

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Psikiyatri Anabilim Dalı

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ
DAMGALANMA VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Müge ELBİR

Tez Danışmanı

Doç. Dr. E. Oryal TAŞKIN

Manisa, 2020

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, başta tez danışmanım Doç. Dr. E. Oryal Taşkın olmak üzere değerli hocalarım Prof. Dr. Artuner DEVECİ, Prof. Dr. Ayşen ESEN DANACI, Doç. Dr. Erol OZAN, Prof. Dr. Erol Özmen, Prof. Dr. M. Murat DEMET ve Prof. Dr. Ömer AYDEMİR'e;

Tezimin istatistik sürecinde hiçbir yardımı esirgemeyen ve bana istatistiği sevdiren hocam Prof. Dr. Erhan ESER'e;

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı rotasyonum süresince benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve asistanlık sürecimde desteğini yanımda hissettiğim Doç. Dr. Hasan KANDEMİR ve Doç. Dr. Şermin YALIN SAPMAZ'a;

Asistanlık eğitimim boyunca nice güzel anılar biriktirdiğim, her birini tanımdan çok mutlu olduğum ve beraber çalıştığımız günleri her zaman arayacağım başta Dr. Özge Alp TOPBAŞ olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma;

Güler yüzleri ile kliniğimize güzellikler katan, bizlerden yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen sevgili sağlık personellerimize, hemşirelerimize, sekreterlerimize ve psikologlarımıza;

Bugünlerimin asıl mimarı, üzerimde sonsuz emeği olan ve her başarıyı destekleyen sevgili anneme, babama, ablama ve canım yeğenim Efe'ye

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum...

Dr. Müge ELBİR

2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR	VI
TABLolar LİSTESİ	VII
ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ	IX
EKLER LİSTESİ	X
I. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi:	1
1.2. Araştırmanın Amacı:	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri:	3
II. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe	5
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Etiyoloji	7
2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikler	13
2.1.6. Eş tanı	21
2.1.7. Seyir ve Prognoz	22
2.1.8. Tedavi	23
2.2. Damgalanma	25

2.3. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Damgalanma Algısı	28
2.3.1. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sosyal Bilişsel Modeli	29
2.3.2. Damgalanma Algısını ve İçselleştirilmiş Damgalanmayı Etkileyen Faktörler.....	30
2.3.3. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	31
III. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Örneklem ve Uygulama	33
3.1.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri.....	33
3.1.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri	33
3.2. Uygulanan Formlar ve Ölçekler	34
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu:.....	34
3.2.2. DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (Structured Clinical Interviewfor DSM-5, SCID-5 CV):.....	34
3.2.3. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ):..	34
3.2.4. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi:.....	35
3.2.5. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği:	36
3.2.6. UCLA Yalnızlık Ölçeği:.....	36
3.2.7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D): Hastalardaki depresyonun şiddetini ölçmek için kullanılan, uygulayan	37
3.3. Veri Toplama Yöntemi	37
3.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi.....	38
3.4.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	39
3.4.2. Tek değişkenli Çözümler	39

3.4.3 Çok değişkenli Çözümlemeler.....	40
IV. BULGULAR	41
4.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	41
4.1.1. Sosyodemografik Özellikler.....	41
4.1.2. Hastalığa İlişkin Özellikler	45
4.1.3. Hastaların Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanmasına İlişkin Özellikler	48
4.2. Tek Değişkenli Çözümlemeler	49
4.2.1. İçselleştirilmiş Damgalanma Puanları ile Sosyodemografik Özelliklerinin İlişkisinin Değerlendirilmesi	49
4.2.2. İçselleştirilmiş Damgalanma Puanları ile Bazı Klinik Özellikleri ve Ölçeklerin İlişkisinin Değerlendirilmesi	54
4.3. Çok Değişkenli Çözümlemeler	58
4.3.1. RHİDÖ Yabancılaşma Boyutunu Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Nagelkerke $R^2= 0,43$)	58
4.3.2. RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması Boyutunu Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Nagelkerke $R^2= 0,48$)	59
4.3.3. RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık Boyutunu Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Nagelkerke $R^2= 0,33$)	60
4.3.4. RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme Boyutunu Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Nagelkerke $R^2= 0,44$)	61
4.3.5. RHİDÖ Damgalanmaya Direnç Boyutunu Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Nagelkerke $R^2= 0,24$)	62
4.3.5. Toplam RHİDÖ Puanı Boyutunu Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Nagelkerke $R^2= 0,66$)	62

V. TARTIŞMA	64
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
VII. ÖZET	85
VIII. İNGİLİZCE ÖZET	87
IX. EKLER.....	89
X. KAYNAKLAR.....	109



KISALTMALAR

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OFK: Orbitofrontal Korteks

SSRI: Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

5HIAA: 5 Hidroksi İndol Asetik Asit

YBOKÖ: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

MR: Manyetik Rezonans Görüntüleme

TMU: Transkranial manyetik Uyarım

DEK: Düşünce Eylem Kaynaşması

OKKB: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

NMDA: N- metil-d-aspartik asit

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

5-HT: 5-Hidroksitriptamin

SPECT: Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi (Single Photon Emission Computed Tomography)

SCID-5 /CV: DSM-5 Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-V / Clinical Version)

RHİDÖ: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Örneklemin Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	43
Tablo 2: Örneklemin Klinik Özellikleri ve Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı ..	46
Tablo 3: Örneklemin Belirti Şiddetine Göre Dağılımı.....	46
Tablo 4: Örneklemin Klinik Belirtilerine Göre Dağılımı	47
Tablo 5: Örneklemin Tedavi Öyküsü Özelliklerine Göre Dağılımı	48
Tablo 6: Örneklemin RHİDÖ Puanlarının Betimleyici İstatistikleri	49
Tablo 7: Örneklemin Sosyodemografik Değişkenlerinin RHİDÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması - I	50
Tablo 8: Örneklemin Sosyodemografik Değişkenlerinin RHİDÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması - II	53
Tablo 9: Örneklemin RHİDÖ Alt Boyut Puanları ile Diğer Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması.....	54
Tablo 10: Örneklemin Sosyodemografik Değişkenlerinin RHİDÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması - II	55
Tablo 11: Örneklemin Yalnızlık Düzeyi, Tedavi Uyumu ve YBOKÖ Toplam Puanlarının RHİDÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması	57
Tablo 12: Örneklemin “Yabancılaşma” Boyutunu Etkileyen çok değişkenli Lojistik regresyon modeli (Eksiltmeli Wald, indirgenmiş son model)	58
Tablo 13: Örneklemin “Kalıp Yargıların Onaylanması” Boyutunu Etkileyen çok değişkenli Lojistik regresyon modeli (Eksiltmeli Wald, indirgenmiş son model)	59

Tablo 14: Örneklemin “Algılanan Ayrımcılık” Boyutunu Etkileyen çok değişkenli Lojistik regresyon modeli (Eksiltmeli Wald, indirgenmiş son model)	60
Tablo 15: Örneklemin “Sosyal Geri Çekilme” Boyutunu Etkileyen çok değişkenli Lojistik regresyon modeli (Eksiltmeli Wald, indirgenmiş son model)	61
Tablo 16: Örneklemin “Damgalanmaya Direnç” Boyutunu Etkileyen çok değişkenli Lojistik regresyon modeli (Eksiltmeli Wald, indirgenmiş son model)	62
Tablo 17: Örneklemin “Toplam RHİDÖ Puanı” Boyutunu Etkileyen çok değişkenli Lojistik regresyon modeli (Eksiltmeli Wald, indirgenmiş son model)	63

ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ

Şekil 1: İçselleştirilmiş Damgalanma ve Toplumsal Damgalanmanın Karşılaştırılması	30
---	----

EKLER LİSTESİ

Ek - 1: Hamilton Depresyon Ölçeği	89
Ek - 2: Morisky İlaç Uyum Ölçeği	92
Ek - 3: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	93
Ek - 4: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu.....	96
Ek - 5: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği	98
Ek - 6: UCLA Yalnızlık Ölçeği	101
Ek - 7: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi	102
Ek - 8: DSM 5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID 5)	107

I. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi:

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), kişinin günlük işlevlerini ciddi oranda etkileyen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, genellikle süregelen olan obsesyon ve/veya kompulsiyonların görüldüğü bir rahatsızlıktır (1). Bu obsesyon ve kompulsiyonların yinelenmesi bireyin mesleki işlevselliğini ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkilediği gibi zaman kaybına sebep olmakta, belirgin sıkıntıya yol açmakta ve bu bağlamda bireyin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (2). Bu bozukluğun bir yıllık yaygınlığı % 0,5- 2,1 arasında, yaşam boyu yaygınlık oranı % 1.9-3.3 arasında değişmektedir. Bu rakamlar OKB'nin toplumda sıklıkla görüldüğünü göstermektedir (3, 4). OKB genellikle genç yaşta başlamaktadır. Yapılan araştırmalarda 25 yaşından önce başlama oranı % 65 olarak tespit edilirken, 35-40 yaşından sonra başlama oranı ise % 5-15 arası olarak belirlenmiştir (5).

OKB bireyin davranışsal, duygusal ve bilişsel bileşenlerini etkilemekte ve sosyal, mesleki, akademik ve ailevi işlevselliğine ciddi zararlar verebilmekte; yeti kaybına sebep olabilmektedir (6). Hastalığın başlangıç yaşıyla tedaviye başlanılan süre arasında uzun bir dönemin olması, işlevselliği oldukça olumsuz etkilemesi ve toplumda görülme sıklığının yüksek olması nedeniyle önemli bir rahatsızlıktır.

Damgalanma bir bireyin, içinde yaşadığı toplumun ölçütlerinin dışında varsayılan bir özelliğinin bulunması nedeniyle, toplum tarafından kusurlu ve gözden düşmüş olarak değerlendirilmesidir. Damgalanan kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir. Damgalanma sıklıkla bir psikiyatrik tanı alma ile başlar. Ruhsal hastalığı olan kişilerin davranışsal ve iletişimsel farklılıkları toplumda ruhsal hastalıklarla ilişkili birçok olumsuz düşünce ve tutumun ortaya çıkmasına neden olur (6, 7). Toplum ruhsal hastalığı olan kişileri ne zaman ne yapacağı bilinmeyen, tehlikeli bireyler olarak algılamaktadır. Alışılmışın

dışında, önceden kestirilemeyen hareketleri ve düzene uyum sağlayamayan yapıları nedeniyle ruhsal hastalığı olan kişiler toplumda kaygılara neden olmaktadır. Kişi veya toplum ürkütücü ve rahatsız edici bir durumla karşılaşınca sıklıkla bunun kaynağı olarak düşündükleri kişiyi yabancılaştırarak dışlama yoluna gitmektedir. Ayrımcılığın başlangıcı tam da bu noktadır (7, 8).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin psikiyatrik tanı aldıktan sonra, açık bir ayrımcılığa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış hissettikleri görülmüştür. Bu kişiler kendi kendilerini toplumdan önce damgalayarak, utanç ve yetersizlik duygusu hissederler. Hastaların kendileriyle ilgili olumsuz otomatik düşüncelerde artış görülür ve kendilik değerleri azalır. Zamanla sosyal ilişkilerden kaçınırlar. Ruhsal hastalığı olan kişinin, daha önceden bu hastalıkla ilgili varolan önyargıları, tanı almasıyla birlikte kendileri için de geçerli olur (8). Bireyin hissettiği damgalanma bu basmakalıp düşüncelerin içeriğinin olumsuzluğuna göre çok daha yüksek olabilmektedir. Başka bir ifadeyle ruhsal hastalığı olan kişinin içselleştirdiği olumsuz yargılar ne kadar fazlaysa, kendisini de o ölçüde damgalanmış hissetmektedir. Bu durum içselleştirilmiş damgalanma olarak adlandırılmaktadır ve ayrımcılığa maruz kalma veya nesnel olarak dışlanma deneyimlerinden bağımsız bir süreçtir. Önceki süreçte tam olarak farkına varılmasa dahi ruhsal bir hastalık tanısı almakla birlikte etkisini göstermeye başlamaktadır (8). Bireyin kendisini içinde bulunduğu topluma ait olarak görmemeye başlaması, içselleştirilmiş damgalanmanın en ağır ve en yıkıcı etkisidir (8, 9).

Günümüzde çoğunlukla şizofrenik bozukluk tanısı alan bireyler üzerindeki damgalama etkisi ele alınmış olsa da, bu tür damgalayıcı tutum ve davranışlara maruz kalan ruhsal bozukluklardan biri de OKB'dir. OKB ve içselleştirilmiş damgalanma birlikteliği ile ilgili, literatürde az sayıda çalışma mevcut olup, ülkemizde de geniş kapsamlı herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ülkemizde obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin sosyal ilişkiler, tedavi uyumu ve diğer ilişkili olduğu değişkenleri araştıran ilk geniş kapsamlı araştırma olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı:

Çalışmamızda obsesif kompulsif bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin saptanması, ilişkili değişkenlerin saptanması, sosyal ilişkiler ile sağaltıma uyuma etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri:

- 1) OKB’de içselleştirilmiş damgalanma düzeyi, yalnızlık düzeyi ile ilişkilidir.
- 2) OKB’de içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arttıķça, tedaviye uyum bozulmaktadır.
- 3) OKB şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma arasında çift yönlü ilişki vardır.
- 4) OKB’de içgörü varsa, damgalanma şiddetlidir.
- 5) Obsesyon çeşitleri içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde etkilidir.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk temel belirtileri obsesyon ve kompülsiyon olan, yeti yitimine neden olabilen kronik bir ruhsal bozukluktur (10).

“Obsesyon” sözcüğü ele geçirilmek, kuşatılmak anlamlarına gelen Latince “obsidere” kelimesinden türemiştir. Bireyin kendisini belli bir düşünce içeriğinden kurtaramamasıdır (11). Obsesyonlar; inatçı şekilde tekrarlayan, bilinçli çaba ile kovulamayan, çoğu kişide yoğun sıkıntıya neden olan, istenmeden ve zorla geliyor gibi yaşanan duygu, düşünce, hayal veya dürtülerdir (12, 13). Kişi yaşadığı obsesyonları zihninin bir ürünü olarak görmektedir. Türk toplumunda obsesyonlar için genellikle takıntı, evham, vesvese gibi kelimeler kullanılmaktadır.

“Kompulsiyon” sözcüğü ise, Latince “compellere” kelimesinden gelmekte ve zorlanmış, köşeye sıkışmış anlamlarında kullanılmaktadır (11). Kompulsiyon, kişinin katı olarak uygulanması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği veya takıntısına (obsesyonuna) bir tepki olarak ortaya koyduğu zihinsel eylemler veya yineleyici davranışlardır (12, 13). Bu davranışlar veya zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıyı azaltmak, korkulan bir durumdan sakınmak veya durumu önlemek amacıyla yapılır. Doyum sağlama veya haz alma gibi bir amacı bulunmamaktadır. Fakat yapılan etkinlik ya aşırıdır ya da engellenmek istenen şeyle gerçekçi bir şekilde ilişkili değildir.

OKB’li hastalarda tek başına obsesyon veya kompulsiyon olabileceği gibi her ikisi birlikte de görülebilir.

2.1.2. Tarihçe

OKB, belirtileri yüz yıllardır bilinen ve psikiyatri tarihinde tanımlanan ilk rahatsızlıklardan biridir (14). Orta çağda, diğer psikiyatrik hastalıklar gibi, OKB de büyü ve din kavramlarıyla açıklanmaya çalışılmıştır (15). Çok eski dini metinlerde obsesyon ve kompülsiyon olarak tanımlanabilecek davranış örneklerine rastlanmaktadır. Shakespeare, ünlü eseri Macbeth’de; kocasını etkileyerek Kral Duncan’ın ölümüne sebep olan Lady Macbeth’de suçluluk duygularından köken alan kirlilik düşüncesi ve el yıkama hastalığını anlatmaktadır (16). İlk kez Esquiral isimli bir araştırmacı 1838 yılında obsesyon ve kompülsiyon tanımını yapmıştır. Obsesyon terimini ilk kez kullanan ise 1866’da Belçikalı psikiyatrist Morel olmuştur. Daha öncesinde bu hastalık depresyon veya melankolinin bir belirtisi sanılır iken, 1878’de Westphal obsesyonları ayrı bir rahatsızlık olarak tanımlamıştır. 20. yüzyılın başlarında Fransız ruh hekimi Pierre Janet fobi, obsesyon ve kompülsiyonlardan oluşan tabloyu “nevrasteni” den ayırmış, “psikasteni” demiştir. Psikodinamik açıdan ele alan ise S.Freud olmuştur (15).

Bu rahatsızlık 1952’de Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan DSM-I’de “Obsesif Kompulsif Reaksiyon”; 1968’de yayımlanan DSM II’de “Obsesif Kompulsif Nevroz”, 1978’de yayımlanan DSM-III’te ise “Obsesif Kompulsif Bozukluk” olarak ifade edilmiştir. Günümüzdeki yaklaşıma en yakın tanımlama DSM-III’te yapılan tanımlamadır. Böylelikle kompülsiyon ve obsesyon ayrımı net bir şekilde yapılmış ve ortaya çıkan belirtilerin içerik olarak en sık görülenleri ile biçimsel özellikleri ifade edilmiştir (11). Kompülsiyonların kavramsallaştırılması, DSM-III ile DSM-IV-TR arasındaki temel farklılıktır (17). Buna göre kompülsiyonlar DSM-III’te davranış olarak ifade edilirken, DSM-IV’te davranışa ek olarak zihinsel eylemin de olabileceği belirtilmiştir. Daha sonraki süreçte ise “Obsesif Kompulsif Bozukluk” terimi DSM-IV ve DSM-IV-TR’de “Anksiyete Bozuklukları” başlığı altında ifade edilmiştir (18). 2013 yılında yayımlanan DSM-5’te ise Anksiyete Bozukluklarından ayrılmış ve “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” olarak ifade edilmiştir (13).

2.1.3. Epidemiyoloji

Obsesif kompulsif bozukluk depresyon, fobi ve madde kullanımından sonra en sık görülen dördüncü psikiyatrik bozukluktur. Çoğu hasta şikayetleri hafif olduğundan doktora gitmek istemezler; bazıları hasta olduklarını kimseye belli etmek istemezler; fakat kendi içlerinde sürekli şikayetçidirler. Bir kısım hasta senelerdir devam eden hastalığı kabullenmişlerdir. Hastalık, birey tarafından ifade edilmedikçe, bir şikayet olarak sunulmadıkça tanınması güçleşmektedir (19, 20). OKB'nin yaygınlığını ve sıklığını belirlemede, bu gibi gerekçelerle doktora başvurulma oranlarının düşük olması engel teşkil etmektedir.

OKB 1980'lere kadar toplumda az görüldüğü düşünülen bir rahatsızlıktır. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından Amerika'da yapılan ve 1980-1988 yılları arasını kapsayan epidemiyolojik alan araştırmasında OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı % 2.5, bir yıllık yaygınlık oranı ise % 1.6 olarak belirlenmiştir (21). Kanada'da 1994 yılında 3258 kişinin katılımı ile yapılan bir çalışma ise OKB sıklığını % 2.9 olarak göstermiştir (22). OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı 2004'te yapılan bir başka epidemiyolojik çalışmada ise % 3.5 olarak belirlenmiştir (23). Konuyla ilgili araştırmalarda OKB'nin görülme sıklığına nazaran obsesif kompulsif belirtilerin görülme sıklığının çok daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca belirti boyutlarının yaygınlık oranı % 2, OKB'nin yaygınlık oranı ise % 0.5 olarak belirlenmiştir (24). Yaşam boyu yaygınlık oranı % 1.9-3.3 arasındadır (25). OKB'nin Türkiye'deki yaşam boyu yaygınlık oranı ise % 2-3.7 arasında olduğu belirlenmiştir. OKB'nin bir yıl içerisindeki sıklığı Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda % 0,5 çıkmıştır. Erkeklerle (% 0.2) göre kadınlarda (% 0.6) 3 kat fazla olduğu belirlenmiştir (12). OKB'nin 12 aylık prevalansı Konya'da yapılan bir araştırmada ise % 3 olarak tespit edilmiştir (26).

Topluma yönelik yapılan OKB prevalans araştırmalarında kadınlarda daha sık görüldüğü belirlenirken, klinik araştırmalarda ise erkek ve kadınlar arasındaki oranların birbirlerine yakın olduğu görülmektedir (21, 25, 27). Bu durumun gerekçesi olarak da erkeklerde OKB belirtilerinin işlevselliği daha çok etkilediği, bu nedenle de tedavi arayışının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (27).

OKB, genellikle genç yaşta başlamaktadır. Erkeklerde başlangıç yaşı ortalama 19 yaş iken kadınlarda ise ortalama 22 yaş civarındır (2). Çoğunluğu (% 65) 25 yaşından önce başlangıç gösterirken, daha az bir kısmı ise (% 5-15) 35-40 yaşından sonra başlamaktadır (5, 28). Çeşitli vakalarda OKB'nin hamilelik ya da doğum sonrası dönemde başladığı bildirilmiştir (29, 30). Elli yaşından sonra ise OKB sıklığı daha az olmakla birlikte; yapısal beyin hasarı ve organisme ile ilişkilendirilmiştir (31).

2.1.4. Etiyoloji

OKB'ye neden olan süreçler tam olarak bilinmese de bugün etiyolojide birçok etken sorumlu tutulmaktadır. Fizyopatolojisinde yer alan nörobiyolojik ve psikososyal faktörler şunlardır:

2.1.4.1. Psikoanalitik açıklamalar

OKB, psikanalitik yaklaşımın kurucusu olan Freud'a göre psikanalizin en ilgi çekici konularından biri ve nevrozların prototipidir. Ona göre obsesyonel nevrozda saplanma ve anal döneme gerileme vardır. Ego ile süpereo arasında sadomazoşistik bir ilişkiden ve çeşitli savunma mekanizmalarından (yer değiştirme, yalıtma, yapma-bozma gibi) bahsetmiştir (32).

Obsesif kompulsif nevrozun oluşumunda ana mekanizma psikanalitik bakışa göre gerileme yani regresyondur. Hasta, obsesyonel nevrozda ödipal dönemle ilgili istek ve dürtülerin oluşturduğu çatışmalara bağlı sıkıntılar yaşamaktadır. Bu nedenle libido anal sadistik döneme gerilemektedir. Bu gerilemenin bir neticesi olarak da süpereo değişiklikleri, büyüsel düşüncenin ortaya çıkması ve ambivalans meydana gelmektedir. Freud'a göre süpereo bu hastalık sürecinde acımasız ve katı bir yapıya bürünmekte ve ego saldırganlığını nesnelere yöneltememektedir. Bu durumda saldırganlık dürtüsü, süperegonun egoya saldırganlığı şeklinde içe dönmektedir (33). Eş zamanlı olarak nefret ve sevgi duygularına sahip olan birinin davranışlarında ve duygularında ambivalans yani "çifte değerlilik" olması, anal dönemin en belirgin özelliklerindendir. Eyleme geçme aşamasında bu durum kararsızlık ve tereddüt yaşanması şeklinde kendini göstermektedir (11).

Psikanalitik kuram; anal döneme özgü bireyin saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmada kullandığı karşıt tepki oluşturma (reaksiyon formasyon), yapma-bozma (doing-undoing) ve yalıtma (izolasyon) şeklinde 3 temel savunma mekanizması olduğunu söylemektedir. Yapma-bozma mekanizmasının bir sonucu olarak kaygının azaltılması ve dürtünün kontrol edilebilmesi için bireyde kompulsif hareketlerin ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Bireyde görülen dürtüsel isteğin ve ona savunma olarak karşı koyma isteğinin doyurulması “tekrarlayıcı yapma bozma” olarak ifade edilmektedir. Saldırgan ya da cinsel dürtüleri nedeniyle birey tarafından bilinçdışı olarak, oluşabileceğini düşündüğü zararı bozmak veya ortadan kaldırmak için bir eylem gerçekleştirilir. Yalıtma, düşünsel içerikten uzaklaşıp dürtünün duygusal bileşeninin bilinçdışına itilmesi olarak ifade edilmektedir. Yalıtma, psikanalitiklere göre obsesif nevrozlar için tipik bir düzeneğdir. Birey, duygularının dahil olmadığı bu şekildeki bir düşünceyi, zihnine zorla girdiği şekilde ve isteği dışında yaşamaktadır. Benlik, sıkıntı veren bir düşünceyi bilinçten uzaklaştıramadığı bu gibi durumlarda, duygusal yükü yalıtma ile o düşünceden uzaklaştırmaktadır. Birey, karşıt tepki oluşturma sistemini kullandığında, dürtüsel bir tehlike karşısında kişilik yapısını değiştirmekte, bu tehlike sürekli varmış gibi hareket etmekte ve tehlikeye her an hazırlıklı olunan bir tutum benimsemektedir. Tutumun ortadan kaybolması, buna karşın bilinçdışı olarak devam etmesi durumunda, kirlilikten hoşlanmanın yerini temizliğe düşkünlük, inatçılığın yerini itaatkarlık, zalimliğin yerini nezaket ve nefretin yerini sevgi almaktadır (11).

2.1.4.2. Bilişsel Davranışçı Kuram

OKB’de davranışçı modellerin temelini Mowrer tarafından ortaya atılan iki aşamalı korku ve kaçınma kuramı oluşturmaktadır. Korku ve kaçınma kuramına göre hastalanma, mikrop kapma gibi herkesin aklına gelebilen ve pek de korkutucu olmayan düşünceler, kişide koşullanma aracılığıyla anksiyete ile ilişkilendirilmekte ve rahatsızlık verici bir duruma dönüşmektedir. Birey bu düşüncelerin artması ile birlikte kaçma-kaçınma davranışları sergilemekte ve anksiyete yaşamaktadır (34). Obsesyonlar öğrenilmiş edimlerdir. Kompulsiyonlar ise anksiyetenin ortadan kaldırılması için öğrenilen

ve pekiştirilen davranışlardır (35). Anksiyetede kompulsif davranışlarla birlikte bir azalma gözleendiğinden bu davranış örüntüsü pekişmektedir. Uzun dönemde obsesyona neden olan koşul veya durumlardan kaçınılması anksiyeteyi azaltırken, obsesyonel düşüncelere maruz kalmayı engelleyerek alıştırmayı engellemekte ve obsesyonların sürmesine neden olmaktadır. Bu da obsesif-kompulsif belirtilerin sürmesi anlamına gelmektedir (34,35).

2.1.4.3. Nörobiyolojik Etkenler

2.1.4.3.1. Genetik

OKB ve genetik ile ilgili çalışmalar 1930'larda başlamış olup; halen devam etmektedir (36). Özellikle son araştırmalarda OKB'nin genetik ilişkisi ile ilgili önemli sonuçlar elde edilmiştir.

OKB'de yapılan aile çalışmalarında, OKB hastaları ile birinci derece yakınlarında OKB tanısı alan hastalar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmalar OKB'de ailesel kümelenmeyi desteklemektedir (37). Pauls ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada OKB'li hastaların yakınlarında OKB oranı % 18.2 iken, kontrol grubunun yakınlarında ise % 3.9 çıkmıştır (36). Bir başka araştırmada ise OKB, kontrol grubunun yakınlarında % 2.7, bu hastalığı taşıyanların yakınlarında ise % 11.7 olarak tespit edilmiştir. Buna göre ailesel geçiş erken başlangıçlı OKB'lerde daha yüksektir. Ayrıca OKB riskinin, erken başlangıç (18'den önce) gösteren hastaların ailelerinde, geç başlangıç gösteren ailelerdekinden yaklaşık iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Son olarak çalışmalarda, obsesyonların kompulsiyonlardan daha fazla genetik geçiş özelliği gösterdiği bulunmuştur (38).

Carey ve Gottesman tarafından 30 ikiz çift üzerine yapılan bir araştırmada yüksek eş hastalanma oranı dizigotik ikizlerde (% 47), monozigotik ikizlerde ise (% 87) olarak saptanmıştır (39). Başka bir çalışmada, faktör analizi ile varyansın % 62'sini açıklayan ve obsesyonların % 33, kompulsiyonların % 26 kalıtılabilirlik gösterdikleri, obsesyon ve kompulsiyon arasındaki genetik bağlantının +0.53 olduğu bulunmuştur (40).

Ayrışım çözümlemesine yönelik çalışmalarda OKB genetiği çok genli, çok etkenli bir kalıtım sergilemektedir (41). Segregasyon çalışmaları, kadınlarda

daha belirgin bir majör genin sorumlu olabileceğini ve yüksek olasılıkla otozomal dominantı düşündürmektedir. Bu veriler ışığında OKB’da inkomplet penetranslı otozomal dominant bir genetik geçişin rol aldığı saptanmıştır (42). Ayrıca segregasyon çalışmalarında OKB ile Tourette sendromu ilişkilendirilmiş; Tourette sendromu olan hastaların birinci derece akrabalarında OKB sıklığı yüksek bulunmuştur (43).

OKB’ye yönelik bağlantı (linkage) araştırmalarında 9. kromozomun uzun kolunda birden fazla noktada bağlantı görülmüş; özellikle de 9p24’ün üzerinde durulmuştur (44).

Moleküler genetik çalışmalarda serotonin taşıyıcısı promotor bölgesi geni (SLC6A4), 5HT1B, 5HT2A, 5HT2B reseptör genleri, MAO-A, COMT ve opioid mü reseptör genleri, glutamat taşıyıcı geni (SLC1A1) ile ilişkilendirme çalışmaları yapılmıştır (45-48).

2.1.4.3.2. Nörokimyasal Çalışmalar

Serotonerjik Sistem: OKB’de serotonin hipotezi serotonin geri alım inhibitörlerinin (SGİ) obsesyon ve kompulsyonları azalttığına dayanmaktadır. OKB’de noradrenerjik antidepresanlarda olumlu yanıt alınmazken, serotonerjik antidepresanlar daha etkili bulunmuştur (49). İlk önceleri postsinaptik serotonerjik reseptörlerde aşırı duyarlılık mekanizmaları üstünde durulmuşken (50); ilerleyen zamanlarda presinaptik mekanizmalar araştırılmaya başlanmıştır.

Presinaptik mekanizmalarla ilgili yapılan bir araştırmada tedavisiz OKB tanılı hastalarda presinaptik serotonin taşıyıcısının periferik belirteci olan trombosit 3-H-imipramin bağlanma bölgelerinin sayısında azalma saptanmıştır. Bu hastalara SGİ’leri verilmesinden sonra trombosit 3-H-imipramin bağlanma bölgelerinin olması gereken sayıya ulaştığı bilgisi edinilmiştir (51).

Son zamanlarda yapılan nöroendokrin çalışmalarda OKB hastalarında 5-HT1A, 5-HT1D ve 5-HT2C reseptörlerinde değişiklikler saptanmıştır (52). 5-HT1D reseptörü, OKB’nin beyin döngüleri içinde yer alan prefrontal bölgelerde ve bazal kaudat bölgesinde bulunmakta olup, bir presinaptik otoreseptördür. Normal şartlarda serotonin transmisyonunu azaltmaktadır. Kuramsal anlamda

bu reseptörün OKB tanılı hastanın beyinde aşırı duyarlı olabileceği öngörülmektedir (49). Aynı zamanda bu reseptör postsinaptik bölgede de yer almaktadır. Hem presinaptik hem de postsinaptik yerleşim özelliği, bu reseptörün obsesyonlar ve kompulsiyonlardan sorumlu olduğu görüşlerini destekleyici niteliktedir.

Dopaminerjik Sistem: OKB'de dopamin ile ilgili yapılan hayvan çalışmaları sonucunda, nükleus akumbens ve sağ prefrontal kortekste dopamin miktarının arttığı gözlenmiştir (53). Dopamin metaboliti olan homovalinik asit (HVA) düzeyleri BOS'ta ve plazmada çalışılmış olup; klomipramin tedavisi sonrasında BOS'taki HVA düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır (54, 55). Yapılan çalışmalarda OKB hastalarında sağ bazal gangliyonda taşıyıcı bağlanma oranları daha fazla saptanmıştır (56). Bu çalışmaların sonucunda OKB belirtileri dopamin artışı ile ilişkilendirilmiştir (57).

