

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

**OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
ALEKSİTİMİ İLE MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİNİN
KLİNİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Sema SAĞLAM**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Murat KULOĞLU**

**ELAZIĞ
2012**

DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. İrfan ORHAN

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi Standartları'na uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Murad ATMACA

Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Murat KULOĞLU

Danışman

Uzmanlık Tezi Değerlendirme Sınavı Jüri Üyeleri

.....
.....
.....
.....
.....

TEŐEKKÖR

Fırat Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalında uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleriyle bana destek olan, tez konumun sečilmesinden, çalışmamın tamamlanmasına kadar geçen süre içerisinde büyük yardımını gördüğüm değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Murat KULOĐLU'na, bilgi ve deneyimlerinden faydalanma şansına sahip olduğum değerli hocam Sayın Prof. Dr. Murad ATMACA'ya, bana her zaman en büyük sevgi ve desteği veren sevgili eşime ve çocuklarıma, emeklerini asla ödeyemeyeceğim aileme ve asistanlık süresi boyunca birlikte çalıştığım arkadaşlarıma teşekkür ederim.

ÖZET

Bu çalışmada bir grup obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastası ve kontrol bireyinin mizaç ve karakter özellikleri ile aleksitimi düzeyinin karşılaştırılması amaçlandı.

Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran ve çalışma ölçütlerini karşılayan 61 OKB hastası ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 65 sağlıklı birey kontrol grubu olarak alındı. Hasta ve kontrol grubuna DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), hasta grubuna ek olarak ise Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı.

Mizaç boyutları yönüyle, OKB hasta grubunun toplam zarardan kaçınma (ZK) skor ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Karakter boyutları yönüyle ise, OKB hasta grubunun kendini yönetme (KY) total skor ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulundu. Yine OKB grubunda; duygularını tanıma zorluğu, duygularını ifade etme zorluğu, dışa-dönük düşünme ve aleksitimi total skorları yüksek saptandı. Bununla birlikte OKB hastalarının aleksitimi durumuna göre yapılan değerlendirmesinde; mizaç boyutları yönüyle, aleksitimik grubun toplam ZK skor ortalaması aleksitimik olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Karakter boyutları yönüyle ise, aleksitimik grubun toplam kendini aşma (KA) skor ortalaması aleksitimik olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek iken; KY ve işbirliği yapma (İY) skor ortalamaları ise düşük bulundu.

Araştırmamızın sonuçları OKB hasta grubu ile kontrol grubu arasında MKE parametreleri ve aleksitimi düzeyi açısından farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu farklılıkların OKB hastalığıyla nedensel ilişkisini saptamaya yönelik daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim vardır.

Anahtar Sözcükler: Obsesif kompulsif bozukluk, aleksitimi, mizaç, karakter, kişilik

ABSTRACT

ASSOCIATION BETWEEN CLINICAL VARIABLES OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER AND ALEXITHYMIA, FEATURES OF TEMPERAMENT AND CHARACTER

It is aimed to compare temperament and character features and levels of alexithymia between a group of obsessive-compulsive disorder (OCD) patients and healthy individuals in this study.

The study comprised 61 OCD patients who had applied to Firat University Hospital Department of Psychiatry had been diagnosed with OCD according to the criteria of study and 65 healthy controls. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I), Sociodemographic and Clinic Data Form, Temperament and Character Inventory (TCI), Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), were administered to both patients and healthy individuals. In addition, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory (BDI) were applied to patients.

In the patients with OCD, with regard to temperament dimension, the mean scores of harm avoidance (HA) was significantly higher, compared to the scores of healthy controls. With regard to character dimension, the mean scores of self-directedness (SD) was significantly lower compared to healthy ones. Scores of difficulty identifying feelings, difficulty expressing feelings, outward-oriented thinking and total scores of alexithymia were found higher in OCD group. However, at the assessment which was done with regard to the situations alexithymia of OCD patients; in the alexithymic patients, with regard to temperament dimension, the mean scores of HA was significantly higher, compared to the scores of non-alexithymic patients. With regard to character dimension, while the mean scores of self transcendence was significantly higher, SD and cooperativeness mean scores of were lower compared to the scores of non-alexithymic patients.

The results of our study demonstrated that there were differences between OCD patients group and control group in terms of TCI parameters and the levels of alexithymia. Further studies are required for investigating the causal relations of these differences with OCD.

Key Words: Obsessive compulsive disorder, alexithymia, temperament, character, personality

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. GENEL BİLGİLER	2
1.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk	2
1.1.1.1. Tanım	2
1.1.1.2. Epidemiyoloji	4
1.1.1.3. Etyoloji	5
1.1.1.3.1. Biyolojik Etkenler	5
1.1.1.3.1.1. Nörotransmitterler	5
1.1.1.3.1.2. Nöropsikoloji	5
1.1.1.3.1.3. Nöroimmünoloji	6
1.1.1.3.1.4. Beyin Görüntüleme Çalışmaları	6
1.1.1.3.2. Genetik Etkenler	6
1.1.1.3.3. Psikojenik etkenler	6
1.1.1.3.4. Davranışsal etkenler	7
1.1.1.3.5. Bilişsel Model	8
1.1.1.4. Belirtiler ve Bulgular	9
1.1.1.5. Klinik Özellikler	10
1.1.1.5.1. Obsesyonlar	10
1.1.1.5.2. Kompulsiyonlar	11
1.1.1.6. OKB’de Eş Tanı	11
1.1.1.7. Prognoz	12
1.1.1.8. Tedavi	12
1.1.2. Aleksitimi	13
1.1.2.1. Tanım	13
1.1.2.2. Aleksitimik Kişilik Özellikleri ve Belirtileri	15
1.1.2.3. Aleksitiminin Ölçülmesi ve Tanı	17
1.1.3. Kişiliğe Boyutsal Yaklaşım	18
1.1.3.1. Cloninger'in Genel Psikobiyolojik Kişilik Modeli	18
1.1.3.2. Kişilik, Mizaç ve Karakter	19
1.1.3.2.1. Kişilik	19
1.1.3.2.2. Mizaç	19
1.1.3.2.2.1. Mizacın Psikobiyolojisi	20

1.1.3.2.2. Mizacın Alt Boyutları	20
1.1.3.2.3. Karakter	26
1.1.3.2.3.1. Karakterin Psikobiyojisi	27
1.1.3.2.3.2. Karakterin Alt Boyutları	27
1.1.3.2.4. Mizaç ve Karakter Arasındaki Ana Farklılıklar	33
2. GEREÇ VE YÖNTEM	34
2.1. Verilerin Toplanması	34
2.2. Prosedür	34
2.3. Kullanılan Ölçekler	35
2.3.1. DSM-IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)	35
2.3.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ)	35
2.3.3. Beck Depresyon Ölçeği	35
2.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği	36
2.3.5. Toronto Aleksitimi Ölçeği	36
2.3.6. Mizaç ve Karakter Envanteri	36
2.4. İstatistiksel Değerlendirme	37
3. BULGULAR	39
3.1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri	39
3.2. Hasta ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanları	40
3.3. Hasta Grubunun Korelasyon Analizleri	46
4. TARTIŞMA	48
5. KAYNAKLAR	54
6. EKLER	65
7. ÖZGEÇMİŞ	92

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Mizaç ve Karakter Envanterinin Alt Boyutları	37
Tablo 2. OKB ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	40
Tablo 3. OKB ve Kontrol Grubunun MKE Puanları	42
Tablo 4. OKB ve Kontrol Grubunun Aleksitimi Puanları	43
Tablo 5. Aleksitimik olan ve Aleksitimik olmayan hasta grubunun hastalık özellikleri	43
Tablo 6. OKB Hastalarının Aleksitimi Durumuna Göre MKE Puanları	45
Tablo 7. Depresif Olan ve Olmayanların Aleksitimi Puanları	46
Tablo 8. OKB Grubunda TAÖ ve MKE Arası Korelasyon	46
Tablo 9. OKB Grubunda Hastalık Özellikleri ve MKE Arası Korelasyon	47
Tablo 10. OKB Grubunda Hastalık Özellikleri ve TAÖ Arası Korelasyon	47

KISALTMALAR LİSTESİ

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
ICD	: International Classification of Diseases (Dünya Sağlık Örgütü Sınıflaması)
İY	: İşbirliği yapma
İY1	: Sosyal onaylama
İY2	: Empati duyma
İY3	: Yardımseverlik
İY4	: Acıma
İY5	: Erdemlilik
KA	: Kendini aşma
KA1	: Kendilik kaybı
KA2	: Kişiler ötesi özdeşim
KA3	: Manevi kabullenme
KY	: Kendini yönetme
KY1	: Sorumluluk alma
KY2	: Amaçlılık
KY3	: Beceriklilik
KY4	: Kendini kabullenme
KY5	: Uyumlu ikincil huylar
MKE	: Mizaç ve Karakter Envanteri
OKB	: Obsesif kompulsif bozukluk
OKKB	: Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu
ÖB	: Ödül bağımlılığı
ÖB1	: Duygusalılık
ÖB3	: Bağlanma
ÖB4	: Bağımlılık
SCID-I	: DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi
SE	: Sebat etme
TAÖ- 20	: Toronto Aleksitimi Ölçeği
TAÖ-F1	: Duygularını tanıma zorluğu
TAÖ-F2	: Duygularını ifade etme zorluğu
TAÖ-F3	: Dışa dönük düşünce
Y-BOKÖ	: Yale-Brown Obsesif Kompulsif Derecelendirme Ölçeği
YA	: Yenilik arayışı
YA1	: Keşfetmekten heyecan duyma
YA2	: Dürtüsellik
YA3	: Savurganlık
YA4	: Düzensizlik
ZK	: Zarardan kaçınma
ZK1	: Beklenti endişesi
ZK2	: Belirsizlik korkusu
ZK3	: Yabancılardan çekinme
ZK4	: Çabuk yorulma

1. GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), kişide belirgin strese yol açacak düzeyde obsesyon ve kompulsiyonlarla karakterize, kişinin sosyal etkinlikleri ve mesleki işlevselliği üzerinde ciddi olumsuz etkileri olan, kronik seyirli bir hastalıktır. Obsesyon mental bir durum olmasına karşın, kompulsiyon bir davranıştır (1). OKB'de klinik olarak bulaşma (kontaminasyon), kuşku, cinsel ya da saldırgan eylem düşünceleri ve simetri-kuralcılık şeklinde dört ana belirti örüntüsü vardır (2).

Obsesif kompulsif bozukluk etyolojisinde birden fazla etyopatogenezin rol aldığı düşünülmektedir. Son dönemlerde OKB'nin ortaya çıkışında genetik faktörlerin katkıda bulunduğu dair kanıtlar giderek artmaktadır. Birçok araştırma OKB oluşumunda serotonin disregülasyonunun rolü olduğunu göstermiştir. Beyin görüntüleme çalışmalarında ise orbitofrontal korteks, kaudat nükleus ve talamus arasındaki nöronal bağlantılarda aktivite değişiklikleri gösterilmiştir. Bununla birlikte psikodinamik etkenler ve kişilik etkenleri de rol almaktadır (3).

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir. Kişiliğin iki temel yapı taşı olan mizaç ve karakter boyutlarını açıklayan bu model psikometrik kişilik çalışmaları kadar, ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgilerin sentezi üzerine kurulmuştur. Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramı Yenilik Arayışı (YA), Zarardan Kaçınma (ZK), Ödül Bağımlılığı (ÖB) ve Sebat Etme (SE) olmak üzere dört boyutlu bir mizaç ile Kendini Yönetme (KY), İşbirliği Yapma (İY) ve Kendini Aşma (KA) olmak üzere üç boyutlu bir karakter tanımı içerir. Mizaç boyutları kişiliğin kalıtılabilir olan biyolojik yönünü yansıtmaktadır. Karakter boyutları ise yaşam olaylarından, kültürden ve sosyal öğrenmeden etkilenen özelliklerdir (4-7).

Aleksitimi; kişinin kendisinin ve diğer insanların duygularını algılama yetisindeki yoksunluk olarak tanımlanmıştır. Genel olarak aleksitimik özellikler gösteren kişinin duygularını anlamada ve düzenlemede zorluklar yaşadığı ifade edilmektedir. Bu zorluklar, duyguları isimlendirememek ve ifade edememek, duygularını birbirinden ayırtıramamak veya duygularını farkında olmaksızın yaşamak şeklinde özetlenebilir (8). Aleksitimi birçok psikiyatrik hastalığa eşlik etmekte olup, bu hastalıklardan biri de OKB'dir. OKB hastalarında içgörü ve aleksitiminin

değerlendirildiği bir çalışmada, OKB hastalarında yüksek aleksitimi seviyeleri ile içgörü azlığı/yokluğu arasında ilişki gösterilmiştir (9).

Çalışmamızda OKB tanısı alan hastalarda aleksitimi ile mizaç ve karakter profilinin klinik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.1. Genel Bilgiler

1.1.1. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

1.1.1.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk; istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyete ve sıkıntıya neden olan, benliğe yabancı ve yineleyici özellikte sürekli düşünceler, dürtüler (impulslar) veya düşlemler (imajlar) olarak tanımlanan obsesyonlar ve bunlara ikincil olarak gelişen kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlarla karakterize bir anksiyete bozukluğudur. Obsesyonlar, kişide anksiyete oluşturan, tekrarlayıcı ve rahatsız edici düşünce, duygu, fikir, his veya dürtüler olup, kişilerin gerçek yaşam sorunları ile ilişkili değildirler. Kişi kendi zihninin ürünü olarak gördüğü bu düşünce, dürtü ve düşlemlere önem vermemeye, baskılamaya veya başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır. Kompulsiyonlar ise bu rahatsız edici düşüncelerin oluşturduğu kaygıyı azaltmak ya da korkulan sonuçlardan korunmak veya kaçınmak için yapılan tekrarlayıcı davranış veya zihinsel eylemlerdir (10).

Obsesif kompulsif bozukluk, yapılandırılmış sınıflandırmalara 1980'de yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-III (11) ile girmiştir. DSM-III-R'da (12) ise günlük yaşamı kesintiye uğratan, en az bir saat süren obsesyonlar ya da kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanmış, DSM-IV (1) ve DSM-IV-TR'de (10) "Obsesif Kompulsif Bozukluk" terimi kullanıma girmiştir.

DSM-IV-TR'ye Göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri:

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3), (4) ile tanımlanır:

1. Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

2. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

3. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

4. Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. El yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).

2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder (Not: Bu durum çocuklar için geçerli değildir).

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde bir saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde Kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; Hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir Parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç veya tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü Az Olan: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa (10).

Obsesif kompulsif bozukluk, Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Disease, ICD-10) ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırmasında F-42 kodu ile yer almıştır. ICD-10'un OKB tanı ölçütleri açısından DSM-IV'ten en önemli farkı, obsesif-kompulsif belirtilerin üst üste en az 2 hafta boyunca bulunması koşulunun olmasıdır (13).

OKB için ICD-10 tanı ölçütleri:

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

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

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

B- Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır; hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ya da hareketler bulunabilir.

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

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

1.1.1.2. Epidemiyoloji

Obsesif kompulsif bozukluğun 1980'li yıllara kadar nadir görülen bir hastalık olduğu düşünülmüş, ilk çalışmalarda, yatırılarak tedavi edilen psikiyatrik hastalardaki OKB oranı %0.5-4.0 olarak bulunmuştur (14). Ancak daha sonra ABD'de yapılan çalışmalarda OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2.5 olarak bulunmuştur (15).

Obsesif kompulsif bozukluk genel nüfus içinde yaşam boyu prevalansı çeşitli toplumlarda %1.1-3.3 arasında değişen sıklıkta bildirilmektedir (16). OKB'nin kadınlarda biraz daha fazla görüldüğü (17) bildirilmekle birlikte, kadın ve erkeklerde

eşit (18) dağılım gösteren, kronik gidişli ve kişinin işlevselliğini etkileyen bir bozukluk olduğu öne sürülmüştür (15). Ülkemizde, Ankara'da yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre 7479 kişilik Türkiye örnekleminin %0.5'nin OKB'ye sahip olduğu, kadınların erkeklere göre 3 kat daha yüksek oranda bulunduğu belirlenmiştir (19). OKB ile ırk, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, din, fiziksel sağlık durumu gibi bileşenler arasında ise bir ilişki kurulamamıştır (20).

Obsesif kompulsif bozukluk geç ergenlik veya erken erişkinlikte başlamaktadır. Başlangıç yaşının genellikle 20'li yaşların başları olduğu (21, 22) hastaların %65'inden fazlasında ise 25 yaşından önce hastalık geliştiği, %5'inden daha azında ise 40 yaşından sonra başladığı bildirilmiştir (23). Hastalık öncesi kişinin düşük sosyal işlevselliğe sahip olması, hastalığın erken yaşlarda başlaması, hastalığın ilk 2 yıllık gözlem süresince kronik gidiş göstermesi kötü prognoz belirteçleridir (24). Erkek olmak, hastalık süresinin uzun olması, major depresyonun eşlik ediyor olması, komorbid psikiyatrik hastalık öyküsü olması ve hastalığın kronik seyirli olması diğer kötü prognoz faktörleridir (25, 26). OKB sosyal ilişkilerde önemli olumsuz etkiler oluşturur ve sıklıkla aile ve evlilik uyumsuzluklarına, doyumsuzluklara, ayrılık ve boşanmalara neden olabilmektedir (27). OKB'li hastalarda bekar olanların oranı %68 bulunurken (28) çeşitli çalışmalarda OKB'li kadın hastaların evli olma oranı, erkek hastaların oranından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (21, 29, 30).

1.1.1.3. Etyoloji

1.1.1.3.1. Biyolojik Etkenler

1.1.1.3.1.1. Nörotransmitterler

Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde etkili olan ilaçların güçlü serotonin geri alım inhibitörleri olması üzerine OKB patofizyolojisinde Serotonin'in rolü olduğunu düşündürmüştür. Ayrıca beyin omurilik sıvısı 5HTAA düzeylerindeki azalmayla obsesif semptomların iyileşmesi arasında güçlü bir korelasyon olduğu bildirilmiştir.

1.1.1.3.1.2. Nöropsikoloji

Obsesif kompulsif bozuklukta yapısal veya nörokimyasal bozukluğa bağlı olarak nöropsikolojik defisitler bildirilmiştir. En temel ve en fazla tekrarlanan bulgu, yürütücü işlevlerdeki ve sözel olmayan bellekteki bozulmadır. Parietal korteks ve

parietooksipital bileşkedeki aktivasyon azlığının bu işlev bozukluğundan sorumlu olduğu ileri sürülmüştür.

1.1.1.3.1.3. Nöroimmünoloji

Sydenham Koresi vakalarının önemli bir kısmında OKB tespit edilmesi, OKB patogenezinde otoimmunitenin rolü olabileceğini düşündürmüştür. Sydenham Koresinde de A grubu Beta Hemolitik Streptokok Enfeksiyonundan sonra merkezi sinir sistemindeki nöronlara karşı gelişen otoimmün bir yanıt söz konusudur. Erken başlangıçlı OKB ve Tik Bozukluklarında B lenfosit antijen D8/17'nin sık olduğu bildirilmiştir.

1.1.1.3.1.4. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda, OKB patogenezinde orbitofrontal bölge başta olmak üzere talamus ve bazal ganglionların rolü olduğu ortaya konmuştur (31). Kaudat çekirdekte hacim değişiklikleri ve kaudat çekirdeklerin normal asimetrisinde kaybolma saptanmıştır (32, 33). İşlevsel görüntüleme çalışmalarında ise Pozitron Emisyon Tomografi yöntemiyle OKB'de orbitofrontal bölge ve bazal ganglionlarda glikoz metabolizmasında artış (34, 35), tek foton emisyon tomografi yöntemiyle frontal bölge ve talamusta kontrollere göre kanlanmada artış, bazal ganglionlarda ise kanlanmada artma yada azalma saptanmıştır (36, 37).

1.1.1.3.2. Genetik Etkenler

Aile çalışmalarında, özellikle erken başlangıçlı ve tik bozukluğunun eşlik ettiği OKB olgularının daha çok ailesel olduğu bildirilmekle (38, 39) birlikte, ailesel geçişin olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (40, 41).

1.1.1.3.3. Psikojenik Etkenler

Psikanalitik görüşe göre obsesyonlar, bastırılmış dürtülerin türevleridir. OKB'de kullanılan temel savunma mekanizması regresyondur. Regresyonu tetikleyen, anksiyete doğurucu fallik-ödipal dürtülerin yarattığı tehdittir. OKB'de regresyon kullanılarak anal döneme gerileme olur. OKB ile ilgili ilk psikanalitik görüşler Freud tarafından ortaya atılmıştır. Freud, obsesyonel nevroz olarak adlandırdığı bu hastalığı şöyle tanımlamıştır: “Hastanın zihni gerçekte kendisini hiç ilgilendirmeyen düşüncelerle doludur ve kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmektedir; arada bir karşı duramadığı eylemlere geçmek zorunda kalır. Zihnine takılan bu düşünceler (obsesyonlar) hasta için hiçbir anlam taşımadığı gibi, çoğu kez kendisine de saçma

gelir. Bu düşünceler, aslında hiçbir zaman eyleme dönüşmezse de hastanın, bu düşünceleri anımsatan durumlardan sürekli kaçmasına neden olurlar. Hastanın kendi istemi dışında yaptığı davranışlar, günlük yaşamın olağan etkinlikleri olan yıkanma gibi eylemlerin abartılmış ve törensel biçimlerinden öteye gitmez; ne var ki, obsesif eylem veya kompulsiyon denilen bu zararsız davranışlar kişinin istemi dışında yapılırlar” (42, 43). Freud’a göre obsesyoneel nevroz histeriye benzer şekilde ödipal istekler sonucunda ortaya çıkar. Obsesif kompulsif hastanın, ödipal dönemin çatışmaları ile başedemediği, anksiyete duyduğu ve daha önceki bir psikoseksüel gelişim dönemine (anal sadistik döneme) gerilediği kabul edilir (44). Gerileme; zorlanma durumlarında, ruhsal gelişimin vardığı noktadan daha önceki dönemlere geri dönülmesidir (45). Anal karakter özellikleri olarak düzenlilik, tutumluluk ve inatçılığı tanımlayan Freud’a göre (46), anal karakter özellikleri obsesyoneel nevrozda belirginleşir. Obsesif kompulsif kişi, anal erotik ve saldırgan dürtülerini yalıtma, karşıt tepki oluşturma ve yapma-bozma savunma düzeneklerinin yardımı ile bilinç dışında tutmaya çalışır. Freud, karşıt tepki oluşturma, yalıtma ve yapma-bozmayı obsesyoneel nevrozun tipik savunmaları olarak tanımlamıştır (47). Psikanalitik açıdan obsesyon ve kompulsiyonların, bilinçdışı dürtülerin örtük ve çarpıtılmış ikameleri olduğu; üstbenliğin dürtülere karşı tehditlerini ya da üstbenlik ile dürtüler arasındaki çatışmayı ifade ettiği kabul edilir (42). Salzman ise, OKB’nin dinamiğinde öfkeden ziyade utanç, onur kaybı, zayıflık ve yetersizlik duygularının ortaya çıkışını önleme çabasının olduğunu öne sürmüştür (48). Yine OKB hastalarının analizinde anne-çocuk ilişkisinin incelenmesinin çok önemli olduğunu ve bu hastaların çoğunda despot ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilmiş anne tasarımları ile kurulan ilişkinin hastalığın gelişiminde rol oynadığını bildiren çalışmalar da vardır (49, 50).

