:
23. **Bayar R, Yavuz M.** İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi, *Obsesif Kompulsif Bozukluk, İstanbul*. **2008**: 185-192.
24. **Bayraktar DE.** Obsesif-Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*. **1997**; 1(1):25-32.
25. **Bulut S, Fıstıkcı N, Topçuoğlu V.** İçgörüsü Az Olan Obsesif-Kompulsif Bozukluk - Obsessive-Compulsive Disorder with Poor Insight. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry*. **2014**; 6(2):126-141.
26. **Svrakic D, Cloninger C.** Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry. In: Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock HIK, ed. *Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Wilkins, L. Lippincott Williams & Wilkins, **2004**:812.
27. **Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, et al.** Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Prim*. **2019**; 5(1).
28. **Öztürk O, Uluşahin A.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 14.Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri. **2016**:365.
29. **Jenike MA, Baer L, Minichiello WE.** *Obsessive-Compulsive Disorders : Theory and Management*. Year Book Medical Publishers, **1990**: 436.
30. **Bürgy M.** Psychopathology of obsessive-compulsive disorder: A phenomenological approach. *Psychopathology*. **2005**; 38(6):291-300.
31. **Öztürk MO, Uluşahin A.** *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13.Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, **2015**:364-379.
32. **Berrios GE.** The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century. *Cambridge University Press* **1996**.
33. **Pichot P.** DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association. *Rev Neurol (Paris)*. **1986**; 142(5):489-499.
34. **Sadock BJ, Sadock VA.** *Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri*. **2005**: 227-232.
35. **El-Sayegh S, Bea S, Agelopoulos A.** Obsessive-compulsive disorder: Unearthing a hidden problem. *Cleve Clin J Med*. **2003**; 70(10):824-840.
36. **Bolu A, Erdem M, Oznur T.** Transcranial Magnetic Stimulation And Use For Diagnostic Purposes In Psychiatry. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar - Curr Approaches Psychiatry*. **2013**; 5(4):1.
37. **Weiss AP, Jenike MA.** Late-onset obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. **2000**; 12(2):265-268.
38. **Sadock BJ.** Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. *Çeviri Ed Prof Dr Ali Bozkurt*. **2016**:418-436.
39. **Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC.** The epidemiology of obsessive-compulsive

- disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. **2010**; 15(1):53.
40. **Cilliçilli AS, Telcioğlu M, Aşkin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R.** Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*. **2004**; 45(5):367-374.
41. **Kılıç C.** Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. *Ankara TC Sağlık Bakanl Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*. **1998**:77-98.
42. **Lenane MC, Swedo SE, Ett Leona Rd HA, Vid Pa Uls DL, Sceery W, Judith L Rapoport AD.** Psychiatric Disorders in First Degree Relatives of Children and Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder. *J Alii Acad Child Adolesc Psychiatry*. **1990**; 29:407-412.
43. **Nestadt G, Samuels J, Riddle M, et al.** The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological medicine*. **2001**; 31(3):481-487.
44. **Demet MM.** Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. Vol 15. **2005**: 15.
45. **Rehn S, Eslick GD, Brakoulias V.** A Meta-Analysis of the Effectiveness of Different Cortical Targets Used in Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) for the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Psychiatr Q*. **2018**; 89(3):645-665.
46. **Rapoport JL, Ryland DH, Kriete M.** Drug Treatment of Canine Acral Lick: An Animal Model of Obsessive-compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. **1992**; 49(7):517-521.
47. **Tonkonogy, J., & Barreira P.** Obsessive-compulsive disorder and caudate-frontal lesion. *Cogn Behav Behav Neurol*. **1989**; 2(3):203-209.
48. **Rosenberg DR, Hanna GL.** Genetic and imaging strategies in obsessive-compulsive disorder: Potential implications for treatment development. *Biol Psychiatry*. **2000**; 48(12):1210-1222.
49. **Topçuoğlu V, Aksoy A, Cömert B.** Obsesif Kompulsif Bozuklukta Beyin Görüntüleme Çalışmaları. *Klin Psikofarmakol Bul*. **2003**; 13(3):151-160.
50. **Gilbert AR, Moore GJ, Keshavan MS, et al.** Decrease in thalamic volumes of pediatric patients with obsessive-compulsive disorder who are taking paroxetine. *Arch Gen Psychiatry*. **2000**; 57(5):449-456.
51. **Crespo-Facorro B, Cabranes JA, Alcocer MIL-I, et al.** Regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients with and without a chronic tic disorder. A SPECT study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. **1999**; 249(3):156-161.
52. **Alves-Pinto A, Rus OG, Reess TJ, et al.** Altered reward-related effective connectivity in obsessive-compulsive disorder: an fMRI study. *J Psychiatry Neurosci*. **2019**; 44(6):395-406.
53. **Marazziti D, Mucci F, Fontenelle LF.** Immune system and obsessive-compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology*. **2018**; 93(March):39-44.
54. **Fluitman S, Denys D, Vulink N, Schutters S, Heijnen C, Westenberg H.** Lipopolysaccharide-induced cytokine production in obsessive-compulsive disorder and generalized social anxiety disorder. *Psychiatry Res*. **2010**; 178(2):313-316.
55. **Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, et al.** Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Streptococcal Infections: Clinical Description of the First 50 Cases. *Am J Psychiatry*. **1998**; 155(2).
56. **Dale RC.** Post-streptococcal autoimmune disorders of the central nervous system. *Dev Med Child Neurol*. **2007**; 47(11):785-791.
57. **Karamustafalıoğlu O.** Temel ve klinik psikiyatri. *Güneş Tıp Kitapevleri*. **2018**: 380-396.
58. **Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM.** Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: An update. *J Clin Psychiatry*. **2004**; 65(SUPPL. 14):18-21.

59. **Thorän P, Åsberg M, Bertilsson L, Mellström B, Sjöqvist F, Träskman L.** Clomipramine Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: II. Biochemical Aspects. *Arch Gen Psychiatry*. **1980**; 37(11):1289-1294.
60. **Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, et al.** Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder With Clomipramine and Desipramine in Children and Adolescents: A Double-blind Crossover Comparison. *Arch Gen Psychiatry*. **1989**; 46(12):1088-1092.
61. **Tükel R, Demet MM.** Obsesif kompulsif bozukluğun patogenezi. In: Tükel R DM, ed. *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar*. Türkiye Psikiyati Derneği Yayınları, **2017**:21-62.
62. **Westenberg HGM, Fineberg NA, Denys D.** Neurobiology of Obsessive-Compulsive Disorder: *Serotonin and Beyond*. *CNS Spectr*. **2007**; 12(S3):14-27.
63. **Sullivan RM, Talangbayan H, Einat H, Szechtman H.** Effects of quinpirole on central dopamine systems in sensitized and non- sensitized rats. *Neuroscience*. **1998**; 83(3):781-789.
64. **Swedo SE, Leonard HL, Kruesi MJP, et al.** Cerebrospinal Fluid Neurochemistry in Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. **1992**; 49(1):29-36.
65. **Benkelfat C, Mefford IN, Masters CF, et al.** Plasma catecholamines and their metabolites in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. **1991**; 37(3):321-331.
66. **Hollander E, Stein DJ, Saoud JB, et al.** Effects of fenfluramine on plasma HVA in OCD. *Psychiatry Res*. **1992**; 42(2):185-188.
67. **Ducasse D, Boyer L, Michel P, et al.** D2 and D3 dopamine receptor affinity predicts effectiveness of antipsychotic drugs in obsessive-compulsive disorders: A metaregression analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. **2014**; 231(18):3765-3770.
68. **Karşlıoğlu EH, Yüksel N.** Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klin Psikiyatr*. **2007**; 10(Ek 3):3-13.
69. **Charney DS, Buxbaum JD, Sklar P, Nestler EJ.** *Neurobiology of Mental Illness*. Oxford University Press, **2013**:
70. **Denys D, Zohar J, Westenberg HGM.** The Role of Dopamine in Obsessive-Compulsive Disorder: Preclinical and Clinical Evidence. *J Clin Psychiatry*. **2004**; 65:11-17.
71. **Krystal JH, D'Souza DC, Petrakis IL, et al.** NMDA agonists and antagonists as probes of glutamatergic dysfunction and pharmacotherapies in neuropsychiatric disorders. *Harv Rev Psychiatry*. **1999**; 7(3):125-143.
72. **Bhattacharyya S, Khanna S, Chakrabarty K, Mahadevan A, Christopher R, Shankar SK.** Anti-brain autoantibodies and altered excitatory neurotransmitters in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*. **2009**; 34(12):2489-2496.
73. **Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S.** Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*. **2005**; 30(9):1735-1740.
74. **Ting JT, Feng G.** Glutamatergic Synaptic Dysfunction and Obsessive-Compulsive Disorder. *Curr Chem Genomics*. **2008**; 2:62-75.
75. **Pittenger C, Bloch MH, Williams K.** Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: Neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacol Ther*. **2011**; 132(3):314-332.
76. **Arnold PD, MacMaster FP, Richter MA, et al.** Glutamate receptor gene (GRIN2B) associated with reduced anterior cingulate glutamatergic concentration in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res - Neuroimaging*. **2009**; 172(2):136-139.
77. **Arnold PD, Rosenberg DR, Mundo E, Tharmalingam S, Kennedy JL, Richter MA.** Association of a glutamate (NMDA) subunit receptor gene (GRIN2B) with obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Psychopharmacology (Berl)*. **2004**; 174(4):530-538.