OKB tedavisinde presinaptik reseptörleri bloke ederek dopaminerjik aktivitenin artırılması SSRI'lar ile birlikte düşük dozlarda antipsikotik kullanımının bazı hastalarda tedavi cevabını arttırmasının sebebi olarak ifade edilmektedir (58). Dopamin nöronlarında ateşleme hızını arttıran 5-HT_{2A} antagonizması bu nedenle obsesif kompulsif belirtileri de arttırmaktadır. Buna karşın dopaminerjik nöronların inhibisyonu ile D₂ reseptör antagonizmasının obsesif kompulsif belirtileri azaltabileceği düşünülmektedir (59).

Glutamaterjik Sistem: Çeşitli hayvan çalışmalarında gösterilmiştir ki; kortikostriatal glutamat çıktısında artma olan farelerde, yaygın davranışsal perseverasyon, kompulsif sıçrama, deri veya saçın yolunması, ısırılması ve tiklerin olduğu obsesif kompulsif bozukluk benzeri bir fenotip gözlenmektedir (60). OKB'li hastaların bazı beyin bölgelerinde, manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) ile, glutamin ve glutamat artışı saptanmıştır (61). Striatumdaki glutamin artışı, koritko-striato-talamik-kortikal döngünün metabolik aşırı etkinliği ile ilgilidir. Glutaminin bu artışının, SSRI ile tedaviye yanıt veren OKB'lerde azaldığı hatta olağan seviyeye döndüğü bildirilmiştir (62). Beyin omurilik sıvısında (BOS) glutamat düzeylerinin yüksek saptanması da OKB'li hastalarda glutamaterjik sistemin aktif olduğunu göstermektedir (64).

2.1.4.3.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

OKB’de yapılan beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda en çok kortiko-talamo-striatal-kortikal devrede bozulmaların olduğu saptanmıştır. Frontal korteks ve subkortikal beyin bölgelerini birbirine bağladığı belirtilen bu döngülerde yer alan temel bölgeler talamus, bazal ganglionlar, kaudat nukleus, anterior singulat girus ve orbitofrontal kortekstir. Frontal korteksten başlayan her devre sırayla striatuma, globus pallidus-substantia nigra ve talamusa gitmektedir. Son olarak talamustan frontal kortekse dönmekte ve kapanmaktadır (65, 66). OKB etiyopatogenezini, dorsal striatum ve nukleus akkumbensin orbitofrontal korteksle bağlantısındaki bozulma ve bunun sonucunda azalan ödüllendirici sinyallerin oluşturduğu düşünülmüştür (67).

Yapılan Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmaları sonucu orbitofrontal kortekste hacim azalması tespit edilmiştir (68, 69). Ayrıca OKB tanısı konulan bireylerde kuneusta ve serebellum gri cevher volümünde azalma görülürken; bilateral hipotalamus, sol talamus, sol inferior paryetal korteks, sol superior temporal girus ve sol orbitofrontal korteks gri cevher volümünde artış görülmüştür (70).

Tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) ve PET (pozitron emisyon tomografisi) çalışmalarında, anterior singulat kortekste ve orbitofrontal kortekste bölgesel beyin aktivitesi ile talamusta aktivite artışı olduğu bildirilmiştir. Bazı hastalarda ise kaudat çekirdekte bölgesel aktivite değişikliği saptanmıştır (71).

PET ve işlevsel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) gibi görüntüleme faaliyetlerinde kaudattaki aktivite artışı, anterior singulat korteks (ASK) ve anterior lateral orbitofrontal korteks (OFK) net olarak gösterilirken ve bütün bu çalışmalar sonucunda, yukarıda adı geçen bu bölgelerin OKB'ye özgün olduğu düşünülmektedir (72).

2.1.4.3.4. İmmün Sistem Değişiklikleri

OKB'nin bazı alt tiplerinin immün mekanizmalarla ilişkili olabileceğine dair araştırmalar giderek artmaktadır. Streptokok enfeksiyonları ve çocuklarda OKB belirtilerinin ortaya çıkması, OKB gelişiminde nöroimmünolojinin rol

alabileceğini düşündürmektedir. A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası gelişen PANDAS (Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık) hastalarında gün içi duygudurum ve duygulanım değişiklikleri, dikkatin yetersizliği ve ayrılma anksiyetesi gibi belirtiler dışında obsesyonlar ve kompulsyonlar da görülebilmektedir. Antikor aracılı inflamasyon ile bazal ganglionlarda büyüme, putamen ve globus pallidus hacminde artma saptanmıştır (73). Yine A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu ile ilişkili olan Sydenham koreli vakalarda daha nörolojik şikayetler ortaya çıkmadan, obsesif kompulsif belirtiler başlamaktadır (70). Bu belirtilerin antibiyotik ve steroid tedavisi sonrası düzelmesi, OKB ve immünoloji ilişkisini dikkate çekmektedir (74).

2.1.4.3.5. Nöropsikolojik Çalışmalar

OKB’de nöropsikolojik çalışmaların sonucunda bellek işlevleri ile frontal lob ve görsel mekansal işlevlerde bozulma saptanmıştır (75). Aynı zamanda en çok eşlik eden patoloji ise yürütücü işlevler ve görsel bellekteki kötüleşmedir. (76).

Bu alandaki araştırmalardan elde edilen bilgiler, OKB hastalarında görülen bilişsel yakınmaların frontostriatal devrelerde işlevselliğin bozulmasıyla beraber ortaya çıktığını göstermektedir. Bu durum hastanın kliniğine, yürütücü işlev performansında bozulma, zayıf bellek ve görsel-mekansal becerilerdeki kayıpla yansımaktadır (11).

2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikler

OKB’ye yönelik klinik tabloda obsesyon ve kompulsyon olmak üzere 2 önemli öge vardır. Obsesyon, bireyde zorlayıcı ve yineleyici nitelikte dürtü, imaj ve düşüncenin varlığıdır. Obsesyonlar; davetsiz, uygunsuz, ısrarlıdır ve kişide ciddi anksiyete yaratır. İkinci olarak bu düşünce ve eylemlerin zihinsel ve davranışsal olarak kontrol edilme çabasıdır (kompulsyon).

Kompulsyonlar; obsesyonların yarattığı anksiyetenin azaltılmasına yönelik olup, haz alma yaşanmaz. Kişi bazen kompulsyonlar ile başedebilirken, bazen de bunları engellemeye çalışmaksızın artık teslim olmuştur (18, 77).

DSM-5, OKB diyebilmek için tek başına obsesyon ya da kompulsiyondan birinin varlığının yeterli olduğunu ifade eder. Hastalarda tek başına obsesyon veya kompulsiyonun olduğu vaka, birkaç araştırmada gösterilmiştir (78). OKB klinik olarak çok farklı belirtilerle karşımıza çıkmaktadır. Epidemiyoloji çalışmalarında OKB tanısı alanların % 30'unda yalnızca kompulsiyon, % 40'ında yalnızca obsesyon görülürken, geri kalan % 30'ta ise her ikisi birlikte görülmüştür. Psikiyatrik başvurularda ise obsesyon ve kompulsiyonun birlikte ortaya çıktığı hasta sayısı oranı % 75'i aşmaktadır. Bu sonuçtan, iki belirtinin de birlikte görüldüğü hastaların daha fazla klinik yardım ihtiyacının olduğu düşüncesi çıkarılabilir (58).

OKB tanısı için, obsesyon ve/veya kompulsiyonların bireyde ciddi anlamda sıkıntıya yol açması, önemli zaman kaybına neden olması, bireyin rutin hayat düzenini etkileyip; sosyal, toplumsal ve mesleki işlevselliğini bozması, yaşam kalitesini azaltması gerekir. Çoğu kişinin zihnine zaman zaman kısa süreli, çabuk uzaklaştırılan, kişide ciddi sıkıntıya neden olmayan, benliğe daha az yabancı obsesyonel doğada düşünceler gelmekte, ancak bunlar önemli nötralizasyon çabası gerektirmemektedir (79).

2.1.5.1. Tanı Kriterleri

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayımladığı DSM-5 tanı sistemleri ile Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı ICD-10 günümüzde psikiyatrik bozuklukların tanı ve sınıflandırılmalarında kullanılmaktadır. İki sınıflandırma sistemi birbirine benzese de bazı farklılıklar vardır. OKB; DSM-5'te "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılırken; ICD-10'da somatoform, stresle ilgili ve nevrotik bozukluklar içerisinde yer almaktadır (13). Tanı için DSM-5'te herhangi bir süre belirtilmezken; ICD-10'da en az 2 hafta süre ile çoğu günlerde obsesif kompulsif belirtilerin bulunması şartı aranmaktadır. ICD-10'da içgörü ile ilgili herhangi bir alt tip yer almazken, DSM-5'te 3 tanısal alt tip yer almaktadır. ICD-10'da kompulsif belirtilerin hoşnutsuzluk oluşturmaması gerekli iken, DSM-5'de bu özellikten bahsedilmemiştir. Son olarak DSM-5'de zihinsel eylemlerin de kompulsiyon olabileceği vurgulanırken, ICD-10'da buna değinilmemiştir (10,80).

2013 yılında yayınlanan DSM-5 ile OKB, anksiyete bozukluklarından

ayrılmış ve OKB ile ilişkili bozukluklar grubuna dahil edilmiştir. Bu grupta OKB dışında trikotillomani ve patolojik deri yolma bozukluğu, istifleme bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu bulunmaktadır (13). OKB’de beden dismorfik bozukluğu görülme oranı % 3-37; istifleme bozukluğu görülme oranı % 8,7-33; patolojik deri yolma bozukluğu görülme oranı % 15,9-17,7; trikotillomani görülme oranı ise % 4,6-6,9 arasında değişmektedir (81).

2.1.5.1.1. DSM-5 Tanı Ölçütleri

Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk)

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı: Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Birçok kişide belirgin bir sıkıntı veya kaygıya sebep olan, bazen istenmeden ve zorla geliyor gibi yaşanan, sürekli ve yineleyici imge, itki ya da düşünceler.

(2) Birey bu imge, itki ya da düşünceleri başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı gerçekleştirerek) girişimlerinde bulunur veya bunları baskılamaya ya da bunlara aldırmamaya çalışır.

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

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

(2) Bu zihinsel eylemler veya davranışlar, korkulan bir durum veya olaydan sakınmak, yaşanan sıkıntı veya kaygıyı azaltmak veya bunlardan korunmak için yapılmaktadır. Fakat bu zihinsel eylem veya davranışların korunulacağı veya yüksüzleştireceği düşünülen durumlarla gerçekçi bir şekilde ilişkisi yoktur veya bu ilişki açık ve aşırı bir seviyededir.

Not: Bu zihinsel eylemler veya davranışlar küçük çocuklar tarafından da gerçekleştirilebilmektedir. Ancak çocuklar bu tür eylemlerinin amaçlarını ifade edemeyebilirler.

B. Zorlantı ve takıntılar günde 1 saatten fazla bir süre bireyin zamanını alabilmektedir. Bunun dışında klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işle ilgili,

toplumsal veya diğer işlevsellik alanlarında performans düşüklüğüne de neden olabilmektedir.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, başka bir sağlık durumu ile ilgili etkilerine veya bir ilaç ya da kötüye kullanılabilen bir maddenin kullanımına bağlanamaz.

D. Bireyin yaşadığı bir başka ruhsal bozukluğun belirtileri ile bu bozukluk, daha iyi açıklanamamaktadır (örneğin otizm açılımı kapsamındaki gibi yinelemeli davranış örüntüleri veya psikozla giden diğer bozukluklarda ve şizofreni açılımı kapsamındaki gibi sanrısız uğraşlar veya düşünce sokulması; yeğin depresyon bozukluğundaki gibi suçluluğa yönelik düşünsel uğraşlar; davranış bozuklukları, dürtü denetimi ve yıkıcı bozukluklardaki gibi dürtüler; cinsel sapkınlık bozukluklarındaki gibi cinsel düşlemler veya itkiler; hastalık kaygısı bozukluğundaki gibi sürekli bir hastalığı olduğunu düşünmek; bağımlılık ve madde ile ilişkili bozukluklardaki gibi sürekli kumar oynamayı veya maddeleri düşünmek; yeme bozukluğundaki gibi törensel yeme davranışı; basmakalıp davranış bozukluğundaki gibi basmakalıp davranışlar; deri yolma bozukluğundaki gibi derisini yolma; trikotillomanideki gibi saçını yolma; biriktiricilik bozukluğundaki gibi sahip oldukları ile ilişkisini kesmekte veya onları elden çıkartmakta zorlanma; beden algısı bozukluğundaki gibi dış görünüşle aşırı uğraşma; yaygın kaygı bozukluğundaki gibi dış görünüşe yönelik aşırı kuruntular).

İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: Birey, takıntı-zorlantı bozukluğuna yönelik inanışlarının olasılıkla veya kesinlikle gerçek olabileceğinin, olmayabileceğinin veya olmadığının farkındadır.

İç görüşü kötü: Birey, takıntı-zorlantı bozukluğuna yönelik inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünmektedir.

İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Birey, takıntı-zorlantı bozukluğuna yönelik inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

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

2.1.5.1.2. ICD-10 Tanı Ölçütleri

Kesin bir tanının konulabilmesi için kompulsif hareketler veya obsesyonel belirtiler gündelik etkinlikleri önleyici ve sıkıntı verici nitelikte olmalı ve üst üste

en az iki hafta süreyle ve bu iki haftanın çoğu gününde görülmüş olmalıdır. Ayrıca bu belirtilerin şu nitelikleri de taşıması gerekmektedir:

- A. Bu belirtiler bireyin kendi dürtüleri veya düşünceleri olarak kabul edilir.
- B. Bireyin bu hareket ya da düşüncelerden en az birine karşı direnç gösteriyor olması gerekmektedir. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.
- C. Bu düşünce ya da hareketi gerçekleştirme düşüncesi haz vermemeli sadece bunaltının veya gerginliği giderece düzeyde olmalıdır.
- D. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

ICD-10' da OKB ile ilgili alt başlıklar şunlardır:

- F42.0 Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip
- F42.1 Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip
- F42.2 Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip
- F42.8 Başka obsesif-kompulsif bozukluklar
- F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

2.1.5.2. Belirti Boyutları

Belirti boyutları ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçları genellikle birbirine benzer olup, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği belirti listesi bağlamında 3 ile 6 arasında belirti kümesi tanımlanmıştır. Bunlar;

1. Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar,
2. Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları,
3. Cinsel/dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar,
4. Simetri-düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları,
5. İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları,
6. Diğer obsesyon ve kompulsiyonlar, şeklinde belirtilmektedir (82,83).

Lee ve Kwon bilişsel teori bağlamında obsesyonları otojen ve reaktif obsesyonlar olmak üzere iki gruba ayırmışlardır.

Otojen obsesyonlar hakkında konuşulmaktan kaçınılan, kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyabileceği, daha yineleyici, kişiyi daha

fazla bunaltan, benliğe yabancı ve genellikle zihinde canlanması için belli bir uyaran ihtiyacı olmayan obsesyonlardır. Cinsel, dini ve saldırganlık obsesyonları bu grupta yer almaktadır. Reaktif obsesyonlar ise diğerlerine oranla daha az rahatsızlık veren, kişinin daha az saklama ihtiyacı duyduğu, daha az saçma gelen ve daha çok dış uyaran tarafından tetiklenme eğiliminde olan obsesyonlardır. Bunlar somatik, istifleme, simetri-sıralama-sayma ve bulaş obsesyonlarıdır (84).

Ülkemizde yapılan 15 merkezin dahil edildiği en kapsamlı araştırmada kirlilik obsesyon ve temizlik kompulsiyonları % 75,8; bedensel OK % 17,4; istifleme OK % 22,8; simetri OK % 67,8; saldırganlık OK % 44,4; dini OK % 26,8; cinsel OK % 16,2 ve diğer OK % 34,2 olarak sonuçlanmıştır (85).

Hastaların en çok yakındığı ve dile getirdiği obsesyonlar arasında cinsel (% 5.5), dinsel (% 5.9), somatik (% 7.2), simetri (% 10), kuşku (% 23.6) ve kirlenme (% 37.8) obsesyonlar yer alırken; kompulsiyonlar arasında ise düzenleme (% 5.9), tekrarlama davranışları (% 11.1), temizlik (% 26.5), kontrol etme (% 28.8) kompulsiyonları yer almaktadır (86).

2.1.5.2.1. Bulaşma Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları

Mikroorganizmalar, evde kullanılan eşya ve ürünler, evsel ve çevresel atıklar, bedensel atık ve sekresyonlar, hayvanlar ve hayvansal maddelerin bulaşma olasılığı veya bulaşması ile ilgili obsesyonlar olabilmektedir. Bireyler para, kapı kulpu, el sıkışma vb. birçok unsuru kirlenme kaynağı olarak görebilmekte, bulaşma olmaması için insanlarla yakın temas kurmaktan veya eşyalara dokunmaktan kaçınabilmektedirler. Bu takıntılarla ilgili kişide yıkanmış bulaşık ve çamaşırı tekrar yıkama, evi ve eşyaları tekrar tekrar temizleme, sık kıyafet değiştirme ve yıkama, tuvalet ve banyoda uzun süre kalma, uzun süreli ve sık sık el yıkama gibi kompulsiyonlar görülebilmektedir. Kirlenme kaynağı olarak düşünülen maddelerle teması önleyici davranışlar veya bu maddeleri yok edecek tedbirleri alma, aldırma, törensel yıkama, yıkanma, tuvalet ve banyo rutinleri, sık kıyafet değiştirme ve yıkama, cansız nesnelerin veya ev eşyalarının yineleyici bir biçimde temizlenmesi gibi kompulsiyonlar ortaya çıkabilir (11, 87). Mental kontaminasyon denilen

fiziksel bir temas olmaksızın içsel bir kirlilik, suçluluk duygusu veya kötü bir anı, düşünce, hayal sonucu gelişen temizlik davranışları da olabilir (88).

Bazı yazarlar bu tür obsesyon ve kompülsiyonları anksiyeteden öte “tiksinme” ve “iğrenme” duyguları ile ilişkilendirmişler veya “zarar görme” düşüncesi ile ortaya çıkan bulaşma korkusu ile ilgili alt tipler olabileceğini ifade etmişlerdir (88).

2.1.5.2.2. Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar

Bu grupta çeşitli eylemler ya da eylemsizlik sebebiyle başkalarına ya da kendine zarar verme, bu zararı engelleme adına kontrol davranışları ile tekrarlayan kelimeler, dua, sayma vb. zihinsel eylemleri kapsamaktadır. İstemli veya istemsiz bir şekilde kendine ya da başka kişilere zararının dokunabileceği, yasa dışı bir eylem yapabileceği; saldırgan davranışlar gösterebileceği; hakaret edici, ayıp, müstehcen sözcükleri ağzından kaçırabileceği veya korkunç bir şeyin olmasından sorumlu olabileceği ile ilgili obsesyonlar olabilir.

Saldırganlık obsesyonlarına sahip kişilerde çoğu kez cinsel obsesyonlar da görülmektedir (15).

2.1.5.2.3. Dini-Cinsel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

Faktör analitik çalışmalar, bu iki obsesyon türü ve ilişkili kompulsiyonları birlikte gruplandırmaktadır (89). Cinsel obsesyonlar çocuklar hakkında cinsel içerikli hayaller veya zorlama düşünceler, eşcinsellik, yasak sevi olabilmektedir. Hasta, bu düşüncüyü kafasından atamadığı sürece günaha girdiğini düşünebilir veya bu eylemi gerçekleştirmiş gibi hissedebilir (11, 90).

Tarihsel açıdan bakıldığında ilk tanımlanmış obsesyon türü dini obsesyonlardır (91). Bu obsesyonlar doğru/yanlış kavramları ve ahlaki ve dini değerlere karşı gelme, küfür etme vbç ile ilişkilidir. Dini değerlere hürmetsizlik ve bu nedenle ceza almaktan korkma; tanrıya inanmama, küfretme gibi düşünceleri olduğunu düşünme ve bundan kaygılanma vb. durumları içermektedir. Bunları telafi etmek için sayma, tövbe etme, dua etme vb. kompulsiyonlar gelişebilmektedir (11, 87). Dini ortamlarda ve dini ibadetler

sırasında bu tür obsesyon ve ilişkili kompulsiyonların yaygınlığı ve belirti şiddetinin daha fazla olduğu görülmektedir.

2.1.5.2.4. Patolojik Kuşku ve Kontrol Kompulsiyonları

Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumu, kuşku obsesyonu olarak ifade edilmektedir. Bu obsesyon genel olarak kontrol etme-denetleme kompulsiyonlarıyla birliktedir. Kuşku obsesyonu olan birey ocak, elektrik, çeşme, kapı ve pencere gibi nesneleri kapatıp kapatmadıkları noktasında tereddüt yaşamaktadırlar (65). Patolojik kuşku ise bir işi tam veya ayarında yapıp yapmamakla ilişkili endişe duymadır. Diğer belirti grupları ile birlikte olma olasılığı yüksektir (11).

2.1.5.2.5. Simetri, Sıralama/Düzenleme, Sayma Obsesyon ve Kompulsiyonları

Yapılan işlerin tam ayarında, sırasıyla, kesin ve mükemmel olması ya da çeşitli nesne veya eşyaların doğru şekilde, simetrik ya da eşit sıralanmış olması gibi obsesyonlar şeklinde ortaya çıkar. Diğer obsesyonlardan farkı benliğe yabancı değildir. Hastalarda istedikleri düzen sağlanmadığında kaygı duyma yerine hoşnutsuzluk yaşanır. Bazı hareketleri belli bir sayıya kadar tekrar etme, plaka veya tabela sayma şeklinde kliniğe yansıyabilir (58).

2.1.5.2.6. Bedensel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

Sağlığı hakkında ciddi anksiyete içeren obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlardan oluşur. Günlük hayatta sık görülen hastalıklar dışında tedavisi güç, hayatı tehdit eden AIDS, kanser gibi hastalıklara yakalanma korkusu şeklinde de ortaya çıkabilir. Kişiler bu hastalıklara yakalanmamak için önlemlere başvururlar (58). Belirtiler, hastalık anksiyetesi bozukluğuna benzemektedir. Hastalık anksiyetesi bozukluğu olan hastaların içgörülerini daha kötüdür, tedaviden çok hep bir açıklama duymak isterler, psikiyatrik sorunları olduğunu kabul etmekte zorlanırlar. OKB’de ise bu düşüncenin saçma olduğunu bilir, içgörü nispeten daha iyidir. Bir hastalığın zarar verme olasılığından çok; bu zararının gerçekleşmiş olabileceği düşüncesi hakkında kaygıları vardır (92).

2.1.5.2.7. İstifleme Obsesyon ve Kompulsiyonları

Gerçek anlamda maddi veya manevi değeri olmayan birçok şeyi saklayıp biriktirmek “istifçilik” (biriktirme) olarak ifade edilmektedir. OKB, DSM-5 yayımlanana kadar belirti listesinde yer alırken, DSM-5’le birlikte ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları, içgörünün daha kötü olması, daha geç yaşta başlaması, tedaviye dirençli olması gibi özellikler taşırlar (85).

2.1.5.2.8. Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar

Batıl inançlar, belirli şeyleri söyleme veya söyleyememe korkusu, hatırlama ve bilme ihtiyacı, özel anlam ifade eden renkler, uğurlu ya da uğursuz sayılar gibi obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlardır.

2.1.6. Eştanı

OKB’de komorbidite, tedaviye yanıtı ve hastalığın gidişatını değiştirmektedir. Çoğu kez OKB hastalarının ilk psikiyatrik başvurularında yanlış veya eksik tanı aldıkları görülmüştür (93-95). Komorbid durumların eşlik etmesi tedaviye yanıtı ve uyumu, işlevselliği, yaşam kalitesini etkileyebileceği ve intihar girişimlerine neden olabileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (4, 96, 97).

En sık birliktelik gösteren psikiyatrik hastalık % 30-43 oran ile majör depresif bozukluktur (21, 98, 99). OKB’de yaşam boyu majör depresif bozukluk görülme sıklığını araştıran bir çalışmada hastaların yaklaşık üçte birinde MDB geliştiği saptanmıştır (21).

Yapılan araştırmalarda OKB’de bipolar bozukluk görülme sıklığı % 2.7 ile % 21.5 oranları arasında değişmektedir (100).

OKB hastalarının % 40-60’ı yaşam boyu bir anksiyete bozukluğu ile karşılaşmakta olduğu (62); OKB’ye en sık eşlik edenlerin panik bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmiştir (21,99).

OKB ile şizofreni arasındaki ilişki uzun yıllardır bilinmektedir. Bazı hastalarda OK belirtilere psikotik özellikler eşlik edebilmekte veya şizofreni hastalarında özellikle prodromal dönemde obsesyon ya da kompulsiyonlar

görülebilmektedir. Şizofreni hastalarında şizofreni sıklığı % 4-12, OKB olgularında psikotik belirti sıklığı % 14, OKB sıklığı % 7.8, obsesif kompulsif belirti sıklığı ise % 30-59 olarak belirlenmiştir (21, 96, 101).

OKB hastalarında madde kullanım bozukluğu % 13.5-30, yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu ise % 14-24 düzeylerindedir (102, 103). Bazı OKB hastalarının alkolü, OK belirtileri azaltmak ve alkolün anksiyolitik etkisinden faydalanmak için aldıkları gösterilmiş; OKB'ye ikincil gelişen alkol kullanım bozukluğu vakaları bildirilmiştir (104).

Yapılan çalışmalarda OKB tanılı hastaların yaklaşık yarısında kişilik bozukluğu saptanmıştır (105-107). Uğuz ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada kişilik bozuklukları içerisinde OKB'ye en sık eşlik edenler olarak pasif agresif (% 12), çekingen (% 28), OKKB (% 30) olarak belirlenmiştir. Baers ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise OKKB (% 6), histrionik (% 9), bağımlı (% 12) olarak belirlenmiştir (105, 106).

2.1.7. Seyir ve Prognoz

OKB dönemsel (epizodik) veya sabit seyir gösteren, kronik ve inatçı bir psikiyatrik hastalıktır (2). Belirtiler bazı kişilerde sinsi başlar, yıllar sonra klinik olarak anlamlı düzeye gelebilir; bazen stresör bir tetikleyici sonrasında ani başlangıç da gösterebilir (12). Epizodik seyir, kadın cinsiyet ve ileri yaşta daha sık görülmekte; depresyon birlikteliği daha fazla olmaktadır (108).

OKB'de iyi prognostik faktörler: Stresli bir yaşam olayı sonrası belirti çıkması, epizodik seyir göstermesi, işlevselliğinin iyi olması, tedaviye uyumun yüksek olmasıdır (2, 78).

Kötü prognoz belirtileri ise şunlardır: Erken başlangıç, belirtilerin şiddetli olması, uzun ve süregelen hastalık dönemlerinin varlığı, hastaneye yatış öyküsü, komorbid durumlar, işlevselliğinin kötü olması, baş etme mekanizmalarını yeterli kullanamama, bekar olma, belirgin büyüsel düşüncenin bulunması, psikotik belirti varlığıdır (2, 109).

Obsesyonların içeriğinin prognoz ile ilişkisi saptanamamıştır (110).

2.1.8. Tedavi

Tedavide ilk basamak ilaç ve bilişsel davranışçı terapidir. Çoğu kez farmakoterapi ve davranışçı terapi bir arada kullanılmaktadır. Hangi tedavi yönteminin seçileceği hekimin ve hastanın kararına bağlıdır (111).

2.1.8.1. Farmakoterapi

OKB tedavisinde ilk tercih ilaçlar trisiklik antidepresan olan klomipramin ve SSRI'lardır. Klomipramin SSRI'lara kıyasla daha etkili bulunmaktadır, ancak yan etkilerinden dolayı ilk aşamada tercih edilmemektedir. Tedavi uyumu açısından ilk SSRI'lar, ikinci olarak klomipramin kullanılmaktadır (112). SSRI'lar için optimal doz, tam terapötik etkinin görüldüğü dozdur. Etki ortaya çıkmazsa doz kademeli olarak artırılır. İzlemde anksiyete bozukluklarından daha yüksek dozlara çıkmak gerekebilir (113). Tedaviye yanıt yok diyebilmek için, o ilaç için kabul edilen en yüksek dozda, toplam en az 12 hafta SSRI tedavisine devam edilmiş olmalıdır. Nüksleri önlemek için tedavinin uygun dozda ortalama 2 yıl kadar devamı gerekmektedir (114).

OKB'de tedavi yanıtı haftalık Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) puanında % 35 ya da daha fazla azalma ve Klinik Global İzlenim (KGI)-Düzelme ölçeğinden 1 (oldukça düzeldi) ya da 2 (çok düzeldi) puan alması olarak tanımlanmıştır. Kısmi yanıt diyebilmek için, haftalık YBOKÖ puanında % 25 ile % 35 arasında azalma ve KGI-Düzelme ölçeğinden 3 (biraz düzeldi) puan alınması ölçüt olarak alınmıştır (115).

İlk basamak tedavi başarısızlığından söz etmek için, en az üç farklı SSRI'nın biri klomipramin olmak şartıyla, farklı dönemlerde, etkin doz ve yeterli süre kullanılması gerekmektedir (116). Hastaların % 20-30'unda düşük tedavi yanıtı veya yanıtızsızlık görülmektedir (117).

İkinci basamak tedavide güçlendirme yer almaktadır. Amaç serotonerjik sistem üzerinden yanıt almayı arttırmaktır (114). Dirençli olgularda güçlendirmede ilk tercih antipsikotiklerdir. Bloch ve ark. tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında antipsikotiklerin, özellikle risperidonun tedaviye dirençli OKB'de faydalı olabileceği bildirilmiştir (118). Güçlendirmede kullandığımız diğer ajanlar şunlardır: glutamaterjik ilaçlardan memantin,

lamotrijin n-asetilsistein (119-125), intravenöz klomipramin ve sitalopram; serotonerjik etkili klomipramin, ondansetron, pindolol, klonazepam kullanımıdır (126,127).

2.1.8.2. İlaç Dışındaki Biyolojik Tedavi Yaklaşımlar

2.1.8.2.1. Elektrokonvulsif Terapi

Ağır depresyonun olduğu, intihar riski yüksek OKB hastalarında depresif belirtilere yönelik olarak kullanılabilir. Herhangi bir antiobsesyonel özelliği bulunmamaktadır (114).

2.1.8.2.2. Transkraniyal Manyetik Uyarım

Tekrarlayıcı TMU uygulamalarının daha faydalı olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (128). Uygulama alanının dorsolateral prefrontal korteks dışında suplemer motor alan ve orbitofrontal korteks hedeflenerek yapılması önerilmiştir.

2.1.8.2.3. Derin Beyin Uyarımı

Son yıllarda OKB tedavisinde yer alan bu teknik, stereotaktik yöntemle özgül beyin bölgelerine uyarıcı elektrotlar yerleştirilmesi ve verilmesi esasına dayanır. Bu uyarı ilgili bölgede depolarizasyonu bloke eder, nöral transmisyonu engeller (129).

2.1.8.2.4. Psikocerrahi

OKB tedavisinde uygulanan cerrahi müdahaleler daha çok OKB patofizyolojisi ile ilişkili orbitofrontal korteks, kaudat nükleus ve anterior singulat kortekse yöneliktir. En çok tercih edilen yöntemler limbik lökotomi, subkaudat traktotomi, anterior kapsülotomi ve anterior singulotomidir (130). Psikocerrahi kararı için hastalığın şiddeti, sürengeliği, tedaviye direnci ve işlevselliğe etkisi dikkate alınır (11).

2.1.8.3. Psikoterapi

2.1.8.3.1. Bilişsel Davranışçı Terapi

Alıştırma ve tepki engelleme temel davranışçı yaklaşımlardır (ATE). ATE, obsesyonlara bağlı sıkıntı oluşturan uyarılarla, bu sıkıntıyı azaltmak için

davranışları gerçekleştirmeksizin karşılaşma yoluyla “alışma” ilkesine dayalıdır. İmgelemde ya da gerçek yaşamda alıştırmaya egzersizleri yapılabilmektedir. Tekrarlanan tepki engelleme ve alıştırmaya çalışmalarıyla obsesyonları tetikleyen uyarılarla bağlantılı sıkıntılarda ve bu bağlantılı tepkilere duyulan ihtiyaçta azalma sağlanmaktadır (131).