1.1.1.3.4. Davranışsal Etkenler

Davranışçı kurama göre obsesyonlar koşullu uyaranlardır. Normal şartlarda herkesin aklına gelebilecek, özünde korkutucu olmayan düşünceler, koşullanma yoluyla bireyde anksiyete gibi duygularla ilişkilendirilir ve rahatsız edici özellikler kazanırlar. Bu düşüncelerin akla gelmesiyle oluşan anksiyeteden korunmak için, bireyde kaçma ve kaçınma davranışları gelişir. Bu görüş, alıştırmaya tedavisi (exposure) ve tepkiyi engelleme olarak bilinen davranışçı terapi yaklaşımının gelişmesine neden olmuştur (51, 52).

1.1.1.3.5. Bilişsel Model

Bilişsel modele göre, OKB tablosunun oluşması için zorlayıcı düşüncelerin sorumluluk duygusunu harekete geçirmesi gerekir. Zorlayıcı düşünceler sorumluluk duygusunu harekete geçirmiyorsa, sorumluluğu azaltmak için istemli olarak başlatılıp devam ettirilen aktiviteler (yansızlaştırma) de oluşmayacak ve OKB tablosu ortaya çıkmayacaktır (53). OKB’de sık rastlanılan bilişsel hatalar şu şekilde özetlenebilir (54);

A. Hep veya hiç biçiminde düşünme: (“Tamamen güvende değilsem, hala tehlikede sayılırım”, “yakınlarımı tehlikeden tam olarak koruyamazsam, onların zarar görmesine neden olurum” gibi)

B. Aşırı kontrol ve mükemmeliyetçilik: (“Kişi düşünceleri üzerinde tam bir kontrol sağlayabilmelidir”, “yakınlarımı en iyi şekilde koruyamazsam, bu benim hatam olur ve bu yüzden cezalandırılmam gerekir” gibi)

C. “Ya şöyle olursa” biçiminde düşünme: (“Ya ileride AIDS olursam”, “ya yanlış yaparsam”, “ya onun zarar görmesinden ben sorumluyum” gibi)

D. Büyüsel düşünce: (“Bir şeyi düşünmek, onun oluşumuna sebep olmaya yol açar” gibi)

E. Düşünce ile eylemin kaynaşması: (“Bir şeyi düşünmekle onu yapmak aynıdır”, “eşimi düşüncelerde aldatmakla, onu gerçekte aldatmak aynı şeydir” gibi)

F. Düşüncelere aşırı değer verme: (“Kötü veya çılgınca bir düşünce aklıma geliyorsa, bu kötü ve çılgın olduğumun göstergesidir”, “düşüncelerim bana gerçek kişiliğimin nasıl olduğunu gösterir” gibi)

G. Belirsizliğe tahammülsüzlük: (“Her şeyden %100 emin olmalıyım, emin olmadığım takdirde, belirsizliğin oluşturduğu sıkıntıya dayanmam” gibi)

H. Felaketleştirme; (“Ağzımdaki yara ve halsizliğim kesin olarak AIDS olduğumu gösteriyor” gibi)

İ. Aşırı sorumluluk: (“Zararı önleyememek, zarara neden olmakla aynıdır” gibi)

J. Kötümser yönde yanlılık: (“Kötü bir şey olacaksa, bunun bana veya yakınlarıma olma riski diğerlerine olmasından çok daha fazla” gibi)

Tedavide bu bilişsel hatalar belirlenerek, işlevselliği olmayan bu düşüncelerin, yaşanan durumla daha uyumlu ve gerçek olabilecek düşüncelerle değiştirilmesi öğretilir.

1.1.1.4. Belirtiler ve Bulgular

a) Genel görünüm: Çoğunlukla temiz ve özenli giyimleri, aşırı titiz, düzenli, kontrollü görünümleri dikkat çeker. Hastalık ilerledikçe kişinin düzeni bozulabilir ve hareketlerinde bir kararsızlık söz konusu olabilir.

b) Konuşma ve ilişki kurma: Konuşma, düzgün ve denetimlidir. Cümleler uzun, ayrıntılı, resmi terim veya deyimlerle dolu olabilir. İlişkilerinde, sıkıcı derecede saygılı ve kuralcı olabilirler.

c) Duygulanım: Kişi obsesyon ve kompulsiyonlarından dolayı çok büyük bir anksiyete yaşar. Obsesyonları nedeniyle sıkıntı yaşayan hasta, bunu gidermek için kompulsiyonlara başvurur, kompulsiyonlar tekrarladıkça da anksiyetesi giderek artar. Ancak, kişi başından geçen olumsuz yaşantıları, sanki bir başkasının başından geçen olaylarmış gibi duygudan yalıtılmış biçimde anlatır. Depresyonun eşlik ettiği OKB’de depresif duygular yoğun yaşanabilir.

d) Bilişsel yetiler: OKB’li insanlar genellikle zeki ve bellekleri güçlü kişilerdir. Algı ve yönelim bozukluğu olmaz. Yineleyen obsesyonlar nedeni ile bazen dikkatleri dağılabilir.

e) Düşünce süreci ve içeriği: OKB’li bireylerin düşünceleri düzgün, eksiksiz ve ayrıntıcıdır. Düşünce içeriğinde ise obsesyonlar vardır ve bunlar benliğe yabancısıdır (ego-distonik). Hasta bunları kabul edemez, düşüncelerinin saçma olduğunu bilir ancak, bir türlü engelleyemez. Düşüncede ambivalans, tereddüt, kararsızlık belirgindir. Kişi çok fazla “ya öyleyse?”, “acaba mı?” vb. şeklinde düşünebilir.

f) Davranış: Kompulsiyonlar, obsesyonların bunaltıcı etkisini gidermek için yapılan zorunlu hareketlerdir. Belli şeyleri yapmak ya da yapmamak, ellerini abartılı şekilde yıkamak, kapıları defalarca açıp kapatarak kontrol etmek örnek olarak verilebilir. Bu hareketler zamanla kalıplaşıp törensel bir hal (ritüel) alabilir.

g) Bedensel ve fizyolojik belirtiler: Kişideki fizyolojik belirtiler bunaltıya özgü olarak değişebilir. Mesela ellerini ileri derecede yıkayanlarda deterjan izleri ve yaralar görülebilir.

h) İçgörü: Genel olarak hastaların belirtilerine yönelik içgörülerinin iyi olmasıyla birlikte, OKB’li hastaların bir bölümünde belirtilerine yönelik içgörülerinin değişen derecelerde bozulduğu gözlenmiştir.

1.1.1.5. Klinik Özellikler

1.1.1.5.1. Obsesyonlar

Obsesif kompulsif bozukluk hastalığı içerisinde çok farklı obsesyonlar ve kompulsiyonlar vardır. Bir hastada bunların sadece biri olabileceği gibi bir kaçını da aynı anda bulunabilir.

a) Bulaşma obsesyonu: En sık karşılaşılan obsesyon çeşididir. Kişi mikrop, pislik, kir bulaşmasından endişe duyar. Bulaştırıcı olduğunu düşündüğü nesnelere kaçınma davranışları da sergileyebilir veya aşırı miktarda yıkama ve temizleme yaparak bulaşma hissini azaltmaya çalışırlar. Bu tür obsesyonu olan kişiler anksiyete ile birlikte utanma ve tikslenme duygularını yoğun yaşarlar.

b) Kuşku obsesyonu: Kirilenmeden sonra en sık karşılaşılan obsesyon türüdür ve genellikle kontrol etme-denetleme kompulsiyonlarıyla birlikte. Bu tür obsesyonlarda yapılan şeyden ya da ihmalden, kişinin kendisine veya başkalarına zarar gelme endişesi söz konusudur. Yaşanılan duygu daha çok hata ve suçluluktur.

c) Saldırganlık ve cinsel obsesyon: Bu tür obsesyonlara çoğunlukla anlatma, sorma ve kontrol etme kompulsiyonları eşlik eder. Hastalar kendilerine ya da başkalarına zarar vermektense, kendilerine ters gelen cinsel ya da saldırgan eylemlere gireceklerinden korkarlar. Obsesyonlarla mücadele etmek için, bıçak, makas gibi saldırı aracı olarak kullanılacak eşyalardan, yüksek yerlerden, sevilen kişilerden uzak durma gibi kompulsif davranışlar sergilenebilir.

d) Simetri ve düzen obsesyonu: Bu hastalar, olayların veya nesnelere tam istedikleri düzende, yerli yerinde, mükemmel olması gerektiği obsesyonuna sahiptirler. Bu obsesyonlara düzeltme, sıraya koyma, yapma-bozma, sayma gibi kompulsif davranışlar eşlik edebilir.

e) Somatik obsesyon: Diğer OKB'li hastalardan farklı olarak, kendi sağlıkları veya ölüm olasılıklarından endişe ederler. Somatik uğraşları genellikle güncel hastalıklarla ilgili olup, kontrol etme ve güvence arama ritüelleriyle birlikte.

f) Biriktirme, saklama obsesyonu: Kişinin kendisi için maddi ya da manevi değeri olmayan eşyaları saklaması ile ilgili obsesyonlardır. Bir şeyin kaybolmadığından veya yanlışlıkla atılmadığından emin olmak için kontrol etme kompulsiyonu sıklıkla görülür.

g) Diğer obsesyonlar: Yukarıda sayılanların dışında bilme ve hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri söyleme korkusu, doğru şeyleri söylememe korkusu, bir şeyleri kaybetme korkusu, uğurlu ve uğursuz sayılar, özel anlamı olan renkler vb. obsesyonlar da vardır.

1.1.1.5.2. Kompulsiyonlar

Kompulsiyonun Türkçe karşılığı “zorlantı”dır. Zorlantı, obsesyonların verdiği rahatsızlıklarla mücadele etmek için gerçekleştirilen, yineleyici, kişinin yapmaktan kendisini alıkoyamadığı davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kapının, açık unutulma ihtimaline karşı bunaltıcı derecede kontrol edilmesi, mikrop bulaşma ihtimaline karşı ellerin yıkanması, ilgili obsesif düşüncelere karşı geliştirilen kompulsif davranışlardır.

Kompulsiyonların temel amacı obsesyonların ortaya çıkardığı sıkıntıyı azaltmaktır. Ancak başlangıçta geçici bir rahatlık yaşatsalar da uzun vadede OKB hastalığının devam etmesinde en büyük etkeni oluştururlar. Kompulsiyonların bazıları gözle görülebilen davranışlar (el yıkamak gibi) bazıları da zihinde gerçekleşen davranışlardır (sayı saymak, dua etmek gibi). Obsesyon ve kompulsiyonlar genelde birlikte görülebildiği gibi sadece obsesyonların olduğu olgular da vardır. OKB hastası düşüncelerinin ve davranışlarının saçma ve gereksiz olduğunu bilir; fakat bunları yapmaktan kendini alıkoyamaz. OKB’den bahsedilebilmesi için söz konusu düşünce ve davranışların, sürekli, tekrarlayıcı, kişinin günlük hayatını, sosyal yaşamını, akademik ve mesleki işlevselliğini olumsuz derecede etkileyecek kadar şiddetli olmalıdır.

1.1.1.6. OKB’de Eş Tanı

Klinik çalışmalarda, OKB hastalarının %50-75’inin en az bir ek hastalık tanısı aldıkları saptanmıştır (55). Major Depresyon OKB ile birlikte bulunma eğilimi en yüksek hastalıktır (%67). Diğer psikiyatrik hastalıkların OKB ile birlikte bulunma oranları ise; Basit Fobi için %22, Sosyal Fobi için %18, Yeme Bozukluğu için %17, Alkol Kötüye Kullanımı veya Bağımlılığı için %14, Panik Bozukluk için %12 ve Tourette Hastalığı için %7 olarak bulunmuştur (56). Çocuk ve ergenlerde yapılan başka bir çalışmada Anksiyete Bozuklukları %35, Duygulanım Bozuklukları %25, Bulimia %15, Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB) %15, ayrıca dövüş, çalma, yalan söyleme gibi davranış bozukluklarının beklenenin üzerinde olduğu,

ergenlerde antisosyal kişilik özelliklerinin ve intihar davranışının şaşırtıcı oranda yüksek görüldüğü tespit edilmiştir (20).

Obsesif kompulsif bozukluk ile OKKB birlikteliğinin araştırıldığı bazı çalışmalarda, OKB hastalarında diğer psikiyatrik hastalara göre OKKB'nin anlamlı olarak daha yaygın olduğu bulunurken (57), başka çalışmalarda böyle bir ilişkinin olmadığı hatta OKB'li hastalarda Çekingen, Borderline, Bağımlı ve Şizotipal Kişilik Bozuklukların daha çok görüldüğü bulunmuştur (58-60).

Yine de OKB'li klinik örnekleme OKKB özelliklerini yüksek düzeyde bulan çalışmalar mevcuttur (61). OKB'nin, Sydenham Koresi, post ensefalitik Parkinson Hastalığı, Huntington Koresi gibi bazal gangliyon hastalıklarına eşlik ettiği veya bazal gangliyon patolojileri olabileceği bildirilmiş ayrıca Tourette Sendromu ve OKB'nin aynı hastalığın farklı manifestasyonları olabileceği belirtilmiştir (62, 63). Sosyodemografik OKB spektrum bozukluğu olarak şu hastalıklar tanımlanmıştır: Tourette Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Trikotillomani, Beden Dismorfik Bozukluğu, Depersonalizasyon Bozukluğu, Patolojik Kumar Oynama, Cinsel Obsesyonlar, OKKB ve subklinik durumlar (64).

1.1.1.7. Prognoz

Yapılan bazı çalışmalarda hastaların %20-30'unda belirgin bir düzelme, %40-50'sinde orta derecede bir düzelme, %20-40'ında da aynı kalma ya da kötüleşme bildirilmektedir. OKB'de kötü sonlanışın belirtileri arasında hastalığın erken başlaması, hastalığın şiddetli başlaması, bekar olma, hastalığın uzun ve süregen olması, büyüsel düşüncenin, sanrılarının, kişilik bozukluklarının olması, bipolar bozukluğun ve yeme bozukluğunun eşlik etmesi, kötü sosyal uyum, sosyal becerilerin yetersiz olması, ailede OKB hastalığının ve depresyonun olması sayılabilir. Hastalığın iyi sonlanışının göstergeleri arasında iyi sosyal ve mesleki uyum, ortaya çıkartıcı bir olayın olması ve belirtilerin epizodik seyri sayılabilir.

1.1.1.8. Tedavi

Son zamanlarda etkili psikolojik ve farmakolojik tedavi metotları tesbit edilmiştir. OKB'de tedaviye semptomlarının hastaya açıklanması ile başlanmalı, hastanın yakınları bilgilendirilmeli ve tedavide işbirliği sağlanmalıdır. Tedavide kullanılan ilaçların başında, serotonin geri alım inhibitörleri ve trisiklik antidepressanlar gelir. Depresyonda kullanılan dozlardan daha yüksek dozlar gerektiğinden, yan etkiler

daha sık karşımıza çıkar. Yan etkileri gözlemek ve kontrol etmek amacıyla tedaviye düşük dozda başlanıp, hastanın tolere edebildiği en yüksek dozlara çıkılır. Tedavi bırakıldığında semptomlar tekrarlayabileceğinden uzun süreli ve ek olarak nonfarmakolojik destek gerekmektedir. Bilişsel-davranışçı terapiler OKB tedavisinde daha etkili görülmüştür (51, 52, 65, 66). Hafif vakalarda tek başına davranış tedavisi denenebilir. Ciddi OKB’de her iki tedavinin kombinasyonu ile daha iyi cevap alınmaktadır.

1.1.2. Aleksitimi

1.1.2.1. Tanım

Aleksitimi, başlangıçta psikosomatik belirtilerle ilişkili durumları açıklamak amacıyla ortaya atılmış bir kavramdır (67). Ancak daha sonraları aleksitiminin sadece psikosomatik tablolara özgü bir durum olmadığı, hasta popülasyonunun yanısıra sağlıklı bireylerde de aleksitiminin, yaygın bir özellik olduğu anlaşılmıştır.

İlk olarak 1948 yılında Ruesch analitik terapiye aldığı psikosomatik hastalarda yaptığı gözlemlerde, bu hastaların diğer nevroitiklerden farklı olarak duygularını ve rahatsızlıklarını sözel ya da sembolik olarak ifade edemediklerini belirtmiştir. Psikosomatik şikayetlerle gelen bu kişilerin duygularını veya gerilimlerini ifade etmelerinin tek yolu bedensel tepkiler aracılığıyla olmaktadır. Ruesch bu özellikleri psikosomatik hastalıkların temelinde yatan asıl sorun olarak görmüş ve bu özellikleri “çocuksu kişilik (infantil personality)” olarak kavramsallaştırmıştır. Ona göre çocuksu kişilik yapısı psikosomatik hastalıkların temelinde yatan sorunun özünü oluşturmaktadır (68).

1949 yılında Mac Lean bir makalesinde psikosomatik hastaların duygularını söze dökmeye zihinsel bir yetersizlikleri olduğundan bahsetmiştir. Mac Lean psikosomatik kişilerde duyguların, neokortekse ulaşıp sözel yolla simgesel anlatım bulamadığını, “otonom” yollarla ifade edildiğini, yani “organ diline” çevrilerek bedensel belirtiler olarak kendini gösterdiklerini vurgulamıştır. Yani psikosomatiklerde yaşanan duygular hipotalamus’dan geçerek neokorteks’e ulaşamamakta, amigdalada takılıp kalmaktadır (69, 70).

1972’de Sifneos, o zamana kadar özellikle de psikosomatik hastalar üzerinde yıllardır çeşitli klinisyenler ve araştırmacılar tarafından tespit edilmiş olan, duygularını tanıma ve sözel ifade güçlüğü, hayal ve fantezi yaşamında kısıtlılık, işe vuruk

düşünme eğilimi, çatışma ve engellenme durumlarındaki problemlerini bedensel belirtiler olarak yansıtmaya gibi özellikleri “aleksitimik özellikler” olarak tanımlamıştır. Ona göre bu kavramı kullanmasının temel nedeni, aleksitimik bireylerdeki en temel özelliğin ‘duyguların ifade edilmesindeki yetersizlik’ olduğu düşüncesidir (71). Kelime anlamı olarak aleksitimi; Yunanca’da -a; yok, -lexis; söz, -thymos; duygu anlamına gelen kelimelerin birleşmesinden meydana gelmiş bir kavramdır (72).

Sifneos, aleksitimik bireyler için şu ifadeleri kullanmaktadır; “Aleksitimi öncelikle bireyin duygusal işlevlerinde ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük çekmesi şeklinde ortaya çıkan bir sorundur. Duyguların merkezi bir öneme sahip olduğu toplumsal yaşantıda aleksitimikler yabancı, hatta başka bir dünyadan gelmiş izlenimi verirler. Aleksitimiklerin en belirgin özellikleri duygularını fark edip ifade etme güçlüğü çekmeleridir. Günlük yaşamda düşünebilen, anlatabilen, ilişkiler kurabilen kimselerdir. Ancak duygu ve düşünceleri arasında bağ kurup, ayırt etmekte ve bunları ifade etmekte sorunlar yaşarlar. Zeki olabilirler, fakat bu zekâlarını daha çok duygularından kaçmak için kullanırlar” (8). Aleksitiminin kişisel bir eğilim, sosyal destek eksikliği sonucu ortaya çıkan bir durum, hastalık, psikosomatik belirti, kognitif bozukluk, beceri eksikliği, yetersizlik, nörolojik bir arıza olduğunu savunan farklı görüşler vardır. Bu kadar çok farklı görüş ve yorumlardan dolayı bir kişiye aleksitimi teşhisi koymak zorlaşmaktadır (73). Taylor (70) ve Sifneos’a (8) göre aleksitimi bir hastalık değil, daha çok kişilikle ilgisi vardır. Ancak aleksitiminin ortaya çıkmasında sosyo-kültürel faktörlerin etkisi de önemli yer tutar.

Nörofizyolojik yaklaşıma göre ise aleksitimi; beyin yarım küreleri arasındaki kopukluk sonucu ortaya çıkan durum olup, limbik sistemden neokortekse gitmek için harekete geçen duyuşsal uyarıların bloke edilmesi sonucu bilinçli duyuşsal yaşantılara dönüşmemesiyle oluşan arızadır.

Bilişsel kuramı benimseyen araştırmacılara göre ise, aleksitimi bilişsel gelişim dönemlerindeki bazı eksikliklerden kaynaklanan yada bilişsel süreçlerdeki çarpıtmalar, mantık dışı düşünceler sonucu oluşan bir durumdur. Yani aleksitimi işlevsel olmayan uyum bozucu, otomatik düşünceler sonucu oluşan bir rahatsızlıktır. Pennebaker’a (74) göre aleksitimik özellikler kendini yansıtmaya (self-reflection) becerisi eksikliği ve duyuşsal ketlenme (emotional-inhibition) ile ilişkilidir.