78. **Topçuoğlu V.** Obsesif Kompulsif Bozuklukta Psikanalitik Görüşler. *Klin Psikiyatr Derg.* **2003**; 6:46-50.
79. **Rachman S.** A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther.* **1997**; 35(9):793-802.
80. **Salkovskis PM, Harrison J.** Abnormal and normal obsessions-A replication. *Behav Res Ther.* **1984**; 22(5):549-552.
81. **Rachman S, de Silva P.** Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther.* **1978**; 16(4):233-248.
82. **Salkovskis PM.** Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther.* **1989**; 27(6):677-682.
83. **Fontenelle LF, Mendlowicz M V., Marques C, Versiani M.** Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: A description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *J Psychiatr Res.* **2004**; 38(4):403-411.
84. **Okasha A, Saad A, Khalil AH, El Dawla AS, Yehia N.** Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Compr Psychiatry.* **1994**; 35(3):191-197.
85. **Rasmussen SA, Eisen JL.** Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* **1990**; 51 Suppl:10-13; discussion 14.
86. **Juang YY, Liu CY.** Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci.* **2001**; 55(6):623-627.
87. **Williams MT, Farris SG, Turkheimer E, et al.** MYTH OF THE PURE OBSESSIONAL TYPE IN OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER. *Res Artic Depress ANXIETY.* **2011**; 28:495-500.
88. **Beşiroğlu L, et al.** Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* **2007**; 8(1):5-13.
89. **Lee H-J, Kwon S-M.** Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther.* **2003**; 41(1):11-29.
90. **Besiroglu L, Sozen M, Ozbebit Ö, et al.** The involvement of distinct neural systems in patients with obsessive-compulsive disorder with autogenous and reactive obsessions. *Acta Psychiatr Scand.* **2011**; 124(2):141-151.
91. **Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC do, Leckman JF.** A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* **2005**; 162(2):228-238.
92. **Leckman JF, Grice DE, Boardman J, et al.** Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* **1997**; 154(7):911-917.
93. **Beşiroğlu L.** Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi. In: *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar.* Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, **2017**:1-20.
94. **Karamustafalıoğlu KO, Akpınar A.** Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klin J Intern Med Sci.* **2006**; 2(12):30-44.
95. **Güleç C, Köroğlu E.** *Psikiyatri Temel Kitabı.* HYB, **1997**:
96. **Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren Ş, Kühür S.** Phenomenology of Obsessions in a Turkish Series of OCD Patients. *Psychopathology.* **1997**; 30(2):106-110.
97. **Sayar K, Uğurad IK, Acar B.** *Obsessif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji.* Vol 9. **1999**: 142-147.
98. **Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al.** The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Validity. *Arch Gen Psychiatry.* **1989**; 46(11):1012-1016.
99. **World Health Organisation.** The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.

1992; 55(1993):135-139.

100. **Karamustafalıoğlu O.** Temel ve Klinik Psikiyatri. *Güneş Tıp Kitapevleri*. **2018**:379-396.
101. **Rasmussen SA, Eisen JL.** The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. **1992**; 15(4):743-758.
102. **Köroğlu E.** *PsikoNozoLoji: Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Hekimler yayın birliği, **2004**:
103. **Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC.** The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. **2010**; 15(1):53-63.
104. **Isomura K, Brander G, Chang Z, et al.** Metabolic and Cardiovascular Complications in Obsessive-Compulsive Disorder: A Total Population, Sibling Comparison Study With Long-Term Follow-up. *Biol Psychiatry*. **2018**; 84(5):324-331.
105. **Goes FS, McCusker MG, Bienvenu OJ, et al.** Co-morbid anxiety disorders in bipolar disorder and major depression: Familial aggregation and clinical characteristics of co-morbid panic disorder, social phobia, specific phobia and obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med*. **2012**; 42(7):1449-1459.
106. **Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksoy N.** Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. **2002**; 43(3):204-209.
107. **Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA.** The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Five US Communities. *Arch Gen Psychiatry*. **1988**; 45(12):1094-1099.
108. **Stavrakaki C, Vargo B.** The relationship of anxiety and depression: A review of the literature. *Br J Psychiatry*. **1986**; 149(JULY):7-16.
109. **Kolada JL, Bland RC, Newman SC.** Obsessive-Compulsive Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994:24-35.
110. **Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS.** Obsessive-compulsive disorder familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*. **1996**; 169(1):101-107.
111. **Perugi G, Akiskal HS, Pfanner C, et al.** The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. **1997**; 46(1):15-23.
112. **Perugi G, Akiskal HS, Ramacciotti S, et al.** Depressive comorbidity of panic, social phobic, and obsessive-compulsive disorders re-examined: Is there a bipolar II connection? *J Psychiatr Res*. **1999**; 33(1):53-61.
113. **Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, et al.** Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. **1998**; 248(5):240-244.
114. **Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, et al.** Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*. **2006**; 163(11):1978-1985.
115. **Adam Y, Meinschmidt G, Gloster AT, Lieb R.** Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. **2012**; 47(3):339-349.
116. **Gentil AF, Mathis MA de, Torresan RC, et al.** Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: The importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug Alcohol Depend*. **2009**; 100(1-2):173-177.
117. **Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB.** Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. **2007**; 164(7 Suppl):5-53.
118. **Barlow DH.** *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*.