Tedavide birinci sıra kabul edilen ATE’nin yanı sıra, ATE ile birlikte ya da tek başına uygulanabilen bilişsel terapinin de faydalı olduğu bilinmektedir. Bilişsel terapide ise OKB hastalarında var olan hatalı inançların değiştirilmesine yönelik çalışılır (132). ATE ile beraber bilişsel tedavinin uygulanması tedavi verimini ve uyumunu artırabilir, belirtilerle ilişkili işlevsel olmayan inançları azaltabilir ve tedaviyi bırakma oranlarını düşürebilir (133).

2.1.8.3.2. Psikodinamik Psikoterapi

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu için genellikle çok iyi sonuçlar veren psikodinamik psikoterapinin, OKB’deki etkinliği kısıtlıdır (134). Bununla birlikte ayrıntılı bir psikososyal öykü alınması ve dinamik formülasyon yapılması durumunda, OKB hastalarının daha iyi anlaşılması mümkün olabilir ve bu durum hastaya ek ya da alternatif bir tedavi yaklaşımıyla yardım etmeye olanak tanıyabilir (135). Psikodinamik psikoterapi Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan “OKB için Tedavi Rehberi”ne göre OKB belirtilerinin bireyler arası ilişkilere etkilerinin ele alınmasında ve hastaları neden değişimi istemedikleri yönünde aydınlatarak tedaviyi kabul etmeme şeklindeki dirençlerinin aşılmasında yardımcı olabilmektedir (136).

2.1.8.3.3. Destekleyici Psikoterapi

Destekleyici psikoterapinin bileşenleri olan empati kurma, güçlü yönleri gösterme, hastalığın etiyolojisi ile açıklamalarda bulunma ve iyileşme konusunda hastayı desteklemenin etkili olduğu görülmüştür (137).

2.2. Damgalanma

Damga (stigma) sözcüğü Eski Yunanca’da “leke, delik, yara, küçük bir iz-işaret bırakma” anlamına gelse de günümüzde daha çok mecazi olarak “kara leke” anlamında kullanılmaktadır (138). Sözcüğün tarihçesine bakıldığında, Roma İmparatorluğu’nda kaçarken yakalanan ve efendisine teslim edilen

kölelerin, "kaçmaya eğilimli olduğu" eline ya da alınına damga vurularak işaretlendiği (139); yine ortaçağ döneminde suçlu kişilerin suçluluğun göstergesi olarak kızgın demirle dağlandıkları (8) görülmektedir. İnsanoğlu yüzyıllar boyunca, yeterince tanımadığı ya da bilgi sahibi olmadığı olgu ya da kişiler karşısında tedirgin hissetmiştir, ürkmüştür ve söz konusu olguya/kişiyeye olumsuzluk atfederek onu dışlama ve damgalama eğilimi göstermiştir. "Farklı" ya da "yabancı" olan, ürkütücü, rahatsız edici veya "potansiyel düşman" olarak algılanmış, dışlanmış ve de damgalanmıştır (140).

Damga, insanların farklı olarak algıladıkları kişi ya da grubu değersiz, kusurlu, normal dışı, utanılacak bir durum olarak nitelendirerek, bu kişi ya da gruba yönelik korku duymaya, kaçınmaya, reddetmeye ve uzaklaşmaya iten tutum ve inançları ifade etmektedir. Damgalama ile damgalanan kişi ya da grubun farklı olduğu vurgulanır ve bu farklılık nedeniyle de damgalı kişilere birçok olumsuz özellik atfedilir. Daha sonra bu kişiler toplum tarafından görmezden gelinir, uzaklaştırılır, yok sayılır. Damgalamanın amacı ve sonucu ayırmak ve dışlamaktır (8).

Damgalanma birbirinden ayrı birçok olay veya durumda görülse de sıklıkla bir psikiyatrik tanı almayla başlar. Ruhsal hastalığı olan kişilerin davranışsal ve iletişimsel farklılıkları toplumda ruhsal hastalıklarla ilişkili birçok olumsuz düşünce ve tutumun ortaya çıkmasına neden olur (7). Toplum ruhsal hastalığı olan kişileri "tehlikeli" ve "ne zaman ne yapacağı bilinmeyen" kişiler olarak algılar (8). Damgalama, 2001 yılında Link ve Phelan tarafından, ayrımcılık ve olumsuz stereotipilerin tetiklediği sosyal statü kaybı şeklinde tanımlanmıştır (141). Birçok ardışık zihinsel aşama sonucunda ortaya çıkan damgalanmada süreç şöyle özetlenebilir (142):

1) Etiketlenme: Damgalanma süreci psikiyatrik bir tanı veya etiket alınması sonucu ortaya çıkar. Bu etiket toplumda var olan stereotipleri harekete geçirir. Etiketlenme sürecinden sonra bireyin kimliği ve diğer özelliklerinin pek önemi kalmaz. Hatta etiketli bireyler normal dışı davranışlar göstermeseler bile ayrımcı tutumlara maruz kalabilirler.

2) Stereotipiler: Ruhsal hastalığı olan kişilerin nasıl kişiler oldukları konusu toplumun daha önce üzerinde hemfikir olduğu tanımları belirleyen bir

kavramdır. Stereotipi terimi Latince’de “stereos” (katılık) ile “tupos” (iz) sözcüklerinin birleşmesinden oluşmuştur ve “bir kez oluştuktan sonra hiç değişmeyen” anlamında kullanılmaktadır. Toplumdaki “ruhsal olarak hasta kişi” stereotipi de pek çok çalışmada gösterildiği üzere “tehlikeli” ve “ne yapacağı belli olmaz” stereotipidir.

3) Bilişsel Ayırma ve Önyargılar: Stereotipiler nedeniyle ruhsal hastalığı olan kişi artık toplum tarafından tehlikeli görülür. Stereotipiler toplumda var olan önyargılar ile pekişerek ruhsal hastalığı olan kişilere karşı bir reaksiyon haline dönüşür.

4) Duygusal Reaksiyonlar: Önyargılar sonucu hastalara karşı korku ve öfke gibi duygular oluşur. Korkunun özünde psikiyatri hastalarının tehlikeli kişiler olduğu düşüncesi yer alırken; öfkenin ise en önemli sebebi bu hastaların toplumda huzursuzluk yaratan, işe yaramaz, beceriksiz ve kendine bakamayan kişiler olduğu fikridir.

5) Sosyal Statü Kaybı: Gerek bilişsel gerekse duygusal reaksiyonlar sonucu, damgalanan kişiler artık toplumda eski konumlarında olamayacaklardır. Toplum, bu kişilerden uzak durma eğiliminde olduğu gibi hastaları da kendilerinden ve toplumdan uzak tutmak istemektedir. İnsan ilişkilerinin her alanına yansıyan bu tutum sonucu hastalar açık bir ayrımcılık ve dışlanmaya maruz kalmaktadırlar.

6) Ayrımcılık (discrimination): Stereotipilerin ve önyargıların sonucu olarak ortaya çıkan bilişsel ve duygusal yanıtlar, davranışlara yansır. Hastalar öncelikle toplumsal hayatta birçok kısıtlamalara maruz kalır ve ardından somut ya da mecazi anlamda toplum dışına itilir. Ayrımcılık yakın olmak istememe, karşı olma durumundan başlayarak hastaların kısıtlanması, engellenmesi ve toplumdan dışlanması süreçlerini içermektedir. Sonuçta damgalanma, bir etiket ile başlayan, ayrımcılık ve dışlama ile sona eren bir süreçtir. Ruhsal olarak “hasta kişi” etiketi olumsuz stereotipleri uyandırır. Bunun sonucunda hastalar, özelliklerine bakılmaksızın tehlikeli ve ne yapacakları belli olmaz kişiler olarak algılanmaktadırlar. Korku uyandıran bu algı hastaların dışlanması ve sosyal olarak reddedilmesi ile sonuçlanmaktadır.

Bir kişi ya da toplum kendisini ürküten, rahatsız eden bir şeyle karşılaştığında sıklıkla onu kendisinden dışlayıp yabancılaştırma yoluna gitmektedir. Bu süreç, bazı hastalıkların üzerindeki damgaya da katkıda bulunmaktadır. Bu damga bazen en az hastalığın kendisi kadar tehlikeli olmaktadır. Kanseri, tüberküloz, sifiliz, epilepsi ve AIDS ilk akla gelenlerdir. Toplum bu hastalıklar hakkında yeterli bilgi sahibi olmasa bile, ciddi ve olumsuz önyargılarla donatılmış olarak yaşamaktadır. Bu tür olumsuz ön yargılara maruz kalanların başında ruhsal hastalığı olan kişiler gelmektedir (143).

Ruhsal bozukluklar içinde en olumsuz tutumlara maruz kalan iki hasta grubu şizofreni ve alkol/madde kullanım bozukluğu hastalarıdır (144). Ruhsal bozukluğu olan kişiler ve ailelerinin çevreden somut olarak bir damgalanma, dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalmadıkları halde, bu duyguyu yaşadıkları görölmektedir (145).

2.3. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Damgalanma Algısı

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin psikiyatrik tanı aldıktan sonra, açık bir ayrımcılığa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış hissettikleri görölmüştür. Bu kişiler kendi kendilerini toplumdan önce damgalayarak, utanç ve yetersizlik duygusu hissederler. Hastaların kendileriyle ilgili olumsuz otomatik düşüncelerde artış görülür ve kendilik değeri azalır. Zamanla sosyal ilişkilerden kaçınırlar. Ruhsal hastalığı olan kişinin, daha önceden bu hastalıkla ilgili varolan önyargıları, tanı almasıyla birlikte kendileri için de geçerli olur. Bu basmakalıp düşüncelerin içeriği ne kadar olumsuzsa, hissettiği damgalanma da o kadar yüksek olmaktadır. Diğer bir deyişle ruhsal hastalığı olan kişinin içselleştirdiği olumsuz yargılar ne kadar fazlaysa, kendisini de o kadar damgalanmış hisseder. İçselleştirilmiş damgalanma olarak adlandırılan bu durum, nesnel olarak dışlanma ya da ayrımcılığa maruz kalma deneyimlerinden bağımsızdır ve daha önce çok farkına varılmasa bile bir ruhsal hastalık tanısı almakla birlikte etkisini göstermeye başlamaktadır (142). İçselleştirilmiş damgalanma, bireylerin psikiyatrik yardım almaktan kaçınmalarına, izolasyon, yabancılaşma ve sosyal geri çekilme yaşamalarına, tedaviye uyum ve prognozlarının kötüleşmesine, tedaviye olan umutlarının da

azalmasına yol açmakta, yardım almaya veya yardım aramaya engel olmaktadır (145-147). En ağır ve yıkıcı etkisi ise kişinin kendini topluma ait olarak görmemeye başlamasıdır (9).

Ruhsal hastalığı olan kişiler kendilerini toplumdan önce damgalarlar. Horwitz 1978'de damgalamanın ilk olarak kişinin kendisinden ve yakın çevresinden başladığını ileri sürer (148). Cumming'e göre (1965) damgalama ve damgalanma bir ego zedelenmesidir ve damgalayan ve damgalanan arasındaki karşılıklı etkileşimin ürünüdür (149).

Toplumsal damgalanma içselleştirilmiş damgalanmadan ayrı da ortaya çıkabilir. İçselleştirilmiş damgalanma hastanın maruz kaldığı toplumsal kötü muamele ve dışlanmadan bağımsızdır (8).

Psikiyatrik tanısı olan kişinin, toplum içinde somut bir şey yaşamadan, kendinin damgalandığı düşüncesine "*Damgalanma Algısı*" denilmektedir. Bu düşünce gerçekte toplumsal dışlamanın eşlik etmediği bir durumu tariflese de süreç içerisinde dışlayıcı yaklaşımlarla pekişir ve zarar verici boyutlara gelebilir (8). Kendisi ile ilgili olumsuz yargıları olan ve benlik saygısı düşük olan kişilerde damgalanma algısı daha fazladır (150).

2.3.1. İçselleştirilmiş Damgalanmanın Sosyal Bilişsel Modeli

Damgalanma sürecinde karşımıza çıkan stereotipiler, önyargılar, ayrımcılık içselleştirmiş damgalanmada da görülmektedir. Ruhsal hastalığa sahip olan kişinin hastalık öncesi zihninde yer alan stereotipiler, tanı sonrası canlanır. Bu düşünceler pekişerek önyargıları, onlar da bilişsel ve duygusal reaksiyonları meydana getirir. Hastanın benlik saygısı azalır; kendini değersiz, yetersiz görmeye hatta suçlamaya başlar. Bu tarz duygu ve düşüncelerin etkisi bir süre sonra davranışlarda ortaya çıkar. Örneğin daha öncesinde "ruhsal hastalığı olan kişiler kendilerine bakmak konusunda yetersizdir" gibi bir olumsuz stereotipiye sahip olan kişi, zamanla bu düşünceyi benimser. "Ben kendime bakmak konusunda yetersiz ve güçsüzüm" şeklinde düşünmeye başlar ve bu düşünceyi kabullendikçe kendi başına yaşama, çalışma gibi imkanları değerlendiremez veya bunlar için çaba harcamaz (151). İçselleştirilmiş damgalanma ve toplumsal damgalanma arasındaki farklılıklar aşağıdaki **Şekil 1**'de gösterilmiştir (151):

Şekil 1: İçselleştirilmiş Damgalanma ve Toplumsal Damgalanmanın Karşılaştırılması		
	<i>İçselleştirilmiş Damgalanma</i>	<i>Toplumsal Damgalanma</i>
<i>Stereotipi</i>	<i>Kendisini hedef alır</i>	<i>Bir kitleyi hedef alır</i>
<i>Önyargılar</i>	<i>Değersizlik, yetersizlik, utanç, düşük ego gücü</i>	<i>Damgalanana karşı öfke ve korku</i>
<i>Davranışlar</i>	<i>Toplumdan uzaklaşma, kaçınma</i>	<i>Damgalananı izole etmek, dışlamak</i>

2.3.2. Damgalanma Algısını ve İçselleştirilmiş Damgalanmayı Etkileyen Faktörler

Damgalanma algısı için en önemli kaynak kişinin kendisidir. Örneğin kişi ruhsal bir hastalık tanısı aldığı anda kendi algılarının doğrultusunda toplumun da kendisini yok sayacağını, değersizleştireceğini düşünür ve moral bozukluğu, düşük benlik saygısı, kötü sosyal uyum, işsizlik, düşük gelir ve daha az psikiyatrik başvuru gibi olumsuz etkilere katlanmayı tercih eder (152). Kendisi hakkında olumsuz yargıları olan kişilerde damgalanma duygusu ve içselleştirilmiş damgalanma daha fazla yaşanmaktadır. Damgalanma duygusunu belirleyen diğer bir etmen de kişinin yakın çevresidir. Çünkü içselleştirilmiş damga, hastanın yakın çevresinde de aktifleşmektedir ve sonuçta hem hastanın yakın çevresindeki insanlar, hem de kendileri damgalanma algısı yaşamaktadır.

Link ve arkadaşları 2001 yılında benlik saygısının damgalanma algısında önemli bir değişken olduğunu, ikisi arasında negatif korelasyon olduğunu ifade etmişlerdir. Hastalık sonrası eski işlevselliğine dönemeyen hastalarda da damgalanma algısının daha yüksek olduğu bildirilmiş, bu durumun damgalanma algısının yüksekliğinin yeti yitimini arttırması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (141).

Hastalıkları ama özellikle sağaltımları konusunda daha bilgili olan hastaların daha düşük bir damgalanma algısına sahip oldukları görülmüştür

(8). Etiketin varlığı çoğu kez tek başına damgalanma duygusunun yaşantılanması için yeterlidir. Ayrıca bu etiketin damgalayıcı içeriği yani kullanılan psikiyatrik tanının damgalayıcılığı ne kadar fazla ise, damgalanma algısı da o kadar yüksek olmaktadır (145).

Hastanede yatarak tedavi gören hastalarda damgalanma algısı daha fazladır. Aynı zamanda tedavide EKT uygulanması ya da Lityum kullanılması da damgalanma algısını arttıran faktörlerdendir. Düzenli antipsikotik kullanımı da damgalanma algısını arttırmakta olup, sonraki süreçlerde sağaltımda başarı sağlansa bile bu durumun, sağaltıma uyumu bozduğu gözlemlenmiştir (8).

Sosyodemografik değişkenler de damgalanma algısını etkileyen etmenler arasındadır. Azınlıkta olanlar ve göçmenlerde daha fazla damgalanma görülmektedir. Kırsal kesimde yaşayanlarda da damgalanma düzeyleri benzerdir. Taşrada yaşayan kişiler kenttekilerle benzer düzeylerde ayrımcılığa maruz kalsalar bile, kentlilere göre daha çok damgalanma hissetmektedirler (153).

Rusch ve arkadaşlarının 2009'da ciddi ve kronik ruhsal hastalığı olan kişilerle yaptığı bir çalışmanın sonuçlarına göre, içselleştirilmiş damgalanmanın temel olarak psikopatoloji tipi, tanı ve toplum tarafından yapılan damgalanmayla ilgili olduğu bulunmuştur (151).

San Francisco'da yapılan bir çalışmada, ağır ruhsal hastalık tanısı alanların yaklaşık üçte birinde içselleştirilmiş damgalanma gözlemlendiği bildirilmiştir. İçselleştirilmiş damgalanmanın yabancılaştırma, stereotiplerin onaylanması, sosyal çekilme olmak üzere üç ana öğeden oluştuğunu öne sürmüşlerdir. Ayrıca yazarlar, bu öğeleri depresyon düzeyleri oranı ile ilişkili olduğunu ve yabancılaştırmanın düşük öz saygı seviyesinin öngördürücüsü olduğunu belirtmişlerdir (152).

2.3.3. İçselleştirilmiş Damgalanma ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk sık görülen, ağır seyirli, yeti yitimine neden olabilen kronik bir ruhsal bozukluktur.

Damgalanma, sağaltım ve daha iyi bir iyilik halinin önünde ciddi bir engel olduğu için önemi giderek artan bir konudur.

Yapılan çalışmalar sonucu içselleştirilmiş damgalanmanın da en az damgalama kadar önemli olduğu görülmüştür. Ancak görece yeni olan bu kavramla ilgili özellikle obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda çok az çalışma yapılmıştır. Yurt dışı yayınlardan beş çalışmaya ulaşılabilmekmiştir. Bu çalışmalarda OKB'nin de dahil edildiği diğer psikiyatrik tanı gruplarında damgalama direnci, içselleştirilmiş damgalanma ve psikososyal faktörler ile ilişkisi ve içselleştirilmiş damgalanma sıklığı, şiddeti, sosyodemografik veriler ve klinik ilişkisi; içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi, umut ve benlik saygısı arasındaki ilişkiler ile başa çıkma stratejileri; yapılan ayrımcılık deneyimlerinin sosyal damgalama ve içselleştirilmiş damgalanma üzerine etkisi araştırılmıştır (154-157). 2018 yılında yapılan bir çalışmada ise OKB hastalarında damgalama tehdidinin nöropsikolojik işlevsellik üzerindeki etkisi incelenmiştir (158).

Ülkemizde yürütölen az sayıda araştırma ise, obsesif kompulsif bozukluğa yönelik toplumun damgalayıcı tutumun ciddi olduğunu göstermektedir (159, 160). 2017 yılında yapılan tez çalışmaları da obsesif kompulsif bozuklukta içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi ve tedavi uyumunu etkilediğini; obsesif kompulsif bozukluğa yönelik sosyal damgalamanın psikoeğitim ve müdahale grupları ile azaltılabildiğini göstermektedir (161).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma başlangıcında öncelikle Celal Bayar Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılacak hastalara çalışma süreci ve detaylar hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olduklarına dair onam formu alınmıştır.

3.1. Örneklem ve Uygulama

Araştırma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yürütülmüştür. Bu klinikte ayakta veya yatarak tedavi olan OKB tanısı konmuş 100 hasta çalışmanın örneklemine oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar, çalışmaya dahil olma-dışlama ölçütlerini karşılamaktadır.

3.1.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri

Çalışmaya dahil olma kriterleri; araştırmaya katılmayı kabul etmek ve yazılı onay vermiş olmak, DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme sonucu OKB tanısı almış olmak ve 18-65 yaş arasında olmaktır.

3.1.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri

Çalışmadan dışlama kriterleri nikotin bağımlılığı, hafif depresif bozukluk (HAM-D<16) ve özgül fobi dışında DSM-5'e göre başka bir majör Eksen-I psikiyatrik hastalık tanısının varlığı, kendini değerlendirme ölçeklerini ve klinik görüşmeyi sağlıklı bir şekilde tamamlama noktasında fiziksel ya da zihinsel engeli olanlar ve gerçeği değerlendirme yeteneği bozuk olan tanı ve tanı gruplarıdır.

Psikiyatri kliniğinde değerlendirilmeye alınan 111 OKB hastasının 4 tanesi yönergeleri alamaması ve ölçekleri eksik doldurması, 3 tanesi çalışmaya

katıldığına dair yazılı onam vermek istememesi ve 4 tanesi de HAM-D puanlarının 16 ve üstünde gelmesi sebebiyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam formu geriye kalan 100 OKB hastasından alınmış ve bu hastalara uygulanan tüm ölçek ve testler aynı psikiyatrist tarafından yapılmıştır.

3.2. Uygulanan Formlar ve Ölçekler

- ✓ Sosyodemografik Veri Formu
- ✓ DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5 CV)
- ✓ Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği
- ✓ Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi
- ✓ Morisky Tedavi Uyum Ölçeği
- ✓ UCLA Yalnızlık Ölçeği
- ✓ Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Cinsiyet, yaş, medeni eğitim düzeyi, durumu, birlikte yaşadığı kişiler, meslek, gelir düzeyi vb. bireysel verileri değerlendiren sorularla öz ve soygeçmişlerinde psikiyatrik hastalık tanısı, hastalık süresi, tanı aldığı yaş, ilk psikiyatrik başvuru öyküsü, tedavi süresi, hastaneye yatış öyküsü, remisyon öyküsü, hastalığını veya psikiyatrik tedavi aldığını başka insanlarla paylaşması, obsesyon çeşidi ve ek bedensel hastalık varlığı gibi klinik özellikleri değerlendiren sorular içermektedir.

3.2.2. DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (Structured Clinical Interviewfor DSM-5, SCID-5 CV):

Hasta grubunda First ve arkadaşları tarafından psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırma amacıyla geliştirilen ve DSM-5'e göre yapılandırılmış olan görüşme formu kullanılmıştır (162). Ölçeğin Türkçe çevirisi ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (163).

3.2.3. Ruhsal Hastalıkların İçselleştirmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ):

Ritsher ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş olan Ruhsal

Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (The Internalized Stigma of Mental Illness Scale-ISMI) ruhsal hastalığı olan kişilerin damgalanmaya ilişkin içsel yaşantılarını yansıtan “içselleştirilmiş damgalanma” düzeyini belirlemektedir. İçselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili az sayıda araştırma mevcuttur. Ersoy ve arkadaşları tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Türkçe form orijinalinde olduğu gibi 5 alt bölümden ve 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçek damgalanmaya direnç, sosyal geri çekilme, algılanan ayrımcılık, kalıp yargıların onaylanması ve yabancılaşma olarak ifade edilen beş alt ölçekten oluşmaktadır. RHİDÖ'de yer alan maddeler "kesinlikle aynı fikirde değilim" (1 puan), "aynı fikirde değilim" (2 puan), "aynı fikirdeyim" (3 puan), "kesinlikle aynı fikirdeyim" (4 puan) şeklinde dördümlü Likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmaktadır. "Damgalanmaya direnç" alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Beş alt ölçeğin toplanması neticesinde elde edilen puan toplam RHİDÖ puanıdır. Toplam RHİDÖ değeri 29 ile 116 puan arasında değişmektedir. Tüm ölçek için elde edilen iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak bulunmuş ve ölçeğin iki yarım güvenilirliği 0.89 olarak belirtilmiştir (164).

3.2.4. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi:

YBOKÖ, görüşmeci tarafından değerlendirilen ve obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini ve türünü ölçmek için geliştirilmiştir. Toplamda 19 maddenin yer aldığı ölçekte ilk 10 maddeden elde edilen puanlar değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Bu maddelerin ilk beşi obsesyon şiddetini ölçerken kalan beş madde ise kompulsiyon şiddetini ölçmektedir. YBOKÖ'nün puanlandırılmasında obsesyon ve kompulsiyonlar 5'er madde ile ve her bir madde 4 puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlandırılmaktadır. Toplam puan 0-40 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar şu şekilde kendi içinde sınıflandırılmaktadır: 0-7 subklinik, 8-15 hafif, 16-23 orta, 24-31 şiddetli, 32-40 çok şiddetli. İçgörü, kaçınma, kararsızlık, patolojik sorumluluk, yavaşlama ve patolojik kuşku, 1-4 arasında puanlanmakta, ancak toplam puana katılmamaktadır. Ölçeğin ayrıca obsesyon ve kompulsiyon türlerini almaya yönelik kontrol listesi de bulunmaktadır. Orijinal şekli Goodman ve

arkadaşları tarafından geliştirilmiş (165) olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (86).

3.2.5. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği:

Donald E. Morisky'nin geliştirdiği bu ölçeğin geçerlilik çalışması ise Morisky ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (166). Aktif tüberküloz tedavisindeki hastalar arasındaki grup tartışmalarına göre, suçlayıcı bulunduğu gerekçesiyle özgün ölçekteki 2. madde olan 'ilaçlarınızı almak konusunda ihmalkar mı davranırsınız?' sorusu değiştirilmiş; yerine kasıt içermeyen 'ilaçlarınızı almayı anımsamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?' maddesi eklenmiştir (167). Ölçek, ilaç uyumunu ölçen, hastanın kendisinin doldurduğu bir ölçektir. Ölçek iki seçeneikli dört kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Sorular 'evet/hayır' şeklinde yanıtlanmaktadır. Soruların tümüne 'hayır' denmişse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya 'evet' denmişse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya 'evet' denmişse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirilir. Doldurulması kolay bir ölçektir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması antipsikotik tedaviye uyumu ölçmek için Yılmaz tarafından gerçekleştirilmiştir (169). Ölçek kategorik değişken olduğu için toplam puan hesaplaması yapılamamış olup cronbach alfa değeri belirlenmemiştir.

3.2.6. UCLA Yalnızlık Ölçeği:

Bireyin genel yalnızlık derecesini belirlemede kullanılan UCLA-LS Yalnızlık Ölçeği, Russell ve ark. (1978) tarafından geliştirilmiştir. Demir (1989) ise bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır.

Dörtlü derecelendirmeli 20 sorudan oluşan ölçekte, soruların on tanesi düz (2, 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18), on tanesi de ters (1, 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20) yönde kodlanmıştır. Ölçekten en yüksek 80, en düşük 20 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan aralığı 50-64 yüksek düzey, 35-49 orta düzey, 20-34 düşük düzey yalnızlığı göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.96 olarak hesaplanmıştır (170). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha kat sayısı 0.94 olarak bulunmuştur.

3.2.7. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D): Hastalardaki depresyonun şiddetini ölçmek için kullanılan, uygulayan

kişinin derecelemesine dayanan, 17 soruluk bir ölçektir. 1960 yılında Max Hamilton tarafından yayınlanmıştır (168). Depresyonun derecesini ölçmek için çok sık kullanılmaktadır (171). Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik belirtiler, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. Her maddedeki belirtinin hastada bulunup bulunmadığının ve “hafif”, “orta”, “ağır” gibi şiddet derecesinin, o madde için var olan soruların yöneltmesi ve yanıtlarının esas alınmasıyla uzman tarafından belirlenmesi suretiyle kullanılmaktadır. Yapılan derecelendirmenin toplanmasıyla 0 ila 53 arasında değişen ölçek toplam puanı elde edilmektedir ve puandaki artış depresyonun şiddetindeki artışa işaret etmektedir. En yüksek 53 puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (172).

3.3. Veri Toplama Yöntemi

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 27/03/2019 tarihli 15186 sayılı onay belgesi alınmıştır. Yapılacak araştırma hakkında hastalar bilgilendirilmiş ve yazılı onam alınan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konması ve eşlik eden psikiyatrik tanıların belirlenebilmesi için hastalara SCID-5 klinik versiyonu uygulanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların yaş, cinsiyet, maddi durum, eğitim düzeyi, meslek gibi kişilik özellikleri ile öz ve soygeçmişlerinde psikiyatrik hastalık tanısı varlığı, bedensel hastalık varlığı, hastalık süresi gibi klinik özellikleri öğrenmek için Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu doldurulmuştur. Sonrasında OKB hastalarına sırasıyla Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) uygulanmıştır. Daha sonra hastalara Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ),

UCLA Yalnızlık ölçeği ve Morisky Tedavi Uyum Ölçeği verilerek uygun şekilde doldurmaları istenmiştir.

3.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Sosyodemografik veri formunda yer alan bazı değişkenler ile araştırmada kullanılan bazı ölçek puanları kategorize edilerek istatistiksel uygulamaya alınmıştır. Yaşın etkisini değerlendirmek için katılımcıların yaş ortalaması alınmış (37,4), 18-37 yaş ile 38 yaş ve üstü olmak üzere iki gruba bölünerek analize alınmıştır. Benzer şekilde eğitim için okur-yazar olmayanlar, yalnızca okur-yazar olanlar, ilköğretim mezunları bir grupta birleştirilmiş; lise mezunları; yüksekokul/üniversite mezunları ile üçlü değerlendirmeye alınmıştır. Medeni durum açısından boşanmış/ayrı 1 hasta bekar grubuna dahil edilmiş olup, evli-bekar karşılaştırılması yapılmıştır. Meslek bakımından katılımcıların yaklaşık yarısı çalışmadığı, geri kalanların da meslek dağılımları farklı olduğundan çalışıyor-çalışmıyor şeklinde gruplandırılmıştır. Katılımcıların yarısında 1. ve 2. derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk olmadığı; olanlar arasında en sık OKB'nin olması ve OKB araştırması yaptığımızdan dolayı OKB tanısı olanlar ve diğerleri şeklinde karşılaştırılmıştır. Yaşadığı ve büyüdüğü yer açısından ilçe, kent, yurtdışı birleştirilmiş; köy-diğer şeklinde analize alınmıştır. Hastalık süresi 36 ay ve altı, 37-72 ay, 73 ay ve üstü olarak üç grupta değerlendirilmiştir. İlk tanı yaşı OKB'nin erken yaşlarda başlangıç göstermesi (2) nedeniyle 20 yaş altı-20 yaş ve üstü olarak gruplandırılmıştır. Klinik içgörüsü olmayan 2 katılımcı iç görüsü kötü olanlara dahil edilmiş; iyi-kötü şeklinde analiz edilmiştir. YBOKÖ semptom şiddetine göre derecelendirildiğinde subklinik düzeydeki 1 hasta hafif grubuna alınmış olup; hafif-orta-şiddetli-çok şiddetli olmak dört grupta değerlendirilmiştir.

Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, min maks ile; kategorik değişkenler ise sayı, yüzde dağılımları ile tanımlanmıştır.

Tanımlayıcı bulguları, istatistik çözümler izlemektedir: araştırmada tek ve çok değişkenli istatistik çözümler uygulanmıştır. Bu araştırmanın değişkenleri aşağıda listelenmiştir. Bağımlı değişkenlerin her biri için ayrı ayrı tek ve çok değişkenli istatistik çözümler yapılmıştır. İstatistik çözümlerlerde bütün bağımlı değişkenler sürekli (sayısal) değişken olarak

kullanılmışlardır.

3.4.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

RHİDÖ boyutlarının bağımlı değişken olarak alındığı tekli çözümlemelerde ve çoklu modellerde, yukarıda araştırmanın içselleştirilmiş damgalanma hipotezlerinde de vurgulanmış olan, aşağıda belirtilen nedensellik ilişkisi kullanılmıştır:

Bağımsız Değişkenler :

1. Hastanın sosyodemografik özellikleri
2. Hastanın klinik özellikleri
 - YBOKÖ puanları
 - YBOKÖ belirti kontrol listesi
 - UCLA yalnızlık ölçeği puanları
 - Morisky tedavi uyum düzeyleri

Bağımlı Değişkenler:

1. RHİDÖ
 - Yabancılaşma
 - Kalıp yargıların onaylanması
 - Algılanan ayrımcılık
 - Sosyal geri çekilme
 - Damgalanmaya direnç
2. RHİDÖ toplam puanı

3.4.2. Tek değişkenli Çözümlemeler

Tek değişkenli çözümlemelerde, her bir bağımsız değişken ile her bir bağımlı değişkenin ikili ilişkisi araştırılmıştır. İki kategorili (dikotom) bağımsız değişkenlerle bağımlı değişkenlerin karşılaştırıldığı parametrik durumlarda Student's t testi; parametrik olmayan durumlarda Mann Whitney U önemlilik testi kullanılmıştır.