1.1.2.2. Aleksitimik Kişilik Özellikleri ve Belirtileri

Üzerinde yapılan farklı yorum ve tanımlamalara rağmen konunun uzmanlarının aleksitimik kişilik özellikleri-belirtilerinin dört temel başlık altında toplanması konusunda fikir birliği içinde oldukları anlaşılmaktadır (8, 68, 75). Bu özellikler;

- a) Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü
- b) Hayal kurma, düşlem (Fantasy) yaşamında kısıtlılık
- c) İşe vuruk işlemsel (Operational Thinking) düşünme
- d) Dış Merkezli Uyuma Yönelik Bilişsel Yapı (Bilişsel Tarz)

a) Duyguları Fark etme, Ayırt Etme Ve Söze Dökme Güçlüğü: Aleksitimik bireylerin en belirgin özelliği duygularını tanıma ve ifade etmedeki güçlükleridir. Bu insanlar özgül bir biçimde duygularını tanıyamaz ve tanımlayamazlar. Duygularını çok kabaca, “rahatlama ve rahatsız olma” gibi basit kelimelerle ifade edebilmekte veya “gevşeme ve gergin olma” gibi bedensel tepkilerle gösterebilmektedirler. Konuşmaları tekrarlayıcı ve ayrıntılıdır. Sık sık bedensel yakınmalarından söz ederler. Duygusal yaşamlarındaki kısıtlılık, bazen duruşlarındaki donukluk ve duygularının yüzlerinden anlaşılmamasıyla da kendini belli eder (68, 71).

b) Hayal Kurma, Düşlem (Fantasy) Yaşamında Kısıtlılık: Aleksitimik özellik gösteren bireylerin hayal gücü oldukça zayıftır. Nadiren hayal kursalar bile bunu bir zaman kaybı olarak algırlar. Kurdukları hayaller genellikle gerçeklik sınırları içinde, tutku ve özlemlerin silik bir biçimde yansıdığı renksiz fantazilerdir. Aleksitimikler, hayal etmesi istenilen yaşantılarını canlı, yoğun, duygu yüklü olarak canlandıramazlar. Çoğu kez de duygularını çağrıştıracak hayallerden uzak durmayı tercih ederler. Hatta yetişkin yaşamlarında hayal kurmayı hiç beceremedikleri iddia edilmektedir (68, 76). Sifneos’a göre aleksitimik kimselerin düşlem ve fantazi yaşantılarındaki eksiklik, onların daha çok detaylara dikkat etmesine ve işlemsel (operative) düşüncelerine neden olmaktadır. Bu nedenle aleksitimik bireylere imajinasyona dayalı, psikodrama gibi tekniklerin uygulanması terapist/danışman için sorun oluşturmaktadır (8, 77). Hayal kurma becerilerindeki eksikliklerine bağlı olarak yaratıcı olmakta zorlanabilmektedirler. Eylem ve düşünceleri daha çok dış uyaranlar doğrultusundadır. Aleksitimik kimseler genellikle çevrelerindeki insanlar tarafından donuk, sıkıcı, kaba ve duygusuz olarak tarif edilirler (8, 68).

c) İşlemsel-İşe Vuruk Düşünme Eğilimi (Operational Thinking):

Aleksitimik bireyler duygularını tanıma ve ifade güçlüğü yaşamalarına, düşlem ve fantazi yaşantılarındaki kısıtlılığa rağmen, çevreleriyle uyum içinde yaşayabilmektedirler. Çünkü pragmatik ve mekanik tarzda düşünme eğilimindedirler. Kendi iç dünyalarından uzak, son derece sade, mekanik bir yaşantıları vardır. Karşılaştıkları sorunlara somut ve kestirme çözümler bulmaya yönelirler. Sorunların kökenine inmektense görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenmeyi tercih ederler.

Aleksitimiklerin bu tutumları çevreyle kurdukları ilişkilere de yansımaktadır. Sorunlarının kökeninde yatan duygusal etmenleri, engellemeleri, çatışmaları aramaz, sadece yüzeysel nedenlerle yetinirler. Karşılaştıkları sorunlara ilişkin konuyu en kısa yoldan kapamanın yöntemlerini araştırmaya ve aynı sorunu yeniden yaşamamak için gerekli tedbirleri düşünüp, önlem almaya çalışırlar. Bu özelliklerinden dolayı aleksitimikler genellikle çevreleriyle büyük ölçüde uyumlu ve sorunsuz insanlar gibi görünürler (75, 78).

d) Dış Merkezli Uyuma Yönelik Bilişsel Yapı (Bilişsel Tarz): Aleksitimik bireyler daha çok dışa dönük kişilik özellikleriyle öne çıkarlar. Çünkü mekanik, pragmatik ve uyum sağlamaya yönelik düşünme eğilimi içindedirler. Çevreleriyle olan ilişkilerinde, tutum ve davranışlarına iç etkenler ve onlara bağlı duygular değil, daha çok dış uyaranlar yön verir. Aleksitimikler uyum için gösterdikleri aşırı istek ve çabalardan dolayı çevreleriyle sorunsuz, uyumlu ilişkiler kurabilen kişiler olarak bilinebilirler (75). Bu durum onların dışa dönük bilişsel yapı geliştirmiş olmalarından kaynaklanmaktadır. Mc Dougal bu uyumu ‘yalancı normallik’ (pseudonormality) olarak yorumlamaktadır (79).

Aleksitimikler günlük yaşamda herhangi bir olayla karşılaştıklarında çevresel beklentilere ve ayrıntılara çok fazla önem verirler. Bu yüzden aleksitimikler daha çok dış kontrollü olup yalnızlığı tercih ederler. Zeki olabilirler, ancak bu zekâlarını daha çok duygularını gizlemek ve uyum sağlama çabaları için kullanırlar (79). Aleksitimik bireyler daha çok dışa dönük kişilik özellikleriyle öne çıkarlar. Çünkü mekanik, pragmatik ve uyum sağlamaya yönelik düşünme eğilimi içindedirler. Günlük yaşamda herhangi bir olayla karşılaştıklarında çevresel beklentilere ve ayrıntılara çok fazla önem verirler. Bu yüzden, daha çok dış kontrollü olup yalnızlığı tercih ederler,

insanlardan kaçarlar. Dışa bağımlı olduklarından çevresel ayrıntılara çok dikkat ederler (8).

Aleksitimik bireylerde belirgin olarak görülen yukarıdaki dört temel özelliğin yanısıra ikinci derecede önemli bazı özellikler şöyle sıralanabilir:

-Aleksitimik kimseler çevresel ayrıntılara ilişkin düşünce yoğunluğu ve çeşitli bedensel belirtilerden yakınma gibi nedenlerden dolayı nevrotik olarak değerlendirilebilirler. Fakat aleksitimikler belirli özellikleriyle nevrotiklerden kesin olarak ayrılırlar. Duygu ve düşlem yokluğu nevrotik kişilerde psikolojik çatışma alanıyla sınırlı kalırken, aleksitimiklerde her alana yayılmış durumdadır. Duyguları ile düşünceleri uygunluk göstermeyebilir (71, 77).

-Aleksitimiklerin başkalarıyla empati kurma, onları anlama yetenekleri zayıftır. Genellikle birlikteliği seven ve paylaşımına açık bireylermiş gibi görünmeyi tercih etmelerine rağmen bu konuda doğal davranamazlar. Sosyal durumlara uyum sağlıyor görünürler. Fakat diğerleri gibi olmadıklarının da farkında olup bunu gizlemeyi tercih ederler (77).

-Aleksitimikler çok nadiren ağlamasına rağmen yaşanan öfke, üzüntü ve kederlere bağlı olarak bazen aşırı düzeyde ağlayabilirler. Daha çok bağımlı olma eğilimleri vardır. Dışa bağımlı olduklarından çevresel ayrıntılara çok dikkat ederler Hassas değillerdir, düşünmeden davranma eğilimleri vardır. Kendilerini sıradan, zayıf, aciz gösterme çabalarının yanısıra, gergin ve katı kurallıdırlar. Aynı konu üzerinde ısrarlı ve tekrarlayıcı konuşmaları, 'kendi bildiğini yapma' şeklinde davranış göstermeleri aleksitimik bireylerin belirgin özelliklerindedir (8).

1.1.2.2. Aleksitiminin Ölçülmesi ve Tanı

Aleksitimi tanısı, geliştirilen bazı ölçekler aracılığı ile konulmaktadır. Bu ölçeklerden en çok kullanılanı Taylor ve ark. (80, 81) tarafından geliştirilen ve bir öz bildirim ölçeği olan Toronto Aleksitimi Ölçeğidir (TAÖ). Taylor ve ark. ilk olarak oluşturdukları 26 sorudan meydana gelen likert tipi ölçeği, gelen eleştiriler doğrultusunda revize ederek 20 soruluk daha kullanışlı ve daha güvenilir bir forma dönüştürmüşlerdir. TAÖ-20 anlamlı derecede uniform olup verilerin sistematik olarak toparlanmasından oluşmaktadır. TAÖ-20 hakkındaki en son kanıtlara göre pek çok farklı kültürde ve farklı dillerde yapılan çalışmalarda ölçeğin güvenilirliği doğrulanmaktadır (81).

Türkiye'deki son dönem çalışmalarda, Sayar tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan TAÖ-20 kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe formu için kesme puanı 61 olarak belirtilmiştir (82). Aleksitiminin toplum çalışmalarında bildirilen yaygınlığı %6.7 ile %18.8 arasında değişmektedir (83). Aleksitimi kalıcı bir kişilik özelliği olarak kabul edilirse de depresyon ve aleksitimi arasında var olduğu gösterilen ilişki, aleksitimik durumun depresyondan da kaynaklanabileceğini düşündürmektedir (84).

Aleksitimi ile kişilik bozukluklarını ilişkilendiren çalışmalar yok denecek kadar azdır. Bach ve ark. (85) şizotipal, bağımlı ve çekingen kişilik bozuklukları ile aleksitimi arasında ilişki bulmuşlardır.

Aleksitiminin psikiyatrik, psiko-somatik ve normal kişilerde görülme sıklığı ve bunun bazı sosyo-demografik özellikler ve depresyonla ilişkisini araştıran bir çalışma sonucunda, psikiyatrik grupta %67.9, psikosomatik grupta %57.7, kontrol grubunda %38.5 olarak aleksitimi gözlenmiş ve depresyon ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir (86).

1.1.3. Kişiliğe Boyutsal Yaklaşım

1.1.3.1. Cloninger'in Genel Psikobiyolojik Kişilik Modeli

Cloninger, kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ile karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiş ve tanımlamıştır. Bu kuram, psikometrik kişilik çalışmaları, ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgilerin sentezi üzerine kurulmuştur.

Cloninger'e göre insanların kişiliği, kendi deneyimlerinden öğrenme yolu ve duygularını, düşüncelerini, eylemlerini adapte ediş biçimiyle karakterizedir. Kişilik, değişen çevreye karşı uyumu ayarlayan bireysel psikobiyolojik sistemlerin karşılıklı etkileşimi olarak tanımlanabilir (5). Bu sistemler kognisyonu, emosyon ve duygudurumu, kişisel impuls kontrolünü ve sosyal ilişkileri düzenler. Dolayısıyla kişilik özellikleri, kişinin bizzat kendisi, diğer insanlar ve bir bütün olarak dünyayı algılama, onlarla ilişki kurma ve onlar hakkında düşünmeyle ilgili olarak işleyen sürekli bir paterni ifade eder.

Kişilik patolojisini değerlendirmede kişilik özellikleri bakışına önemli bir örnek Cloninger'in yedi faktörlü modelidir (5). Bu bakışa göre, kişilik özelliklerinin

biyolojik temelde şekillenmesine özel vurgu yapılmaktadır (87). Cloninger'in kişilik modeli, davranış görünümleri ile nörotransmitterler arasında bağlantı kurma olanağı da verir. YA (davranışsal aktivasyon) ile dopamin, ZK (davranışsal inhibisyon) ile serotonin, ÖB (davranışı sürdürme) ile norepinefrin ve SE (davranışta ısrar etme) ile glutamaterjik sistem arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (7, 88).

1.1.3.2. Kişilik, Mizaç ve Karakter

Kişilik, mizaç ve karakter birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç, kalıtımla geçen ve yaşam boyunca çok az oranda değişen yapısal özelliklerdir. Karakter, çevrenin ve eğitimin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumlardır, dolayısıyla zamanla değiştirilebilecek özellikleri içerir. Kişilik ise, genetik olarak gelen mizaçla, sonradan elde edilmiş karakterin birleşmesinden oluşur (89).

1.1.3.2.1. Kişilik

Üzerinde uzlaşmaya varılmış tek bir kişilik tanımı vermek güçtür. Kişilik kavramı, insanın biyolojik ve ruhsal yapılarının, davranış biçimlerinin, ilgi, tutum, yetenek ve becerilerinin bir arada, en iyi biçimde bütünleşmesini ifade eder. Başka bir tanımlamayla kişilik, bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırımını sağlayan uyum ve yaşam biçimini oluşturan bilinçli ya da bilinçdışı biliş, duygulanım ve davranış örüntülerinin tümüdür. Kişilik, karmaşık yapısına rağmen, bireyleri, davranışın birçok bileşeni aracılığıyla diğer bireylerden ayırır. Allport (90), kişiliği, kişinin çevreye uyumunu belirleyen, bireyin psiko-fiziksel sistemlerdeki dinamik örgütlenmesi olarak tanımlamıştır. Kişiliğin kendini yenileyen bir sistem olduğunu, sürekli gelişip değiştiğini vurgulayarak, dinamik bir yapılanması olduğunu ileri sürmüştür.

Kısaca kişilik; bireyin özel (karakteristik) ve ayırıcı davranışlarının bütünüdür. Bir insanı diğerlerinden ayıran bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerin bütünüdür ve bu davranış örüntüsü yaşamda kişinin kullandığı özel uyum yollarını yansıtır (91).

1.1.3.2.2. Mizaç

Mizaç, kişinin emosyonel uyarılara karşı bireysel otomatik tepkilerini ifade eder. Mizaç özellikleri, korkuya karşı sakinlik, bıkkınlığa karşı bağlanma, kararlılığa karşı vazgeçme gibi temel emosyonel tepki özelliklerini içerir. Mizaç, kişiliğin, kalıtımsal olan, çocukluk döneminde açıkça sergilenen ve hayat boyu durağan kalan bileşenleri olarak tanımlanır (92). Thomas ve Chess'in yaptıkları öncül çalışmada

mizaç; davranışın güdülenmesi (neden) ve içeriğinden (ne) farklı olarak, davranışın biçimsel parçası (nasıl) olarak tanımlanmıştır (6). Modern görüşler, mizacın emosyonel, güdusel ve uyumsal yönlerini de vurgulamaktadır (93).

1.1.3.2.2.1. Mizacın Psikobiyolojisi

Mizacın özellikleri olan ZK, YA, ÖB ve SE; kişinin tehlike, yenilik ve değişik ödül tiplerine karşı, nispeten verdiği otomatik cevabın altında yatan kalımsal farklılıklar olarak tanımlanmaktadır. Bu dört mizaç özelliği, dört temel duygu ile oldukça ilişkilidir; korku (ZK), öfke (YA), bağlanma (ÖB) ve hırs (SE) (93).

Dört esas boyutun her biri normal şekilde dağılmış nicel özellikler göstermektedir. Bu özellikler kısmen kalımsaldır, çocukluğun erken dönemlerinde gözlenmektedir, zaman içinde nispeten değişmemekte ve ergen ve erişkin davranışlarını orta derecede öngörebilmektedir. Dört boyutun; farklı kültürler, etnik gruplar ve farklı kıtalardaki farklı politik sistemlere karşın evrensel olduğu tekrar tekrar gösterilmiştir. Özet olarak; kalımsal olduğu, yaşamın erken döneminde ortaya çıktığı, gelişimsel olarak kararlılık gösterdiği ve farklı kültürlerde benzer olduğundan dolayı kişiliğin bu özellikleri mizaç olarak adlandırılmaktadır (93).

1.1.3.2.2.2. Mizacın Alt Boyutları

a. Zarardan Kaçınma

Zarardan kaçınma cezalandırılma ve hayal kırıklığı uyaranlarına cevap olarak, davranışın baskılanmasında kalımsal bir koşullanma içermektedir. Belirsiz bir korku, utangaçlık ve sosyal engellenmişlik, sorunlardan veya tehlikeden pasif kaçınma, çabuk yorulma ve hatta başka insanları endişelendirmeyen durumlarda sorun beklentisi içindeki karamsarlık kaygısı olarak gözlemlenmektedir. Zarardan aşırı kaçınmanın uyumsal faydası, tehlike olasılığı olduğu zaman, ihtiyatlılık ve dikkatli planlama yapabilmektir. Zararı ise, zarar görme olasılığı olmadığı zamanlarda da zarar beklentisi içinde olmaktır ki, bu durum uyum bozukluğuna ve kaygıya neden olmaktadır. Birçok insanı endişelendirecek bir duruma karşın, zarardan düşük oranda kaçınan insanlar kaygısız, enerjik, cesur, sempatik ve iyimserdirler. Zarardan az kaçınmanın faydası tehlike ve belirsizlikle karşılaşıldığında kendine güvenme, strese girmeden ya da çok az strese girerek enerjik gayret sarf etme ve iyimserliğe neden olmasıdır. Zararı ise, tehlikeye karşı tepkisizlik ve gerçekçi olmayan iyimserlik, olası bir zarar görme durumunda ciddi sonuç riski ile ilişkili olmasıdır (93).

Zarardan Kaçınması yüksek olan bireyler, dikkatli, gergin, evhamlı, sinirli, ürkek, şüpheli, hevesi olmayan, güvensiz, pasif, negativist ya da diğer insanların normalde endişelenmeyecekleri durumlarda bile kötümser olmaya eğilimlidirler. Enerji düzeyleri düşüktür ve kronik olarak yorgun hissederler ya da kolay yorulurlar. Bunun bir sonucu olarak daha fazla temine ve desteğe ihtiyaç duyarlar, eleştiriye ve cezaya duyarlıdır. Yüksek ZK'nın avantajı beklenen olası tehlikede dikkatli planlamaya neden olan daha fazla dikkat ve özendir. Dezavantajlar ise tehlike çok olası değil ancak hala bekleniyorsa bu tür kötümserlik ya da inhibisyon gereksiz endişeye neden olmaktadır. Tersine bu mizaç boyutunda düşük skorları olan bireyler özensiz, gevşek, cesur, meraklı, anlaşmazlıkları gideren, arabulucu ve çoğu kişinin endişelendiği durumda bile iyimser olma eğilimindedir. Bu bireyler sosyal durumlarda girişken, gözü pek ve güvenlidir. Enerji düzeyleri yüksektir ve diğerlerini dinamik, canlı ve enerjik kişiler olarak etkilerler. Düşük ZK özelliğinin avantajları belirsizlik ve tehlikeli durumlarda güven ve az stresle iyimser ve enerjik çabaya neden olmasıdır. Dezavantajları ise tehlikeye yanıtızlık ve gözü kara iyimserliktir (4, 6).

Zarardan Kaçınma, dört alt ölçeği olan üst-sıra mizaç özelliğidir:

- Beklenti Endişesi ve Karamsarlık/Sınırsız İyimserlik (ZK1)
- Belirsizlik Korkusu (ZK2)
- Yabancılardan Çekinme (ZK3)
- Çabuk Yorulabilme ve Dermansızlık/Zindelilik (ZK4)

Zarardan Kaçınma Alt Ölçekleri

Beklenti Endişesi ve Karamsarlık/Sınırsız İyimserlik (ZK1): Bu alt ölçekteki yüksek skorlar iki farklı davranış eğilimi gösterir. Birincisi, bu insanlar zarar ve başarısızlık beklentisi olan kötümser, endişe duyan insanlardır. Bu eğilim özellikle riskli, tanıdık olmayan ya da gerçekten zor durumlarda baskındır. Ancak zararsız durumlarda hatta güvenli ve destekleyici şartlarda da devam eder. İkincisi, bu kişilerin aşağılayıcı ve utandırıcı yaşantılarla baş etmekte zorlukları vardır, uzun süreler bu yaşantılar hakkında tekrar tekrar düşünürler. Bu alt ölçekte düşük skorları olan bireyler pozitif düşünen, iyimser olarak tanımlanırlar. Bu kişiler tipik olarak zorluklarla karşılaşmaktan endişe etmezler, utanınca ya da aşağılanınca bunun üstesinden çabuk gelirler (4, 6).

Belirsizlik Korkusu (ZK2): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler potansiyel tehlikesi olan belirsizliği ya da tanıdık olmayan şartları tolere edemezler. Sıklıkla tanıdık olmayan ya da belirsiz durumlarda anksiyöz ve gergin hissederler. Nadiren risk alırlar, rutinde olan değişikliklere zor adapte olurlar, sakin ve inaktif kalmayı tercih ederler. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar güvenli, sakin ve soğukkanlı olma eğilimindedirler. Ancak bu bireyler risk almayı tercih ederler, örn: buzlu yolda hızlı araba kullanmak. Bu kişiler rutinde değişikliklere kolayca uyum sağlarlar (4, 6).

Yabancılardan Çekinme (ZK3): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler sosyal durumların çoğunda iddiacı olmayan ve utangaç olarak tanımlanırlar. Genellikle aktif olarak yabancılarla buluşmaktan kaçınırlar. İyi tanımadıkları kişilere güvenleri yoktur. Kabul görme konusunda garanti verilmedikçe, tanımadıkları insanlarla ilişkiye girmekte isteksizdirler. Genelde kişisel teşebbüsleri tanıdık olmayan kişiler ve durumlar tarafından kolayca inhibe edilebilir. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar cesur, radikal ve dost tavırlı olarak tanımlanır. Rahatsız olmadan konuşurlar ve sosyal aktivitelere kolay katılırlar. Teşebbüsleri tanıdık olmayan kişiler ya da durumlarla inhibe olmaz (4, 6).