The Guilford Press., 2014:

119. **Greist JH, Bandelow B, Hollander E, et al.** WCA Recommendations for the Long-Term Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Adults. *CNS Spectr.* **2003**; 8(S1):7-16.
120. **Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, Scholten WD, Huijbregts KM, van Balkom AJLM.** Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ.* **2017**; 358:j3927.
121. **Ackerman DL, Greenland S.** Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol.* **2002**; 22(3):309-317.
122. **Fineberg NA, Gale TM.** Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol.* **2005**; 8(1):107-129.
123. **Rasmussen SA, Eisen JL, Pato MT.** Current issues in the pharmacologic management of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* **1993**; 54 Suppl:4-9.
124. **Jenike MA, Rauch SL.** Managing the patient with treatment-resistant obsessive compulsive disorder: current strategies. *J Clin Psychiatry.* **1994**; 55 Suppl:11-17.
125. **Rasmussen SA, Eisen JL.** Treatment strategies for chronic and refractory obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* **1997**; 58 Suppl 1:9-13.
126. **Demet MM TR.** Obsesif Kompulsif Bozukluğun Farmakoterapisi. In: *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, **2021**:63-79.
127. **McKay D, Sookman D, Neziroglu F, et al.** Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* **2015**; 225(3):236-246.
128. **Laposa JM, Hawley LL, Grimm KJ, Katz DE, Rector NA.** What Drives OCD Symptom Change During CBT Treatment? Temporal Relationships Among Obsessions and Compulsions. *Behav Ther.* **2019**; 50(1):87-100.
129. **Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A, Marín-Martínez F.** Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* **2008**; 28(8):1310-1325.
130. **Hollander E, Bienstock CA, Koran LM, et al.** Refractory obsessive-compulsive disorder: State-of-the-art treatment. *J Clin Psychiatry.* **2002**; 63(SUPPL. 6):20-29.
131. **Sifneos PE.** The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom.* **1973**; 22(2):255-262.
132. **Dereboy IF.** Aleksitimi öz bildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir ön çalışma. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **1990**.
133. **Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, Kaszniak AW.** Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biol Psychiatry.* **1997**; 42(9):834-844.
134. **Lesser IM.** A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med.* **1981**.
135. **LeDoux J.** *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. Simon and Schuster, **1998**.
136. **Taylor GJ.** Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *Am J Psychiatry.* **1984**; 141(6):725-732.
137. **Sifneos PE.** Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. *Psychiatr Clin.* **1988**; 11(3):287-292.
138. **Sifneos PE.** Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatry.* **1996**.

139. **Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA.** *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness.* Cambridge University Press, **1999**:
140. **Freyberger H.** Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom.* **1977**; 28(1-4):337-342.
141. **Zeitlin SB, Lane RD, O’Leary DS, Schrift MJ.** Interhemispheric transfer deficit and alexithymia. *Am J Psychiatry.* **1989**.
142. **Nemiah JC.** Alexithymia: A view of the psychosomatic process. *Mod trends Psychosom Med.* **1976**; 3:430-439.
143. **Taylor GJ, Bagby RM.** New trends in alexithymia research. *Psychother Psychosom.* **2004**; 73(2):68-77.
144. **Fukunishi I, Sei H, Morita Y, Rahe RH.** Sympathetic activity in alexithymics with mother’s low care. *J Psychosom Res.* **1999**; 46(6):579-589.
145. **Mason O, Tyson M, Jones C, Potts S.** Alexithymia: its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychol Psychother Theory, Res Pract.* **2005**; 78(1):113-125.
146. **Kooiman CG, Spinhoven P, Trijsburg RW.** The assessment of alexithymia: a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res.* **2002**; 53(6):1083-1090.
147. **Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM.** The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry.* **1989**; 30(5):434-441.
148. **Candansayar S, Coşar B, Arıkan Z, Oral N, Koçal N, Işık E.** Genç eriskin sağlıklı gönüllülerde aleksitimi prevalansı. In: *29th National Congress of Psychiatry, Scientific Studies Abstract Book.* **1993**:
149. **Salminen JK, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J.** Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *J Psychosom Res.* **1999**; 46(1):75-82.
150. **Franz M, Popp K, Schaefer R, et al.** Alexithymia in the German general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* **2008**; 43(1):54-62.
151. **Stoudemire A.** Somatothymia: parts I and II. *Psychosomatics.* **1991**; 32(4):365-381.
152. **Koçak R.** Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve, Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilim Fakültesi Derg.* **2002**; 35(1-2):183-212.
153. **Zackheim L.** Alexithymia: The expanding realm of research. *J Psychosom Res.* **2007**; 63(4):345-347.
154. **Martin JB, Pihl RO.** Influence of alexithymic characteristics on physiological and subjective stress responses in normal individuals. *Psychother Psychosom.* **1986**; 45(2):66-77.
155. **Lesser IM.** Current concepts in psychiatry. Alexithymia. *N Engl J Med.* **1985**; 312(11):690-692.
156. **Sasioglu M, Gulol C, Tosun A.** The Concept of Alexithymia. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry.* **2013**; 5(4):507.
157. **Grabe HJ, Rainermann S, Spitzer C, Gäsicke M, Freyberger HJ.** The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychother Psychosom.* **2000**; 69(3):128-131.
158. **Yıldırım N, Özkan M, Özkan S, Oflaz SB, Gelincik A, Büyüköztürk S.** Kronik idiyopatik ürtikerli hastalarda aleksitimi, anksiyete, depresyon ilişkisi. *Nobel Med.* **2012**; 8:46-51.
159. **Bankier B, Aigner M, Bach M.** Alexithymia in DSM-IV disorder: Comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics.* **2001**; 42(3):235-240.

160. **Bach M, de Zwaan M, Ackard D, Nutzinger DO, Mitchell JE.** Alexithymia: Relationship to personality disorders. *Compr Psychiatry*. **1994**; 35(3):239-243.
161. **Carano A, De Berardis D, Gambi F, et al.** Psychopathologic patterns in obesity. *Ann Ital Chir*. **2005**; 76(5):461-464.
162. **Carano A, De Berardis D, Campanella D, et al.** Alexithymia and suicide ideation in a sample of patients with binge eating disorder. *J Psychiatr Pract*. **2012**; 18(1):5-11.
163. **De Berardis D, Campanella D, Gambi F, et al.** Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Psychosom Obstet Gynecol*. **2005**; 26(4):257-264.
164. **Zeitlin SB, McNally RJ.** Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. **1993**; 150(4):658-660.
165. **Rufer M, Hand I, Braatz A, Alsleben H, Fricke S, Peter H.** A Prospective Study of Alexithymia in Obsessive-Compulsive Patients Treated with Multimodal Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychother Psychosom*. **2004**; 73(2):101-106.
166. **Rufer M, Ziegler A, Alsleben H, et al.** A prospective long-term follow-up study of alexithymia in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. **2006**; 47(5):394-398.
167. **Wise TN, Mann LS, Hill B.** Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient. *Psychother Psychosom*. **1990**; 54(1):26-31.
168. **Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, et al.** Alexithymia in obsessive-compulsive disorder - Results from a family study. *Psychother Psychosom*. **2006**; 75(5):312-318.
169. **Krystal H.** Trauma and affects. *Psychoanal Study Child*. **1978**; 33(1):81-116.
170. **Joukamaa M, Kokkonen P, Veijola J, et al.** Social situation of expectant mothers and alexithymia 31 years later in their offspring: A prospective study. *Psychosom Med*. **2003**; 65(2):307-312.
171. **De Berardis D, Campanella D, Gambi F, et al.** Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. **2005**; 255(5):350-358.
172. **Bach M, Bach D, Böhmer F, Nutzinger DO.** Alexithymia and somatization: relationship to DSM-III-R diagnoses. *J Psychosom Res*. **1994**; 38(6):529-538.
173. **Bankier B, Aigner M, Bach M.** Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*. **2001**; 42(3):235-240.
174. **Rufer M, Ziegler A, Alsleben H, et al.** A prospective long-term follow-up study of alexithymia in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. **2006**; 47(5):394-398.
175. **Berthoz S, Artiges E, Van de Moortele P-F, et al.** Effect of impaired recognition and expression of emotions on frontocingulate cortices: an fMRI study of men with alexithymia. *Am J Psychiatry*. **2002**; 159(6):961-967.
176. **Lane RD, Sechrest L, Riedel R.** Sociodemographic correlates of alexithymia. *Compr Psychiatry*. **1998**; 39(6):377-385.
177. **Cavedini P, Riboldi G, D'Annunzi A, Belotti P, Cisima M, Bellodi L.** Decision-making heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: ventromedial prefrontal cortex function predicts different treatment outcomes. *Neuropsychologia*. **2002**; 40(2):205-211.
178. **Shapira NA, Liu Y, He AG, et al.** Brain activation by disgust-inducing pictures in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*. **2003**; 54(7):751-756.
179. **Pinard L, Negrete JC, Annable L, Audet N.** Alexithymia in substance abusers: Persistence and correlates of variance. *Am J Addict*. **1996**; 5(1):32-39.