Bağımsız değişkenin üç veya daha çok alt kategoriye ayrıldığı karşılaştırmalarda ise parametrik durumlarda Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), parametrik olmayan durumlarda ise Kruskal Wallis ANOVA önemlilik testi kullanılmıştır. Gruplar arasında farklılık bulunduğu durumlarda

farkın hangi gruptan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla post hoc test olarak parametrik durumlarda Tukey B, parametrik olmayan durumlarda Mann Whitney U test uygulanmıştır. İkili Post hoc karşılaştırmalarda tip 1 hata enflasyonunu önlemek için anlamlılık düzeyi grup sayısına bölünerek elde edilmiştir.

Bağımsız değişkenin de sayısal değişken tipinde olduğu durumlarda ise karşılaştırmalarda, Pearson korelasyonu, parametrik olmayan durumlarda Spearman's Rho korelasyonu kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro Wilk testi kullanılarak yapılmıştır.

3.4.3 Çok değişkenli Çözümler

Tek değişkenli çözümlerlerde istatistiksel açıdan anlamlı bulunan değişkenler çok değişkenli modellere alınmışlardır. Bağımsız değişkenlerin sayısal değişkenlerden daha çok kategorik değişkenler olması nedeniyle Çoklu Doğrusal Regresyon Modelleri yerine, bağımlı değişkenleri ortanca değerden dikotomize ederek Çoklu Lojistik Regresyon Modelleri kullanılmıştır. Araştırma öncesinde kurduğumuz hipotezler doğrultusunda bağımlı değişken olan ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma boyutlarının her biri için beş ayrı model kurulmuştur. Basamaklı modellerde indirgenmiş son model gösterimleri sunulmuştur. Bu araştırmada ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmanın 5 ayrı alt boyutu (Yabancılaşma, Kalıp yargıların onaylanması, Algılanan ayrımcılık, Sosyal geri çekilme, Damgalanmaya direnç) ve toplam RHİDÖ puanları araştırmanın 6 bağımlı değişkenidir. Sözü edilen her bir bağımlı değişken için 6 ayrı model oluşturulmuştur.

İstatistik çözümlerlerde anlamlılık düzeyi en az 0.05 olarak kabul edilmiştir. Çözümler, SPSS 22.0 istatistik paketi kullanılarak yapılmıştır.

IV. BULGULAR

Araştırma Nisan 2019 ile Ocak 2020 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yürütüldü. Araştırma kriterlerini karşılayan 100 Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hasta değerlendirmeye alındı.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalaması $37,49 \pm 12,72$ yıl (min:18, maks:67) olarak bulundu. Hastaların 66'sı (% 66) kadın, 34'ü (% 34) erkek idi. Hastaların 63'ü (% 63) evli, 47'si (% 47) yüksekokul/üniversite mezunu, 66'sında (% 66) gelir gidere denk, 66'sının (% 66) herhangi bir alışkanlığı yok idi. Hastaların 62'si (% 62) kent merkezinde yaşıyor, 40'ı (% 40) kent merkezinde büyümüş, 54'ü (% 54) çekirdek ailesiyle yaşıyordu.

Olguların 47'sinde (% 47) ailede, 30'unda (% 30) yakın arkadaşta psikiyatrik bozukluk saptanırken, 30'unda (% 30) sürekli tedavi gerektiren bedensel hastalık ile 26'sında (% 26) psikiyatri dışı ilaç kullanımı mevcuttu. Hastaların 61'i (% 61) psikiyatrik tanılarını, 65'i de (% 65) psikiyatrik tedavi gördüklerini paylaşıyordu. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri

Tablo 1’de özetlenmiştir



Tablo 1: Örneklemin Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		N	%
Cinsiyet	Erkek	34	34,0
	Kadın	66	66,0
Yaş	18-37	62	62,0
	38+	38	38,0
Medeni durum	Bekar	36	36,0
	Evli	63	63,0
	Boşanmış/ayrı	1	1,0
	Eşi ölmüş	0	0,0
Eğitim	Okur-yazar değil	1	1,0
	Okur-yazar	1	1,0
	İlkokul-ortaokul	35	35,0
	Lise	16	16,0
	Yüksek okul-üniversite	47	47,0
Meslek	Çalışmıyor-ev hanımı	48	48,0
	İşçi	2	2,0
	Memur	14	14,0
	Esnaf	0	0,0
	Öğrenci	12	12,0
	Serbest	10	10,0
	Emekli	7	7,0
	Çiftçi	1	1,0
	Diğer	6	6,0
Maddi durum	Gelir giderden az	23	23,0
	Gelir gidere denk	66	66,0
	Gelir giderden fazla	11	11,0
Yaşadığı yer	Köy	5	5,0
	İlçe	33	33,0
	Kent	62	62,0
	Yurtdışı	0	0,0

Büyüdüğü yer	Köy	25	25,0
	İlçe	34	34,0
	Kent	40	40,0
	Yurtdışı	1	1,0
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	7	7,0
	Aileden biri ile	30	30,0
	Çekirdek aile	54	54,0
	Geniş aile	6	6,0
	Arkadaş/partner	3	3,0
Alışkanlık	Yok	66	66,0
	Sigara	25	25,0
	Alkol	1	1,0
	Sigara ve alkol	7	7,0
	İlaç/madde	0	0,0
	Sigara, alkol ve madde	1	1,0
Birinci veya ikinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık tanısı	Yok	53	53,0
	Var	47	47,0
Birinci veya ikinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalıklar	Yok	53	53,0
	OKB	17	17,0
	Psikotik bozukluk	13	13,0
	Depresif bozukluk	6	6,0
	Anksiyete bozukluğu	4	4,0
	Bipolar bozukluk+OKB	1	1,0
	Bipolar bozukluk+Psikotik bozukluk	1	1,0
	Depresif bozukluk+Anksiyete bozukluğu	1	1,0
	Depresif bozukluk+OKB	2	2,0
	Psikotik bozukluk+Anksiyete bozukluğu	2	2,0

Yakın arkadaşlarda psikiyatrik hastalık tanısı	Yok	70	70,0
	Var	30	30,0
	Yok	70	70,0
	Depresif bozukluk	21	21,0
Yakın arkadaşlarda psikiyatrik hastalıklar	Anksiyete bozukluğu	1	1,0
	OKB	2	2,0
	Depresif bozukluk+Anksiyete bozukluğu	5	5,0
	Depresif bozukluk+OKB	1	1,0
Psikiyatrik tanı paylaşımı	Yok	39	39,0
	Var	61	61,0
Psikiyatrik tedavi paylaşımı	Yok	35	35,0
	Var	65	65,0
Kronik bedensel hastalık	Yok	70	70,0
	Var	30	30,0
Psikiyatri dışı ilaç kullanımı	Yok	74	74,0
	Var	26	26,0

4.1.2. Hastalığa İlişkin Özellikler

Araştırmamızda psikiyatriye başvurma süresi ortalaması $85,65 \pm 112,78$ ay, hastalık süresi ortalaması $176,01 \pm 134,42$ ay, düzenli tedavi süresi ortalaması $58,87 \pm 70,94$ ay, hastaneye yatış sayısı ortalaması $0,32 \pm 0,69$, obsesyon/kompulsiyon çeşidi sayısı ortalaması $2,73 \pm 1,18$ olarak bulundu. Hastaların HAM-D toplam puan ortalaması $2,91 \pm 3,02$; YBOKÖ toplam puan ortalaması $24,30 \pm 8,86$; YBOKÖ kompulsiyon alt puan ortalaması $11,54 \pm 4,79$ ve YBOKÖ obsesyon alt puan ortalaması ise $12,76 \pm 4,46$ olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 2: Örneklemin Klinik Özellikleri ve Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Psikiyatriye başvurma süresi (ay)	0	612	85,65	112,78
Hastalık süresi (ay)	0	624	176,01	134,42
Tedavi süresi (ay)	0	360	58,87	70,94
Yatış sayısı	0	4	0,32	0,69
Obsesyon/kompulsiyon çeşidi sayısı	1	6	2,73	1,18
YBOKÖ obsesyon puanı	4	20	12,76	4,46
YBOKÖ kompulsiyon puanı	3	20	11,54	4,79
YBOKÖ toplam puan	7	40	24,30	8,86
HDDÖ puanı	0	13	2,91	3,02

Hastalar YBOKÖ'nin semptom şiddetine göre derecelendirildiğinde 31'inde (% 31) şiddetli, Ucla yalnızlık ölçeğine göre değerlendirildiğinde 46'sında (% 46) orta düzey yalnızlık, Morisky tedavi uyumu açısından bakıldığında ise 56'sında (% 56) ilaç uyumu orta düzey bulundu (Tablo 3).

Tablo 3: Örneklemin Belirti Şiddetine Göre Dağılımı

		N	%
Ucla yalnızlık şiddeti	düşük düzey yalnızlık	23	23,0
	orta düzey yalnızlık	46	46,0
	yüksek düzey yalnızlık	31	31,0
Morisky tedavi uyumu	ilaç uyumu düşük	33	33,0
	ilaç uyumu orta	56	56,0
	ilaç uyumu yüksek	11	11,0
Yale brown obsesyon kompulsiyon puanı	0-7 subklinik	1	1,0
	8-15 hafif	21	21,0
	16-23 orta	24	24,0

24-31 şiddetli	31	31,0
32-40 çok şiddetli	23	23,0

Hastaların obsesyon kompulsiyon çeşitleri sayma, sıralama, tekrarlama kompulsiyonları ile düzen, simetri obsesyonları (% 59); temizlik kompulsiyonları ve kirlenme obsesyonları (% 63), patolojik kuşku ve kontrol kompulsiyonları (% 60) iken en düşük gözlenen başlıklar bedensel (% 6), cinsel (% 10), istifleme ve ilişkili kompulsiyonlar (% 10) şeklindeydi. Hastaların % 86'sının klinik içgörüsü iyiydi (Tablo 4).

Tablo 4: Örneklemen Klinik Belirtilerine Göre Dağılımı

		N	%
Obsesyon/kompulsiyon çeşitleri	Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonları	13	13,0
	Cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	10	10,0
	Dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	35	35,0
	Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları	63	63,0
	Simetri-düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları	59	59,0
	İstifleme obsesyonları ve kompulsiyonları	10	10,0
	Patolojik kuşku ve kontrol kompulsiyonları	60	60,0
	Bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	6	6,0
	Diğer	15	15,0
	İyi	86	86,0
Klinik iç görü	Kötü	12	12,0
	Yok	2	2,0

Hastaların tamamı tedavi görmekte, % 88'inin tedavi öyküsü bulunmakta, % 67'sinin düzenli psikiyatrik muayene kontrolleri bulunmakta, % 23'ünün yatış öyküsü ve % 17'sinin yalnızca 1 kez hastaneye yatış öyküsü bulunmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5: Örneklemenin Tedavi Öyküsü Özelliklerine Göre Dağılımı

		n	%
Psikiyatrik tedavi	yok	0	0,0
	var	100	100,0
Geçmişte psikiyatrik tedavi öyküsü	yok	12	12,0
	var	88	88,0
Düzenli psikiyatrik muayene kontrolü	yok	33	33,0
	var	67	67,0
Hastaneye yatış öyküsü	yok	77	77,0
	var	23	23,0
Hastaneye yatış sayısı	0	77	77,0
	1	17	17,0
	2	4	4,0
	3	1	1,0
	4	1	1,0

4.1.3. Hastaların Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanmasına İlişkin Özellikler

Hastaların RHİDÖ toplam puan ortalaması $63,84 \pm 14,80$ olarak bulunurken; RHİDÖ damgalanmaya direnç alt boyut puan ortalaması $12,35 \pm 2,38$; sosyal geri çekilme alt boyut puan ortalaması $12,95 \pm 4,20$; algılanan ayrımcılık alt boyut puan ortalaması $9,99 \pm 3,54$; kalıp yargıların onaylanması alt boyut puan ortalaması $14,19 \pm 3,89$ ve yabancılaşma alt boyut puan ortalaması $14,36 \pm 4,56$, olarak bulundu (Tablo 6).

Tablo 6: Örneklemin RHİDÖ Puanlarının Betimleyici İstatistikleri

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Yabancılaşma	6	23	14,36	4,56
Kalıp yargıların onaylanması	7	24	14,19	3,89
Algılanan ayrımcılık	5	20	9,99	3,54
Sosyal geri çekilme	6	22	12,95	4,20
Damgalanmaya direnç	7	18	12,35	2,38
Toplam RHİDÖ	33	96	63,84	14,80

4.2. Tek Değişkenli Çözümler

4.2.1. İçselleştirilmiş Damgalanma Puanları ile Sosyodemografik Özelliklerinin İlişkisinin Değerlendirilmesi

Sosyodemografik özellikler olarak cinsiyet, medeni durum, alışkanlık, yaşadığı yer, soygeçmişte ve yakın arkadaşta psikiyatrik hastalık olup olmaması, kronik bedensel hastalık ve psikiyatri dışı ilaç kullanımının olup olmaması, psikiyatrik tanı ve tedavi paylaşımı, düzenli psikiyatrik muayene kontrolleri, içgörü, geçmiş psikiyatrik tedavi, ilk tanı yaşı ile ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği toplam puanı ve alt boyut puanları t testi ve Mann Whitney testi kullanılarak karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7: Örneklemen Sosyodemografik Değişkenlerinin RHİDÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması - I

	Yaşancılığına			Kalışığına			Algılanan Ayrımcılık			Sosyal Geri Çekilme			Damgalanmaya Direnç			Toplam RHİDÖ	
	n	Ort.±ss.	p	Ort.±ss.	p	Ort.±ss.	p	Ort.±ss.	p	Ort.±ss.	p	Ort.±ss.	p	Ort.±ss.	p	Ort.±ss.	p
Yaş*	18-39	62	14,15±3,53	0,55	14,16±3,69	0,925	9,97±3,62	0,936	12,77±4,06	0,595	12,27±2,38	0,686	63,32±14,54	0,657			
	40+	38	14,71±4,66	p=0,599	14,24±4,24	p=0,094	10,03±3,45	p=0,080	13,34±4,46	p=0,333	12,47±2,41	p=0,405	64,08±15,37	p=0,445			
Cinsiyet*	Erkek	34	13,79±4,78	0,376	14,15±4,12	0,937	9,47±3,05	0,294	12,85±4,81	0,869	12,89±2,4	0,475	62,85±15,16	0,634			
	Kadın	66	14,65±4,46	p=0,839	14,21±3,79	p=0,079	10,26±3,76	p=1,054	13,3±3,89	p=0,165	12,23±2,38	p=0,717	64,35±14,7	p=0,477			
Medeni durum*	Bekar	37	13,73±4,62	0,292	14,3±4,52	0,844	9,54±3,78	0,333	12,51±4,66	0,429	12,24±2,37	0,733	62,32±15,97	0,435			
	Evlü	63	14,73±4,53	p=1,059	14,13±3,5	p=0,197	10,25±3,39	p=0,973	13,21±3,92	p=0,795	12,41±2,4	p=0,342	64,73±14,12	p=0,783			
Alışkanlık*	Var	34	15,53±4,69	0,066	14,97±3,49	0,15	10,44±3,54	0,363	12,76±3,86	0,753	12,62±2,13	0,422	66,32±14,27	0,23			
	Yok	66	13,76±4,41	p=1,862	13,79±4,04	p=1,450	9,76±3,54	p=0,915	13,05±4,39	p=0,315	12,21±2,5	p=0,806	62,56±15,01	p=1,207			
Yaşadığı yer*	Köy	38	14±4,88	0,339	14,03±4,16	0,743	9,97±3,81	0,971	13,08±4,84	0,822	12,26±2,7	0,777	63,34±16,49	0,794			
	Diğer	62	14,58±4,39	p=0,616	14,29±3,74	p=0,328	10±3,39	p=0,036	12,87±3,8	p=0,226	12,4±2,18	p=0,284	64,15±13,79	p=0,262			
Soy geçmişi psikiyatrik tanı varlığı*	Var	47	14,26±4,9	0,83	14,28±4,45	0,835	10,09±3,87	0,802	12,66±4,36	0,518	11,96±2,46	0,121	63,23±16,32	0,702			
	Yok	53	14,45±4,29	p=0,215	14,11±3,35	p=0,209	9,91±3,25	p=0,252	13,21±4,08	p=0,649	12,7±2,28	p=1,365	64,38±13,44	p=0,384			
Yakın arkadaşta psikiyatrik tanı varlığı*	Var	30	13,67±3,94	0,286	13,9±3,2	0,628	9,53±3,21	0,401	11,83±3,58	0,082	11,8±2,11	0,131	60,73±12,78	0,141			
	Yok	70	14,06±4,8	p=1,076	14,31±4,16	p=0,487	10,19±3,67	p=0,844	13,43±4,38	p=1,759	12,59±2,46	p=1,323	65,17±15,48	p=0,215			
Kronik bedensel hastalık*	Var	30	14,63±4,45	0,097	14±4,22	0,751	10,3±3,33	0,348	12,59±3,94	0,979	12,67±2,23	0,386	64,73±14,32	0,095			
	Yok	70	14,24±4,64	p=0,390	14,27±3,76	p=0,319	9,77±3,62	p=0,943	12,96±4,34	p=0,026	12,21±2,44	p=0,870	63,46±15,08	p=0,394			
Psikiyatrik ilaç kullanımı**	Var	26	14,54±4,12	0,987	14,24±3,86	0,822	10,88±3,27	0,093	12,95±4,37	0,959	12,63±2,21	0,464	65,04±15,6	0,817			
	Yok	74	14,3±4,73	p=960,0	14,04±4,02	p=0,33,5	9,68±3,6	p=749,5	12,96±3,77	p=955,5	12,26±2,44	p=869,5	63,42±15,26	p=932,5			
Psikiyatrik tedavi paylaşıma*	Var	65	14,51±4,64	0,661	14,31±4,08	0,682	10±3,69	0,97	12,42±4,1	0,083	12,08±2,22	0,118	63,31±15,18	0,626			
	Yok	35	14,09±4,47	p=0,439	13,97±3,54	p=0,411	9,97±3,29	p=0,038	13,94±4,26	p=1,753	12,86±2,61	p=1,575	64,83±14,22	p=0,488			
Psikiyatrik tanı paylaşıma*	Var	61	14,36±4,69	0,999	14,13±3,98	0,851	9,77±3,65	0,441	12,31±4,16	0,057	12,05±2,25	0,114	62,62±15,31	0,306			
	Yok	39	14,36±4,41	p=0,002	14,28±3,78	p=0,188	10,33±3,37	p=0,774	13,95±4,12	p=1,927	12,82±2,52	p=1,393	65,74±13,93	p=1,029			
Düzenli psikiyatrik muayene kontrolü*	Var	67	14,06±4,83	0,351	13,72±3,97	0,082	10±3,75	0,968	12,96±4,19	0,986	12,22±2,58	0,408	62,96±15,41	0,397			
	Yok	33	14,97±3,97	p=0,937	15,15±3,59	p=1,754	9,97±3,12	p=0,040	12,94±4,29	p=0,018	12,61±1,92	p=0,832	65,64±13,5	p=0,851			
Klinik iç gördü**	yok, kötü	14	13,29±5,51	0,406	14,57±3,69	0,69	10,14±4,61	0,865	12,14±4,37	0,517	12,36±2,87	0,81	62,5±18,33	0,854			
	iyi	86	14,53±4,4	p=0,18,5	14,13±3,93	p=0,562	9,97±3,37	p=0,585	13,08±4,18	p=0,537	12,35±2,31	p=0,578	64,06±14,26	p=0,5835			
İlk tanı yapı**	20 yaş altı	83	14,12±4,63	0,266	14,13±3,79	0,6	10,04±3,48	0,641	12,8±4,18	0,462	12,35±2,39	0,828	63,43±15,02	0,551			
	20+	17	15,53±4,14	p=0,84,5	14,47±4,43	p=0,48,5	9,76±3,91	p=655	13,71±4,34	p=625,5	12,15±2,4	p=58682	65,82±13,91	p=640,5			
Tedavi öyküsü**	Var	88	14,5±4,34	0,516	14,2±4,04	0,898	10,09±3,56	0,522	13,03±4,14	0,617	12,48±2,42	0,166	64,31±14,7	0,408			
	Yok	12	13,33±6,08	p=0,467	14,08±2,57	p=0,516	9,23±3,39	p=468	12,33±4,77	p=481	11,43±1,93	p=398,5	60,42±15,72	p=450			

*t testi

**Mann Whitney testi

Hastaların meslekleri ileri analiz yapabilmek için çalışan ve çalışmayan şeklinde 2 grup olarak sınıflandırıldı. Çalışmayan grupta yabancılaşma puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulundu ($t=2,271$, $p=0,025$). Bu sonuçlara göre çalışmayan hastalarda yabancılaşma alt ölçek puanları daha yüksektir. Çalışan hastalar ile çalışmayan hastalar arasında RHİDÖ toplam puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulundu ($t=2,158$, $p=0,033$). Çalışmayanların RHİDÖ toplam puanları daha yüksektir (Tablo 8) .

Hastaların büyüdüğü yer köy ve diğerleri olarak gruplandırıldı. Köyde yaşayanlarda kalıp yargıların onaylanması ($U=552,5$, $p=0,002$), sosyal geri çekilme ($U=640$, $p=0,018$) alt boyut puanları ile RHİDÖ toplam puanı ($t=588,5$, $p=0,005$) bakımından istatistiksel anlamlı fark bulundu. Köyde yaşayan hastaların diğer yerde yaşayan hastalardan kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme ve RHİDÖ toplam puanları daha yüksektir (Tablo 8).

Psikiyatri servisine yatışı olan ve olmayan hastalarda damgalanmaya direnç hariç tüm alt boyutlar ile RHİDÖ toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Psikiyatri servisine yatışı olanların yabancılaşma ($U=456,5$, $p=0,000$), kalıp yargıların onaylanması ($U=473,5$, $p=0,001$), algılanan ayrımcılık ($U=486,5$, $p=0,001$), sosyal geri çekilme ($U=484$, $p=0,001$) alt boyutları ve toplam RHİDÖ puanları ($U=381$, $p=0,000$) daha yüksek bulundu (Tablo 8).

Eğitim durumu farklı olan hastalar arasında yabancılaşma, sosyal geri çekilme ve toplam RHİDÖ puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulundu. İlköğretim mezunu olanların veya hiç okula gitmeyenlerin yabancılaşma ($X^2=9,494$, $p=0,009$), sosyal geri çekilme ($X^2=7,590$, $p=0,022$) alt boyut puanları ile toplam RHİDÖ puanları ($X^2=8,875$, $p=0,012$) daha yüksektir. İkincil çözümlemelerde (post hoc) ilköğretim mezunu olanların veya hiç okula gitmeyenler ile yüksekokul/üniversite mezunların arasında fark bulunmaktadır (Tablo 8).

Hastalık süresi farklı hastalar arasında damgalanmaya direnç puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulundu. Hastalık süresi 37-71 ay olanların damgalanmaya direnç alt ölçek puanları daha yüksektir ($X^2=6,245$,

$p=0,044$). Hastalık süresi 36 ay ve altı olanlar ile 37-71 ay olanlar arasında fark bulunmaktadır (Tablo 8).

1. veya 2. derece akrabalarında psikiyatrik hastalık tanısı olmayanlar, OKB tanısı olanlar ve OKB dışında psikiyatrik bozukluğa sahip kişiler diye 3 gruba bölündü. Bu gruplar arasında damgalanmaya direnç puanı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulundu. Ailesinde psikiyatrik tanısı olmayan hastaların damgalanmaya direnç alt ölçek puanları daha yüksektir ($X^2=6,831$, $p=0,033$). Aile öyküsü olmayanlar ile ailede OKB tanısı olanlar arasında fark bulunmaktadır (Tablo 8).

Maddi durumu farklı hastalar arasında yabancılaşıma, algılanan ayrımcılık, damgalanmaya direnç ve toplam RHİDÖ puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulundu. Geliri az olanların yabancılaşıma ($X^2=6,956$, $p=0,031$) ve damgalanmaya direnç ($X^2=7,054$, $p=0,029$) alt ölçek puanları daha yüksektir. Geliri az olanlar ile geliri denk ve fazla olanlar arasında fark bulunmaktadır. Geliri az olanların algılanan ayrımcılık ($X^2=5,955$, $p=0,051$) alt ölçek ve toplam RHİDÖ ($X^2=8,006$, $p=0,018$) puanları daha yüksektir. Geliri az olanlar ile geliri denk olanlar arasında anlamlı fark bulunmaktadır (Tablo 8).

Tablo 8: Örneklemin Sosyodemografik Değişkenlerinin RHİDÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması - II

	Yabancılaşma		Kalıplaşmış Yargılama		Algılanan Ayrımcılık		Sosyal Geri Çekilme		Damgalanmaya Direnç		Toplam RHİDÖ		
	n	Ort.±ss.	p	Ort.±ss.	p	Ort.±ss.	p	Ort.±ss.	p	Ort.±ss.	p		
Çalışma durumu*	48	15,42±4,72	0,025*	14,85±4,03	0,101	10,58±3,84	0,107	13,71±4,04	0,083	12,54±2,55	0,442	67,1±15,31	0,033*
	52	13,38±4,22	t=2,271	13,58±3,68	t=1,656	9,44±3,17	t=1,625	12,25±4,27	t=1,753	12,17±2,22	t=0,772	60,83±13,78	t=2,158
Büyüdüğü yer**	25	15,68±4,24	0,078	15,96±2,73	0,002**	11,04±3,53	0,077	14,8±3,96	0,018**	12,96±2,09	0,199	70,44±11,93	0,005**
Diğer	75	13,92±4,61	U=717	13,64±0,5	U=552,5	9,64±3,49	U=716,5	12,33±4,12	U=640	12,15±2,45	U=777,5	61,64±15,07	U=588,5
Var	23	17,17±4,31	0,000**	16,74±4,22	0,001**	12,35±3,96	0,001**	15,52±3,49	0,001**	12,83±2,52	0,246	74,61±13,78	0,000**
Yok	77	13,52±4,32	U=456,5	13,43±3,46	U=473,5	9,29±3,09	U=486,5	12,18±4,11	U=484	12,21±2,34	U=745	60,62±13,59	U=381
İlköğr.ve altı (1)	37	16,03±4,59	0,009***	15,08±3,77	0,1	10,68±3,34	0,132	14,35±3,96	0,022***	12,81±2,37	0,179	68,95±13,24	0,012***
Lise (2)	16	13,75±5,07	X2=9,494	14,81±4,37	X2=4,601	10,56±4,19	X2=4,052	12,94±3,84	X2=7,590	12,75±2,7	X2=3,445	64,81±16,24	X2=8,875
Y.okul/üniv. (3)	47	13,26±4,04	1>3	13,28±3,68		9,26±3,38		11,85±4,25	1>3	11,85±2,23		59,49±14,4	1>3
36 ve altı (1)	13	12,54±5,49	0,34	12,08±3,4	0,067	8,08±2,66	0,116	11,69±4,01	0,415	11,69±3,4	0,044***	56,08±13,85	0,094
37-71 (2)	9	15,78±5,52	X2=2,155	15,22±4,12	X2=5,407	10,11±3,66	X2=4,310	14,11±4,73	X2=1,759	13,89±2,15	X2=6,245	69,11±15,37	X2=4,726
72 ve üstü (3)	78	14,5±4,25		14,42±3,86		10,29±3,59		13,03±4,17		12,28±2,16	1<2	64,53±14,6	
yok (1)	53	14,45±4,29	0,864	14,11±3,35	0,737	9,91±3,25	0,615	13,21±4,08	0,681	12,7±2,28	0,033***	64,38±13,44	0,516
okb (2)	17	13,53±4,72	X2=0,292	13,35±3,74	X2=0,611	9,12±2,74	X2=0,971	12,06±4,31	X2=0,768	11±2,18	X2=6,831	59,06±14,88	X2=1,325
diğer (3)	29	14,48±5,01		14,69±4,83		10,66±4,4		12,93±4,48		12,38±2,43	1>2	65,14±16,97	
gelir az (1)	23	16,35±4,31	0,031***	15,57±3,62	0,091	11,39±3,29	0,051***	14,22±4	0,218	13,39±2,52	0,029***	70,87±13,9	0,018***
denk (2)	66	13,89±4,46	X2=6,956	13,86±3,81	X2=4,787	9,56±3,46	X2=5,955	12,68±4,18	X2=3,049	12,11±2,35	X2=7,054	62,11±14,24	X2=8,006
gelir fazla (3)	11	13±4,82	1>2=3	13,36±4,57		9,64±4,03	1>2	11,91±4,53		11,64±1,63	1>2=3	59,55±16,48	1>2

*t testi

***Mann Whitney testi

****Kruskal Wallis testi ; Tukey B

4.2.2. İçselleştirilmiş Damgalanma Puanları ile Bazı Klinik Özellikleri ve Ölçeklerin İlişkisinin Değerlendirilmesi

Hastaların Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Puanları ile YBOKÖ ve HAM-D ölçek skorları arasındaki korelasyon tablo 9'da gösterilmiştir. Yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve toplam RHİDÖ alt boyutları ile YBOKÖ obsesyon ve kompulsiyon puanı, YBOKÖ toplam puanı ve HAM-D puanları pozitif yönde korelasyon göstermektedir. Yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık ve toplam RHİDÖ alt boyutlarının obsesyon, kompulsiyon, obsesyon/kompulsiyon toplam şiddeti ve HAM-D<16 olanlar ile orta düzey ilişkisi vardır. Sosyal geri çekilme alt boyutlarının obsesyon, obsesyon/kompulsiyon toplam şiddeti ve HAM-D<16 olanlar ile orta düzey; kompulsiyon şiddeti ile zayıf ilişkisi vardır. Damgalanmaya alt direnç boyutu ise diğer ölçek puanları ile ilişkili bulunmamıştır. HAM-D, YBOKÖ skorlarına göre RHİDÖ boyut skorlarıyla daha yüksek düzeyde ilişkilidir (Tablo 9).

Tablo 9: Örneklem RHİDÖ Alt Boyut Puanları ile Diğer Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

		Yabancılaşma	Kalıplaşmış Yargılama	Algılanan Ayrımcılık	Sosyal Geri Çekilme	Damgalanmaya Direnç	Toplam RHİDÖ
Obsesyon puanları	r	,384**	,400**	,271**	,284**	-0,002	,369**
	p	0,000	0,000	0,006	0,004	0,988	0,000
Kompulsiyon puanları	r	,336**	,316**	,233*	,205*	-0,015	,298**
	p	0,001	0,001	0,020	0,041	0,883	0,003
YBOKÖ toplam puanı	r	,375**	,373**	,262**	,254*	-0,009	,347**
	p	0,000	0,000	0,008	0,011	0,930	0,000
HAM-D	r	,404**	,357**	,333**	,309**	0,134	,407**
	p	0,000	0,000	0,001	0,002	0,184	0,000

*Pearson analizi

Hastalarda saptanan obsesyon/kompulsiyon çeşitleri arasında cinsel ile dinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonların içselleştirilmiş damgalanmaya etkilediği bulunmuştur. Cinsel obsesyon/kompulsiyonu olan hastalarda yabancılaşma (U=142,5, p=0,000), kalıp yargıların onaylanması (U=79, p=0,000), algılanan ayrımcılık (U=135, p=0,000), sosyal geri çekilme (U=199,5, p=0,004) ve toplam RHİDÖ puanları (U=98, p=0,000) bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Damgalanmaya direnç hariç tüm alt boyut ölçek puanları ile toplam RHİDÖ puanları, cinsel obsesyon/kompulsiyona sahip hastalarda daha yüksektir (Tablo 10).