Çabuk Yorulabilme ve Dermansızlık/Zindelik (ZK4): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler çoğu kişiye göre asteniktir ve daha az enerjileri vardır. Sıklıkla şekerlemeye ya da ekstra istirahat periyodlarına ihtiyaç duyarlar, çünkü kolay yorulurlar. Bu kişiler tipik olarak hafif hastalıklardan ya da stresten diğerlerine göre daha yavaş iyileşirler. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler daha enerjik ve dinamiktirler. Uzun süre hareket halinde kalabilirler ya da kendilerini zorlarlar. Diğer bir deyişle sadece çok az şey bu kişiler için zor ya da yorucudur. Tipik olarak hafif hastalıklardan ve stresten çabuk iyileşirler (4, 6).

b. Yenilik Arayışı

Yenilik arayışı; keşfedici bir etkinlik olarak yenilik karşısında dürtüsellik, abartılı olarak ödüle yaklaşım ve engellenmekten kaçınma olarak gözlenmektedir.

Yenilik arayışı yüksek olan bireyler çabuk kızan, meraklı, kolayca sıkılan, dürtüsel, abartılı ve intizamsızdırlar. Özgünlük, keşif ve ödül potansiyeli taşıyan alışılmadık ve yeni olanı araştırma şevki yenilik arayışının uyuma dönük faydalarıdır. Dürtüsellik, öfke patlamaları, ilişkilerde potansiyel olarak maymun iştahlı ve çalışmalarda izleyici olma özellikleri ise olumsuz yanlarını oluşturmaktadır. Düşük

YA insanlar yavaş mizaçlı, meraksız, soğukkanlı, tutumlu, çekingen, tekdüzeliğe karşı sabırlı ve düzenli kimselerdir. Düşüncelilik, esneklik, sistemli çalışma ve titiz yaklaşım gibi özellikleri bunların gerekli olduğu durumlarda açık bir avantajdır. Potansiyel olarak etkinlikleri sıkıcı hale getiren tekdüzeliğe toleranslı olma ve şevksizlik ise olumsuz yanlarını yansıtmaktadır (93). YA yüksek olan bireyler çabuk sinirlenen, kolay uyarılan, meraklı, istekli, gayretli, çabuk sıkılan, impulsif ve düzensizdirler. Yüksek YA özelliği olmasının avantajları heyecanlı, istekli, yeni ve tanıdık olmayan herşeye çabuk katılmadır, bu da potansiyel ödülleri araştırmaya neden olmaktadır. Dezavantajları ise aşırı öfke ve istekleri engellendiğinde çabuk vazgeçme nedeniyle ilişkiler sürekli olmaz ve çabaları da stabil değildir. Tersine düşük yenilik arayışı olan bireyler yavaş kızan, lakayt, meraksız, heyecansız, duygusal olmayan, düşünceli, tutumlu, ihtiyatlı, monoton, sistematik ve düzenlidirler (4).

Yenilik Arayışı dört alt ölçeği olan üst-sıra mizaç özelliğidir:

- Keşfetmekten Heyecan Duyma/Kayıtsız Bir Katılık (YA1)
- Dürtüsellik/İyice düşünme (YA2)
- Savurganlık/Tutumluluk (YA3)
- Düzensizlik/Düzenlilik (YA4)

Yenilik Arayışı Alt Ölçekleri

Keşfetmekten Heyecan Duyma/Kayıtsız Bir Katılık (YA1): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler tanıdık olmayan yerleri, durumları araştırmaktan heyecan duyarlar, çoğu insan bunu zaman kaybı olarak görür. Yeni fikirler ve aktiviteler ile kolay heyecanlanırlar, heyecan ve macera ararlar. Çabuk sıkılırlar ve monotonluktan kaçınırlar. Tipik olarak rutini tolere edemezler ve bir değişiklik yapmaya çalışırlar. Bazen konvansiyonel olmayan ve yenilikçi olarak tanımlanırlar. Bu alt ölçekte düşük skor alanların yeni uyarıya ihtiyaçları çok azdır ya da hiç yoktur. Araştırmadan özel bir tatmin duymazlar ve bu nedenle tanıdık yerleri, insanları ve durumları tercih ederler. Yeni fikirlere ve aktivitelere yavaş katılırlar ya da direnç gösterirler. Bu insanlar nadiren sıkılırlar, yeni ve daha iyi yollar olsa da “denenmiş ve doğru” rutinlerini takip ederler (4, 6).

Dürtüsellik/İyice Düşünme (YA2): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler tam olmayan bilgi ile çabuk karar veren, dürtülerini kontrol edemeyen, heyecanlı, dramatik, empresyonistik kişilerdir. Tipik olarak bu kişiler o anki içgüdülerine,

içgüdüsel önsezilerine göre hareket ederler. Bu nedenle beklenmeyen olaylar ya da bilgi olduğunda kararlarını ve fikirlerini sıkça değiştirirler. İlgileri kolay başka yere çekilebilir ve dikkat süresi kısadır. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler düşünceli olarak tanımlanır. Nadiren tahminlere göre hareket ederler. Daha çok analitiktirler ve karar verirken ya da bir fikir geliştirirken detaylı bilgiye ihtiyaç duyarlar. Bu bireyler nadiren kuralları çiğnerler. Dikkatleri kolay dağılmaz ve uzun süre bir konuda odaklanabilirler (4, 6).

Savurganlık/Tutumluluk (YA3): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler para, enerji ve duyguları ile aşırı olma eğilimindedirler. Diğerlerini gösterişli, göz alıcı ve serbest görünerek etkileyebilirler. Biriktirmekten çok para harcamayı tercih ederler. Özel planlar ya da tatil için bile para biriktirmek onlar için zordur. Sınırdan yaşamayı severler, bu da onların kaynaklarının ve finansal kapasitelerinin sınırlarını zorlar. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler ihtiyatlı, kontrollü ya da sınırlı olarak tanımlanırlar. Bu bireyler tipik olarak paralarını, enerjilerini ve duygularını boşu boşuna harcamazlar. Daha çok diğerlerini idareli, tutumlu yada cimri olarak etkilerler. Çünkü para harcama, bir şeyler elde etme ya da bir şeylerden vazgeçme konusunda yavaşlırlar (4, 6).

Düzensizlik/Düzenlilik (YA4): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler çabuk sinirlenme ve düzensiz olma eğilimindedirler, ayrıca sıklıkla öfkelerini dışarı vururlar. Katı kurallar ve düzenlemeler olmayan aktiviteleri tercih ederler. Engelleyici, sıkıcı, fiziksel ya da psikolojik olarak rahatsız edici şeylerden uzaklaşırlar. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler organize, düzenli, metodik ve sistematiktirler. Tipik olarak katı kuralları ve düzenlemeleri olan aktiviteleri tercih ederler. Engellenince diğer insanlara göre daha uzun süre öfkelerini kolayca gösteremezler (4, 6).

c. Ödül Bağımlılığı

Ödül bağımlılığı aşırı duygusallık, sosyal duyarlılık, bağlanma ve başkaları tarafından onay bağımlılığı ile karakterizedir. ÖB yüksek olan bireyler merhametli, adanmış, bağımlı ve gergin kişilerdir. Yüksek ÖB'nin en önemli uyumsal faydalarından biri sosyal ilişkilerde sevgisini kolayca belli edebilen ve başkaları için gerçekten endişelenen özellikleri ile sosyal ilişkilere duyarlılıklarıdır. Olumsuz yanları ise telkine yatkınlık ve sıklıkla, karşılaşılan insanlara aşırı sosyal bağlanmaları nedeniyle objektifliklerini kaybetmeleridir.

Düşük ÖB olan bireyler pratik, inatçı, soğuk, topluma karşı duyarsız, tereddütlü ve yalnızlarsa bu duruma kayıtsız kişilerdir. Düşük ÖB'nin faydaları; kişisel bağımsızlık ve başkalarını memnun etme adına bozulmayan objektifliktir. Sosyal içe çekilme, ayrılma ve toplumsal tutumlarda soğukluk bunun olumsuz yanlarıdır (93).

Ödül Bağımlılığı üç alt ölçeği olan üst sıra bir mizaç özelliğidir:

- Duygusallık (ÖB1)
- Bağlanma (ÖB3)
- Bağımlılık (ÖB4)

Ödül Bağımlılığı Alt Ölçekleri

Duygusallık (ÖB1): Duygusallık alt ölçeğinde yüksek skor alanlar duygusal, sempatik, anlayışlı ve duygusal olaylardan derin olarak etkilenen kişiler olarak tanımlanırlar. Başkalarının önünde duygularını kolayca gösterirler. Kişisel olarak çevresindekilerinin hissettiklerini yaşantırlar. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar pratik olarak tanımlanırlar. Sert görünüşlü ve soğuk görünürler, diğerlerine yalnız, soğuk, gizemli görünürler. Diğer insanların duygularına duyarlı değildirler, bu nedenle sosyal ilişki kurmak zordur (4, 6).

Bağlanma (ÖB3): Bağlanma alt ölçeğinde yüksek skor alanlar duygularını ve deneyimlerini kendilerine saklamak yerine arkadaşlarıyla açıkça tartışmayı tercih ederler. Bu kişiler sıcak ve uzun süren sosyal bağları tercih ederler. Reddedilmeye ve hor görülmeye duyarlıdırlar. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar daha az bağımlılık gösterirler ve sosyal ilişkilere karşı ilgisizdirler. Gizliliği tercih ederler ve sıklıkla kendine yeten olarak tanımlanırlar. Tipik olarak bireyler mahrem duygularını diğerleri ile paylaşmazlar. Diğerlerine bağlantısız, uzak, soğuk olarak görünürler. Hor görülmeye ve reddedilmeye karşı genellikle duyarsızdırlar.

Bağımlılık (ÖB4): Bağımlılık alt ölçeğinde yüksek skor alan bireyler duygusal desteğe ve diğerlerinin onayına bağımlıdırlar. Diğerlerinin kendileri hakkında ne düşündüğüne çok önem verirler, aşırı koruma ve baskın olmayı arayabilirler ya da uyarabilirler. Kendi başlarına karar vermede ya da bir şeyler yapmada isteksizdirler. Destek ya da koruma aramalarına bağlı olarak genellikle insanları memnun etme yollarını bulurlar. Eleştirilirlerse ve onaylanmazlarsa kolay kırılırlar. Terk edilme korkuları vardır, sosyal ipuçlarına çok duyarlıdırlar ve sosyal baskıya yüksek oranda yanıt verirler. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar bağımlı değildirler, aktif olarak

duygusal destek ve onay da aramazlar. Bu bireyler eleştiriye ve sosyal baskıya duyarlı değillerdir. Nadiren diğerlerinin isteklerine önem verirler ve tipik olarak koruma ya da duygusal destek için diğerlerini memnun etmeye çalışmazlar. Bağımsız, kendine yeten ve sosyal baskıya aldırılmaz olarak görünürler (4, 6).

d. Sebat Etme

Sebat etme, zaman zaman olan zorlanmalara, bitkinlik ve engellenmelere karşın, davranışın sürdürülmesindeki kalımsal bir yatkınlığı yansıtmaktadır. Çalışkanlık, kararlılık, hırslılık ve mükemmeliyetçilik olarak gözlenmektedir. Bu mizaç boyutu tek 8 itemlik ölçek ile temsil edilmektedir.

Yüksek sebatkarlığı olan bireyler gayretli, çalışkan, sebatkardır, engellenme ve yorgunluğu olsa da stabildirler. Tipik olarak beklenen ödüle yanıt olarak çabalarını arttırmazlar. Bir şey yapılacaksa gönüllü olurlar, çalışmaya isteklidirler. Engellenme ve yorgunluğu meydan okuyucu olarak algırlar. Kolay vazgeçmezler, eleştirildiklerinde ya da hatalarla yüzleştiklerinde daha fazla çalışırlar. Yüksek sebatkar kişi mükemmeliyetçi ya da işe düşkün olabilir. Ödüller aralıklı, beklenmedik olaylar stabil olduğunda sebatkarlık adaptif bir davranıştır. Ancak beklenmedik olayların hızlı değiştiği durumlarda sebatkarlık maladaptif olabilir. SE özelliği yüksek olanlar aşırı çalışırlar, azimlilik gösterirler ve yüksek başarı hırsları vardır. Bu kişiler, çalışkan, azimli, beklenen ödül yanıtlarına aşırı çaba gösterme eğilimindedirler, beklenenden daha başarılı olurlar, yorgunluğu ve engellenmeyi kişisel bir mücadele olarak algırlar. Sebatkarlığı düşük olan bireyler ödül ihtimalleri stabil olduğunda üşengeç, inaktif, güvenilir olmayan, stabil olmayan ve hata yapan olarak görünürler. Netice beklenen ödül olduğunda bile çabalarını artırmazlar. Bu kişiler yapmaları gerekmeyen herhangi bir şey için gönüllü olmazlar ve kolay olsa bile bir işe başlamakta yavaşlardır. Engellenme, eleştirilme, yorgunlukla karşılaştıklarında kolay vazgeçerler. Bu kişiler genellikle şimdiki durumlarından tatmin olmazlar ancak sıklıkla şimdi yaptıklarından daha fazlasını yapabilecek biri olarak tanımlanırlar (5, 6). Düşük SE özellikli bireyler tembel, hareketsiz, kararsız ve düzensizdirler. Nadiren daha yüksek başarı için çalışırlar ve kolaylıkla vazgeçme eğilimindedirler (93).

1.1.3.2.3. Karakter

Karakter, kişiliğin çekirdek kavramıdır. Kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkilerini ve kendilik kavramındaki bireysel farklılıkları içermektedir. Diğer bir

deyişle karakter, bir bireyin isteyerek kendi kendine ne yaptığıdır. Karakter akılcı ve iradelidir. Mizaç; korku, kızgınlık gibi basit emosyonları içerirken, karakter; bir amaca yönelik karar, empati, sabır ve hatta olgun bireylerde daha fazla bulunan aşk, ümit ve inanç gibi ikincil emosyonları içermektedir. Sonuç olarak; karakter, yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal işlevleri içeren, ruhsal olarak kendini yönetebilme olarak tanımlanabilmektedir (93). Karakter özellikleri, çocukluk döneminde ebeveyne bağlanmayla başlayan nesne ilişkilerindeki bireysel farklılıkları, çocuklukta bunların farklılaşması ve hayat boyunca adım adım olgunlaşması durumunu tarif eder.

1.1.3.2.3.1. Karakterin Psikobiyolojisi

Karakter; özetleme, sembolik yorumlama ve muhakeme yeteneğini içeren yüksek bilişsel işlevleri kapsamaktadır. Bu daha yüksek bilişsel işlevler beyinde kompleks olarak dağılmış olan ağları göstermektedir. Bu ağlar neokorteksteki anlamsal belleğin, hipokampüste uzun dönem depolanması yoluyla bilişsel şemaların şifrelendirilmesini içermektedir. Bunun gibi sembolik bellek işlemleri, bilişsel süreçler tarafından güdüsel olarak istila edilmiş mizaçla düzenlenen duyuşsal algılar vasıtasıyla mizaçla etkileşmektedir. Bu mizaç-karakter etkileşimi kendilik ve dış dünya hakkında olgun ve gerçekçi şekilde özümşenmiş kavramların gelişmesini sağlamaktadır. Ruhsal olarak kendini yönetebilmenin yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal işlevleri sırasıyla, kendi kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendi kendini aşma olarak adlandırılan üç farklı karakter özelliği ile ölçülebilir (93).

1.1.3.2.3.2. Karakterin Alt Boyutları

a. Kendini Yönetme

Kendini yönetme, bireyin yürütücü işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Kendini oldukça iyi yöneten bir kişi kendine güvenen, sorumlu, güvenilir, becerikli, hedefleri olan biridir ve kendi ile barışıktır. Kendini yöneten bireylerin en büyük avantajları gerçekçi ve etkili olmalarıdır. Onların bireysel olarak seçtikleri ve belirledikleri hedeflere, davranışlarını uydurabilmelerini sağlamaktadır. KY puanları düşük olan bireyler suçlayıcı, yardım arayıcı, sorumsuz, güvensiz, tepkiseldirler ve anlamlı içsel hedefleri tanımlayamamakta, kuramamakta ve bunları takip edememektedir. Gerçekçi olmayan davranışlar ve içsel rehberin olmayışı olarak kendini gösteren kötü yürütücü işlevler, birey için nadiren fayda sağlamaktadır (93). Kendini Yönetme, beş alt ölçeği olan üst sıra bir karakter özelliğidir:

- Sorumluluk Alma/Kınama (KY1)
- Amaçlılık/Amaçsızlık (KY2)
- Beceriklilik (KY3)
- Kendini Kabullenme/Kendisiyle Çekişme (KY4)
- Aydınlanmış İkinci Mizaç (Uyumlu İkincil Huylar) (KY5)

Kendini Yönetme Alt Ölçekleri

Sorumluluk Alma/Kınama (KY1): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler tipik olarak ne yapacaklarını seçmede kendilerini özgür hissederler. Yaklaşımlarının, davranışlarının ve problemlerinin genellikle kendi seçimlerini yansıttığını fark ederler. Bu bireyler diğerlerine güvenilir ve dürüst olarak görünürler. Bu alt ölçekte düşük skor alan bireyler diğer kişileri ve dışsal olayları suçlarlar. Yaklaşımları, davranışları ve seçimlerinin kendi kontrolleri dışındaki etkiler ile belirlendiklerine inanmaktadırlar. Davranışlarının sorumluluğunu kabul etmezler. Güvenilmez ve sorumsuz kişiler olarak görülürler.

Amaçlılık/Amaçsızlık (KY2): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler genellikle hedefe yönelik ya da amacı olan kişiler olarak tanımlanır. Yaşamlarının net bir anlamı ve yönü vardır. Tipik olarak hedeflerine ulaşmak için hazzı geciktirebilirler. Aktiviteleri uzun süreli hedefleri ve değerleri doğrultusundadır. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar yaşamlarının yönlerini, amaçlarını ve anlamını bulmak için mücadele ederler. Uzun süreli hedefleri konusunda emin değillerdir ve bu nedenle güncel şartlara ve acil ihtiyaçlara göre reaksiyon gösterirler. Anlık reaktif impulslar dışında yaşamlarının boş olduğunu ve çok az anlamı olduğunu hissederler. Genellikle hedeflerine ulaşmak için hazzı erteleyemezler (5, 6).

Beceriklilik (KY3): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler becerikli ve etkin olarak tanımlanırlar. Diğer insanlara üretken, proaktif, ehil ve yenilikçi olarak görünürler, problemleri çözmek için her zaman fikirleri vardır. Zor bir durumu, meydan okuma ya da fırsat olarak görürler. Bu ölçekte düşük skor alanları diğer insanlar ümitsiz, aciz ve etkili olmayan bireyler olarak görürler. Bu bireylerde problem çözmede beceri ve güven gelişmemiştir ve sorunla karşılaştıklarında kendilerini yetersiz ve beceriksiz hissederler. Diğerlerinin liderlik yapmasını beklerler (5, 6).

Kendini Kabullenme/Kendisiyle Çekişme (KY4): Bu alt ölçekte yüksek skor alan kişiler güçlerini ve sınırlarını bilen, kendine güvenen kişiler olarak tanımlanırlar.

Bu bireyler yapar gibi görünmeden en iyisini yapmaya çalışırlar. Yapıcı eğitim ve çaba ile eksikliklerini geliştirmeye çalışsalar da akıl ve fiziksel kapasiteleri ile kendilerini rahat hissederler. Bu alt ölçekten düşük skor alanlar kendini arayan olarak tanımlarlar. Bu bireylerin düşük benlik algıları vardır. Var olan zihinsel ve fiziksel kapasitelerinden memnun değillerdir. Daha çok oldukları gibi değil, olmak istedikleri gibi davranırlar. Sınırsız zenginlik, önem, güzellik ve sonsuz gençlik hakkında fantazileri vardır. Tersine karşılaşıncı hedeflerini ve alışkanlıklarını düzeltmek yerine ağır derecede kırılırlar (5, 6).

Uyumlu İkincil Huylar (KY5): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireylerin hedefleriyle uyumlu, iyi alışkanlıkları vardır, böylece otomatik olarak uzun süreli değer ve hedeflerine uygun davranırlar. Buna kendi kendine disiplin ile ulaşılır ancak genellikle otomatik hale gelir (ikinci mizaç). Bu alışkanlıklar genellikle tekrarlanan uygulama ile gelişir ve tipik olarak anlık uyarılar ya da isteklerden daha güçlüdür. Diğer bir deyişle nadiren öncelikleri konusunda şaşkınlık yaşarlar, bu nedenle sinirlendiren durumlarda da güvende hissederler ve kendilerine güvenirlere. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar değerli hedeflerine ulaşmayı zorlaştıracak şekilde uygunsuz davranırlar (hedefleri ile uyumsuz alışkanlıklar). Bu kişiler bazen kendine zarar veren ve isteksiz olarak tanımlanır. Zarar görececeklerini bilseler bile hırsları ve istekleri zor durumlarda çok zayıftır.

b. İşbirliği Yapma

İşbirliği yapma bireyin kurallar koyucu işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Yüksek derecede işbirliği yapan insanlar, kendilerini toplumun bir parçası olarak algılamaktadırlar. Bu şekilde yüksek işbirliği yapan kişiler, empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensipli olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikler takım çalışmaları ve sosyal gruplar için avantajlıdır, fakat yalnız olarak yaşamak zorunda olanlar için değildir. İşbirliği yapması düşük olan insanlar, tüm dikkatlerini kendilerine verirler, hoşgörüsüz, eleştirisel, intikamcı ve fırsatçılardır. Kendilerini, temel olarak başkalarından sakınırlar. Diğer insanların haklarına ve hislerine saygı göstermeme eğilimindedirler (93).