180. **Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ.** Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *Am J Psychiatry*. **2004**; 161(7):1299-1301.
181. **Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS.** Alexithymia as a predictor of residual symptoms in depressed patients who respond to short-term psychotherapy. *Am J Psychother*. **2004**; 58(2):150-161.
182. **Sifneos PE.** Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychother Psychosom*. **2000**; 69(3):113-116.
183. **Beresnevaite M.** Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: A preliminary study. *Psychother Psychosom*. **2000**; 69(3):117-122.
184. **Roh D, Kim WJ, Kim CH.** Alexithymia in obsessive-compulsive disorder: Clinical correlates and symptom dimensions. *J Nerv Ment Dis*. **2011**; 199(9):690-695.
185. **Crépault C.** *L'imaginaire En Sexologie Clinique*. Presses universitaires de France, **1987**:
186. **Purifoy FE, Grodsky A, Giambra LM.** The relationship of sexual daydreaming to sexual activity, sexual drive, and sexual attitudes for women across the life-span. *Arch Sex Behav*. **1992**; 21(4):369-385.
187. **Van de Poll NE, Van Goozen SH.** Hypothalamic involvement in sexuality and hostility: comparative psychological aspects. *Prog Brain Res*. **1992**; 93:343-361.
188. **Sifneos PE.** Affect, emotional conflict, and deficit: an overview. *Psychother Psychosom*. **1991**; 56(3):116-122.
189. **Hoppe KD.** Hemispheric specialization and creativity. *Psychiatr Clin North Am*. **1988**; 11(3):303-315.
190. **Madioni F, Pasini W.** Le symptôme sexuel comme équivalent psychosomatique. *Med Hyg (Geneve)*. **1994**; 52(2019):688-689.
191. **Madioni F, Mammana LA.** Toronto alexithymia scale in outpatients with sexual disorders. *Psychopathology*. **2001**; 34(2):95-98.
192. **Wise TN, Osborne C, Strand J, Fagan PJ, Schmidt CWJ.** Alexithymia in patients attending a sexual disorders clinic. *J Sex Marital Ther*. **2002**; 28(5):445-450.
193. **Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P.** *Kaplan Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*. 11th ed. (Bozkurt A, ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, **2016**: 564-599.
194. **World Health Organization.** *Developing Sexual Health Programmes: A Framework for Action*. **2010**:
195. **Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği.** *Bilgilendirme Dosyası-7: Gençlik ve Cinsellik*. **2006**.
196. **Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH.** *Sexual Behavior in the Human Female*. Indiana University Press, **1998**:
197. **Masters WH, Johnson VE.** Human sexual response, Boston (Little, Brown and Company) **1966**.
198. **İncesu C.** Cinsel İşlev Bozuklukları. In: KARAMUSTAFALIOĞLU O, ed. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, **2018**:521-549.
199. **Crenshaw TL, Goldberg JP.** Sexual aspects of neurochemistry. *Sex Pharmacol New York WW Nort Co*. **1996**.
200. **Stahl SM.** Temel psikofarmakoloji. *Taneli B, Taneli Y(Çeviri Editörleri) inci baskı, İstanbul: Yelkovan Yayıncılık*. **2003**; 176:338-343

201. **Kaplan HS.** Hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther.* **1977**; 3(1):3-9.
202. **Meston CM, Frohlich PF.** The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiatry.* **2000**; 57(11):1012-1030.
203. **İncesu C.** Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi.* **2004** 7(Suppl 3): 3-13.
204. **Doğan Ş, Şimşek F, Seyisoğlu H.** Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği *Bilgilendirme Dosyası-I* Cinsel Yaşam ve Sorunları. **2006**.
205. **Schiavi RC, Segraves RT.** The biology of sexual function. *Psychiatr Clin North Am.* **1995**; 18(1):7-23.
206. **Hallward A, Ellison JM.** Sexual dysfunction. *Antidepressants Sex Funct London Harcourt Heal Commun.* **2001**:28-57.
207. **Spitzer RL, Hyler SE, Williams JBW.** Annotated comparative listing of DSM-II and DSM-III. *Diagnostic Stat Man Ment Disord.* **1980**; 3:371-395.
208. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders; revised (DSM-III-R). *Washingt DG.* **1987**.
209. **First M. B, France A, & Pincus HA.** DSM-IV-TR guidebook. *American Psychiatric Publishing.* **2004**
210. **Dünya Sağlık Örgütü.** ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. *Çev ed MO Öztürk, B Uluğ, Çev F Çuhadaroglu, İ Kaplan, G Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ) Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara.* **1993**.
211. **Sungur MZ, Gündüz A.** A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 Definitions for Sexual Dysfunctions : Critiques and Challenges. *J Sex Med.* **2014**; 11(2):364-373.
212. **Smith AMA, Rissel CE, Richters J, Grulich AE, De Visser RO.** Sex in Australia: Reproductive experiences and reproductive health among a representative sample of women. *Aust N Z J Public Health.* **2003**; 27(2):204-209.
213. **Nagaraj AKM, Nizamie HS, Akhtar S, Sinha BNP, Goyal N.** A comparative study of sexual dysfunction due to typical and atypical antipsychotics in remitted bipolar-I disorder. *Indian J Psychiatry.* **2004**; 46(3):261.
214. **Montgomery SA, Baldwin DS, Riley A.** Antidepressant medications: a review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction. *J Affect Disord.* **2002**; 69(1-3):119-140.
215. **Vestergaard P, Amdisen A, Schou M.** Clinically significant side effects of lithium treatment a survey of 237 patients in long-term treatment. *Acta Psychiatr Scand.* **1980**; 62(3):193-200.
216. **Hosseinzadeh Zoroufchi B, Doustmohammadi H, Mokhtari T, Abdollahpour A.** Benzodiazepines related sexual dysfunctions: A critical review on pharmacology and mechanism of action. *Rev Int Andrologia.* **2021**; 19(1):62-68.
217. **Freund B, Steketee G.** Sexual history, attitudes and functioning of obsessive-compulsive patients. *J Sex Marital Ther.* **1989**; 15(1):31-41.
218. **Aksaray G, Yelken B, Kaptanoğlu C, Oflu S, Özaltın M.** Sexuality in women with obsessive compulsive disorder. *J Sex Marital Ther.* **2001**; 27(3):273-277.
219. **Staebler CR, Pollard CA, Merkel WT.** Sexual history and quality of current relationships in patients with obsessive compulsive disorder: a comparison with two other psychiatric samples. *J Sex Marital Ther.* **1993**; 19(2):147-153.
220. **Thakurta RG, Singh OP, Dhar P, Sarkar S, Ray P.** Prevalence and nature of sexual dysfunctions in OCD in a tertiary medical college. **2014**; 17(2):20-30.