Tablo 10: Örneklerin Sosyodemografik Değişkenlerinin RHİDÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması - II

	Yabancılaşma				Kalıplaşmış Yargılama				Algılanan Ayrımcılık				Sosyal Geri Çekilme				Damgalanmaya Direnç				Toplam RHİDÖ	
	n	Ort.±ss.	p		Ort.±ss.	p		Ort.±ss.	p		Ort.±ss.	p		Ort.±ss.	p		Ort.±ss.	p				
Saldırganlık **	Yok	87	14,25±4,55	0,551	14,01±3,82	0,396	9,89±3,53	0,474	12,94±4,21	0,955	12,31±2,44	0,792	63,4±14,62	0,542								
	Var	13	15,08±4,75	U=507,5	15,38±4,25	U=483	10,69±3,68	U=496	13±4,32	U=560	12,62±2,02	U=540	66,77±16,26	U=506								
Cinsel **	Yok	90	13,83±4,42	0,000**	13,59±3,52	0,000**	9,51±3,23	0,000**	12,54±4,17	0,004**	12,3±2,42	0,487	61,78±13,88	0,000**								
	Var	10	19,1±2,85	U=142,5	19,6±2,8	U=79	14,3±3,37	U=135	16,6±2,37	U=199,5	12,8±2,04	U=390	82,4±8,87	U=98								
Dini *	Yok	65	13,52±4,62	0,012*	13,62±3,96	0,043*	9,63±3,58	0,168	12,31±4,42	0,037*	12,42±2,38	0,710	61,49±15,09	0,030*								
	Var	35	15,91±4,07	t=-2,569	15,26±3,57	t=-2,047	10,66±3,4	t=-1,390	14,14±3,51	t=-2,120	12,23±2,41	t=0,373	68,2±13,36	t=-2,204								
Kirlenme-temizlik*	Yok	37	14,46±5,12	0,875	14,38±4,3	0,712	10,41±3,65	0,371	13,59±4,46	0,242	12,51±2,47	0,601	65,35±16,54	0,437								
	Var	63	14,3±4,25	t=0,158	14,08±3,66	t=0,370	9,75±3,48	t=0,899	12,57±4,03	t=1,178	12,25±2,34	t=0,525	62,95±13,73	t=0,781								
Simetri,düzen- sayma,tekrarlama*	Yok	41	15,2±3,79	0,128	14,41±4,03	0,632	10,51±3,73	0,220	13,27±4,14	0,530	12,61±2,23	0,366	66±13,7	0,225								
	Var	59	13,78±4,98	t=1,536	14,03±3,81	t=0,480	9,63±3,38	t=1,234	12,73±4,27	t=0,630	12,17±2,48	t=0,909	62,34±15,45	t=1,220								
İstifleme**	Yok	90	14,41±4,56	0,730	14,08±3,66	0,653	9,92±3,44	0,835	12,91±4,29	0,876	12,21±2,37	0,070	63,53±14,6	0,827								
	Var	10	13,9±4,82	U=420	15,2±5,71	U=411	10,6±4,53	U=432	13,3±3,43	U=436,5	13,6±2,22	U=293,5	66,6±17,09	U=431								
Patolojik kuşku- kontrol *	Yok	40	13,85±5,06	0,364	13,5±4,12	0,148	9,2±3,54	0,068	12,3±4,68	0,227	12,33±2,37	0,932	61,18±16,13	0,142								
	Var	60	14,7±4,21	t=-0,912	14,65±3,69	t=1,458	10,52±3,47	t=-1,845	13,38±3,83	t=-1,218	12,37±2,41	t=-0,085	65,62±13,69	t=-1,479								
Bedensel **	Yok	94	14,37±4,54	0,983	14,12±3,92	0,458	9,96±3,58	0,630	12,82±4,22	0,200	12,23±2,36	0,057	63,5±14,78	0,400								
	Var	6	14,17±5,31	U=280,5	15,33±3,5	U=231	10,5±3,02	U=249	15±3,58	U=194	14,17±2,04	U=152	69,17±15,41	U=224								
Diğer **	Yok	85	14,36±4,58	0,938	14,28±3,84	0,419	9,99±3,39	0,567	12,94±4,23	0,977	12,2±2,45	0,125	63,78±14,73	0,805								
	Var	15	14,33±4,64	U=629,5	13,67±4,25	U=554	10±4,42	U=578,5	13±4,19	U=634,5	13,2±1,74	U=480	64,2±15,69	U=612								

*t testi

**Mann Whitney testi

Dinsel obsesyon/kompulsiyonu olan hastalarda yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilme ve toplam RHİDÖ puanları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Dinsel obsesyon/kompulsiyona sahip olanların yabancılaşma ($t=2,569$, $p=0,010$), algılanan ayrımcılık ($t=2,047$, $p=0,036$), sosyal geri çekilme ($t=2,120$, $p=0,039$) alt boyut ölçek puanları ve toplam RHİDÖ puanları ($t=2,204$, $p=0,035$) daha yüksektir. Diğer obsesyon/kompulsiyon çeşitleri ile içselleştirilmiş damgalanma arasında ilişki bulunamamıştır (Tablo 10).

YBOKÖ toplam puanları ileri analiz yapabilmek için 4 gruba bölündü. Subklinik şiddetindeki 1 olgu hafif şiddet grubuna dahil edildi. Yabancılaşma ($p=0,003$, $X^2=13,972$), kalıp yargıların onaylanması ($p=0,005$, $X^2=12,671$), toplam RHİDÖ puanları ($p=0,008$, $X^2=11,852$) bakımından istatistiksel anlamlı; sosyal geri çekilme puanı bakımından sınırda istatistiksel anlamlı fark bulundu ($p=0,056$, $X^2=7,569$). YBOKÖ toplam puanı hafif düzeydeki olguların yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme ve toplam RHİDÖ puanları daha düşüktür. Hafif düzeydeki olgular ile şiddetli ve çok şiddetli olgular arasında anlamlı fark bulunmaktadır (Tablo 11).

Yalnızlık düzeyi farklı olan hastalar arasında yabancılaşma ($p=0,001$, $X^2=4,533$), kalıp yargıların onaylanması ($p=0,000$, $X^2=4,122$), algılanan ayrımcılık ($p=0,000$, $X^2=4,168$), sosyal geri çekilme ($p=0,000$, $X^2=5,043$), damgalanmaya direnç ($p=0,003$, $X^2=3,139$) ve toplam RHİDÖ puanları ($p=0,000$, $X^2=2,528$) bakımından istatistiksel anlamlı fark bulundu. Düşük düzey yalnızlığı bulunan hastaların tüm alt ölçek puanları ve toplam RHİDÖ puanları daha düşüktür. Düşük düzey yalnızlığı bulunanlar ile orta ve yüksek düzeyde yalnız hisseden hastalar arasında fark bulunmaktadır. Yalnızlık düzeyleri ile içselleştirilmiş damgalanma tüm boyutlarında bir doz-cevap ilişkisi izlenmektedir (Tablo 11).

Tedavi uyumunun hastalarda içselleştirilmiş damgalanmayı etkilemediği izlenmiştir (Tablo 11).

Tablo 11: Örneklemen Yalnızlık Düzeyi, Tedavi Uyumu ve YBOKÖ Toplam Puanlarının RHİDÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması

	Yabancılaşma				Kalıplaşmış Yargılama				Algılanan Ayrımcılık				Sosyal Geri Çekilme				Damgalanmaya Direnç				Toplam RHİDÖ			
	n	Ort.±ss.	p		Ort.±ss.	p			Ort.±ss.	p			Ort.±ss.	p			Ort.±ss.	p			Ort.±ss.	p		
UCLA	23	11,26±4,72	0,001*		10,87±2,99	0,000*			7,22±2,47	0,000*			9,83±3,73	0,000*			10,78±2,47	0,003*			49,96±12,42	0,000*		
yalnızlık	46	14,89±4,25	X ² =4,533		14,8±3,53	X ² =4,122			10,2±3,33	X ² =4,168			13,09±3,87	X ² =5,043			12,91±2,06	X ² =3,139			65,89±12,29	X ² =2,528		
düzeyi *	31	15,87±3,89	1<2=3		15,74±3,62	1<2=3			11,74±3,33	1<2=3			15,06±3,67	1<2=3			12,68±2,31	1<2=3			71,1±13,19	1<2=3		
Morisky	33	14,55±4,64	0,503		14,88±4,1	0,255			11,18±4,19	0,805			14,33±4,26	0,640			12,09±2,16	0,279			67,03±16,45	0,852		
tedavi	56	14,14±4,43	X ² =0,450		14,13±3,79	X ² =1,296			9,41±3,11	X ² =0,061			12,2±4,08	X ² =0,218			12,3±2,33	X ² =1,174			62,18±13,94	X ² =0,035		
uyumu *	11	14,91±5,36			12,45±3,47				9,36±2,73				12,64±3,93				13,36±3,14				62,73±13,52			
YBOKÖ	22	12±4,67	0,003*		12,14±3,78	0,005*			8,59±3,05	0,175			11,05±4,1	0,056			12,18±2,67	0,934			55,95±15,07	0,008*		
orta (2)	24	13,33±3,51	X ² =13,972		13,25±3,67	X ² =12,671			9,75±3,31	X ² =4,951			12,5±4,33	X ² =7,569			12,25±2,13	X ² =0,430			61,08±12,63	X ² =11,852		
toplam	31	15,48±3,77	1<3=4		15,32±3,18	1<3=4			10,42±3,1				13,87±4,22				12,45±2,22				67,55±13,64	1<3=4		
puan *	23	16,17±5,36			15,61±4,16				11±4,42				14±3,63				12,48±2,68				69,26±15,08			
(4)																								

*Kruskal Wallis testi ; Tukey B

4.3. Çok Değişkenli Çözümler

4.3.1. RHİDÖ Yabancılaşma Boyutunu Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Negelkerke R²= 0,43)

Yabancılaşma alt boyutunun bağımlı değişken olarak alındığı, bağımlı değişkeni en iyi açıklayan model, beklendiği gibi tüm hastalar ile ilgili değişkenlerin kapsandığı model olmuştur (R²= 0,43). Modele alınan değişkenler, bağımlı değişkendeki (ki burada Yabancılaşma) varyasyonun % 43'ünü açıklamaktadır.

İndirgenmiş son modelde, dinsel obsesyonlar/kompulsiyonlar yabancılaşma alt boyutunu etkilememekte ($p>0,05$) iken; eğitim durumu, yatış öyküsü, YBOKÖ düzeyi orta ve şiddetli olma durumu etkilemektedir ($p<0,05$). Buna göre ilköğretim mezunu olanlar ile hiç okula gitmeyenler üniversite-yüksekokul mezunlarına göre 5,70 kat; lise mezunları üniversite-yüksekokul mezunlarına göre 3,49 kat; hastanede yatarak tedavi görenler ayaktan tedavi görenlere göre 5,21 kat; YBOKÖ düzeyi orta olanlar hafif olanlara göre 5,69 kat; şiddetli olanlar hafif olanlara göre 4,98 kat yabancılaşma düzeyleri daha yüksektir (Tablo 12).

Tablo 12: Örneklemen “Yabancılaşma” Boyutunu Etkileyen çok değişkenli Lojistik regresyon modeli (Eksiltmeli Wald, indirgenmiş son model)

R²= 0,43	P*	Odds oranı	% 95 Güven aralığı
Dinsel o/k	0,057	2,74	0,97 - 7,77
Eğitim durumu			
(Ref: üniversite/yüksekokul)	0,009*		
İlköğretim ve altı	0,003*	5,70	1,82 - 17,73
Lise	0,088	3,49	0,83 - 14,69
Yatış öyküsü	0,026*	5,21	1,21 - 22,41
YBOKÖ semptom şiddeti			
(Ref: hafif)	0,055		

orta	0,013*	5,69	1,44 - 22,46
şiddetli	0,036*	4,98	1,11 - 22,36
çok şiddetli	0,237	2,29	0,58 - 9,03
Sabit	0,020*	0,12	

Başlangıçta modele alınan değişkenler: Meslek, yatış öyküsü, yatış sayısı,

maddi durum, eğitim durumu, cinsel obsesyon ve ilişkili kompulsyonlar, dinsel obsesyon ve ilişkili kompulsyonlar, YBOKÖ semptom şiddeti, UCLA yalnızlık şiddeti

4.3.2. RHİDÖ Kalıp Yargıların Onaylanması Boyutunu Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Negelkerke R²= 0,48)

Kalıp yargıların onaylanması alt boyutunun bağımlı değişken olarak alındığı, bağımlı değişkeni en iyi açıklayan model, beklendiği gibi ilk model olmuştur (R²= 0,48). Modele alınan değişkenler, bağımlı değişkendeki (ki burada kalıp yargıların onaylanması) varyasyonun % 48'ini açıklamaktadır.

İndirgenmiş son modelde cinsel obsesyonlar/kompulsyonlar kalıp yargıların onaylanması alt boyutunu etkilememektedir (p>0,05). Hastaların UCLA yalnızlık düzeyleri, yatış öyküsü ve büyüdükleri yer etkilemektedir (p<0,05). Buna göre UCLA yalnızlık düzeyi yüksek olanlar düşük olanlara göre 9,61 kat; orta olanlar düşük olanlara göre 8,18 kat; yatış öyküsü bulunanlar bulunmayanlara göre 4,04 kat; köyde büyüyenler diğer yerlerde büyüyenlere göre 3,75 kat kalıp yargıları onaylama düzeyleri daha yüksektir (Tablo 13)

Tablo 13: Örneklemin “Kalıp Yargıların Onaylanması” Boyutunu Etkileyen çok değişkenli Lojistik regresyon modeli (Eksiltmeli Wald, indirgenmiş son model)

R²= 0,48	P*	Odds oranı	% 95 Güven aralığı
Cinsel o/k	0,999	0,00	0,00 - .
UCLA yalnızlık şiddeti	0,006*		

(Ref: düşük düzey
yalnızlık)

orta	0,006*	8,18	1,81 - 36,95
yüksek	0,002*	9,61	2,31 - 39,93
Yatış öyküsü	0,042*	4,04	1,05 - 15,51
Büyüdüğü yer	0,034*	3,75	1,10 - 12,74
Sabit	0,001*	0,11	

Başlangıçta modele alınan değişkenler: Yatış öyküsü, büyüdüğü yer, yatış

sayısı, cinsel obsesyon ve ilişkili kompulsyonlar, dinsel obsesyon ve ilişkili kompulsyonlar, YBOKÖ semptom şiddeti, UCLA yalnızlık şiddeti

4.3.3. RHİDÖ Algılanan Ayrımcılık Boyutunu Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Negelkerke R²= 0,33)

Algılanan ayrımcılık bağımlı değişkenini en iyi açıklayan model diğer boyutlarda olduğu gibi ilk model olmuştur (R²=0,33). Modele alınan değişkenler, bağımlı değişkendeki varyasyonun % 33'ünü açıklamaktadır.

İndirgenmiş son modelde cinsel obsesyon/kompulsyon varlığı algılanan ayrımcılığı etkilememekte iken (p>0,05); UCLA düzeyi etkilemektedir (p<0,05). UCLA yalnızlık şiddeti düşük olanlar yüksek olanlara göre % 86 oranında daha az algılanan ayrımcılığa sahiptir (Tablo 14).

Tablo 14: Örneklemen “Algılanan Ayrımcılık” Boyutunu Etkileyen çok değişkenli Lojistik regresyon modeli (Eksiltmeli Wald, indirgenmiş son model)

R²= 0,33	P*	Odds oranı	% 95 Güven Aralığı
Cinsel o/k	0,999	0,00	0,00 - .
UCLA yalnızlık şiddeti			
(Ref: düşük düzey yalnızlık)	0,014*		
orta	0,355	0,62	1,88 - 27,52

yüksek	0,004*	0,14	1,30 - 15,56
Sabit	0,999	0,00	

Başlangıçta modele alınan değişkenler: Yatış öyküsü, yatış sayısı, maddi durum, cinsel obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar, UCLA yalnızlık şiddeti

4.3.4. RHİDÖ Sosyal Geri Çekilme Boyutunu Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Negelkerke R2= 0,44)

Modele alınan değişkenler sosyal geri çekilme boyutundaki varyasyonun % 44'ünü açıklamaktadır.

İndirgenmiş son modelde HAM-D puanı, yatış öyküsü, cinsel obsesyonlar sosyal geri çekilmeyi etkilememekte ($p>0,05$); UCLA yalnızlık şiddeti düşük ve orta düzeyde olma durumu ise etkilemektedir ($p<0,05$). UCLA düzeyi düşük olanlar yüksek olanlara göre % 85, orta olanlar yüksek olanlara göre % 78 daha az sosyal geri çekilmeye sahiptir (Tablo 15).

Tablo 15: Örneklemin “Sosyal Geri Çekilme” Boyutunu Etkileyen çok değişkenli Lojistik regresyon modeli (Eksiltmeli Wald, indirgenmiş son model)

R2= 0,44	P*	Odds oranı	% 95 Güven aralığı
Cinsel o/k	0,999	0,00	0,00 - .
Yatış öyküsü	0,121	2,64	0,77 - 9,01
HAM-D puanı	0,060	1,18	0,99 - 1,41
UCLA yalnızlık şiddeti			
(Ref: düşük düzey yalnızlık)	0,009*		
orta	0,011*	0,22	0,07 - 0,71
yüksek	0,005*	0,15	0,04 - 0,57
Sabit	0,999	0,00	

Başlangıçta modele alınan değişkenler: Psikiyatrik tanı paylaşımı, yatış öyküsü, büyüdüğü yer, yatış sayısı, eğitim durumu, cinsel obsesyon ve

ilişkili kompulsiyonlar, dinsel obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar, YBOKÖ semptom şiddeti, UCLA yalnızlık şiddeti

4.3.5. RHİDÖ Damgalanmaya Direnç Boyutunu Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Negelkerke R²= 0,24)

Modele alınan değişkenler, bağımlı değişkendeki (ki burada damgalanmaya direnç) varyasyonun % 24'ünü açıklamaktadır.

İndirgenmiş son modelde UCLA yalnızlık şiddeti hafif düzeyde olma durumu bağımlı değişkeni etkilemektedir ($p<0,05$). Düşük düzey yalnızlığı olanlar yüksek düzey olanlara göre % 82 daha az damgalanma direncine sahiptir (Tablo 16).

Tablo 16: Örneklemin “Damgalanmaya Direnç” Boyutunu Etkileyen çok değişkenli Lojistik regresyon modeli (Eksiltmeli Wald, indirgenmiş son model)

R ² = 0,24	P*	Odds oranı	% 95 Güven aralığı
UCLA yalnızlık şiddeti			
(Ref: düşük düzey yalnızlık)	0,035*		
orta	0,897	0,94	1,29 - 14,76
yüksek	0,018*	0,23	1,30 - 13,00
Sabit	0,591	1,21	

Başlangıçta modele alınan değişkenler: Maddi durum, hastalık süresi, soygeçmişte psikiyatrik tanı, UCLA yalnızlık şiddeti

4.3.5. Toplam RHİDÖ Puanı Boyutunu Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Negelkerke R²= 0,66)

Toplam RHİDÖ puanının bağımlı değişken olarak alındığı, bağımlı değişkeni en iyi açıklayan model, beklendiği gibi ilk model olmuştur (R²=0,66). Modele alınan değişkenler, bağımlı değişkendeki varyasyonun % 66'sini açıklamaktadır.

İndirgenmiş son modelde cinsel obsesyonlar toplam RHİDÖ puanlarını etkilememekte ($p>0,05$); çalışma durumu, yatış öyküsü, büyüdüğü yer, UCLA hafif düzey yalnızlık şiddeti ise etkilemektedir ($p<0,05$). Çalışanlar çalışmayanlara göre % 77; diğer yerlerde büyüyenler köyde büyüyenlere göre % 88; UCLA düzeyi düşük olanlar yüksek olanlara göre % 93 daha az toplam RHİDÖ puanına sahip iken; yatış öyküsü bulunanlar bulunmayanlara göre 4,27 kat toplam RHİDÖ puanları daha yüksektir (Tablo 17).

Tablo 17: Örneklemin “Toplam RHİDÖ Puanı” Boyutunu Etkileyen çok değişkenli Lojistik regresyon modeli (Eksiltmeli Wald, indirgenmiş son model)

R2= 0,66	P*	Odds oranı	% 95 Güven aralığı
Cinsel obsesyon	0,998	0,00	0,00 - .
Yatış öyküsü	0,049*	4,27	1,08 - 18,13
Çalışma durumu	0,010*	0,23	0,07 - 0,70
Büyüdüğü yer	0,003*	0,12	2,18 - 37,30
UCLA yalnızlık şiddeti			
(Ref: düşük düzey yalnızlık)	0,006*		
orta	0,100	0,34	3,04 - 369,19
yüksek	0,001*	0,07	1,20 - 114,55
Sabit	0,998	0,00	

Başlangıçta modele alınan değişkenler: Meslek, yatış öyküsü, büyüdüğü yer, yatış sayısı, maddi durum, eğitim durumu, cinsel obsesyon ve ilişkili kompulsyonlar, dinsel obsesyon ve ilişkili kompulsyonlar, YBOKÖ semptom şiddeti, UCLA yalnızlık şiddeti

V. TARTIŞMA

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda hastalık şiddeti ve özelliklerinin, eşlik eden depresyon varlığının, sosyodemografik değişkenlerin, sosyal ilişkilerin ve tedavi uyumunun içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızın bulguları literatür dikkate alınarak tartışılmıştır. Çalışma, ulaşabildiğimiz kadarıyla OKB'li hastalarda içselleştirilmiş damgalanmanın geniş kapsamlı incelendiği ilk çalışma olmakla birlikte OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma, yalnızlık ve tedavi uyumu gibi konuların da birlikte ele alındığı ilk araştırmadır. Bu konularda değişik yöntem ve araçlar kullanılarak her bir konuyu ayrı ayrı inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur.

Çalışmadan elde edilen bulgular beş başlık altında tartışılmıştır. Bu başlıklar;

- OKB tanılı hastaların, sosyo-demografik ve tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımının tartışılması,
- OKB tanılı hastaların RHİDÖ, YBOKÖ, HAM-D, UCLA yalnızlık, Morisky tedavi uyumu ölçek puanlarının tartışılması,
- OKB tanılı hastaların, tanımlayıcı (sosyodemografik ve hastalığa ilişkin) özellikleri ve içselleştirilmiş damgalanma ilişkisine ait bulguların tartışılması,
- OKB tanılı hastaların, UCLA yalnızlık düzeyleri ve içselleştirilmiş damgalanma ilişkisine ait bulguların tartışılması,
- OKB tanılı hastaların, Morisky tedavi uyumları ve içselleştirilmiş damgalanma ilişkisine ait bulguların tartışılması.

OKB tanılı hastalar tanımlayıcı özelliklerine göre değerlendirildiğinde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, 1. ve 2. derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü, başvuru/hastalık süresi ve psikiyatrik tanı/tedavisini paylaşma gibi sosyo-demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması $37,49 \pm 12,72$ yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların büyük bir kısmını (% 66) kadın hastalar oluşturmaktadır. Literatürdeki bazı çalışmalar kadın erkek farkı olmadığını göstermekle birlikte, bazı çalışmalarda da bu oran 1,2-1,8 arasında bulunmuştur (4,173,174). Bu fark çalışmanın kesitsel yapılması ve çalışmamıza kadın hastaların daha fazla katılması ile açıklanabilir. Çalışma hayatında erkeklerin, kadınlardan yaklaşık 2.5 kat (TÜİK,2017) fazla yer alması sebebiyle çalışan erkekler, çalışmanın yürütüldüğü zaman dilimi içerisinde hastaneye gelememiş olabilirler. Yapılan bir çalışmada erkeklerin daha az profesyonel yardım aradığı; gerçekte yardıma ihtiyacı olanların ekonomik kaygılar, sağlık sigortasının karşılamayacağını ve tedavinin çok uzun süreceğini düşünmeleri nedeniyle psikiyatriye başvurmadıkları tespit edilmiştir (230). Aynı zamanda erkeklerde sağlıkla ilgili yakınmaları ihmal etme, yok sayma, hastalığın boşverince geçeceği gibi inanışlar da oldukça yaygındır (231). Kadınların ise ruhsal yakınma veya problemlerini erkeklere göre daha çok önemsemesi ve dikkate almaları, bu nedenle de psikiyatrik destek arama ve sağlık hizmetlerinden daha çok yararlandıkları gösterilmiştir (232, 233). Ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan katılımcılarla yapılan bir araştırmada da kadın hastaların erkek hastalara göre psikiyatriye başvurma oranı 2.6 kat daha yüksek saptanmıştır (234).

Çalışmaya katılanların medeni durumları değerlendirildiğinde hastaların 63'ü (% 63) evlidir. OKB klinik durum veya hastalık sonrası gelişen uyum problemleri açısından incelendiğinde literatürde çelişkili sonuçlar bulunmaktadır (176). Bazı çalışmalar evli veya bekar olmanın hastalık üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını savunurken (176), bazı çalışmalar da hastalığın evli olanlarda daha çok görüldüğü şeklinde sonuçlar bildirmişlerdir (175). Bu durum, evli olanların daha fazla yardım arayışı içinde olup hekime

başvurmaları ile de açıklanabilir. Evli olan hastaların evdeki sosyal ilişkilerin bozulması, eşler arasındaki çatışma veya sosyal destek varlığı, hastalıkla ilgili farkındalığın artmasını sağlayarak bu sonucu doğuruyor olabilir (177).

Hastaların eğitim düzeyi çoğunlukla (% 63) orta öğretim ve üstü olup; bu konuda daha önceden yapılan araştırmalarla benzerdir (175, 178).

Gelir düzeylerine göre incelendiğinde 23 hastanın gelir giderden az, 66 hastanın ise gelir gidere denk olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi ile ilişki kuran bazı çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalar genelde düşük gelir seviyesi ile OKB hastalık sıklığı arasında pozitif yönde bir paralellik olduğunu savunmaktadır (179-181). Yapılan bu çalışmalar, OKB hastalarının çoğunlukla gelir düzeyinin alt-orta seviyede olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmadaki gelir düzeyi durumu da bu açıdan bakıldığında literatür ile tutarlıdır.

Çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde 48 hastanın çalışmadığı; geri kalan 14'ünün memur, 12'sinin öğrenci, 7'sinin emekli olduğu saptanmış; yaşadığı yere göre değerlendirildiğinde hastaların yarısından fazlasının (n=60) kent merkezinde yaşadığı; 40'ının kent merkezi, 34'ünün ilçe, 25'inin ise köyde büyüdüğü tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular, OKB üzerine yapılan sosyodemografik çalışmalarla uyumludur (45, 235, 236).

Çalışmamızda 70 hasta gibi büyük bir oranının ruhsal hastalıklarına eşlik eden kronik fiziksel bir hastalığın olmadığı görülmüştür. 2016 yılında İsmanur'un ağır ruhsal hastalığı olanlarda içselleştirilmiş damgalama, umutsuzluk ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların % 80'inde hastaların ruhsal hastalıklarına ek olarak fiziksel bir hastalıklarının bulunmadığı sonucuna ulaşmıştır (237). Bu sonuç çalışmamız ile uyumludur.

61 hastanın psikiyatrik tanısı, 65 hastanın ise psikiyatrik tedavi aldığını başkaları ile paylaştığı belirlenmiştir. OKB hastalarında tanı/tedavi paylaşımı ile ilgili tarayabildiğimiz kadarıyla literatürde karşılaştırayabileceğimiz herhangi bir veriye ulaşamamıştır.

Araştırmamızda 1. ve 2. derece akrabalarında OKB tanısı alan 17 hasta bulunmaktadır. Literatüre göre 1. derece akrabalarda OKB görülme oranı % 12-25 arasındadır (78, 183). Alsobrook ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada

ise yaklaşık beşte bir olarak bildirilmiştir. Çalışmamız bu açıdan bakıldığında literatüre göre uyumludur.

Çalışmamızda OKB belirtilerinin başlangıcından itibaren geçen hastalık süresi ortalama 176.01 ± 134.42 aydır. Hastaların belirtiler başladıktan psikiyatriye başvurdıkları zamana kadar geçen süreler incelendiğinde ise ortalama süre 85.65 ± 112.78 aydır. Daha önceden yapılan çalışmalara göre OKB, genellikle genç yaşta başlamasına rağmen hekime başvurma genellikle yıllar sonra olmaktadır (1, 16, 240). Yapılan çalışmalara bakıldığında hastalık başladıktan sonra doktora başvurana kadar geçen süre ortalama 7 yıl; hastalık süresi ise 11.04 ± 8.73 yıl saptanmış olup çalışmamızda elde edilen sonuçlar ile uyumlu bulunmuştur (1, 178, 238, 239).

Çalışmamızda OKB belirti boyutları değerlendirildiğinde en sık kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları (% 63), bunu patolojik kuşku ve kontrol kompulsiyonları (% 60) ile simetri-sayma obsesyon ve kompulsiyonları (% 59) izlemiştir. İstifleme obsesyonu ve ilişkili kompulsiyonları ise sadece % 10 hastada gözlenmiştir. Ülkemizde OKB tanılı bireylerde yapılan diğer çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (176, 184). Yurt dışı yayınlarda istifleme boyutu % 25-37,7 gibi daha yüksek oranlarda görülürken bizim çalışmamızda daha az saptanması, sosyokültürel farklılığın belirti çeşitliliğine olan etkisi ile açıklanabilir (185, 186).

Çalışmamızda klinik içgörü değerlendirildiğinde 86 hasta gibi büyük çoğunluğunun içgörüsünün iyi olduğu, 12 hastanın kötü, 2 hastanın ise içgörüsünün olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar literatür ile tutarlı görünmektedir (226-229).

Araştırmamızda hastaların YBOKÖ obsesyon puan ortalaması 12.76 ± 4.46 ; kompulsiyon puan ortalaması 11.54 ± 4.79 ; toplam puan ortalaması ise 24.30 ± 8.86 olarak bulunmuştur. YBOKÖ toplam puanı incelendiğinde belirti şiddeti orta-yüksek olarak değerlendirilmiştir. Literatür tarandığında YBOKÖ puan şiddeti değerlendirmesi ile ilgili ülkemizde herhangi bir veriye ulaşılamamış olup; yurtdışı yayınlardan iki çalışmaya ulaşılmıştır. 2010 yılında 2073 OKB hastası ile yapılan epidemiyoloji çalışmasında belirti şiddeti hastaların % 65.6'sında orta, % 30.7'sinde yüksek (4); 2012 yılında OKB

prevalansını inceleyen 12 aylık bir izlem çalışmasında ise % 89.8'inde orta düzeyde bulunmuştur (155). Her iki çalışma sonuçları da bizim çalışmamızla benzerdir.

OKB'de depresif belirtiler yaygındır. Çoğu hastada depresif bozukluk tanısı alacak derecede çökkünlük belirti ve bulguları görülmektedir (21, 98, 99). Eşitani depresyon varlığı hastalığın seyri, tedavi yanıtı ve damgalanma süreçleri ile ilişkilidir. Bizim çalışmamızda HAM-D kesme puanı 16 olarak alınmıştır ve örneklemdaki hastaların ölçek puanı 16'nın altındadır. HAM-D puan ortalaması 2.91 ± 3.02 (min:0 max:13) olup ölçek puanına göre depresif bozukluğu olmayan ve hafif düzeyde depresif belirtileri olan hastalar alınmıştır.

Hastaların UCLA yalnızlık şiddeti değerlendirildiğinde % 46'sında orta düzey yalnızlık, % 31'inde ise yüksek düzey yalnızlık olduğu görülmüştür. Literatür tarandığında şimdiye kadar OKB ve UCLA yalnızlık ilişkisini inceleyen bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. 1989 yılında Demir tarafından yapılan UCLA yalnızlık ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 36 depresyon hastası alınmış ve orta düzeyde yalnızlık saptanmıştır (164). 2016 yılında Trémeau ve ark. ile yine 2016 yılında Shioda ve ark. Japonya'da şizofreni hastalarında yaptığı çalışmalarda hastaların yalnızlık düzeylerinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (241, 242). Hem ülkemiz hem de yutdışında yapılan çalışmalarda ruhsal hastalıklar dışında tüberküloz gibi kronik hastalıklarda da UCLA yalnızlık ilişkisine bakılmış; bu hastalarda da orta ve yüksek düzey yalnızlık olduğu görülmüştür (243,244,245). 2018 yılında depresyon hastaları ile yapılan bir çalışmada hastalarda orta düzeyde yalnızlık saptanmış olup; hastalık şiddeti ile yalnızlık şiddeti pozitif yönde ilişkilendirilmiştir (246). Yapılan bu çalışmaların sonucunda kronik seyreden, yeti yitimine neden olan, toplum tarafından damgalanabilen hem fiziksel hem de psikoz gibi ağır ruhsal hastalıklarda yalnızlık düzeylerinin daha fazla olduğu yorumu yapılabilir.