İşbirliği Yapma beş alt ölçeği olan üst sıra bir karakter özelliğidir:

- Sosyal kabullenme/Sosyal Hoşgörüsüzlük (İY1)
- Empati duyma/Sosyal İlgisizlik (İY2)

- Yardımsızlık/Yardımsız Sevmeme (İY3)
- Acıma/İntikamcılık (İY4)
- Erdemlilik-Vicdanlılık/Kendine Yarar Sağlama (İY5)

İşbirliği Yapma Alt Ölçekleri

Sosyal Kabullenme/Sosyal Hoşgörüsüzlük (İY1): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler toleranslı ve arkadaş canlısı olarak tanımlanırlar. Farklı davranışları, etik değerleri, düşünceleri ya da görüşleri olsa da insanları olduğu gibi kabul ederler. Bu ölçekte düşük skor alan bireyler toleranslı olmayan ve dostça olmayan olarak tanımlanırlar. Özellikle farklı hedefleri ve değerleri olan insanları eleştirirler ve sabırsızdırlar (5, 6).

Empati Duyma/Sosyal İlgisizlik (İY2): Empati alt ölçeğinde yüksek skor alan bireyler tipik olarak kendilerini diğer insanların yerinde hissetmeye çalışırlar. Bu bireyler diğerlerinin duygularına karşı uyum sağlar, saygılı davranırlar ve kendi yargılarını bir kenara koyarak insanların neler yaşadıklarını daha iyi anırlar. Bu alt ölçekte düşük skor alanlar duyarsız olarak tanımlanırlar. Bu bireyler diğerlerinin duygularını dikkate almıyor görünürler. Diğerlerinin duygularını, acılarını, zorluklarını paylaşamazlar ya da en azından diğerlerinin hedeflerine ve değerlerine karşı saygılı olmakta isteksizdirler (5, 6).

Yardımsızlık/Yardımsız Olmamak (İY3): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler, yardımsız, destekleyici, güven verici ve ümit verici olarak tanımlanırlar. Becerilerini ve bilgilerini diğerleri ile paylaşırlar. Bir takımın parçası olarak çalışmayı severler ve bunu tek başına çalışmaya tercih ederler. Bu alt ölçekten düşük skor alan bireyler ben-merkezci, egoist ya da bencil olarak tanımlanırlar. Bu insanlar diğerlerine karşı saygısızdır ve tipik olarak bir ekiple çalışsalar bile kendilerini düşünürler. Tek başlarına çalışmayı ya da ne yapılacaksa kendileri yapmayı tercih ederler (5, 6).

Acıma/İntikamcılık (İY4): Bu alt ölçekten yüksek skor alan bireyler, acıyan, affedici, hayırsever, cömert olarak tanımlanırlar. İntikam almaktan hoşlanmazlar ve genellikle kendilerine çok kötü davranılsa da kin tutmamaya çalışırlar. Bu alt ölçekten düşük skor alanlar kendilerini inciten kişilerden intikam almayı severler. İntikam zaferi açık ya da gizli olabilir. Açık olan diğerlerini fiziksel, duygusal ve finansal

olarak incitme şeklinde aktif-agresif olabilir. Gizli olan ise, kıskançlık, unutkanlık, inatçılık ve erteleme gibi pasif-agresif davranışlar olabilir (5, 6).

Erdemlilik-Vicdanlılık/Kendine Yarar Sağlama (İY5): Bu alt ölçekten yüksek skor alan bireyler, dürüst, vicdanlı ve diğerlerine sürekli adil davranan, samimi olarak tanımlanırlar. Bu insanlar hem profesyonel hem de sosyal ilişkilerinde etik prensiplere sadıktır. Bu alt ölçekten düşük skor alanlar fırsatçı olarak tanımlanırlar. Hedeflerine zorluk yaşamadan ulaşmak için ne gerekiyorsa yapabilirler. Bu bireyler asil olmayan, taraflı ve kendilerine avantaj sağlayacak şekilde davranırlar. Manipülatif ve hilekar olarak tanımlanırlar (5, 6).

c. Kendini Aşma

Kendini Aşma, bireyin yargılayıcı işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Kendini aşma, insanların kendilerini bütünüyle evrenin bir parçası olarak algılamalarını göstermektedir.

Kendini aşan bireyler adaletli, anlayışlı, dindar, sade ve alçak gönüllüdürler. Bu özellikler, yaşla birlikte kaçınılmaz şekilde karşılaşılan ölüm veya hastalıklara yakalanan insanlar için uyumsal bir şekilde avantajlıdır. Çoğu modern toplumda idealizm, alçak gönüllülük ve düşüncelilik, zenginlik ve güç edinmeyi engellediğinden dolayı dezavantaj olarak görülebilmektedir. Kendini aşma puanları düşük olan insanlar pratik, tarafsız, materyalist, kontrolcü ve gösterişçi olma eğilimindedirler. Böyle bireyler, akılcı, tarafsızlık ve materyalistik başarılar nedeniyle, batı toplumlarında iyi özellik olarak görülmektedir. Bununla birlikte, sıkıntıları, başarısızlıkları, kişisel, maddesel kayıpları ve ölümü sürekli olarak kabullenme zorluğu çekmektedirler. Bu durum huzur bulamamalarına ve özellikle yaşla birlikte artan uyum sorunlarına neden olmaktadır (93). Kendini aşan bireyler yalancı olmayan, tatminkar, sabırlı, yaratıcı, özgeci ve ruhsal/manevi olarak tanımlanırlar. Doğu toplumlarında ermiş ve arif olarak, Batı toplumunda saf olarak tanımlanırlar. Bu bireyler belirsizliği tolere edebilir gözükmektedirler. Sonucu bilmeye gerek duymadan ya da kontrol etme isteği olmadan aktivitelerinin çoğundan keyif alırlar. Kendini aşan bireyler ellerinden gelen çabaya rağmen başarısızlıklarını ve başarılarını kabul ederler ve ikisi için de minnettardırlar.

Kendini Aşma, üç alt ölçeği olan üst sıra bir karakter özelliğidir:

- Kendilik Kaybı/Kendilik Bilincinde Yaşantı (KA1)

- Kişiler Ötesi Özdeşim (KA2)
- Manevi Kabullenme/Rasyonel Materyalizm (KA3)

Kendini Aşma Alt Ölçekleri

Kendilik Kaybı/Kendilik Bilincinde Yaşantı (KA1): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler, bir ilişkiye dahil olduklarında ya da bir işe konsantre olduklarında kendi sınırlarını aşma eğilimindedirler. Nerede olduklarını ya da zamanı unuturlar. Başka bir dünyada gibi görünürler. Tepe deneyimler ya da içgörü meditasyonları karakteristiktir. Kendinden geçme gibi yaşantıları olan bireyler genellikle yaratıcı ve orjinal olarak tanımlanırlar. Kendilik kaybı alt ölçeğinde düşük skorları olan bireyler, bir ilişkide ya da bir işe konsantre olduklarında bireyselliklerinin farkındadırlar. Bu bireyler nadiren sanat ya da bir güzellik ile harekete geçerler (5, 6).

Kişiler Ötesi Özdeşim (KA2): Bu alt ölçekte yüksek skor alan bireyler doğa ve tüm evrenle sıradışı güçlü bir bağ yaşarlar. Her şeyin canlı bir organizmanın bir parçası gibi görüldüğü duygusu bildirirler. Bu bireyler genellikle dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için gerçek kişisel özveriler yapmaya isteklidirler. Bazı kişilerce idealist olarak nitelendirilirler. Bu alt ölçekten düşük skor alan bireyler nadiren insanlarla ya da doğa ile güçlü bir bağ yaşarlar. Diğer insanlarla ya da dünyanın geri kalanıyla doğrudan ya da doğrudan olmayan bir sorumluluk hissetmezler. Pratik avantajları objektif olarak belirlemedikçe nadiren dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için özveride bulunmak isterler (5, 6).

Manevi Kabullenme/Rasyonel Materyalizm (KA3): Bu alt ölçekten yüksek skor alan bireyler, mucizelere, hissedilemeyen yaşantılara ve telepati, altıncı his gibi diğer manevi fenomenlere inanırlar. Büyüsel düşünce sahibi olarak tanımlanırlar. Manevi deneyimler ile canlanabilir ya da rahatlayabilirler, hastalık ve ölümle ilahi kudrete olan inançları nedeniyle daha kolay baş edebilirler. Bu alt ölçekten düşük skor alan bireyler sadece materyalizmi ve objektif deneyciliği kabul ederler. Bu bireyler genellikle bilimsel olarak açıklanamayan şeyleri kabul etmezler. Bu ölçekte düşük skor almanın dezavantajı kaçınılmaz ölüm, hastalık ya da haksız cezalarla karşı karşıya gelindiğinde rasyonel objektif araçlarla değerlendirmenin olasılığı yoksa ya da kontrolün olmadığı durumlarda başetme zorluğudur (5, 6).

1.1.3.2.4. Mizaç ve Karakter Arasındaki Ana Farklılıklar

Mizaç, temelinde emosyona dayanan alışkanlık ve yeteneklerin bileşimi olarak tanımlanır ve motivasyon, birliktelik, duygusallık oluşumlarıyla uyum gösterir. Karakter, kavramsal öğrenmeye dayanan soyutlama, sembolleştirme süreçleriyle uyum gösterir. Mizaç ve karakter etiyolojik olarak ayrıdır ancak, işlevsel olarak birbirleriyle ilişkilidir. Kişilik bozukluklarının kronik doğasını ve değişime direncini anlamak için, belirli bir kişilik şeklinin son derece kalıcı olabileceği ve bu nedenle birey için pek çok uyum sağlayıcı davranışın gelişmeyeceği akılda tutulmalıdır. Her bir karakter biçiminin ortaya çıkışı; kalıtsal faktörler, aile içindeki sosyal öğrenme, bireye özgü rastlantısal yaşam olayları, sosyokültürel modellerin etkileri ile mizaç-karakter etkileşimlerinin sonucudur. Ayrıca sosyokültürel modellere ek olarak, iş, yaş, cinsiyet, ırk, alt-kültür gibi demografik değişkenlerin de etkisi söz konusudur. Tüm bunlar, gelişmedeki genel eğilimler olarak tanımlanır. Bu modeller ve ailedeki sosyal eğitim, özgün karakter gelişmesini destekleyen ya da baskılayan çevreyi yaratmaktadır (6).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Verilerin Toplanması

Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine Ocak-Ekim 2010 tarihleri arasında başvuran ve yatarak ya da ayaktan tedavi gören, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre OKB tanısı konan ve çalışmaya alınma kriterlerine uyan 61 hasta alındı. Yine çalışma ölçütlerini karşılayan, hasta gruplarıyla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, geçmiş ve şimdiki öyküsünde psikiyatrik ve nörolojik tablosu olmayan 65 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubu oluşturuldu.

Hasta ve kontrol grubuna, çalışma ve uygulanacak işlemler hakkında bilgi verilerek, sözel ve yazılı onayları alındı. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra çalışmaya başlandı.

Hastalar için çalışmaya dahil edilme ölçütleri:

- 1) DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 1994)'e göre OKB tanısı konması
- 2) 18-65 yaşları arası olması
- 3) Başka bir eksen I bozukluğun eşlik etmemesi (Major Depresif Bozukluk dışında)
- 4) Okuryazar olması
- 5) Yazılı bilgilendirilmiş olur formunu imzalamış olması
- 6) Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ)'den 16 ve üzeri puan alması,

Hastalar için çalışmadan dışlama kriterleri:

- 1) Geçmiş veya şimdiki öyküsünde psikoaktif madde kötüye kullanımı olması
- 2) 18 yaş altı, 65 yaş üstü olması
- 3) Mental retardasyon olması
- 4) Ciddi organik veya nörolojik patoloji olması

Kontrol grubunda ise sadece dışlama kriterlerinin olmaması gerekli kabul edildi.

2.2. Prosedür

Çalışma hastalarının ayrıntılı anamnezleri alınarak, genel tıbbi durumları, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, obsesyon ve kompulsiyonların başlangıç yaşı, hastalık süresi gibi sosyodemografik verileri araştırmacı tarafından hazırlanmış Sosyodemografik Bilgi Formu'na kaydedildi. Hasta ve kontrol grubuna DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Mizaç ve

Karakter Envanteri (MKE), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), hasta grubuna, ek olarak ise Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı.

2.3. Kullanılan Ölçekler

2.3.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV Eksen I tanılarının konulması için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Yapılandırılmış görüşmeyi sürdürebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olan, ajitasyon ve ağır psikotik belirtileri olmayan 18 yaşından büyük kişilere, bu görüşmenin eğitimini almış görüşmeci tarafından uygulanabilir. Altı modülden oluşan ölçek, toplam 38 DSM-IV I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri ile ve 10 tane I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Hastada tanı “şu anda” ve “hayat boyu” göz önüne alınarak araştırılır. Türkçe formun uyarlaması ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve ark. (94) tarafından yapılmıştır.

2.3.2. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda belirtilerin niteliğinin belirlenerek semptom şiddetinin ölçülmesi ve tedavi sonrası değişimin değerlendirilmesinde önemli bir araçtır. Goodman ve ark. (95, 96) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, Uluğ ve Savaşır tarafından Türkçe’ye çevrilmiş, Karamustafalıoğlu ve ark. (97) tarafından 1993 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Toplam 19 maddeden oluşan ölçekte değerlendirmeye ilk 10 maddenin puanları dahil edilmektedir. İlk 5 madde obsesyonları, 6-10. maddeler kompulsiyonları değerlendirir. Obsesyon ve kompulsiyonlarla ilgili olarak, her bir semptomun hastanın ne kadar zamanını aldığına, işlevselliğini ne derecede etkilediğine, kişide ne derecede sıkıntı yarattığına, bunlara hastanın ne oranda aktif direnç gösterdiğine ve ne kadar kontrol edebildiğine göre puanlama yapılır. Puanlamayı, görüşmeyi yapan klinisyen yapar ve toplam puan 0-40 arasında değişir. Ölçekten elde edilen puanların semptom şiddetine göre derecelendirilmesi; 0-7 subklinik, 8-15 hafif, 16-23 orta, 24-31 şiddetli, 32-40 ise çok şiddetli şeklindedir.

2.3.3. Beck Depresyon Ölçeği

Depresif semptomların düzeyini ve şiddet değişimini değerlendirmek için hazırlanmış, 21 maddeden oluşan, dörtlü likert tipi bir öz-bildirim ölçeğidir. Beck

tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği Hisli (98) tarafından yapılmış ve kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir.

2.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Anksiyete belirtilerinin şiddetinin belirlenmesi için Beck ve ark. (99) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Öznel anksiyete ve bedensel belirtiler olmak üzere, iki faktörden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Grup olarak, ergen ve yetişkinlere uygulanabilir. Zaman sınırlaması yoktur. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan (0: Hiç, 1: Hafif derecede, 2: Orta derecede, 3: Ciddi derecede) likert tipi bir ölçektir. Puan aralığı 0-63'tür. 0-13 puan: Anksiyete yok, 14-22 puan: Hafif derecede anksiyete, 23-34 puan: Orta derecede anksiyete, 35 puan ve üstü: Ağır derecede anksiyete olarak değerlendirilmektedir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması, Ulusoy ve ark. (100) tarafından yapılmıştır.

2.3.5. Toronto Aleksitimi Ölçeği

Kişinin kendi duygu ve heyecanlarının farkında olmaması, tanımaması olarak bilinen aleksitimiyi araştıran, likert tipi, 1-5 arası puanlanan, 20 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Taylor ve ark. (80, 81) tarafından geliştirilmiştir (80). İlk olarak 26 sorudan meydana gelen likert tipi ölçek, gelen eleştiriler doğrultusunda revize edilerek 20 soruluk daha kullanışlı ve daha güvenilir bir forma dönüştürülmüştür.

Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması Sayar ve ark. (82) tarafından yapılmıştır. Yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında kesme puanı 61 olarak bulunmuştur. Bireyden, her bir madde için "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Sık sık" ve "Her zaman" seçeneklerinden kendisine en uygun olanı işaretlemesi istenir. 4, 5, 10, 18 ve 19 numaralı itemler tersten sorulmuştur. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir.

Duygularını tanımada güçlük (1, 3, 6, 7, 9, 13, 14 numaralı itemler), duyguları söze dökmeye güçlük (2, 4, 11, 12, 17 numaralı itemler), dışa-dönük düşünme (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20 numaralı itemler) alt ölçekleri vardır.

2.3.6. Mizaç ve Karakter Envanteri

Cloninger, mizaç ve karakter üzerine psikobiyolojik bir model geliştirmeye çalışmış ve bu modele uygun olacak şekilde 1987'de ilk ölçek olan Üç Boyutlu Kişilik

Ölçeği'ni (Tridimensional Personality Questionnaire) geliştirmiş, 1993'te ise bu ölçeğe arkadaşlarıyla birlikte bir mizaç boyutu ile karakter boyutu ekleyerek ölçeğin adını Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory- TCI) olarak değiştirmiştir (101). MKE "Doğru" ya da "Yanlış" şeklinde yanıtlanan 240 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir ve yedi üst sıra ölçekten oluşmaktadır. Sebat etme dışında tüm boyutlar, üç ve beş arasında alt ölçeklere ayrılmıştır. Ülkemizde Türkçe MKE geçerlik ve güvenirlik çalışması Köse ve ark. (102) tarafından yapılmıştır.

Mizaç ve karakter envanteri ile alt boyutlarının sınıflandırılması tabloda gösterilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Mizaç ve Karakter Envanterinin Alt Boyutları

Mizaç Boyutu, alt boyutları	Karakter Boyutu, alt boyutları
<p>Yenilik Arayışı (YA) YA1: Keşfetmekten heyecan duyma YA2: Dürtüsellik YA3: Savurganlık YA4: Düzensizlik</p> <p>Zarardan Kaçınma (ZK) ZK1: Beklenti endişesi ZK2: Belirsizlik korkusu ZK3: Yabancılardan çekinme ZK4: Çabuk yorulma ve dermansızlık</p> <p>Ödül Bağımlılığı (ÖB) ÖB1: Duygusalık ÖB3: Bağlanma ÖB4: Bağımlılık</p> <p>Sebat Etme (SE)</p>	<p>Kendini Yönetme (KY) KY1: Sorumluluk alma KY2: Amaçlılık KY3: Beceriklilik KY4: Kendini kabullenme KY5: Uyumlu ikincil huylar</p> <p>İşbirliği Yapma (İY) İY1: Sosyal onaylama İY2: Empati duyma İY3: Yardımseverlik İY4: Acıma İY5: Erdemlilik-vicdanlılık</p> <p>Kendini Aşma (KA) KA1: Kendilik kaybı KA2: Kişiler ötesi özdeşim KA3: Manevi kabullenme</p>

2.4. İstatiksel Değerlendirme

Verilerin değerlendirilmesinde "SPSS for Windows 16.0" bilgisayar paket programı kullanıldı. Görsel ve istatistiksel olarak normal dağılım kriterlerine uygunluk test edildikten sonra istatistiksel analizler için parametrik testler kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi kullanıldı. İki gruba ait ortalamalar arasındaki farkı değerlendirmek için t-testi uygulandı. Sonuçlar

ortalama ve standart sapma ile ifade edildi. Grup içi veriler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendi. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3. BULGULAR

3.1. Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya; OKB tanısı alan 61 hasta ve kontrol grubunu oluşturan 65 sağlıklı birey olmak üzere toplam 126 kişi alındı. Çalışmaya alınan bireylerden OKB grubunda yaş ortalaması 30.75 ± 9.14 (20-56) yıl, kontrol grubunda yaş ortalaması 31.91 ± 7.35 (18-48) yıl idi. Gruplar arasında yaş ortalaması bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). Cinsiyet açısından yapılan değerlendirmede OKB grubunda; 34 kadın (%55.7), 27 erkek (%44.3), kontrol grubunda ise 37 kadın (%56.9), 28 erkek (%43.1) belirlendi. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). OKB grubu ve kontroller arasında diğer sosyodemografik özellikler yönünden de istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$). Ayrıca hasta grubunun OKB başlangıç yaş ortalaması 24.26 ± 9.27 , hastalık süresi 6.56 ± 5.34 yıl olarak bulunurken, Y-BOKÖ total ortalama puanı 25.79 ± 5.41 , BAÖ ortalama puanı 20.92 ± 14.61 , BDÖ ortalama puanı 21.87 ± 13.92 olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. OKB ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

	OKB		Kontrol			
	n:61	%	n:65	%		
Yaş	30.75±9.14		31.91±7.35		t=- 0.783	p=0.435
Cinsiyet						
Kadın	34	55.7	37	56.9	$\chi^2=0.018$	p=0.893
Erkek	27	44.3	28	43.1		
Medeni Durum						
Bekar	27	44.3	28	43.1	$\chi^2=0.949$	p=0.622
Evlü	34	55.7	36	55.4		
Dul	0	0	1	1.5		
Eğitim düzeyi						
Okur yazar	1	1.6	1	1.5	$\chi^2=0.599$	p=0.963
İlkokul	10	16.4	12	18.5		
Ortaokul	3	4.9	5	7.7		
Lise	28	45.9	27	41.5		
Üniversite	19	31.1	20	30.8		
Yaşadığı yer						
Köy	3	4.9	2	3.1	$\chi^2=1.008$	p=0.604
Kasaba	5	8.2	3	4.6		
Şehir	53	86.9	60	92.3		
Ekonomik Durum						
Düşük	4	6.6	5	7.7	$\chi^2=0.062$	p=0.969
Orta	56	91.8	59	90.8		
Yüksek	1	1.6	1	1.5		
Meslek						
Ev hanımı	22	36.1	13	20.0	$\chi^2=12.24$	p=0.057
Öğrenci	18	29.5	12	18.5		
Memur	7	11.5	15	23.1		
İşçi	6	9.8	15	23.1		
Özel meslek	6	9.8	7	10.8		
İşsiz	1	1.6	3	4.6		
Emekli	1	1.6	0	0		
OKB başlangıç yaşı	24.26±9.27					
Hastalık süresi	6.56±5.34					
Y-BOKÖ Obsesyon	13.18±2.96					
Y-BOKÖ Kompulsiyon	12.43±2.30					
Y-BOKÖ Total	25.79±5.41					
Beck Anksiyete	20.92±14.61					
Back Depresyon	21.87±13.92					

3.2. Hasta ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanları

Mizaç ve Karakter Envanteri, mizaç alt boyutu olan YA skorlarında, hasta ve kontrol grupları arasında YA1 alt ölçeği ise hasta grubunda anlamlı düşüktü (t:-2.296 p:0.023). Diğer bulgularda anlamlı bir fark yoktu (YA; t:-1.151 p:0.252, YA2; t:0.578 p:0.564, YA3; t:-1.055 p:0.294, YA4; t:-0.005 p:0.996). MKE mizaç alt boyutu olan ZK, genel ve tüm alt ölçeklerde hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak

anlamli yu'kse'k bulundu (ZK; t:5.544 p:0.000, ZK1; t:4.398 p:0.000, ZK2; t:2.657 p:0.009, ZK3; t:4.126 p:0.000, ZK4; t:4.849 p:0.000). MKE miza'ç alt boyutu olan ÖB skorlarında, bağlanma alt ölçeği hasta grubunda anlamli d'u'su'ktu' (t:-2.098 p:0.039). Diğer bulgularda anlamli bir fark yoktu (ÖB; t:-1.284 p:0.201, ÖB1; t:-0.157 p:0.876, ÖB4; t:0.389 p:0.698). MKE miza'ç alt boyutu olan SE skorlarında ise, hasta ve kontrol grupları arasında anlamli bir fark yoktu (t:-1.915 p:0.058).