221. **Turan Ş, Poyraz CA, Sağlam NGU, Batun GÇ, Yassa A, Duran A.** Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında cinsel İşlev bozuklukları. *Yeni Symp.* **2015**; 53(2):37-44.
222. **Angst J, Gamma A, Endrass J, et al.** Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* **2004**; 254(3):156-164.
223. **Monteiro WO, Noshirvani HF, Marks IM, Lelliott PT.** Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder. A controlled trial. *Br J Psychiatry.* **1987**; 151(JULY):107-112.
224. **Sørensen CB, Kirkeby L, Thomsen PH.** Quality of life with OCD. A self-reported survey among members of the Danish OCD Association. *Nord J Psychiatry.* **2004**; 58(3):231-236.
225. **Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Bilgilendirme Dosyası-9** Psikiyatrik Sorunlar ve Cinsel İşlev Bozuklukları. **2012**; 1:34-53.
226. **Abbey RD, Clopton JR, Humphreys JD.** Obsessive-Compulsive Disorder and Romantic Functioning. *J Clin Psychol.* **2007**; 63:1181-1192.
227. **Hoover CF, Insel TR.** Families of origin in obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis.* **1984**.
228. **Vulink NCC, Denys D, Bus L, Westenberg HGM.** Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder? *J Affect Disord.* **2006**; 91(1):19-25.
229. **Rosen RC, Lane RM, Menza M.** Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol.* **1999**; 19(1):67-85.
230. **Balon R.** SSRI-associated sexual dysfunction. *Am J Psychiatry.* **2006**; 163(9):1504-1509; quiz 1664.
231. **Soomro GM, Altman DG, Rajagopal S, Browne MO.** Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane database Syst Rev.* **2008**;(1).
232. **Montejo AL, Prieto N, Terleira A, et al.** Better sexual acceptability of agomelatine (25 and 50 mg) compared with paroxetine (20 mg) in healthy male volunteers. An 8-week, placebo-controlled study using the PRSEXDQ-SALSEX scale. *J Psychopharmacol.* **2010**; 24(1):111-120.
233. **Steffens DC, Krishnan KRR, Helms MJ.** Are SSRIs better than TCAs? Comparison of SSRIs and TCAs: a meta-analysis. *Depress Anxiety.* **1997**; 6(1):10-18.
234. **Bloch MH, McGuire J, Landeros-Weisenberger A, Leckman JF, Pittenger C.** Meta-analysis of the dose-response relationship of SSRI in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry.* **2010**; 15(8):850-855.
235. **Pallanti S, Hollander E, Bienstock C, et al.** Treatment non-response in OCD: methodological issues and operational definitions. *Int J Neuropsychopharmacol.* **2002**; 5(2):181-191.
236. **Montejo ÁL, Rico-Villademoros F, Dysfunction SWG for the S of P-RS.** Changes in sexual function for outpatients with schizophrenia or other psychotic disorders treated with ziprasidone in clinical practice settings: a 3-month prospective, observational study. *J Clin Psychopharmacol.* **2008**; 28(5):568-570.
237. **Keks N, McGrath J, Lambert T, et al.** The Australian multicentre double-blind comparative study of remoxipride and thioridazine in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* **1994**; 90(5):358-365.
238. **Cutler AJ.** Sexual dysfunction and antipsychotic treatment. *Psychoneuroendocrinology.* **2003**; 28:69-82.
239. **Fava M, Nurnberg HG, Seidman SN, et al.** Efficacy and safety of sildenafil in men with serotonergic antidepressant-associated erectile dysfunction: results from a randomized, double-

- blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. **2006**; 67(2):240-246.
240. **Nurnberg HG, Hensley PL, Heiman JR, Croft HA, Debattista C, Paine S.** Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: a randomized controlled trial. *JAMA*. **2008**; 300(4):395-404.
 241. **Stengler-Wenzke K, Kroll M, Matschinger H, Angermeyer MC.** Quality of life of relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. **2006**; 47(6):523-527.
 242. **Newth S, Rachman S.** The concealment of obsessions. *Behav Res Ther*. **2001**; 39(4):457-464.
 243. **Emmelkamp PMG, De Haan E, Hoogduin CAL.** Marital Adjustment and Obsessive–Compulsive Disorder. *Br J Psychiatry*. **1990**; 156(1):55-60.
 244. **Riggs DS, Hiss H, Foa EB.** Marital distress and the treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Behav Ther*. **1992**; 23(4):585-597.
 245. **Emmelkamp PM, De Lange I.** Spouse involvement in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behav Res Ther*. **1983**.
 246. **Kasalova P, Prasko J, Ociskova M, et al.** Marriage under control : Obsessive compulsive disorder and partnership. **2020**; 41(3):134-145.
 247. **Cooper M.** Obsessive-compulsive disorder: Effects on family members. *Am J Orthopsychiatry*. **1996**; 66(2):296-304.
 248. **Doron G, Szepeswol O.** Partner-focused obsessions and self-esteem: An experimental investigation. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. **2015**; 49:173-179.
 249. **Steketee G.** Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. **1997**; 42(9):919-928.
 250. **Gomes JB, Van Noppen B, Pato M, et al.** Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. **2014**; 68(8):621-630.
 251. **Boeding SE, Paprocki CM, Baucom DH, et al.** Let me check that for you: symptom accommodation in romantic partners of adults with Obsessive-Compulsive Disorder. *Behav Res Ther*. **2013**; 51(6):316-322.
 252. **Mahapatra A, Kuppli PP, Gupta R, Deep R, Khandelwal SK.** Prevalence and predictors of family accommodation in obsessive–compulsive disorder in an Indian setting. *Indian J Psychiatry*. **2020**; 62(1):43.
 253. **Grumet GW.** Tyranny of the obsessional character. *Psychol Rep*. **1991**; 68(1):71-93.
 254. **Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer MC.** Coping strategies used by the relatives of people with obsessive–compulsive disorder. *J Adv Nurs*. **2004**; 48(1):35-42.
 255. **Chambless DL, Steketee G.** Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive–compulsive and agoraphobic outpatients. *J Consult Clin Psychol*. **1999**; 67(5):658.
 256. **Prasko J, Raszka M, Adamcova K, et al.** Predicting the therapeutic response to cognitive behavioural therapy in patients with pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuro Endocrinol Lett*. **2009**; 30(5):615-623.
 257. **Prasko J, Hruby R, Ociskova M, et al.** Unmet needs of the patients with obsessive-compulsive disorder. *Neuro Endocrinol Lett*. **2016**; 37(5):373-382.
 258. **Amato PR, Previti D.** People’s reasons for divorcing: Gender, social class, the life course, and adjustment. *J Fam Issues*. **2003**; 24(5):602-626.
 259. **Wheaton M, Timpano KR, LaSalle-Ricci VH, Murphy D.** Characterizing the hoarding

- phenotype in individuals with OCD: Associations with comorbidity, severity and gender. *J Anxiety Disord.* **2008**; 22(2):243-252.
260. **Samuels J, Joseph Bienvenu III O, Riddle MA, et al.** Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behav Res Ther.* **2002**; 40(5):517-528.
 261. **Breslau J, Miller E, Jin R, Na S, Alonso J, Lh A.** A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* **2011**; 124(6):474-486.
 262. **Crane CA, Godleski SA, Przybyla SM, Schlauch RC, Testa M.** The Proximal Effects of Acute Alcohol Consumption on Male-to-Female Aggression: A Meta-Analytic Review of the Experimental Literature. *Trauma Violence Abuse.* **2016**; 17(5):520-531.
 263. **Smith DJ, Kyle S, Forty L, et al.** Differences in depressive symptom profile between males and females. *J Affect Disord.* **2008**; 108(3):279-284.
 264. **Lebowitz ER, Panza KE, Bloch MH.** Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. *Expert Rev Neurother.* **2016**; 16(1):45-53.
 265. **Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB.** The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I: history, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry.* **1992**; 49(8):624-629.
 266. **Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB.** Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluative review. *Compr Psychiatry.* **1994**; 35(4):316-327.
 267. **Williams JBW, Gibbon M, First MB, et al.** The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry.* **1992**; 49(8):630-636.
 268. **Weertman A, Arntz A, Dreessen L, van Velzen C, Vertommen S.** Short-interval test-retest interrater reliability of the Dutch version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II). *J Pers Disord.* **2003**; 17(6):562-567.
 269. **First MB.** Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). In: Cautin RL, Lilienfeld SO, eds. *The Encyclopedia of Clinical Psychology.* First Edit. Wiley-Blackwell, **2015**:
 270. **Elbir M, Topbaş ÖA, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş.** DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatr Derg.* **2019**; 30(1):51-56.
 271. **Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al.** The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. *Arch Gen Psychiatry.* **1989**; 46(11):1006-1011.
 272. **Karamustafaloğlu O, Üçışık A, Ulusoy M, Erkmén H.** Yale-Brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. In: *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı.* Bursa Savaş Ofset, **1993**:29.
 273. **Taylor GJ, Ryan D, Bagby M.** Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom.* **1985**; 44(4):191-199.
 274. **Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ.** The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res.* **1994**; 38(1):23-32.
 275. **Craparo G, Faraci P, Gori A.** Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in a group of Italian younger adolescents. *Psychiatry Investig.* **2015**; 12(4):500.
 276. **Güleç H, Köse S, Güleç MY, et al.** Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). *Klin Psikofarmakol Bul.* **2009**; 19(3):214.
 277. **McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, et al.** The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther.* **2000**; 26(1):25-40.
 278. **Soykan A.** The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res.* **2004**; 16(6):531-534.