Morisky tedavi uyumu incelendiğinde hastaların % 56'sında ilaç uyumunun orta, % 33'ünde düşük olduğu görülmüştür. Uzun süreli ilaç kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda ortalama % 41 oranında uyumsuzluk bildirilmiştir (243). Ruhsal hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk oranı % 20 ile % 50 arasında değişirken; psikotik hastalıklarda oranlar % 70-% 80'lere çıkabilmektedir (247).

Ruhsal hastalıklarda Morisky tedavi uyumu ölçeği kullanılan çalışmalar sınırlıdır. 2004 yılında Yılmaz ve ark.'nın tedavi uyumunu araştırdığı antipsikotik kullanan 117 hasta ile yaptığı bir çalışmada hastaların % 47.9'unun ilaç uyumu yüksek, % 43.6'sının ise orta bulunmuştur (169). 2011 yılında Kelleci ve ark.'nın farklı psikiyatrik tanı gruplarından 140 hasta ile yaptığı ilaç uyumu ve sosyal destek ilişkisini inceleyen bir çalışmada hastaların Morisky ilaç uyumu % 48.6; yine 2011'de Demirkol ve ark.'nın 230 psikiyatri hastasını tarayarak yaptığı retrospektif çalışmada, OKB tanılı hastaların Morisky tedavi uyumu % 42.9 oranında orta saptanmıştır. 2012 yılında Mahaye ve ark.'nın aynı ölçeği kullanarak yaptığı araştırmalarda ilaç uyum seviyeleri orta (% 50.6) bulunmuştur (248). Bu sonuçlar çalışmamızla benzerdir.

Hastaların RHİDÖ toplam puan ortalaması 63.84 ± 14.36 olarak bulunmuştur. RHİDÖ toplam puan ortalaması dikkate alındığında; hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi orta olarak yorumlanmıştır. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; Arslantaş ve ark. psikiyatri hastalarında damgalanmanın yüksek olduğunu bulurken (208), Ritscher ve Phelan yaptıkları çalışmada ise, ayaktan psikiyatri hastalarının % 73.2'sinin içselleştirilmiş damgalanmalarının yüksek olduğunu saptamışlardır (152). Karidi ve ark. şizofreni hastaları üzerine yaptığı araştırmada şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyini yüksek olarak bulmuşlardır (209). Başka bir çalışmada ise Yıldız ve ark. şizofreni hastalarında damgalanmanın majör depresif bozukluk hastalarından daha yüksek düzeyde olduğunu belirlemişlerdir (210). Tel ve Ertekin'in ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında yaptığı çalışmada içselleştirilmiş damgalanma puan ortalaması 64.28 ± 18.98 olarak bulunmuş olup, çalışmamızla benzerlik göstermektedir (190). Yine depresif bozukluğu olan 83 hasta ile yapılan bir tez çalışmasında örneklemin ortalama RHİDÖ puanı $61,93 \pm 16,14$ olarak tespit edilmiş, çalışma sonuçlarımızla uyumlu bulunmuştur (211). Çalışmamızda belirlediğimiz örnekleme içselleştirilmiş damgalanmayı araştıran yeterli sayıda çalışma olmadığından bu verinin yorumlanması zordur. Literatürde içselleştirilmiş damgalanmanın, ruhsal hastalık tanısının ağırlığı ile ilişkili olduğuna değinilmiştir (212, 213). Buradan yola çıkarak psikotik özellikler gösteren,

kronik seyreden, yeti yitimine neden olabilen şizofreni ve duygudurum bozuklukları gibi ağır ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin daha fazla olmasını beklemek yanlış olmaz. Bizim çalışmamızın sonuçları içselleştirilmiş damgalanmanın sadece ağır ruhsal hastalıklarda değil, ağır olmayan ruhsal hastalıklarda da dikkate alınması gerektiği ve ruhsal hastalık tanısının ağırlığı ile belirtilerinin şiddeti arttıkça damgalanmanın daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastalar en yüksek ortalamayı sırasıyla “Yabancılaşma” (14.36 ± 4.56), “Kalıp Yargıların Onaylanması” (14.19 ± 3.89), “Sosyal Geri Çekilme” (12.95 ± 4.20), “Damgalanmaya Direnç” (12.35 ± 2.38) alt boyutlarından; en düşük ortalamayı ise “Algılanan Ayrımcılık” (9.99 ± 3.54) alt boyutundan almışlardır. Tanebe ve ark.’nın içselleştirilmiş damgalanma ölçeğinin Japon versiyonunu geliştirmek için yapmış oldukları çalışma, Batinic ve ark.’nın panik bozukluğu olan hastalarla yürüttüğü çalışma (189, 214) ile Kim ve ark.’nın ayaktan takip edilen bipolar ve şizofreni bozukluğu olan hastalarla yürüttüğü çalışmaların sonuçları (215) bizim sonuçlarımızla benzer olup; ortalama puanı en yüksek alt boyut yabancılaşma, en düşük ise algılanan ayrımcılık olarak saptamışlardır. Çoşkun ve Caymaz ile Tel ve Ertekin’in ayaktan takip edilen psikiyatri hastaları ile Arabacı ve ark.’nın adli psikiyatri hastaları ile yaptığı çalışmalarda RHİDÖ alt boyutlarından en yüksek ortalama “Kalıp Yargıların Onaylanması” iken, en düşük ortalama ise bizim sonucumuzla uyumlu “Algılanan Ayrımcılık” olmuştur (190, 203, 216).

Yabancılaşma, kavram olarak kişinin kendini bütün olarak hissedememesi; bedensel ve ruhsal varlığı arasındaki ayrım; içinde yaşadığı doğadan, kendiliğinden, benlik saygısından, insanlığından ve öteki insanlardan uzaklaştıran eylem olarak ifade edilmektedir (249). Bu gibi özelliklerden dolayı yabancılaşma puanı yüksek olan hastalar, toplum tarafından açık bir ayrımcılığa maruz kalmasalar bile kendilerini başta benliklerinden olmak üzere diğer bireylerden ve çevreden farklı, eksik, kimi zaman yetersiz, damgalanmış olarak görmektedirler (8, 216). Bu araştırma da özellikle algılanan ayrımcılık puanlarının düşük olmasına karşın; yabancılaşma boyutu başta olmak üzere

hastaların içselleştirilmiş damgalanma puanlarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Hastaların damgalanmaya karşı direnç gösterdikçe kişilerarası iletişimlari artmakta, sosyal faaliyet ve boş zaman etkinliklerine katılımı, dolayısıyla bağımsızlık performansları artmaktadır. Sibitz ve arkadaşları, damgalanma direncini özsaygı, güçlendirme ve yaşam kalitesiyle ilgili olumlu ilişkilendirmişlerdir (251). Ölçek puan hesaplamamızda damgalanmaya direnç alt boyut puanları ters olarak kodlandığı için damgalanmaya direnç puanları ne kadar yüksekse hastaların algıladıkları damgalanma düzeyleri de o derece yüksek olmaktadır. Bizim çalışmamızda da damgalanmaya direnç puanları çoğu çalışmayla benzerlik gösterde de (190, 203, 189); 2007 yılında Ersoy ve ark.'nın 230 psikiyatri hastasıyla yaptığı RHİDÖ'nun Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasında damgalanmaya direnç puanları en düşük boyut olarak bulunmuştur (164). Bu farklılığın nedenleri olarak örneklem grubunu oluşturan hasta grubunun tanı açısından heterojen olması, her iki örneklem büyüklüklerinin ve psikopatolojilerinin farklı olması söylenebilir. Damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanmayı izleyen süreçte ayrımcılık, soyutlanma, sosyal statülerin kaybı gibi faktörler kişilerin benlik saygılarının azalmasına neden olabilmekte; bunlar da hastalıkla ilgili baş etme mekanizmalarını yeteri kadar kullanamama ile gerekli direnci gösterememekle sonuçlanabilir (164, 223).

OKB tanılı hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri ile içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini etkileyebilecek değişkenler ele alınmış; konuyla ilgili literatür tarandığında, çalışmaların bir çoğunun hastalardaki içselleştirilmiş damgalanmanın yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir durumu, aktif çalışma hayatının olup olmaması gibi değişkenlerle olan ilişkisine değinildiği görülmüştür (187-191).

Çalışmamızda hastaların sosyodemografik özelliklerinden içinde bulundukları yaş aralıkları ile RHİDÖ puan ortalamaları incelendiğinde, aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir (192,193,194).

Hastaların cinsiyet ve medeni durumlarının da RHİDÖ puan ortalamaları üzerine anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Picco ve ark.'nın 2016 yılında 280 katılımcı ile içlerinde OKB tanılı kişilerin de dahil edildiği psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalanmayı incelemek için yaptığı araştırmada, cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin hastalardaki içselleştirilmiş damgalanma düzeyini etkilemediği görülmüştür (155). Bunun yanında West ve ark.'nın ağır psikiyatrik bozukluğu olan kişilerdeki içselleştirilmiş damgalanmanın prevelansını değerlendirme nedeniyle 144 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, cinsiyet faktörünün hastalardaki içselleştirilmiş damgalanmayı etkilemediği sonucuna varılmıştır (195). Bu bağlamda çalışmamızın sonuçları literatür ile tutarlılık göstermektedir.

Hastaların çalışma durumları ile RHİDÖ yabancılaşma alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup; çalışmayan kişilerin, çalışan gruba göre daha fazla damgalanma yaşadıkları, kendilerini daha çok yabancı hissettikleri tespit edilmiştir. Tekli analizlerde elde edilen bu sonuçlardan toplam damgalanma puanları regresyon analizinde anlamlılığını korumuştur. Brohan ve ark.'nın 2011 yılında 13 Avrupa ülkesinden toplamda 1182 psikiyatri hastasının dahil edildiği içselleştirilmiş damgalanma, güçlenme ve algılanan ayrımcılık ile ilgili yaptıkları çalışmada, çalışmayanların içselleştirilmiş damgalanma puanları çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (196). Şizofreni başta olmak üzere birçok ruhsal hastalıkta damgalanmanın işlevsellik üzerine olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir (188, 212, 252). Güney Amerika ve ülkemizde bipolar hastalarla yapılan çalışmalarda içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsellik kaybının doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir (253, 254). Bu değerlendirmeler sonucunda damgalanma ile işlevsellik arasında “kısır döngü” bir ilişki olduğu söylenebilir. Yani hastalıkla ortaya çıkan işlevsellik kaybı damgalanmaya neden olmakta ya da algılanan damgalanma hissi mesleki işlevselliği azaltmaktadır. Aynı zamanda damgalanma hissi yaşayan hastalarda benlik saygılarının azalması, kişiler arası iletişimlerinin bozulması, sosyal anksiyete yaşamaları, dışlanmaya maruz kalmaları da etkili olmaktadır (8, 255). Sonuç olarak çalışmayan OKB hastalarının ekonomik özgürlüklerinin olmayışı, maddi açıdan kendilerine

yetmekte zorlanmaları, başkalarına ihtiyaç duymaları ve bağımlı hale gelmeleri ve böylelikle daha fazla damgalanmaya maruz kaldıkları veya damgalanma algılarından dolayı çalışma hayatlarını sürdüremedikleri düşünülebilir.

Kent merkezi dışında kırsal kesimde (köy/kasaba) büyüyen hastaların RHİDÖ kalıp yargıların onaylanması, sosyal geri çekilme alt boyutları ile toplam puan ortalamaları kentte büyüyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Tekli analizlerde elde ettiğimiz veriler regresyon analizinde sosyal geri çekilme boyutu dışında anlamlılığını korumuştur. Gerek yurtdışında, gerek ülkemizde yapılan çoğu araştırmanın sonucunda kent merkezinde yaşayanların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri köyde yaşayanlara göre daha düşük olarak saptanmıştır (197, 198, 256). Kırsal kesimde damgalanma ile ilgili tutum, stereotipi ve önyargıların daha fazla olduğu ilgili literatürde belirtilmektedir. Angermayer ve ark. 2004 yılında yaptıkları bir çalışmada kırsalda yaşayan hastaların damgalanma algısının kent merkezinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (198). Ülkemizde de depresyon hastalarında yapılan bir çalışmada aynı sonuca ulaşılmıştır (211). Bununla beraber kırsalda yaşayanların içselleştirilmiş damgalanmasının daha yüksek olmasının her zaman için kırsalda damgalanma ile ilgili tutum, stereotipi ve önyargılarla ilişkili olmayabileceği de düşünülebilir. Çünkü köy yaşantısında sosyal ilişkilerin daha samimi ve güçlü olduğu, sosyal temasın daha fazla olduğu, geniş ailelerin söz konusu olduğu düşünülürse kent merkezlerinde ruhsal hastalığın başkaları tarafından bilinmesinin kırsala göre daha az olacağı düşünülebilir. Bu durumda, kırsal ile kent merkezinde yaşayanların damgalama ile ilgili tutum, stereotipi ve önyargıları aynı olsa bile, algılanan damgalanma düzeyinin kırsalda daha fazla olması beklenebilir.

Hastaların eğitim durumları ile RHİDÖ yabancılaşma, sosyal geri çekilme alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark, anlamlı olup, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analiz sonucunda ilköğretim mezunu olanların veya hiç okula gitmeyenlerin, yüksekokul/üniversite mezunlarından daha fazla damgalanma yaşadıkları saptanmıştır. Tekli analizlerde elde ettiğimiz bu sonuçlar regresyon analizinde

yabancılaşma boyutunda anlamlılığını korumuştur. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça hastalıklar konusunda bilgi artışı yanında, daha bilimsel ve insancıl bir yaklaşım sergileyebilmekte ve buna paralel olarak da tıbbi sağıaltım önerilerine uyumları artmaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça hastalığın ortaya çıkmasında biyolojik etkenlerin daha fazla rol aldığı, hastalığı kabullenmenin daha kolay olduğu ve tedaviye verilen önemin arttığı görölürken; daha az eğitimli kişilerin ruh sağılığı merkezlerini daha az kullandıkları ve geleneksel iyileştiricilere daha fazla başvurdukları bilinmektedir (8). Paraskevoulakou ve ark.'nın 2017'de 124 katılımcı ile ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanmanın belirlenmesi amacıyla yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi azaldıkça, içselleştirilmiş damgalanmanın yükseldiğı sonucu bulunmuştur (200). Moore ve ark.'nın mahkûmlarda toplumsal damgalama ve algılanan damgalanma ilişkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları başka bir çalışmada ise içselleştirilmiş damgalanma ile eğitim seviyesi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir (201). Literatürdeki bu çalışmalar bizim çalışmamız ile uyumlu görünmektedir.

Hastalardaki algılanan gelir durumunun RHİDÖ yabancılaşma ve damgalanmaya direnç alt boyut puan ortalamaları üzerine etkisi anlamlı bulunup; farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analiz sonucunda geliri az olanların gelir gidere denk ve gelir giderden fazla olanlara göre daha fazla etkilendikleri görölmüştür. RHİDÖ toplam puan ortalamaları açısından değerdendirdiğimizde ise geliri az olan hastaların, denk olanlara göre içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri daha fazladır. Tek değışkenli çözümlemelerde anlamlı çıkan bu bulgular çok değışkenli analizlerde ise istatistiksel açıdan anlamlılığını yitirmiştir. Sonuç olarak hastaların gelir durumunun içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Literatürde, sosyoekonomik düzey ve damgalanma ilişkisini inceleyen araştırmalarda, çelişkili sonuçlar yer almaktadır. Ergün ve Yönder tarafından yapılan çalışmada, hastaların yaş, eğitim, cinsiyet, ekonomik ve medeni durum gibi sosyodemografik verileri ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (257). Muñoz ve ark. ile Brohan ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda da algılanan gelir

durumu ile damgalanma düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır (196, 258). İlgili literatürdeki bu sonuçlar, çalışmamız bulguları ile paralellik göstermekle birlikte; öte yandan üst sosyoekonomik grubun psikiyatrik rahatsızlıkları daha iyi bildikleri ve psikiyatri hastalarına daha duyarlı davrandıkları, ruhsal hastalıklara karşı sergiledikleri bu yaklaşımı, kendilerine karşı da sergiledikleri (202), bu nedenle içselleştirilmiş damgalanmaya karşı daha dirençli olduklarını gösteren çalışmalar da vardır (161, 203). Bu farklılığın nedenleri olarak örnekleme oluşturan gruba psikiyatrik ek tanısı olanların ve farklı gruplardan hastaların alınmış olması, örneklem büyüklüklerinin farklı olması, araştırma deseni ve yöntemlerinin her çalışmada aynı olmaması, bazı çalışmalarda elde edilen bulguların ileri analiz aşamasına dahil edilmemeleri sayılabilir.

Hastaneye yatış öyküsü olan hastaların RHİDÖ damgalanmaya direnç hariç tüm alt boyutlar ile toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yatış öyküsü olan grubun, hiç yatarak tedavi görmeyen gruba göre yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması, algılanan ayrımcılık, sosyal geri çekilmeleri ile içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri daha fazladır. Tekli analizlerde bulduğumuz bu veriler regresyon analizine alındığında yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve toplam damgalanma düzeylerinde anlamlılığını korumuştur. Elde ettiğimiz bu sonuçlar, literatür ile uyumludur (155, 194, 204, 205). Psikiyatri kliniğine yatış öyküsünün hastayı etiketlemeyi arttırdığı bildirilmiştir (206). Yatışı olan hastalar hem toplum tarafından daha fazla damgalanmakta hem de bu hastalarda toplumun ruhsal hastalık çıkmadan önce zihninde var olan stereotipleri daha fazladır. Bu kişiler ruhsal hastalık tanısı alınca bu önyargılar ve basmakalıp, değiştirilemez düşünceler uyanır ve kişilerin zihinlerinde o şekilde işlemeye başlar (8). Hastane yatışı olması ile birlikte yatışın da getirdiği olumsuz kalıp yargıları içselleştirilebilir. Bu süreç bilişsel ve duygusal reaksiyonlar sonucunda ise davranışlara yansımaktadır (151). Damgalamanın ve içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi uyumunu bozduğu ve tedavinin önünde bir engel olduğu; bunun sonucu olarak artan hastalık şiddeti ve yeti yitimi göz önüne alındığında içselleştirilmiş damgalanması daha fazla olan hastaların psikiyatri kliniklerine yatış öyküleri de daha fazla olabilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde

yatış öyküsü ve içselleştirilmiş damgalanma arasında çift yönlü ilişki olabileceğinden bahsedilebilir.

Çalışmamızda hastalar klinik belirtilerine göre değerlendirildiğinde cinsel ve dinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar ile RHİDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Cinsel/dinsel obsesyon ve ilişkili kompulsiyona sahip olan hastaların kendilerini daha fazla damgaladıkları görülmüştür. Cinsel obsesyon/kompulsiyonlar damgalanmaya direnç hariç tüm alt boyutlarda anlamlı iken; dinsel obsesyon/kompulsiyonlar yabancılaşma, kalıp yargıların onaylanması ve sosyal geri çekilme alt boyutları ile ilişkilendirilmiştir. Tekli çözümlemelerde elde ettiğimiz bu sonuçlar regresyon analizine alındığında; dinsel obsesyon/kompulsiyonlar önemini yitirmiştir. Bunun nedeni olarak bu belirti kümesine sahip hasta sayısının az olması veya hastaların bu tarz yakınmalarını görüşme sırasında hekime ifade etmekten utanmaları, kaçınmaları şeklinde yorumlanabilir. Cinsel obsesyon/kompulsiyonlar ise regresyon analizinde yabancılaşma alt boyutu dışında anlamlılığını korumuştur. Yazına baktığımızda OKB belirti boyutları ile içselleştirilmiş damgalanma ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Cinsel temalı bu belirtiler otojen obsesyonlar dediğimiz gruba girmekte olup; bu türden obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar daha tekrarlayıcı, daha huzursuz edici, kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyabileceği ve utanç hissedebileceği, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyaran gereken belirtilerdir. Bu özellikler göz önüne alındığında bu belirti kümesine sahip OKB hastalarında damgalanma düzeylerinin daha şiddetli olduğu anlaşılabılır. Bizim çalışmamız bu alanı değerlendiren ilk çalışma olmakla birlikte; etkilerinin daha iyi anlaşılması için gelecekte yapılacak daha geniş örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hipotezlerimizden biri olan “İçgörüsü iyi olan OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri şiddetlidir.”i değerlendirmek için OKB ve içgörü arasındaki ilişki araştırılmış, anlamlı fark bulunamamıştır. İçgörü, genel olarak “hastalığının farkında olma” şeklinde tanımlanır. OKB hastasının içgörüsü değerlendirilirken, o sıradaki çoğu zaman obsesyon ve kompulsiyonlarının gerçek olmadığı veya olamayabileceğinin farkında ise

“içgörüsü iyi”; aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa, olasılıkla gerçek olduğunu düşünüyorsa “içgörüsü kötü”, gerçekliğine kesin olarak inanıyor ise “içgörüsü yok” şeklinde üç grupta incelenir (13). İçgörüsü iyi olan hastaların, hastalıklarının daha farkında olmaları, obsesyon ve kompulsiyonların olağan bir durum olmayıp garip veya anlamsız olduğunu kabul edip bunları kişiliğin bir uzantısı ya da mizaç/huy olarak görmemeleri, psikiyatrik başvuru ve tedavi ihtiyacının gerekliliğinin bilincinde olmaları gibi faktörlerden yola çıkarak; oluşturduğumuz hipotezimiz çalışma sonuçları ile ilişkilendirilememiştir. Literatür tarandığında ise içselleştirilmiş damgalanma ve içgörü arasında pozitif güçlü bir ilişki belirlenmiş, çeşitli çalışmalarda içgörüsü iyi olan psikiyatri hastalarının içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin fazla olduğu görülmüştür (226-229). Çalışma örneklemimizi hastanemiz psikiyatri polikliniklerine başvuran hastalardan seçtiğimiz için içgörüsü kötü veya olmayan kişi sayısının çok az oluşu, içgörü değerlendirmesinde özgül bir ölçek kullanmayışımız, hipotezimizi kurarken içgörü ve tedavi uyumu ilişkisini içselleştirilmiş damgalanma üzerine etkisini yeteri kadar değerlendirmeyişimiz ve toplumdaki kültürel farklılıklar hipotezimizi doğrulamamış olabilir.

Çalışmamızda obsesyon puanları, kompulsiyon puanları ve YBOKÖ toplam puan ortalamaları ile içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamaları arasında; damgalanmaya direnç hariç geri kalan tüm boyutlarda pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Pearson analizinde elde edilen bu sonuçlardan sadece YBOKÖ toplam puanı regresyon analizinde anlamlılığını sürdürmüş olup; hastalık şiddeti hafif olan olguların orta ve şiddetli olan gruplara göre yabancılaşma alt boyut puanları daha düşük bulunmuş; yabancılaşma yönünde içselleştirilmiş damgalanmalarının daha az olduğu görülmüştür. Literatürde, OKB düzeyi ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiye bakıldığında bu konuda yapılmış yalnızca bir çalışma bulunmuştur. 2017 yılında ülkemizde yapılan 55 OKB hastası ile içselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi ve tedavi uyumunu inceleyen bir tez çalışmasında obsesyon ve kompulsiyon şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma arasında pozitif yönde yüksek düzey ilişki bulunmuş olup; en ilişkili boyut algılanan ayrımcılık alt boyutu olmuştur (161). Bu farklılık literatürde bu alanda

yeterli çalışmanın olmaması, örneklem büyüklüklerinin farklı olması, karşılaştırmış olduğumuz çalışmada obsesyon ve kompulsiyon puanlarının ayrı değerlendirilip toplam puanın değerlendirilmemesi ve çalışma deseninin farklı olması ile açıklanabilir. Hem sosyodemografik verilerin hem de obsesyon ve kompulsiyon düzeyinin içselleştirilmiş damgalanmayla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu değerlendirildiğinde; OKB hastalarının damgalanmayı içselleştirmelerindeki belirleyici unsurun sosyodemografik verilerle birlikte hastalığın kendisinin ve belirti şiddetinin olduğu yorumlanabilir.

Hastalık şiddeti arttıkça hastaların kendilerini damgalamaları artmaktadır. Hastalık şiddeti ile birlikte hastaneye yatış ihtiyacının doğması da damgalanma düzeylerinde etkili olabilmektedir. Literatürde de hastalık şiddeti veya belirti şiddetiyle içselleştirilmiş damgalanma arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Psikotik bozukluk tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada anksiyete düzeyi ile içselleştirilmiş damgalanma arasında olumlu yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (217). Literatür tarandığında şizofreni hastalarında pozitif (212, 218) ve negatif belirtileri (152, 193, 212, 219) fazla olan hastalar ile semptomları belirgin olan depresyon hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın daha yüksek olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Buna benzer olarak, 2004 yılında, Ertuğrul ve Uluğ'un 60 katılımcı ile gerçekleştirdiği bir çalışmada psikiyatrik semptom puanı yüksek olanlarda ve yeti yitimi daha fazla olan hastalar ile duygusal ve sosyal geri çekilmesi ön planda olan hastaların damgalanma puanları yüksek bulunmuştur (220). İlgili alandaki bu bulgular çalışmamızla tutarlılık göstermektedir. Yapılan çalışmalar damgalanmanın en önemli bileşeni için ruhsal bozukluğu olan hastaların "tehlikeli" ve "ne yapacağı tahmin edilemez, davranışları öngörülemez" kişiler olarak değerlendirildikleri görüşünü savunmaktadır (221, 222). Bundan yola çıkarak hastalık şiddeti artması sonucu psikiyatri kliniklerine olan yatışların da artması, toplum tarafından bu tehlikelilik algısının artması, kişilerin iş ve sosyal hayatlarında işlevselliklerinin ve kişilerarası iletişimlerinin bozulması, özgürlüklerinin kısıtlanması ve başka tedavi seçeneklerinin söz konusu olması gibi faktörler bireylerin damgalanmaya daha fazla maruz kalacağı, damgalanmayı daha fazla içselleştirebilecekleri ve kendilerini daha çok

yabancı hissedecekleri şeklinde yorumlanabilir. Öte yandan kuramsal açıdan ruhsal hastalıkların kişinin kendisini, yaşamını ve de geleceğini olumsuz etkileyebileceği için içselleştirilmiş damgalanmayı arttıracak; bunun sonucunda da artan içselleştirilmiş damgalanmanın da kişinin ruhsal belirtilerini arttırıp, hastalığını şiddetlendirebileceği düşünülebilir. Yani büyük bir olasılıkla OKB şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma arasında çift yönlü bir ilişki vardır.

Çalışmamızda HAM-D puanları 16'dan daha az olan hastalar ile içselleştirilmiş damgalanma puan ortalamaları arasında pearson analizinde pozitif yönde orta düzeyde anlamlı fark bulunmuş olup; regresyon analizinde bu anlamlılık kaybolmuştur. Depresyon varlığının, içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini etkilediği bilinmektedir. Literatürde depresif bozukluk ve içselleştirilmiş damgalanma arasındaki ilişkiyi açıklayan yeterli sayıda çalışma mevcut olup; ikisi arasında çift yönlü ilişki olduğuna değinenler de vardır. Bu noktada, bizim çalışmamız tek başına OKB varlığının, depresif belirtilerden bağımsız şekilde içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinde etkili olduğunu göstermiştir.

Hastaların yalnızlık düzeyleri ile RHİDÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup, farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde yalnızlık düzeyi orta ve yüksek olanların, düşük düzey yalnızlığı olan hastalardan daha fazla damgalanma yaşadıkları; orta ve yüksek düzey yalnızlığı olan iki grup arasında ise fark olmadığı saptanmıştır. Tekli analizlerde elde edilen bu sonuçlar regresyon analizine dahil edildiğinde, yalnızlık düzeyi orta ve yüksek olanların düşük olanlara göre “kalıp yargıların onaylanması” ve “sosyal geri çekilme”; yalnızlık düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre “algılanan ayrımcılık”, “damgalanmaya direnç” ve “toplam RHİDÖ” boyutlarında daha fazla damgaladıkları görülmüştür. Bu veriler doğrultusunda içselleştirilmiş damgalanma ile yalnızlık düzeylerinin pozitif yönde ilişkili olduğu söylenebilir. Literatürde içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık ilişkisini inceleyen çalışma tarayabildiğimiz kadarıyla bulunamamıştır. Ancak bilindiği üzere çevrenin ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı olumsuz yargı ve tutumları kişilerin

sosyalleşmelerini, evlenmelerini, çocuk sahibi olmalarını, işe girmelerini, mesleklerini sürdürebilmelerini, ev kiralamalarını, komşuluk yapma gibi olanaklarını engelleyebilmektedir (164, 223). Bu durum kişinin toplumsal hayattan soyutlanmasına, benlik saygılarının azalmasına ve hastalıkla ilgili baş etme mekanizmalarını iyi kullanamamasına yol açabilir. Psikiyatrik tanı alınması sonucu etiketleme ile başlayan damgalanma süreci öncelikle kişilerde var olan stereotipleri uyandırır, bunu ayrımcılık izler. Algılanan ayrımcılık çevredekilerin yakın olmak istememe, karşı olma durumundan başlayarak hastaların kısıtlanması, engellenmesi ve toplumdan soyutlanması gibi süreçleri içermekte, kısacası hastaları yalnızlaştırmaktadır (8). Aynı zamanda yapılan çalışmalarda yalnızlık arttıkça depresif yakınmalarının arttığı gösterilmiş olup (224); açığa çıkan depresyonun veya hastalığa bağlı demoralizasyonun da hastaların damgalanmalarını içselleştirmelerinde etken olduğu düşünülebilir. Bu tutumlardan dolayı hastaların belirli bir zaman sonra yapılan bu etiketleri kabul ederek kendisini çevresinden uzaklaştırdığı ve yalnız kaldıkları görülmektedir. Yalnızlaşan hastalar bireysel ve toplumsal hayatta etkin rol almakta zorlanmakta, kendilerini beceriksiz, işe yaramaz ve değersiz görmekte bu da ilerleyen süreçlerde negatif sonuçlara yol açabilmektedir.

Son olarak hipotezlerimizden biri olan “OKB hastalarında içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça tedavi uyumu bozulur.” savını kanıtlamak için çalışmamızda içselleştirilmiş damgalanma ve tedavi uyumu arasındaki ilişkiye bakılmış, ancak anlamlı fark bulunamamıştır. Hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça izolasyonları, yabancılaşmaları, ayrımcılıklarının artması, toplumdan soyutlanmaları, sosyal ilişkilerden kaçınmaları gibi sonuçlar göz önüne alındığında hastaların tedavi uyumlarının bozulacağını düşünerek oluşturduğumuz bu hipotezimizi çalışmamızın verileri doğrulamamıştır. Damgalanma ve damgalanma algısının tedavinin önünde engel olduğu bilinmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma düzeyi fazla olan hastaların hastaneye ve psikiyatri polikliniklerine başvuru oranlarının daha az olacağını düşündüğümüzde ise, psikiyatri polikliniklerine başvuran OKB hastalarından bir çalışma örneklemini oluşturduğumuzdan; bu durumun etkili

olabileceği düşünebilir (161). Dikeç ve ark.'nın 2014 yılında psikoz hastaları ile yaptığı bir çalışmada bizim çalışmamızla tutarlı sonuçlar elde edilmiş olup, tedavi uyumu ile içselleştirilmiş damgalanma arasında herhangi bir ilişki saptanmamış iken içselleştirilmiş damgalanma alt boyutlarından yabancılaşma alt boyutu ile tedavi uyumu arasında olumsuz yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (226). Diğer yandan Yıldırım ve ark.'nın, 48 katılımcı ile yaptıkları içselleştirilmiş damgalanma, içgörü ve tedavi uyumunu inceleyen bir çalışmada aralarında pozitif yönde ilişki olduğu görülmüştür (227). Fung ve ark. 2010 yılında 105 katılımcı ile yaptıkları araştırmada içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri arttıkça, psikososyal tedaviye uyumun bozulduğunu belirlemişlerdir (228). Daha önce de belirtildiği gibi ilgili yazında yalnızca OKB ve içselleştirilmiş damgalanmayı inceleyen bir tez çalışması dışında başka araştırmaya ulaşılamamıştır. 2017 yılında, 55 OKB hastası ile yapılan içselleştirilmiş damgalanma, yaşam kalitesi ve tedavi uyumunu inceleyen tez çalışmasında bizim çalışmamızla benzer şekilde içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin tedavi uyumunu etkilemediği görülmüştür (161). Yapılan çalışma sonuçlarındaki farklılığın nedenleri olarak örneklem gruplarındaki psikopatoloji tiplerinin aynı olmayışı, hastalık şiddeti, araştırma deseni ve sosyokültürel etkenler olarak sıralanabilir.