Miza'ç ve Karakter Envanteri, karakter alt boyutu olan KY skorlarında, KY (t:-4.195 p:0.000) ile alt ölçeklerden KY1 (t:-2.144 p:0.034), KY2 (t:-4.240 p:0.000), KY3 (t:-4.318 p:0.000) ve KY5 (t:-4.882 p:0.000) hasta grubunda anlamli d'u'su'ktu'. KY4 alt ölçeğinde gruplar arasında istatiks'el olarak anlamli farklılık yoktu (t:-0.293 p:0.770). MKE karakter alt boyutu olan İY skorlarında, hasta ve kontrol grupları arasında genel ve t'um alt ölçeklerde, istatiks'el olarak anlamli farklılık yoktu (İY; t:-1.792 p:0.076, İY1; t:-1.846 p:0.067, İY2; t:-1.114 p:0.267, İY3; t:-1.362 p:0.176, İY4 t:-1.381 p:0.170, İY5 t:-0.385 p:0.701). MKE karakter alt boyutu olan KA skorlarında, hasta ve kontrol grupları arasında genel ve t'um alt ölçeklerde, istatiks'el olarak anlamli farklılık yoktu (KA; t:-1.040 p:0.300, KA1; t:0.355 p:0.723, KA2; t:-1.381 p:0.170, KA3; t:-1.474 p:0.143) (Tablo 3).

Tablo 3. OKB ve Kontrol Grubunun MKE Puanları

	OKB Grubu	Kontrol Grubu	t	p
Mizaç				
Yenilik Arayışı	17.08±4.84	18.15±5.56	-1.151	0.252
Keşfetmekten heyecan duyma	5.23±2.14	6.08±2.00	-2.296	0.023*
Dürtüsellik	4.13±1.96	3.92±2.07	0.578	0.564
Savurganlık	4.25±2.36	4.68±2.22	-1.055	0.294
Düzensizlik	3.48±1.63	3.48±1.85	-0.005	0.996
Zarardan Kaçınma	22.69±6.30	16.68±5.87	5.544	0.000*
Beklenti endişesi	7.46±2.23	5.82±1.96	4.398	0.000*
Belirsizlik korkusu	4.98±1.46	4.20±1.82	2.657	0.009*
Yabancıardan çekinme	4.62±2.27	2.98±2.18	4.126	0.000*
Çabuk yorulma	5.62±2.20	3.68±2.30	4.849	0.000*
Ödül Bağımlılığı	13.67±2.55	14.30±2.87	-1.284	0.201
Duygusallık	7.26±1.55	7.31±1.70	-0.157	0.876
Bağlanma	3.64±2.02	4.35±1.82	-2.088	0.039*
Bağımlılık	2.77±1.33	2.67±1.50	0.389	0.698
Sebat Etme	4.57±1.79	5.20±1.87	-1.915	0.058
Karakter				
Kendini Yönetme	22.93±7.80	28.18±5.80	-4.195	0.000*
Sorumluluk alma	3.70±2.23	4.51±1.97	-2.144	0.034*
Amaçlılık	4.75±2.01	6.09±1.51	-4.240	0.000*
Beceriklilik	2.16±1.37	3.17±1.25	-4.318	0.000*
Kendini kabullenme	5.69±2.99	5.83±2.42	-0.293	0.770
Uyumlu ikincil huylar	6.62±2.37	8.58±2.14	-4.882	0.000*
İşbirliği Yapma	27.33±6.63	29.32±5.87	-1.792	0.076
Sosyal onaylama	5.39±1.76	5.95±1.64	-1.846	0.067
Empati duyma	3.75±1.58	4.06±1.51	-1.114	0.267
Yardıms severlik	4.48±1.43	4.80±1.24	-1.362	0.176
Acıma	6.74±3.06	7.43±2.54	-1.381	0.170
Erdemlilik	6.97±1.51	7.08±1.68	-0.385	0.701
Kendini Aşma	18.54±5.81	19.62±5.78	-1.040	0.300
Kendilik kaybı	6.08±2.41	5.92±2.61	0.355	0.723
Kişiler arası özdeşim	4.75±2.29	5.29±2.09	-1.381	0.170
Manevi kabullenme	7.70±2.57	8.40±2.72	-1.474	0.143

*p ≤ 0.05

Hasta ve kontrol grubunun aleksitimi durumuna göre yapılan değerlendirmesinde; hasta grubunun TAÖ-20 ve tüm alt ölçek skorları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (TAÖ-20; t:4.073 p:0.000, TAÖ-F1; t:4.018 p:0.000, TAÖ-F2; (t:2.634 p:0.010), TAÖ-F3 t:2.495 p:0.014) (Tablo 4).

Tablo 4. OKB ve Kontrol Grubunun Aleksitimi Puanları

	OKB grubu	Kontrol grubu	t	p
TAÖ-20	54.61±12.95	46.60±8.51	4.073	0.000*
TAÖ-F1	18.74±7.04	14.28±5.23	4.018	0.000*
TAÖ-F2	14.43±5.19	12.34±3.47	2.634	0.010*
TAÖ-F3	21.44±3.68	19.98±2.85	2.495	0.014*

*p ≤ 0.05

Aleksitimik olan ve aleksitimik olmayan hasta grupları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmeye göre; yaş (t:1.835 p:0.072), OKB başlangıç yaşı (t:1.085 p:0.284) ve hastalık süresi (t:1.083 p:0.285) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi. Y-BOKÖ Obsesyon (t:3.385 p:0.001), Y-BOKÖ Kompulsiyon (t:2.677 p:0.010), Y-BOKÖ Total (t:3.103 p:0.003), BDÖ (t:5.013 p:0.000) ve BAÖ (t:4.851 p:0.000) aleksitimik olan hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 5).

Tablo 5. Aleksitimik olan ve Aleksitimik olmayan Hasta Grubunun Hastalık Özellikleri

	Aleksitimik n=25	Aleksitimik olmayan n=36	t	p
Yaş	33,28±10.02	29.0±8.16	1.835	0.072
OKB başlangıç yaşı	25.88±10.66	23.14±8.15	1.085	0.284
Hastalık süresi	7.48±6.01	5.92±4.81	1.083	0.285
Y-BOKÖ Obsesyon	14.60±2.43	12.19±2.89	3.385	0.001*
Y-BOKÖ Kompulsiyon	13.60±2.33	11.61±3.17	2.677	0.010*
Y-BOKÖ Total	28.20±4.44	24.11±5.45	3.103	0.003*
BDÖ	30.92±11.69	15.58±11.79	5.013	0.000*
BAÖ	30.20±14.32	14.47±10.99	4.851	0.000*

*p ≤ 0.05

Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında aleksitimi durumuna göre yapılan değerlendirmede MKE mizaç alt boyutu olan YA skorlarında, aleksitimik olan ve olmayan hasta grupları arasında genel ve tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (YA; t:1.131 p:0.263, YA1; t:-0.331 p:0.742, YA2; t:1.715 p:0.092, YA3; t:-0.015 p:0.988, YA4; t:1.810 p:0.075). MKE mizaç alt boyutu olan ZK (t:3.450 p:0.001) ile alt ölçeklerden ZK1 (t:2.631 p:0.011) ZK3 (t:2.973 p:0.004) ve ZK4 (t:3.238 p:0.002) aleksitimik olanlarda olmayanlara göre anlamlı yüksekti. ZK2 alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (t:0.968 p:0.337). MKE mizaç alt boyutu olan ÖB skorlarında, aleksitimik olan ve olmayan hasta grupları arasında genel ve tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (ÖB; t:-0.898 p:0.373, ÖB1; t:1.609 p:0.113, ÖB3; t:-1.981 p:0.052, ÖB4; t:-

0.633 p:0.529). MKE mizaç alt boyutu olan SE skorlarında ise aleksitimik olan ve olmayan hasta grupları arasında anlamlı bir fark yoktu (t:-1.671 p:0.100).

Mizaç ve Karakter Envanteri, karakter alt boyutu olan KY skorlarında, KY, genel ve tüm alt ölçeklerde aleksitimik olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu (KY t:-5.864 p:0.000, KY1; t:-4.512 p:0.000, KY2; t:-4.220 p:0.000, KY3; t:-3.306 p:0.002, KY4; t:-3.096 p:0.003, KY5; t:-4.006 p:0.000). MKE karakter alt boyutu olan İY skorlarında, İY (t:-3.682 p:0.001) ile alt ölçeklerden İY1 (t:-2.777 p:0.007), İY2 (t:-4.282 p:0.000), İY4 (t:-2.145 p:0.036) ve İY5 (t:-2.365 p:0.021) aleksitimik olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü. İY3 alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (t:-1.257 p:0.214). MKE karakter alt boyutu olan KA skorlarında, KA (t:2.446 p:0.017) ile alt ölçeklerden, KA1 (t:2.105 p:0.040) ve KA2 (t:2.254 p:0.028) aleksitimik olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. KA3 alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (t:1.470 p:0.147) (Tablo 6).

Tablo 6. OKB Hastalarının Aleksitimi Durumuna Göre MKE Puanları

	Aleksitimik n:25	Aleksitimik olmayan n:36	t	p
Mizaç				
Yenilik Arayışı	17.92±4.87	16.50±4.79	1.131	0.263
Keşfetmekten heyecan duyma	5.12±2.33	5.31±2.03	-0.331	0.742
Dürtüsellik	4.64±1.82	3.78±2.00	1.715	0.092
Savurganlık	4.24±2.79	4.25±2.06	-0.015	0.988
Düzensizlik	3.92±1.32	3.17±1.77	1.810	0.075
Zarardan Kaçınma	25.76±5.13	20.56±6.21	3.450	0.001*
Beklenti endişesi	8.32±2.10	6.86±2.15	2.631	0.011*
Belirsizlik korkusu	5.20±1.50	4.83±1.42	0.968	0.337
Yabancılardan çekinme	5.60±1.89	3.94±2.29	2.973	0.004*
Çabuk yorulma	6.64±1.75	4.92±2.22	3.238	0.002*
Ödül Bağımlılığı	13.32±2.61	13.92±2.51	-0.898	0.373
Duygusallık	7.64±1.44	7.00±1.59	1.609	0.113
Bağlanma	3.04±1.77	4.06±2.10	-1.981	0.052
Bağımlılık	2.64±1.38	2.86±1.31	-0.633	0.529
Sebat Etme	4.12±1.59	4.89±1.88	-1.671	0.100
Karakter				
Kendini Yönetme	17.16±5.68	26.94±6.86	-5.864	0.000*
Sorumluluk alma	2.36±1.75	4.64±2.06	-4.512	0.000*
Amaçlılık	3.60±1.89	5.56±1.70	-4.220	0.000*
Beceriklilik	1.52±1.05	2.61±1.40	-3.306	0.002*
Kendini kabullenme	4.36±2.90	6.61±2.72	-3.096	0.003*
Uyumlu ikincil huylar	5.32±2.12	7.53±2.11	-4.006	0.000*
İşbirliği Yapma	23.92±5.86	29.69±6.14	-3.682	0.001*
Sosyal onaylama	4.68±1.63	5.89±1.70	-2.777	0.007*
Empati duyma	2.84±1.31	4.39±1.44	-4.282	0.000*
Yardımsızlık	4.20±1.32	4.67±1.49	-1.257	0.214
Acıma	5.76±3.00	7.42±2.94	-2.145	0.036*
Erdemlilik	6.44±1.69	7.33±1.27	-2.365	0.021*
Kendini Aşma	20.64±4.73	17.08±6.10	2.446	0.017*
Kendilik kaybı	6.84±2.41	5.56±2.30	2.105	0.040*
Kişiler arası özdeşim	5.52±2.08	4.22±2.29	2.254	0.028*
Manevi kabullenme	8.28±2.30	7.31±2.70	1.470	0.147

*p ≤ 0.05

Obsesif Kompulsif Bozukluk hastalarında depresif olan ve depresif olmayan grupların aleksitimi durumuna göre yapılan değerlendirmesinde; depresif grubunun TAÖ-20 ve tüm alt ölçek skorları, depresif olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (TAÖ-20; t:4.726 p:0.000, TAÖ-F1; t:4.533 p:0.000, TAÖ-F2; t:3.673 p:0.001, TAÖ-F3; t:2.095 p:0.041) (Tablo 7).

Tablo 7. Depresif Olan ve Olmayanların Aleksitimi Puanları

	Depresif	Depresif olmayan	t	p
TAÖ-20	60.03±10.10	46.25±11.32	4.726	0.000*
TAÖ-F1	21.59±6.54	14.33±5.37	4.533	0.000*
TAÖ-F2	16.22±4.39	11.67±5.21	3.673	0.001*
TAÖ-F3	22.22±3.50	20.25±3.71	2.095	0.041*

*p ≤ 0.05

3.3.Hasta Grubunun Korelasyon Analizleri

Mizaç ve Karakter Envanteri ile TAÖ alt grupları arasında yapılan korelasyonda; ZK alt grubu TAÖ-F1 (r=0.316, p<0.05), TAÖ-F2 (r=0.581, p<0.01), TAÖ-F3 (r=0.391, p<0.01) ve TAÖ-20 (r=0.516, p<0.01) ile pozitif yönde ilişkili bulundu. SE alt grubu TAÖ-F1 (r=-0.317, p<0.05), TAÖ-F2 (r=-0.256, p<0.05), TAÖ-F3 (r=-0.271, p<0.05) TAÖ-20 (r=-0.352, p<0.01) ile negatif yönde ilişkili bulundu. KY alt grubu TAÖ-F1 (r=-0.648, p<0.01), TAÖ-F2 (r=-0.625, p<0.01), TAÖ-F3 (r=-0.414, p<0.01) TAÖ-20 (r=-0.720, p<0.01) ile negatif yönde ilişkili bulundu. İY alt grubu TAÖ-F1 (r=-0.434, p<0.01), TAÖ-F2 (r=-0.416, p<0.01), TAÖ-F3 (r=-0.256, p<0.05) TAÖ-20 (r=-0.475, p<0.01) arasında benzer şekilde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. KA alt grubu TAÖ-F1 (r=0.497, p<0.01), TAÖ-F2 (r=0.319, p<0.05) ve TAÖ-20 (r=0.445, p<0.01) ile pozitif yönde ilişkili bulundu. Özetle ZK ve KA ile pozitif SE, KY, İY ile negatif yönde ilişki gözlemlendi. YA ve ÖB altgrupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 8).

Tablo 8. OKB Grubunda TAÖ ve MKE Arası Korelasyon

	TAÖ-F1	TAÖ-F2	TAÖ-F3	TAÖ-20
Yenilik Arayışı	245	160	162	243
Zarardan Kaçınma	316*	581**	391**	516**
Ödül Bağımlılığı	-139	-183	085	-125
Sebat Etme	-317*	-256*	-271*	-352**
Kendini Yönetme	-648**	-625**	-414**	-720**
İşbirliği Yapma	-434**	-416**	-256*	-475**
Kendini Aşma	497**	319*	164	445**

Pearson korelasyon testi, *p<0.05, **p<0.01

Obsesif Kompulsif Bozukluk grubunda MKE ile hastalık özellikleri arasında yapılan korelasyonda; ZK alt grubu Y-BOKÖ Kompulsiyon (r=0.255, p<0.05), BDÖ (r=0.328, p<0.01) ve BAÖ (r=0.320, p<0.05) ile pozitif yönde ilişkili bulundu. KY alt grubu Y-BOKÖ Obsesyon (r=-0.372, p<0.01), Y-BOKÖ Kompulsiyon (r=-0.438, p<0.01), Y-BOKÖ Total (r=-0.432, p<0.01) BDÖ (r=-0.587, p<0.01) ve BAÖ (r=-0.547, p<0.01) ile negatif yönde ilişkili bulundu. İY alt grubu grubu Y-BOKÖ

Obsesyon ($r=-0.338$, $p<0.01$), Y-BOKÖ Kompulsiyon ($r=-0.499$, $p<0.01$), Y-BOKÖ Total ($r=-0.442$, $p<0.01$) BDÖ ($r=-0.400$, $p<0.01$) ve BAÖ ($r=-0.293$, $p<0.05$) arasında benzer şekilde negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. KA alt grubu yaş ($r=0.366$, $p<0.01$) ve OKB başlangıç yaşı ($r=0.253$, $p<0.05$) ile pozitif yönde ilişkili bulundu. YA, ÖB ve SE alt gurupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 9).

Tablo 9. OKB Grubunda Hastalık Özellikleri ve MKE Arası Korelasyon

	YA	ZK	ÖB	SE	KY	İY	KA
Yaş	-106	-059	-158	-080	-130	-123	366**
OKB başlangıç yaşı	-064	-073	-137	-044	-042	-091	253*
Hastalık süresi	-079	031	-033	-058	-149	-042	192
Y-BOKÖ Obsesyon	157	236	-165	-023	-372**	-338**	126
Y-BOKÖ Kompulsiyon	087	255*	-213	-198	-438**	-499**	139
Y-BOKÖ Total	120	240	-124	-076	-432**	-442**	183
Beck Depresyon	148	328**	-081	-246	-587**	-400**	214
Beck Anksiyete	187	320*	-064	-099	-547**	-293*	237

Pearson korelasyon testi, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Obsesif Kompulsif Bozukluk grubunda TAÖ ile hastalık özellikleri arasında yapılan korelasyonda; TAÖ-F1 alt grubu Y-BOKÖ Obsesyon ($r=0.294$, $p<0.05$), Y-BOKÖ Total ($r=0.269$, $p<0.05$), BDÖ ($r=0.572$, $p<0.01$) ve BAÖ ($r=0.549$, $p<0.01$) ile pozitif yönde ilişkili bulundu. TAÖ-F2 alt grubu Y-BOKÖ Obsesyon ($r=0.439$, $p<0.01$), Y-BOKÖ Kompulsiyon ($r=0.313$, $p<0.05$), Y-BOKÖ Total ($r=0.371$, $p<0.01$), BDÖ ($r=0.445$, $p<0.01$) ve BAÖ ($r=-0.416$, $p<0.01$) ile pozitif yönde ilişkili bulundu. TAÖ-F3 alt grubu grubu BDÖ ($r=0.342$, $p<0.01$) ve BAÖ ($r=0.258$, $p<0.05$) arasında benzer şekilde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. TAÖ-20 alt grubu Y-BOKÖ Obsesyon ($r=0.337$, $p<0.01$), Y-BOKÖ Kompulsiyon ($r=0.274$, $p<0.05$), Y-BOKÖ Total ($r=0.316$, $p<0.05$) BDÖ ($r=0.586$, $p<0.01$) ve BAÖ ($r=0.539$, $p<0.01$) ile pozitif yönde ilişkili bulundu (Tablo 10).

Tablo 10. OKB Grubunda Hastalık Özellikleri ve TAÖ Arası Korelasyon

	TAÖ-F1	TAÖ-F2	TAÖ-F3	TAÖ-20
Yaş	193	019	074	133
OKB başlangıç yaşı	100	-061	075	051
Hastalık süresi	156	139	000	140
Y-BOKÖ Obsesyon	294*	439**	006	337**
Y-BOKÖ Kompulsiyon	220	313*	103	274*
Y-BOKÖ Total	269*	371**	075	316*
Beck Depresyon	572**	445**	342**	586**
Beck Anksiyete	549**	416**	258*	539**

Pearson korelasyon testi, * $p<0.05$, ** $p<0.01$

4. TARTIŞMA

Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış hastaların aleksitimi ile mizaç ve karakter özelliklerinin araştırıldığı az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu hastalarda saptanan kişilik özelliklerinin, hastalığın klinik seyrini, remisyon sürelerini ve tedavi stratejilerini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Son yıllarda kişiliği değerlendirmede ve hastalıkların kişilikle ilişkisini araştırmada boyutsal yaklaşım ön plana çıkmıştır. Bu tez çalışmasında elde edilen bulgular, OKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre MKE ile değerlendirilen kişilik özelliklerinin bazı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Araştırmamızda; OKB ve kontrol grubu arasında TAÖ ve alt ölçekleri ile mizaç boyutları yönüyle, OKB grubunda ZK ve alt ölçekleri olan ZK1, ZK2, ZK3, ZK4 skorunun daha yüksek, YA1 ve ÖB3 skorunun ise daha düşük olduğunu saptadık. Karakter boyutları yönüyle ise, OKB hasta grubunun KY ve alt ölçekleri olan KY1, KY2, KY3 ve KY5 skorunun daha düşük olduğunu saptadık. Ayrıca hasta grubunun % 41' i (n= 25) aleksitimik iken, %59'u (n=36) ise aleksitimik değildi. Aleksitimik olan ve aleksitimik olmayan gruplar arasında; yaş, OKB başlangıç yaşı ve hastalık süresi bakımından anlamlı fark gözlenmezken, aleksitimik olan hasta grubunda Y-BOKÖ Total, BDÖ ve BAÖ anlamlı olarak yüksek bulundu. OKB hastalarının aleksitimi durumuna göre yapılan değerlendirmesinde; mizaç boyutları yönüyle, aleksitimik grubun toplam ZK skor ortalaması, aleksitimik olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Karakter boyutları yönüyle ise, aleksitimik grubun toplam KA skor ortalaması, aleksitimik olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek iken; KY ve İY skor ortalamaları ise düşük bulundu.