279. **Spanier GB.** Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam.* **1976**;15-28.
280. **Fişiloğlu H, Demir A.** Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *Eur J Psychol Assess.* **2000**; 16(3):214.
281. **Fişiloğlu H.** Gönderen: fisil@metu.edu.tr (Salı, 27 Eylül 2021); DAS makale, DAS ölçek. Alıcı: **Sun T.** tunasun@live.com.
282. **Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB.** *Using Multivariate Statistics.* (6th ed.). Boston, MA:Pearson. **2013**.
283. **Field A.** *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics.* sage, **2013**.
284. **Bozorg M, Rahimi C, Mohammadi N.** Evaluating the Components of Alexithymia in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. **2021**; 8(4):175-179.
285. **Uslu U, Erensoy H, Meterelliyoğlu KS, Aytaç HM, Berkol TD.** Obsesif kompulsif bozukluğa sahip hastalar ile sağlıklı bireyler arasındaki aleksitimi düzey farklılıklarının karşılaştırılması; Comparison of alexithymia level differences associated with obsessive compulsive disorder patients and healthy people. *J Neurobehav Sci.* **2020**; 7(2):52.
286. **Khosravani V, Samimi Ardestani M, Sharifi Bastan F, Kamali Z.** The relationship between alexithymia and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* **2017**; 14(November 2016):127-133.
287. **Carpenter L, Chung MC.** Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: the roles of alexithymia and attachment. *Psychol Psychother Theory, Res Pract.* **2011**; 84(4):367-388.
288. **De Berardis D, Campanella D, Gambi F, et al.** Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* **2005**; 255(5):350-358.
289. **Mamatova M, Wille DE.** Cross-cultural study of emotional expression: The problem of alexithymia. *Psychol Res.* **2012**; 2(3).
290. **Dion KL.** Ethnolinguistic correlates of alexithymia: Toward a cultural perspective. *J Psychosom Res.* **1996**; 41(6):531-539.
291. **Le H-N, Berenbaum H, Raghavan C.** Culture and alexithymia: mean levels, correlates, and the role of parental socialization of emotions. *Emotion.* **2002**; 2(4):341-360.
292. **Zhu X, Yi J, Yao S, Ryder AG, Taylor GJ, Bagby RM.** Cross-cultural validation of a Chinese translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Compr Psychiatry.* **2007**; 48(5):489-496.
293. **Pozza A, Giaquinta N, Dèttore D.** The contribution of alexithymia to obsessive-compulsive disorder symptoms dimensions: an investigation in a large community sample in Italy. *Psychiatry J.* **2015**; 2015.
294. **De Berardis D, Serroni N, Campanella D, et al.** Alexithymia, responsibility attitudes and suicide ideation among outpatients with obsessive-compulsive disorder: an exploratory study. *Compr Psychiatry.* **2015**; 58:82-87.
295. **Raisi F, Ghassemzadeh H, Khojastefar RF, et al.** Prevalence of sexual dysfunction in a group of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) patients in Iran. *Imaging J Clin Med Sci.* **2019**; 6(1):89-93.
296. **Van Minnen A, Kampman M.** The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sex Relatsh Ther.* **2000**; 15(1):47-57.
297. **Aksoy UM.** Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarının karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **2006**.

298. **Higgins A, Nash M, Lynch AM.** Antidepressant-associated sexual dysfunction: impact, effects, and treatment. *Drug Healthc Patient Saf.* **2010**; 2:141.
299. **Segraves RT.** Sexual dysfunction associated with antidepressant therapy. *Urol Clin North Am.* **2007**; 34(4):575-579, vii.
300. **Corona G, Ricca V, Bandini E, et al.** ORIGINAL RESEARCH–EPIDEMIOLOGY: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Induced Sexual Dysfunction. *J Sex Med.* **2009**; 6(5):1259-1269.
301. **Steinberg D.** *The Erotic Impulse: Honoring the Sensual Self.* Tarcher, **1992**:
302. **Fontenelle LF, De Souza WF, De Menezes GB, et al.** Sexual function and dysfunction in Brazilian patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis.* **2007**; 195(3):254-257.
303. **Akpınar A, Bakım B, Alpak G, Çevik M, Yavuz BG, Karamustafaloğlu O.** Childhood trauma, sexual functions, psychiatric comorbidity and socio-demographic data in obsessive-compulsive disorders with sexual obsessions. *Dicle Med Journal/Dicle Tip Derg.* **2013**; 40(2).
304. **Grant JE, Pinto A, Gunnip M, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA.** Sexual obsessions and clinical correlates in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* **2006**; 47(5):325-329.
305. **Aksoy UM, Aksoy SG, Maner F, Gokalp P, Yanik M.** Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatr Danub.* **2012**; 24(4):381-385.
306. **Humphreys TP, Wood LM, Parker JDA.** Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Pers Individ Dif.* **2009**; 46(1):43-47.
307. **Giuliani M, Fabrizi A, Rossi R, et al.** Alexithymia and sexual functioning: A clinical study on female patients with sexual disorders. *F1000Research.* **2011**; 2.
308. **Berenguer C, Rebôlo C, Costa RM.** Interoceptive awareness, alexithymia, and sexual function. *J Sex Marital Ther.* **2019**; 45(8):729-738.
309. **Michetti PM, Rossi R, Bonanno D, De Dominicis C, Iori F, Simonelli C.** Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE): Alexithymia in 100 outpatients. *J Sex Med.* **2007**; 4(5):1462-1467.
310. **Michetti PM, Rossi R, Bonanno D, Tiesi A, Simonelli C.** Male sexuality and regulation of emotions: a study on the association between alexithymia and erectile dysfunction (ED). *Int J Impot Res.* **2006**; 18(2):170-174.
311. **Michetti PM, Eleuteri S, Giuliani M, Rossi R, Simonelli C.** Delayed ejaculation and alexithymia: what is the relationship? *F1000Research.* **2013**; 2.
312. **Aydın Sünbül E, Gökçeimam PŞEN, Üstündağ MF, Taştekin N, Domaç F, Güleç H.** Evaluation of Alexithymia, Anger and Temperament Features in Insomnia Patients with Sexual Dysfunction. *Duzce Med J.* **2021**; 23(2).
313. **Abramowitz JS, Baucom DH, Boeding S, et al.** Treating Obsessive-Compulsive Disorder in Intimate Relationships: A Pilot Study of Couple-Based Cognitive-Behavior Therapy. *Behav Ther.* **2013**; 44(3):395-407.
314. **Belus JM, Baucom DH, Abramowitz JS.** The effect of a couple-based treatment for OCD on intimate partners. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* **2014**; 45(4):484-488.
315. **Remmerswaal KCP, Batelaan NM, Smit JH, van Oppen P, van Balkom AJLM.** Quality of life and relationship satisfaction of patients with Obsessive Compulsive Disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* **2016**; 11:56-62.
316. **Raeisi F, Ghasemzadeh H, Karamghadiri N, et al.** Sexual Function and Marital Satisfaction in Female with Obsessive-Compulsive Disorder. *Majallah-i dānīshgāh-i ‘ulūm-i pizīshkī-i Arāk.*