İçselleştirilmiş damgalanma psikiyatrik bozukluğa sahip kişilerin hayatlarındaki birçok alanı etkilemektedir. İçselleştirilmiş damgalanmanın sosyal ilişkiler, yalnızlık, tedavi uyumu ve tedavi arayışı üzerine olan olumsuz etkileri hastalığın prognozunu negatif yönde etkilemekte, iyileşmeyi geciktirmektedir. İçselleştirilmiş damgalanma, toplumsal damgala(n)maya veya açık ayrımcılığa göre hastaları izlerken daha faydalı ve üzerinde çalışılabilir bir klinik belirtidir. Kişiye en fazla etkileyen damgalanma türü içselleştirilmiş damgalanmadır (152). Bu nedenlerden ötürü içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmayı hedefleyen tedavi seçenekleri, bu durumun yol açtığı olumsuz sonuçları ortadan kaldırabilir. Çalışmamızın konusu olan OKB de dahil tüm ruhsal hastalıklarda tanı ve tedavi sürecinde bu alan işlenmeli, üzerinde durularak gerekli durumlarda psikoterapötik müdahaleler

yapılmalıdır. Psikiyatrik tanısı olan kişilerin yalnız olmadıkları ve onlar gibi olan başkalarının hayatta istediklerini başarabildikleri mesajı verilmelidir.

OKB ve içselleştirilmiş damgalanma ile psikososyal değişkenler arasında neden sonuç ilişkisine varabilmek için literatürle karşılaştırma yapabileceğimiz daha fazla sayıda, daha geniş örneklemler ve farklı araştırma desenlerinin kullanıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu alanda gelecekte yapılacak çalışmalar içselleştirilmiş damgalanmanın OKB hastalarında daha iyi anlaşılmasına, psikososyal değişkenler ve tedavi uyumu üzerine etkilerinin daha net anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

Üstünlükler ve Sınırlılıklar

Bu çalışmanın sonuçlarını yorumlarken bazı sınırlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Elde edilen bulgular hastaların beyanına bağlı öznel verilere dayanmaktadır. Bu bağlamda özellikle sağlık noktasındaki demografik veriler nesnel verilerden farklılıklar arz edebilmektedir. Hastaların tedavi öykü değerlendirmesinde kullanılan ilaç gruplarının değerlendirilmemesi bir eksiklik meydana getirebilmekte; antipsikotik kullanımını içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini etkileyebilmektedir. Çalışma örneklemini hastanemiz psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, toplumdaki tüm OKB hastaları için genel yargılarda bulunmayı zorlaştırmaktadır. Özellikle tedavi uyumu ve içgörü konusunda herhangi bir psikiyatrik başvurusu olmayan, toplum içindeki hastaların değerlendirilmeye alınması sonuçları daha anlamlı kılacaktır. İçgörü değerlendirmesi için herhangi bir ölçek kullanılmaması, yalnızca klinik değerlendirme ve YBOKÖ’nde yer alan tek bir maddeyle değerlendirmek güvenilirlikle ilgili sorun yaratmakta ve metodolojik bir sınırlılık oluşturmaktadır. Ayrıca obsesyon ve kompulsiyon türleri dağılımı arasındaki dengesizlik ise ileri analizlerde çalışmamızda eksiklik yaratmaktadır.

Obsesyon ve kompulsiyon türlerinin içselleştirilmiş damgalanma üzerindeki etkisini araştıran ilk çalışma olması, örneklemin büyüklüğü, çoklu çözümlemelerin kullanılması çalışmamıza üstünlük kazandırmaktadır.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya dahil edilen OKB tanılı hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve yalnızlık düzeyleri arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Bu sonuçlar ruh sağlığı çalışanlarına yeni tedavi hedefleri ortaya koymaktadır. Kendini damgalayan hastaların kendisine ilişkin olumsuz algılarının altında yatan nedenlerin aydınlatılması açısından yalnızlığın sorgulanması ve yalnızlığa neden olabilecek etkenlerin tek tek ele alınıp değerlendirilmesi biz psikiyatristler için önemli bir adımdır. Bu konu daha geniş örneklemlilerle çalışmalarıyla desteklenmelidir.

Çalışma sonuçlarından biri OKB’de hastalık şiddeti ile içselleştirilmiş damgalanma arasında sadece yabancılaşma boyutunda çift yönlü ilişki olduğu idi. Bu bulgu çalışmamızda diğer boyutlarda etkili çıkmamasına rağmen hem hastaların kendilerini damgalama hislerinin hastalığı olumsuz etkilediği hem de belirti şiddetinin damgalanma algısını arttırdığı literatürde gösterilmiştir. Bu nedenle ruhsal durum muayenesi sırasında hastalık ve damgalanma beraber değerlendirilmeli, özellikle hastalığı ağır düzeyde olan kişilerde damgalanma algısı üzerinde daha fazla durulmalı, gerekirse psikoterapötik görüşmeler yapılmalıdır.

Sosyodemografik değişkenler içselleştirilmiş damgalanma üzerinde çok etkili bulunmamaktadır. Ancak kırsal kesimde yetişmek, çalışmıyor olmak ve eğitim seviyesinin düşük olması içselleştirilmiş damgalanma ile ilişkili olup, damgalanma düzeylerini arttırmaktadır. Ayrıca hastalığa dair bulgular (belirti çeşiti ve şiddeti ile yatış öyküsü) sosyodemografik bulgular kadar damgalanma düzeylerini etkilemekte olup; mevcut durum ve özgeçmiş klinik öykünün önemi vurgulanmalıdır.

İçselleştirilmiş damgalanmanın kaynağı toplumsal basmakalıp düşünceler ve önyargılardır. Bu düşüncelerle mücadele ruh sağlığı çalışanları açısından önemli bir sorumluluktur. Olumsuz sonuçlara neden olan bu düşüncelerin kaynaklarının aydınlatılması için daha fazla kanıta dayalı çalışmalara ihtiyaç vardır.



VII. ÖZET

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE İLGİLİ DEĞİŞKENLERİN ARAŞTIRILMASI

Giriş: Günümüzde çoğunlukla şizofrenik bozukluk tanısı alan bireyler üzerindeki damgalama etkisi ele alınmış olsa da, bu tür damgalayıcı tutum ve davranışlara maruz kalan ruhsal bozukluklardan biri de obsesif kompulsif bozukluktur. Literatürde obsesif kompulsif bozukluk ve içselleştirilmiş damgalanma birlikteliği ile ilgili az sayıda çalışma mevcut olup, ülkemizde de geniş kapsamlı herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ülkemizde obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda hastalık şiddeti ve özelliklerinin, sosyodemografik özelliklerin, eşlik eden depresyon varlığının, sosyal ilişkiler ve tedavi uyumunun içselleştirilmiş damgalanma düzeyleri üzerindeki etkisini araştıran ilk geniş kapsamlı araştırma olacaktır.

Amaç: Çalışmamızda obsesif kompulsif bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma düzeylerinin saptanması, ilişkili değişkenlerin saptanması; sosyal ilişkiler ile sağaltıma uyumun damgalanma üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde Nisan 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasında yatarak/ayaktan tedavi görmekte olan, SCID-5 görüşmesi ile tanı konulan, araştırmamıza katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerine uyan 100 OKB hastası örneklem olarak alınmıştır. Çalışmada Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ) yanı sıra Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), UCLA Yalnızlık Ölçeği, Morisky Tedavi Uyum Ölçeği kullanılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma ve sosyodemografik özellikler,

hastalığa ilişkin özellikler, yalnızlık düzeyleri ve tedavi uyumu arasındaki ilişki t testi, Mann Whitney testi, Kruskal Wallis testi ve çoklu karşılaştırmalarda post hoc Tukey B testi kullanılarak araştırılmıştır. İçselleştirilmiş damgalanma puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson analizi kullanılmıştır. Analizimizin ilerleyen aşamasında içselleştirilmiş damgalanma düzeylerini nihai yordayan değişkenleri bulabilmek için regresyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Kırsal kesimde yetişmek, çalışmıyor olmak, eğitim seviyesinin düşük olması, hastalık şiddeti, yatış öyküsü ve yalnızlık düzeylerinin içselleştirilmiş damgalanma ile pozitif yönde ilişkili olduğu; hastalık belirti çeşitlerinden yalnızca cinsel obsesyon ve ilişkili kompulsyonların damgalanma düzeylerinde etkili olduğu; içgörü ve tedavi uyumunun ise damgalanma ile ilişkili olmadığı görülmüştür.

Sonuç: OKB hastalarının takip ve tedavi süreçlerinde içselleştirilmiş damgalanma etkisi dikkate alınmalı, ruh sağlığı çalışanları olarak gerekli durumlarda psikoterapötik müdahaleler de bulunulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, içselleştirilmiş damgalanma, yalnızlık.

VIII. İNGİLİZCE ÖZET

INVESTIGATION OF INTERNALIZED STIGMA AND ITS CORRELATES IN OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

Introduction: Although stigmatization has mostly been addressed with its effects on individuals diagnosed with schizophrenia, another psychiatric disorder prone to be affected by stigmatizing attitudes and behaviors is obsessive compulsive disorder (OCD). Only a few studies are available in the literature investigating internalized stigma in OCD. Furthermore, no comprehensive studies about this subject have been reported from our country yet. This is the first comprehensive study from our country to investigate the effects of the following factors on internalized stigmatization levels in OCD: the severity and characteristics of the disorder, sociodemographic characteristics, concomitant depression, social relationships, and treatment adherence.

Objective: Our study aimed to identify internalized stigmatization levels in OCD, its correlates, and to investigate its effects on social relations and treatment adherence.

Method: One hundred OCD patients, who were diagnosed with SCID-5 and treated in the inpatient and outpatient psychiatry clinics of Hafsa Sultan Hospital of Celal Bayar University between the dates April 2019 and January 2020, were included in our study provided that they agreed to participate and met the inclusion criteria. In this study, the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMIS), the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS), the Symptom Checklist, the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), UCLA Loneliness Scale, and the Morisky Medication Adherence Scale were used. The relationship of internalized stigma with sociodemographic features,

disease-related features, loneliness levels, and treatment compliance was investigated with the t-test, the Mann-Whitney test, and the Kruskal-Wallis test. For multiple comparisons, post hoc Tukey' B test was used. The Pearson analysis was used for determining correlations of internalized stigmatization scores with other scale scores. In the further stages of our analysis, a regression analysis was applied to identify the variables predicting internalized stigmatization levels.

Results: Being brought up in a rural area, unemployment, a low education level, the severity of the disorder, hospitalization history, and loneliness levels were positively correlated with internalized stigmatization. Of the symptom types, only sexual obsessions and related compulsions were associated with stigmatization levels. Insight and treatment adherence were not associated with stigmatization.

Conclusion: Effects of internalized stigmatization should be taken into consideration in the follow-up and treatment processes of OCD patients. Mental health workers should provide psychotherapeutic interventions to address these issues when necessary.

Keywords: Obsessive compulsive disorder, internalized stigma, loneliness.

IX. EKLER

Ek - 1: Hamilton Depresyon Ölçeği

İsim:

Tarih:

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırtıyor.

10) Psikik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- İlmli
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

- 0- Yok
- 1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
- 2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0- Kilo kaybı yok.
- 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
- 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

- 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
- 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

Ek - 2: Morisky İlaç Uyum Ölçeği

Tedavi görmekte olduğunuz hastalık için ilaç kullandığınızı belirttiniz. Bireyler kendilerinin ilaç kullanma davranışlarıyla ilgili çeşitli konuları tanımladılar. Bu çerçevede sizin ilaç kullanma konusundaki deneyimleriniz bizim için önemlidir. Aşağıdaki yer alan sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. Bu hastalığınızla (Obsesif kompulsif bozukluk) ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız. SIRA NO Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz (EVET veya HAYIR şeklinde).

1) İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

2) İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

3) Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?

☐ Evet ☐ Hayır

4) Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?

☐ Evet ☐ Hayır

Ek - 3: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

SAPLANTI ZORLANTI BOZUKLUĞUNDA İÇSELLEŞTİRİLMİŞ DAMGALANMA VE ETKİLERİ

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Obsesif kompulsif bozukluk halk arasında takıntı hastalığı olarak bilinen, kişinin isteği dışında tekrar tekrar zihne giren, belirgin kaygıya neden olan düşünceler, hayaller ve dürtüler (obsesyon) ile bunların yarattığı kaygıyı gidermek için çoğu kez aşırı ve mantıksız bulmasına rağmen kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemlerle (kompulsiyon) karakterize ruhsal bozukluktur.

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin psikiyatrik tanı aldıktan sonra, açık bir ayrımcılığa maruz kalmasalar bile kendilerini damgalanmış hissettikleri görülmüştür. Bu kişiler kendi kendilerini toplumdan önce damgalayarak, utanç ve yetersizlik duygusu hissederler. Hastaların kendileriyle ilgili olumsuz otomatik düşüncelerde artış görülür ve kendilik değerleri azalır. Zamanla sosyal ilişkilerden kaçınırlar. Hastanın öz saygısı azalır, iş bulmak güçleşir, arkadaş edinme ve arkadaşlığı devam ettirme zorlaşır, aile ilişkileri de olumsuz etkilenir. Bu nedenlerle bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanıları hastalardaki içselleştirilmiş damgalanma düzeyinin, ilişkili değişkenlerin; hastaların tedaviye uyumu ve sosyal ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Hastalığı olan kişi için: Bu araştırma sırasında size öncelikle psikiyatri polikliniğinde Dr. Müge Elbir tarafından ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme amacı ile görüşme yapılacaktır. Hastalığınızı daha sağlıklı değerlendirebilmemiz için sizden kimlik bilgileriniz (yaşınız, cinsiyetiniz, medeni durumunuz, eğitiminiz, gelir durumunuz, yaşadığınız yer, hastalık ile ilgili bilgileriniz) istenecektir. 5 adet anket uygulanacaktır. Anketlerle ilgili ayrıntılı bilgi Dr. Müge Elbir tarafından size verilecektir. Bu anketler tahminen 20 dakikanızı alacaktır.

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlem ve tedavilerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma sırasında, eğer var ise kullandığınız ilaçlarda bir değişiklik olmayacaktır. Bu çalışma size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, daha sonraki görüşmeleri kabul etmeyebilirsiniz ve istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Ayrıca kendi rızanız olsun ya da olmasın, araştırmacılar tarafından da çalışmadan çıkarılabilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir. Bu çalışmaya katılmakla birlikte siz ve sizin gibi obsesif kompulsif bozukluk tanımlı hastaların sağaltımında ve sosyal ilişki kurma konusunda daha iyi bir iyilik haline ulaşmasına katkınız olacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu uygulama, zamanınızı ayırmanız dışında size herhangi bir risk ya da rahatsızlık yaratmayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Hastalığımla ilgili bilgiler gizli kabul edilecektir. Doktorum dosyayı inceleyebilir. Bazı bilgiler T.C. Sağlık Bakanlığı veya başka idari merciler tarafından yerinde veya belgelerin ulaştırılması yoluyla incelenebilir. Her kim olursa, bu bilgileri kişisel kabul edecek ve gizliliğini koruyacaklardır. Yazılı iznim olmadan, benimle ilgili tıbbi bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Eğer bu çalışmanın sonuçları yayınlanırsa, benden sadece isimsiz olarak bahsedilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Müge Elbir : 0 555 7484813 mugeelbir0111@gmail.com
2. E. Oryal Taşkın : 0 533 7419928 oryaltaskin@yahoo.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya

katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Ek - 4: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

1.Ad-soyad:				Tarih:
2.Cinsiyeti:	(1) Erkek	(2) Kadın	Yaşı :	
3.Medeni durum: hayatta değil)	(1) Bekar	(2) Evli	(3) Boşanmış/ayrı	(4) Dul (eşi
4.Eğitim Düzeyiniz: ortaokul	(0) Okuma yazma yok	(1) Okuma yazma var	(2) İlkokul –	
	(3) Lise	(4) Yüksek okul veya üniversite		
5. Meslek:	(1) Çalışmıyor	(2) İşçi	(3) Memur	(4) Esnaf
	(5) Öğrenci	(6) Serbest	(7) Emekli	(8) Çiftçi
	(9) Diğer.....			
6.Maddi durumunuz:	(1) Gelir giderden az			
	(2) Gelir gidere denk			
	(3) Gelir giderden fazla			
7. Yaşadığınız yer:	(1) Köy	(2) İlçe	(3) Kent	(4) Yurtdışı
8. Büyüdüğünüz yer:	(1) Köy	(2) İlçe	(3) Kent	(4) Yurtdışı
9. Birlikte yaşadığı kişiler: Çekirdek	(1) Tek başına	(2) Aile üyelerinden biriyle	(3)	
aile(anne, baba, çocuk)	(4) Geniş aile (anne, baba, çocuk, aile büyükleri, kardeşler)			
	(5) Arkadaşı/partneri			
10. Alışkanlıkları: (4)İlaç:.....	(0)Yok	(1) Sigara	(2) Alkol	(3) Sigara+alkol
11. İlk tanı aldığı yaş:				
12.Belirtilerin başlaması ile ilk psikiyatrik başvuru arasında geçen süre:				
13. Hastalık süresi (klinik olarak anlamlı belirtilerin başladığı tarihten bugüne kadar yıl olarak geçen süre):				
14.Şu anda psikiyatrik tedavi görüyor musunuz?	(0) Hayır	(1) Evet		
15. Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?	(0) Hayır	(1) Evet		
16.Düzenli psikofarmakolojik tedavi süresi:.....				
17. Kontrol muayenelerinize düzenli gelir misiniz?				
	(0) Hayır	(1) Evet		
18. Hastaneye yatış öyküsü:	(1) Var	(2) Yok		
19. Hastaneye yatış sayısı:				

20. Birinci veya ikinci derece akrabalarınızda psikiyatrik hastalık tanısı almış olan var mı?

(0) Hayır (1) Evet (tanısı.....)

21. Yakın arkadaşlarınızda psikiyatrik hastalık tanısı almış olan var mı?

(0) Hayır (1) Evet (tanısı.....)

22. Hastalığınızı yakın hissettiğiniz kişilere söyler misiniz?

(0) Hayır (1) Evet

23. Psikiyatrik tedavi aldığınızı yakın hissettiğiniz kişilere söyler misiniz?

(0) Hayır (1) Evet

24. Hastanın klinik içgörüsü:

(0) İyi (1) Kötü (2) Yok

25. Hastalık semptom profili:

- (0) Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar
- (1) Cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar
- (2) Dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar
- (3) Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları
- (4) Simetri – düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları
- (5) İstifleme obsesyonları ve kompulsiyonları
- (6) Patolojik kuşku ve kontrol kompulsiyonları
- (7) Bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar
- (8) Diğer (.....)

25. Sürekli tedavi gerektiren bedensel hastalık tanınız var mı?

(0) Hayır (1) Evet (tanı:.....)

26. Sürekli kullanmak zorunda olduğunuz psikiyatri dışı ilacınız var mı?

(0) Hayır (1) Evet (tanı:.....)

Ek - 5: Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

- | | | | |
|-----------------------------------|------------|-------|----------------------|
| “Kesinlikle aynı fikirde değilim” | diyorsanız | (1) | rakamını ; |
| “Aynı fikirde değilim” | diyorsanız | (2) | rakamını ; |
| “Aynı fikirdeyim” | diyorsanız | (3) | rakamını ; |
| “Kesinlikle aynı fikirdeyim” | diyorsanız | (4) | rakamını daire içine |

olarak

Okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.				
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.				
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.				
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.				
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.				
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.				
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.				
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.				
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmamama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.				
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.				

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.	1	2	3	4
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.	1	2	3	4
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.	1	2	3	4
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.	1	2	3	4
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.	1	2	3	4
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.	1	2	3	4
17. Ruhsal hastalığımanın olması hayatımı berbat etti.	1	2	3	4
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımanın olduğunu anlayabilirler.	1	2	3	4
19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.	1	2	3	4
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.	1	2	3	4
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.	1	2	3	4
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkımlarım olamaz.	1	2	3	4
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.	1	2	3	4

	Kesinlikle aynı fikirde değilim	Aynı fikirde değilim	Aynı fikirdeyim	Kesinlikle aynı fikirdeyim
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.	1	2	3	4
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.	1	2	3	4
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.	1	2	3	4
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.	1	2	3	4
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.	1	2	3	4

Ek - 6: UCLA Yalnızlık Ölçeği

UCLA-LS

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmeniz.

	Ben durumu Hiç Yaşamadım	bu Ben durumu NADİREN Yaşarım	bu Ben durumu BAZAN Yaşarım	bu Ben durumu SIK Yaşarım	bu Ben durumu SIK Yaşarım
1. Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1	2	3	4	
2. Arkadaşım yok.	1	2	3	4	
3. Başvurabileceğim hiç kimse yok.	1	2	3	4	
4. Kendimi tek başımaymışım gibi hissetmiyorum.	1	2	3	4	
5. Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1	2	3	4	
6. Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var.	1	2	3	4	
7. Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1	2	3	4	
8. İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşıyor.	1	2	3	4	
9. Dışa dönmük bir insanım.	1	2	3	4	
10. Kendime yakın hissettiğim insanlar var.	1	2	3	4	
11. Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	1	2	3	4	
12. Sosyal ilişkilerim.	1	2	3	4	
13. Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	1	2	3	4	
14. Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4	
15. İstedğim zaman arkadaş bulabilirim.	1	2	3	4	
16. Beni gerçekten anlayan insanlar var.	1	2	3	4	
17. Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1	2	3	4	
18. Çevremde insanlar var ama benimle değiller.	1	2	3	4	
19. Konuşabileceğim insanlar var.	1	2	3	4	
20. Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1	2	3	4	

Ek - 7: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi

**YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ
(9/89)**

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

1.	OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)		Semptom yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kısa 3	Kısa 4
2.	OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4
3.	OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4
4.	OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0	1	2	3	Tam teslimiyet 4
5.	OBSESYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4
OBSESYON ALITTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____						
6.	KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)		Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kısa 4
7.	KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4
8.	KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4
9.	KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0	1	2	3	Tam teslimiyet 4
10.	KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4
KOMPULSİYON ALITTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____						
11.	OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	Mükemmel 0	1	2	3	Yok 4
12.	KAÇINMA	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 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	

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz.
(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaze 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 öğrenmek
_____	_____	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

_____	_____	Doğüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği)
_____	_____	Doğüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

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

SOMATİK OBSESYONLAR

_____	_____	Hastalık ile ilgili*
_____	_____	Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili (örn. dismorfofobi)
_____	_____	Diğer

TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

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

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

_____	_____	Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü
_____	_____	Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
_____	_____	Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
_____	_____	Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek
_____	_____	Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek
_____	_____	Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
_____	_____	Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

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

SAYMA KOMPULSİYONLARI

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

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

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

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

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

DİĞER KOMPULSİYONLAR

Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)

Aşırı liste hazırlama

Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi

Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*

Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*

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

Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*

Batıl davranışlar

Trikotillomani*

Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*

Diğer

Ek - 8: DSM 5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID 5)

Hasta adı-soyadı:

Tarih:

Cinsiyet: (1)erkek (2)kadın

Yaşı:

Eğitim durumu: (1)okuryazar değil (2)okuryazar (3)ilköğrenim (4)ortaöğrenim (5)yükseköğrenim

Medeni durumu: (1)bekar (2)evli (3)boşanmış/ayrı (4)dul

Meslek durumu: (1)işsiz (2)ev hanımı (3)memur (4)işçi (5)serbest (6)çiftçi (7)emekli (8)öğrenci (9)diğer

Sosyoekonomik düzey: (1)alt (2)orta (3)üst

Yaşadığı yer: (1)köy/belde (2)kasaba/ilçe (3)kent

Öyküde ruhsal tedavi: (1)yok

(2)var:_____

Ailede ruhsal tedavi/hastalık: (1)yok

(2)var:_____

TANILAR

I. EKSEN

Şu anda Yaşam boyu

☐	☐	_____.
☐	☐	_____.
☐	☐	_____.
☐	☐	_____.
☐	☐	_____.

	Şu anda	Yaşam boyu
DUYGUDURUM EPİZODLARI		
Major depresif epizod	? - +	? - +
Manik epizod	? - +	? - +
Hipomanik Epizod	? - +	? - +
Distimik bozukluk	? - +	? - +
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu	? - +	? - +
Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu	? - +	? - +
PSİKOTİK SEMPTOMLAR		
Hezeyanlar	? - +	? - +
Hallüsinasyonlar	? - +	? - +
Dezorganize konuşma ve davranış	? - +	? - +
Katatonik davranış	? - +	? - +
Negatif semptomlar	? - +	? - +
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR		
Şizofreni	? - +	? - +
Şizofreniform bozukluk	? - +	? - +
Şizoaffektif bozukluk		
Sanrısız bozukluk	? - +	? - +
Kısa psikotik bozukluk	? - +	? - +
Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk	? - +	? - +
Madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk	? - +	? - +
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI		
Bipolar I bozukluk	? - +	? - +
Bipolar II bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk		
Major depresif bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk	? - +	? - +
MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI		
Alkol kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Sedatif/hipnotik anksiyolitik kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Kanabis kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Uyarıcı kullanım bozukluğu		
Opiyat kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Fensiklidin kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Başka halüsinojen kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Uçucular kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Diğer madde kullanım bozukluğu	? - +	? - +
ANKSIYETE VE DİĞER BOZUKLUKLAR		
Panik bozukluğu	? - +	? - +
Agorafobi	? - +	? - +
Toplumsal kaygı bozukluğu	? - +	? - +
Yaygın anksiyete bozukluğu	? - +	? - +
OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK ve TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU		
Obsesif-kompulsif bozukluk	? - +	? - +
Travma sonrası stres bozukluğu	? - +	? - +
ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU		
Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu	? - +	? - +
DİĞER BOZUKLUKLAR / TANI ÖLÇÜTÜ OLMADAN İÇERİLEN HASTALIKLAR		
Adet öncesi disfori bozukluğu	? - +	? - +
Özgül fobi		
Ayrılma anksiyetesi bozukluğu	? - +	? - +
Biriktiricilik bozukluğu	? - +	? - +
Beden algısı bozukluğu	? - +	? - +
Trikotillomani	? - +	? - +
Deri yolma bozukluğu	? - +	? - +
Uykusuzluk bozukluğu	? - +	? - +
Aşırı uykululuk bozukluğu	? - +	? - +
Anoreksiya nevroza		
Bulimiya nevroza	? - +	? - +
Kaçıngan / kısıtlı yiyecek alımı	? - +	? - +
Bedensel belirti bozukluğu	? - +	? - +
Hastalık kaygısı bozukluğu	? - +	? - +
Aralıklı patlayıcı bozukluk	? - +	? - +
Kumar oynama bozukluğu	? - +	? - +
Uyum bozukluğu	? - +	? - +

X. KAYNAKLAR

1. Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM (2004). Obsesif-Kompulsif Bozukluğun patogenezi. Anksiyete Bozuklukları, Tedavi Kılavuzu, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara.
2. Sadock BJ (2016). Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Çeviri Editörü. Prof. Dr. Ali Bozkurt. Çocuk Psikiyatrisi, Bebek Çocuk ve Ergen Gelişimi.
3. Subramaniam M, Abidin E, Vaingankar JA, Chong SA (2012). Obsessive–compulsive disorder: Prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47(12), 2035–2043. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0507-8>.
4. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, et al (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Molecular Psychiatry, 15(1), 53-63. <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2008.94>.
5. Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. N Engl J Med 2004; 350(3): 259-65.
6. Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. J Clin Psychiatry 1996; 57(suppl.8):3-6.
7. Bahar A. Şizofreni ve damgalama. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007.
8. Taşkın EO. Ruhsal Hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. İçinde: Taşkın EO, editör. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık, 2007.

9. Doğanavşargil GÖ. şizofreni ve depresyonda içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
10. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV, 1994). E Köroğlu (çev. ed.), dördüncü baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
11. Tükel R, & Demet MM (2017). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
12. Öztürk M. O, & Uluşahin A. (2015). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri.
13. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013;129 –140.
14. Okasha A. Obsessive-Compulsive Disorder. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry Vol 4. sf:1-21, 2000.
15. Bayraktar E. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Psikiyatri Dünyası 1:25-32, 1997.
16. Rasmussen S, Eisen J. Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. Psychiatr Ann. 1989;19(2):67–73.
17. Charley DS. Anksiyete Bozuklukları. Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volum II, (8th ed) (çev.ed. H Aydın, A Bozkurt). Güneş Kitabevi, Ankara. 2007; 1718-1800.
18. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV TR). Köroğlu E (ed.); 2007: 660 – 71.
19. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri. Ankara: 2008.
20. Stein DJ. Obsessive-compulsive disorder. The Lancet, 2002; 360(9330): 397- 405.34.

- 21.** Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45(12): 1094–9.
- 22.** Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton: Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatri Scand Suppl.* 1994; 376:24-35.
- 23.** Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D, Rossler W. Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience.* 2004; 254(3): 156-164.
- 24.** Grabe H. J, Meyer C, Hapke U, Rumpf H. J, Freyberger H. J, Dilling H, John U. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2000; 250(5): 262-268.
- 25.** Myers JK, Weissman MM, Tischler GL, Holzer CE, Leef PJ, Orvaschal H. Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry* .1984; 41(3):959-967.
- 26.** Çilli AS, Telcioğlu M, Aşkın R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve month prevalence of obsessive compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comp Psychiatry.* 2004; 45(5): 367-374.
- 27.** Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, et al (2006).
- 28.** Samuels J, Nestadt G: Epidemiology and genetics of obsessive compulsive disorder. *International Review of Psychiatry* 1997;9(1):61- 72.
- 29.** Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry,* 59Suppl 2:29-33, 1998.
- 30.** Neziroğlu F, Anemone R, Yaryura-Tobias J. Onset of obsessive compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry* 149:7, 1992.

- 31.** Weiss AP, Jenike MA. Late-onset obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12(2), 265-268.
- 32.** Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:46-50.
- 33.** Freud S. Ego ve İd. *Metapsikoloji. Haz İlkesinin Ötesinde, Ego ve İd ve Başka Yapıtlar, (Çözümlemeler ve Notlarla Çev.: A Yardımlı), İdea Yayınevi, İstanbul, 2000;247–293.*
- 34.** Öztürk MO. *Psikanaliz ve Psikoterapi (3.basım). Ankara, Bilimsel tıp yayınevi, 1998:57-62.*
- 35.** Salkovskis P, Kirk J. Obsessional Disorders. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J. (eds). *Cognitive Behavioral Therapy for Psychiatric Problems A Practical Guide. Oxford, Oxford University Press, 2003:129-168.*
- 36.** Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W. A family study of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 1995;152:76–84.
- 37.** Hettema JM, Prescott CA, Myers JM. The structure of genetic and enviromental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arc Gen Psychiatry*, 2005; 62: 182-9.
- 38.** Nestadt G, Samuels J, Riddle M. A family study of obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry.* 2000; 57(4): 358-63.
- 39.** Carey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobia, and obsessive-compulsive disorder. In Klein D, Rabkin J (editors). *Anxiety: New Research and Changing Concepts. New York, NY: Raven Press, 1981, 117-136.*
- 40.** Jonnal, AH, Gardner CO, Prescott CA, et al (2000). Obsessive and compulsive symptoms in a general population sample of female twins. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 96(6), 791-796.
- 41.** Pauls DL (2008, May). The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics (Vol. 148, No. 2:33-139).*

- 42.** Cavallini MC, Pasquale L, Bellodi L, Smeraldi E. Complex segregation analysis for obsessive compulsive disorder and related disorders. *Am J Med Genet* 1999;88:38-43.
- 43.** Grad LR, Pelcovitz D, Olson M, Matthews M, Grad JL. Obsessive compulsive symptomatology in children with Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Psychiatry* 1989;26:69-73.
- 44.** Willour VL, Yao Shugart Y, Samuels J, Grados M, Cullen B, Bienvenu OJ 3rd, Wang Y, Liang KY, Valle D, Hoehn-Saric R, Riddle M, Nestadt G. Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. *Am J Hum Genet* 2004;75:508-513.
- 45.** Hemmings SM, Kinnear CJ, Niehaus DJ, Moolman-Smook JC, Lochner C, Knowles JA, Corfield VA, Stein DJ. Investigating the role of dopaminergic and serotonergic candidate genes in obsessive compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003;13:93-98.
- 46.** Vardar E. Obsesif kompulsif bozukluğun genetiği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10:153-159.
- 47.** Urraca N, Camarena B, Gómez-Caudillo L, Esmer MC, Nicolini H. Mu opioid receptor gene as a candidate for the study of obsessive-compulsive disorder with and without tics. *Am J Med Genet* 2004;127:94-96.
- 48.** Taylor S (2013). Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Molecular psychiatry*, 18(7), 799-805.
- 49.** Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-ID hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(14):18-21.
- 50.** Zohar J, Sasson Y, Chopra M, Amiaz R, Nakash N. Obsessive-compulsive disorder. In: Nutt DJ, Ballenger JC, ed. *Anxiety Disorders*. Massachusetts: Blackwell Science Ltd. 2003; 83-93.
- 51.** Marazziti D, Pfanner C, Palego L, Gemignani A, Milanfranchi A, Ravagli

S, et al. Changes in platelet markers of obsessive-compulsive patients during a double-blind trial of fluvoxamine versus clomipramine. *Pharmacopsychiatry* 1997; 30: 245-9.

52. Sasson Y, Zohar J. New developments in obsessive-compulsive disorder research: implications for clinical management. *International Clinical Psychopharmacology* 1996; 11: 5: 3-12.

53. Sullivan RM, Talangbayan H. Effects of quinpirole on central dopamine systems in sensitized and non-sensitized rats. *Neuroscience*, 1998; 83: 781-9.

54. Swedo SE, Leonard HL, Krusei MJ. Cerebrospinal fluid neurochemistry in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1992; 49:29-36.

55. Thoren P, Asberg M, Bertilsson L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. II. Biochemical aspects. *Arch Gen Psychiatry*, 1980; 37:1289-94.

56. Kim CH, Koo MS, Cheon KA, Ryu YH, Lee JD, Lee HS. Dopamine transporter density of basal ganglia assessed with [123I] IPT SPET in obsessive-compulsive disorder. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2003; 30(12): 1637-43.

57. Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(14): 11-17.

58. Şahin AR. Obsesif-Kompulsif Bozukluk. E Güleç C (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabında* (2. baskı). Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 2007:343-352.

59. Westenberg HGM, Fineberg NA, Denys D. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: Serotonin and beyond. *CNS Spectrums* 2007;12:2(Suppl 3):14-27.

60. Arnold PD, Sicard T, Burroughs E. Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63: 769-76.

- 61.** Rosenberg DR, MacMillan SN, Moore GJ. Brain anatomy and chemistry may predict treatment response in paediatric obsessive- compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacology*. 2001; 4(2): 179-90.
- 62.** Moore GJ, MacMaster FP, Stewart C. Case study: caudate glutamatergic changes with paroxetine therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychol*, 1998; 37: 663-7.
- 63.** Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan MS. Frontostriatal measurement in treatment-naive children with obsessive-compulsive disorder. *Arc Gen Psychiatry*, 1997; 54: 824-30.
- 64.** Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology* 2005; 30(9): 1735-40.
- 65.** Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM. Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. *Anksiyete Bozuklukları*. Ed. R. Tükel. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara; 2006. s:277-298.
- 66.** Huff W, Lenartz D, Schormann M, et al (2010). Unilateral deep brain stimulation of the nucleus accumbens in patients with treatment- resistant obsessive-compulsive disorder: Outcomes after one year. *Clinical neurology and neurosurgery*, 112(2), 137-143.
- 67.** Pallanti S, & Hollander E (2014). Pharmacological, experimental therapeutic, and transcranial magnetic stimulation treatments for compulsivity and impulsivity. *CNS spectrums*, 19(1), 50-61.
- 68.** Atmaca M, Yildirim H, Ozdemir H, ve ark (2007). Volumetric MRI study of key brain regions implicated in obsessive–compulsive disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(1), 46-52.
- 69.** Kang DH, Kim JJ, Choi JS, et al (2004). Volumetric investigation of the frontal-subcortical circuitry in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 16(3), 342-349.
- 70.** Karslıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2007; 10: 3-13.

- 71.** Rachman S, & Shafran R (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive–compulsive disorder. *Obsessive–compulsive disorder: Theory, research, and treatment*, 51-78.
- 72.** Swedo SE, Snider LA (2004). *The neurobiology and treatment of obsessive-compulsive disorder*, Oxford, New York, Oxford University Press.
- 73.** Giedd JN, Rapoport JL, Garvey MA, Perlmutter S, Swedo SE. MRI assessment of children with obsessive compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 281-283.
- 74.** Allen AJ, Lenard HL, Swedo SE. Case study: a new infection-triggered autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 307-311.
- 75.** Head D, Bolton D, Hymas N (1989). Deficit in cognitive shifting ability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Biol. Psychiatry*, 25: 929-937.
- 76.** Savage CR, Baer L, Keuthen NJ ve ark (1999). Organizational strategies mediate on verbal memory impairment in obsessive compulsive disorder. *Biol. Psychiatry*, 45: 905-916.
- 77.** Karamustafalıoğlu O, Akpınar A. Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, Psikiyatri*. 2006; 2(12): 30-4458.
- 78.** Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*.
- 79.** Insel TR phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 (suppl2):4-8.
- 80.** Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Öztürk MO, Uluğ B (çev. ed.) Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B(çevirenler). Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993; 134-7.
- 81.** Demet MM. Obsesif kompulsif bozuklukta ek tanılar ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel*, 2014; 4(3).

- 82.** Mataix-Cols D, do Rosario-Campos MC, & Leckman JF (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228-238.
- 83.** Leckman JF, Grice DE, Boardman J, et al (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 911-917.
- 84.** Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behav Res Ther*. 2003; 41(1): 11-29.
- 85.** Beşiroğlu L. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji: Tedavi yanıtı için önemli mi? *Psikiyatride Güncel-Farklı Yönleriyle Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisi*. Ed. S. Vahip. Cilt: 4 Sayı: 3 (2014), 221-229.
- 86.** Karamustafalıoğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M ve ark. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Savaş Ofset, Bursa; 1993. syf:86.
- 87.** Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsessif-kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 1999; 9:142-147.
- 88.** Olatunji BO, Moretz MW, Wolitzky-Taylor KB, et al (2010). Disgust vulnerability and symptoms of contamination-based OCD: Descriptive tests of incremental specificity. *Behavior Therapy*, 41(4), 475-490.
- 89.** Bloch MH, Landeros-Weiseberger A, Rosario MC. Meta-analyses of the factorstructure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 2008; 165: 1532-42.
- 90.** Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren Ş ve ark. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. *Psychopathology*; 30:106-110, 1997.
- 91.** Berrios GE (1996). The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Press.
- 92.** Baz A, Karadeniz Teknik Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD,

Uzmanlık tezi, 2018.

- 93.** Denys D, Tenney N, VanMegan JGM, DeGeus F, Westernberg HGM. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2004; 80: 155-62.
- 94.** Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender Related Differences Among Turkish patients with obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45(5): 362-366.
- 95.** Hofmeijer-Sevink MK, Batelaan NM, van Megen HJ, et al (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: a report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of affective disorders*, 137(1), 106-112.
- 96.** Huppert JD, Simpson HB, Nissenson KJ, et al (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and Anxiety*, 26(1), 39- 45.
- 97.** Eisen JL, Sibrava NJ, Boisseau CL, et al (2013). Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(3), 233.
- 98.** Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*, 1994; 55:18-23.
- 99.** Rasmussen SA, Eisen JK. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1992; 15(4): 743- 758.
- 100.** Pigott TA, L'Fleureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: Comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55(10):15-27.
- 101.** Attademo L, De Giorgio G, Quartesan R, & Moretti P (2012). Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: from comorbidity to schizo-obsessive disorder. *Rivista di psichiatria*, 47(2), 106-115.

- 102.** Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, et al (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985.
- 103.** Adam Y, Meinschmidt G, Gloster AT, et al (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(3), 339-349.
- 104.** Gentil AF, de Mathis MA, Torresan RC, et al (2009). Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug & Alcohol Dependence*, 100(1), 173-177.
- 105.** Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile Birlikteliği. *Türkiye’ de Psikiyatri* 2006; 8: 1-5.
- 106.** Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN, Holland AD, Seymour RJ, Minichiello WE, Buttolph L Standardized assessment of personality disorder in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 826-30.
- 107.** Samuels J, Nestadt G, Bienvenu J, Costa PT, Riddle MA, Liang KY, Hoehn-Saric R, Grados MA, Cullen BA. Personality disorder and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 457-62.
- 108.** Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 1997; 6: 154-158.
- 109.** Ravizza L, Barzega G, Bellino S, et al (1995). Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
- 110.** Köroğlu E. Anksiyete Bozuklukları, PsikoNöroloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2004. 325-381.
- 111.** Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, et al (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology.

Journal of Psychopharmacology, 19(6), 567- 596.

112. Kaplan A, Hollander E. A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder. Psychiatr Serv. 2003; 54:1111-1118.

113. Tamam L, Saygılı M, Ünal M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003; 4:69-80.

114. Karamustafalıoğlu O (2018). Temel ve Klinik Psikiyatri. Güneş Tıp Kitabevleri.

115. Mataix-Cols D, de la Cruz LF, Nordsletten AE, et al (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. World Psychiatry, 15(1), 80-81.

116. Jenike MA, Rauch SL (1994). Managing the patient with treatment-resistant obsessive compulsive disorder: current strategies. J Clin Psychiatry, 55:11-7.

117. Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, et al (2001). Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. Journal of clinical psychopharmacology, 21(5), 488-492.

118. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B ve ark (2006). A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. Mol Psychiatry, 11:622-32.

119. Szegedi A, Wetzel H, Leal M, et al (1996). Combination treatment with clomipramine and fluvoxamine: drug monitoring, safety, and tolerability data. The Journal of clinical psychiatry, 57(6), 257-264.

120. Crockett BA, Churchill E, & Davidson JR (2004). A double-blind combination study of clonazepam with sertraline in obsessive-compulsive disorder. Annals of Clinical Psychiatry, 16(3), 127-132.

121. Dannon PN, Sasson Y, Hirschmann S, et al (2000). Pindolol augmentation in treatment-resistant obsessive compulsive disorder: a double-

blind placebo controlled trial. *European Neuropsychopharmacology*, 10(3), 165-169.

122. Heidari M, Zarei M, Hosseini SM, et al (2014). Ondansetron or placebo in the augmentation of fluvoxamine response over 8 weeks in obsessive–compulsive disorder. *International clinical psychopharmacology*, 29(6), 344-350.

123. Ghaleiha A, Entezari N, Modabbernia A, et al (2013). Memantine add-on in moderate to severe obsessive-compulsive disorder: randomized double-blind placebo-controlled study. *Journal of psychiatric research*, 47(2), 175-180.

124. Afshar H, Roohafza H, Mohammad-Beigi H, et al (2012). N-acetylcysteine add-on treatment in refractory obsessive-compulsive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of clinical psychopharmacology*, 32(6), 797-803.

125. Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive–compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of psychopharmacology*, 26(11), 1456-1462.

126. Fallon BA, Liebowitz MR, Campeas R, et al (1998). Intravenous clomipramine for obsessive-compulsive disorder refractory to oral clomipramine: a placebo-controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 918-924.

127. Pallanti S, Quercioli L, & Koran LM (2002). Citalopram intravenous infusion in resistant obsessive-compulsive disorder: an open trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(9), 796-801.

128. Berlim, MT, Neufeld, NH, & Van den Eynde F (2013). Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for obsessive–compulsive disorder (OCD): an exploratory meta-analysis of randomized and sham-controlled trials. *Journal of psychiatric research*, 47(8), 999- 1006.

129. Koning PP, Figee M, van den Munckhof P, et al (2011). Current status of deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: a clinical review of different targets. *Current psychiatry reports*, 13(4), 274-282.

- 130.** Hollander E, Bienstock CA, Koran LM, et al (2002). Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 63, 20-29.
- 131.** Gillihan SJ, Williams MT, Malcoun E, et al (2012). Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 1(4), 251-257.
- 132.** Wilhelm S, & Steketee GS (2006). *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*. New Harbinger Publications.
- 133.** McKay D, Sookman D, Neziroglu F, et al (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 227(1), 104-113.
- 134.** Ponniah K, Magiati I, & Hollon SD (2013). An update on the efficacy of psychological treatments for obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 2(2), 207-218.
- 135.** Chlebowsky S, & Gregory RJ (2009). Is a psychodynamic perspective relevant to the clinical management of obsessive-compulsive disorder?. *American journal of psychotherapy*, 63(3), 245.
- 136.** American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2007. Available from: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm. Accessed July 27, 2017.
- 137.** Greist JH, & Jefferson JW (2007). Obsessive-compulsive disorder. *Focus*, 5(3), 283-298.
- 138.** Yaman E, & Güngör H (2014). Damgalama Eğilimine İlişkin Öğretmen Görüşleri. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(18), 823–851.
- 139.** Malay H (2010). Çağlar Boyu Kölelik, Gündoğan yayınları, syf 196- 197.
- 140.** Arkar H. Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Düşünen Adam*. 1991; 4:6-9.
- 141.** Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*.

2001 Aug;27(1):363-85.

142. Taşkın EO. Ruhsal Hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. İçinde: Taşkın EO, editör. Stigma ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama. İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık, 2007: s. 17-30.

143. Üçok A. Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?. Klinik Psikiyatri Dergisi, ek 1, 2003; 3-8.

144. Taşkın EO. Damgalanma Süreci ve Şizofreniye Yönelik Damgalanma. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009; 10(2):58-59.

145. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde İçselleştirilmiş Damgalanma Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009; 10(2):84-85.)

146. Arthur H. Crisp, Michael G. Gelder, Susannah Rix, Howard I. Meltzer and Olwen J. Rowlands. Stigmatisation of people with mental illnesses.

147. Melissa D, Pinto-Foltz and M. Cyntia Logsdon. Reducing Stigma Related to Mental Disorders: Initiatives, Interventions, and Recommendations for Nursing. Archives of Psychiatric Nursing 23/1 (February 2009):32-40.

148. Horwitz A. Family, kin, and friend networks in psychiatric help- seeking. Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology. 1978 Jan 1;12:297-304.

149. Cumming J, Cumming E. On the stigma of mental illness. Community Mental Health Journal. 1965 Jun 1;1(2):135-43.).

150. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self–stigma of mental illness: Implications for self–esteem and self–efficacy. Journal of social and clinical psychology. 2006 Oct;25(8):875-84.

151. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. European psychiatry. 2005 Dec 1;20(8):529-3

152. Ritsher JB, Phelan JC. Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. Psychiatry research. 2004 Dec 30;129(3):257-65..)

- 153.** Townley G, Brusilovskiy E, Salzer MS. Urban and non-urban differences in community living and participation among individuals with serious mental illnesses. *Social Science & Medicine*. 2017 Mar 1;177:223-30.
- 154.** Lau YW, Picco L, Pang S, et al. *Psychiatry Res*. 2017 Nov;257:72-78. doi: 10.1016/j.psychres.2017.07.027
- 155.** Picco L, Pang S, Lau YW, Jeyagurunathan A, Satghare P, Abdin E, Vaingankar JA, Lim S, Poh CL, Chong SA, Subramaniam M. *Psychiatry Res*. 2016 Dec 30;246:500-506. doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.041.
- 156.** Holubova M, Prasko J, Ociskova M, et al. *Psychol Res Behav Manag*. 2019 Feb 1;12:81-95. doi: 10.2147/PRBM.S179838
- 157.** Quinn D.M., Williams M.K., Weisz B.M., *Psychiatr Rehabil J*. 2015 Jun;38(2):103-8. doi: 10.1037/prj0000136.
- 158.** Moritz S, Spirandelli K, Happach I, et al. *J Int Neuropsychol Soc*. 2018 Jul;24(6):584-592. doi: 10.1017/S1355617718000097. Epub 2018 Mar 19.
- 159.** Beşiroğlu L, Akman N, Selvi Y, ve ark (2010). Obsesif- Kompulsif Belirti Kategorileri Hakkında Ruh Sağlığı Bilgisi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*. 47.
- 160.** Durna G (2016). Obsesif Kompulsif Bozukluğa Yönelik Tepkilerin Sosyo-Bilişsel Damgalama Modeli Kapsamında İncelenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: 9 Eylül Üniversitesi.
- 161.** Mercan HM. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ve içselleştirilmiş damgalanma. Doktora Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.
- 162.** First MB, Spitzer RL, Gibbon M, & Williams JB (1995). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders. New York: New York State Psychiatric Institute.
- 163.** Elbir M, Alp Topbaş Ö, Kocabaş T ve ark. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Gorusmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2019;30 (1):51-

6.

164. Ersoy MA, Varan A. Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(2):163-71.

165. Goodman, Wayne K, et al. "The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability." *Archives of general psychiatry* 46.11 (1989): 1006-1011.

166. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*. 1986.24(1):67-74.

167. Morisky DE, DiMatteo MR. Improving the measurement of selfreported medication nonadherence: response to authors. *Journal Of Clinical Epidemiology*. 2011, 64(3): 255.

168. Kelly B. Adherence assessment tools: Drugs don't work when they're not taken. *Australian Journal Of Pharmacy*. 2007: 32.

169. Yılmaz S. Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri ve İlaç Uyumu, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.

170. Demir A. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği, *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: 14-8.

171. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 1960. 23(1): 56-62.

172. Akdemir A, et al. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Comprehensive psychiatry*, 2001. 42(2): p. 161-165.

173. Bayar R, Yavuz M. Obsesif kompulsif bozukluk. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 2008.

174. Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, Shavitt RG, do Rosario MC, de Mathis MA, Miguel EC, et al. Symptom dimensions, clinical course and

comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2013;209(2):186-95.

175. Lapsekili N, Uzun Ö, Ak M. Obsesif kompulsif bozukluk olgularında heyecan arama davranışı. *Klinik Psikiyatri.* 2010; 13: 170- 176.

176. Besiroglu L, Uguz F, Sağlam M, Agargun MY, Cilli AS. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive- compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2007; 102(1-3): 73- 79.

177. Goodwin R, Koenen KC, Heilman F. Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand,* 2002; 106: 143-149.

178. Çamlı K, Türkçapar MH, Sargin AE. Insight, Cognitive Insight and Sociodemographic Features in Obsessive Compulsive Disorder Presenting with Reactive and Autogenous Features. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research* 2012; 1(1): 28-35.

179. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British Nationwide Survey of Child Mental Health. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15(1-2): 178-84.

180. McKeon P, Murray R. Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 528-534.

181. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990; 24(2): 3-14

182. İsmanur OB, 2016. Relationships Between Internalized Stigma, Hopelessness and Self-esteem and Their Sociodemographic and Clinical Characteristics in a Group of Patients with Severe Mental Illness.

183. Black DW, Noyes R, Goldstein RB. A family study of obsessive compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1992; 49(5): 362-268.

184. Kardeş VÇ. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalarda Mizaç Ve Karakter Özellikleri (Tıpta Uzmanlık Tezi). Zonguldak: Bülent Ecevit

Üniversitesi;2013.

185. Alonso P, Menchon JM, Jimenez S, Segalas J, Mataix-Cols D, Jaurrieta N, et al. Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: relation to clinical variables. *Psychiatry Res.* 2008;157(1- 3):159-68.

186. Kim SJ, Kang JI, Kim CH. Temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiat.* 2009;50(6):567-72.

187. Çam O, Çuhadar D. Bipolar bozukluğu olan hastalarda içselleştirilmiş damgalama ve işlevsellik düzeyi arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi:* 2013;2(2).

188. Lysaker PH, Vohs JL, Tsai J. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research* 110/1-3, May 2009:165-172.

189. Tanabe Y, Hayashi K & Ideno Y. The Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: validation of the Japanese version. *BMC Psychiatry* 16/116, April 2016.

190. Tel H, Ertekin Pınar Ş. Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012;3(2):61-66.

191. Üstündağ MF, Kesebir S. İki Uçlu Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalanma: Klinik Özellikler, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013;24.

192. Beyazyüz M, Beyazyüz E, Albayrak Y, Baykal S. Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeylerinin Bazı Tanı Grupları, Sosyodemografik Özellikler ve Benlik Saygısı ile İlişkisi. *Yeni Symposium / Haziran 2015 / Cilt: 53, Sayı: 2.*

193. Cheng-Fang Yen, M.D., Ph.D., Cheng-Chun Chen, M.D., Ph.D., Yu Lee, M.D., Tze-Chun Tang, M.D., Ju-Yu Yen, M.D., and Chih-Hung Ko, M.D. Self-Stigma and Its Correlates Among Outpatients With Depressive Disorders. Published Online:1 May 2005 <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.5.599>.

- 194.** K k H, Demir S. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalarda i selleŐtirilmiŐ damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. Dergipark Cilt/43, Yıl/2018.
- 195.** Michelle L. West, Philip T. Yanos, Stephen M. Smith, MA,¹ David Roe, and Paul H. Lysaker. Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. Author manuscript; available in PMC 2011 July 27.
- 196.** Brohan E, Gauci D, Sartorius N Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study. Journal of affective Disorders 129 2011: 56-63.
- 197.** TaŐk n EO.   selleŐtirilmiŐ damgalama ve damgalama algısı. In. TaŐk n EO. Ruhsal Hastalıklara Y nelik Tutumlar ve Damgalama.  zmir 2007; 31-40.
- 198.** Angermeyer MC, Beck M Dietrich S ve ark. (2004) The stigma of mental illness: patients anticipations and experiences.  nt J Soc Psychiatry, 50 (2):153-162.2004.
- 199.** R sch N, H lzer A, Hermann C. Self-Stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. The Journal of Nervous and Mental Disease, volume 194, number 10, October 2006: 766-773).
- 200.** Alexia Paraskevoulakou, Kassiani Vrettou, Katerina Pikouli, Evgenia Triantafillou, Anastasia Lykou, and Marina Economou. Mental Illness Related Internalized Stigma: Psychometric Properties of the Brief ISMI Scale in Greece. Mater Sociomed. 2017 Sep; 29(3): 211– 215.
- 201.** Kelly Moore, Jeffrey Stuewig & June Tangney. Jail Inmates' Perceived and Anticipated Stigma: Implications for Post-release Functioning. Self and Identity, Volume 12, 2013: 527-547.
- 202.** Peter Hall, Ian F. Brockington, Jenny Levings and Christopher Murphy. A Comparison of Responses to the Mentally Ill in Two Communities. The British Journal of Psychiatry. Volume 162, Issue 1;January 1993:99-108.
- 203.** CoŐkun S, Caymaz N. Bir Kamu ve  zel Psikiyatri Hastanesine Başvuran Hastaların   selleŐtirilmiŐ Damgalanma D zeyi Y n nden Karşılaştırılması.

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(3):121-128.

204. Hui Chien Ong, Norhayati Ibrahim, and Suzaily Wahab. Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *Psychol Res Behav Manag.* 2016; 9: 211–218.

205. Yassir Talal Omer, Joseph Bouserhal, Nuha Hawas, Ahmed Abdel Moneim El Sayed. Association between normative and self- perceived orthodontic treatment need in a Lebanes population. *International Orthodontics*, Volume 14, Issue 3, September 2016:386- 398.

206. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M (2004) Borderline personality disorder. *Lancet.* 364:453-461.

207. Amy C. Watson, Patrick Corrigan, Jonathon E. Larson, Molly Sells. Self- Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, Volume 33, Issue 6, November 2007;1312–1318,

208. Arslantaş H, Gültekin BK, Söylemez A, Dereboy F. Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2010; 11: 11-7.

209. Karidi MV, Stefanis C, Theleritis C, Tzedaki M, Rabavilas A, Stefanis N. Perceived social stigma, self-concept and self- stigmatization of patient with schizophrenia, *Compr Psychiatry* 2010; 51: 19– 30.

210. Yıldız M, Özten E, Işık S, Özyıldırım İ, Karayün D, Cerit C, Üçok

A. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve major depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012; 13: 1-7

211. Çelik P. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri PolikliniğineBaşvuran Depresif Bozukluklu Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma ve İlişkili Değişkenler. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Manisa, 2012.

212. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr Res* 2008 98(1-3):194-200.

- 213.** Pietrzak RH, Johnson DC, Goldstein MB, Malley JC, Southwick SM. Perceived stigma and barriers to mental healthcare utilization among OEF-OIF veterans. *Psychiatr Serv* 2009; 60(8): 1118-22.
- 214.** Borjanka Batinic, Elena Lemonis and Goran Opacic. Effects of Internalized Stigma of Mental Disorder on Quality of Life and SelfEsteem in Panic Disorder Patients. Batinic et al., *J Clinic Res Bioeth* 2014, 5:5.
- 215.** Woo Jung Kim, Youn Joo Song, Hyun-Sook Ryu, Vin Ryu. Internalized stigma and its psychosocial correlates in Korean patients with serious mental illness. *Psychiatry Research*, Volume 225, Issue 3, 28 February 2015:433-439.
- 216.** Baysan Arabacı L, Başoğlu C. Adli psikiyatrik hastaların içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015, Vol. 16 Issue 2:113-121:9.
- 217.** Norman RM, Windell D, Lynch J, Manchanda R. Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders. *Schizophr Res*. 2011 Dec;133(1-3):3-7.
- 218.** Lysaker PH, Roe D, & Yanos PT (2007). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 192-199.
- 219.** Vauth R, Kleim B, Wirtz M, & Corrigan PW (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 150(1), 71-80.
- 220.** Ertugrul A, Uluğ B. Perception of stigma among patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:73-7.
- 221.** Angermeyer MC, Matschinger H (2003). The stigma of mental illness: effects or labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 108:304-309.
- 222.** Arikan K, Uysal O, Çetin G (1999). Public awareness of the effectiveness of psychiatric treatment may reduce stigma. *Isr J Psychiatry Relat Sci*,

36(2):95-99.

223. Arkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: son 10 yılda Türkiye’de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3: 214-31.

224. Erozkan A. The attachment styles bases of loneliness and depression. *International Journal of Psychology and Counselling* 2011; 3(9):186-193

225. Yüksel C, Bingöl F, Oflaz F (2014) Stigma: the cul-de-sac of the double bind the perspective of the Türkiye; a phenomenological Study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 21:667-678.

226. Dikeç G, Kutlu Y. Bir grup Şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi – Journal of Psychiatric Nursing*. 2014;5(3):143-148.

227. Yıldırım E, Sevilmiş Ş, Yalçıntekin B. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın tedavi işbirliğine etkisi. 48. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 9-13 Ekim 2012, Atatürk Kongre Merkezi, Bursa, s. 30.

228. Hector Wing-hong Tsang, Kelvin Mang-tak Fung, Raymond Chi-keung Chung. Self-stigma and stages of change as predictors of treatment adherence of individuals with schizophrenia. *Psychiatry Research*, Volume 180, Issue 1, 30 November 2010:10-15.

229. Cavelti M, Kvrjic S, Beck EM, Rüsch N, et al. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry* 2012;53:468-79.

230. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:77-84.

231. Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs* 2005; 49:616-623).

232. Oliver MI, Pearson N, Coe N, Gunnel D. Help-seeking behaviour in men

and women with common mental health problems: cross- sectional study. Br J Psychiatry 2005; 186:297-301

233. Güleç G, Yenilmez Ç, Ay F. Bir Anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların Hastalık açıklama ve çare arama davranışları. Klinik Psikiyatri 2011; 14:131-14221

234. (Ünal S, Özcan Y, Emul HM, Çekem AB, Elbozan HB, Sezer Ö. Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı Anadolu Psikiyatri Dergisi 2001; 2:222-229).

235. Karahan D. Erken Disfonksiyonel Şemaların Obsesif- Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalar ve Sağlıklı Kişilerdeki Aktivasyonlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniği.

236. Besiroglu L, Uguz F, Sağlam M, Agargun MY, Cilli AS. Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive- compulsive disorder. J Affect Disord. 2007; 102(1-3): 73- 79.

237. İsmanur OB. Bir Grup ağır ruhsal hastalığı olan bireyde içselleştirilmiş damgalanma, umutsuzluk ve benlik saygısı arasındaki ilişki. Uzmanlık Tezi, 2016. İstanbul Bilgi Üniversitesi.

238. Veale D. Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. Psychiatry, 2004; 3: 65-8.

239. cKılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998.

240. Castle DJ, A Deale IM. Marks. Gender differences in obsessive-compulsive disorder. Aust NZ Psychiatry, 1995; 29: 114-117.

241. Trémeau F, Antonius D, Malaspina D, Goff CD, Javitt DC. Loneliness in schizophrenia and its possible correlates. An exploratory study. Psychiatry Research 2016; 24: 211– 17

242. Shioda A, Tadaka E, Okochi A. Loneliness and related factors among people with schizophrenia in Japan, J Psychiatr Ment Health Nurs 2016; 23: 399–408.

- 243.** Aslan D, Altıntaş H, Emri S ve ark. Cesuroğlu T et al. Self- Evaluations of tuberculosis patients about their illnesses at Ankara Atatürk Sanatorium Training and Research Hospital, Turkey. *Respiratory Medicine*. 2004; 98: 626–631.
- 244.** Hansel NN, Wu AW, Chang B, Diette GB. Quality of life in tuberculosis: Patientand provider perspectives. *Quality of Life Research*, 2004; (13): 639-652.
- 245.** Polat H, Ergüney S. Tüberküloz hastalarının yalnızlık ve depresyon durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;15(1):40- 47).
- 246.** Stout ME, Meints SM. Loneliness Mediates the Relationship Between Pain During Intercourse and Depressive Symptoms Among Young Women. *Arch Sex Behav*. 2018 August ; 47(6): 1687–1696.
- 247.** Karaytuğ MO. Bipolar bozukluk tanılı hastaların kontrol ve tedavi uyumunun değerlendirilmesi. 2015, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Adana.
- 248.** Mahaye S, Mayime T, Nkosi S, et al. Medication adherence of psychiatric patients in an outpatient setting *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*. 2012; 6: 608-612.
- 249.** Bonjean CM, Grimes MD, 1970. Bureaucracy and Alienation: A Dimensional Approach, *Social Forces*, 48 (3): 365-373.
- 250.** Hegel, G.W.F. (1991) *Hukuk Felsefesinin Prensipleri*. (Çev. Cenap Karakaya), İstanbul: Sosyal Yayınları/Kültür Dizisi. Marx, K. (2010) *Yabancılaşma* (çev. Barışta Erdost), İstanbul: Sol Yayınları.
- 251.** Sibitz I, Unger A, Woppmann A, et al. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011; 37:316-323.
- 252.** Akdede BB, Atbaşoğlu EC, Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC Herken H(Editör). *Şizofreni ve Bilişsel İşlevler*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 200.p. 58.

- 253.** Vázquez GH, Kapczinski F, Magalhaes PV, et al. IberoAmerican Network on Bipolar Disorders group. Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2011;130:323-7
- 254.** Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a corefactor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry.* 2012;53:484-9.
- 255.** Aydemir Ö, Akkaya C. Association of social anxiety with stigmatisation and low self-esteem in remitted bipolar patients. *Acta Neuropsychiatrica.* 2011;23:224–8.
- 256.** Link BG. Understanding labelling effects in the area of mental disorders: an assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev* 1987; 52(1): 96-112.
- 257.** Ergün S, Yönder M. Ruhsal sorunu olan bireylerin içselleştirilmiş damgalanma durumları. 4-6 Haziran 2009, 3. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı, s. 221-4.
- 258.** Muñoz M, Sanz M, Pérez-Santos E, Quiroga Mde L. Proposal of a sociocognitive- behavioral structural equation model of internalized stigma in people with severe and persistent mental illness. *Psychiatry Res* 2011;186:402-8.
- 259.** Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and & Medicine* 71 (2010) 2150-2161.