Bulgularımız, daha önceki çalışmaların sonuçları ile uyumlu görünmekteydi (103-108). Bu durum, OKB hastalarında kontrollere göre ZK puanlarının daha yüksek ve KY, ÖB, İY ve YA puanlarının düşük bulunduğu çalışmaların sonuçlarıyla da benzerdi (108, 109). Ancak çalışmamızda farklı olarak, İY puanlarında hasta ve kontrol grupları arasında fark görülmezken, sadece aleksitimik olan hasta grubunda İY puanları düşük bulundu.

Cloninger, mizaç modeli ile anksiyete bozukluğu olan bireylerin daha yüksek ZK, daha düşük YA ve ÖB puanlarına sahip olabileceğini öne sürmektedir (110). ZK'sı yüksek olan bireyler, dikkatli, gergin, evhamlı, sinirli, ürkek, şüpheli, hevesi

olmayan, güvensiz, pasif, negativist ya da diğer insanların normalde endişelenmeyecekleri durumlarda bile kötümser olmaya meyillidirler. Enerji düzeyleri düşüktür ve kronik olarak yorgun hissederler ya da kolay yorulurlar. Bunun bir sonucu olarak daha fazla temine ve desteğe ihtiyaç duyarlar, eleştiriye ve cezaya duyarlıdırlar (4, 6). OKB hastalarının mizaç özelliklerini araştıran birçok çalışmada, kontrol grubuna göre yüksek ZK skoru saptanmıştır (109, 111, 112). Bejerot ve ark. (113) OKB olan hastaların kaygılı, kolayca yorulan ve genellikle zarara neden olabilecek durumlardan kaçınmalarını yüksek ZK puanlarıyla açıklamıştır.

Çalışmamızda; hasta grubunda MKE mizaç alt boyutu olan ZK ve alt ölçekleri olan ZK1, ZK2, ZK3, ZK4 skorları, sağlıklı gruba oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yine aleksitimik olan hasta grubunda ZK skorları daha yüksek bulunmuştur. Bu durum OKB hastalarının anksiyete semptomlarını abartılı düzeyde yaşamaları ile bağlantılı olabilir.

Cloninger ve ark. (5, 6) ZK puanları yüksek olan bireyleri, kaçınan, pasif, kendine güveni olmayan, çabuk yorulan, karamsar, kötümser olarak tanımlamışlar, zararlı uyarılara karşı kendilerini engelleme eğiliminde oldukları ve stresli olaylara karşı yüksek oranda depresyon ile karşılık verdiklerini belirtmişlerdir. Mizaç ve karakter envanterinin, depresyonla en fazla ilişkilendirilen mizaç alt boyutu da ZK alt boyutudur. Hirano ve ark. (114) sağlıklı kontrol grubuna göre, hasta grubunda ZK skorlarının daha yüksek bulunmasının, depresyona özgü yapısal bir özellik olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda OKB olan hasta grubunda depresyon durumuna göre yapılan değerlendirmede, depresyonu olan hastalarda ZK skorunun daha yüksek bulunması da, bu görüşü desteklemektedir.

Yenilik arayışı düşük olan bireyler yavaş kızan, lakayt, meraksız, heyecansız, duygusal olmayan ve düşünceli, tutumlu, ihtiyatlı, monoton, sistematik ve düzenlidirler (4). OKB ve kontroller arasında YA puanları arasında herhangi bir farkın bulunmadığı bir araştırmanın (109) yanı sıra, OKB olan hastalarda YA skorunun kontrollere göre anlamlı derecede düşük olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (104, 106, 108). Yine çalışmalarda OKB ve kontroller arasında YA puanları açısından bir fark olmamakla beraber, bazılarında OKB olan hastalarda, daha düşük YA skorlarına bir eğilim olduğu görülmüştür (103, 105, 107, 111, 115, 116). Çalışmamızda ise bu bulgularla uyumlu olarak; hasta grubunda YA alt ölçeği olan YA1 skoru anlamlı

olarak düşük bulundu. Bu durum OKB olan bireylerin yeniliklere daha az açık, var olan düzene daha çok uyum gösteren ve istediklerini elde etmek için toplum kurallarını çiğnemeyen, yeni ve daha iyi yollar olsa da denenmiş ve doğru rutinlerini takip eden bireyler olmaları ile açıklanabilir. YA1 skoru düşük olan bireyler tanıdık yerleri, insanları ve durumları tercih ederler. Yeni fikirlere ve aktivitelere yavaş katılırlar ya da direnç gösterirler. Lyoo ve ark. (104, 112) yaptığı çalışmada, OKB hastalarında kontrollere göre daha düşük YA puanları saptanırken, diğer bir izlem çalışması sonrasında, hasta ve kontrol grubu arasında tedavi öncesi ve sonrası YA skorlarında herhangi bir fark bulunmamıştır.

Ödül bağımlılığı aşırı duygusallık, sosyal duyarlılık, bağlanma ve başkaları tarafından onay bağımlılığı ile karakterizedir (93). ÖB3 alt ölçeğinden düşük puan alanlar, daha az bağlılık gösterirler ve sosyal ilişkilere karşı ilgisizdirler. Gizliliği tercih ederler ve sıklıkla kendine yeten olarak tanımlanırlar. Tipik olarak bu bireyler mahrem duygularını başkaları ile paylaşmaz, bağlantısız, uzak, soğuk olarak görünürler. Hor görülme ve reddedilmeye karşı genellikle duyarsızdırlar (4, 6). Çalışmamızda ÖB3 alt grup skorunun düşük olması, OKB hastalarının toplumsal tutumlarında objektif ve soğuk davranışlar sergilemelerini desteklemektedir. Cloninger, mizaç modeli ile anksiyete bozukluğu olan bireylerin daha düşük ÖB skorlarına sahip olabileceğini öne sürmektedir (110). Lyoo ve ark. (112) OKB'de başarılı bir tedaviden sonra ZK skorlarında azalma, ÖB skorlarında ise artma bildirmişlerdir.

Sebat etme skoru yüksek olan bireyler, hayal kırıklığı ve yorgunluğa rağmen çalışkan, çalışkan, inatçı ve kararlı olma eğilimindedirler (5). Düşük olan bireyler ise, tembel, hareketsiz, kararsız ve düzensizdirler. Elde ettikleriyle yetinirler ve engellendiklerinde veya yorgunlukla karşılaştıklarında kolaylıkla vazgeçme eğilimindedirler (93). Çalışmamızda; SE skorlarında, hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Kendini aşma, bireyin yargılayıcı işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. Kendini aşan bireyler yalancı olmayan, tatminkar, sabırlı, yaratıcı, özgeci ve ruhsal/manevi olarak tanımlanırlar. Doğu toplumlarında ermiş ve arif olarak, Batı toplumunda saf olarak tanımlanırlar. Bu bireyler belirsizliği tolere edebilir gözükmektedirler. Sonucu bilmeye gerek duymadan ya da kontrol etme isteği olmadan

aktivitelerinin çoğundan keyif alırlar. Kendini aşan bireyler ellerinden gelen çabaya rağmen başarısızlıklarını ve başarılarını kabul ederler ve ikisi için de minnettardırlar (5, 6). Çalışmamızda; hasta ve kontrol grupları arasında KA skorlarında anlamlı bir fark yokken, aleksitimik hasta grubunda, aleksitimik olmayan hasta grubuna göre KA ile alt gruplarından KA1 ve KA2 skorları yüksek bulunmuştur. Bu durum dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için gerçek kişisel özveriler yapmaya istekli, idealist, bir işe konsantre olduklarında zamanı unutup, kendi sınırlarını aşma eğiliminde olan obsesif kişilik özellikleri ile uyumlu gibi görünmektedir (5).

İşbirliği yapma, bireyin kurallar koyucu işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir. İY puanları yüksek olan bireyler, empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensipli olarak tanımlanırken, İY puanları düşük olan bireyler, tüm dikkatlerini kendilerine verirler. Kendilerini başkalarından sakınırlar, hoşgörüsüz, eleştirisel, intikamcı ve fırsatçdırlar. Diğer bireylerin haklarına ve hislerine saygı göstermeme eğilimindedirler (4, 7, 117). Çalışmamızda, özellikle aleksitimik olan hasta grubunda İY skorlarının daha düşük olması; aleksitiminin eşlik etmesiyle bu hastaların daha çok yalnız olmayı tercih ettikleri, sosyal bütünleşmede daha fazla sorun yaşadıklarını düşündürmektedir. Düşük KY ve İY puanları immatüriteyi yansıtır ve bireyin kendisi (KY) ve başkaları (İY) ile ilgili sorumluluk, kapasite, otonomi kavramlarının az geliştiği hastalarda görülür (118). Literatürde de, düşük İY ve KY skorlarının kişilik patolojisine işaret edebileceği görülmektedir (119, 120).

Kendini iyi yöneten bireyler; kendine güvenen, sorumluluk sahibi, güvenilir, becerikli, hedefleri olan kişilerdir ve kendileri ile barışıktırlar (93). KY puanları düşük olan bireyler suçlayıcı, amaçsız, beceriksiz, kendileriyle uğraşan, disiplinsiz bireyler olarak tanımlanırlar (5, 6). Çalışmamızda OKB hastalarında KY skorlarının genel olarak tümünde düşüklük olması, bu hastaların kendi başarısızlıklarından diğer insanları ve durumları sorumlu tutan, davranışlarının kendi isteklerinin etkisi dışında geliştiğini düşünen bireyler olmaları ve bu hastalara kişilik patolojilerinin daha sık eşlik etmesi sonucu ortaya çıkması şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda aleksitimi açısından değerlendirildiğinde de, aleksitimik hasta grubunda KY total skorları ile KY1, KY2, KY3 alt ölçek skorlarının anlamlı düzeyde düşük bulunması, aleksitimi ile KY skorlarının ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum Picardi ve ark. (121) çalışma sonucu ile uyumlu

bulunmuştur. Grabe ve ark. (122), çok yüksek olmayan ZK puanları ile düşük KY ve ÖB skorlarının aleksitimi için belirleyiciler olabileceğini bildirmişlerdir.

Saarjarvi ve ark. (123), depresif belirtilerin arttığı durumlarda, bireylerin kendi duygularını tanıma konusunda zorluklar yaşadığı ve bunun da duyguların başkaları ile paylaşımını zorlaştırdığı sonucuna varmışlardır. Buna göre, aleksitiminin duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk boyutu ile duygu iletişimde zorluk boyutu depresyonla ilişkili bulunmuştur. Yine, Motan ve Gençöz (124) tarafından yapılan çalışmada, depresif belirtilerin aleksitiminin duygu iletişimde zorluk boyutu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda bulduğumuz depresif olan OKB'li hastalarda total aleksitimi ve tüm alt öçeklerindeki yükseklik literatür ile uyumlu görünmektedir.

Anksiyete ve aleksitimi ilişkisi ele alındığında ise, çoğunlukla aleksitiminin duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk boyutu ile anksiyete ilişkisine rastlanmaktadır (125). Motan ve Gençöz (124) tarafından yapılan çalışmada aleksitimi boyutlarından duygu iletişimde zorluk boyutunun depresif yakınmalar ile eşleştiği, anksiyete yakınmalarının şiddeti söz konusu olduğunda ise, hem duygu iletişimde zorluk boyutunun (negatif olarak) hem de duyguları tanıma ve tanımlamada zorluk boyutunun bu yakınmalarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu ilişki, bireylerin anksiyete yakınmalarının şiddeti arttıkça, duygu iletişimde zorluk çekmediklerini işaret etmektedir. Bu negatif ilişki, duygu iletişimde zorluk yaşayan bireylerin kaçma/kaçınma yolları ile bu tür ilişkilerden kaçtıklarını ve böylece bu davranışların sonucunda kaygılarını azalttıklarını düşündürmektedir. Çalışmamızda, aleksitimik hasta grubunda anksiyete ve depresyon ölçeklerinin yüksek bulunması da bu görüşleri desteklemektedir.

Sonuç olarak bu çalışmada OKB hastalarında bazı MKE puanları kontrol grubundan farklı bulunmuştur. Hasta grubunda ZK puanlarının yüksek, KY puanlarının ise düşük olduğu dikkati çekmektedir. OKB grubuna aleksitiminin de eşlik etmesi ile artmış ZK skorlarına ek olarak KA skorlarının da arttığı ve düşük KY skorlarına, düşük İY skorlarının eklendiği tespit edilmiştir. ZK boyutundaki yükseklik OKB'nin kronikleşmesinde bir belirteç olabilir. Düşük KY ve düşük İY puanlarının ise kişilik patolojisine işaret edebileceği söylenebilir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Kesitsel nitelikte olan bu çalışmayla saptadığımız mizaç ve karakter farklılıklarının etiyolojik veya tetikleyici etken olup olmadıklarını kesin olarak belirlemek olanaksızdır. Yine örneklem sayısının yeterli olmaması ve bu hastaların toplumda tedavi arayışı içine girmeyen hastalar bütünü temsil etmeyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca her ne kadar dışlanmış olsa da, hasta ve sağlıklı kontrol grubunda MKE'yi etkileme olasılıkları olan kişilik bozuklukları gibi eksen-II psikiyatrik bozukluklar yapılandırılmış görüşmelerle değerlendirilmemiştir. Dolayısıyla, OKB hastalarının mizaç ve karakter özelliklerinin, MKE'nin yanı sıra kişilik bozuklukları açısından yapılandırılmış görüşmelerle birlikte ileriye dönük biçimde değerlendirildiği, daha fazla denek sayısı ile yapılmış kontrollü uzun izlem çalışmalarına ihtiyaç görülmektedir.

5. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
2. Kaplan IH, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry, 6th edition. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1998: 257-280.
3. Bayar R, Yavuz M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No: 62, 2008: 185-192.
4. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch Gen Psychiatry 1987; 44: 573-588.
5. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arc Gen Psychiatry 1993; 50: 975-990.
6. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to Its Development and Use. St Louis: Center for Psychobiology of Personality, 1994.
7. Köse S. A psychobiological model of temperament and character: TCI. Yeni Symposium 2003; 41: 86-97.
8. Sifneos PE. Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization affect and creativity. Psychiatr Clin North Am 1988; 11: 287-293.
9. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Salini G, Carano A, et al. Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2005; 255: 350-358.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association, 2000.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, (DSM-III). Washington: American Psychiatric Association, 1980.

12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM-III-R). Washington: American Psychiatric Association, 1987.
13. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Öztürk O, Uluğ B (Çeviren) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1992.
14. Rasmussen SA, Tsuang MT. The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1984; 45: 450-457.
15. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094-1099.
16. Nicolini H, Cruz C, Camerena B, Paez F, Fuente JR. Understanding the genetic basis of obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums* 1999; 4: 32-48.
17. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 317-322.
18. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 743-58.
19. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yetiyitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları, Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 1998.
20. Angst J. The epidemiology of obsessive compulsive disorder. Hollender E, Zohar J, Marazziti D (editors). *Current Insight in Obsessive Compulsive Disorder*. England: John Wiley and Sons, 1994: 93-104.
21. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 101-107.
22. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantaş B, et al. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2005; 21: 112-117.

23. Riggs DS. Treatment of concurrent PTSD and OCD. A commentary on the case of Howard. *Cognitive Behavioral Practice* 2000; 7: 130-132.
24. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder [see commetns]. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 121-127.
25. Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 1997; 6: 154-158.
26. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 1999; 89: 229-238.
27. Koran LM. Quality of life in obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 509-517.
28. Tükel R, Polat A, Ozdemir O, Aksüt D, Türksöy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 204-209.
29. Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45: 362-366.
30. Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 434-441.
31. Model J, Mountz J, Curtis G. Neuropsychologic dysfunction in basal ganglia/limbic, striatal and thalamocortical circuits as a pathogenic mechanism of OCD. *J Neuropsych Clin Neurosci* 1989; 1: 27-36.
32. Luxenberg JS, Swedo SE, Flament MF. Neuroanatomical abnormalities in obsessive-compulsive disorder determined with quantitative x-ray computed tomography. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1089-1093.
33. Scarone S, Colombo C, Livian S, Abbruzzese M, Ronchi P, Locatelli M, et al. Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Research* 1992; 45: 115-121.
34. Swedo SE, Shapiro MG, Grady CL. Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 518-523.

35. Nordahl TE, Benkelfat C, Semple WE, Gross M, King AC, Cohen RM. Cerebral glucose metabolic rates in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 1989; 2: 23-28.
36. Machlin SR, Harris GJ, Pearlson GD. Elevated medial-frontal cortical blood flow in obsessive-compulsive patients: a SPECT study. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1240-1242.
37. Busatto GF, Zamignani DR, Buchpiguel CA, Garrido GE, Glabus MF, Rocha ET, et al. A voxel-based investigation of regional cerebral blood flow abnormalities in obsessive-compulsive disorder using single photon emission computed tomography (SPECT). *Psychiatry Res* 2000; 99: 15-27.
38. Pauls DL, Towbin KE, Leckman JF, Zahner GE, Cohen DJ. Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. Evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 1180-1182.
39. Pauls DL, Raymond CL, Stevenson JM, Leckman JF. A family study of Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Hum Genet* 1991; 48: 154-163.
40. Insel TR, Hoover C, Murphy DL. Parents of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 1983; 13: 807-811.
41. McKeon P, Murray R. Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 528-534.
42. Fenichel O. Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. Tuncer S (Çeviren) s.246-284, İzmir, Ege Üniversitesi Matbaası, 1945.
43. Geçtan E. Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1989: 220-221.
44. Freud S. Saplantı Nevrozuna Yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı) Psikopatoloji Üzerine. Budak S (Çeviren) s.125-143, Ankara, Öteki Yayınları, 1913.
45. Laplanche J, Pontalis JB. *The Language of Psychoanalysis*. London: W.W. Norton & Company, 1973: 34-47.

46. Jonest E. Hate and anal erotism in the obsessional neurosis. DJ Stein, M Stone (editors). *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: New York University Press, 1913: 65-72.
47. Judd L. Obsessive-compulsive neurosis in children. *Arch Gen Psychiatr* 1965; 12: 136-143.
48. Salzman L. *Treatment of the Obsessive Personality*. New York: 1985; 182-184.
49. Leib PT. Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive compulsive disorder: a case study. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21: 222-242.
50. Meares R. A specific developmental deficit in obsessive disorder: The example of the wolf man. *Psychoanalytic Inquiry* 2001; 21: 289-320.
51. Steketee G, Foa EB, DH Barlow (editors). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-By-Step Treatment Manual*. 1. Baskı, New York: Guilford Press, 1985.
52. Salkovskis PM, Kirk J. *Obsessional Disorders*. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (editors). *Cognitive- Behavioural Treatment for Psychiatric Disorders: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
53. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive- behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23: 571-583.
54. Hyman BM, Pedrick C. *The OCD Workbook: Your Guide to Breaking Free from Obsessive-Compulsive Disorder*. Oakland: New Harbinger, 1999.
55. Antony MM, Downie E, Swinson RP. Diagnostic Issues and Epidemiology in Obsessive-Compulsive Disorder. In Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richter M (editors). *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment*. New York: Guilford, 1998: 3-32.
56. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1982; 53 (Suppl.) 4-10.

57. Diaferia G, Bianchi I, Bianchi ML, Cavedini P, Erzegovesi S, Bellodi L. Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 1997; 38: 1-42.
58. Bellino S, Bogetto F, Ravizza L, Maina G. Personality disorders in obsessive-compulsive patients: a study report. *Eur J Psychiat* 2003; 7: 155-163.
59. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Miyata A, Iwasaki Y, Fujimoto K, et al. Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 266-272.
60. Ayçiçeği A, Harris CL, Dinn WM. Parenting style and obsessive compulsive symptoms and personality traits in a student sample. *Clin Psychol Psychother* 2002; 9: 406-417.
61. Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The brown longitudinal obsessive compulsive study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 703-711.
62. Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Gershon ES, Rapoport JL. Tics and Tourette's disorder: A 2-to 7- year follow-up of 54 obsessive compulsive children. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1244-1251.
63. Saba PR, Dastur K, Keshavan MS, Katerji MA. Obsessive compulsive disorder, Tourette's syndrome, and basal ganglia pathology on MRI (Letter). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998; 10: 116-117.
64. Simeon D, Hollender E, Cohen L. Obsessive Compulsive Related Disorders. Hollender E, Zohar J, Marazziti D (editors). *Current Insight in Obsessive Compulsive Disorder*. England: John Wiley and Sons, 1994: 53-63.
65. Kirk J. Behavioural treatment of obsessional-compulsive patients in routine clinical practice. *Behav Res Ther* 1983; 21: 57-62.
66. Marks IM, Lelliott P, Basoglu M, Noshirvani H, Monteiro W, Cohen D, et al. Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 522-534.

67. Blanchard BE, Arena JG, Pallmeyer JP. Psychosometrik properties of a scale to measure alexithymia. *Psychother Psychosomatic* 1981; 35: 67-71.
68. Lesser IM. A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med* 1981; 43: 531-543.
69. Ledoux J. *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. Uysal A (Çeviren) 1. Baskı, Pegasus Yayınları, 2006.
70. Taylor GJ. Alexithymia concept, measurement and implications for treatment. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 725-732.
71. Sifneos PE, Apfel SR, Frankel FH. The phenomenon of alexithymia. *Psychother Psychosom* 1977; 28: 47-57.
72. Dereboy İF. Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1990; 1: 157-165.
73. Sifneos PE. Alexithymia: Past and present. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 137-142.
74. Pennebaker JW. Confession inhibition and disease. *Adv Exp Soc Psycho* 1989; 22: 211-244.
75. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The alexithymia construct. A potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics* 1991; 32: 153-164.
76. Taylor JG, Bagby RM. Creation Validity of the Toronto "Alexithymia Scale". *Psychosom Med* 1988; 50: 500-509.
77. Krystal HJ. Alexithymia and psychotherapy. *Am J Psychother* 1979; 33: 17-31.
78. Lesser IM. A critique of contributions to the alexithymia symposium. *Psychother Psychosom* 1985; 44: 82-88.
79. McDougall J. Alexithymia; a psychoanalytic viewpoint. *Psychother Psychosom* 1982; 38: 81-90.
80. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item toronto alexithymia scale-I; item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38: 23-32.
81. Taylor JG, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychoter Psychosom* 2004; 73: 68-77.