- 2016; 19(4):11-19.
317. **Ghomian S, Shaeiri MR, Farahani H.** Designing the Relationship Obsessive-Compulsive Inventory (ROCI) Based on Iranian Culture and Evaluation of Its Psychometric Properties. *Iran J Psychiatry.* **2021**; 16(4).
 318. **Ghomian S, Shaeiri MR, Farahani H.** Psychometric Features of Relationship Obsessive-Compulsive Inventory: A scale in the Field of Relationship Obsessive-Compulsive Disorder. *Int J Behav Sci.* **2019**; 12(4):154-161.
 319. **Aghighi A, Foroughi M, Daneshmandi S, Abbasi M.** The Role of Alexithymia and Sexual Self-esteem in the Prediction of Marital Stress and Adjustment in Infertile Women. *Pract Clin Psychol.* **2021**; 9(1):19-26.
 320. **Yelsma P, Marrow S.** An examination of couples' difficulties with emotional expressiveness and their marital satisfaction. *J Fam Commun.* **2003**; 3(1):41-62.
 321. **Epözdemir H.** The effect of alexithymic characteristics of married couples on their marital adjustment. *J Fam Psychother.* **2012**; 23(2):116-130.
 322. **Eid P, Boucher S.** Alexithymia and dyadic adjustment in intimate relationships: Analyses using the actor partner interdependence model. *J Soc Clin Psychol.* **2012**; 31(10):1095-1111.
 323. **Karakis EN, Levant RF.** Is normative male alexithymia associated with relationship satisfaction, fear of intimacy and communication quality among men in relationships? *J Men's Stud.* **2012**; 20(3):179-186.
 324. **Hesse C, Pauley PM, Frye-Cox NE.** Alexithymia and marital quality: The mediating role of relationship maintenance behaviors. *West J Commun.* **2015**; 79(1):45-72.
 325. **Taylor GJ, Bagby RM, Kushner SC, Benoit D, Atkinson L.** Alexithymia and adult attachment representations: Associations with the five-factor model of personality and perceived relationship adjustment. *Compr Psychiatry.* **2014**; 55(5):1258-1268.
 326. **Hawton K, Catalan J.** Prognostic factors in sex therapy. *Behav Res Ther.* **1986**; 24(4):377-385.
 327. **Namli Z, Karakuş G, Tamam L.** Assessment of Dyadic Adjustment and Sexual Functions in Patients with Bipolar Disorder. *Arch Neuropsychiatry.* **2018**; 55(2):171.
 328. **Türkseven A, Söylemez İ, Dursun P.** Cinsel işlev bozuklukları ile evlilik uyumu arasındaki ilişki. *Kriz Derg.* **2020**; 28(1):9-20.
 329. **Schenk J, Pfrang H, Rausche A.** Personality traits versus the quality of the marital relationship as the determinant of marital sexuality. *Arch Sex Behav.* **1983**; 12(1):31-42.
 330. **Péloquin K, Byers ES, Callaci M, Tremblay N.** Sexual portrait of couples seeking relationship therapy. *J Marital Fam Ther.* **2019**; 45(1):120-133.
 331. **Cupach WR, Comstock J.** Satisfaction with sexual communication in marriage: Links to sexual satisfaction and dyadic adjustment. *J Soc Pers Relat.* **1990**; 7(2):179-186.
 332. **Nestadt G, Samuels J, Riddle M, et al.** A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* **2000**; 57(4):358-363.
 333. **Mathews CA, Nievergelt CM, Azzam A, et al.** Heritability and clinical features of multigenerational families with obsessive-compulsive disorder and hoarding. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet.* **2007**; 144(2):174-182.
 334. **Degonda M, Angst J.** The Zurich study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* **1993**; 243(2):95-102.
 335. **Deniz F.** Manisa il merkezinde obsesif kompulsif bozukluk yaygınlığının ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, **2005**.

336. **Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S.** The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*. **1994**.
337. **Altıntaş E, Özçürümez G.** Evaluation of Obsessive-Compulsive Disorder Patients According to Gender Differences. *Cukurova Med J*. **2015**; 40(3):409-417.
338. **Lapsekili N, Uzun Ö, Ak M.** Obsesif kompulsif bozukluk olgularında heyecan arama davranışı. *Klin Psikiyatr Derg*. **2010**; 13(4):170-176.
339. **Goodwin R, Koenen KC, Hellman F, Guardino M, Struening E.** Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*. **2002**; 106(2):143-149.
340. **Besiroglu L, Uguz F, Saglam M, Agargun MY, Cilli AS.** Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. **2007**; 102(1-3):73-79.
341. **Hollander E, Benzaquen SD.** Is there a distinct OCD spectrum? *CNS Spectr*. **1996**; 1(1):17-26.
342. **Aktaş MC, Çuhadar D.** Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Sosyal Uyum ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Med Sci*. **2020**; 15(2):55-70.
343. **Akdede KBB, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A.** Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi: Bilişsel işlevler ve klinik bulgular ile ilişkisi. *Türk Psikiyatr Derg*. **2005**; 16(1):13-19.

EKLER

EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

HASTANIN ADI-SOYADI:

1. Yaş	
2. Cinsiyet	1. Kadın 2. Erkek
3. Eğitim süresi	
4. Medeni durum	1. Bekar 2. Evli
5. Evli ise; evlilik süresi	
6. Evli ise; evlilik şekli	1. Anlaşarak 2. Görücü usulüyle
7. Yaşanılan aile	1. Çekirdek aile 2. Geniş aile 3. Yalnız yaşama
8. Meslek	1. Çalışmıyor 2. Çalışıyor
9. Yaşadığı yer	1. İl merkezinden küçük 2. İl merkezi
10. Komorbid tıbbi hastalık	1. Yok 2. Var Var ise tanısı:
11. Ailede ruhsal hastalık	1. Yok 2. Var Var ise tanı:
Alişkanlıklar:	1. Yok 2. Var
12. Sigara	Var ise günlük kullanım miktarı:
13. Alkol	1. Yok 2. Var Miktarı ve sıklığı:
14. Madde	1. Yok 2. Var Var ise kullanılan madde türü: Sıklığı:

EK-2 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK VERİ FORMU

15. OKB Hastalık Süresi (ay)	
16. Hastanede yatış sayısı	
17. Özkıyım girişimi (hastalık süresince)	1. Yok 2. Var Var ise sayısı: Yöntem:
18. Özkıyım amaçlı olmayan kendine zarar verici davranış	1. Yok 2. Var
19. Psikotik belirti	1. Yok 2. Var
20. Obsesyon- kompulsiyonlar	1. Egodistonik 2. Egosintonik
21. Geçmişte EKT uygulaması	1. Yok 2. Var
22. İlaç uyumsuzluğu	1. Yok 2. Var Var ise nedeni:
23. Kullanılan ilaç	1) Antidepresan 2) Antidepresan+ antipsikotik 3) Diğer