82. Sayar K, Güleç H, Ak I. Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Güvenirliği ve Geçerliği. Otuzyedinci Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı, 2001:130.
83. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The alexithymia construct: Relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry* 1989; 30: 434-441.
84. Kosturek A, Gregory RJ, Sousou AJ. Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Psychosomatics* 1998; 39: 399-404.
85. Bach M, Zwaan M, Ackard D. Alexithymia: Relationship to personality disorders. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 239-243.
86. Gürkan SB. Aleksitimi. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1996; 2: 99-103.
87. Marlowe MJ. Biological aspects of personality disorder. *Br J Hosp Med* 1993; 49: 564-569.
88. Peirson AR, Heuchert JW, Thomala L, Berk M, Plein H, Cloninger CR. Relationship between serotonin and the temperament and character inventory. *Psychiatry Res* 1999; 89: 29-37.
89. Akiskal HS, Hirschfeld RMA. The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 801-810.
90. Allport GW. *Personality: A Psychological Interpretation*. New York: Holt Rinehart & Winston, 1937.
91. Işık S. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 1. Baskı, Ankara: Öncü Basımevi, 2000: 25-27.
92. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R, Rothbart MK, Thomas A, Chess S, et al. What is temperament? Four approaches. *Child Development* 1987; 58: 505-527.
93. Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Türkçe çeviri. Aydın H, Bozkurt A (Çeviren) s. 2063-2071, 8. Baskı, Ankara, Öncü Basımevi, 2007.
94. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin, Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 233-236.

95. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure CM, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The yale–brown obsessive compulsive scale. I. Development, use and reliability. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 1006-1011.
96. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The yale–brown obsessive compulsive Scale: II. Validity. Arch Gen Psychiatry 1989; 46: 1012-1016.
97. Karamustafalıoğlu KO, Üçılık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik-güvenilirlik Çalışması. 29.Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, 1993: 86.
98. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği, Güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7: 3-13.
99. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56: 893-897.
100. Ulusoy M, şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the beck anxiety inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother 1998; 12: 163-172.
101. Sayın A, Aslan S. Duygudurum bozuklukları ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16: 276-283.
102. Köse S, Sayar K, Ak İ, Kalelioğlu Ü, Kırpınar İ, Reeves RA, et al. Mizaç ve karakter envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2004; 14: 107-131.
103. Pfohl B, Black D, Noyes R Jr, Kelley M, Blum N. A test of the tridimensional personality theory: association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiatry 1990; 28: 41-46.
104. Lyoo IK, Lee DW, Kim YS, Kong SW, Kwon JS. Patterns of temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychiatry 2001; 62: 637-641.
105. Richter MA, Summerfeldt LJ, Joffe RT, Swinson RP. The tridimensional personality questionnaire in obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Res 1996; 65: 185-188.

106. Kusunoki K, Sato T, Taga C, Yoshida T, Komori K, Narita T, et al. Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 403-405.
107. Bejerot S, Schlette P, Ekselius L, Adolfsson R, Von Knorring L. Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the temperament and character inventory in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 243-249.
108. Alonso P, Menchon JM, Jimenez S, Segalas J, Mataix-Cols D, Jaurieta N, et al. Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Res* 2008; 157: 159-168.
109. Kim SJ, Kang JI, Kim CH. Temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2009; 50: 567-572.
110. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986; 3: 167-226.
111. Cruz-Fuentes C, Blas C, Gonzalez L, Camarena B, Nicolini H. Severity of obsessive-compulsive symptoms is related to self-directedness character trait in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2004; 9: 607-612.
112. Lyoo IK, Yoon T, Kang DH, Kwon JS. Patterns of changes in temperament and character inventory scales in subjects with obsessive-compulsive disorder following a 4-month treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 298-304.
113. Bejerot S, Von Knorring L, Ekselius L. Personality traits and smoking in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 395-401.
114. Hirano S, Sato T, Narita T, Kusunoki K, Ozaki N, Kimura S, et al. Evaluating the state dependency of the Temperament and Character Inventory dimension in patients with major depression: a methodological contribution. *J Affect Disord* 2002; 69: 31-38.
115. Sung SM, Kim JH, Yang E, Abrams YK, Lyoo IK. Reliability and validity of the Korean version of the Temperament and Character Inventory. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 235-243.

116. Kim SW, Grant JE. Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2001; 104: 205-212.
117. Svrakic DM, Cloninger CR. Personality disorder. Sadock BJ, Sadock VA (editors). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. Baskı, Lippincott. Williams & Wilkins, 2004: 2063–2104.
118. Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C. Temperament and character in adults with Asperger syndrome. *Autism* 2002; 6: 287-297.
119. Mulder RT, Joyce PR, Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA. The relationship among three models of personality psychopathology: DSM-III-R personality disorder, TCI scores and PSQ defences. *Psychobiol Med* 1999; 29: 943-951.
120. Casey JE, Joyce PR. Personality disorder and TCI in the elderly. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 302-308.
121. Picardi A, Toni A, Caroppo E. Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychother Psychosom* 2005; 74: 371-378.
122. Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. Alexithymia and the temperament and character model of personality. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 261-267.
123. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka TB. Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *J Psychosom Res* 2001; 51: 729-733.
124. Motan İ, Gençöz T. Aleksitimi Boyutlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile İlişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18: 333-343.
125. Devine H, Stewart SH, Watt MC. Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia in a young adult sample. *J Psychosom Res* 1999; 47: 145-158.

6. EKLER

EK–A: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçegi (Y-BCOS)

1. Obsesif Düşüncelerle Geçen Zaman

0: Yok

1: Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek.

2: Orta, günde 1 – 3 saat veya sık.

3: Ciddi, günde 3 – 8 saat veya çok sık.

4: İleri boyutlarda, günde 8 saatten fazla veya yaklaşık sürekli.

2. Obsesif Düşüncelerden Etkilenme

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel Performansta değişiklik yok.

2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hâlâ başa çıkılabilir durumda.

3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.

4: İleri derecede, iş göremez durumda.

3. Obsesif Düşüncelere Karşı Duyulan Rahatsızlık Hissi

0: Hiç

1: Hafif, fazla rahatsızlık vermeyen.

2: Orta derecede, rahatsız edici, fakat başedilebilir.

3: Ciddi, çok fazla rahatsız edici.

4: İleri derecede, yaklaşık sürekli ve kısıtlayıcı rahatsızlık.

4. Obsesif Düşüncelere Direnç Gösterme

0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

- 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
- 3: Çaba göstermeden tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.
- 4: Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. Obsesif Düşünceleri Kontrol Etme Derecesi

- 0: Tam olarak kontrol edebiliyor.
- 1: Büyük oranda kontrol edebiliyor, genellikle biraz çaba ve dikkatini toplayarak obsesyonları durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.
- 2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.
- 3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada veya aklından çıkarmada nadiren başarılı oluyor. Dikkatini sadece zorlukla başka konulara yöneltebiliyor.
- 4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak obsesyonlar mevcuttur. Bir an bile aklından çıkaramamaktadır.

6. Kompulsif Davranışlar İçin Harcanan Zaman

- 0: Hiç
- 1: Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek.
- 2: Orta, günde 1 – 3 saat veya sık sık kompulsif davranışlar.
- 3: Ciddi, günde 3 – 8 saat veya çok sık kompulsif davranışlar.
- 4: İleri derecede, günde 8 saatten fazla veya neredeyse sürekli olarak kompulsif davranışlar (sayılamayacak kadar fazla).

7. Kompulsif Davranışların Yaşamı Etkilemesi

- 0: Hiç
- 1: Hafif, sosyal ve mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok.
- 2: Orta,, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hâlâ başa

çıkılabilir durumda.

3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.

4: İleri derecede, iş göremez durumda.

8. Kompulsif Davranışlara Karşı Duyulan Rahatsızlık

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi esnasında hafif anksiyete.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntı duyduğunu, fakat başedilebilir düzeyde olduğunu veya kompulsiyonun gerçekleştirilmesi sırasında anksiyetenin artabildiğini fakat başa çıkabildiğini bildirmektedir.

3: Ciddi, kompulsiyonların engellenmesi halinde veya kompulsif davranışlar sırasında, anksiyete belirgin şekilde artmaktadır.

4: İleri derecede, kompulsif davranışa en ufak bir müdahale halinde veya kompulsiyon sırasında iş göremez duruma sokan anksiyete.

9. Kompulsif Davranışlara Karşı Direnme

0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Çaba göstermeden tüm kompulsiyonlara teslim olmuş durumdadır, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.

4: Tam ve gönüllü olarak tüm kompulsiyonlara boyun eğmiş durumdadır.

10. Kompulsif Davranışları Kontrol Etme Derecesi

0: Tam olarak kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için bir miktar baskı hissediyor, fakat genellikle kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için büyük baskı hissediyor,

zorlukla kontrol edebiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için çok büyük baskı hissediyor, tamamlamak zorunda kalıyor, sadece güçlkle geciktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak kompulsiyonları gerçekleştirmektedir, bir an için bile geciktirememektedir.

11. Hastanın Obsesyon ve Kompulsiyonlarına Hakkında İçgörüsü

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının saçmalığını ve aşırılığını Kabul etmekle birlikte anksiyete dışında dikkate alınacak bir şey olmadığı konusunda tatmin olmuş değil (örn.uzun süre şüpheleri vardır).

2: Orta derecede bir içgörü. İsteksizce de olsa düşünce ve davranışlarının saçmalığını veya aşırılığını kabul etmekle birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat değişmeyen inançları yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının mantıksız veya aşırı olmadığına inanmaktadır.

4: İçgörüsü kaybolmuş, hayal dünyasında. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğuna tam olarak inanmış durumdadır, karşı kanıtlara karşı tepkisizdir.

12. Kaçınma

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, en alt düzeyde kaçınma davranışı var.

2: Orta, görülen, açık bir kaçınması var.

3: Ciddi, çok fazla kaçınma davranışı var.

4: İleri derecede, aşırı boyutlarda kaçınma, semptomları başlatabilecek olan hemen her şeyi yapmaktan kaçınmaktadır.

13. Kararsızlık Derecesi

0: Yok.

1: Hafif, bazı küçük şeyler hakkında karar verme güçlüğü.

2: Orta, başkalarının ikinci bir kez düşünmeyecekleri şeyler hakkında bile karar verirken güçlük çektiğini belirtmektedir.

3: Ciddi, önemli olmayan konularda bile sürekli yarar/zarar değerlendirmesi yapmaktadır.

4: İleri derecede, karar verme yetisi kaybolmuş, iş göremez durumdadır.

14. Aşırı Sorumluluk Hissi

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda bahsedilen hafif sorumluluk artışı.

2: Orta, hastanın kendiliğinden bahsettiği, açıkca görünen düşünceler; hasta kendi kontrol edebileceği olayların dışında kalanlar için aşırı sorumluluk hissetmektedir.

3: Ciddi, bu tür duygular yaygındır ve önde gelmektedir; kesinlikle kendi kontrolü dışında kalan olaylardan bile kendini sorumlu hissetmektedir. Kendini anlamsız, hatta saçam bir şekilde suçlamaktadır.

4: İleri, delilik derecesinde sorumluluk (örn. Kompulsiyonlarını gerçekleştirmediği için, binlerce kilometre ötede olan bir depremden kendini suçlu hissetmek)

15. Hareketlerde Belirgin Yavaşlama ve Rahatsızlık Hissi

0: Yok.

1: Hafif, bazen başlarken bitirirken gecikme.

2: Orta, sıklıkla olağan işlerin uzun sürmesi, ancak genellikle tamamlanması. Sıklıkla geç olması.

3: Ciddi, olağan görevlerin başlamasında ve bitirilmesinde yaygın ve belirgin zorlanma. Genellikle geç olması.

4: İleri derecede, işlerin tümünde yardım görmeden, olağan işlemlere başlayamama ve tamamlayamama.

16. Patolojik Kuşku

0: Hiç.

1: Hafif, sadece sorulduğu zaman bahsedilen hafif patolojik kuşku. Verilen örnekler

normal sınırlar içinde olabilir.

2: Orta, hasta bu düşünceleri kendisi belirtir, hastanın bazı davranışlarında açık olarak vardır; hasta patolojik kuşkudan rahatsızdır. Performansını bir miktar etkilemekle birlikte başedilebilir boyutlardadır.

3: Ciddi, algıları hakkında kuşkuları belirgindir; patolojik kuşku sıklıkla performansını etkilemektedir.

4: İleri derecede, algıları hakkındaki kuşkuları sürekli; patolojik kuşkuları hemen her tür faaliyetini belirgin olarak etkilemektedir. İş göremez durumdadır (örneğin hasta “Gördüklerime aklım güvenmiyor” diye belirtir).

17. Global Ciddiyet

0: Hastalık yok.

1: Hafif, şüpheli, gelip geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok.

2: Hafif belirtiler, işlevsel bozukluk az.

3: Orta derecede semptomlar, Çabayla işlevsel olabiliyor.

4: Orta –ciddi derecede semptomlar, işlevsellik kısıtlanmış.

5: Ciddi semptomlar, büyük oranda yardımla işlevsel olabiliyor.

6: İleri boyutlarda ciddi semptomlar, iş göremez durumda.

18. Genel Düzelme

0: Çok daha kötü.

1: Daha kötüye.

2: Biraz daha kötü.

3: Değişiklik yok.

4: Bir miktar iyileşme var.

5: Daha iyi

6: Çok daha iyi.

19. Güvenilirlik

0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin şüphelenmek için neden yok.

1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyebilecek faktör(ler) var.

2: Orta. Güvenilirliği kesin olarak azaltan faktör(ler) var.

3: Zayıf. Güvenirlik çok az.

EK-B: Mizaç ve Karakter Envanteri

Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

ÖRNEK;	DOĞRU	YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.	D	Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için “D”yi yuvarlak içine alınız.)

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız. Lütfen bütünüyle yanıtta emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız. Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığınızı unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987, 1992 C. R. Cloninger

Türkçe TCI © 2001 Samet Köse, Kemal Sayar

Türkçe TCI'nin eser sahipliği hakları Samet Köse ve Kemal Sayar'a aittir. Yazarların izni olmaksızın her türlü kullanımı eser sahipliğinden doğan hakların ihlalini oluşturur ve etik değildir.

		DOĞRU	YANLIŞ
1	Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2	Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine inanırım.	D	Y
3	Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4	Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5	Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6	Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7	Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8	Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9	Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10	Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.	D	Y
11	Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12	Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13	İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14	İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15	Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16	Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17	Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18	Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım	D	Y
19	Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20	Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21	Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22	Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23	Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.	D	Y
24	Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25	Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26	Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y

27	Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınıyorum.	D	Y
28	Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29	Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.	D	Y
30	Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31	Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32	Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33	Düşmanlarımların acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34	Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35	Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36	Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37	Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38	Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum.	D	Y
39	Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40	Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41	Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42	Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44	Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45	Gevşemekten, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46	Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmmam.	D	Y
47	Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48	Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49	Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50	Ticarette başarılı olmak için sahtekâr olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51	Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52	Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53	Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54	Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55	Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y

56	Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren, bir “altıncı his”e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57	Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58	Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59	Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60	Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61	Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y
62	Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63	Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64	Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65	Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66	Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67	Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68	Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69	Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70	Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71	Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72	Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y
73	İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74	Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75	Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76	Bazen sanki zaman ve mekânda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77	Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissedirim.	D	Y
78	Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79	Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80	Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81	Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82	Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.	D	Y
83	Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y

84	Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissedirim.	D	Y
85	Çoğu zaman “Süpermen” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86	Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87	Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88	Dinsel yaşantılar, yaşamamın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89	Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90	Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y
91	Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93	Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94	Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95	Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96	Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97	Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98	Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99	Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.	D	Y
100	Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101	Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102	Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103	Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104	Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105	Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106	Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107	Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108	Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109	Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110	Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111	Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112	Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.	D	Y

113	Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114	İşleri eski yapış tarzımda değışiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115	İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116	Duygu–dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117	Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118	Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119	Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y
120	Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121	Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122	Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123	Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124	Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125	Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekândan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126	Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127	Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128	Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129	Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130	Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez içgüdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131	Başkaları, benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132	Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.	D	Y
133	Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134	Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135	İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136	Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137	Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138	Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y

139	Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140	Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141	Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142	Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143	Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144	Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145	Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146	Düşmanlarımanın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147	Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148	Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149	Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150	Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151	Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152	Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153	Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154	Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155	Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156	Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157	Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158	Çoğu kez arkadaşlarımanın arzularına boyun eğerim.	D	Y
159	Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160	Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161	Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162	Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163	Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakârlıklar yaptım.	D	Y
164	Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165	Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166	Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167	Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y

168	Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.	D	Y
168	Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170	Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171	İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172	Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173	Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174	Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175	Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176	Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177	Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178	Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179	Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180	Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y
181	Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183	Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184	Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenilemem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185	Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186	Önemsiz ya da kötümüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.	D	Y
187	Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188	Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.	D	Y
189	Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190	Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191	İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192	Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193	Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194	Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195	İçinde, ansızın var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196	İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y

197	Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198	Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199	Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200	Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201	Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.	D	Y
202	Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim.	D	Y
203	Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204	Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.	D	Y
205	Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206	Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207	Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208	Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209	Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210	İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y
211	Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212	Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213	Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214	Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215	Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216	Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217	Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218	Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219	Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220	Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221	Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222	Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223	Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y

224	Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225	Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226	Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227	Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228	Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229	Keşke başka herkesten daha iyi görünümlü olsam.	D	Y
230	Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231	Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232	Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233	Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234	Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235	Sahtekâr olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236	Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237	Herhangi bir kâğıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238	Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239	Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240	Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

EK-C: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.

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

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1	Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem	1	2	3	4	5
2	Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur	1	2	3	4	5
3	Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor	1	2	3	4	5
4	Duygularımı kolayca tarif edebilirim	1	2	3	4	5
5	Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlmeyi yeğlerim	1	2	3	4	5
6	Keyfim kaçtığımda, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem	1	2	3	4	5
7	Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır	1	2	3	4	5
8	Neden öyle sonuçlandığımı anlamaya çalışmaksızın, işleri olurluna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9	Tam olarak tanımlayamadığım duygularım	1	2	3	4	5
10	İnsanların duygularını tanıması gerekir	1	2	3	4	5
11	İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12	İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5

13	İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum	1	2	3	4	5
14	Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem	1	2	3	4	5
15	İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
16	Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim	1	2	3	4	5
17	İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir	1	2	3	4	5
18	Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim	1	2	3	4	5
19	Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum	1	2	3	4	5
20	Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır	1	2	3	4	5

EK-D: Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

Adı Soyadı:.....Sınıfı/ No
:.....Tarih:

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.

- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10-0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11-0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12-0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

- 13-0.** Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14-0.** Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15-0.** Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16-0.** Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17-0.** Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18-0.** İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
Evet Hayır
- 20-0.** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

- 21-** 0.Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla Şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-E: Beck Anksiyete Ölçeği**BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		Hiç	Hafif Düzeyde; Beni pek Etkilemedi	Orta Düzeyde; Hoş değildi ama Katlanabildim	Ciddi Düzeyde; Dayanmakta çok zorlandım
1	Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2	Sıcak/ateş basmaları				
3	Bacaklarda halsizlik, titreme				
4	Gevşeyememe				
5	Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6	Baş dönmesi veya sersemlik				
7	Kalp çarpıntısı				
8	Dengeyi kaybetme duygusu				
9	Dehşete kapılma				
10	Sinirlilik				

11	Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12	Ellerde titreme				
13	Titreklilik				
14	Kontrolü kaybetme korkusu				
15	Nefes almada güçlük				
16	Ölüm korkusu				
17	Korkuya kapılma				
18	Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19	Baygınlık				
20	Yüzün kızarması				
21	Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-F: Sosyodemografik Form

Ad-soyad:											
Adres:											
Tel no(ev-iş-cep):											
Cinsiyet: 1-K		2-E									
Medeni durum: 1- Bekar		2-Evli		3-Boşanmış	4- Dul						
Yaşı: (Yaşını yazın ve aşağıdakilerden kodlayın)											
1. 18- 27	2. 28-37	3. 38-47	4. 48-57	5. 58↑							
Eğitim durumu:											
1- Okur-yazar	2-İlkokul	3-Ortaokul	4-Lise	5-Üniversite							
Yerleşim Alanı: 1-Köy					2-Kasaba	3-Şehir					
Ekonomik Durum: 1-Düşük					2-Orta	3-Yüksek					
Meslek: 1-Ev hanımı					2-Öğrenci	3-Memur	4-İşçi	5-Özel meslek	6-İşsiz	7-Emekli	8-Diğer
Alkol kullanımı:		1- E (miktar/gün)			2-H						
Sigara kullanımı:		1- E (miktar/gün)			2-H						
ÖZGEÇMİŞ Bilinen hastalığı var mı?		1.Var		2. Yok							
SOYGEÇMİŞ (bilinen hastalıklar)		1. Var		2. Yok							
OKB başlangıç yaşı: (Başlangıç yaşını yazın ve aşağıdakilerden kodlayın)											
1. 18↓	2. 18- 27	2. 28-37	3. 38-47	4. 48-57	5. 58↑						
OKB hastalık süresi: (Süreyi yazın ve aşağıdakilerden kodlayın)											
1. 0-5	2. 6-10	3. 11-15	4. 16↑								
Obsesyonların türü:											
1- Bulaşma		2- Kuşku		3- Cinsel ya da saldırgan eylem							

düşünceleri		
4- Simetri-kuralcılık	5- Diğer	
OKB için önceden ilaç kullanmış mı?	1-Evet	2- Hayır
Tedavi Şekli: 1-Ayaktan	2-Yatarak	
Doktora başvurma:	1-İlk kez başvurma	2-Bir süredir tedaviyi sürdürme

7. ÖZGEÇMİŞ

1976 yılında Elazığ'da doğdum. İlk ve orta öğrenimimi Elazığ'da tamamladıktan sonra 1998 yılında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. Mart 2008'de Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD'de ihtisas eğitimime başladım. Halen görevime devam etmekteyim. Evliyim, iki çocuğum var. Yabancı dilim İngilizcedir.