EK-3 CİNSEL İŞLEVLER VERİ FORMU

24. İlk cinsellik yaşı	
25. Cinsel birleşme sıklığı	1.Hiç yok 2.Günde birden fazla 3.Günde bir defa 4.Haftada üç-dört defa 5.Haftada iki defa 6.Haftada bir defa 7.İki haftada bir defa 8.Ayda bir defa 9.Diğer
26. Cinsel işlev sorunu olduğunu düşünüyor mu?	1.Hayır 2.Evet
27. İlaç tedavisi başlanmadan önce cinsel işlev problemleri var mı?	1.Yok 2.Var
28. Cinsel işlev problemleri ilaç tedavisi sonrasında başladı ise; cinsel işlev bozukluğu türü	1. Eretil disfonksiyon 2.Orgazm bozukluğu(kadın) 3.Cinsel uyarılma bozukluğu (kadın) 4.Vajinismus 5.Prematür ejakülasyon 6.Geç boşalma 7.Cinsel istek azlığı (erkek)
29. Yapılan klinik görüşmede cinsel işlev bozukluğu tanısı:	1.yok 2. Eretil disfonksiyon 3.Orgazm bozukluğu(kadın) 4.Cinsel uyarılma bozukluğu (kadın) 5.Vajinismus 6.Prematür ejakülasyon 7.Geç boşalma 8.Cinsel istek azlığı (erkek)
30. Cinsel partnerde (eş, arkadaş vs) ruhsal hastalık var mı?	1.Yok 2.Var Var ise tanı:
31. Cinsel partnerde (eş, arkadaş vs) cinsel işlev bozukluğu var mı?	1.Yok 2.Eretil disfonksiyon 3.Orgazm bozukluğu(kadın) 4.Cinsel uyarılma bozukluğu (kadın) 5.Vajinismus 6.Prematür ejakülasyon 7.Geç boşalma 8.Cinsel istek azlığı (erkek)

EK-4 YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (YBOKÖ) VE BELİRTİ KONTROL LİSTESİ

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (9/89)

HASTA ADI: _____ Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı) _____
 PROTOKOL : _____ TARİH: _____
 HEKİM: _____

		Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
1.	OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0	1	2	3	4
1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)		Semptom yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kisa 3	Kısa 4
2.	OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4
3.	OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4
4.	OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	0 Sürekli direnme	1 Yeterli kontrol	2 Orta kontrol	3 Az kontrol	4 Tam teslimiyet kontrol yok
5.	OBSESYONLARIN KONTROLÜ	0	1	2	3	4
OBSESYON ALITTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____						
6.	KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0	1	2	3	4
6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)		Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kisa 4
7.	KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4
8.	KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4
9.	KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	0 Sürekli direnme	1 Yeterli kontrol	2 Orta kontrol	3 Az kontrol	4 Tam teslimiyet kontrol yok
10.	KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	0	1	2	3	4
KOMPULSİYON ALITTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____						
11.	OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	Mükemmel 0	1	2	3	Yok 4
12.	KAÇINMA	0	1	2	3	4
13.	KARARSIZLIK	0	1	2	3	4
14.	PATOLOJİK SORUMLULUK	0	1	2	3	4
15.	YAVAŞLAMA	0	1	2	3	4
16.	PATOLOJİK KUŞKU	0	1	2	3	4
17.	GLOBAL CİDDİYET	0	1	2	3	4
18.	GLOBAL DÜZELME	0	1	2	3	4
19.	GÜVENİRLİK	MÜKEMMEL = 0	İYİ = 1	ORTA = 2	ZAYIF = 3	

İsim:

Tarih:

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

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

Şimdi	Geçmişte	
		SALDIRGANLIK OBSESYONLARI
_____	_____	Kendine zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Başkalarına zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
_____	_____	Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
_____	_____	Utanılacak bir şey yapmaktan korkma*
_____	_____	İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. arkadaşını yaralama)
_____	_____	Çalacağından korkma
_____	_____	Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)
_____	_____	Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn. yangın, hırsızlık)
_____	_____	Diğer
		KİRLENME OBSESYONLARI
_____	_____	Vücut atık veya salgılarından (örn. 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 inest ilişkisi ile ilgili
_____	_____	Homoseksüel ilişkisi ile ilgili*
_____	_____	Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
_____	_____	Diğer

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

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

_____	_____	_____
-------	-------	-------

DİNİ OBSESYONLAR

_____	_____	Kutsal şeylere karşı hürmetsizlik veya günah ile ilgili
_____	_____	Doğru/Yanlış kavramları ile aşırı ilgi
_____	_____	Diğer

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

_____	_____	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
_____	_____	Birşeyler kaybetme korkusu
_____	_____	İstenmeyen (dehşet içermeyen) görüntüler
_____	_____	Anlamsız sesler, kelimeler veya müzik duyma
_____	_____	Belirli seslerden veya gürültüden rahatsız olma*
_____	_____	Uğurlu veya uğursuz sayılar
_____	_____	Özel anlamı olan renkler
_____	_____	Batıl itikatlar
_____	_____	Diğer

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

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

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

- _____ Tekrar okuma veya yazma
- _____ Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi
(örn. kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma)
- _____ Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

- _____

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

- _____

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

[Hobilerden, maddi ve manevi değeri olan şeylerin toplanması ile karıştırmamalıdır (örn. eski mektupları dikkatle okumak, eski gazeteleri düzenlemek, ufak tefek şeyleri sınıflandırmak, işe yaramaz şeyleri biriktirmek).]

DİĞER KOMPULSİYONLAR

Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)

Aşırı liste hazırlama

Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi

Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*

Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*

Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)

Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*

Batıl davranışlar

Trikotillomani*

Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*

Diğer

EK-5 TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ

TAÖ-20 Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

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

EK-6 ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

KADIN FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Vajinanız/cinsel organınız ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay orgazm olursunuz (doyuma ulaşırsınız)?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Orgazminız tatmin edici midir ?

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Orgazma ulaşamam

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)

ERKEK FORMU

Ad-Soyad:.....

Tarih:.....

Lütfen her madde için BUGÜN de dahil GEÇEN HAFTAKİ durumunuzu işaretleyin

Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça istekli	Çok istekli	Biraz istekli	Biraz isteksiz	Çok isteksiz	Tamamen isteksiz

Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz) ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Oldukça zor

Penisiniz/cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla olmaz

Ne kadar kolay boşalırsınız ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça kolay	Çok kolay	Biraz kolay	Biraz zor	Çok zor	Asla boşalamam

Boşalmanız tatmin edici midir ?

1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □
Oldukça tatmin edici	Çok tatmin edici	Biraz tatmin edici	Pek tatmin etmiyor	Çok tatmin etmiyor	Hiç boşalamam

EK-7 ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ

Eşlerin bazı zamanlar anlaşmışları, bazen anlaşamadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yaratıyorsa belirtiniz (Evet veya Hayır'ı işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
29. Seks için çok yorgun olmak.....		
30. Sevgi göstermemek		

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki "mutlu" birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinizi en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

[] Aşırı mutsuz [] Oldukça mutsuz [] Az mutsuz [] Mutlu [] Oldukça mutlu [] Aşırı mutlu [] Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği hakkında ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.

- [] İlişkimin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiçbirşey yoktur.
[] İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapabileceklerimin hepsini yapacağım.
[] İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payuma düşeni yapacağım.
[] İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam.
[] İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı reddederim.
[] İlişkim asla başarılı olmayacak ve ilişkinin yürütmesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok.



EK-8 HASTA GRUBU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU Hasta Grubu

Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aleksitimi, Cinsel İşlev Bozukluğu ve Çift Uyumunun Araştırılması

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz *'Toronto Aleksitimi Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Çift Uyum Ölçeği'* isimli ölçekleri doldurmanız gerekmektedir. *'Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'* ölçeği klinisyen tarafından uygulanacaktır. Anlamadığınız noktalar araştırmacılar tarafından açıklanacaktır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR
ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA
KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK-9 KONTROL GRUBU İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Kontrol Grubu

Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aleksitimi, Cinsel İşlev Bozukluğu ve Çift Uyumunun Araştırılması

Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz '*Toronto Aleksitimi Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Çift Uyum Ölçeği*' isimli ölçekleri doldurmanız gerekmektedir. '*Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği*' ölçeği klinisyen tarafından uygulanacaktır. Anlamadığınız noktalar araştırmacılar tarafından açıklanacaktır. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR
ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA
KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza: