



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALMIŞ  
BİREYLERDEKİ ONAY ARAMA ŞEMASININ, UTANÇ  
VE SUÇLULUK DUYGULARININ VARLIĞI İLE OBSESİF  
KOMPULSİF BOZUKLUK TANISI ALMAYAN  
BİREYLERDEKİ ONAY ARAMA ŞEMASININ, UTANÇ  
VE SUÇLULUK DUYGULARININ VARLIĞININ  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**BETÜL ŞİMŞEK**

**TEZ DANIŞMANI**

**DR. ÖĞR. ÜYESİ ALPTEKİN ÇETİN**

**İstanbul, 2020**

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerdeki Onay Arama şeması, Utanç ve Suçluluk Duygularının Varlığı ile Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Almayan Bireylerdeki Onay Arama Şeması, Utanç ve Suçluluk Duygularının Varlığının Karşılaştırılması” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../2020

Betül Şimşek

İmza

## ÖNSÖZ

Bu yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans öğrencisi Betül Şimşek tarafından kaleme alınmıştır. Tez, evrensel nitelikte yazılmış ve etik onaydan geçmiştir.



## TEŞEKKÜR

Saygıdeğer danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Alptekin Çetin'e tez süresi boyunca verdiği desteklerden ötürü çok teşekkür ederim.

En büyük emeli ahlaklı ve erdemli bir çocuk yetiştirmek olan bunun için yıllarca çabalayan canım babam Cezayir Şimşek ve hayatım boyunca beni hep cesaretlendiren canım annem Huriye Şimek'e yirmi beş yıldır verdikleri maddi ve manevi desteklerden ötürü çok teşekkür ederim.

Hayatta ki en büyük şanslarım olan Sevgili ablam Leyla Şimşek, Sevgili abim Erkan Şimşek ve küçük kardeşim Yusuf Şimşek'e bana inanıp beni hep destekledikleri için çok teşekkür ederim.

Lisans ve yüksek lisans eğitimin boyunda dirsek dirseğe senelerimizin geçtiği iki güzel dostum Amine Gürkan ve Gülsüm Tuğcuya ve tez dönemi boyunca manevi desteği hep yanımda olan Cansu Ölmez'e çok teşekkür ederim.

Hayatım boyunca hep yanımda olan ve bana hep inanıp güvenen canım arkadaşım Fadime Hazine'ye çok teşekkür ederim.

Betül Şimşek

## İÇİNDEKİLER

I.	YEMİN METNİ.....	i
II.	ÖNSÖZ.....	ii
III.	TEŞEKKÜR.....	iii
IV.	İÇİNDEKİLER.....	iv
V.	ÖZET.....	ix
VI.	ABSTRACT.....	xi
VII.	KISALTMALAR VE SİMGELER.....	xiii
VIII.	TABLO LİSTESİ.....	xv
IX.	EKLER LİSTESİ.....	xvi

## BİRİNCİ BÖLÜM

### GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.	Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	1
1.2.	Erken Dönem Uyumsuz Şemalar.....	3
1.3.	Suçluluk ve Utanç.....	5
1.4.	Araştırmanın Amacı.....	6
1.5.	Hipotezler.....	6
1.6.	Araştırmanın Önemi.....	7
1.7.	Sınırlılıklar.....	8
1.8.	Sayıtlar.....	9
1.9.	Tanımlamalar.....	9

## İKİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL YAPI

<b>2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB).....</b>	<b>11</b>
2.1.1 Tanımı.....	16
2.1.2 Epidemiyoloji.....	18
2.1.3 Etiyoloji.....	18
2.1.3.1 Nörobiyolojik Etkenler.....	19
2.1.3.2 Nörokimyasal Etkenler.....	20
2.1.3.3 Genetik.....	21
2.1.4 Kuramsal Açıdan OKB.....	21
2.1.4.1 Psikanalitik Kuram.....	24
2.1.4.2 Davranışçı Kuram.....	24
2.1.4.3 Bilişsel Kuram.....	25
2.1.5 Prognoz.....	25
2.1.6 Eştanı (Komorbidite).....	26
2.1.7 Tedavi .....	26
<b>2.2 Erken Dönem Uyumsuz Şemaları.....</b>	<b>27</b>
2.2.1 Şema Kavramı.....	27
2.2.2 Şema Alanları ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar.....	30
2.2.2.1 Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı.....	31
2.2.2.2 Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma.....	33
2.2.2.3 Zedelenmiş Sınırlar.....	34
2.2.2.4 Diğer Yönelimlilik.....	35
2.2.2.5 Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık.....	36
2.2.3 Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar ve Psikopatoloji İlişkisi.....	38
<b>2.3 Suçluluk ve Utanç Duyguları.....</b>	<b>40</b>
2.3.1 Kavram Olarak Suçluluk ve Utanç.....	40
2.3.2 Suçluluk ve Utanç Duygularının OKB ile İlişkisi.....	43

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM VE GEREÇLER

<b>3.1. Araştırmanın Modeli.....</b>	<b>45</b>
<b>3.2. Araştırmanın Örneklemi.....</b>	<b>45</b>
<b>3.3 Araştırmanın Uygulanması.....</b>	<b>46</b>
<b>3.4 Veri Toplama Gereçleri.....</b>	<b>46</b>
3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu.....	47
3.4.2 Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Tarama Listesi(YBOCS).....	47
3.4.4 Young Şema Ölçeği- Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3).....	47
3.4.5 Suçluluk ve Utanç Ölçeği (SUTÖ).....	48
<b>3.5 Veri Analizi.....</b>	<b>48</b>

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

<b>4.1. Sosyodemografik Özellikler.....</b>	<b>49</b>
4.1.1. Deney Grubuna Ait Sosyodemografik Özellikler.....	50
4.1.2. Kontrol Grubuna Ait Sosyodemografik Özellikler.....	50
<b>4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Betimsel     İstatistikleri.....</b>	<b>53</b>
<b>4.3. Kontrol ve Deney Gruplarının Ölçek ve Alt Ölçeklerinin     Karşılaştırılması.....</b>	<b>54</b>

4.4. Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkilere Korelasyon Sonuçları.....	58
4.5. Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması.....	59
4.6. Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Açısından Karşılaştırılması.....	62
4.7. Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	64
4.8. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması.....	67
4.9. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medenai Durum Açısından Karşılaştırılması.....	68
4.10. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısı Açısından Karşılaştırılması.....	70

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Tartışma.....	73
---------------	----

## **ALTINCI BÖLÜM**

### **SONUÇ**

Sonuç.....	84
------------	----

## **YEDİNCİ BÖLÜM**

### **SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER**

Sınırlılıklar.....	86
Öneriler.....	86

## **SEKİZİNCİ BÖLÜM**

### **KAYNAKÇA**

Kaynakça.....	87
---------------	----

## **DOKUZUNCU BÖLÜM**

### **EKLER**

Ekler.....	99
------------	----

(ŞİMŞEK, Betül, Yüksek Lisans, İstanbul, 2020)

## ÖZET

Bu çalışma, obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan bireylerin onay arama şeması, utanç ve suçluluk duygularının varlığı ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı almayan bireylerin onay arama şeması, utanç ve suçluluk duygularının varlığının karşılaştırılmasını amaçlamıştır. Bununla birlikte bazı sosyodemografik özelliklerin etkisi olup olmadığının incelenmesi hedeflenmiştir.

Araştırmanın örneklemini T.C. Üsküdar Üniversitesi NP İstanbul Nöropsikiyatri Hastanesi Feneryolu Polikliniği'ne ayaktan başvuran, OKB tanısı almış 18-65 yaş aralığındaki 35 gönüllü katılımcı ile bu katılımcılara sosyodemografik özellikler açısından denk ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan 35 sağlıklı ve gönüllü kontrol grubu oluşturmuştur. İki gruba da Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF), Sosyodemografik Veri Formu, Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Tarama Listesi (YBOCS), Young Şema Ölçeği Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3), Suçluluk ve Utanç Ölçeği (SUTO) uygulanmıştır.

Verileri analiz ederken betimsel ve ileri istatistik teknikler kullanılmıştır. Veri analizi için SPSS 24.0 programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik dağılımlarının belirlenmesi amacıyla betimsel istatistikler yapılmıştır. Deney gruplarının ölçek ve alt ölçeklerinin ilişkilerinin karşılaştırılması için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısı, medeni durum , cinsiyet açısından karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Deney grubunun ölçek ve alt ölçek puanlarının yaş, eğitim ve gelir açısından karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; OKB tanısı almış bireylerde onay arama şeması ve suçluluk- utanç duyguları psikiyatrik tanı almamış bireylerde onay arama şeması ve suçluluk-utanç duygularının varlığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır. OKB tanısı alan bireyler de aktif olan onay arama şemasının tanı almayan bireylerle benzer oranda aktif olduğu saptanmıştır. OKB tanısı alan bireylerde başarısızlık, karamsarlık, iç içe geçme-bağımlılık, terk edilme,

kusurluluk ve yüksek standartlar şeması tanı almayan bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmıştır. OKB tanısı alan bireylerde suçluluk ve utanç duyguları tanı almayan bireylerde suçluluk ve utanç duygularının varlığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır.

Araştırmanın korelasyon analizleri incelendiğinde; erken dönem uyumsuz şemaları alt kümeleri ve suçluluk ve utanç arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Erken dönem uyumsuz şemalarından karamsarlık ve onay arayıcılık şemaları ile utanç duygusu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Duyguları bastırma şeması ile suçluluk şeması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Terk edilme şeması ile OKB puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Sonuç olarak; onay arama şeması, suçluluk ve utanç ve OKB arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Obsesif Kompulsif Bozukluk, Onay Arama Şeması, Suçluluk ve Utanç

## ABSTRACT

This study aimed to compare the search for scheme of consent in individuals diagnosed with obsessive compulsive disorder, the presence of feelings of shame and guilt, and the search for scheme of shame and guilt in individuals who were not diagnosed with obsessive compulsive disorder. In addition, it is aimed to remove the distributions by examining whether some sociodemographic features have an effect.

The sample of the research was carried out by T.C. Üsküdar University NP Istanbul Neuropsychiatry Hospital, who applied to the outpatient clinic of the Feneryolu, 35 healthy and volunteer control groups, which are equivalent in terms of socio-demographic characteristics and have no psychiatric diagnosis, have been established to these participants. Informed Volunteer Consent Form, Sociodemographic Data Form, Yale-Brown Obsession and Compulsion Scale and Symptom Screening List (YBOCS), Young Schema Scale Short Form 3 (YSS-SF3), Guilt and Shame Scale were applied to both groups.

Descriptive and advanced statistical techniques were used to analyze the data. SPSS 24.0 program was used for data analysis. Descriptive statistics were made to determine the socio-demographic distribution of the participants. Spearman correlation test was used to compare the relationships between the scale and subscales of the experimental groups. Mann-Whitney U test was used to compare the scale and subscale scores of the participants in terms of number of siblings, marital status and gender. Kruskal Wallis test was used to compare the scale and subscale scores of the experimental group in terms of age, education and income.

According to the results obtained from the research; There was no statistically significant difference in the presence of consent-seeking scheme and feelings of guilt and shame in individuals with a diagnosis of OCD, in the presence of consent-seeking scheme and feelings of guilt-shame. Individuals diagnosed with OCD were also found to be active in a similar proportion to those who were not diagnosed. Failure, pessimism, nesting-dependency, abandonment, imperfection, and high standards

scheme were found to be statistically significant in individuals diagnosed with OCD compared to individuals who were not diagnosed. There was no statistically significant difference in the presence of feelings of guilt and shame in individuals who were not diagnosed with guilt and shame in individuals diagnosed with OCD.

When the correlation analysis of the research is examined; It was determined that there were positive relationships between subsets of early discordant schemes and guilt and shame. A positive correlation was found between pessimism and seeking approval schemes from early discordant schemes and a sense of shame. A negative relationship was found between the emotion suppression scheme and the guilt scheme. A statistically significant positive relationship was determined between the abandonment scheme and OCD scores. As a result; There was no significant relationship between approval seeking scheme, guilt and shame and OCD.

**Keywords:** Obsessive Compulsive Disorder, Confirmation Seeking Scheme, Guilt and Shame

## KISALTMALAR VE SİMGELER

**APA:** American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

**DSM:** The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

**CD-10:** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

**OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk

**SPSS :** Sosyal Bilimler İstatistiksel Paket Programı

**Ss:** Standart Sapma

**SUTÖ:** Suçluluk ve Utanç Ölçeği

**SSRI:** Seçici Seratononin Gerilim İnhibitörü

**WHO:** World Health Organisation

**X:** Aritmetik Ortalama

**YBOCS:** Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

**YŞÖ-KF3:** Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3

## TABLULAR DİZİNİ

**Tablo 1:** Deney grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler

**Tablo 2:** Kontrol grubu ile ilgili sosyodemografik değişken

**Tablo 3:** Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

**Tablo 4:** Kontrol ve Deney Gruplarının Duygusal Yeme ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

**Tablo 5:** Deney Gruplarının Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları

**Tablo 6:** Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması

**Tablo 7:** Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Açısından Karşılaştırılması

**Tablo 8:** Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması

**Tablo 9:** Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

**Tablo 10:** Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

**Tablo 11:** Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısı Açısından Karşılaştırılması

**Tablo 2.1:** DSM-IV TR'ye göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri

**Tablo 2.2:** Şema Alanları ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

### 1.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kişinin sosyal ve iş hayatındaki fonksiyonlarında kayda değer bozulmaya sebep olan, huzursuzluk yaratan, benliğe tanıdık olmayan (ego distonik), tekrar eden ve kaygı uyandıran düşünceler (obsesyon) ve kaygıyı gidermek amacıyla yapılan tekrar eden fiziksel yada zihinsel eylemlerle (kompulsiyon) açıklanan bir bozukluktur (APA.,1994).

Obsesyon, yineleyen, sıkıntı ortaya çıkaran, kişinin yanlış yada saçmalığını kabul ettiği düşünce , imaj veya dürtüsel eylemlerdir. Kompulsiyon çoğunlukla spesifik bir obsesyonun oluşumunu durdurmak için belirlenmiş ritüel veya kurallarla yineleyen davranış(elleri yıkama,düzenleme,tekrar tekrar kontrol etme ve sorma) veya zihinsel eylemlerdir (kimsenin duyamayacağı şekilde dua etme,sayma,bazı sözcükleri sessizce tekrar tekrar söyleme). OKB'si olan kişi genelde obsesyonlarının anlamsızlığının farkındadır. Kişi obsesyonlarının benliğine yabancı olarak değerlendirir ve düşüncelerinin, tutumlarının kabul edilemez olduğunu farkındadır. Obsesyonlar kişinin hayat işleyişini bozar ve kişi için zaman kaybettiricidir,bireyin normal hayat rutinine, mesleki işlevselliğine,sosyal aktifliğine ve aile ilişkilerine belirgin olarak zarar verir (Bayar,R., Yavuz,M. 2008).

Obsesif düşünceler genellikle kirlenme korkuları, kişinin kendine yada başka insanlara zarar verme korkuları, orantısız şüphe, cinsel içerikli obsesyonlar veya dini içerikli obsesyonlarla karakterize obsesyonlardır. Farklı kültürlerde ömür boyu bu içeriklerin tutarlı bir şekilde görüldüğü saptanmıştır (Steketee& Barlow,2002). Bununla birlikte süregelen kompulsiyonların beş ana çeşidi bulunur: Temizlik, kontrol etme, tekrarlama,düzenleme/dizme ve sayma (Antony ve ark.,1998).

Literatürde gerçekleştirilen çalışmalarda OKB'nin erkeklere kıyasla kadınlarda daha çok karşılaşıldığı belirtilmiştir (Eissen ve Rasmussen, 1992 ; Wiessman ve ark.,

1994; Andrews ve ark., 2001; Labad ve ark., 2008) . Bununla birlikte alanyazındaki birkaç araştırmada OKB'nin alt tiplerine göre sıklığının değiştiği iddia edilmiştir. Bu çalışmalara göre saldırganlık ve cinsel içerikli obsesyonların erkek bireylerde daha çok karşılaşıldığı belirtilirken, temizlik ve dini içerikli obsesyonların kadınlarda daha çok karşılaşıldığı ne sürülmektedir (Bogetto ve ark., 1999; Tüzel ve ark., 2004; Karadağ ve ark., 2006).

Bozukluk genellikle geç ergenlik yada erken yetişkinlik döneminde başlasa ve en yaygın bu dönemlerde görülse de çocukluk çağında hiç görülmediği söylenemez ve bu çağda görülen belirtiler yetişkinlik dönemindeki belirtilere çok benzer (March&Leonard,1998; Torres ve ark., 2006). Yapılan çalışmalara göre genellikle ergenlikle ve erkeklerde daha önce başladığı ve kızlara oranla daha yaygın ve daha şiddetli olduğu saptanmıştır.Birçok alışma sonucunda bozukluğun 25 yaş öncesinde ortaya çıktığı ifade edilmiştir (Bogetto ve ark., 1999; Karadağ ve ark., 2006).

Obsesif Kompulsif Bozukluğun prognozuyla ilgili araştırmalarda yaşam boyu artıp azalmakla beraber rahatsızlığın kronik olduğu saptanmıştır (Skoog ve Skoog, 1999; Clark,2004; Angst ve ark., 2004). Yapılan çalışmalarda hastaların yüzde onbeşinden daha azı pr bu bozukluğun tanısını alırlar. Bununla beraber OKB ile birlikte görülen diğer psikopatolojilerde mevcuttur.Bu psikopatolejilerden en yaygınları anksiyete bozuklukları, major depresif bozukluk ve distimidir (Krger ve ark., 1995; Angst ve ark., 2005; Ruscio ve ark., 2010). Depresyon özellikle yaygındır ve araştırmalara göre bu hastalığa sahip olan en az üç kişiden biri yaşamı boyu majör depresyon yaşayabilir ve neredeyse yüzde sekseninde önemli depresif belirtiler görülür(Steketee & Barlow.,2006). Obsesif Kompulsif Bozukluğun, kronik , kişinin yaşamının her alanını etkileyen, pek çok alanda işlevselliğine zarar veren ve kişiyi gten düşüren yapısını göz önünde bulundurduğumuzda depresyon ile bir çok zaman beraber görülmesi şaşırtıcı değildir. Anksiyete bozuklukları içinde; sosyal anksiyete bozukluğu yoğun olarak OKB ye eşlik etmekle beraber (Ruscio ve ark.,2010) ekingen,histriyonik,şizotipal ve bağımlı kişilik bozukluğu gibi kişilik patolojileriyle beraber karşılaşılmaktadır (Chmielewski ve Watson, 2008).

OKB psikolojik hastalıklar arasında sık görülen bir bozukluktur. Bu denli sık görülen bir rahatsızlığı açıklamak ve tedavi etmek için pek çok kuram ve tedavi yaklaşımı vardır. OKB'nin tedavisinde en efektif tedavi türü maruz bırakma ve tepki önleme yöntemlerinin ürünü olan bilişsel davranışçı terapi biçimleridir (Franklin,M ve Foa,E.B. 1998). Terapinin yanı sıra OKB'nin tedavisinde ilaçlardan da çok sık yardım alınmaktadır. Günümüzde OKB'de öncelikli olarak kullanılan ve iyi sonuçlar doğuran ilaç grubu serotonin transmitterini etkileyen ilaçlardır (Bartz ve ark.,2007). İlaç kullanımının tek başına nüksetme oranını artıracığı için OKB'de önerilen tedavi biçimi farmakolojik tedaviler ve terapinin eş zamanlı yürütülmesidir(Doğan. 2010).

## **1.2 Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar**

Sözlük anlamı itibariyle 'yapı,çerçeve' anlamında kullanılan şema sözcüğü yetmişli yıllarda bilişsel davranışçı terapi modelinin ortaya çıkmasının ardından psikoloji alanında kendine bir yer edinmiş ve son yıllarda bir çok psikolog tarafından tercih edilen bir terapi yöntemi olmuştur. Şema ; oluşumu çocukluk döneminde başlayarak hayat boyu tekrarlayıcı biçim de devam eden bir yapıdır. Bize ailemiz yada diğer çocuklar tarafından yapılan bir davranış belki bir söz ile oluşmaya başlamış -aşırı eleştirilmiş,terk edilmiş,aşırı korunmuş, küçük düşürülmüş -bir şekilde fiziksel veya ruhsal olarak zarar görmüşüzdür. Sonunda maruz kaldığımız bu davranışların oluşturduğu şemamız hayatımızın bir parçası olmaya başlar. Üzerinden yıllar bile geçse aşağılandığımız, sevilmediğimiz, dikkate alınmadığımız duygularını hayatın çeşitli alanlarında bize hissettirir. Aslında şema dediğimiz bu kalıplar bizim düşünce, duygu, davranış ve ilişki kurma şeklimizi etkilerler(Young,J ve Klosko,J 2003).Bireyin çocukluk ve ergenlik dönemlerinde şekillenen ve yaşamı boyunca kendini tekrar eden bu kalıplara erken dönem işlev bozucu şemalar olarak adlandırılır (Young,J. 1999).

Erken dönem uyum bozucu şemalarının kökenine bakıldığında kişinin erken dönem zorlayıcı çocukluk yaşantılarına dayandığı görülmektedir. Bu şemalar kişinin yetişkinliğinde yaşadığı erken dönem deneyimlerine benzeyen yetişkinlik deneyimi ile

aktive olur ve kişinin olaylara duygusal ve fiziksel olarak erken dönem geçmişinde verdiği gibi duygusal ve fiziksel olarak tepkiler verir ve kişiye yoğun olarak olumsuz ve işlevsiz hisler yaşatır.

Erken dönem uyumsuz şemalarının bir diğer özelliği ise değişime karşı dirençli olmalarıdır. Zorlayıcıdır ve kişinin işlevini bozar fakat yinede kişi bunu değiştirmek için güçlü bir direnç duyar çünkü kalıplar kişi için tanıdık ve rahatlatıcıdır. İçinde bulunduğu durum kişi için yorucu ve zorlayıcı olsa dahi kişi şemalarına uygun hareket etmeye devam eder. Kişinin şemasına uygun hareket etmesi var olan şemayı güçlendirir dolayısıyla şemanın hayatının birçok alanında işlevsiz olarak etkili olmasına neden olur (Young ve ark., 2003; Young ve Klosko, 1994).

Young ve arkadaşları(2003) bireyin çocukluk döneminde gereksinim duyduğu duygusal ihtiyacın karşılanmamasıyla ortaya çıkan beş şema alanı ve bunların içerdiği toplamda 18 adet erken dönem işlev bozucu şemasını ortaya çıkarmışlardır. Bu şemaların değerlendirilmesinde yaygın olarak Young Şema Ölçeği kullanılır. Ülkemizde bu ölçeğin uyarlama çalışmasını 2009 tarihinde Soygut ve arkadaşları yapmıştır.

Gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda 5 şema alanından bahsedilmektedir, bunlar; ‘‘Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı, Zedelenmiş Otonomi ve Performans Alanı, Zedelenmiş sınırlar Alanı, Diğerlerine Yönelimlilik Alanı, Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama- Ketleme Alanı(Soygut ve ark.,2009).’’

Bireyde aktif biçimde bulunan, kişinin işine yarayan veya yaramayan şemaları şema işlemleri veya şema modları adıyla tanımlanır. Şema modeli temelinde dört temel şema modu ve bunun kapsadığı on adet şema modu bulunmaktadır. Bunlar; Çocuk , Uyumsuz Başa Çıkma , Uyumsuz Ebeveyn ve Sağlıklı Yetişkin Modlarıdır. (Young ve ark.,2003).

### 1.3 Suçluluk ve Utanç Duyguları

Suçluluk ve utanç diğer bireylerle olan etkileşim sürecimizde karşıdaki kişiyi rahatsız edici eylemlerde sergilediğimizde ortaya çıkan duygulardır. Birbirine benzer olmakla birlikte suçluluk ve utanç terimleri temelde farklı kavramlardır. Suçluluk duygusu, yasal olarak veya dini olarak, ya da ahlak dışı, kabul edilemeyen bir davranış sergilendiğinde, toplumun ahlaki ve etik normlarının veya kendi kurallarımızı ihlal ettiğimiz düşüncesinin oluşturduğu pişman hissetme ve rahatsızlık duyguları şeklinde tanımlanmaktadır (Budak, 2000). Utanç duygusu ise, bireyin parçası olduğu toplumsal yapının sahip olduğu değerler ve kurallara uygun davranmadığı, dürüst olmadığı veya aptalca davrandığı duygusu olarak tanımlanan bir kavramdır (Budak, 2000).

Suçluluk duygusu ve utanç duygusu, kişinin kendine ve başkalarına karşı davranışlarında hayati rol oynar ve davranışlarını şekillendirir. Birbiriyle çoğu zaman benzer kavramlar olduğu düşünülen suçluluk duygusu ve utanç duygusunun oluşum şekli ve ortaya çıkan sonuçları büyük oranda farklılık göstermektedir. Doğru olmayan bir davranış veya yanlış yapılan bir şey söz konusu olduğunda istemsiz bir şekilde kişiyi rahatsız eden bu iki kavram arasındaki farklılıklara, sonuçlara ve nedenlere dair çalışmalar mevcuttur (Abe, 2004). Literatürde, suçluluk ve utanç duygusuna dair farklı sonuçlar ortaya koyan çalışmalarla birlikte yaygın olarak kabul edilen yaklaşım temel alındığında, suçluluk duygusu davranışı temel alırken, utanç duygusu daha çok bireyin kendisi ve benliğiyle ilişkilendirilmektedir. ‘Kötü bir şey yaptım’ diye düşünen kişi; ‘kötü bir şey’ kavramına odaklanırsa suçluluk duygusu ortaya çıkar; ‘ben’e odaklanırsa utanç duygusu şeklinde bir durum gözlenebilir (Silfver, 2007). Sonuç olarak suçluluk duygusu kötü veya yanlış bir şey sergilemekle ilgili iken, utanç duygusu ise sergilenen eylemin sonucunda kişinin kötü bir şekilde görünmesiyle ilintilidir. Bu nedenle, suçluluk duygusunun üstesinden daha kolay gelineceği düşünülür. Bunun nedeni, doğru veya iyi olanı yaparak veya yanlış yapılan durum dahi söz konusu olsa özür dilemek koşuluyla suçluluk duygusu azaltılabilir. Aksine utanç, kişinin kendi benliğine doğrulttuğu bir duygudur ve bu duyguyla baş etmek zordur (Wilson, 2001).

Aslında her insanın bu iki duyguyu ara sıra hissetmesi çok normalken, problem teşkil eden şey bu duyguların yoğunluk ve şiddetidir. Bununla beraber bireyin bu iki duyguyu yaşadıkdan sonra üstesinden gelmesi ve ortaya çıkan hoşnutsuz duygularla baş edebilme becerisi de son derece önemlidir. Bu duyguların çok yüksek düzeyde olması kişinin kendisi ve kişiler arası ilişkilerinde çok zorlanmasına neden olabileceği gibi, çok düşük düzeyde olması da yine kişinin hem kendi adına hem de yaşadığı toplum adına sorunlar ortaya çıkarabilir.

#### **1.4 Araştırmanın Amacı**

“Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerdeki onay arama şemasının ve suçluluk- utanç duygularının varlığı ile , tanı almayan bireylerdeki onay arama şeması ve suçluluk- utanç duygularının karşılaştırılması.” incelenecektir. Örneklem; 18-45 yaş arası okb tanısı almış bireylerden oluşan 35 kişilik deney grubu ve psikiyatrik tanı almamış bireylerden oluşan 35 kişilik kontrol grubundan oluşacaktır. Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin onay arama şemalarını incelemek ve suçluluk- utanç duyguları ile arasındaki ilişkiyi çözümlmek, obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerin obsesyon ve kompulsiyonların içeriğini değerlendirme, sağlıklı ve uyumlu yetişebilmeleri için zorunlu olan temel duygusal gereksinimlerini belirlemede ve tedavi planı oluştururken kullanılan yöntem biçimlerini geliştirmek adına literatüre katkı sağlamaktır.

#### **1.5 Hipotezler**

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki onay arama şeması ve obsesif kompulsif bozukluğu olmayan bireylerdeki onay arama şeması arasında negatif yönde bir fark vardır.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki utanç ve suçluluk duygularının varlığı ile obsesif kompulsif bozukluğu olmayan bireylerdeki utanç ve suçsuzluk duygularının arasında negatif yönde bir fark vardır.

Obsesif kompulsif bozukluk ,onay arama şeması, utanç ve suçluluk duygularının varlığı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki onay arama Şeması ve utanç suçluluk duygularının varlığı arasında anlamlı pozitif bir ilişki vardır.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki onay arama Şeması ve obsesif kompulsif bozukluğu olmayan bireylerdeki onay arama Şeması arasında negatif yönde bir fark yoktur.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki utanç ve suçluluk duygularının varlığı ile obsesif kompulsif bozukluğu olmayan bireylerdeki utanç ve suçsuzluk duygularının arasında negatif yönde bir fark yoktur.

Obsesif kompulsif bozukluk, onay arama Şeması , utanç ve suçluluk duygularının varlığı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan bireylerdeki onay arama Şeması ve utanç suçluluk duygularının varlığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki yoktur.

## **1.6 Araştırmanın nemi**

Literatürde, obsesif kompulsif bozukluk ve erken dönem uyum bozucu Şemaları, erken dönem uyumsuz Şemaları ve suçluluk utanç duyguları ile yapılmış araştırmalar ve çalışmalar mevcuttur. Bununla birlikte bu üç değişkenin bir arada bulunduğu araştırma sayısı kısıtlı ve yetersizdir. Bu nedenden ötürü, bu araştırmada obsesif kompulsif bozukluk, onay arama Şeması, suçluluk ve utanç duygularının varlığı arasındaki ilişkinin varlığına dair literatüre katkı sağlayacak olmak önem arz etmektedir.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların erken dönem uyumsuz Őemalarıyla ilgili yapılan bir araştırmada, obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların sağlıklı bireylere oranla, erken dönem uyum bozucu Şemalar baŐlıęı altında tanımlanan Şemalardan özellikle sosyal izolasyon/yabancılaşma, dayanıksızlık ve kötümserlik alt tiplerinde belirgin ölçüde yüksek puanlar aldığına iŐaret edilmiştir (Atalay ve ark., 2008). Yapılan bir başka çalışma da, obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların sosyal

izolasyon/yabancılaşma, kusurluluk/utanç ve başarısızlık şemalarına sahip olduklarını belirtmiştir(Kim ve Lee., 2014).

Yapılan çalışmalarda suçluluk duygusunun OKB'nin ortaya çıkmasını etkilediği bilinmektedir. OKB'deki aşırı sorumluluk duygusunun suçluluk duygusu ile doğrudan ilişkisi vardır. Sorumluluk duygusu ve buna verilen aşırı önem suçluluk duygusunda beraberinde getirmektedir(Basile ve ark.,2011). Yapılan başka bir çalışmada OKB tanısı almış hastaların suçlanma korkusunun diğer insanlara oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir(Mancini ve ark.,2004). OKB'li bireylerdeki belli kompulsif davranışların nedenini bu durumdan duydukları suçluluk duygusunun varlığıyla açıklamışlardır(Lopatka ve Rachman, 1995).

Bu üç değişken arasındaki ilişkinin incelenmesi, obsesif kompulsif bozuklukta tanı ve tedavide kişilerin ruhsal sağlığı üzerindeki sonuçlarını değerlendirmek amacıyla önem taşımaktadır.

## **1.7 Sınırlılıklar**

- 1.Bu araştırma, deney grubunu oluşturan NP Beyin Hastahanesi, Feneryolu Kliniği'nde rastgele seçilmiş 18-45 yaş arası 35 kişilik obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış hastalarla sınırlıdır.
- 2.Bu araştırma, kontrol grubunu oluşturan rastgele seçilmiş 18-45 yaş arası 35 kişilik obsesif kompulsif bozukluk tanısı ve herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilerle sınırlıdır.
- 3.Araştırma verileri, kullanılan ölçekler ve anketlerle toplanan verilerle sınırlıdır.
- 4.Araştırma, giriş kısmında yer alan sayılılarla sınırlıdır.
- 5.Araştırma, yapılan literatür taraması ile sınırlıdır.

## 1.8 Sayıtlar

1. Araştırma örneklemini evreni temsil etmektedir.
2. Obsesif kompulsif bozukluk, onay arama şeması ve suçluluk- utanç duyguları bilimsel olarak ölçülebilen kavramlardır.
3. Katılımcıların ölçeklerde yer alan sorulara içtenlikle, doğru ve içtenlikle cevap verdikleri varsayılmaktadır.
4. Kullanılan ölçme araçları geçerli ve güvenilirlerdir.

## 1.9 Tanımlamalar

**Obsesif Kompulsif Bozukluk:** Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) bireyin sosyal hayatında ve mesleki anlamda kayda değer bozulmaya sebebiyet veren, benliğe yabancı (ego distonik), tekrarlayan ve kaygı yaratann düşünceler (obsesyon) ve kaygıyı ortadan kaldırmak amacıyla gerçekleştirilen tekrar eden davranış veya kognitif eylemlerle (kompulsiyon) karakterize bir psikopatolojidir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

**Şema:** Yaşamın erken yıllarında benliğimizde yer edinen, benliğimiz ve dünya ile ilgili değişime dirençli inançlarımızdır (Young ve Klosko 2003).

**Suçluluk:** Hukuken veya dine göre yapılması yasaklanan, ya da ahlaki olarak kabul edilemez bir şey yapıldığında, toplumun ahlaki kurallarının , ya da kendi kurallarımızın ihlal edildiği düşüncesinin oluşturduğu pişmanlık ve rahatsızlık duygusudur (Budak 2000).

**Utanç:** Bireyin, içinde bulunduğu toplum için büyük ölçüde önem arz eden bir değerini, kuralını, geleneğini yok sayması, dürüst davranmaması veya aptalca davranması sonucu ortaya çıkan duygu olarak tanımlanmaktadır (Budak 2000).

## BÖLÜM İKİ

## KURAMSAL YAPI

### 2.1 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)

#### 2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tanımı

OKB, bireyin sosyal ve iş potansiyelinde kayda değer zedelenmeye sebebiyet veren, rahatsızlık verici, egodistonik (benliğe yabancı), tekrarlayan, kaygı ve sıkıntı oluşturan düşünceler, imajlar, dürtüler (obsesyon) ve bu sıkıntıyı azaltmak amacıyla gerçekleştirilen yineleyici ve aşırı eylem ya da kognitif eylemlerle (kompulsiyon) karakterize bir ruhsal bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Kompulsiyonların işlevi, obsesyonların ortaya çıkardığı kaygıyı gidermek ya da yansıztırmak olduğu öne sürülür. Obsesyonlar çoğunlukla bir tehdit olarak algılanır, kompulsiyonlar ise bu tehdide karşı önlem almak şeklinde tanımlanır (Sayılğan MA, 1998). Rahatsız edici, istem dışı ve benliğe yabancı fikir, imge ya da dürtüler OKB olmayan bireylerde de yaygın olarak karşılaşılmakla birlikte OKB’li hastalara nazaran daha kısa süreli , kendiliğe daha az yabancı, zihinden daha kolayca kovulan, hayatı daha az zedeleyen bir sıkıntı ortaya çıkarmadan ve önemli yansıztırma çabası gerektirmeden yaşanır (Insel 1990). OKB’li birey çoğu zaman obsesyonlarının ve kompulsiyonlarının benliğiyle uyumsuz, kabul edilemez ve kendine yabancı olarak değerlendirir ve hem obsesyonlarını, hem de kompulsiyonlarını ego-distonik yaşar. Obsesyonlar ve kompulsiyonlar genellikle hastaya zaman kaybettirir ve kişinin hayat işleyişine, iş potansiyeline, varolan sosyal etkinliklerine, arkadaş ve aile etkileşimine kayda değer oranda engel olur.

OKB, DSM 4’de anksiyete bozuklukları kategorisi altında yer almaktaydı. 2013’te yayınlanan DSM 5 ile birlikte “Takıntı- Zorlantı Bozukluğu (Obsesif Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar” olarak yeni bir sınıflandırma yapıldı ve OKB bu alt sınıfta incelenmeye başlandı (APA, 2013). OKB dışında’’ Beden Algısı Bozukluğu, Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani ve Deri Yolma Bozukluğu’’ da bu sınıflandırmada yer alan diğer bozukluklar olmuştur (APA, 2013). OKB ICD-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflaması, 1992)’da nevroitik, stresle ilişkili ve somatoform

bozukluklar tanı kümesinde yer almaktadır ve ICD'ye göre OKB tanısı alınması için, obsesyon ve kompulsiyonların en az iki hafta süreyle devam etmesi, kişinin bu obsesyonlardan en az bir tanesine karşı koymayı denemiş olması, kompulsif davranışları yerine getirme fikri haz verici değil; anksiyete ve sıkıntıyı giderici nitelikte algılanıyor olması ve son olarak obsesif imge, düşünce ve dürtüler rahatsız edici biçimde tekrarlıyor olmasıdır.

**TABLO 2.1: DSM-IV.TR'ye göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri**

**A-** Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (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 düşünce, dürtü ve düşlemlerine önem vermemeye ya da baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.

(4) Kişi, obsesyon düşüncelerini, dürtü ve düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür. (Düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir)

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

**TABLO 2.1: DSM-IV.TR'ye göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri**

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

**B-** Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman, kişi, obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. (çocuklarda bu özellik bulunmayabilir)

**C-** Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten fazla zaman alır) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar,

**D-** Başka bir eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir.

**E-** Bu bozukluk bir madde kullanımı ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

**Varsa Belirtiniz:**

**İçgörüsü Az Olan:** O sıradaki epizoda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

**TABLO 2.1: DSM-IV.TR'ye göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri**

**A-** Takıntılar (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı:

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

1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygı ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ya da imgeler.

1. Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

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

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

2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştireceği ya da korunulacağı tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir.

<b>TABLO 2.1: DSM-IV.TR'ye göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri</b>
---

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

**B.** Takıntılar ya da zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

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

**D.** Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz. (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide [sac yolma bozukluğu] olduğu gibi sacını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluklarında olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler, yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşümsel uğraşlar; şizofreni acılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm acılımı kapsamında bozuklukta olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

**Varsa Belirtiniz:**

**İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi:** Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da

**TABLO 2.1: DSM-IV.TR'ye göre Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri**

olmayabileceğinin ayrımıdadır.

**İçgörüsü kötü:** Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

**İçgörüsü yok/sanrısalsal inanışlar:** Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının keskinlikle gerçek olduğunu düşünür.

### 2.1.2 Epidemiyoloji

Obsesyon ve kompulsiyonlardan tarihte ilk kez 1838'de Esquirol'in tanımlamasıyla melankolinin bir semptomu olarak bahsedilmiş olsa da obsesyon kavramını ilk kullanan kişi 1860'da Morel olmuştur (Aslan, H ve Ünal, M. 1995). Bilimsel olarak 19. Yüzyılda kullanılmasına rağmen gerek kutsal metinlerde; (M.Ö. 11. Yüzyıl da, İsrail hükümdarı Saul' u şeytandan gelen düşüncelerle sık sık rahatsız olmasından ve rahatlamak amacıyla arp dinlediğine) gerek edebi metinlerde (1600 yılında Shakespeare tarafından yazılan Hamlet oyununda , Lady Machbet karakterinin sık sık el yıkama kompulsiyonlarından) yer yer bahsedilmiştir (Akgün N., 1989). 1980'li yıllara gelindiğinde yapılan çalışmalarda OKB'nin ender görülen (% 005) bir rahatsızlık olduğu bildirilmiştir. Günümüzde yapılan son araştırmalarda ise OKB'nin artık en çok görülen dördüncü psikiyatrik bozukluk (Rasmussen ve Eisen, 1992) ve Dünya sağlık örgütünün verilerine göre sık görülen onuncu bozukluk olduğu belirtilmiştir (WHO, 1996). OKB seksenlerde belirtildiği gibi nadir görülen bir bozukluk değil , genel toplumun % 1-3' ünü etki eden kronik ve sık görülen bir rahatsızlıktır (Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010).

Literatürde OKB'nin ortaya çıkış yaşı ve yaygın olduğu yaş grubu ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, bozukluğun nadiren çocukluk döneminde ortaya çıkmasının yanı sıra (Türkbay ve ark., 2000) genellikle yirmili yaşların başında ortaya çıktığı görülmektedir (Ertan, 2008). Bayraktar'ın 1997 de yaptığı araştırmada OKB'nin ortaya

çıkma yaşının genç yetişkinlik dönemi olduğunu vurgulamıştır. 2008 yılında yapılan başka bir çalışmaya katılan hastaların %65'inin 25 yaşından önce başladığı bildirilmiştir (Bayar ve Yavuz , 2008). 2001 yılında 200 (104 erkek, 96 kadın) OKB tanısı almış kişilerle yapılan çalışmaya göre OKB tanısı alanların yaklaşık %90'ında 35 yaşından önce OKB semptomlarının mevcut olduğu belirtilmiştir. Erkekler 10-22 yaşları arasında semptomların ortaya çıktığını söylerken, kadınlar 11-24 yaşları arasında semptomların ortaya çıktığını bildirmişlerdir (Juang, ve Liu, 2001). OKB'nin ilk defa görüldüğü yaşla ilgili de farklı bulgular mevcuttur. Rasmussen ve Eisen'nin 1990'da yaptığı araştırmaya göre OKB'nin başlangıç yaşı ergenliğin ilk yıllarından genç yetişkin dönemine kadar uzanmaktadır. Yine aynı çalışmada başlangıç yaşının erkeklerde ( 13-15 yaş) kadınlara göre (20-24 yaş) daha erken olduğu belirtilmiştir. Bozukluk genellikle geç ergenlik ya da erken yetişkinlik döneminde başlasa ve en yaygın bu dönemlerde görülse de çocukluk çağında karşılaşılan vakalarda mevcuttur. OKB'nin ilk olarak 10 yaşından önce ortaya çıktığını; bu yaşa kadar OKB tanısı konmayan hastalarda ise geç ergenlik ya da erken yetişkinlik döneminde ortaya çıktığını savunmaktadır (Conceiaco do Rosario-Campos ve ark, 2001). Bazı çalışmalarda ise OKB tanı koyma yaşının ikiye kadar düştüğü belirtilmiştir (Rapaport 1992). Çocukluk çağında başlayan OKB daha yoğun olmakla beraber bu dönemde kompulsiyonlar obsesyonlardan daha fazla görülmektedir, hatta bazı çocuk hastalarda sadece kompulsiyonların varlığından bahsedilmektedir(Conceiaco do Rosario-Campos ve ark., 2001). Yetişkinliğinde OKB tanısı almış bireylerle yapılan bir çalışmada tanı almış bireylerin neredeyse yarısının çocukluk döneminde OKB belirtileri olduğu bildirilmiştir(Weissman, 1998).

Obsesif Kompulsif Bozukluğun kadın erkek yaygınlık oranına bakıldığında kadınlarda OKB görülme sıklığı daha fazladır (Rasmussen ve Eisen, 1992;Labad ve ark.,2008 Wiessman ve ark., 1994; Andrews ve ark., 2001)Bununla birlikte yapılan bazı araştırma sonuçlarına göre OKB'nin içeriklerinde cinsiyet durumu temelli farklılaşmalar gözlemlenmiştir. Temizlik ve dini obsesyonların kadınlarda daha sık karşılaşıldığı bildirilirken, saldırganlık ve cinsellik obsesyonlarının erkeklerde daha çok görüldüğü belirtilmiştir (Karadağ ve ark.,2006; Bogetto ve ark., 1999; Tüzel ve ark., 2004).

### **2.1.3 Etiyoloji**

#### **2.1.3.1 Nörobiyolojik Etkenler**

Beyin görüntüleme tekniklerindeki ilerlemeler sayesinde OKB'nin nörobiyolojik nedenlerini açıklayan bir çok bilgi ortaya çıkmıştır. Beyin görüntüleme çalışmaları hastalarda orbitofrontal-limbik-bazal gangliyon alanlarında anormal derecede kan akışı ve yüksek aktivasyon saptamıştır (Saxena ve ark.1998). Beynin bu bölümleri limbik sistem ile ilintili yapılardır ve duygusal davranışları denetlerler. Eski beynin yapılarından olan bu kesitler cinsellik, saldırganlık,temizlik gibi ilkel beynin davranışlarını yürütmekle görevlidirler ve obsesif düşünceleri yaratan malzeme tarafından aktive edildiklerinde bu bölgelerdeki kan akışı normalin üzerine çıkar(Rauch ve Savage 2004).

Yapılan araştırmalarda birçok bazal ganglion hastalığıyla (ensafalit, parkinson, hungtington, tourette, idyopatik bazal ganglion kalsifikasyonu gibi) OKB' nin beraber görülmesi (Berthier ve ark.1996) beyin görüntüleme tekniklerinde elde edilen bulguları doğrular niteliktedir.2004 yılında yapılan bir araştırmada singulektomi adı verilen psikocerrahi müdahale ile bazal gangliyonlar ve frontal korteksin birbirinden ayrılmasıyla obsesyon ve kompulsiyonlarda ciddi bir azalma gerçekleşmiştir,bu çalışmada sadece bazal gangliyonlara değil aynı zamanda fronto-strial yolağın OKBye olan etkisinede vurgu yapılmıştır(Swedo ve Snider 2004).Son olarak beyinde hata tespitinden sorumlu olduğu bilinen Anterior Singulat Korteks (ACC)'in hiperaktivitesi de OKB'nin ortaya çıkışında etkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur(Saxena ve Rauch 2000).

#### **2.1.3.2 Nörokimyasal Etkenler**

Obsesif Kompulsif Bozukluğun nörokimyasal nedenlerini araştıran çalışmalar 1970'lerde halihazırda depresyon tedavisinde kullanılan ama depresyon tedavisinde etkinliği yeterli olmayan Anafranil(klomipramin) isimli ilacın OKB hastalarında kullanılmaya başlaması ve güçlü etkisi sonucunda yoğunlaşmıştır (Dougherty ve Ark,2007). Okb hastalarında klomipraminin kullanılması ,OKB ve serotonin ile ilişkili

olabileceği düşüncesini güçlendirmiştir. Fluoksetin(Prozac) SSRI kategorisindeki çeşitli antidepressanların OKB tedavisinde etkili olmasıda OKB ve serotonin ilişkisini güçlendirmeye devam etmiştir (Dougherty, Rauch ve ark,2002,2007).

OKB ve serotoninin güçlü bir ilişkisi olduğunu kanıtlayan bulguların yanı sıra 2000 yılında OKB'li hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada; hastaların %40'dan fazlasının SSRI lara yeterli yanıt vermediği saptanmıştır (Hollander ve ark., 2000). Bu çalışma sonucunda sadece serotonin nörotransmitterinin OKB'yi açıklamak konusunda yetersiz kaldığı saptanmıştır. Nitekim OKB'li hastalarda yapılan nöro görüntüleme çalışmalarında serotonin ve dopamin nörotransmitterleri açısından zengin olan kaudat ve orbitofrontal bölgelerde normale göre farklılıklar görülmüştür. Bununla beraber dopamin nörotransmitterinin fazla olduğu bazalgangliyonlarda vasküler rahatsızlıklardan sonra Obsesif Kompulsif belirtilerin ortaya çıktığı bildirilmiştir (Laplane ve ark . 1989). Bu araştırmalar OKB'nin açıklanmasında dopamin reseptörünün de etkili olduğunu düşündürmektedir.

Özetle serotonerjik sistem tek başına OKB'nin nörokimyasını açıklamak için yeterli değildir. Tam olarak OKB'nin nörokimyasal doğası çözülememiş olmakla beraber kolinerjik ve dopaminerjik sistemlerinde OKB oluşumunda rol oynadığı belirtilmiştir( Dougherty ve ark 2007).

### **2.1.3.3 Genetik**

Yapılan ikiz çalışmaları sonuçlarına göre tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranının çift yumurta ikizlerine göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Yayımlanan ondan fazla çalışmanın sonuçlarına göre 80 tek yumurta ikizinin 54'ü, 29 çift yumurta ikizinin 9'u OKB tanısı almıştır (Grootheste ve ark ,2007). OKB hastalarının birincil derece akrabaları arasında 3 ila 12 kat daha fazla OKB görülmesi de ikiz çalışmalarını destekler niteliktedir (Grabe ve ark ,2006). Son olarak 2006 yılında yapılan bir araştırmada erken başlayan OKB'de genetik rolün, geç başlanyan OKB'ye göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Mundo ve ark , 2006).

## 2.1.4 Kuramsal Açıdan OKB

### 2.1.4.1 Psikanalitik Kuram

Obsesif Kompulsif Bozukluktaki psikoanalitik görüşlere baktığımız zaman karşımıza ilk olarak 19.Yüzyılın sonlarında Freud'un Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) hakkındaki ilk bilimsel düşünceleri ortaya atması dikkat çeker ((Laplanche ve Pontalis 1973). Freud OKB'den nörozların prototipi ve psikanalizin en ilgi alan bölümlerinden biri olarak bahseder. Freud obsesif - kompulsif davranışı "Kişinin zihni normalde kendisini hiç ilgilendirmeyen düşüncelerle doludur ve kendisine yabancı gelen dürtü hissetmektedir; bazen engel olamadığı eylemlere geçmek zorunda kalır. Zihninde yer eden bu fikirler -obsesyonlar- hasta için hiçbir anlam taşımadığı gibi, çoğu kez kişiyede de saçma gelir. Bu düşünceler aslında hiç eyleme dönüşmezse de, hastanın, bu düşünceleri anımsatan durumlardan sürekli kaçmasına neden olurlar. Hastanın kendi isteği dahilinde olmayan davranışlarlar, normal hayatın içinde rutin olan yıkanma gibi edavranışların abartılmış ve törensel biçimidir. Fakat obsesif eylem veya kompulsiyon denilen bu zararsız davranışlar kişini istemi dışında gerçekleştirilirler." şeklinde tanımlar (Geçtan 1989). Freud'un OKB hakkındaki görüşleri günümüz bilgileriyle neredeyse tamamen örtüşmektedir.

Obsesyonel nöroz odipal arzular nedeniyle oluşur. Obsesif Kompulsif hastanın odipal dönemindeki çatışmalarıyla baş edemeyip, kaygı duyar ve bir önceki psikoseksüel gelişim evresine-anal sadistik dönem- geriler (Freud 1913). Bu dönem libidinal dürtü nesnesine karşı zıt duyguları içinde barındırır. Kişi libidinal dürtü nesnesini hem sever hem nefret eder,buna ambivalans deriz. Jones anal erotizm ve nefretin aynı anda var olmasının obsesif kompulsif nörozun temelini oluşturduğunu bildirir(Jones 1913). Obsesyonel nörozda gerileme sorunu çözmez. Bir önceki psikoseksüel gelişim evresi olan anal sadistik dönemde kişiyi anal sadistik dürtüler karşılar. Bu dürtüler kişi için sıkıntı verici olduğundan kişi gerilemiş olsa bile odipal çatışmayla tam olarak baş edemez ve sürekli bir savaş vermek zorunda kalır. Başlangıçta odipal çatışmalarla savaşılan savunma mekanizmaları daha sonra anal sadizme yönelir onunla savaşılar. Kabul edilemez dürtüler ve bunlara karşı yapılan savunmalar hastalığın değişmez bileşenleridir. Obsesyon ve kompulsiyonlar zaman zaman süperego'nun dürtülere karşı verdiği tehditlerdir bazen de dürtülerin ve sadistik

eğilimlerin bir parçasıdır. Özetle psikanalize göre bu çatışmalar OKB'nin oluşum nedenleridir ( Fenichel 1945 ve Topcuoğlu 2003).

#### **2.1.4.2 Davranışçı Kuram**

Davranışçı kuram OKB'yi açıklayan kuramların başında gelir. Mowrer'in iki faktör modeline(1947) göre yansız uyaran klasik koşullanma yöntemiyle korkunç düşünce yada deneyimlerle eşleşirler ve kaygı yaşatmaya başlarlar. Örneğin kapı koluna dokunmak kişide baş edilemez bir kirlenme hissi yaratabilir ve kişi ellerini yıkama yoğunluğunu artırarak bu hissin azaldığını fark eder. Elleri uzun zaman yıkamak kaygıyı azaltır ve böylelikle yıkama eylemi pekişmiş olur ve ilerleyen zamanlarda kirlenme hissinin kişiye daha fazla gelmesine neden olur(Rachman ve Shafman 1998). Gündelik hayatta birçok normal insan kompulsif davranış sergileyebilir fakat OKB li hastalar obsesyonun yarattığı kaygıyı azaltmak için kendilerini, bu obsesyona tepki olarak bir eylemi sürekli olarak tekrarlama zorunluluğu hissederler.

Davranışçı model kişiyi korktuğu nesne yada durumlara maruz bıraktıktan sonra , hastanın rahatlamak için yaptığı kompulsiyonlara engel olup mevcut kaygının kompulsiyonlar olmadan da zamanla azalabileceğini hastaya öğretmeyi amaçlar (Rachman and Shafran 1998). Bu model OKB ye yönelik etkili terapi biçimi olan 'maruz bırakma ve tepki önleme' tekniğinin ana temasıdır.

#### **2.1.4.3 Bilişsel Kuram**

OKB'nin bilişsel olarak temelinde intrüzif düşüncelere yüklenen abartılı anlamların yattığını iddia eden çalışmalar vardır. Girici düşünce olarak da adlandırılan İntrüzif düşünce; içsel bir kaynağa sahip, istenmeden gelen, obsesyon benzeri düşüncelerdir (Rachman 1981). Aslında intrüzif yapıdaki düşünceler genel toplumda oldukça yaygındır ve günlük hayatta sıkça görülür (Toplumun %50'sinde bazı ritüelistik davranışlar gözlenmiştir (Muris ve ark., 1997)). İntrüzif düşüncelerin toplumda bu kadar yaygın olmasına rağmen OKB tanısı almış bireyler ve almamış bireyler arasında ki temel fark ise OKB li bireylerin bu girici düşüncelere yüklediği anlamlar ve bu

düşüncelerin geçici olmamasından,her bireyin zihnine gelebiliyorken OKB’li bireyin bu düşünceleri zihninden atamadığından kaynaklanır (Kring ve ark., 2014).

Rachman’a göre OKB; kişinin girici düşüncelerini felaketleştiren bir tutumla yanlış anlam yüklemek ve yanlış yorumlamak ile ilişkili ortaya çıkan bir bozukluktur ve bu durumu düşünce eylem kaynaşması modeli ile açıklamaktadır (Rachman 1998). Bu modele göre yalnızca intruzif düşüncelerinin akıllarına gelmesi bile birey için “önemli” olduğunun göstergesidir. OKB’li kişide düşünce ile eylem birbirine karışmıştır. Akla gelen herhangi bir düşünceye sahip olmak ile o eylemi gerçekleştirmek ahlaki açıdan aynıdır ve bir şeyler hakkında düşünmek olayın gerçekleşme ihtimalini artırabilir (Rachman 1993). Düşüncelere verilen bu dönem kişiye büyük bir sorumluluk yükler bunun sonucunda kişide düşüncelerini bastırma eğilimi görülür (Salkovskis ve ark., 1996). Bu konuda yapılan bir araştırmada, bir gruptan son zamanlarda akıllarına gelen obsesyonel düşüncelerden birine odaklanmaları ve akabinde bu düşünceyi bastırmaya çalışmaları istenirken diğer gruptan sadece bir obsesyona odaklanmaları istenmiş ve iki gruba da son 4 gün içinde bu obsesyonla ilgili ne kadar rahatsızlık duydukları sorulmuştur. Bulgulara göre obsesyonu bastırması istenen grup daha fazla girici düşünce ve obsesyon belirtisi bildirmiştir (Trinder ve Salkovskis, 1994). OKB’li bireyde düşünceyi daha çok bastırma eğilimi mevcuttur çünkü düşünce eylem kaynaşması modeline göre gelen düşünceyi olmuş gibi kabul eder ve sanki yapmış gibi suçluluk duyar. Bu yüzden daha fazla bastırma gereği duyar ve bir döngüye dönüşür, bastırdıkça aklına daha fazla obsedan düşünce gelir (Rassin ve ark., 2000).

Clark DEK haricinde OKB’de altı tane daha intruzif düşünceler ile ilgili görüşler vardır. Bunlar Artmış sorumluluk, Tehdidin abartılı değerlendirilmesi, Düşünce kontrolüne önem vermek, Mükemmeliyetçilik, Belirsizliğe tahammülsüzlük.

Abartılmış Sorumluluk: kişi olumsuz sonuçlar getirebilme veya bunları engelleyebilme gücü olduğuna inanır, istenmeyen rahatsız edici düşüncelerin içeriğinden kendini sorumlu tutar ( Clark 2004).

Düşünceye Aşırı Önem( Düşünce Eylem Kaynaşması): kişide düşünce ile eylem birbirine karışmıştır. Harhangi bir düşünceye sahip olmak onu yapmakla eşdeğer olduğu

gibi ahlaki açıdan kabul edilemeyecek bir durumu düşünmek onu yapmakla eş değerdir ( Clark 2009).

Tehdidin Abartılı Değerlendirilmesi: OKBli bireylerin felaket senaryoları vardır, kurguladıkları felaket senaryosunun hep son basamağını son basamağını düşünür,aradaki aşamaları, ihtimalleri göz ardı ederler. Varsaydıkları sonuçların bedelini abartma eğilimindedirler( Clark 2004).

Düşünce Kontrolüne Önem Vermek: intrüzif düşünceler üzerinde tam kontrol sağlayamazlarsa felaket boyutunda ahlaki, davranışsal yada ruhsal sorunlar gelişeceğine inanırlar( Clark 2004).

Mükemmeliyetçilik: hataya karşı tolerans sıfırdır, küçük hataların büyük sonuçları olabileceğini düşünürler (Clark 2004).

Belirsizliğe Tahammülsüzlük: olumsuz sonuçlarla karşılaşmamak için sürekli kontrol etme ihtiyacı duyarlar ( Clark 2004).

OKB'ye bilişsel zeminindeki bir başka güçlü açıklama da , Beck'in şema teorisi'nden gelmektedir(Beck, 1974; Akt., Fisher, 2009) .1974de Bilişsel Davranışçı modelin kurucusu Beck ; çocukluk döneminde maruz kalınan travmatik yada kaygı verici erken dönem yaşantılarının kişinin kendi ve çevresi için bir takım işlevsiz inançlar geliştirmesine neden olduğunu ve bu inançların kişinin davranış ve düşüncelerinde önemli derecede etkileri olabileceğini bildirmiştir. Beck bunları şema olarak adlandırır.

Beck'den sonra uzun yıllar bilişsel psikoloji alanında beraber çalıştığı arkadaşı Young , Beck'in şema olarak adlandırdığı bu işlev bozucu inançlara erken dönem uyum bozucu şemaları ismini vermiştir( Thiel ve ark., 2014). Erken dönem uyum bozucu şemalarının kökenine bakıldığında kişinin erken dönem zorlayıcı çocukluk yaşantılarına dayandığı görülmektedir. Bu şemalar kişinin yetişkinliğinde yaşadığı erken dönem deneyimlerine benzeyen yetişkinlik deneyimi ile aktive olur ve kişinin olaylara duygusal ve fiziksel olarak erken dönem geçmişinde verdiği gibi duygusal ve fiziksel olarak tepkiler verir ve kişiye yoğun olarak olumsuz ve işlevsiz hisler yaşatır (Young 1994). Young ve arkadaşları(2003) kişinin çocukluk döneminde gereksinim

duyduğu duygusal ihtiyacın karşılanmamasıyla ortaya çıkan beş şema alanı ve alanların içerdiği toplamda 18 adet erken dönem uyumsuz şemasını ortaya çıkarmışlardır.

Bu şemaların değerlendirilmesinde yaygın olarak Young Şema Ölçeği kullanılır. Ülkemizde bu ölçeğin uyarlama çalışmasını 2009 yılında Soygut ve arkadaşları gerçekleştirmiştir. Çalışmalar sonucunda 5 şema alanından bahsedilmektedir, bunlar; Kopukluk Alanı, Zedelenmiş Otonomi Alanı, Zedelenmiş sınırlar Alanı, Diğerlerine Yönelimlilik Alanı, Aşırı Tetikte Olma Alanı(Soygut ve ark.,2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaları; Duygusal Yoksunluk, Başarısızlık,Karamsarlık,Sosyal İzalasyon ,Duyguları Bastırma,Onay Arama,İç İçe Geçme ,Ayrıcalıklılık ,Kendini Feda,Terk Edilme,Cezalandırılma,Kusurluluk,Dayanıksızlık,Yüksek Standartlar dır (Soygut ve ark.,2009).

Yapılan Birçok çalışmada erken dönem işlev şemaları ve OKB'nin ilişkili olabileceğini kanıtlayan bulgular mevcuttur. 2008 yılında yapılan bir çalışmaya göre; sosyal izolasyon/yabancılaşma, dayanıksızlık ve kötümserlik gibi erken dönem uyum bozucu şemalarının OKB olan hastalarda daha yoğun olduğu saptanmıştır(Atalay ve ark., 2008). Thiel ve arkadaşlarının yaptığı farklı bir araştırmaya göre başarısızlık ve duygusal yoksunluk şemalarının OKB ile doğrudan ilişkisi bulunduğu saptanmıştır(Thiel ve ark.,2014). Son olarak şemaların OKB tedavisi üzerindeki etkisine baktığımızda başarısızlık şemasının tedaviye olumsuz etki yaptığı belirtilirken, kendini feda etme şeması bulunan kişilerin OKB tedavisine daha olumlu yanıt verdiği bildirilmiştir (Haaland ve ark.,2011).

OKB sık görülen bir psikopatolojidir. Bozukluğu açıklayan birçok kuram olmakla beraber bu çalışmada OKB ve Şemalar hakkında daha detaylı bilgi kuramsal yapının ikinci kısmında verilecektir.

### 2.1.5 Prognoz

OKB’de gidişatı ile ilgili yapılan çalışmalara göre yaşam boyu artık azalmakla beraber kroniktir bir bozukluktur (Skoog ve skoog 1999). Bazı hastalarda dalgalı bir seyir gözlenir. Akut bir şekilde başlayabilen OKB zamanla ilerleyebilir ve kronik bir hale gelebilir(Bayar R,2008). Skoog ve Skoog (1999) tarafından yapılan bir çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanılı bir grup hasta ile kırk yıl boyunca çalışılmıştır ve zaman içinde bu grubun sadece %20’sinde iyileşme rapor edilmiştir. Hastalığın seyri ile ilgili yapılan başka bir çalışmada hastaların; % 20 - % 30’unun semptomların kayda değer oranda azalma saptanırken, % 40- 50’sinde semptomların orta oranda azalma bulunur. % 20-40 hastada ise semptomlar değişmez ve ya kötüleşir(Bayar, Yavuz 2008).Klinik seyirde bazen cinsiyetler arasında farklılıklarda bulunmaktadır. Kadınlar ve erkeklerin OKB tedavisine verdiği yanıtları araştıran bir çalışmada yıkama kompulsiyonu olan kadınların yıkama kompulsiyonu olan erkek hastalara göre tedaviye daha iyi yanıt verdikleri saptanmıştır ( Baçoğlu ve ark , 1988). Bununla birlikte bazı hastalarda OKB kronik olarak devam ederken obsesyon ve kompulsiyon içeriklerinin değiştiği de öne sürülmüştür. 2004 yılında yapılan bir çalışmada hastanın kontrol etme kompulsiyonlarının zaman içinde sayma kompulsiyonlarıyla yer değiştirdiği bildirilir (McKay ve ark., 2004).

OKB’ye eşlik eden kişilik bozukluğu ve depresyon, kompulsiyonlara karşı koyamama, eşlik eden hezeyanlar,erken başlangıç gibi nedenler klinik seyiri kötüleştirmekle beraber; aile ve sosyal çevre desteği, mesleki düzen, OKB’yi başlatan bir olayın varlığı klinik seyirin iyileşmesine olumlu katkıda bulunmaktadır (Bayar, Yavuz 2008).

### 2.1.6 Eştanı

Yapılan klinik çalışmalar incelendiğinde OKB’nin depresyon,kaygı bozuklukları,Tourette Sendromu,yeme bozukluğu,beden dismorfik bozukluk,bipolar bozukluk gibi birçok psikopatolojik hastalıkla beraber görünebilen, eş tanı oranı yüksek bir psikopatoloji olduğu gözlenmiştir. OKB tanısı almış kişilerin % 90’ı aşkın düzeyde başka bir psikopatolojinin tanı kriterlerini de karşıladığı yapılan araştırmalar ile

saptanmıştır (Ruscio ve ark., 2010). Yine aynı çalışmada OKB tanısı almış kişilerin dörtte üçü hayatlarının bir döneminde kaygı bozukluğu yaşamıştır. OKB ile en çok beraber görünen hastalıkların başında kaygı bozuklukları (%58) ve depresyon (%46) gelir (Uğuz,Aşkın ve Çilli 2006). Bu iki psikopatolojiyi sırasıyla yeme bozuklukları, alkol kullanımı,Tourette Sendromu,Trikotilamani,beden dismorfik bozukluk ve şizofreni izler ( Tükel ve ark.,2007).

Anksiyete bozuklukları OKB ile eş tanı oranı en yüksek hastalıktır. Anksiyete bozukluklarından ise basit fobidir (% 24). Yaygın kaygı bozukluğu (% 22), sosyal fobi (% 18), distimi bozukluğu (% 16) ve panik bozukluğu (% 12) diğer fazla rastlanan bozukluklardır. (Uğuz, Aşkın ve Çilli, 2006).

Depresyonda OKB ile eş tanısı yüksek olan bir diğer rahatsızlıktır.OKB tanısı alan hastaların yaklaşık üçte ikisi depresyon semptomları göstermektedir(Ruscio ve ark.,2010). Yapılan bir başka araştırmada OKB ve majör depresyonunda yüksek oranda birbirlerine eşlik ettiği görülmektedir(%17 ila %39 oranında değişen eştanı)( Tükel ve ark.,2002). Depresyon ile OKB nin beraber görüldüğü hastalarda genellikle kompulsiyondan ziyade obsesyonların yoğun olarak bulunduğu bildirilmiştir (Ricciardi ve Mc Nally, 1995). Depresyonun en büyük belirtilerinden olan atalet duygusunun varlığı kompulsiyonların oranının azlığına neden olabileceğini düşündürmektedir.

### **2.1.7 Tedavi**

OKB nin tedavisinde kullanılan en güçlü terapi yüzleştirme ve tepki önleme yaklaşımlarının birleşimi olan tedavi şeklidir (Steketee ve Barlow, 2002). Bu terapide hastadan kendisine sıkıntı, tiksinti veren durum yada nesnelere bir hiyerarşi içerisinde en çok sıkıntı verenden en az sıkıntı verene kadar 0-100 arası puanlanması istenir. Daha sonra hastadan kendisini hayali yada doğrudan olacak şekilde obsesyonlara neden olan durum yada nesnelere maruz bırakılması istenir. Ardından obsesyonun neden olduğu kaygıyı/sıkıntıyı azaltmak için gerçekleştirdiği eylemleri(kompulsiyon) gerçekleştirmemesi istenir. Burada kompulsiyonların engellenmesi önemlidir çünkü hasta eylemi gerçekleştirmese sıkıntısının asla azalmayacağını düşünür. Tedavideki amaç ise hiç bir şey yapmasa bile obsesif düşüncelerin neden olduğu kaygının

zamanla(birkaç saati bulsa bile) azalacağını hastaya göstermektir. Nitekim öylede olur, başlangıçta 100 seviyelerinde olan kaygı zamanla 40 lara 50 lere düşmektedir. Seans odasında başlayan bu hiyerarşik maruz bırakma tekniği danışana verilen ev ödevleri ile de desteklenir. Bu terapi biçimine devam eden hastaların OKB belirtilerini %50-%70 oranında azaldığı belirtilmiştir(Franklin ve Foa 2008) bunun yanı sıra hastalar yaşam kalitelerinin terapi önceki döneme göre arttığını bildirmişlerdir (Diefenbach ve ark .,2007).

Farmakolojik tedavilere baktığımızda OKB’de ilk olarak kullanılan ilaç sınıfının serotonin transmitterini etkileyen ilaçlar olduğunu görürüz (Bartz ve Hollander, 2007). Yapılan klinik çalışmalarda Klomipramin(Anafranil) ve Fluoksetin(Prozac) gibi serotonin sisteminin işleyişini değiştiren bu ilaçların OKBli hastaların %60-%40 ındaki semptomları %25-%35 oranında azalttığı saptanmıştır (Dougherty ve ark 2007). Başka çalışmalarda bu iyileşme oranının arttığı bildirilsede genel olarak hastaların %30 ila %50’si ilaca olumlu cevap vermemiştir (Manceo ve ark .,2006). OKB’nin farmakolojik tedavisinde karşılaşılan en büyük problem hastalığın %50 ila %90 oranında tekrarlamasıdır (Dougherty ve ark .,2007).

## **2.2 ERKEN DÖNEM UYUMSUZ ŞEMALAR**

### **2.2.1 Şema Kavramı**

Yapı, çerçeve anlamına gelen şema birden çok alanda kullanılan bir terimdir. Psikoloji alanında şema kavramının kullanılması 1954 de Piaget’in gelişimsel kuramıyla ortaya çıkmıştır. Piaget (1954), bebek veya çocuk dünyayı anlamlandırmaya çalışırken gelişimi devam eden beyninin şemalar ortaya çıkardığını söyler. Piaget’ye göre uzun süreli hafızanın bir bölümü olan şemalar davranışlara neden olan kognitif yapılardır. Çocuklukla başlayan davranışlar, çevreyi anlamlandırmaya yada çevreyle etkileşimde bulunmaya yarayan düzenleme aracıdır. Bu şemalardan ilki olan davranışsal şemalar(fiziksel etkinlikler) bebeklik dönemine has iken; ikincisi olan zihinsel şemalar(bilişsel etkinlikler) çocuğun yaşının ilerlemesiyle birlikte gelişmektedir(Lamb, Bornstein&Teti,2002). Piaget’in şema kavramı gelişim psikolojisiyle sınırlı kalırken

şema kavramının psikoloji camiasının genelinde yaygınlaşması Beck ve ardından Young'un bilişsel psikoloji alanındaki çalışmalarıyla olmuştur.

Şema terapi 1960'larda Aaron Beck'in oluşturduğu bilişsel terapinin bir uzantısıdır. Bilişsel Davranışçı Terapinin öncüsü olan Beck; çocukluk döneminde maruz kalınan travmatik yada kaygı verici erken dönem yaşantılarının kişinin kendi ve çevresi için bir takım işlevsiz inançlar geliştirmesine neden olduğunu ve bu inançların kişinin davranış ve düşüncelerinde önemli derecede etkileri olabileceğini bildirmiştir. Beck bunları şema olarak adlandırır(Beck 1974). Şemalar, Beck'in öne sürdüğü kognitif kuramın temelinde bulunur, duygusal hastalıkların , (özellikle depresyonun) ortaya çıkmasında ve ilerlemesinde kişinin kendisi, diğerleri ve dünyanın nasıl gördüğü hakkındaki olumsuz algıları ve bilişsel çarpıtmalarıyla birlikte, uyumsuz şemalarının temel bir rol oynadığını bildirmiştir (Beck, 1967; Beck ve ark., 1979). Oluşumu çocukluk döneminde olan işlevi olmayan şemalar yetişkinlik döneminde, günlük hayatta karşılaşılan kaygı verici birtakım olaylar yada kişiler tarafından aktif hale gelir. Ardından kişi, karşı karşıya kaldığı olay ve benliği ile ilgili işlevsiz düşünceler geliştirir ve bu işlevsiz düşünceler de olayla ilgili bilişsel çarpıtmalara neden olur ve böylelikle duygusal bozukluklara temel oluşturur (Riskind ve Alloy, 2006).

Beck'in Bilişsel kuramında, kişinin kendisiyle ilgili olumlu olmayan şemaları (temel inançlar) üç bölüme ayırmıştır. Bu bölümler , çaresizlik ("Ben yetersizim", "Güçsüzüm", "Yardıma muhtacım"), seilmeme ("Ben farklıyım", "Kötü biriyim bu nedenle diğerleri beni sevmeyecek", "Terk edilmeye mahkûmum") ve değersizlik ("Değersizim", "Kötü biriyim", "Hiçbir işe yaramam") şemalarıdır (Beck, 1999; Beck, 2005). Ayrıca, diğer insanlara ve dünyaya ilişkin şemalar da ("Diğer insanlar bana zarar verecek", "Diğer insanlar güvenilmezdir" ve "Dünya tehlikelidir" vb.) belirtilmiştir (Beck, 2011). Bu olumsuz temel şemalar, üstte de belirtildiği gibi, uzun dönemde, kişinin benliği, dünyası ve geleceği hakkında olumsuz değerlendirmelerde bulunmasına yatkınlık oluşturarak, psikolojik hastalıklar için risk etmenleri oluşturmaktadır (Riskind ve Alloy,2006).

Beck'in çalışma arkadaşı Young tarafından şema kavramı daha da detaylandırılmış ve günümüzdeki şema terapinin oluşumuna önayak olmuştur. Şemalar hayatın erken yıllarında öğrendiğimiz benliğimiz ,diğerleri ve dünyayla ilgili katı

inançlarımızdır; anılar, duygular, bedensel duyumlar ve bilişlerden oluşurlar (Young, 1999).

Şemalar esasında bir şablon görevi görür, kişinin önceki deneyimlerinde ortaya çıkan duyguların, bedensel belirtilerin sonraki deneyimlerinde de tekrarlayacağı düşüncesi kişide hakimdir (Young ve ark 2003). Bu kalıplar kişiye tanıdıklar ve kontrol hissi sağlarlar bu yüzden kişi var olan durumda bir anormallik olduğunun farkında bile olsa şemanın verdiği tanıdıklık, rahatlık hissi yüzünden değişime gitmez, bir bakıma çocukluk acılarını tekrarlayıp durur ve şema daha da pekişir.

Şema kuramına göre kişinin sağlıklı ve uyumlu olarak yetişebilmesi çocukluk'ta bakım veren kişiler tarafından belli başlı duygusal gereksinimleri ( güvenli bağlanma, bağımsızlık, özgürlük, akılcı sınırlar ve özdenetim, kendiliğindenlik, oyun ve rol yapma) karşılanmalıdır. Kişinin çocukluğunda karşılanmayan duygusal gereksinimleri ve buna ek olarak gerçekleşen olumsuz yaşam deneyimleri kişide "erken dönem işlevsiz şemaların" ortaya çıkmasına neden olur (Young ve Klosko 1999). Erken dönem işlevsiz şemaların ortaya oluşumunda etkili olan dört temel erken dönem olumsuz deneyim belirtilmiştir (Young ve ark., 2003). Bu deneyimler, emosyonel gereksinimlerin yeterince doyurulması , ihtiyaçların gereğinden fazla doyurulması ve aşırı koruma, travmatize edici ve kurbanlaştırma ile spesifik içselleştirme ya da önem atfedilen diğer insanlarla özdeşleşmedir. Kuramda da belirtildiği gibi, erken dönemde temel bakım veren kişilerlerin neden olduğu kötü yaşantılar, erken dönem uyumsuz şemaların oluşmasına sebep olur. İşlevsiz şemaların oluşmasındaki en büyük neden karşılanmayan duygusal ihtiyaçlardır. Young'a göre bu ihtiyaçlar evrenseldir, bireyin yada bireylerin hayatında farklı zamanlarda yada farklı bağlamlarda ortaya çıksalar bile aynı yapıdadırlar. Duygusal gereksinimlerin karşılanmaması dışında ebeveynin aşırı koruyucu tutum sergileyerek çocuğu yetiştirmesinde çocuğun benliğini, özerklik ihtiyacını zedelediği için erken dönem işlev bozucu şemalarının ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğu belirtilmiştir (Young ve ark.,2003). Bu faktörlerle beraber çocuğun duygusal mizacının da erken dönem uyumsuz şemalarının ortaya çıkmasını etkilediği yine Young tarafından bildirilmiştir.( Gör., ve ark 2017). Şemalar, çocukluk ve ergenlik sürecinde yaşlılarıyla kurulan etkileşimle de oluşumunu bir miktar sürdürmektedir (Mash ve Dozois, 2003). Şemaların gelişiminde akranların, okulun ve çevrenin etkisiyle beraber , bunların ortaya çıkardığı şemalar, ebeveynlerle iletişim

sonucunda ortaya çıkan şemalara nazaran daha güçsüz ve daha az yaygındır(Young ve ark.,2003). Bu çalışmayı destekleyen McCarthy ve Lumley (2012) tarafından yapılan başka bir araştırmada ebeveynler tarafından zedelenenlerin şemalarının akranlar ve partnerleri tarafından zedelenenlere göre daha güçlü ve yaygın erken dönem şemalarının olduğu belirtilmiştir.

## 2.2.2 Şema Alanları ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar

Young'un şema kuramında karşılanmayan temel ihtiyaçların neden olduğu 5 "şema alanı" ve bu alanlardan ortaya çıkan 18 adet erken dönem uyum bozan şema'dan bahsedilmektedir(Young ve ark., 2003). Bunlar şöyledir : Kopukluk Alanı, Zedelenmiş Otonomi Alanı, Zedelenmiş Sınırlar Alanı, Diğerleri Yönelimlilik Alanı, Yüksek Standartlar Alanı (Young ve ark., 2003). Şema alanları Tablo 1.1'de bulunmaktadır.

-

**TABLO 2.2. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar**

<b>Şema Alanları</b>	<b>Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar</b>
<b>Kopukluk ve Reddedilmişlik</b>	<i>Terk edilme /İstikrarsızlık</i>
	<i>Güvensizlik/Suiistimal edilme</i>
	<i>Duygusal yoksunluk</i>
	<i>Kusurluluk/Utanma</i>
	<i>Sosyal izolasyon/Yabancılaşma</i>
<b>Zedelenmiş Otonomi ve Kendini</b>	<i>Tehditler Karşısında Dayanıksızlık</i>
	<i>Bağımlılık/Yetersizlik</i>
<b>Ortaya Koyma</b>	<i>Başarısızlık</i>
	<i>İç İç Geçme/Gelişmemiş Benlik</i>

**TABLO 2.2. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar**

**Zedelenmiş Sınırlar**

*Hak Görme/Büyüklik*

*Yetersiz Özdenetim*

**Diğeri Yönelimlilik**

*Onay Arayıcılık*

*Kendini Feda*

*Boyun Eğicilik*

**Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık**

*Karamsarlık*

*Duyguları Bastırma*

*Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik*

*Cezalandırıcılık*

Young ve ark.,2003

### **2.2.2.1 Kopukluk ve Reddedilmişlik Alanı**

Şema alanlarından en sorunlusu olan kopukluk şema alanının nedenlerine ve yetişkin hayatına nasıl yansıdığına dair bir çok araştırma ve görüş mevcuttur. Bu alandaki şemalara sahip olan kişilerin erken dönem aile ilişkileri kopuk veya yetersiz, reddedici,kısıtlayıcı,duygusal ve fiziksel olarak ihmal ve istismar edici niteliktedir, ebeveyleerin gösterdiği düşük bakım, kopukluk şema alanıyla ilişkili bulunmuştur (McGinn, Cukor ve Sanderson2005). Ebeveynlerin ayrı ayrı tutumlarını araştıran çalışmalarda da ise kopukluk şema alanıyla özellikle annenin ilgisizliği ve duygusal olarak çocuğu reddetmesi ve çocuğa duygusal olarak sıcaklık

göstermemesi arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır (Sarıtaş-Atalar ve Gençöz, 2015). (Thimm,2010).

Kopukluk şema alanını ve bağlanma biçimlerini inceleyen bir araştırmada ise çocukluk döneminde güvensiz bağlanan yetişkinliğinde en sorunlu erken dönem uyumsuz şemalarından olan kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı ile anlamlı bir ilişki içinde olduğu saptanmıştır(McLean,Bailey ve Lumley, 2014). Erken dönemde karşılama bağlanma ihtiyacı yetişkinlikte işlevsiz şema alanı olarak kişinin hayatına yansıdığı düşünülebilir. Young ve arkadaşları (2003) özellikle kopukluk şema bölümünde ki şemalar gelişmesinde güvenlik, istikrar, empati ve bakım gibi ana ihtiyaçların doyurulmadığını ve aile içerisinde reddeden, istismar içerikli ve soğuk davranışların yaygın olduğunu bildirmiştir. Bu şemalara sahip olan kişilerin diğerleriyle kurdukları ilişkilerde güvenli bir şekilde bağlanmakta sorun yaşadıkları bildirilmiştir.

**Terk Edilme/İstikrarsızlık:** Bu şemaya sahip olanlarda ölüm yada terk edilme korkusu çok yüksektir. Duygusal olarak yakın olduğu kişileri ansızın kaybedeceklerine yada birinin onu başka birisi için terk edebileceğine dair yanlış inançları vardır. Bu yüzden çevresindeki insanlara çok fazla yakınlık gösterirler bu yüzden çevrelerindeki insanlar onlardan uzaklaşır. Erken dönemde ebeveyn kaybı yada boşanmasıyla sonuçlanan deneyimlerle kişide terk edilme şemasını ortaya aktifleştirebileceği düşünülmektedir (Young ve Klosko,1994).

**Güvensizlik/Suiistimal Edilme:** Bu kişiler geçmişte fiziksel veya cinsel istismara uğramış,yaptığı yanlışlar yüzünden aşırı cezalandırılmış ve akranları tarafından zorbalığa uğramışlardır. Diğer insanların onu kandıracağı, inciteceği zarar vereceğini düşünürler. Bu yüzden karşılarındaki insanların yaptığı her yanlışı kasıtlı ve ona zarar vermek için yaptığını düşünür(Young ve ark.,2003).

**Duygusal Yoksunluk:** Bu şeması olan kişilerin geçmişinde bakım,sevgi,empati,korunma, önemsenme gibi temel duygusal gereksinimlerinin

yeterince karşılanmadığı düşünülmektedir. Ebeveynleri tarafından ilgisiz ve soğuk bir şekilde yetiştirilmişlerdir ve yetişkinliklerinde kimsenin onu kabul etmeyeceğini, ilgi göstermeyeceğini düşünürler (Young ve ark.,2003).

**Kusurluluk:** Bu şemaya sahip olanlar eleştiren, küçük gören, sevgi göstermeyen ebeveynler tarafından büyütülmüşlerdir. Bu kişiler kendilerini kusurlu, işe yaramaz olarak görürler ve bu durum fark edilirse insanların ondan uzaklaşacağını düşünür. Kişideki bu kusurluluk inancı kişinin kendinden utanmasına neden ve benlik saygılarını düşürür (Young ve Klosko 1999).

**Sosyal İzalasyon/Yabancılaşma:** Bu şemaya sahip kişilerin çocukluklarında reddedilme, aşağılanma, alay edilme gibi durumlara maruz kaldıkları bildirilmiştir. Bu kişilerin kendilerini bir gruba yada topluma ait hissetmezler aksine dışlanmış hissederler. Kendilerinin diğer insanlardan farklı olduğunu düşünürler (Young, 1999; Warburton ve McIlwain, 2005).

#### 2.2.2.2 Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma

Kişinin duygusal çocukluğunda duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasının ne kadar önemli olduğunu bir önceki bölümde belirtmiştik. Bir çocuğun duygusal ihtiyaçlarının karşılanması kadar özerklik ihtiyaçlarında karşılanması önem arzeder. Otonomi; kişinin bakım vereninden ayrılıp kendi kimliğini oluşturması ve hayatı yaşına uygun şekilde deneyimleme becerilerini içerir. Aşırı koruyucu ebeveynlere sahip kişilerde otonomi ihtiyacı baltalanır ve çocuk ebeveynleri olmadan yaşayamayacağını, hep başkalarının yardımına ihtiyacının olduğunu, bağımsız olarak hayatını sürdüremeyeceğini düşünür. Bunun akabinde de bağımlılık, tehditler yada hastalıklar karşısında dayanıksızlık, iç içe geçme, başarısızlık gibi şemalar ortaya çıkar (Young ve ark.,2003).

**Bağımlılık/Yetersizlik:** Bu şemaya sahip olanlar çocukken kendi ihtiyaçlarını karşılamasına ve bağımsız hareket etmelerinin ebeveynleri tarafından engellendiği görülmektedir. Bu kişilerin günlük hayatlarını tek başına sürdüremeyeceklerine,görevlerini tek başına yerine getiremeyeceğine dair inancı vardır. Bir çok alanda yetersiz olduklarına inanırlar, başkasının yardımı olmadan bir işi başlatmakta zorlanırlar (Young ve Klosko 1993).

**Tehditler Karşısında Dayanıksızlık:** Bu şeması olan bireylerin her an başlarına kötü bir felaket, gelebileceğine karşı inanları vardır. Bu felaketin teması tıbbi bir hastalık, iflas, akıl sağlığını kaybetme,kazaya yada doğal afete uğrama labilir. Kişi bu durum karşısında yoğun kaygı ve korku hisseder ve felaketle karşılaşmamak için yoğun önlemler alır.

**İç içe geçme/ Gelişmemiş Kendilik :** Bu şemaya sahip olanlar bir yada birden fazla kişiyle (özellikle ebeveynleriyle) gereğinden duygusal yakınlık ve duygusal bağlılık içindedirler. İç içe olduğu kişiler hayatında olmadan yeterince mutlu olamayacağını düşünürler. Bu kişiler genellikle aşırı evhamlı ebeveynlere sahiptirler ve çocukluk çağlarında ebeveynleri tarafından bireysel gelişimlerinin engellenmesi iç içe geçme şemasının ortaya çıkmasında önemli rol oynar (Young ve ark.,2003).

**Başarısızlık:** Çocukluk döneminde aşırı eleştirilen,aşağılanan ve istismara uğrayan kişilerde bu şema görülmektedir. Başarısızlık şemasına sahip olan kişiler kendinin diğer insanlar kadar başarılı olamayacağını,hayatın herhangi bir alanında diğerleriyle yeterince rekabet edebilecek kadar akıllı olmadıklarını düşünürler (Walburton ve McIlmain,2005 , Young,1999).

### 2.2.2.3 Zedelenmiş Sınırlar

Bu şema alanında karşımıza sınır koyma konusunda başarısız ebeveynler karşımıza çıkmaktadır. Bu ebeveynler çocuklarına karşı aşırı tolerans gösterirler ve genellikle çocuklarına aşırı düşkündürler. Bu şema alanındaki şemalara sahip olan bireyler diğerlerinin ihtiyaçlarını, isteklerini anlamak konusunda yetersizlerdir empati eksiklikleri vardır. Başkalarını haklarına saygı göstermez, diğerleriyle iş birliği kurma

konusunda yetersizdirler. Birliktelik gerektiren işlerde ve ilişkilerde zorlanırlar.Sorumluluk almazlar, bencil ve şımarıktırlar.(Young ve ark.,2003). Ayrıca yapılan bir araştırmada bu şema alanındaki şemalara( hak görme, yetersiz öz denetim) sahip olan kişilerin saldırganlık oranları da yüksek bulunmuştur (Tremblay ve Dozois 2009).

**Hak Görme/Büyükleme:** Bu şemaya sahip olanların kendilerini diğer kişilerden üstün ve önemli görürler, istekleri anında karşılanmalıdır, toplumsal ve ahlaki kurallar onlar için geçerli değildir, bu kuralları kolayca kırabilirler. Başkalarının ihtiyaç ve isteklerini gözetmeksizin hareket ederler. Empatiden yoksundurlar. Bu kişiler genel olarak üstlerine titreyen ve kural koymakta yetersiz olan ebeveynler tarafından yetiştirilmişlerdir ( Young ve ark.,2003).

**Yetersiz Özdenetim:** Bu kişilerin yeterli özdenetim sağlama becerileri gelişmemiştir yada bunu tercih etmezler (Alfasfos,2009). Gelişmemiş özdenetim becerisi nedeniyle suç,saldırganlık ve bağımlılık gibi kişilik özellikler yoğunur, engellenmeye karşı düşük tolerans gösterirler , duygu, düşünce ve dürtülerini toplum normlarına göre düzenleyemezler (Young veKlosko,1994; Young ve ark.,2003).

#### 2.2.2.4 Diğer Yönelimlilik

Bu şema alanının temelinde kendi ihtiyaçlarını gidermekten çok diğer insanları memnun etme , diğerleri tarafından onaylanma ve duygusal bağ kurma çabası vardır (Yıldırım,2013). Kişi kendi ihtiyaçlarını yok sayar ve diğerlerinin ihtiyaçlarını hep kendi ihtiyaçlarının önüne koyar, insanlardan alacağı tepkilerden kaçınır. Kişi kendisini ‘ben neye ihtiyaç duyarım’ algısından mahrum bırakır dolayısıyla aslında kim olduğuna, isteklerine dair farkındalığı azdır, güçlü bir benlik algısı yoktur. Bu durum kişide

bastırılmış öfkeye neden olur ve diğerleri karşısında daha pasif kalır. Bu alandaki şemalara sahip olan kişilerin genellikle empati yetenekleri iyi gelişmiştir. Başkalarının acılarını hisseder ve bunu dindirmek isterler. Ve ne zaman kendi ihtiyaçlarını diğerlerinin önüne koymaya kalksalar suçluluk duyarlar ( Young ve Klosko.,2003). Diğer yönelimlik şemalarının oluşumunu etkileyen pek çok faktörden bahsedebiliriz; kaygılı bağlanmaya sahip olan çocuklarda (Bosman ve ark.,2010), duygusal, fiziksel ve cinsel istemrar öyküleri olan kişilerde bu şemalar yaygındır (Roemmele ve Messman-Moore, 2011) ve kaygılı bağlanma biçimleri gözlemlenmiştir (Bosmans ve ark.,2010). Genç öğrenciler arasında yapılan bir araştırmada da akran zorbalığıyla diğerleri yönelimlilik şeması arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Anilmis ve ark., 2015).

**Boyun eğicilik:** Bu şemaya sahip kişiler kendilerini mutlu etme ihtiyacı duymak yerine genellikle diğerlerinin mutluluğuna öncelik verirler. Ben ne hissederim diye düşünmek yerine hep karşıdaki ne hisseder, ne düşünür'e odaklanırlar. Genellikle ebeveynlerine karşı aşırı itaatkar çocuklarda, ebeveynleri tarafından koşullu olarak sevilen kişilerde bu şema yoğundur. Kimi zaman karşıdaki insan ona fiziksel olarak zarar verebileceği için kimi zamanda karşıdaki insanın sevgisini kaybetmemek için diğerlerinin isteklerine karşı çok itaatkardırlar, boyun eğler. Bu kişilerin güçlü bir benlik algıları yoktur. Duygusal ihtiyaçlarını neredeyse hiç birinin karşılanmadığı bir hayat yaşarlar (Young ve Klosko.,2003)

**Kendini Feda:** Bu şeması olanlar başkalarını mutlu etmenin sorumluluğunu alırlar ve bunu gönüllü olarak yaparlar. Başkaları için kendi istek ve ihtiyaçlarını feda ederler. Başkalarına karşı çok toleranslı ve empatiktirler . Ne zaman kendilerine öncelik verseler suçluluk hissederler ve bu suçluluk onların kendini feda şemasını tetikler. Başkalarına yardım etmek onlar için hayatı anlamlandırmanın en önemli yoludur. Kendi ihtiyaçlarına önem vermeyen ebeveynlerin bu şemanın oluşumunda etkisi olduğu düşünülmektedir (Young ve Klosko.,2003).

**Onay Arayıcılık:** Bu şeması olan kişilerde sağlıklı bir benlik algısı yoktur, bu yüzden başkalarının onayına aşırı derecede önem verirler. Kendilerine duydukları saygıyı diğerlerinin verdiği olumlu onay artırır, başarının önemli olmasının ilk şartı başkalarının bu başarının farkında olmasıdır. Dışarıdan onay alabilmek için sosyal statüye, dış

görünümüne aşırı önem verirler. Çocukluklarında sadece bir şey başardıklarında takdir edilen ve koşullu olarak sevilen kişilerde bu şemanın bulunduğu bildirilmiştir (Young ve ark.,2003).

#### 2.2.2.5 Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık

Bir çocuğun giderilmesi gereken temel duygusal ihtiyaçlarından biri de kendiliğindenlik ve oyundur. Eğer çocuğun kendiliğinden ortaya çıkan duygu ve istekleri katı, kuralcı ve talepkar olan ebeveynleri tarafından bastırılır ve çocuk ebeveynlerinin beklentilerine uyarsa aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık şemaları ortaya çıkar. Bu kişilerin değişime dirençli kuralları vardır, yeterince dikkatli olmazlarsa hayat kalitelerinin bozulacağından endişe duyarlar, bu yüzden sürekli tetiktedirler.Yaşamlarındaki olumsuz durumlara karşı aşırı tetiktedirler. Genellikle çok yoğun kaygı ve karamsarlık hissederler ve hedeflerine ulaşmak pahasına kendilerini mutlu eden bir çok şeyden uzak dururlar. Özetle oyun oynayan doğal çocuk profilinin çok dışında bırakılmışlardır ve yetişkinliklerinde de kendine haz verecek oyundan yine uzakta olmayı tercih ederler (Young ve ark.,2003).

**Karamsarlık:** Bu kişiler yaşamın olumlu yönlerini yok sayarak, tamamen olumsuz yönlerine odaklanırlar(Alfasfos,2009). Hayatlarının hep kötüye gideğine yönelik yanlış inançları vardır bu yüzden hata yapıp zor duruma düşmekten çok korkarlar. Yine bu kişilerin yoğun anksiyete, kararsızlık, karamsarlık duyguları çok yoğundur, her şeyden şikayet etme eğilimleri vardır .

**Duyguları Bastırma:** Bu kişiler başkalarına duygularını göstermekte çok zorlanırlar. Duygularını diğerlerine gösterdikleri zaman eleştirileceklerinden , diğerlerinin gözünde zayıf görünmekten hoşlanmazlar. Olumlu yada olumsuz bütün duyguları bastırma eğilimleri vardır ama en çok bastırılan duygular öfke, zayıf yanları ve dürtüleridir. Çocukluklarında duygularını ifade etmek konusunda yeterince cesaretlendirilmeyen çocuklarda bu şemaya sık raslanır.

**Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik:** Bu kişiler için sahip oldukları hiçbir şey yeterli değildir. Hep daha fazlasını hedefler ve isterler. Başarıya giden yolda kendilerine hep çok yüksek standartlar koyarlar ve onlar için bu yüksek standartlar aslında olması

gereken ‘normal’ standarttır. Bu kişiler iş de, okulda, sporda hep en iyisini hedeflerler . Standartlarını tutturamama ihtimaline karşı hep gergin ve huzursuz hissederler, kendilerine karşı aşırı eleştirel davranırlar.

**Cezalandırıcılık:** Bu şemaya sahip kişiler kendilerinin ve başkalarının yaptıkları hatalara karşı affedici değillerdir, hatayı yapan kişinin kesinlikle cezalandırılması gerektiğini düşünürler. Hatalara ve aksaklıklara toleransları çok düşüktür.

Çocukluklarında ebeveynleri tarafından yoğun olarak cezalandırılar kişilerde bu şema çok yoğundur.

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

Erken dönem çocukluk deneyimlerine bağlı olarak ortaya çıkan şemalar kişni ergenlik ve yetişkinlik sürecinde önemli rol oynar. Şemalar kişinin hayat boyunca etkisini sürdürür. Kişilerin ruhsal sağlığı üzerinde aktif rol oynağını yapılan çalışmalarda gözlenmiştir . Şema kuramı başlangıçta kişilik bozukluklarına tedavi sağlamak amacıyla geliştirilmiş olsa da zamanla OKB, anksiyete bozuklukları, yeme bozukluğu gibi birçok patolojiyi açıklamak ve tedavi etmekte yarar sağlamıştır.

Literatürde OKB ve erken dönem uyumsuz şemalarının ilişkisini araştıran çalışmalarda talepkar ebeveynlik stili ile OKB arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Lobbestael ve ark.,2008). Bu veriler bağlamında talepkar ebeveynlik stilinin neden olduğu şemalar OKB li bireylerde yoğun görünür. Obsesif Kompulsif Bozukluğu olan hastaların sağlıklı bireylere göre sosyal izalasyon/ yabancılaşma,dayanıksızlık ve karamsarlık şemalarının daha yoğun olduğu bildirilmiştir (Atalay ve ark., 2008). 2005 yılında yapılan başka bir çalışmada OKB ile hak görme/ büyüklük, yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik ve yetersiz öz denetim şemalarının alakalı olduğu belirtilmiştir (Jovey ve Jakson,2004; Nordal ve ark., 2005 ). Ülkemizde yapılan OKB tanısı almış bireylerle tanı almayan sağlıklı kişilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada OKB tanısı alanların sağlıklı kişilere göre dayanıksızlık, karamsarlık, sosyal izalasyon/

yabancılaşma şemalarının daha yoğun olduğu bulunmuştur ( Karahan, 2006). Başka bir çalışmada Okb li bireyler karamsarlık, sosyal izolasyon, dayanıksızlık şemalarından daha yüksek puanlar almışlardır ( Atalay ve ark.,2008). Ülkemizde yapılan bu iki çalışma ve dünya genelinde yapılan çalışmalar birbirlerini destekler niteliktedirler. Şemalar ve OKB'nin tedavisi incelendiğinde ; terapiye başlamadan önce kendini feda şemasına sahip olan OKB'li hastaların tedaviye başarılı bir şekilde cevap verdikleri görülmüştür, başarısızlık şeması bulunan OKB li danışanların ise tedaviye olumsuz cevap verdikleri belirtilmiştir (Haaland ve ark., 2011). Literatürdeki OKB ve şema ilişkisini inceleyen çalışmalara göre Okb li bireylerde en çok karşılaşılan şemalar; karamsarlık, sosyal izolasyon, dayanıksızlık şemalarıdır.

Kişilik bozukluklarının nedenlerini ve tedavi yöntemlerini açıklamakta şema kuramının kullanımı çok yaygındır ve literatürde bu iki değişkeni inlemiş pek çok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalara bakıldığında kişilik bozukluklarında en yoğun görülen şemaların , bağımlılık, hak görme yetersizlik,iç içe geçme , güvensizlik şemaları olduğu bildirilmiştir (Petrocelli ve ark., 2001b; Thimm, 2010; Ziegler-Hill ve ark., 2010; Ball ve Cecero, 2001).

Literatürde narsistik kişilik bozukluğu ile yetersiz öze denetim, duyguları bastırma, dayanıksızlık, büyüklük şemalarının , borderline kişilik bozukluğunda suistimal edilme, kusurluluk, utanç, duygusal yoksunluk ve terk edilme şemalarının (Nordahl ve ark., 2005; Jovey ve Jackson, 2004), Çekingen Kişilik Bozukluğunda duyguları bastırma ve boyun eğicilik şemalarının (Jovey ve Jackson, 2004; Carr ve Francis, 2010), Antisozyal kişilik bozukluğunda duyguları bastırma, dayanıksızlık ve suistimal edilme şemalarının (Ball ve Cecero, 2001; Çakır, 2007) yoğun olduğu gözlenmiştir.

Erken dönem uyumsuz şemalar ve depresyon ilişkisine bakıldığında en sık karşılaşılan şema zedelenmiş otonomidir (Petrocelli ve ark., 2001). 2012 yılında yapılan

başka bir çalışmada ise kopukluk ve reddedilmişlik şemalarının depresyonlu hastalarda çok yoğun olduğu bildirilmiştir (Renner ve ark., 2012).

Anksiyete bozuklukları ve şemaların ilişkisine baktığımızda Kopukluk, Reddedilmişlik ve diğerleri yönelimlilik şema alanlarının ilişkili olduğu bildirilmiştir (Bosman ve ark., 2010 ). Sosyal fobi tanısı almış kişilerin kopukluk/reddedilmişlik şema alanlarındaki şemalardan yüksek puanlar aldığı sonucuna varılmıştır ((Pinto-Gouveria ve ark., 2006).

Yeme bozukluğuna sahip hasta bireyler ve sağlıklı bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada kopukluk, zedelenmiş otonomi, zedelenmiş sınırlar ve aşırı kontrol şemalarının hasta grubunda daha yoğun olduğu belirtilmiştir (Dingemans, Spinhoven ve Fruth, 2006).

Özetle erken dönem uyum bozucu şemalarının bir çok psikopatolojinin gelişimine katkı sağladığı ve bu patolojilerin nedenlerini açıklamakta yardımcı olduğu sonucuna varılmıştır.

## **2.3 Suçluluk ve Utanç Duyguları**

### **2.3.1 Kavram Olarak Suçluluk ve Utanç**

Sahip olduğumuz bütün duygular hayatımızı sürdürmemizde ve kişiler arası ilişkilerimizi düzenlememizde önemli rol oynarlar. Bu duygularımızdan bazıları doğuştan gelebildiği gibi bazıları da zamanla kazanılmaktadır. Korku, kızgınlık, iğrenme, üzüntü, mutluluk gibi duygular doğuştan gelen temel duygularımızdır ve hayatın ilk 9 ayında ortaya çıkarlar( Tracy ve Robins, 2004). Çocuğun yaşıyla paralel şekilde gelişen ilişkileriyle ise toplumsal ve sosyal uyumunu sağlayabilmesine yardımcı olmak için suçluluk ve utanç gibi öz bilinç duyguları gelişir (Lewis, 2000). Kişi özbirey duyguları yardımıyla benliğini daha iyi anlar, kendine karşı farkındalığı artar ((Fenigstein ve Vanable, 1992).

Suçluluk ve utanç duyguları bireyin deneyimlediği olumsuz olaylar sonucunda içsel olarak ortaya çıkan olumsuz duygulardır (Yaşa. 2012 ). Kişilerin hoşlanmadığı bu duygular kişiye diğer insanlar ile kurduğu ilişkilerde yarar sağlar. Ancak bu duyguların yoğun ve sık yaşanması bireyin sosyal ve duygusal işlev kaybına yol açar ve uyum problemlerinin ortaya çıkmasına neden olur (Cirhinlioğlu, F. G. ve Güvenç, G.2011). Suçluluk ve utanç ne kadar benzer iç süreçlerin ürünü olsa da tamamen farklı duygulardır (Tangley ve ark.,2007). En önemli ayırıcı özellikleri utanç kişinin kendiyile alakalı bir duyguyken, suçluluk kişinin eylemlerinin sonucuyla ilgilidir(Lewis ve ark. 1971).

Kişi sadece toplumsal ve ahlaki kurallara uymadığında suçluluk hissederken, utanç hem ahlaki hem ahlaki olmayan durumlar karşısında ortaya çıkabilen bir duygudur (Smith ve ark., 2002). Yani utanç bireyin kendi kişiliğine yaptığı bir atıfken ; suçluluk bir eyleme bağlı olarak ortaya çıkar ve sadece o eylemle ilgilidir (Tangney ve Dearing, 2002). Dolayısıyla birey utanç duyduğunda yine benliğe atıfta bulunan değersizlik duygusunu hissederken; suçluluk duyduğunda ise eylemler sonucu ortaya çıkan pişmanlık ve vicdan azabı hissederek (Fergus ve ark.,2010). Bu bilgiler ışığında utanç duygusu suçluluğa göre çok daha zorlayıcı ve acı verici olduğunu söyleyebilir (Tangley ve ark.,2007). Ayrıca iki duygunun birbirlerine dönüşmesi de mümkündür. Kişinin hissettiği suçluluk duygusu benliğine yönelir ve utanç duymasına ve kişinin daha da zorlanmasına neden olurken ; suçluluk duygusu benliğe yönelmediği zaman kişinin toplumsal davranışlarını yoluna sokar ( Ghorbani ve ark., 2013 ). Kişi topluma uymayan bir davranış gerçekleştirdiğinde ‘Ben kötü bir şey yaptım ‘ da ben’e odaklanırsa utanç duygusu açığa çıkarırken, kötü bir şey’e odaklanırsa da suçluluk duygusu açığa çıkar (Silfver, 2007). Psikanalitik kuram utanç duygusunun kaynağı olarak gözetlemecilik, teşhircilik gibi dürtüleri gösterirken, suçluluk duygusuna güçlü bir süperogonun egoyu yargılamasını gösterir (Freud, 1965 ve 1961, akt. Örs Gevrekci A. ve Çırakoğlu O.C. 2017).

Kavram olarak suçluluk; , hukuken veya dinen kesinlikle hoş görülme, ve ya ahlaki bakımdan hoş görülme bir davranış sergilediğinde , toplumun ahlaki

kaideleri, ya da kendi kurallarının ihlal edilme düşüncesinin yarattığı pişmanlık ve rahatsızlık duygularının bütünüdür (Budak, 2000). Suçluluğun oluşumuna neden olan şeyler haz ve korkudur, dini yada ahlaki açıdan onaylanmayan davranışlarda bulunan insanların bir yaratıcı tarafından cezalandırılma korkusunu içerir . Suçluluğun oluşumuna neden olan bir diğer bileşen üzüntüdür, kişi yaptığı yada yapmadığı eylemlerin sorumluluğunu alarak bundan büyük bir üzüntü duyar (Dinçer., 2013 ). Suçluluk yaşayan insan davranışları üzerine odaklanır, böylece kişinin suçluluk duyması onun öz benliğine zarar vermez , benlik hasar almadan bütün olarak kalır . Suçluluk duygusu olan insanların diğerlerine yönelimliliği yoğundur bu sayede suçluluk duyan insanlar kolay bir şekilde empati kurabilirler bununla birlikte minimal düzeydeki suçluluk duygusu toplumsal uyumu kolaylaştırır((Leith ve Baumeister, 1998). Suçluluk duygusunun ortaya çıkması için kişinin benliğine karşı farkındalığı olmalıdır, bundan dolayı suçluluk duygusu yaşamın ilk üç yılında oluşur ve diğerleriyle iletişime geçmeye yardımcı olur ( Tracy ve Robins; 2004). Olaylara atıfta bulunma şeklimiz var olan suçluluğu azaltabilir yada artırabilir, yoğun olarak suçluluk hisseden kişiler sorumluluğu aşırı derece üzerlerine alarak olaylara atıfta bulunurlar ve buda onlardaki suçluluk duygusunun yoğunlaşmasına neden olabilir ( Szyncer., 2019 ).

Utanç; insanın içinde yaşadığı toplumun ahlaki, dini bir kuralını çiğnediğinde kendisinin doğru olmayan, aptalca bir şey yaptığını düşünmesi durumudur (Budak, 2000). Utanç duygusuna sahip olan kişiler kendilerinin komik bir duruma düşebileceklerinden, diğerleri tarafından ayıplanacaklarından korktukları için davranışlarını kontrol ederler, rahat hareket edemezler, davranışsal kısıtlamaya giderler ( Türegün, 2017 ). Utanç duygusu kişinin kendiliğiyle ilgilidir, kişi kötü bir şey yapmasından ziyade ben kötü biriyim'e odaklanırlar (Silfver, 2007).

Suçluluk hisseden kişilerin aksine utanç hissedenler olaydan ziyade benliğe yöneldikleri için utançlarını kolayca telafi etmeleri çok zordur (Sığırı ve ark.,2010). Bu yüzden utanç suçluluğa göre çok daha zor bir duygudur. Utanç duyan insanlara genellikle başka olumsuz duygular eşlik eder, kişi kendini yeterince iyi ifade edemediği için kızgınlık hisseder ve öfkelenir. Zamanla öfke ve kızgınlık duygularına suçlama,

gaddarca eleştirme ve saldırganlık durumları da eşlik etmeye başlar (Allison 1999). Utanç bu yönüyle şiddetin oluşumundaki en büyük nedenidir ( Gillian,2003).

Utanç kişi için acı verici ve değişmesi zor bir durumdur, utanç duyan insanlar diğerlerine karşı öfkelenme ve suçlama eğilimindedirler ama utancın kaynağını değiştirmek için adım atmazlar (Ghorbani ve ark., 2013), içinde buldukları bu durumun rahatsız ediciliğini azaltmak için ise utançlarını yok sayar ve sık sık kendilerini överler, diğerlerine karşı çok eleştirellerdir ve zaman zaman karşındakini yok sayar hatta şiddet uygularlar. Bu özellikler narsistik kişilik bozukluğunun bazı semptomlarıyla örtüşür. Narsisizm ve şiddet hakkında yapılan bir araştırmada suçluluk temelindeki suçluluk duygusu ve narsisizm arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (akt. Karaaziz ve Atak, 2013).

Suçluluk duyan insanların aksine utanç duyanların empati yeteneği gelişmemiştir. Kişi utanç duyduğu için benliğine odaklanır ki diğerleriyle derinlemesine bir ilişki kuramaz( Leith ve Baumeister, 1998), üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada utanç duyguları yoğun olan öğrencilerin empati yeteneklerinin yeterince gelişmediği saptanmıştır (Tagney,1991).

### **2.3.2 Suçluluk ve Utanç Duygularının Obsesif Kompulsiv Bozuklukla İlişkisi**

Yapılan çalışmalarda suçluluk duygusunun OKB'nin başlaması ve sürdürülmesin de önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır (Melli ve ark.,2017). OKB'nin temelinde yer alan mükemmeliyetçilik, abartılmış sorumluluk, kontrol ihtiyacının suçluluk ile güçlü bir ilişkisi vardır, bilhassa aşırı sorumluluk hissi beraberinde kişide yoğun bir suçluluk hissine neden olursa ardından oluşacak patoloji OKB'dir (Basile ve ark.,2011). 2004 yılında yapılan bir çalışma da OKB tanısı almış hastaların tanı almayan sağlıklı kişilere göre suçluluk duygusunun daha fazla olduğu bildirilmiştir (Mancini ve ark., 2004). Lewis'e göre suçluluk eğilimli kişiler paranoya, obsesif-kompulsif bozukluk gibi düşünce ile alakalı hastalıklara daha yatkındırlar

(Lewis.,1971). Suçluluk duyan kişi davranışları ve benliği arasında ki farklılaşmayı sağlayamaz bu yüzden davranışa yönelik hareket eder ve buda kişide OKB' semptomlarının ortaya çıkmasına neden olabilir( Tangney, Wagner ve Gramzow,1992). Yapılan başka bir çalışmada kişinin suçluluk hislerini kabul etmesi durumunda OKB belirtilerinin azaldığı bildirilmiştir (Cosentino ve ark.,2012). Suçluluk ve OKB ile ilişkisini araştıran başka bir çalışmada da suçluluk ve OKB arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Bu araştırmada yıkama ve kontrol etme semptomlarına bağlı oluşan suçluluk duygusunun OKB'nin temel nedeni olduğu ileri sürülmüştür (Melli ve ark 2017 ).

Suçluluk duygusunun oluşumunda ahlaki ve toplumsal değerleri çiğneme korkusu vardır, aynı şekilde OKB'ye neden olan durumların biride yine bu değerlerin çiğnenmesidir, nitekim Basile ve arkadaşlarının 20112 de yaptığı bir araştırmada OKB ile ahlaki suçluluk arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Suçluluk duygusu dini obsesyonları yoğun olan kişilerde daha yoğun görülür ( Shapiro ve Stewart'a 2011) Kişi toplumsal ve dini kurallara uymadığında yoğun suçluluk duyduğu için dini obsesyonlar gösteren kişilerde suçluluk duygusunun yoğun olması beklenen bir durumdur. OKB' de görülen yıkama kompulsiyonları ve suçluluk arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmanın sonucunda kişilerin ellerini yıkadıktan sonra suçluluk duygularının azalmadığını fakat suçluluk hissi yoğun olan kişilerin ellerinin daha uzun süre yıkadıkları bildirilmiştir, buna bağlı olarak suçluluk duygusunun yıkama kompulsiyonlarını artırdığı söylenebilir (Cogle ve ark .,2012).

OKB alanında yapılan çalışmalar genel olarak suçluluk duygusu üzerine yoğunlaşmıştır. Literatürde utanç duygusu ve OKB ilişkisini araştıran çalışmalar yetersizdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada utanç duygusunun OKB ve başka patolojilerle ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Dost ve Yağmurlu 2008 ), yapılan başka bir çalışmada ise utanç insanların daha fazla obsesif kompulsif belirtiler göstermeye yönelimli oldukları belirtilmiştir (Fergus ve ark.,2010 ).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM VE GEREÇLER

Bu bölüm araştırmanın örnekleme, araştırma sürecinde kullanılan veri toplama araçları, elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistik yöntemi ve araştırmanın uygulanmasına dair bilgileri içermektedir.

#### 3.1 Araştırmanın Modeli

Bu araştırma deney ve kontrol grubunu içeren olgu kontrol araştırma deseniyle yapılmıştır.

#### 3.2 Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme 18-65 yaş arası 70 kişiden oluşmaktadır. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış 18 kadın ve 17 erkek birey deney grubunu oluşturmuştur. Psikiyatrik tanısı olmayan 18 kadın ve 17 erkek birey kontrol grubunu oluşturmuştur.

#### 3.3 Araştırmanın Uygulanması

Araştırma, NP Feneryolu Tıp Merkezi'nde Ocak-Mart 2020 ayları arasında tedaviye gelen 18-65 yaş aralığında OKB tanısı almış ve rastgele seçilmiş 35 kişilik deney grubuna uygulanmıştır. Kontrol grubu 18-65 yaş arası rastgele seçilmiş 35 kişilik sağlıklı bireylerden oluşmaktadır. Deney grubuna ve kontrol grubuna katılan bireylere bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilmiştir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleşmiştir.

### **3.4 Veri Toplama Araçları**

Araştırmada; Sosyodemografik Bilgi Formu , Suçluluk ve Utanç Ölçeği (SUTÖ), Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS) ve Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3) kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kişilere anketlerden önce bilgilendirilmiş gönüllü olur formu verilmiştir.

#### **3.4.1 Sosyodemografik Veri Formu (Kişisel Bilgi Formu)**

Çalışmayı yürüten kişi tarafından hazırlanmış olan form, araştırmanın istatistik sürecinde kullanılacak kişisel bilgileri içermektedir. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, medeni durum, kardeş sayısı, ebeveynlerin eğitim durumu ve ebeveyn birlikteliği sorularını içermektedir. İstatistik analizinde ise; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, kardeş sayısı ve ebeveyn birlikteliği sorularının yanıtları kullanılmıştır.

#### **3.4.2 Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS)**

(YBOKÖ) bireylerin obsesyon ve kompulsiyonlarını ve boyutlarını ölçmek amacıyla Goodman ve ark. tarafından (1989) hazırlanmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Karamustafaoğlu ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır. Toplamda 19 maddeden oluşmuştur fakat toplam puanın saptanması için yalnız ilk 10 madde kullanılır. İlk 5 madde obsesyonları, sonraki 5 madde kompulsiyonları içermektedir. Kalan 9 madde ölçeği uygulayan uzman tarafından değerlendirilir. Her sorunun puanı 0-4 arasında değişmektedir. “0: hiç semptom yok, 1: semptom var, 2: biraz semptom var, 3: fazla semptom var, 4: çok fazla semptom var” şeklinde kodlanmıştır. Ölçeğin toplam puanını ilk 10 maddenin toplam puanı belirler. Alınacak maksimum puan 40’tır. Ayrıca ölçekle birlikte Y-BOKÖ belirti kontrol listesi bulunmaktadır. Semptomların içeriğine ve şiddetine dair klinisyen tarafından değerlendirilerek ekstra bilgi edinmeyi sağlar. Semptomların kişinin ne kadar vaktini aldığı, kişinin direnç seviyesini, işlevselliğini etkileme boyutunu görmeyi sağlar.

### 3.4.3 Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3)

Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3): Jeffrey Young'ın Şema Terapi (1990, 2003) zemininde geliştirdiği kısa formda, Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma, Zedelenmiş Sınırlar, Diğeri Yönelimlilik, Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık şema alanlarını kapsayan 18 boyut önerilmektedir. Alt ölçekler sırasıyla, Terk Edilme/ İstikrarsızlık, Güvensizlik/Suistimal Edilme, Duyguları Bastırma, Kusurluluk/Utanma, Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma, Bağımlılık/Yetersizlik, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, İç İç Geçme/ Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık, Hak Görme/Büyüklük, Yetersiz Özdenetim, Boyun Eğicilik, Kendini Feda, Onay Arayıcılık, Karamsarlık, Duygusal Yoksunluk, Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik ve Cezalandırıcılık olarak adlandırılmaktadır. 90 maddeden oluşan

ölçekte katılım cılar, her bir maddeyi 6'lı Likert üzerinde derecelendirmektedir. Ölçeğin özgün formunda her alt bölüm 5 maddeden oluşmakta, buna göre alt bölümlerden alınan puanlar 5 ile 30 arasında değişebilmektedir.

### 3.4.4 Suçluluk ve Utanç Ölçeği (SUTÖ)

Suçluluk-Utanç Ölçeği (SUTÖ) Suçluluk duyguları ve utanç duygularını bulgulamak üzere Şahin ve Şahin (1992) 'in geliştirdiği ölçek 24 maddeden oluşmakla birlikte , beşli Likert tipi bir ölçektir. Bu ölçek onikişer maddeden oluşan Suçluluk ve Utanç alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe suçluluk ve utanç düzeylerinin de yükseldiği varsayılır. Geliştirilen 24 maddenin 12 tanesi suçluluk (3, 6, 7, 11, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24.sorular), diğer 12 soru ise utanç (1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 15, 18, 19, 20. Sorular) oluşturmaktadır Her bir alt ölçekten ayrı ayrı en düşük 12, en yüksek 60 puan alınır. Şahin ve Şahin (1992) yaptıkları güvenilirlik çalışmalarında iç tutarlık katsayılarını suçluluk alt ölçeği için 0,81, utanç alt ölçeği için 0,80 olarak bulmuşlardır. Geçerlik çalışmalarında ise suçluluk ve utanç ölçeklerinin birbiri ile

korelasyonu 0,49 olarak bulunmuştur. Beck depresyon envanteri ile suçluluk alt ölçeğinin korelasyonu -0,10, sosyotropi ölçeği ile 0,33 olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Utanç ölçeğinin sosyotropi ölçeği ile korelasyonu ise, 0,50 olarak bulunmuştur. Ayrıca diğer ölçeklerle de ölçüt bağıntılı geçerlik yapılmış anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Yapı geçerliği çalışmaları yapılmış ölçeğin iki boyuttan oluştuğu ve suçluluk ve utanç boyutuna tam olarak yerleştiği görülmüştür. Araştırma kapsamında 100 öğrenci ile yapılan güvenirlik çalışmasında iç tutarlık analizine bakılmış, suçluluk alt ölçeği için Cronbach alpha katsayısı 0,87, utanç alt ölçeği için ise 0,92 olarak bulunmuştur. Geçerliği sınamak için yapılan Beck depresyon envanteri ile korelasyonları, suçluluk alt ölçeği için 0,35, utanç alt ölçeği için ise, 0,40 olarak bulunmuştur.

### **3.5 Verilerin Analizi**

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış bireylerin onay arama şemasının, utanç ve suçluluk duygularının varlığı ile obsesif kompulsif bozukluk tanısı almamış bireylerdeki onay arama şemasının utanç ve suçluluk duygularının varlığı incelenmiştir. Veri analizi için SPSS 24.0 programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik dağılımlarının belirlenmesi amacıyla betimsel istatistikler yapılmıştır. Deney gruplarının ölçek ve alt ölçeklerinin ilişkilerinin karşılaştırılması için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısı, medeni durum , cinsiyet açısından karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Deney grubunun ölçek ve alt ölçek puanlarının yaş, eğitim ve gelir açısından karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırma sürecinde kullanılan ölçeklerin, alt ölçeklerin ve sosyodemografik bilgilerin analizinden elde edilen bulgular da bu bölümde sunulmaktadır.

#### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Tablo 1. Deney Grubuna Ait Sosyodemografik Bilgiler

Demografik değişkenler (Deney grubu)	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	18	51,4
Erkek	17	48,6
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
<b>Yaş (Min:18 Max:47 <math>\bar{x}</math>: 29,65 Std. Sapma:7,90)</b>		
18-24	13	37,1
25-34	13	37,1
35 ve üzeri	9	25,7
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	5	14,3
Ön Lisans	5	14,3
Lisans	21	60,0
Yüksek Lisans	4	11,4
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	10	28,6
Bekar	25	71,4
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
<b>Ebeveyn Birlikteliği</b>		
Birlikte	32	91,4
Boşanmış	3	8,6
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
<b>Kardeş Sayısı</b>		
2 ve altı	17	48,6
3 ve üstü	18	51,4
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 1. Deney Grubuna Ait Sosyodemografik Bilgiler**

<b>Gelir Düzeyi</b>		
1000-2000	4	11,4
2000-5000	13	37,1
5000-10000	11	31,4
10000 ve Üzeri	7	20,0
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

**Tablo1:Deney grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler**

Tablo 1’de deney grubuna ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde %51,4’ünün (n=18) kadın olduğu ve %48,6’sının (n=17) ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Deney grubunun yaş ortalamalarına ait veriler incelendiğinde, 35 katılımcının genel yaş ortalaması 29,65’tir (SS=7,90).Minimum yaş 18,maximum yaş ise 47’dir. Deney grubunun yaş durumları incelendiğinde, %37,1’inin (n=13) 18-24 yaşları arasında olduğu,%37,1’inin (n=13) 25-34 yaşları arasında olduğu, %25,7’sinin (n=9) 35 ve üzeri yaşları arasında olduğu saptanmıştır.

Deney grubunun eğitim durumları incelendiğinde %14,3’ünün (n=5) lise mezunu olduğu,%14,3’ünün (n=5)ön lisans mezunu olduğu, %60’ının (n=21) lisans mezunu olduğu, %11,4’ünün (n=4) yüksek lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubunun medeni durumları incelendiğinde %28,6’sının (n=10) evli olduğu, %71,4’ünün (n=25) bekar olduğu tespit edilmiştir.

Deney grubunun ebeveyn birlikteliği incelendiğinde %91,4’ünün (n=32) birlikte olduğu, %8,6’sının (n=3) boşanmış olduğu saptanmıştır.

Deney grubunun kardeş sayısı incelendiğinde %48,6’sının (n=17) 2 ve altı kardeşi olduğu, %51,4’ünün (n=18)3 ve üstü kardeşe sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde %11,4’ünün (n=4) 1000-2000arasında gelir düzeyine sahip olduğu, %37,1’inin (n=13) 2000-5000 arasında gelire sahip olduğu, %31,4’ünün (n=11) 5000-10000 arasında gelire sahip olduğu, %20’sinin (n=7) 10000 ve üstü gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 2: Kontrol grubu ile ilgili sosyodemografik değişkenler**

<b>Demografik değişkenler (Kontrol grubu)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	18	51,4
Erkek	17	48,6
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
<b>Yaş(Min:20 Max:42 <math>\bar{x}</math>: 28,82 Std. Sapma:6,14)</b>		
18-24	10	28,6
25-34	17	48,6
35 ve üzeri	8	22,9
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
<b>Eğitim Durumu</b>		
Ortaokul	5	14,3
Lise	4	11,4
Ön Lisans	4	11,4
Lisans	16	45,7
Yüksek Lisans	6	17,1
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	16	45,7
Bekar	19	54,3
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
<b>Ebeveyn Birlikteliği</b>		
Birlikte	33	94,3
Boşanmış	2	5,7
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
<b>Kardeş Sayısı</b>		
2 ve altı	13	37,1
3 ve üstü	22	62,9
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>
<b>Gelir Düzeyi</b>		
1000-2000	7	20,0
2000-5000	16	45,7
5000-10000	4	11,4
10000 ve Üzeri	8	22,9
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Tablo 2’de deney grubuna ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görölmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde %51,4’ünün (n=18) kadın olduğu ve %48,6’sının (n=17) ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun yaş ortalamalarına ait veriler incelendiğinde, 35 katılımcının genel yaş ortalaması 28,82’tir (SS=6,14). Minimum yaş 20, maximum yaş ise 42’dir. Deney grubunun yaş durumları incelendiğinde, %28,6’sının (n=10) 18-24 yaşları arasında olduğu %48,6’sinin (n=17) 25-34 yaşları arasında olduğu, %22,9’unun (n=8) 35 ve üzeri yaşları arasında olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunun eğitim durumları incelendiğinde %14,3’ünün (n=5) ortaokul mezunu olduğu, %11,4’ünün (n=4) lise mezunu olduğu, %11,4’ünün (n=4) ön lisans mezunu olduğu, %45,7’sinin (n=16) lisans mezunu olduğu, %17,1’inin (n=6) yüksek lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubunun medeni durumları incelendiğinde %45,7’sinin (n=16) evli olduğu, %54,3’ünün (n=19) bekar olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubunun ebeveyn birlikteliği incelendiğinde %94,3’ünün (n=33) birlikte olduğu, %5,7’sinin (n=2) boşanmış olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubunun kardeş sayısı incelendiğinde %37,1’inin (n=13) 2 ve altı kardeşi olduğu, %62,9’ünün (n=22) 3 ve üstü kardeşe sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde %20’sinin (n=7) 1000-2000 arasında gelir düzeyine sahip olduğu, %45,7’sinin (n=16) 2000-5000 arasında gelire sahip olduğu, %11,4’ünün (n=4) 5000-10000 arasında gelire sahip olduğu, %22,9’unun (n=8) 10000 ve üstü gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

#### 4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Betimsel İstatistikleri

**Tablo 3: Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler (N=35)**

	Min.	Max.	Ort.	Std. Sapma
DNYDuygusalYoksunluk	5	27	11,71	5,57
DNYBaşarısızlık	5	26	14,63	6,80
DNYKaramsarlık	5	30	16,49	6,81
DNYSosyalİzolasyon/Güvensizlik	5	30	15,06	4,72
DNYDuygularıBastırma	5	20	12,69	4,59
DNYOnayArayıcılık	8	26	20,00	4,60
DNYİççeGeçmeBağımlılık	5	30	14,51	6,25
DNYAyrıcalıklıkYetersizözdenetim	6	25	17,37	4,65
DNYKendiniFeda	8	30	16,60	5,84
DNYTerkEdilme	5	28	13,86	6,24
DNYCezalandırma	7	30	19,46	5,80
DNYKusurluluk	5	26	13,34	6,10
DNYTehditlerKarşısındaDayanıksızlık	5	29	14,51	5,60
DNYYüksekStandartlar	5	30	15,83	6,24
DNYUtanç	20	58	43,46	8,43
DNYOKBPuanı	9	40	25,66	5,99
KNTDuygusalYoksunluk	5	27	9,91	6,01
KNTBaşarısızlık	5	22	9,57	4,41
KNTKaramsarlık	5	25	12,83	5,76
KNTSosyalİzolasyonGüvensizlik	5	24	13,46	5,00
KNTDuygularıBastırma	5	25	12,97	5,04
KNTOnayArayıcılık	5	30	18,34	6,00
KNTİççegeçmeBağımlılık	5	20	10,91	4,87
KNTAyrıcalıklıkYetersizÖzdenetim	5	28	16,91	5,04
KNTKendiniFeda	5	27	17,03	6,15
KNTTerkEdilme	5	21	9,11	4,83
KNTCezalandırma	5	28	16,80	5,67
KNTKusurluluk	5	24	8,97	5,45
KNTTehditlerKarşısındaDayanıksızlık	5	24	13,00	5,49
KNTYüksekStandartlar	3	30	11,26	6,88
KNTUtanç	12	59	44,34	9,65
KNTSuçluluk	14	60	52,29	10,14

Tablo 3’de Deney ve Kontrol gruplarının Ölçek ve Alt boyutlarından aldıkları min, max, ort. ve Std.sapma değerleri yer almaktadır.

### 4.3. Kontrol ve Deneş Grularının Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

**Tablo 4:** Kontrol ve Deneş Grularının Şema Ölçeği ve suçluluk utanç ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

	Ort.	SS	N	Z	P
DNYDuygusalYoksunluk	11,71	5,571	35	-1,226	0.220
KNTDuygusalYoksunluk	9,91	6,012	35		
DNYBaşarisizlik	14,63	6,804	35	-3,283	<b>0.001</b>
KNTBaşarisizlik	9,57	4,408	35		
DNYKaramsarlık	16,48	6,80	35	-2,082	<b>0.037</b>
KNTKaramsarlık	12,82	5,76	35		
DNYSosyalİzolasyonGüvensizlik	15,06	4,715	35	-0,958	0.338
KNTSosyalİzolasyonGüvensizlik	13,46	4,996	35		
DNYDuygularıBastırma	12,69	4,588	35	-0,115	0.909
KNTDuygularıBastırma	12,97	5,038	35		
DNYOnayArayıcılık	20,00	4,602	35	-1,104	0.270
KNTOnayArayıcılık	18,34	6,005	35		
DNYİççeGeçmeBağımlılık	14,51	6,251	35	-2,462	<b>0.014</b>
KNTİççegeçmeBağımlılık	10,91	4,871	35		
DNYAyrıcalıklıkYetersiz Özdenetim	17,37	4,647	35	-0,206	0.837
KNTAyrıcalıklıkYetersizÖzdenetim	16,91	5,037	35		
DNYKendiniFeda	16,60	5,842	35	-0,188	0.851
KNTKendiniFeda	17,03	6,148	35		
DNYTerkEdilme	13,86	6,236	35	-3,175	<b>0.001</b>
KNTTerkEdilme	9,11	4,831	35		
DNYCezalandırma	19,46	5,797	35	-1,628	0.103
KNTCezalandırma	16,80	5,666	35		
DNYKusurluluk	13,34	6,097	35	-2,874	<b>0.004</b>
KNTKusurluluk	8,97	5,453	35		
DNYTehditlerKarşısındaDayanıksızlık	14,51	5,596	35	-1,087	0.277
KNTTehditlerKarşısındaDayanıksızlık	13,00	5,493	35		
DNYYüksekStandartlar	15,83	6,243	35	-2,575	<b>0.010</b>
KNTYüksek Standartlar	11,26	6,883	35		
DNY Utanç	43,46	8,427	35	-0,518	0.604
KNT Utanç	44,34	9,653	35		
DNY Suçluluk	51,49	7,594	35	-0,683	0.495
KNT Suçluluk	52,29	10,142	35		

Tablo 4'te görüldüğü gibi Şema ölçeği alt boyutlarından “Başarisizlik” puanları deneş ve kontrol gruları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Başarisizlik” puanları deneş grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (p=0.001).

“Karamsarlık” puanları da deney grupları ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Karamsarlık” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.037$ ).

“İççe Geçme Bağımlılık” puanları da deney grupları ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “İççe Geçme Bağımlılık” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.014$ ).

“Terk Edilme” puanları da deney grupları ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Terk Edilme” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.001$ ).

“Kusurluluk” puanları da deney grupları ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Kusurluluk” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.004$ ).

“Yüksek Standartlar” puanları da deney grupları ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Yüksek Standartlar” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p=0.010$ ).

#### 4.4. Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkiye Korelasyon Sonuçları

**Tablo 5: Deney Gruplarının Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkilerine Ait Korelasyon Sonuçları**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1-Duygusal Yoksunluk	R	1																	
	P																		
2-Başarısızlık	R	0,32	1																
	P	<b>0,06</b>																	
3-Karamsarlık	R	0,19	,570**	1															
	P	0,27	<b>0,00</b>																
4-Sosyal İzolasyon Güvensizlik	R	,410*	,800**	,457**	1														
	P	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>	<b>0,01</b>															
5-Duyguları Bastırma	R	,377*	,359*	-0,01	,532**	1													
	P	<b>0,03</b>	<b>0,03</b>	0,93	<b>0,00</b>														
6-Onay Arayıcılık	R	0,12	,371*	,535**	0,29	0,06	1												
	P	0,49	<b>0,03</b>	<b>0,00</b>	<b>0,09</b>	0,74													
7-İççe Geçme Bağımlılık	R	0,26	,702**	,594**	,675**	,433**	,487**	1											
	P	0,13	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>												
8-Ayrıcalıklılık Yetersiz özdenetim	R	0,10	,492**	,582**	,512**	0,14	,390*	,590**	1										
	P	0,56	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,43</b>	<b>0,02</b>	<b>0,00</b>											
9-Kendini Feda	R	0,18	0,22	,539**	0,30	0,20	,466**	0,30	0,30	1									
	P	0,31	0,20	<b>0,00</b>	<b>0,08</b>	0,25	<b>0,00</b>	<b>0,08</b>	<b>0,08</b>										
10-Terk Edilme	R	0,25	,588**	,508**	,533**	0,17	,519**	,724**	,462**	0,28	1								
	P	0,14	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	0,34	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,01</b>	0,10									
11-Cezalandırma	R	0,08	0,32	,689**	0,27	0,00	,518**	,359*	,478**	,583**	0,29	1							
	P	0,67	<b>0,06</b>	<b>0,00</b>	0,12	0,98	<b>0,00</b>	<b>0,03</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,09</b>								
12-Kusurluluk	R	,386*	,784**	,445**	,724**	,393*	,476**	,784**	,474**	0,23	,625**	0,25	1						
	P	<b>0,02</b>	<b>0,00</b>	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>	<b>0,02</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	0,17	<b>0,00</b>	0,14							
13-Tehditler Karşısında Dayanısızlık	R	0,21	,537**	,572**	,545**	0,19	,388*	,740**	,442**	0,14	,731**	,383*	,651**	1					
	P	0,24	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	0,28	<b>0,02</b>	<b>0,00</b>	<b>0,01</b>	0,43	<b>0,00</b>	<b>0,02</b>	<b>0,00</b>						
14-Yüksek Standartlar	R	-,372*	0,00	0,28	0,09	-0,04	0,18	0,17	,388*	,444**	0,04	,357*	-0,11	0,08	1				
	P	<b>0,03</b>	0,99	0,10	0,62	0,83	0,29	0,33	<b>0,02</b>	<b>0,01</b>	0,84	<b>0,04</b>	0,54	0,65					
15-Utanç	R	-0,09	0,25	,334*	0,03	-0,13	,452**	0,19	0,03	0,17	0,26	0,15	0,27	0,19	0,06	1			
	P	0,59	0,14	<b>0,05</b>	0,88	0,44	<b>0,01</b>	0,26	0,86	0,32	0,13	0,38	0,12	0,28	0,71				
16-Suçluluk	R	-0,22	-0,01	0,07	-0,27	-,465**	0,04	-0,21	0,03	0,05	-0,01	0,03	-0,23	-0,16	0,19	0,27	1		
	P	0,19	0,96	0,68	0,11	<b>0,00</b>	0,82	0,22	0,85	0,79	0,95	0,88	0,18	0,34	0,26	0,11			
17-OKB	R	0,08	0,21	0,27	0,19	-0,12	0,16	0,27	0,17	0,28	,409*	0,10	0,25	0,32	0,16	-0,11	0,08	1	
	P	0,64	0,23	0,12	0,28	0,49	0,35	0,12	0,34	0,10	<b>0,01</b>	0,56	0,15	0,06	0,36	0,54	0,66		

Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi), \*\* Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi)

Tablo 5’te katılım gösterenlere uygulanan ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişkiler spearman korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

Bu analize göre, Şema Ölçeği alt boyutlarında “Karamsarlık” puanları ile Suçluluk ve utanç ölçeği alt boyutlarından “Utanç” puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0,334$   $p=0.05$ ).

Şema Ölçeği alt boyutlarında “Duyguları bastırma” puanları ile Suçluluk ve utanç ölçeği alt boyutlarından “Suçluluk” puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=-0,465$   $p<0.001$ ).

Şema Ölçeği alt boyutlarında “Onay arayıcılık” puanları ile Suçluluk ve utanç ölçeği alt boyutlarından “Utanç” puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0,452$   $p=0.01$ ).

Şema Ölçeği alt boyutlarında “Terk edilme” puanları ile OKB puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0,409$   $p=0.01$ ).

#### 4.5. Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması

**Tablo 6: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Açısından Karşılaştırılması**

	Yaş	N	Ort.	KV	P
DNY Duygusal Yoksunluk	18-24	13	13,31		
	25-34	13	9,31	3,684	0,158
	35 ve Üstü	9	12,89		
DNY Başarısızlık	18-24	13	11,71		
	25-34	13	17,54	3,583	0,167
	35 ve Üstü	9	12,38		
DNY Karamsarlık	18-24	13	13,67		
	25-34	13	14,63	8,052	<b>0,018</b>
	35 ve Üstü	9	20,38		
DNY Sosyal İzolasyon Güvensizlik	18-24	13	13,62		
	25-34	13	15,00	5,797	0,055
	35 ve Üstü	9	16,49		
DNY Duyguları Bastırma	18-24	13	17,23		
	25-34	13	14,46	6,088	<b>0,048</b>
	35 ve Üstü	9	12,78		
DNY Onay Arayıcılık	18-24	13	15,06		
	25-34	13	14,54	7,176	<b>0,028</b>
	35 ve Üstü	9	13,08		

**Tablo 6: DeneY Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Yaş Karşılaştırılması**

DNY İçiçeGeçme Bağımlılık	18-24	13	9,44		
	25-34	13	12,69	4,314	0,116
	35 ve Üstü	9	22,46		
DNY Ayrıcalıklık Yetersizözdenetim	18-24	13	19,77		
	25-34	13	16,78	4,674	0,097
	35 ve Üstü	9	20,00		
DNY Kendini Feda	18-24	13	16,92		
	25-34	13	13,46	6,262	<b>0,044</b>
	35 ve Üstü	9	12,56		
DNY Terk Edilme	18-24	13	14,51		
	25-34	13	19,62	2,864	0,239
	35 ve Üstü	9	16,85		
DNY Cezalandırma	18-24	13	14,89		
	25-34	13	17,37	11,391	<b>0,003</b>
	35 ve Üstü	9	19,77		
DNY Kusurluluk	18-24	13	14,15		
	25-34	13	15,56	4,005	0,135
	35 ve Üstü	9	16,60		
DNY Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	18-24	13	15,62		
	25-34	13	12,46	3,446	0,179
	35 ve Üstü	9	13,33		
DNY Yüksek Standartlar	18-24	13	13,86		
	25-34	13	23,62	1,522	0,467
	35 ve Üstü	9	16,77		
DNY Utanç	18-24	13	17,33		
	25-34	13	19,46	0,413	0,813
	35 ve Üstü	9	16,31		
DNY Suçluluk	18-24	13	11,92		
	25-34	13	11,11	10,776	<b>0,005</b>
	35 ve Üstü	9	13,34		
DNY OKB Puanı	18-24	13	12,62		
	25-34	13	14,00	0,430	0,807
	35 ve Üstü	9	14,51		

**KV=Kruskall Wallis test**

Tablo 6’ da yer verildiği gibi, katılımcıların ölçek ve alt ölçekpuanları yaş göre karşılaştırılmıştır. “Kusurluluk”, “Yüksek Standartlar”, “Duygusal Yoksunluk”, “Başarısızlık”, “Sosyalİzolasyon/Güvensizlik”, “İçiçeGeçme Bağımlılık”, “Ayrıcalıklık Yetersiz Özdenetim”, “Terk Edilme”, “Tehditler Karşısında Dayanıksızlık”, “Utanç” ve “OKB” puanları ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir(Tablo 6).

“Karamsarlık” puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır. Karamsarlık ile yaş aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Karamsarlık puanları, 35 ve üstü yaş

grubunda olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (KV=8,052, p=0.048).

“Duyguları Bastırma” puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır. Duyguları bastırma ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Duyguları bastırma puanları, 18-24 yaş grubunda olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (KV=6,088, p=0.018).

“Onay Arayıcılık” puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır. Onay arayıcılık ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Onay arayıcılık puanları, 18-24 yaş grubunda olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (KV=7,176, p=0.028).

“Kendini Feda” puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır. Kendini feda ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Kendini fedapuanları, 18-24 yaş grubunda olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (KV=6,262, p=0.044).

“Cezalandırma” puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır. Cezalandırma ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Cezalandırma puanları, 35 ve üstü yaş grubunda olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (KV=11,391, p=0.003).

“Suçluluk” puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır. Suçluluk ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Suçluluk puanları, 35 ve üstü yaş grubunda olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (KV=10,776, p=0.005).

#### 4.6. Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Açısından Karşılaştırılması

**Tablo 7: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Açısından Karşılaştırılması**

	Eğitim Durumu	N	Ort.	KV	P
DNY Duygusal Yoksunluk	Lise	5	16,20	4,955	0.175
	Ön Lisans	5	11,80		
	Lisans	21	11,38		
	Yüksek Lisans	4	7,75		
DNY Başarısızlık	Lise	5	16,40	5,578	0.134
	Ön Lisans	5	13,40		
	Lisans	21	15,81		
	Yüksek Lisans	4	7,75		
DNY Karamsarlık	Lise	5	16,80	3,937	0.268
	Ön Lisans	5	15,60		
	Lisans	21	17,71		
	Yüksek Lisans	4	10,75		
DNY Sosyal İzolasyon Güvensizlik	Lise	5	16,00	4,987	0.173
	Ön Lisans	5	16,40		
	Lisans	21	15,38		
	Yüksek Lisans	4	10,50		
DNY Duyguları Bastırma	Lise	5	14,00	0,784	0.853
	Ön Lisans	5	12,40		
	Lisans	21	12,76		
	Yüksek Lisans	4	11,00		
DNY Onay Arayıcılık	Lise	5	20,20	3,35	0.341
	Ön Lisans	5	19,40		
	Lisans	21	20,95		
	Yüksek Lisans	4	15,50		
DNY İç içe Geçme Bağımlılık	Lise	5	16,40	2,502	0.475
	Ön Lisans	5	14,00		
	Lisans	21	15,00		
	Yüksek Lisans	4	10,25		
DNY Ayrıcalıklık Yetersiz özdenetim	Lise	5	18,80	1,316	0.725
	Ön Lisans	5	17,40		
	Lisans	21	17,48		
	Yüksek Lisans	4	15,00		
DNY Kendini Feda	Lise	5	14,60	1,648	0.648
	Ön Lisans	5	16,00		
	Lisans	21	17,52		
	Yüksek Lisans	4	15,00		
DNY Terk Edilme	Lise	5	16,40	3,817	0.282
	Ön Lisans	5	15,00		
	Lisans	21	13,86		
	Yüksek Lisans	4	9,25		

**Tablo 7: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Eğitim Açısından Karşılaştırılması**

DNY Cezalandırma	Lise	5	17,20	2,777	0.427
	Ön Lisans	5	18,40		
	Lisans	21	20,81		
	Yüksek Lisans	4	16,50		
DNY Kusurluluk	Lise	5	17,60	6,244	0.100
	Ön Lisans	5	12,40		
	Lisans	21	13,62		
	Yüksek Lisans	4	7,75		
DNY Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	Lise	5	17,20	6,611	0.085
	Ön Lisans	5	16,60		
	Lisans	21	14,29		
	Yüksek Lisans	4	9,75		
DNY Yüksek Standartlar	Lise	5	10,20	7,364	0.061
	Ön Lisans	5	19,80		
	Lisans	21	15,43		
	Yüksek Lisans	4	20,00		
DNY Utanç	Lise	5	38,80	4,389	0.222
	Ön Lisans	5	48,00		
	Lisans	21	44,38		
	Yüksek Lisans	4	38,75		
DNY Suçluluk	Lise	5	48,80	2,855	0.415
	Ön Lisans	5	56,00		
	Lisans	21	51,00		
	Yüksek Lisans	4	51,75		
DNY OKB Puanı	Lise	5	25,00	0,162	0.983
	Ön Lisans	5	23,40		
	Lisans	21	26,43		
	Yüksek Lisans	4	25,25		

**KV=Kruskall Wallis test**

Tablo 7’de görüldüğü gibi katılım gösterenlerin ölçek ve alt ölçekpuanları ile eğitim durumu arasındaki ilişki Kruskall Wallis testi ile incelenmiştir. Test sonuçlarında yapılan ölçeklerin toplam puanı ve alt boyut puanları ile eğitim durumu arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Tablo 7).

**4.7. Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması**

**Tablo 8: Deney Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması**

	Gelir Durumu	N	Ort.	KV	P
DNY Duygusal Yoksunluk	1000-2000	4	13,00	0,458	0.928
	2000-5000	13	11,31		
	5000-10000	11	11,64		
	10000 ve Üzeri	7	11,86		
DNY Başarısızlık	1000-2000	4	16,50	0,319	0.956
	2000-5000	13	14,62		
	5000-10000	11	14,27		
	10000 ve Üzeri	7	14,14		
DNY Karamsarlık	1000-2000	4	13,50	2,610	0.456
	2000-5000	13	18,54		
	5000-10000	11	15,27		
	10000 ve Üzeri	7	16,29		
DNY Sosyal İzolasyon Güvensizlik	1000-2000	4	16,50	1,214	0.750
	2000-5000	13	15,23		
	5000-10000	11	13,82		
	10000 ve Üzeri	7	15,86		
DNY Duyguları Bastırma	1000-2000	4	13,75	1,357	0.716
	2000-5000	13	12,77		
	5000-10000	11	11,64		
	10000 ve Üzeri	7	13,57		
DNY Onay Arayıcılık	1000-2000	4	21,50	2,229	0.526
	2000-5000	13	21,23		
	5000-10000	11	19,09		
	10000 ve Üzeri	7	18,29		
DNY İç içe Geçme Bağımlılık	1000-2000	4	15,50	1,195	0.754
	2000-5000	13	15,85		
	5000-10000	11	12,64		
	10000 ve Üzeri	7	14,43		
DNY Ayrıcalıklık Yetersiz özdenetim	1000-2000	4	17,50	1,218	0.749
	2000-5000	13	17,08		
	5000-10000	11	16,64		
	10000 ve Üzeri	7	19,00		
DNY Kendini Feda	1000-2000	4	16,75	10,270	<b>0.016</b>
	2000-5000	13	19,92		
	5000-10000	11	12,27		
	10000 ve Üzeri	7	17,14		

**Tablo 8: Deneç Grubunun Öleçek ve Alt Öleçek Puanlarının Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması**

DNY Terk Edilme	1000-2000	4	17,25	4,582	0.205
	2000-5000	13	15,54		
	5000-10000	11	12,91		
	10000 ve Üzeri	7	10,29		
DNY Cezalandırma	1000-2000	4	19,75	3,174	0.366
	2000-5000	13	21,38		
	5000-10000	11	16,73		
	10000 ve Üzeri	7	20,00		
DNY Kusurluluk	1000-2000	4	18,75	3,258	0.354
	2000-5000	13	13,46		
	5000-10000	11	11,73		
	10000 ve Üzeri	7	12,57		
DNY Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	1000-2000	4	13,75	4,760	0.190
	2000-5000	13	16,46		
	5000-10000	11	13,18		
	10000 ve Üzeri	7	13,43		
DNY Yüksek Standartlar	1000-2000	4	9,75	9,264	<b>0.026</b>
	2000-5000	13	16,54		
	5000-10000	11	14,36		
	10000 ve Üzeri	7	20,29		
DNY Utanç	1000-2000	4	39,50	0,482	0.923
	2000-5000	13	44,69		
	5000-10000	11	43,82		
	10000 ve Üzeri	7	42,86		
DNY Suçluluk	1000-2000	4	45,50	4,951	0.175
	2000-5000	13	52,08		
	5000-10000	11	53,09		
	10000 ve Üzeri	7	51,29		
DNY OKB Puanı	1000-2000	4	27,50	6,565	0.087
	2000-5000	13	28,69		
	5000-10000	11	23,55		
	10000 ve Üzeri	7	22,29		

**KV=Kruskall Wallis test**

Tablo 8’ de yer aldığı gibi katılımcıların öleçek ve alt boyut puanlarıyla gelir düzeylerine göre karşılaştırılmıştır. “Cezalandırılma”, “Duygusal Yoksunluk”, “Başarısızlık”, “Karamsarlık”, “Sosyal İzolasyon Güvensizlik”, “Duyguları Bastırma”, “Onay Arayıcılık”, “İç içe Geçme”, “Ayrıcalıklık Yetersiz özdenetim”, “Terk Edilme”, “Kusurluluk”, “Tehditler Karşısında Dayanıksızlık”, “Utanç”, “Suçluluk” ve “OKB Puanı” ile gelir düzeyleri arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 8).

“Kendini Feda” skorları ile gelir düzeyleri arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır (KV=10,270p=0.016). 2000-5000TL gelire sahip olanların “Kendini Feda” puanı diğer gelir düzeylerine kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

“Yüksek Standartlar” puanları ile gelir düzeyleri arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır (KV=9,264p=0.026). 10000TL ve üzeri gelire sahip olanların “Yüksek Standartlar” puanı diğer gelir düzeylerine kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

#### 4.8.Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

**Tablo 9: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması**

	Cinsiyet	N	Ort.	Z	P
DNY Duygusal Yoksunluk	Erkek	17	11,94	-0,448	0.654
	Kadın	18	11,50		
DNY Başarısızlık	Erkek	17	13,29	-1,026	0.305
	Kadın	18	15,89		
DNY Karamsarlık	Erkek	17	15,59	-0,514	0.607
	Kadın	18	17,33		
DNY Sosyal İzolasyon Güvensizlik	Erkek	17	15,35	-0,349	0.727
	Kadın	18	14,78		
DNY Duyguları Bastırma	Erkek	17	14,06	-1,691	0.091
	Kadın	18	11,39		
DNY Onay Arayıcılık	Erkek	17	19,76	-0,399	0.690
	Kadın	18	20,22		
DNY İç içe Geçme Bağlılık	Erkek	17	14,41	-0,232	0.816
	Kadın	18	14,61		
DNY Ayrıcalıklık Yetersiz özdenetim	Erkek	17	17,29	0,00	1.000
	Kadın	18	17,44		
DNY Kendini Feda	Erkek	17	16,35	-0,315	0.753
	Kadın	18	16,83		
DNY Terk Edilme	Erkek	17	12,65	-1,174	0.240
	Kadın	18	15,00		
DNY Cezalandırma	Erkek	17	19,00	-0,498	0.619
	Kadın	18	19,89		
DNY Kusurluluk	Erkek	17	13,29	-0,066	0.947
	Kadın	18	13,39		
DNY Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	Erkek	17	13,65	-0,414	0.679
	Kadın	18	15,33		
DNY Yüksek Standartlar	Erkek	17	15,12	-0,397	0.691
	Kadın	18	16,50		
DNY Utanç	Erkek	17	41,29	-1,306	0.192
	Kadın	18	45,50		
DNY Suçluluk	Erkek	17	48,88	-2,630	<b>0.009</b>
	Kadın	18	53,94		
DNY OKB Puanı	Erkek	17	25,06	-0,415	0.678
	Kadın	18	26,22		

**Mann-Whitney U test**

Tablo 9’ da yer aldığı gibi katılımcıların ölçek ve alt boyutları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Belirtilen ölçek veya alt boyutları kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir.

“Suçluluk” puanları cinsiyet durumagöre karşılaştırılmıştır. Suçluluk puanları erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Suçluluk puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ( $Z=-2,630$ ,  $p=0,009$ ).

#### 4.9.Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durumu Açısından Karşılaştırılması

**Tablo 10: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması**

	Medeni Durum	N	Ort.	Z	P
DNY Duygusal Yoksunluk	Evli	10	9,30	-0,178	0.859
	Bekar	25	12,68		
DNY Başarısızlık	Evli	10	10,20	-1,477	0.140
	Bekar	25	16,40		
DNY Karamsarlık	Evli	10	11,60	-2,132	<b>0.033</b>
	Bekar	25	18,44		
DNY Sosyal İzolasyon Güvensizlik	Evli	10	13,10	-1,158	0.247
	Bekar	25	15,84		
DNY Duyguları Bastırma	Evli	10	11,30	-0,829	0.407
	Bekar	25	13,24		
DNY Onay Arayıcılık	Evli	10	17,40	-0,771	0.441
	Bekar	25	21,04		
DNY İç içe Geçme Bağımlılık	Evli	10	11,80	-1,362	0.173
	Bekar	25	15,60		
DNY Ayrıcalıklık Yetersiz özdenetim	Evli	10	14,70	-1,217	0.224
	Bekar	25	18,44		
DNY Kendini Feda	Evli	10	11,60	-0,916	0.359
	Bekar	25	18,60		
DNY Terk Edilme	Evli	10	10,70	-1,329	0.184
	Bekar	25	15,12		
DNY Cezalandırma	Evli	10	15,40	-1,599	0.110
	Bekar	25	21,08		
DNY Kusurluluk	Evli	10	9,90	-0,857	0.392
	Bekar	25	14,72		
DNY Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	Evli	10	12,50	-2,659	<b>0.008</b>
	Bekar	25	15,32		
DNY Yüksek Standartlar	Evli	10	14,10	-0,798	0.425
	Bekar	25	16,52		

**Tablo 10: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması**

DNY Utanç	Evli	10	41,20	-0,148	0.883
	Bekar	25	44,36		
DNY Suçluluk	Evli	10	52,00	-1,181	0.238
	Bekar	25	51,28		
DNY OKB Puanı	Evli	10	23,20	-1,305	0.192
	Bekar	25	26,64		

**Mann-Whitney U test**

Tablo 10’ da yer aldığı gibi, katılım gösterenlerin ölçek ve alt boyutları medeni duruma göre karşılaştırılmıştır.

“Karamsarlık” puanları medeni duruma göre karşılaştırılmıştır. Karamsarlık puanları evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Karamsarlık evlilere kıyasla bekarlarda daha yüksek bulunmuştur ( $Z=-2,132$ ,  $p=0,033$ ).

“Tehditler Karşısında Dayanısızlık” puanları medeni duruma göre karşılaştırılmıştır. Tehditler karşısında dayanısızlık puanları evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Tehditler karşısında dayanısızlık evlilere kıyasla bekarlarda daha yüksek bulunmuştur ( $Z=-2,659$ ,  $p=0,008$ ).

**4.10. Katılımcılar Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kardeş Açısından Karşılaştırılması****Tablo 11: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısı Açısından Karşılaştırılması**

	Kardeş Sayısı	N	Ort.	Z	P
DNY Duygusal Yoksunluk	2 ve altı	17	10,59	-0,730	0.465
	3 ve Üstü	18	12,78		
DNY Başarısızlık	2 ve altı	17	13,41	-1,076	0.282
	3 ve Üstü	18	15,78		
DNY Karamsarlık	2 ve altı	17	16,29	0,000	1.000
	3 ve Üstü	18	16,67		
DNY Sosyal İzolasyon Güvensizlik	2 ve altı	17	14,76	-0,699	0.485
	3 ve Üstü	18	15,33		
DNY Duyguları Bastırma	2 ve altı	17	12,41	-0,282	0.778
	3 ve Üstü	18	12,94		
DNY Onay Arayıcılık	2 ve altı	17	21,29	-1,512	0.131
	3 ve Üstü	18	18,78		
DNY İç içe Geçme Bağımlılık	2 ve altı	17	14,82	-0,315	0.753
	3 ve Üstü	18	14,22		
DNY Ayrıcalıklık Yetersiz özdenetim	2 ve altı	17	17,29	-0,382	0.702
	3 ve Üstü	18	17,44		
DNY Kendini Feda	2 ve altı	17	17,94	-1,374	0.169
	3 ve Üstü	18	15,33		

**Tablo 11: Katılımcıların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Kardeş Sayısı Açısından Karşılaştırılması**

DNY Terk Edilme	2 ve altı	17	13,88	-0,298	0.766
	3 ve Üstü	18	13,83		
DNY Cezalandırma	2 ve altı	17	20,06	-0,464	0.642
	3 ve Üstü	18	18,89		
DNY Kusurluluk	2 ve altı	17	13,53	-0,132	0.895
	3 ve Üstü	18	13,17		
DNY Tehditler Karşısında Dayanıksızlık	2 ve altı	17	14,29	-0,281	0.779
	3 ve Üstü	18	14,72		
DNY Yüksek Standartlar	2 ve altı	17	16,88	-1,291	0.197
	3 ve Üstü	18	14,83		
DNY Utanç	2 ve altı	17	44,29	-0,760	0.447
	3 ve Üstü	18	42,67		
DNY Suçluluk	2 ve altı	17	50,65	-1,604	0.109
	3 ve Üstü	18	52,28		
DNY OKB Puanı	2 ve altı	17	27,24	-1,462	0.144
	3 ve Üstü	18	24,17		

**Mann-Whitney U test**

Tablo 11’ de , katılım gösterenlerin ölçek ve alt boyutları kardeş sayısına göre karşılaştırılmıştır. Belirtilen ölçek veya alt boyutlarında herhangi biri 2 ve altı kardeşi olanlar ile 3 ve üstü kardeşi olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu çalışmada OKB tanısı alan bireylerin onay arama şemaları ve suçluluk- utanç duygularının OKB tanısı almayan bireylerin onay arama şeması ve suçluluk utanç duyguları arasındaki ilişki karşılaştırılarak incelenmiştir. Bu çalışma sözü edilen üç değişkenin ülkemizde birlikte incelendiği ilk çalışmadır. Ulaşılan bilgiler kapsamında OKB tanısı alan ve almayan bireylerin sosyodemografik durum bakımından yaş durumu , cinsiyet durumu ,eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi karşılaştırılmıştır.

Bu çalışmanın örneklemini 70 kişiden oluşmaktadır. Deney grubundaki 35 kişinin OKB tanısı bulunmakla birlikte kontrol grubundaki 35 kişinin herhangi psikiyatrik bir tanısı bulunmamaktadır. Deney grubu 18 kişilik kadın, 17 kişilik erkek hastalardan oluşmaktadır. Kontrol grubunu ise 18 kişilik kadın, 17 kişilik erkek katılımcılar oluşturmaktadır.

Çalışmada deney grubunun yaş ortalaması 29 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 28.8 dir. Çalışmada deney grubunun 5'i lise, 5'i ön lisans, 21'i lisans ve 4'ü yüksek lisans mezunuyken , kontrol grubunun 5'i ilk okul,4'ü lise, 4'ü önlisans, 16'sı lisans ve 6'sı yüksek lisans mezunudur. Deney grubundakilerin yüzde 71'i (n:25 ) bekar iken yüzde 28'i evlidir, kontrol grubunun yüzde 45'i (n:16) sı evli iken yüzde 54'ü (n:19) bekar katılımcılardan oluşmaktadır.

Deney grubunun gelir düzeyi incelendiğinde yüzde 11'inin (n:4) 1000-2000 , yüzde 37'sinin (n:13) 2000-5000, yüzde 31'inin (n: 11) 5000-10000 ve yüzde 20'sinin (7) 10000 ve üzeri gelire sahip olduğu , kontrol grubunun gelir düzeyi incelendiğinde ise yüzde 20'sinin (7) 1000-2000, yüzde 45'inin (n:16) 2000-5000, yüzde 11'inin (n:4 ) 5000-10000 ve yüzde 22'sinin (n:8) 10000 ve üzeri gelire sahip olduğu belirtilmiştir.

Katılımcıların sosyodemoğrafik özellikleri karşılaştırıldığında deney ve kontrol gruplarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve medeni durumları açısından anlamlı fark bulunmaması, seçilen örneklemin benzer özellikler taşıdığını ve yapılan karşılaştırmanın güvenilir olduğunu göstermektedir.

Yapılan bu çalışmaya 35 OKB tanısı almış birey katılmıştır. Deney grubunun yaş ortalamalarına ait veriler incelendiğinde, 35 katılımcının genel yaş ortalaması 29,65'tir(SS=7,90). Çalışmadaki OKB'li kadınların yaş ortalaması 29.7 iken erkeklerin ki 30

dur. Ülkemizde OKB'nin sosyodemografik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada yaş ortalaması erkeklerde 15-47 yaşları arasında, kadınlarda ise 22-44 arasında bulunmuştur (Demet ve ark.,2005 ). Minimum yaş 18, maximum yaş ise 47'dir. 2013 yılında ülkemizde OKB üzerine yapılan bir çalışmada OKB'li bireylerin yaş ortalamalarının 18-42 aralığında olduğu belirtilmiştir ( Doğan ve ark.,2013). Bu çalışmaya katılan en genç OKB'li birey 18 yaşında, en yaşlı bireyin ise 47 yaşındadır. Çalışmada ki yaş aralıkları ve yaş ortalaması dikkate alındığında çalışmamın verilerinin ülkemizde yapılan benzer çalışmaların sosyodemografik verileriyle örtüştüğünü söylenebilir. Deney grubunun yaş aralıkları incelendiğinde, %37,1'inin (n=13) 18-24 yaşları arasında olduğu,%37,1'inin (n=13) 25-34 yaşları arasında olduğu, %25,7'sinin (n=9) 35 ve üzeri yaşları arasında olduğu saptanmıştır. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış ve çalışmaya katılmış bireylerin yaş ortalaması literatürdeki çalışmalarla uyum göstermektedir. Bu çalışmaya katılan deney grubunda ki bireylerin yaş ortalamaları yetişkinlik dönemini kapsamaktadır.

Obsesif kompulsif bozukluğu cinsiyet açısından değerlendirirken araştırmaların çoğunda kadın ve erkek arasında anlamlı bir pozitif fark olmadığı vurgulanmıştır. 1993'de OKB üzerine yapılan bir çalışmada hastaların %55'inin kadın olduğu bildirilmiştir((Rasmussen ve Eiesen, 1993 ). Yakın tarihlerde yayınlanan DSM- IV' de OKB tanısı olan 431 hastanın %51'inin kadın olduğu belirtilmiştir (Foa ve Kozak 1995). Ülkemizde yapılan OKB'nin cinsiyet dağılımına yönelik bir çalışmada kadın ve erkeklerde eşit görüldüğü bildirilmiştir (Ertan.,2008). 2006 yıllarında yine ülkemizde yapılan OKB'ye yönelik çalışmalarda cinsiyet dağılımında anlamlı bir fark saptanamamıştır (Beşiroğlu ve Ağargün, 2006). OKB'de Cinsiyet dağılımının eşit olduğuna dair pek çok çalışmanın bulunmasını yanı sıra kadınlarda daha fazla görüldüğünü bildiren az da olsa birkaç çalışmada bulunmaktadır (Altıntaş ve Özçürümez, 2015; Rasmussen ve Eisen,1992; Andrews ve ark., 2001). Bu çalışmaya katılan OKB' hastalarının %51'i kadın (n:18), %48'i (n:17) ise erkektir. Çalışmada ki istatistiksel verilerinin anlamlılığının etkilenmemesi adına bu çalışmada kadın erkek hasta sayısı çok yakın seçilmiştir.

OKB'nin eğitim durumu ile ilişkisi incelendiğinde araştırmanın yapıldığı ülke yada şehre göre eğitim düzeylerinde farklılıklar ortaya çıktığı düşünülmektedir. Örneğin 2005 yılında Manisada bir hastanede uygulanan çalışmanın %1.0'ını hiç hiç eğitim almayan kişiler, %22,9 ilkokul mezunu , %10.4'ünü ortaokul mezunu , %36.5'ini lise mezunu, %12'sinin ön lisans mezunu, %42'sinin üniversite mezunu, %12'sinin lisansüstü eğitime

sahip hastalar oluşturmaktadır (Demet ve ark., 2005). Bu çalışmanın bulgularının sonucunda deney grubundaki OKB'li hastaların %14'ü lise, %14'ü ön lisans, %60'ı lisans, %11'i ise yüksek lisans mezunudur. Örneklemin eğitim durumu göz önüne alındığında büyük bir bölümünün üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Yapılan bu çalışma ve literatür araştırmaları'na göre OKB'nin eğitim durumuyla anlamlı bir ilişkisi olmadığı söylenebilir.

OKB ve medeni durumun ilişkisini araştıran çalışmalarda ülkemizdeki ve dünyadaki çalışmalar farklılık göstermektedir. Türkiye de yapılan çalışmalarda OKB tanısı alan bireylerin büyük oranda evli bireylerden oluştuğu gözlenmiştir. OKB tanısı alanlarda evli olma kıyasla bekar olma daha yüksek bulunmuştur (Lapsekili ve ark. 2010, Karamustafaoğlu ve ark. 2009). Nitekim ülkemizde yapılan çalışmalarda OKB tanısı almış evli bireylerin oranı sırasıyla %60,2 (Gülseren ve ark., 1995), %68,2 (Yiğittürk ve ark.,2002), %83,3 (Tezcan ve ark.,1997) olarak bildirilmiştir. Ulusal alanda yapılan çalışmalarda ise durum tam tersidir, düşük evlilik sayıları belirtilmiştir (Koran 2000, Leon 1995). 2001 yılında Tayvanda OKB'li bireyler üzerinde yapılan araştırmada katılımcıların %62,5 'inin bekar olduğu bildirilmiştir (Juang Liu.,2001). OKB tanısı konulmuş 250 hastanın medeni durumlarının incelendiği başka bir araştırmada hastaların %48'inin bekar, % 52 'sinin evli olduğu saptanmıştır (Rasmussen ve ark. 1991). Bu çalışmada OKB tanısı alan bireylerin %71,4'ü bekar, %28'6'sı evlidir. Verilere göre bekar olma durumu OKB arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Sonuçlar yurtiçi bulgularıyla benzerlik göstermemekle beraber ulusal alanda yapılan benzer bazı araştırmaların bulgularıyla örtüşmektedir. OKB'li bireyler hastalığın ortaya çıkardığı zorluklar nedeniyle evlenmemeyi yada evliliğini bitirmeyi tercih etmiş olabilir.

Bu çalışmada ki ölçek ve alt ölçeklerden çıkan puanlara ait betimsel istatistikler incelenmiştir. YŞÖ-KF3 ölçeğinin içeriğindeki her bir erken dönem uyumsuz şemasını ölçen alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 30 dur, kişi herhangi bir şema alt ölçeğinden 15 ve üstü puan alırsa o şemanın aktif olarak kişinin hayatını etkilediğini söylenebilir. Puanların yükselmesi erken dönem uyumsuz şemanın güçlendiğine, puanların düşmesi ise erken dönem uyumsuz şemanın zayıf olduğunu anlamına gelmektedir. (Soygut ve ark., 2009).

Deney grubunun duygusal yosunluk alt ölçeğinden minimum 5, maksimum 27 puan alınmıştır. Kontrol grubu duygusal yoksunluk alt ölçeğinden minimum 5, maksimum 27 alınmıştır. Deney grubu başarısızlık minimum puanı 5, maksimum puanı 26 dır. Kontrol grubunun başarısızlık minimum puanı 5 maksimum puanı 22 dir. Deney grubunun karamsarlık minimum puanı 5, maksimum puanı 30 dur. Kontrol grubunun karamsarlık minimum puanı 5, maksimum puanı 25 dir. Deney grubunun sosyal izolasyon / güvensizlik minimum puanı 5 maksimum puanı 30 dur. Kontrol grubu sosyal izolasyon / güvensizlik minimum puanı 5 , maksimum puanı 24 dür. Deney grubunda duyguları bastırma alt ölçeğinden alınan minimum puan 5, maksimum puan 20 dir. Kontrol grubunda duyguları bastırma alt ölçeğinden alınan minimum puan 5 , maksimum puan 25 dir. Deney grubunda onay arayıcılık alt ölçeğinden alınan minimum puan 8 iken maksimum puanı 26 dır. Kontrol grubunda onay arayıcılık alt ölçeğinden alınan minimum puan 5 iken maksimum puanı 30 dur. Deney grubunda iç içe geçme/ bağımlılık alt ölçeğinden alınan minimum puan 5 iken maksimum puan 30 dur. Kontrol grubunda iç içe geçme / bağımlılık alt ölçeğinden alınan minimum puan 5 iken maksimum puan 20 dir. Deney grubunda ayrıcalıklılık/ yetersiz öz denetim alt ölçeğinden alınan minimum puan 6 iken maksimum puan 25 dir. Kontrol grubunda ayrıcalıklılık / yetersiz öz denetim alt ölçeğinden alınan minimum puan 5 iken maksimum puan 28 dir. Deney grubunda kendini feda alt ölçeğinden alınan minimum puan 8 iken maksimum puan 30 dur. Kontrol grubunda kendini feda alt ölçeğinden alınan minimum puan 5 iken alınan maksimum 27 dir. Deney grubunda terk edilme alt ölçeğinden alınan minimum puan 5 iken maksimum puan 28 dir. Kontrol grubunda terk edilme alt ölçeğinde minimum puan 5 iken maksimum puan 21 dir. Deney grubunda cezalandırılma alt ölçeğinden alınan minimum puan 7 iken maksimum puan 30'dur. Kontrol grubunda cezalandırılma alt ölçeğinden alınan minimum puan 5 iken maksimum puan 28 dir. Deney grubunda kusurluluk ölçeğinden alınan minimum puan 5 iken maksimum puan 26 dır. Kontrol grubunda kusurluluk ölçeğinden alınan minimum puan 5 iken maksimum puan 24 dır. Deney grubundaki tehditler karşısında dayanıksızlık alt ölçeğinde alınan minimum puan 5 iken , maksimum puan 29 dur. Kontrol grubundaki tehditler karşısında dayanıksızlık alt ölçeğinde alınan minimum puan 5 iken maksimum puan 24 dür. Deney grubundaki yüksek standartlar alt ölçeği minimum puanı 5 iken maksimum puan 30 dur. Kontrol grubundaki yüksek standartlar alt ölçeği minimum puan 3 iken maksimum puan 30 dur. Bu çalışmada şema alt ölçeklerine ait minimum ve maksimum puanlarında arasında istatistiksel olarak bir anlam bulunmamaktadır. Bununla birlikte deney ve kontrol gruplarındaki şema ölçeğinin ortalama puanlarını incelediğimizde deney grubundaki alt ölçeklerin puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu

saptanmıştır. Kim ve ark.'nın 2014 yılında OKB hastaları ve kontrol gruplarını karşılaştırarak yaptıkları bir çalışmada, OKB hastalarında erken dönem uyum bozucu şema puanlarının, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

SUTÖ içeriğinde suçluluk ve utanç olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Her bir alt ölçekten en az 12, en çok 60 puan alınır (Şahin ve Şahin 1992). Deney grubunda suçluluk alt ölçeğinde alınan minimum puan 26 iken maksimum puan 60 dır. Kontrol grubunda suçluluk alt ölçeğinde alınan minimum puan 14 iken maksimum puan 60 dır. Deney grubunda utanç alt ölçeğinde alınan minimum puan 20 iken maksimum puan 58 dir. Kontrol grubunda utanç alt ölçeğinde alınan minimum puan 12 iken maksimum puan 59 dur.

Deney ve kontrol gruplarının şema ölçeği kapsamında minimum ve maksimum puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Deney ve kontrol gruplarının SUTÖ puanlarının minimum ve maksimum puanları karşılaştırıldığında deney grubundaki suçluluk puanlarının minimum değerleri kontrol grubundaki suçluluk minimum değerlerinden anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Suçluluk hisseden kişi davranışları ve benliği arasında ki farklılaşmayı sağlayamaz bu yüzden davranışa yönelik hareket eder ve buda kişide OKB' semptomlarının ortaya çıkmasına neden olabilir( Tangney, Wagner ve Gramzow,1992).Literatürdeki çalışmalara baktığımızda yoğun suçluluk duygusunun OKB'nin başlaması ve sürdürülmesin de önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır (Melli ve ark.,2017 ; Basile ve ark.,2011; Mancini ve ark., 2004). Bu çalışmadan elde edilen veriler literatürdeki suçluluk ve OKB arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarla aynı yöndedir.

Young'a göre psikopatolojinin nedeni altta yatan erken dönem uyum bozucu şemalarıdır (Young J . ve ark. 1990,1994,2003). OKB için en belirgin ve patolojiye neden olan şemaların dayanıksızlık(zedelenmiş otonomi şema alanı), karamsarlık (aşırı tetikte olma/bastırılmışlık şema alanı) ve sosyal izolasyon(kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı) olduğu söylenebilir (Karahana.,2006). Bu araştırmada erken dönem işlev bozan şemaları ve OKB'nin ilişkisini anlamak üzere yürütülen analizler sonucu kopukluk ve reddedilmişlik şema alanı, zedelenmiş otonomi alanı ve aşırı tetikte olma/ bastırılmışlık şema alanlarının OKB ile aralarında pozitif anlamda bir ilişki olduğu saptanırken diğeri yönelimlilik ve zedelenmiş sınırlar şema alanları ile bir ilişki saptanamamıştır.

Alanyazında erken işlev bozan şemalar ve OKB ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında kopukluk reddedilmişlik alanı, zedelenmiş otonomi alanı yüksek standartlar (aşırı tetikte olma/ bastırılmışlık) şema alanları ile OKB'nin anlamlı bir ilişki içinde olduğu, ancak zedelenmiş sınırlar ve diğeri yönelimlilik şema alanlarının kapsadığı şemalarla OKB'nin anlamlı bir ilişki içinde olmadığı saptanmıştır (Velibaşoğlu B .,2014 ). Kim, Lee ve Lee'nin (2014) yaptığı bir başka çalışma da, obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların sosyal izolasyon, kusurluluk ve başarısızlık şemalarına sahip olduklarını göstermektedir Bu çalışmadaki OKB ve şema alanlarına dair bulgular literatürdeki benzer çalışmalara dair bulguları destekler niteliktedir. Bu çalışmada şema ölçeği alt boyutlarından ‘Başarısızlık, Karamsarlık, İç içe geçme, Terk edilme , Kusurluluk ve Yüksek standartlar pskorları deney grupları ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. Bu altı alt boyut deney grubunda kontrol grubuna oranla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Erken dönem uyumsuz şemaları ve OKB'yi araştıran çalışmalarda hastalıklar ve tehditler karşısında dayanıksızlık, karamsarlık ve sosyal izolasyon şemalarının obsesifkompulsif belirtilerle yordanabilir (Karahana, 2006; Taşdemir, 2011). Bu çalışmada dayanıksızlık ve sosyal izolasyon şemalarında deney grupları ve kontrol grupları arasında anlamlı olmamakla birlikte bir fark bulunmuştur. Dayanıksızlık şeması zedelenmiş otonomi şema alanına, sosyal izolasyon şeması ise kopukluk ve reddedilmişlik şema alanına dahil şemalardır. Bu iki erken dönem uyum bozucu şemasının dahil olduğu şema alanları kapsamında OKB ile ilişkileri yordanmıştır. Bu çalışmada duyguları bastırma, ayrıcalıklılık ve kendini feda şemalarında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu şemaların iki grupta da benzer oranlarda aktif olarak görülmesi bu şemaların OKB'yi yordamadığını, toplumun genelinde yaygın olabileceğini düşündürülebilir. Nitekim 2006 yılında yapılan ‘Erken disfonksiyonel şemaların OKB olan hastalar ve sağlıklı kişilerdeki aktivasyonlarının karşılaştırılması’ adlı çalışma da kontrol ve deney gruplarında fedakarlık ve ayrıcalıklılık şemalarının aktif olarak bulunmuş ve aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Karahana., 2006 ).

Kopukluk şema alanına sahip kişilerin erken dönem yaşantılarında ihmal ve istismar yoğunudur, ebeveynleri reddedici, kısıtlayıcı ve duygusal olarak yoksun bırakıcıdır. (Mc Ginn,Cukor ve Sanderson .,2005). Özellikle anne ilgisizliği ve annenin duygusal yoksunluğu kopukluk şema alanının ortaya çıkmasında önemli bir etkidir (Sarıtaş-Atalar ve Gençöz, 2015).Bu alandaki şemalara sahip kişiler kendilerini terk edilmiş, kusurlu hissederler. Literatürde OKB tanısı almış bireylerin ebeveynleri tarafından reddedildiklerini düşündüklerini belirten araştırmalar mevcuttur ( Turgeon ve ark., 2002; Alonso ve ark, 2004).

OKB tanısı almış bireylerin ebeveynleri üzerine yapılan bir çalışmada özellikle annenin çocuğu karşı ilgisinin daha az olduğu ve kendine güveninin babaya göre daha az olduğu düşünülmektedir( Sookman ve ark., 2001; Myhr ve ark., 2004). Bu bilgiler ışığında ihmalkar, duygusal olarak yoksun bırakan, reddeden, kendine güveni az olan ebeveynlerin özellikle annenin tutumları kişide kopukluk ve reddedilmişlik şemasının ortaya çıkmasıyla beraber OKB'nin gelişimine katkı sağladığı düşünülebilir. Erken dönem uyumsuz şemalarına sahip olan kişiler kendilerini kusurlu, işe yaramaz olarak görürler ve bu durum fark edilirse insanların ondan uzaklaşacağını düşünür. Kişideki bu kusurluluk inancı kişinin kendinden utanmasına neden olur ve benlik saygılarını düşürür (Young ve Klosko 1999). Okb li bireylerin obsesif ve kompulsif davranışlarıyla ilgili çok konuşmayan ve utangaç oldukları bildirilir (Hyman,2010).Buradan yola çıkarak kusurluluk şemasına sahip olan bireyin bu şemanın getirdiği hoş olmayan düşünceler ile baş edebilse için obsesyon veya kompulsiyon geliştirebileceği düşünülebilir. Temel de bulunan kusurluluk şeması yaşamın ilerleyen yıllarında kişinin OKB geliştirmesine neden olabileceği ihtimaller arasındadır. DSM 5'de OKB tanı kriterlerinden biri "Obsesyon ya da kompulsiyonlar kayda değer bir kaygıya sebep verir, zamanın boşa harcanmasına neden olur (günde bir saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin rutin günlük eylemlerini , mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da rutin toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli oranda zedeler." dir. Kişinin obsesyon ve kompulsiyonlarının sosyal olarak işlevselliğini bozmasına dikkat çeker . Bununla beraber kopukluk ve reddedilmişlik şema alanındaki uyumsuz şemalara sahip bireylerin ortak özelliği sosyal olarak diğerleri ile iyi ilişki kuramamaları, aktif bir sosyal hayatlarının olmamalarıdır. Her iki durumda da kişinin sosyal işlevselliği zarar görür. Kopukluk şemalarına sahip olan bireylerin OKB tanısı almaları halinde kişinin obsesyonlar ve kompulsiyonları aşırı vakit alacaktır ve temelde şeması yüzünden sosyal olarak işlevi kötü olan kişi OKB nin de dahil olmasıyla sosyal işlevsizliğinin artabileceği düşünülebilir . OKB li olan bireylerde kopukluk ve reddedilmişlik şemalarının yoğun görülmesinin sosyal işlevlerinin bozulması ile bir ilişkisinin olabileceği düşünülebilir. OKB ve erken dönem uyumsuz şemaları hakkında yapılan literatür çalışmaları ile bu çalışmanın sonuçlarının benzerlik göstermektedir. Bu durum bize yapılan bu çalışmanın literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Zedelenmiş otonomi şema alanındaki şemalara sahip olan kişilerin ebeveynleri aşırı korumacıdır ve çocuklarının otonomi ve özerklik ihtiyaçlarına zarar verirler. Bu kişiler ailelerinden ve diğerlerinden yeterince ayırışamamışlardır, hep başkasının yardımına ihtiyaç duyarlar, bağımsız bir hayat sürebileceklerine inanmazlar (Young ve ark.,2003). Alanyazında

ki çalışmalarda OKB tanısı alan bireylerin annelerinin aşırı korumacı oldukları bildirilir (Merkel ve ark., 1993; Yoshida ve ark., 2005). Aşırı korumacı ebeveynlik biçimi OKB ve zedelenmiş otonomi şemalarının ortaya çıkmasında yordayıcı olabileceği düşünülebilir.

OKB grubunda aktif olarak bulunan şemaların, özellikle anne tutumlarını belirleyen şemalarla benzer olduğu gözlenmiştir. Ebeveyn tutumlarının iki durumunda yordaması OKB'nin etyolojisini anlayabilmek açısından önemlidir.

Aşırı tetikte olma ve bastırılmışlık şemalarına sahip olan kişilerin kendiliğindenlik ve oyun ihtiyaçları erken dönemde karşılanmamıştır. Bu kişilerin katı ve gereğinden fazla kurallar koyan ebeveynleri vardır. Bu bağlamda yetişen çocuklar aşırı tetikte, kurallı ve yeterince dikkatli olmazlarsa başlarına bir şey geleceğinden korkarak yaşarlar (Young ve ark., 2003). Bunun akabinde kişiler karamsar olabilecekleri gibi her şeyin en mükemmelini arayarak yüksek standartlar şemasında sahip olurlar. Yapılan bu çalışmada deney ve kontrol grupları karşılaştırılmasında karamsarlık ve yüksek standartlar şeması deney grubunda kontrol grubuna oranla anlamlı olarak farklı çıkmıştır. Karamsar kişiler hayatın iyi ve olumlu parçalarını görmezden gelirler, çoğunlukla kötüye odaklanırlar. Herşey yolunda gitse bile eninde sonunda bozulacağını, mahvolacağını düşünürler. OKB'nin oluşumunda etkili olan tehdidin abartılı değerlendirilmesi ve düşünce kontrolüne verilen önem karamsarlık ile benzerlik göstermektedir. Tehdidin abartılı değerlendirilmesi OKB'li kişiye felaket senaryoları yazdırır, kişi aradaki iyi ihtimalleri görmez, direkt kötüye ve felaket sonucuna odaklanır (Clark 2004). Bununla benzer olarak OKB 'li birey düşünceleri üzerinde net bir kontrol sağlayamasa başına büyük bir felaket gelebileceğinden korkar (Clark 2004). OKB nin oluşumunda etkili olduğu düşünülen Tehdidin abartılı değerlendirilmesi ve düşünce kontrolüne aşırı önem verme durumlarının karamsarlık ile arasında bir ilişkinin varlığı düşünülebilir. Alanyazında ki çalışmalara göre obsesif kompulsif belirtiler en çok Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik şemasıyla ilgilidir (Alfasfos, 2009). Yüksek standartlar şemasına sahip olan kişiler hep daha fazlasını en mükemmelini en iyisini hedeflerler, hedeflerini tutturamama ihtimallerine karşı huzursuz hissederler (Young ve ark., 2003). Mükemmeliyetçilik ve kesinlik gibi bilişsel durumlarda ve bağımlılık/ yetersizlik ile ilgili şemalarda yüksek puan alan kişilerin obsesif kompulsif semptomlarının da yüksek olduğunu; aynı zamanda obsesif kompulsif belirtilerin bu şema alanlarını ve mükemmeliyetçiliği yordadığını öne sürmektedir (Wilhelm ve ark., 2015) Bununla beraber OKB ye neden olan mükemmeliyetçilik yüksektir, hayata karşı tolerans çok düşüktür, daha iyisinin olması için

çabalayıp durmaları ddir (Clark.,2004). Bu çalışmada deney grubundaki yüksek standartlar alt ölçeği puanlarının kontrol grubuna anlamlı olarak fark çıkmasının nedeni OKB'nin etyolojisinde önemli bir yeri olan mükemmeliyetçilik olabilir.

Deney ve kontrol gruplarının Suçluluk ve utanç ölçeğinin sonuçları incelendiğinde iki alt ölçeğinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Alanyazında OKB ve suçluluk – utanç duyguları ile ilgili yapılan araştırmalarda özellikle suçluluk duygusunun OKB ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki içerisinde olduğu bildirilirken utanç duygusunun OKB ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı belirtilmiştir. ( Melli ve ark.,2017; Basile ve ark.,2011; Mancini ve ark., 2004). Yapılan bu çalışmada deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında suçluluk ve utanç alt ölçeklerinin iki grup arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. OKB li bireylerde yoğun olarak bulunana düşünce eylem kaynaşmasının bu çalışmadaki suçluluk puanının yükselmemesiyle ilişkili olabileceği düşünülebilir. Düşünce eylem kaynaşmasına sahip olan OKB li hasta suçluluk ile ilgili sorulara yanıt verirken düşündüğü ve yaptığı şeyin eşit olduğunu düşünüp buna göre soruları yanıtlamış olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmaya göre, Şema Ölçeği alt boyutlarında “Karamsarlık” ve “Onay Arayıcılık” puanları ile Suçluluk ve utanç ölçeği alt boyutlarından “Utanç” puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Yakın zamanda ülkemizde yapılan “ Üniversite Öğrencilerinde Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Suçluluk Utanç Ve Affetmeyi Yordaması” adlı çalışmanın sonucunda erken dönem uyumsuz şemaları ile karamsarlık ve onay arayıcılık şemalarının utanç ile aralarında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Aslan .,2017). Utanç suçluluğa göre baş edilmesi daha zor bir durumdur çünkü utanç kişinin benliğine yaptığı atıflardan kaynaklanırken suçluluk davranışları sonucu ortaya çıkar. Kişinin davranışlarını değiştirerek suçluluk duygusundan kurtulabilme ihtimali varken benliğini değiştirmesi imkansızdır. Bununla beraber utanç duygusu suçluluğa göre çok daha erken yaşlarda oluşmaya başlar (Ersoy,2005). Doğal olarak utanç duygusunun suçluluktan daha sağlam köklere sahip olduğunu söyleyebiliriz. Utanma hali kişinin küçük yaşlarda bazı durumlara karşı yeterli gücünün olmamasından kaynaklanır, akabinde de kendini küçük duruma düşmüş gibi hisseder ve utanır (Ersoy,2005). Karamsarlık şemasına sahip olan kişiler ise hayatın hep kötü yönlerine odaklanırlar, başlarına bir şey geleceğine, eninde sonunda zarar göreceklarine dair işlevsiz inançları vardır. Bu yüzden yanlış yapmaktan çok korkarlar ve hayatı yeterince deneyimleyemezler. Utanç duygusu ve karamsarlık şemasını beraber aldığımızda büyümekte olan çocuğun bazı durumların üstesinden gelememesi sonucunda

utanç duygusu ortaya çıkıyor , ardından çocuk daha önce deneyip başaramadığı durumların hep bu şekilde devam edeceğine karşı karamsarlığa bürününebileceği düşünülebilir.

Bu araştırmada Şema Ölçeği alt boyutlarında “Duyguları bastırma” puanları ile Suçluluk ve utanç ölçeği alt boyutlarından “Suçluluk” puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Duyguları bastırma şemasına sahip olan bireyler öfke haricinde ki bütün doğal duygu ve eylemlerini bastırma eğilimindedirler çünkü çocukluk döneminde kendilerini ifade etmeleri için ebeveynleri tarafından yeterince cesaretlendirilmemişlerdir (Young.,2003). Bu kişiler doğal duygulardan kaçabilmek adına var güçleriyle duygularını bastırırlar. Bunun nedeni de doğru olanı yapma arzusu ve toplumsal kurallara uyma düşüncesi olabilir. Eğer kişi duygularını bastırarak toplumsal normlara uymazsa suçluluk duygusu çıkabilir. Bu bağlamda kişilerin suçluluk duygusunu daha az hissetmeleri için duyguları bastırma şemasını yoğun olarak kullandıkları düşünülebilir .

Şema Ölçeği alt boyutlarında “Onay arayıcılık” puanları ile Suçluluk ve utanç ölçeği alt boyutlarından “Utanç” puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Lewis kişinin yaşadığı sorunları sürekli olarak benliğe aktarması sonucu yoğun utancın açığa çıktığını söyler (Akt: Öz,2014). Tangney ve Fischer ise Lewis’i destekler nitelikte bir açıklamada bulunur ve utancın nedeninin; bireyin yaşadığı problemleri benliğine zarar verecek biçimde değerlendirmesinin olduğuna vurgu yapar (Balkaya, 2001). Bu açıklamalar ışığında utanç duygusu yoğun olan kişilerin benliklerinin zarar görmeye müsait yada gelişmemiş olduğunu düşünebiliriz. Bununla beraber koşullu ve başarı odaklı ebeveynlik sonucunda gelişmemiş bir benlik ve onay arayıcılık şemasının ortaya çıktığına daire bilgiler mevcuttur (Bricker ve Young, 2012 ). Bu bilgiler kapsamında onay arayıcılık şeması ve utanç duygusunun pozitif yönde anlamlı bir ilişkisinin olmasının nedeni kişinin yaşadığı olumsuzlukları benliğe aktararak benliğine zarar vermesi olabilir.

Duygusal yoksunluk Ölçeği alt boyutlarında “Terk edilme” puanları ile OKB puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Tartışmanın giriş kısmında terk edilme şemasına sahip kişilerin ebeveynleri tarafından terk edilmiş gibi hissettiklerinde dair çalışmalardan bahsetmiştik. Bununla birlikte OKB’li hastaların ebeveynleri tarafından reddedilmiş ve terk edilmiş olduklarını düşündüklerine dair literatürde bir çok bilgi olduğu da paylaşılmıştır (Ehiobuche, 1983, Akt. Doron ve Kyrios, 2005; Turgeon ve ark., 2002; Alonso ve ark, 2004). Sağlıklı olmayan ebeveynlik biçimlerinin kişilerin hayatına etki eden işlevsiz şemalara ve beraberinde patolojilere neden olabileceğini söyleyebiliriz.

“Karamsarlık” puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır. Karamsarlık ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Karamsarlık puanları, 35 ve üstü yaş grubunda olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Orta yetişkinlikte bireyler kendi anne babaları ve diğer yaşlıların ölümüyle , bununla birlikte kendi yaşamlarında daha kısa zamanlarının kaldığıyla yüzleşirler (Cohen.,2009). Bu çalışmada orta yaş yetişkin grubun karamsarlık şema puanlarının yükselmesinin nedeni Cohen’in de vurguladığı nedenlerden dolayı olabilir.

“Duyguları Bastırma” puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır. Duyguları bastırma ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Duyguları bastırma puanları, 18-24 yaş grubunda olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır .

“Onay Arayıcılık” puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır. Onay arayıcılık ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Onay arayıcılık puanları, 18-24 yaş grubunda olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır .

“Kendini Feda” puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır. Kendini feda ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Kendini feda puanları, 18-24 yaş grubunda olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır . Onay arayıcılık ve Kendini feda şemaları diğeri yönelimlilik şema alanının kapsama alanındadır. Bu şema alanındaki şemalara sahip bireylerin gelişmiş bir benlik anlayışı yoktur ve hep diğerlerini mutlu etmek adına bir şeyler yaparlar. Diğeri yönelimlilik şema alanındaki iki şemanın da 18-24 yaş aralığında anlamlı ölçülü çıkmasının nedeni gençlerin yetişkinlere kendilerini kabul ettirebilmek amacıyla yönelmeleri olabilir.

Tartışmanın ilk bölümünde deney ve kontrol grupları arasında şema ölçeği puanlarının duyguları bastırma, onay arama ve kendini feda alt alanlarında hemen aynı olduğundan bahsetmiştik. Bu üç alt ölçeğin puanlarının çok yakın olması ve bu çalışmaya dahil olan bütün katılımcıların büyük çoğunluğunun 18-24 yaş aralığında olmaları sonucunda 18-24 yaş grubunda bu üç şemanın yüksek çıkmasının nedeni olabilir.

“Cezalandırma” puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır. Cezalandırma ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Cezalandırma puanları, 35 ve üstü yaş grubunda olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır . Literatürde Cezalandırma şeması ve yaş ilişkisini inceleyen araştırma bulunamamıştır.

“Suçluluk” puanları yaşa göre karşılaştırılmıştır. Suçluluk ile yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Suçluluk puanları, 35 ve üstü yaş grubunda olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu konu hakkında 2006 yılında yapılan bir çalışmada suçluluk duygusunun yaş ilerledikçe arttığı bildirilmiştir(Bumaford.,2006). 2010 yılında yapılan bir araştırmada ise suçluluk duygusunun ergenlikle beraber yaşlılığa kadar artış gösterdiği araştırmalarla desteklenmektedir (Orth, Robins ve Soto, 2010). Bu çalışmadaki bulgular literatürdeki bilgilerle örtüşmüştür.

Bu araştırmada “Yüksek Standartlar” puanları ile gelir düzeyleri arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır (KV=9,264p=0.026). 10000TL ve üzeri gelire sahip olanların “Yüksek Standartlar” puanı diğer gelir düzeylerine kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Yüksek standartlar şemasına sahip olan kişiler kendilerini sürekli ilerlemek için zorlarlar. Her şeyin en iyisine sahip olmaları gerektiğine inanırlar. Bunlara sahip olabilmek içinde hep daha fazla çalışırlar (Young.,2003 ). Bu şemaya sahip kişilerin araştırmadaki en yüksek gelir düzeyiyle anlamlı ölçüde pozitif bir ilişkisinin olması şaşırtıcı değildir. Hayatta anlayışları sürekli çalışmak ve kazanmaktan ibaret olan bu insanların maddi gücünün bu doğrultuda artış göstermesi beklenebilir bir durumdur.

Bu çalışmada “Suçluluk” puanları cinsiyet duruma göre karşılaştırılması sonucunda Suçluluk puanları erkek ve kadınlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Suçluluk puanları erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. 2003 yılında 3000 kişinin katılımıyla suçluluk ve utanç üzerine yapılan araştırmada kadınların erkeklere oranla daha fazla suçluluk ve utanç yaşadıkları bildirilmiştir. Yaş durumunu da ele alan araştırmada hangi yaşta olursa olsun fark etmeksizin kadınların daha fazla suçluluk ve utanç hissettikleri belirtilmiştir (Tagney ve Dearing.,2003). Suçluluk ve utancın cinsiyet ile ilişkisini araştıran başka bir çalışmada da bir önceki çalışmayı destekler nitelikte suçluluk ve utanç puanlarını kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir Lutwak ve Ferrari 1996; Akt: Cirhinlioğlu ve Güvenç, 2011). Bu çalışmalar suçluluk ve utancı beraber ele alan çalışmalardır. 2010 yılında ülkemizde yapılan “Çalışanlarda Suçluluk ve Utanç Duygusunun

Cinsiyet Yaş Durumuna Göre Mukayesesi ve Örgütlerde Utanç Yönetiminin Kullanılması ‘’ adlı çalışmada suçluluk ve utanç cinsiyet durumuna göre ayrı ayrı ele alınmıştır. Araştırma verilerine göre utanç duygusu puanları kadınlarda daha yüksek çıkarken, erkeklerin de suçluluk puanlarında yükselme olmuştur (Sığırı, Tabak ve Sağır.,2010 ). Bu çalışmaya ek olarak ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada yetişkinlerdeki suçluluk ve utanç puanları birbirleriyle örtüşmektedir. Şahin ve Şahin (1992)’in araştırmasında 159 katılımcının suçluluk puanı ortalaması 49.10 ve utanç puanı ortalaması 47,36 iken bu çalışmada erkekler için suçluluk puanı ortalaması 53,70, utanç puanı ortalaması 40,88 iken kadınlarda aynı oranlar sırasıyla 50,52 ve 46,44 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmadan suçluluk ve cinsiyet’e dair elde edilen bilgiler literatürdeki benzer çalışmalarla örtüşmemektedir. Tarih boyunca toplumsal ve dini kurallara uymayan kadınlar erkeklere göre hep daha fazla eleştirildi. Aileden başlayarak yaşamı boyunca buna maruz kalarak yaşayan kadınların yaptıkları her yanlış davranışta toplumun kısıtlayıcı, ayrımcı ve cezalandırıcı tavırlarla erkeklere oranla daha fazla karşılaştılar. Buna bağlı olarak erkeklere oranla daha fazla suçluluk hissetmeleri olağandır. Ayrıca aile içindeki yakınlık oranının suçluluğu utanca göre daha çok geliştirmesi bilgisi literatürde mevcuttur (Walter ve Bumaford (2006). Aile içi yakınlık kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu göz önünde bulundurulursa bu çalışmada suçluluğun kadınlarda daha fazla olmasının bir nedeninin de bu olabileceği düşünülebilir.

‘‘Karamsarlık’’ ve ‘‘Tehditler Karşısında Dayanıksızlık’’ puanları ayrı ayrı medeni duruma göre karşılaştırılmıştır. Karamsarlık puanları evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Karamsarlık evlilere kıyasla bekarlar da daha yüksek bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda evli bireylerin bekarlara göre mutluluk oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özellikle evli kadınların bekar kadınlara göre hayatlarından daha memnun. Medeni durum ve yaşam doyumu üzerine yapılan bir araştırmada evlilerin bekarlara göre büyük yaşam doyumuna sahip olduğu saptanmıştır (Annak, 2005). Bu bilgiler göz önüne alındığında bu çalışmada karamsarlık ve tehditler karşısında dayanıksızlık şemalarının bekarlarda evlilere oranla yüksek bulunmasının nedeni evlilerin mutluluk ve yaşam doyumu oranla bekarlardan yüksek olması olabilir.

## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ

Bu çalışmada Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı almış bireylerin onay arama şeması ve suçluluk utanç duygular, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almayan bireylerin onay arama şemaları ile suçluluk utanç duygularının karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Çalışmaya 35 Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış birey ile , psikiyatrik tanı almayan ratgele seçilmiş 35 kişi katılmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında sosyodemoğrafik özellikler açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Deney ve kontrol grubunun sosyodemoğrafik özelliklerinin benzer olması bu çalışmanın istatistiksel analizinin güvenli ve geçerli yükseltmiştir.

Çalışma kapsamında deney grubu yaş ortalaması 29 , kontrol grubu yaş ortalaması 28,82 olarak saptanmıştır.

**1.**YŞÖ-KF3 ile ölçülen “Başarısızlık” puanları deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Başarısızlık” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur .

**2.** YŞÖ-KF3 ile ölçülen “Karamsarlık” puanları da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Karamsarlık” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (p=0.037).

**3.**YŞÖ-KF3 ile ölçülen “İççe Geçme Bağımlılık” puanları da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “İççe Geçme Bağımlılık” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (p=0.014).

**4.**YŞÖ-KF3 ile ölçülen “Terk Edilme” puanları da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Terk Edilme” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur .

**5.** YŞÖ-KF3 ile ölçülen “Kusurluluk” puanları da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Kusurluluk” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur .

**6.** YŞÖ-KF3 ile ölçülen ‘ ‘ Yüksek Standartlar” puanları da deney ve kontrol grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık göstermiştir. “Yüksek Standartlar” puanları deney grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

**7.**Bu çalışma da SUTÖ ile ölçülen suçluluk ve utanç duyguları ile OKB guruplar arasında literatürün aksine anlamlı bir fark çıkmamıştır.

**8.**Bu araştırmanın korelasyon analizi ile deney guruplarında SUTÖ , YŞÖ-KF3 ve OKB puanlarının alt boyutları arasındaki ilişkisellik incelendiğinde istatiksel olarak anlamlı ilişkiler ortaya konmuştur.

**9.** YŞÖ-KF3 alt boyutlarında “Karamsarlık” puanları ile SUTÖ ölçeği alt boyutlarından “Utanç” puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir .

**10.**YŞÖ-KF3 alt boyutlarında “Duyguları bastırma” puanları ile SUTÖ alt boyutlarından “Suçluluk” puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir .

**11.**YŞÖ-KF3 alt boyutlarında “Onay arayıcılık” puanları ile SUTÖ alt boyutlarından “Utanç” puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir .

**12.** YŞÖ-KF3 alt boyutlarında “Terk edilme” puanları ile OKB puanları arasında istatistikçe anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir .

## YEDİNCİ BÖLÜM

### SINIRLILIKLAR VE ÖNERİLER

1. Bu araştırma özel bir klinikte ki kısıtlı bir gruba yapılmıştır. Kısıtlı zaman ve bağlamda gerçekleştirilen bu çalışma istatistiksel olarak anlamlı olmakla beraber benzer çalışmaların farklı bağlam ve zamanlarda yapılması daha detaylı ve sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayacaktır.
2. Bu çalışma küçük bir deney grubu üzerinde yapılmıştır. Daha detaylı ve genellenebilir bilgilere ulaşabilmek adına büyük bir grup ile benzer araştırmalar yapılabilir.
3. Erken dönem işlevsiz şemaları ile ebeveyn tutumları arasında güçlü bir ilişki vardır. Buna bağlı olarak ileride erken dönem uyumsuz şemaları ile ilgili yapılacak diğer araştırmalarda ebeveyn tutumlarını da ele almak da yarar vardır.
4. Bu çalışmaya OKB'nin başlangıç yaşı ve şiddeti dahil edilmemiştir. Yapılacak başka çalışmalarda OKB'nin başlangıç yaşı ve şiddetinin dahil edilmesi daha belirleyici sonuçların bulunması sağlayacaktır.
5. OKB 'nin tedavisi öncesinde kişide etkin olan erken dönem uyumsuz şemalarının saptanması sonucu bir tedavi planı çizilmesi ve bu doğrultuda ilerlenmesi terapi sürecine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.
6. OKB ile anlamlı ilişkisi bulunan suçluluk duygusunun terapide ele alınıp incelenmesi tedavi sürecine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

## SEKİZİNCİ BÖLÜM

### KAYNAKÇA

- Abe, J. A. (2004). "Shame, Guilt, and Personality Judgment", *Journal of Research in Personality*, 38; 85–104.
- Akgün N. (1989). *Obsesyonel nevroz saplantı zorlantı bozukluğu*, Ed:Akgün N ,Nobel Tıp Kitapevi
- Alfasfos, L. (2009). The early maladaptive schemas and their correlations with the psychiatric symptoms and the personality accentuations for Palestinian students. *Doctoral dissertation, Hamburg, Univ., Diss.*
- Alonso, P., Menchón, J. M., Mataix-Cols, D., Pifarré, J., Urretavizcaya, M., Crespo, J. M., . & Vallejo, J. (2004). Perceived parental rearing style in obsessive– compulsive disorder: relation to symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 127(3), 267-278.
- Altıntaş, E., & Özçürümez, G. (2015). Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların cinsiyet farklılığı açısından değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 40(3), 409-417.
- Amerikan Pskiyatri Birliği (2013). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (DSM-V). (Çev. Köroğlu, E.). Hekimler Yayın Birliği: Ankara.
- Andrews, G., Henderson, S. & Hall, W. (2001). Pervalece, comorbidity, disability and service utilization. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178, 145-153.
- Angst, J. Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D. & Rössler, W. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry Clinical and Neuroscience*, 254, 156-164
- Anilmis, J. V., Stewart, C. S., Roddy, S., Hassanali, N., Muccio, F., Browning, S., ... ve Jolley, S. (2015). Understanding the relationship between schematic beliefs, bullying, and unusual experiences in 8–14 year olds. *European Psychiatry*, 30(8), 920-923
- Annak, B. (2005). Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu: Duygu-Durum Ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma. (*Yayımlanmamış yüksek lisans tezi*). Mersin Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Aslan, H., Unal, M. (1995) Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Anksiyete Monografı Serisi 3
- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D. & Çalışkan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(4), 268-279.
- Averill, P., M., Diefenbach, G. J., Stanley, M. A., Breckenridge, J., K., & Lusby, B. (2002). Assessment of shame and guilt in a psychiatric sample: A comparison of two measures. *Personality and individual differences*, 32(8), 1365-1376.
- Balkaya, F. (2001). Çok Boyutlu Öfke Envanterinin Geliştirilmesi ve Bazı Semptom Gruplarındaki Etkisi (*Yüksek Lisans Tezi*) Ankara Üniversitesi, Ankara.

- Ball, S. A, ve Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorder: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 72-83.
- Basile, B., Mancini, F., Macaluso, E., Caltagirone, C., Frackowiak, R. S., & Bozzali, M. (2011). Deontological and altruistic guilt: evidence for distinct neurobiological substrates. *Human Brain Mapping*, 32(2), 229-239.
- Başoğlu, M., Lax, T., Kasvikis, Y., & Marks, I. M. (1988). Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2(4), 299-317.
- Bayar, R., Yavuz, M. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye' de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, 185-192
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 25-32.
- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1974). The development of depression: A cognitive model. In R. Friedman, & M. Katz (Eds.), *Psychology of depression: Contemporary theory and research* (3-27). Washington, DC: Winston-Wiley.
- Beck, A. T. (1999). Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. C. R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology* (s. 411–429) içinde. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953–959.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive theory of depression*. Guilford Press: New York.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press.
- Berthier ML, Kulisevsky J., Gironell A ve ark. (1996) Obsessive compulsive disorder associated with brain lesions ; Clinical phenomenology, cognitive function and anatomic correlates. *Neurology* 47; 353, 361
- Beşiroğlu, L., Ağargün, M.C. (2006). Obsesif kompulsif bozuklukta sağlık yardımı arama davranışı ile ilişkili etmenler: Hastalık ile ilişkili ve genel etmenlerin rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 213-222
- Bogetto, F., Venturellos, A. U., Maina, G. & Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European psychiatry*, 14(8), 434-441.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561–576.
- Bosmans, G., Braet, C. ve van Vlierberghe, L. V. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: Early maladaptive schemas as a cognitive link. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(5), 374–385.

- Bricker, D. C., & Young, J. E. (2012). A client's guide to schema therapy.
- Brown, A. M., & Whiteside, S. P. (2008). Relations among perceived parental rearing behaviours, attachment style and worry in anxious children. *Anxiety Disorders*, 22, 263–272
- Budak, S. (2000). Psikoloji Sözlüğü. İstanbul: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Carr, S. N. & Francis, A. J. P. (2010). Do Early Maladaptive Schemas Mediate the Relationship Between Childhood Experiences and Avoidant Personality Disorder Features? A Preliminary Investigation in a Non-Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 343-358.
- Chen, Y. W. & Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 57-64.
- Chmielewski, M. ve Watson, D. (2008). The heterogeneous structure of schizotypal personality disorder: Item-level factors of the schizotypal personality questionnaire and their associations with obsessive-compulsive disorder symptoms, dissociative tendencies, and normal personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 364-376.
- Cirhinlioğlu, F., Güvenç, G. (2011). Utanç eğilimi, suçluluk eğilimi ve psikopatoloji. *Uluslararası İnsan Bilim Dergisi*, 8(1), 248-267.
- Clark, D. A. (2004). Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: Guilford Press
- Conceicao do Rosario-Campos, M., Leckman, J. F., Mercadante, M. T., Shavitt, R. G., Prado, H. S., Sada, P., Miguel, E. C. (2001). Adults with early-onset obsessivecompulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1899–1903.
- Cosentino T, D'Olimpio F, Perdighe C, Romano G, Salianni AM, Mancini F (2012). Acceptance of being guilty in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale - Monograph Supplement* 39-56.
- Cougle, J. R., Goetz, A. R., Hawkins, K. A., & Fitch, K. E. (2012). Guilt and compulsive washing: Experimental tests of interrelationships. *Cognitive therapy and research*, 36(4), 358-366.
- Çakır, Z. (2007). Antisosyal kişilik bozukluğunda erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik biçimleri ve şema sürdürücü başa çıkma davranışları arasındaki ilişkiler: şema terapi modeli çerçevesinde bir inceleme. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- De Bruin G. O., Muris, P., & Rassin, E. (2007). Are there specific meta-cognitions associated with vulnerability to symptoms of worry and obsessional thoughts. *Personality and Individual Differences*, 42, 689-699.
- Demet, M., M., Deveci, A., Deniz, F., Taskın, E., O., İmek, E. & Yurtseven, F. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 133-144.

Dilbaz, N., Karamustafalıoğlu, O. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif kompulsif spektrum bozukluklarında tedavi: fluvoksamin“ in yeri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 18, 208-221.

Dinçer, D. (2013). Üniversite öğrencilerinin suçluluk ve utanç kavramlarının incelenmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.

Dingemans, A. E., Spinhoven, P. ve Van Furth, E. F. (2006). Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 7(3), 258-265.

Doğan, K., et al., Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2013. 2:34-40

Doğan, O. (2010). Dirençli Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Tedavi Seçenekleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 269-278.

Doron, G. & Kyrios, M. (2005). Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25, 415-432.

Dost, A., ve Yağmurlu, B. (2008). Are constructiveness and destructiveness essential features of guilt and shame feelings respectively. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 38 (2), 109-129.

DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (2007). Ed. Köroğlu E. Ankara: HYB Yayıncılık.

DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (2013). Ed. Köroğlu E. Ankara: HYB Yayıncılık.

Ertan, T. (2008). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. (Ed. Uğur, M., Balcıoğlu, İ., ve Kocabaşoğlu, N.), 25-30.

Fenichel O (1945) Nevrozların Psikoanalitik Teorisi. (Çev. S Tuncer), İzmir, Ege Üniversitesi Matbası, s.246-284.

Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Jencius, S. 2010). Shame and guilt proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 811–815.

Foa, E.B., Kozak, M.J. (1995). DSM-4 field trial obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 152, 90-96.

Freud S (1913) Saplantı nevrozuna yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı). Psikopatoloji Üzerine, (Çev. S Budak) Ankara, 1997, Öteki Yayınları, s.125-143.

Ghorbani, Majid; Liao, Yuan; Caykoylu, Sinan; Chand, Masud. (2013). Guilt, shame, and reparative behavior: the effect of psychological proximity. *Journal of business ethics*, v.114:no.2:311-323

Glaser, B. A., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates, J. M., ve Petrocelli, J. V. (2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 35, 2-13.

Gör, N. Yiğit., İ., Kömürcü., B., Şenkal Ertürk., İ (2017). ‘‘Geçmişin mirası ve geleceğin haritası: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar. *Nesne Psikolojisi Dergisi*, vol 5

Gülseren, L., Eğrilmez, A., Gülseren, Ş. ve Kültür, S. (1995). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konmuş bir grup hastada obsesyonların biçim ve içerikleri: Kesitsel bir sınıflandırma çalışması. *Kriz Dergisi*, 3(1), 159-162

Haaland, A. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. O., Hansen, B., Solem, S. & Himle, J. A. (2011). The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 49, 781-788

Haaland, A. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. O., Hansen, B., Solem, S. & Himle, J. A. (2011). The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 49, 781-788

Hollander, E. (2000). Managing aggressive behavior in patients with obsessivecompulsive disorder and borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 38-44

Jonest E (1913) Hate and anal erotism in the obsessional neurosis. Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder, DJ Stein ve M Stone (Ed), New York, New York University Press, 1997, s.65-72.

Jovey, M., ve Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467-478

Karadağ, F., Kalkan Oğuzhanoglu, N., Özdel, O., Ateşçi, F. Ç. & Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. *Depresyon and Anxiety*, 23(3), 145-152.

Karahan, D. (2006). Erken Disfonksiyonel Şemaların Obsesif- Kompulsif Bozukluğu Olan Hastalar ve Sağlıklı Kişilerdeki Aktivasyonlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kliniği.

Karamustafalıoğlu, K., et al., Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bursa Savaş Ofset, 1993. 86.

Karamustafalıoğlu, O., Ceylan, C., Y., Bakım, B., Toker, S., G., Bozkurt, S., Göksan, B.,

Kim, J.E., Lee,S.W.,Lee,S.J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive–compulsive disorder

Koran, L.M. (2000). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 509-517.

- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2014). *Abnormal psychology*.
- Krüger, S., Cooke, G. C., Hasey, G. M., Jorna, T. & Persad, E. (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 34(2), 117-120.
- Labad, J., Menchon, J. M., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurrieta, N., Leckman, J. F. ve Vallejo, J. (2008). Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depression and Anxiety*, 25, 832-83
- Laplane D, Levasseur M, Pillon B ve ark. (1989) , obsessive compulsive and other behavioural changes with bilateral basal ganglia lesions . *Brain* 112; 699-725.
- Leith, K. P. ve Baumeister, R. F. (1998). Empathy, shame, guilt, and narratives of interpersonal conflicts: Guilt prone people are better at perspective taking. *Journal of Personality*, 66, 1-38.
- Leon A.C., Porera L., Weismann, M.M. (1995). Social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(27), 19-22.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854-860.
- Lopatka C, Rachman S (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy* 33, 6, 673-684.
- Lutwak, N. ve Ferrari, J. R. (1996). Moral affect and cognitive processes: Differentiating shame from guilt among men and women. *Personality and Individual Differences*, 21 (6), 891-896
- MacDonald, P.A., Antony, M.M., McLeod, C.M., Richard, P. (1999). Priming for Obsessive-Compulsive Checkers and Noncheckers Swinson . *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 679-686.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2004b). Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 109- 120
- Manfredi, C., Caselli, G., Rebecchi, D., Rovetto, F., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S. & Spada M. M. (2011). Temperament and parenting styles as predictors of ruminative brooding and worry. *Personality an Individual Differences*, 50, 186-191.
- Mash, E. J. ve Dozois, D. J. A. (2003). *Child psychopathology: A developmental systems perspective*. E. J. Mash ve R. A. Barkley (Ed.), *Child Psychopathology* (2. Basım) içinde. New York: The Guilford Press
- McCarthy, M. C. ve Lumley, M. N. (2012). Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(4), 288-297
- McGinn LK, Young J. , *Schema Focused Therapy* (1996) Salkovskis PM (Ed), *Frontiers of cognitive therapy* , NY, Guilford Pres

- McGinn, L. K., Cukor, D., ve Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style and anxiety and depression: Does increased early adversity influence symptom severity through the mediating role of cognitive style. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 219–242.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A., Sookman, D., Taylor, S., & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanism. *Clinical Psychology Review*, 24, 283-313.
- McLean, H. R., Bailey, H. N. ve Lumley, M. N. (2014). The secure base script: Associated with early maladaptive schemas related to attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(4), 425-446
- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., Marazziti, D., & Pinto, A. (2017). The role of guilt sensitivity in OCD symptom dimensions. *Clinical psychology & psychotherapy*
- Merkel, W. T., Pollard, C. A., Wiener, R. L., & Staebler, C. R. (1993). Perceived parental characteristics of patients with obsessive compulsive disorder, depression, and panic disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 24(1), 49-57.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Clavan, M. (1997). Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 249-252.
- Myers, S. G., Fisher, P. L. & Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 436-442.
- Myers, S.G., P.L. Fisher, and A. Wells, Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 2009. 22(3): p. 475-484.
- Myhr, G., Sookman, D. & Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 447-456.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., ve Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142– 149.
- Öğütçen, Ö., Akpınar, A. (2009). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Sosyodemografik Özellikler ve Komorbidite. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 43, 112-116.
- Öz, F. (2014). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara:Nadir
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., and Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 571–584.
- Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *The American journal of psychiatry*, 163 (11), 1978-2000.
- Rachman, S. & Shafran R. (1999). Cognitive Distortions: Thought-Action Fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 80-85.

- Rachman, S. (1997). A COGNITIVE THEORY OF OBSESSIONS. *Behaviour Research and Therapy*, 39(9) , 793-802. Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R., & Woody, S. R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 779– 784.
- Rapoport, J. L., Swedo, S. E., & Leonard, H. L. (1992). Childhood obsessive compulsive disorder (144th Annual Meeting of the American Psychiatric Association: Obsessive compulsive disorder: Integrating theory and practice [1991, New Orleans, LA]). *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(Suppl. 4), 11–16.
- Rapoport, J. L., Swedo, S. E., & Leonard, H. L. (1992). Childhood obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53 (Suppl-4), 11–16.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive–compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67–73.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 10–14.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. In *Zwangsstörungen/obsessive-compulsive disorders* (pp. 1-14). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Rasmussen, S.A., Eisen, J.E. (1991). Phenomenology of Obsessive Compulsive Disorder. In *Psychobiology of Obsessive Compulsive Disorder*. Ed(s) Insel T., Rasmussen S., Zohar J. New York: Springer Verlag.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P. ve Schmidt, H. (2001). The thought-action fusion scale: further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 537-544.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P. ve Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*. 37(3), 231-237.
- Rassin, E., Muris, P., Schmidt, H., & Merckelbach, H. (2000). Relationships between thought-action fusion, thought suppression and obsessive-compulsive symptoms:A structural equation modeling approach. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 889–897
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A. & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136, 581-590.
- Ricciardi, J. N., & McNally, R. J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(3), 249-256.
- Riskind, J. H. ve Alloy, L. B. (2006). Cognitive vulnerability to psychological disorders: Overview of theory, design, and methods. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), 705-725
- Roemmele, M. ve Messman-Moore, T. L. (2011). Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20(3), 264-283.

- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, *15*(1), 53–63.
- Salkovskis PM , Kirk J. .(1997) Obsessive compulsive disorder. Clark D (ed). Science and Practice of Cognitive –Behaviour Therapy . Oxford Un. Pr; 179-208
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive Problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *23*(5), 571-583.
- Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S. & Freeston, M. H. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 1055- 1072.
- Saxena S, Brody AL, Schwartz M ve ark (1998) Neuroimaging and frontal- subcortical circuitry in obsessive compulsive disorder . *Br. J. Psychiatry*, *173*(35); 26-26
- Sayılğan MA (1998), Obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel davranışçı tedavi.Savaşır I, Boyacıoğlu G, Kabakçı E. (Eds) Bilişsel Davranışçı terapiler. Ankara: Pastel Matbaası, 1998: 71-89.
- Shapiro, L. J., & Stewart, S. E. (2011). Pathological guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, *23*, 63-70.
- Sıgır,Ü., Tabak, A., Sağır.,A(2010), “Çalışanlarda Suçluluk ve Utanç Duygusunun Cinsiyet-Yaş Durumuna Göre Mukayesesi ve Örgütlerde Utanç Yönetiminin Kullanılması”.*İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, *11/1*, 71-85
- Silfver, M. (2007). Coping with Guilt and Shame: A Narrative Approach. *Journal of Moral Education Vol*, *36*(2), 169–183.
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessivecompulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, *56*(2), 121-127.
- Smith, R., Webster, J., Parrott, W., Eyre, H. (2002). The role of public exposure in oral and nonmoral shame and guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83* (1), 138–159.
- Sookman D, Pinard G, Beck AT. (2001). Vulnerability schemas in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *15*, 109–130.
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A. & Çakır, Z.(2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi :Y.Ş.Ö.Kısa Form-3’ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *20*(1), 75-84.
- Spada, M. M., Caselli, G., Manfredi, C., Rebecchi, D., Rovetto, F., Ruggiero, G. M., Nikčević, A. V. & Sassaroli, S. (2012). Parental Overprotection and Metacognitions as Predictors of Worry and Anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *40*, 287-296.
- Steketee,G.,Pigott,T. (2006). Obsessive–Compulsive Disorder: The Latest Assignment and Treatment Strategies, 3rded. Compact Clinicals, Salt Lake City.
- Stöber, J. & Joormann, J. (2001). Worry, Procastination, and Perfectionism: Differentiating Amount of Worry, Pathological Worry, Anxiety, and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, *25*(1), 49-60

- Summerfeldt, L., Richter, M., Antony, M., & Swinson, R. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 297-311.
- Szyncer, D. (2019). Forms and functions of the self-conscious emotions. *Trends in Cognitive Sciences*, 23(2), 143-157.
- Şahin, N.H., & Şahin, N. (1992). Adolescent Guilt, Shame and Depression in Relation to Sociotropy and Autonomy, Paper presented at the World Congress of Cognitive Therapy, June 17-23, Toronto, Canada.
- Tangney, J. P. (1991). Recent advances in the empirical study of shame and guilt. *American Behavioral Scientist*, 38, 1132-1145
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345–372.
- Tangney, J. P., Wagner, P. E. ve Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt and psychopathology.” *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 469-478
- Tangney, J. P., Wagner, P. E., Fleeter, C. ve Gramzow, R. (1992). Shamed into anger: The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality And Social Psychology*, 62 (4), 669-675.
- Tangney, J. P., Wagner, P., Fletcher, C., ve Gramzow, R., (1992), —Shame into anger The relation of shame and guilt to anger and self- reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 469–478.
- Tangney, J., Dearing, R. (2003). Shame and guilt. Newyork: Guilford Press.
- Taşdemir, T. (2011). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Kişilerde Erken Dönem Uyum Bozucu Şemaların İncelenmesi: Sağlıklı Bireylerle bir Karşılaştırma Çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Tezcan, E. ve Millet, B. (1997). Phenomenology of obsessivecompulsive disorders. Forms and characteristics of obsessions and compulsions in East Turkey (Article in French) . *Encephale Sep-Oct 23(5)*, 342-350.
- Thiel, N., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Nissen, C., Hertenstein, E., ... & Voderholzer, U. (2014). The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*, 14(1), 362.
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 52–59.
- Tracy, J. L., ve Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15, 103-125.
- Tremblay, P. F. ve Dozois, D. J. (2009). Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences*, 46(5), 569-57

- Trincas, R., Ottaviani, C., Couyoumdjian, A., Tenore, K., Spitoni, G., ve Mancini, F. (2014). Specific dysphoric symptoms are predicted by early maladaptive schemas. *TheScientific World Journal*, 23,19-65.
- Trinder, H., & Salkovskis, P. M. (1994). Personally relevant intrusions outside the laboratory: Long-term suppression increases intrusion. *Behaviour research and Therapy*, 32(8), 833-842.
- Turgeon, L., O'Connor, K. P., Marchand, A., & Freeston, M. H. (2002). Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), 310-316.
- Tükel R (2004), Anksiyete bozuklukları tedavi kılavuzu, Ed: Tükel R, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Tükel, R., Polat, A., Ozdemir, O., Aksüt, D., & Türksöy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 204-209. doi: 10.1053
- Tükel, R., Topçuoğlu, V., Demet, M.M. (2006) Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Anksiyete Bozuklukları. ed. Tükel R. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Türegün, C. A. (2017). Yetişkinlerde cinsel doyum ile suçluluk ve utanç arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul
- Türkbay, T., Doruk, A., Erman, H., Söhmen, T. (2000). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Belirti Dağılımının ve Komorbiditesinin Çocuk ve Ergenler ile Erişkinler Arasında Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3, 86.91.
- Uğuz, F., Karababa, F., Aşkın, R. (2007). Obsesif kompulsif bozukluk için yardım aramada ilk başvuru yerlerinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 17(1), 29-33
- Velibaşoğlu, B. (2014). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Obsesyon, Kompulsiyon ve Endişe ile Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar, Üst-Biliş ve Düşünce Eylem Kaynaşması Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Vlierberghe, L.V., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., Bögels, S. (2009). Maladaptive Schemas and Psychopathology in Adolescence: On the Utility of Young's Schema Theory in Youth. *Cognitive therapy and research*, 34(4), 316-332.
- Voderholzer, U., Schwartz, C., Thiel, N., Kuetz, A. K., Hartmann, A., Scheidt, C. E., ...& Zeeck, A. (2014). A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*, 47(1). 24-31.
- Walter, J. L. ve Bumaford, S. M. (2006). "Developmental Changes in Adolescents' Guilt and Shame:The Role of Family Climate and Gender", *North American Journal of Psychology*, Vol 8(1); 321-338.
- Weissman, M. M. (1998). Cross-national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 3(S1), 6-9.

- Wells, A. ve Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899-913.
- Wilhelm, S., Berman, N. C., Keshaviah, A., Schwartz, R. A., & Steketee, G. (2015). Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas. *Behaviour research and therapy*, 65, 5- 10.
- Wilson, J. (2001). Shame, Guilt and Moral Education. *Journal of Moral Education*, 30 (1), 185-206.
- Wolf, S. T., Cohen, T. Y., Panter, A. T. ve Insko, C. A. (2010). Shame-proneness and guilt-proneness: Toward the further understanding of reactions to public and private transgressions. *Self and Identity*, 9(4), 337-362.
- Yaşa, Z. (2012). Üniversite Öğrencilerinde Ana Baba Tutumlarının Suçluluk Ve Utanç Duyguları Üzerine Etkisi. Celal Bayar Üniversitesi, Manisa
- Yavuz, Ç. (2006). Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlı Öğrencilerinde İyi Olma Hali, Psikiyatrik Belirtiler Ve Bazı Kişilik Özellikleri: Karşılaştırmalı Bir Çalışma
- Yıldırım, Tuğçe. (2013). 3-6 yaşında olup anaokuluna giden çocukların annelerinde algıladıkları ebeveynlik biçimleri ile çocuk yetiştirme tutumları ve erken dönem uyum bozucu şemaların etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Yiğittürk, D., Emul, H.M., Sezer, Ö., ve ark. (2002). İnönü Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören OKB olgularında klinik özellikler ve bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi: Geriye dönük değerlendirme. 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, 185-188.
- Yoshida, T., Taga, C., Matsumoto, Y. ve Fukui, K. (2005). Paternal overprotection in obsessive-compulsive disorder and depression with obsessive traits. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 553-538.
- Young, J. E. & Brown, G. (1990). Young schema questionnaire. New York: Cognitive therapy Center of New York.
- Young, J. E. (1994). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach, Rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd edition). Florida, FL: Professional Resource Press
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). Reinventing your life (Çev. Esra Tuncer, Özlem Mestçioğlu). New York: Plume.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). Schema Therapy: A practitioner's guide. NY: Guilford Press.
- Ziegler-Hill, V., Green, B. A., Arnau, R. C., Sissemore, T. B. & Myers, E. M. (2010). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 96-103.

## KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1) Cinsiyetiniz

A) Kadın B) Erkek

2) Yaşınız \_\_\_\_\_

3) Medeni Durumunuz:

A) Evli B) Bekar C)Boşanmış D)Diğer

4) Eğitim Durumunuz:

A) Okur Yazar B) İlkokul C) Ortaokul

D) Lise E) Önlisans F) Lisans

G) Yüksek Lisans H) Doktora ve Üstü

5) Anne Babanız:

A) İkisi de hayatta B) Sadece anne hayatta

C) Sadece baba hayatta D) İkisi de hayatta değil

6) Anne Babanız:

A) Birlikte B) Boşanmış/Ayrı

7) Annenizin eğitim durumu:

A) Okur Yazar B) İlkokul C) Ortaokul D) Lise

E) Önlisans F) Lisans G) Yüksek Lisans H) Doktora ve Üstü

8) Babanızın eğitim durumu:

A) Okur Yazar B) İlkokul C) Ortaokul D) Lise

E) Önlisans F) Lisans G) Yüksek Lisans H) Doktora ve Üstü

9) Kaç kardeşiniz? \_\_\_\_\_

10) Gelir düzeyiniz

A) 1.000-2.000 B) 2.000-5.000 C) 5.000-10.000 D) 10.000 ve üzeri

11) Daha önce psikiyatrik bir ilaç kullandınız mı / şu anda kullanmakta olduğunuz herhangi bir ilaç var mı?

A) Evet B)Hayır

12) Daha önce veya şu an almış olduğunuz herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı/psikiyatrik tanınız var mı?

A) Evet Belirtiniz: \_\_\_\_\_

B) Hayır

13)Herhangi bir bedensel hastalığınız var mı?

A) Hayır

B) Evet Belirtiniz: \_\_\_\_\_

14)Alkol , Sigara veya Madde Kullanım durumu:

---

### Ek 3: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS)

#### YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS) – Açıklamalar ve Değerlendirme

##### 1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru : Takıntılar ne kadar zamanınızı alıyor? (Obsesyonlar kısa ve gelip geçici olarak oluşuyorsa saat olarak zamanı belirtmek olanaklı olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. İstenmeyen düşüncelerin hangi sıklıkla görüldüğünü ve bir günün ne kadarını işgal ettiğini göz önüne alın. Şöyle sorun) : Takıntılı düşünceler ne sıklıkla aklınıza geliyor? (Aşırı olsa bile düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve mantıklı düşünceleri göz önüne almayın).

0: Yok

1: Hafif (günde 1 saatten az) , veya kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden az)

2: Orta (günde 1 – 3 saat) , veya sık sık kısa sürelerle gelip giden (günde 8 kereden fazladır, ancak hasta günün büyük kısmında obsesyonlardan uzaktır).

3: Ağır (günde 3 – 8 saat) , veya çok sık bir şekilde kısa süreli gelip giden (günde 8 kereden fazladır ve hastanın gününün büyük bir bölümünü işgal eder)

4: Çok ağır (Günde 8 saatten fazla) , veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden obsesif düşünceler (sayılamayacak kadar çoktur ve obsesyonlar arası süre nadiren bir saati bulur).

##### 2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru : Takıntılarınız sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkiliyor? Bu düşünceler nedeniyle yapmak isteyip yapamadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında performansın ne kadar etkilenebileceğini, ev hanımıysa ev işlerini ne kadar aksattığını göz önünde tutunuz).

0: Hiç

1: Hafif , sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan derecelerde etki

2: Orta , sosyal ve mesleki etkinlikleri etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki

3: Ağır , sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum 4: Çok ağır , iş göremez durum

### **3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ**

Soru : Takıntılarınız, bu düşünceleriniz sizi ne derece rahatsız ediyor? (Birçok vakada rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastaların çoğu obsesyonlarının “rahatsız edici” olduğunu kabul etmelerine karşın ‘anksiyete’ yi reddederler. Burada sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semtomlarla birlikte görülen anksiyeteyi bu bölümün kapsamı içine almamak gerekir).

0: hiç

1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

2: Orta derecede, sık olarak çok rahatsızlık veren ancak halen başedilebilir durumda olan

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

4: Çok ağır, neredeyse sürekli olan ve iş göremez duruma getiren rahatsızlık

### **4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME**

Soru : Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

Bu düşünceler aklınıza gelince ne kadar sıklıkla onları kovmaya yada dikkatinizi başka şeylere vermeye çalışıyorsunuz? (Sadece bu düşünceleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın obsesif düşüncelere direnç sıklığı, bu düşünceleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğümüz gibi bu bölümde istenmeyen düşüncelerin şiddetinden çok kişinin sağlık derecesi sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Obsesyonlar çok azsa hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda ‘0’ puanı veririz).

0: Her zaman takıntılara karşı direnmek için bir çaba harcamaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır. 2:

Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Tüm obsesyonlara teslim olmuş durumdadır. Ancak bu durumdan hoşnut değildir . 4:

Tam ve gönüllü olarak tüm obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

### **5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ**

Soru : Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolünüz var?

Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar

başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Genellikle bir miktar çaba ve konsantrasyon ile obsesyonları durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Obsesyonları bazen durdurabiliyor veya dağıtabiliyor.

3: Az miktarda kontrol edebiliyor. Obsesyonları durdurmada nadiren başarılı olabiliyor. Sadece zorlukla dikkatini başka şeylere yöneltebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Çok nadir olarak düşüncesini bu konudan uzaklaştırabiliyor.

## **6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE**

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz için ne kadar zaman harcıyorsunuz? (Günlük yaşamsal faaliyetleri törensel davranışlarla yürütme varsa şu soru sorulmalıdır) : Çoğu kişinin günlük faaliyetler için harcadığı süreden (hastanın ritüeli örnek verilebilir; örneğin giyinmek için ne kadar fazla süre harcıyorsunuz / (kompulsiyonlar kısa ve gelip geçici ise, zamanı saat olarak belirtmek mümkün olmayabilir. Bu durumlarda, ne kadar sıklıkla oluştuklarını sorup zamanı tahmin etmek gerekir. Kompulsiyonların bir günde ne sıklıkta olduğu ve bir günün ne kadarını işgal ettiğinin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Kompulsif davranışların bir kerede kaç defa tekrarlandığı değil, bir günde ne sıklıkla oluştuğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, hasta bir günde 20 kere banyoya gidip ellerini 5 defa hızla yıkıyorsa, bu olayın görülmesi günde 5 kez veya (5x20) 100 kez değil, 20 keredir. Şu soruyu sorun Tekrarlanan hareketleri ne sıklıkla yapıyorsunuz? (Bir çok durumda kompulsiyonlar gözle görülebilir davranışlardır [örn. el yıkama], ancak bazen dışarıdan görülmeyen kompulsif davranışlar da vardır [örn. içten kontrol etme]).

0: Hiç

1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)

2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).

3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).

4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

## **7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ**

Soru : Tekrarlanan hareketleriniz sosyal yaşamınızı veya işinizi ne kadar etkilemektedir? Bu davranışlar nedeniyle yapmadığınız şeyler oluyor mu? (Hasta çalışmıyorsa, çalıştığında ne kadar performans elde edileceğini hesaplayınız).

0: Hiç

1: Hafif, sosyal ve mesleki etkinlikleri çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan etki.

2: Orta, sosyal ve mesleki etkinlikleri kesin olarak etkilediği gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir durumda olan etki.

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum. 4: Çok ağır, iş göremez durumda.

## **8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ**

Soru : Tekrarlanan hareketi / hareketleri yapmanız engellenseydi ne hissederdiniz? (kompulsif davranışını durdurmaya zorlandığında hastanın duyduğu rahatsızlığın boyutunu derecelendirin. Birçok vakada, rahatsızlık kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi ile geçer. Eğer görüşmecinin yargısı oluşan anksiyete durumunun kompulsiyonların engellenmesiyle azaldığı yönündeyse, şu soru sorulmalıdır: Tamamlandığı konusunda tatmin olana kadar tekrarlanan hareketlerinizi sürdürürken ne kadar sıkıntı duyarsınız?

0: Hiç.

1: Hafif. Kompulsiyonları engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyor; veya kompulsif davranış sırasında çok az sıkıntı duyuyor.

2: Orta derecede. Kompulsiyonları engellendiğinde sıkıntısının artabileceğini ancak halen başedilebilir durumda olduğunu belirtir; veya kompulsif hareketlere başladıktan sonra sıkıntısının artacağını ancak halen başedebildiğini belirtir.

3: Ağır. Eğer kompulsif davranışları engellenirse, belirgin ve çok rahatsız eden sıkıntılı durum veya kompulsif davranışlar gerçekleştirilirken anksiyetede belirgin ve rahatsız edici artış.

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve

iş göremez duruma getiren artış; veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

## **9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME**

Soru : Tekrarlanan hareketlere direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? (Sadece bu hareketleri uzaklaştırma çabalarını değerlendirin. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları dikkate almayın. Hastanın kompulsif hareketlere direnci bu hareketleri kontrol altına almadaki yeteneği ile ilgili veya tamamen ilgisiz olabilir. Gördüğünüz gibi, bu bölümde, kompulsiyonların şiddetinden çok, kişinin sağlık durumu sorgulanmaktadır. Bu yüzden hastanın çabası arttıkça, bu işlevlerinde daha az bozulma gözlenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta bunlara karşı direnç gösterme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda “0” puan veriniz).

0: Sorunların üstesinden gelmek için her zaman çaba harcamaktadır; veya semptomlar o kadar azdır ki bir çaba harcama gereksinimi duymaz.

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

3: Kompulsif davranışlara hiç direnç göstermemektedir ve teslim olmuş durumdadır. Bu durumdan hoşnut değildir.

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

## **10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECESESİ**

Soru : Sizi tekrarlanan davranışları yapmaya zorlayan duygu ne kadar kuvvetli? (Daha sonra şu soruyu sorun): Tekrarlanan davranışlarınızı ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? (Bir önceki bölümdeki direncin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etmedeki yeteneği daha çok istenmeyen hareketlerin ciddiyet derecesi ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

1: Büyük oranda kontrol edebiliyor. Davranışın yapılması için baskı hissetmesine karşın genellikle istemli olarak kontrol edebiliyor.

2: Orta derecede kontrol edebiliyor. Hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı hissediyor ancak güçlkle kontrol sağlayabiliyor.

3: Az miktarda kontrol. Kompulsiyonları durdurmak için çok fazla çaba harcaması gerekiyor. Sadece, zorlukla, geçiktirebiliyor.

4: Kontrol edemiyor. Kendi iradesi dışında olarak algılıyor. Hareketi ancak anlık olarak erteleyebiliyor.

### **11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI**

Soru : Düşünce ve davranışlarınız mantıklı mı? (Daha sonra şu soru sorulmalıdır) : Tekrarlanan hareketlerinizi yapmasaydınız ne olurdu? Gerçekten bir şeyler olabileceğinden emin misiniz? (Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inanışlarına dayanarak, hastanın obsesyonuna / obsesyonlarına bakış açısını değerlendirin)

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının aşırı ve anlamsız olduğunun tam olarak farkında ancak anksiyetenin ötesinde dikkate alınacak bir şey olmadığına tam ikna olmuş gözüküyor.

2: Orta derecede bir içgörü. Gönülsüzce düşünce ve davranışlarının mantıksız görüldüğünü kabul eder, ancak kararsızdır. Gerçek olmayan birtakım korkuları olabilir ancak kesin bir inancı yoktur.

3: Zayıf içgörü. Düşünce ve davranışlarının anlamsız ve aşırı olmadığını düşünür.

4: İçgörüsü kaybolmuş, sanrılı. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğunu düşünür. Tersine olan kanıtlara kayıtsızdır.

### **12. KAÇINMA**

Soru : Takıntılı düşünceleriniz veya istemeden bazı hareketler yapacağınız endişesiyle herhangi bir şey yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biriyle olmaktan kaçındığınız oluyor mu? (Eğer evet yanıtını veriyorsa, şu soruyla devam edilmelidir): Bu kaçınma ne oranda oluyor? (kişinin olaylardan kasten kaçındığı durumları derecelendirin. Bazen kompulsiyonlar hastanın korktuğu şeylere dokunmaktan kaçınması şeklindedir. Örneğin, törensel bir şekilde çamaşır yıkaması kompulsiyon olarak değerlendirilir. Bu durum bir kaçınma davranışı değildir. Eğer kişi çamaşır yıkamaktan vazgeçerse, bu bir kaçınmadır).

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

3: Ağır, epeyce kaçınma davranışı var ve bu durum belirgin.

4: Çok ağır, kaçınma davranışı oldukça yaygın. Hasta belirtilerini ortaya çıkarabilecek durumlardan kaçınmak için hemen herşeyi yapıyor.

### **13. KARARSIZLIĞIN DERECESESİ**

Soru : Diğer kişilerin kolayca karar verebilecekleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorluk çekiyor musunuz (örneğin sabahları ne giyeceğiniz konusunda)? (Takıntılı düşüncelere bağlı karar verme güçlüklerini ve gerçekçi sebeplere dayalı tereddütü bu değerlendirmeye katmayınız).

0: Yok.

1: Hafif, ufak şeyler hakkında karar vermekte biraz zorluk çekiyor.

2: Orta, hasta, başkalarının üzerinde bir kez daha düşünmeyecekleri önemsiz konularda bile karar vermekte güçlük çektiğini kendiliğinden belirtiyor.

3: Ağır, sürekli olarak önemsiz şeyleri zihninde ölçüp biçme. 4: Çok ağır, hiçbir karar veremez, iş göremez durumdadır.

### **14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA**

Soru : Kendi kontrolünüzde olmayan olayların sonuçlarından suçluluk duyma eğiliminiz var mı? Başkalarının başına gelen olaylarda da kendinizi sorumlu hissediyor musunuz?

0: Yok.

1: Hafif, sadece sorulduğunda hastanın belli belirsiz sözünü ettiği sorumluluk duygusu.

2: Orta, hasta, kendi kontrolü dışındaki olaylarda bile aşırı sorumluluk hissettiğini kendiliğinden ifade ediyor.

3: Ağır, bu türden düşünceler ileri derecede belirgin ve yaygındır. Kendi kontrolü dışındaki olaylardan sorumlu olduğuna derinden inanmaktadır. Kendini anlamsız hatta saçma bir şekilde suçlar.

4: Çok ağır, sanrısız bir sorumluluk duygusu. (Örneğin kişinin binlerce kilometre uzağında olan bir depremin kendisi kompulsiyonlarını yapmadığı için olduğuna inanması).

### **15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ**

Soru : Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorluğunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırınız. Özel obsesyonlar

tanımlanamasa bile, olağan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

2: Orta, olağan işlerin sıklıkla uzaması ancak geç de olsa mutlaka tamamlanması.  
Sıklıkla geç tamamlanması.

3: Ağır, olağan işlemlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama.  
Genellikle işin uzaması.

4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olağan işlemlere başlayamama ve  
tamamlayamama.

## **16. PATALOJİK KUŞKU**

Soru : Belleğinize güvenmediğiniz veya algılarınız (Örneğin gördüğünüz, işittiğiniz ve dokunduğunuz şeyler) konusunda emin olmadığınız oluyor mu? Neyi yapıp neyi yapmadığınız kuşkusu sizi ne derecede rahatsız ediyor?

0: Hiç.

1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.

2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.

3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.

4: İleri, algılama hakkındaki kuşkular devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta “Gördüklerime aklım güvenmiyor.” diye belirtir).

## **1. GENEL ŞİDDET**

Hastanın hastalığının ağırlığı hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0’ dan (hastalığın olmama durumu), 6’ ya (en ciddi hastalık) kadar derecelendirilir. (Hasta tarafından belirtilen rahatsızlığı, gözlenen belirtileri ve bildirilen işlevsel yetersizlik durumlarını dikkate alın. Sizin kanınız, hem bu bilgilerden genel bir sonuca varılması bakımından hem de bilgilerin güvenilirlik ve doğruluğunu belirlemek için gereklidir. Bu kanıya görüşmeyi yaparken elde ettiğiniz bilgilerin ışığında varmalısınız).

0: Hastalık yok.

- 1: Hafif, kuşkulu veya geçici hastalık. İşlevsel bozukluk yok. 2: Hafif belirtiler. Az miktarda işlevsel bozukluklar.
- 3: Orta şiddette semptomlar. Çabayla işlevlerini yerine getirebiliyor. 4: Orta – ağır şiddette semptomlar. İşlevler kısıtlanmış.
- 5: Ağır semptomlar. Büyük oranda ancak yardımla işlevlerini yerine getirebiliyor. 6: Çok ağır semptomlar. Tümüyle iş göremez durumda

## **2. GENEL DÜZELME**

Kendi kanınıza göre ilaç tedavisine bağlı olsun olmasın hastanın durumunda ilk derecelendirme yapıldığı dönemden bu yana olan iyileşme.

0: Çok daha kötü.

1: Daha kötüye gidiş.

2: Çok az kötüye gidiş var. 3:

Değişiklik yok.

4: Çok az iyileşme var. 5:

Epeyce iyileşme var. 6:

Çok fazla iyileşme var.

## **3. GÜVENİLİRLİK**

Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini puanlandırın. Güvenirliği etkileyen faktörler hastanın doğal iletişim yeteneği ve hasta ile işbirliğinin kurulamamasıdır. Obsesif kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncesini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşabilmesini etkileyebilir. (Bazı obsesyonların içeriği nedeniyle hasta konuşma sırasında kullandığı kelimeleri dikkatle seçiyor olabilir).

0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.

1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir. 2:

Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir. 3:

Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

*17 ve 18. bölümler Clinical Global Impression Scale' den uyarlanmıştır. [Guy w:ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology : Publication 76 – 338. Washington, D.C., US. Department of Health and Welfare (1976)]*

## **Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ**

Varolan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları “P” ile işaretleyiniz.

(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyaziae ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. “\*” ile işaretlenen septomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir).

### **ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI**

- Kendine zarar vereceğinden korkma
- Başkalarına zarar vereceğinden korkma
- Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
- Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
- Utanılacak birşey yapmaktan korkma\*
- İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örneğin, arkadaşını yaralama)
- Çalacağından korkma
- Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örneğin, çarpma/kaçma motorlu araç kazası)

### **KİRLLENME OBSESYONLARI**

- Vücut atık veya salgılarından (örneğin, idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek veya mikroplardan kaygılanmak
- Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örneğin, asbestoz, radyasyon, toksit atıklar)
- Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örneğin, temizlik maddeleri, çözücüler)
- Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örneğin, böcekler)
- Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
- Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
- Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
- Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçlarını düşünmek
- Diğer

### **ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR**

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler

- Çocuklar veya inest ilişkiye ile ilgili
- Homoseksüel ilişki ile ilgili\*
- Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)\*
- Diğer

### **BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI**

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

### **DİNİ OBSESYONLAR**

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

### **EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR**

- Doğaüstü düşünce ile birlikte (örneğin, eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğini )
- Doğaüstü düşünceler olmadan

### **DİĞER OBSESYONLAR**

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

### **SOMATİK OBSESYONLAR**

- Hastalık ile ilgili\*

- Vücudun bir parçası veya görünüm ile aşırı ilgili (örneğin dismorfofobi)\*
- Diğer

### **ŞİMDİ GEÇMİŞTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI**

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

### **TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR**

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

### **SAYMA KOMPULSİYONLARI**

### **SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI**

### **BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI**

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

### **DİĞER KOMPULSİYONLAR**

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
- Aşırı liste hazırlama
- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi\*
- Göz kırpma veya gözlerini dikme törensel davranışları\*
- Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)

- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları \*
- Diğer

### **Genel Bilgiler**

Bu derecelendirme ölçeği obsesif–kompulsif rahatsızlığı olan hastalarda görülen belirtilerin tipi ve ciddiyetini derecelendirmek amacıyla düzenlenmiştir. Genelde tüm bölümlerde hastanın bildirimleri esas alınmaktaysa da, sonuçtaki değerlendirme görüşmeyi yapanın klinik kararına dayanmaktadır. Görüşmenin yapılmasından bir hafta öncesinden başlayarak herbir madde için hasta gözlenmelidir. Puanlar bütün bu özelliklerin bir haftalık görülme ortalamasını yansıtmalıdır.

Bu derecelendirme ölçeği yarı – yapılandırılmış bir görüşme amacıyla hazırlanmıştır. Görüşmeyi yapan kişi sırayla ekte sunulan soruları kullanarak değerlendirme yapmalıdır. Bununla birlikte görüşmeyi yapan kişi, duruma açıklık getirecek ek sorular sormakta serbesttir. Eğer hasta görüşme sırasında ek bilgi vermeye istekli olursa, bu bilgiler de değerlendirilmelidir.

Derecelendirme, görüşme sırasında verilen yanıtlar ve gözlemlerle sınırlı olmalıdır. Eğer elde edilen bilgilerin büyük oranda yanlış olduğuna karar verirsiniz, hastanın güvenilirliğine ilişkin bir sorun vardır ve bu durum görüşme sonundaki “güvenirlilik” bölümünde değerlendirilmelidir (19’ uncu madde).

Sorulara başlamadan önce hastaya aşağıda belirtilen şekilde “obsesyonları” ve “kompulsiyonları” tanımlayınız.

“Takıntılar” sürekli olarak aklınıza gelen hoş olmayan fikir, düşünce ve görüntülerdir. İstemediğiniz halde aklınıza gelirler. Size çirkin ve anlamsız gelen bu düşünceler kişiliğinize uymazlar. Çoğu zaman da size sıkıntı verirler.

“Tekrarlayıcı hareketler” anlamsız ve gereksiz bulmanıza rağmen yaptığınız hareket ve davranışlardır. Zaman zaman bunları yapmamak için direnirsiniz, ama bu çok güç olabilir. Bu hareketi yapıp bitiremezseniz sıkıntı duyarsınız.

Şimdi size takıntılar ve tekrarlayan hareketlerle ilgili birkaç örnek vereyim :

Takıntıya örnek: Hiçbir zaman yapmayacağınız halde “çocuğuma fiziksel olarak zarar vereceğim” düşüncesinin tekrar tekrar aklınıza gelmesi.

Tekrarlayıcı hareketlere bir örnek : Evden çıkmadan önce pencerenin kapalı olup olmadığını 6 kez kontrol etmek. Çoğu zaman tekrarlayan hareketler gözle görülebilir davranışlardır. Ancak bazıları da kişinin içinden yaptığı davranışlardır. Mesela, aklına kötü bir düşünce geldiği zaman içinden ona kadar saymak gibi.

“Bu söylediklerimle ilgili sorunuz var mı?” (Eğer yoksa devam edilmelidir).

Testin tekrarlanması durumlarında bu tanımlayıcı açıklamaların yapılması gerekmez. Obsesyonların istenmeyen, ancak kişinin elinde olmadan itildiği düşünce ve değerlendirmeler olduğunu, kompulsiyonların ise yapmak zorunluluğunu hissettikleri davranışlar olduğunu hastaya hatırlatmak yeterli olacaktır.

Hedef semptomların bir listesini oluşturabilmek için, hastanın şimdiki obsesyon ve kompulsiyonlarını tek tek anlatmasını isteyiniz. Şu an varolan semptomları tanımlabilmek için, obsesyon ve kompulsiyon listesini kullanın. Daha sonraki değerlendirmelerde tekrar ortaya çıkabilecekleri için, geçmişteki belirtileri bilmek ve

tanımlamak da yararlı olur. Varolan obsesyon ve kompulsiyonları belirledikten sonra, Hedef Semptomlar Formu üzerinde klinik açıdan elverişli bölümler şeklinde düzenleyerek, liste oluşturun (örneğin, hedef kompulsiyonları kontrol etme ve yıkama olarak ayırın). İzlemeyi kolaylaştırmak açısından semptomların belirleyici özelliklerini tanımlayın (örneğin, listede “kontrol etme” şeklinde tanımlanan semptomun yanına, hastanın neyi kontrol ettiğini belirtin). Değerlendirmenin odak noktasını oluşturacağı için, en belirgin semptomların neler olduğunu belirtiniz. Buna rağmen her bölümün sonuç puanının, hastanın bütün obsesyon ve kompulsiyonlarının bileşik bir derecelendirmesini yansıtmaması gerektiğini unutmayın.

Testin tekrarlandığı durumlarda, Madde 1’i derecelendirmeden önce, hedef obsesyonları yeniden gözden geçirerek, gerekiyorsa değiştirin. Madde 6’nın derecelendirilmesinden önce de aynı işlemi kompulsiyonlar için yapın.

Ondokuz maddenin hepsi de derecelendirilmelidir. Ancak ilk on madde toplam puanı belirlemede kullanılır. Y-BOCS toplam puanı, bu ilk on maddenin toplamıdır. **Obsesyonların** toplamı ilk beş, **Kompulsiyonların** toplamı ise ikinci beş maddenin toplamıdır.

*Çevirenler: Doç.Dr.Berna Uluğ, Prof.Dr.Işık Savaşır*

*Geçerlik güvenilirlik çalışmaları:*

*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity.*

*Tek C; Uluğ B; Rezaki BG; Tanrıverdi N; Mercan S; Demir B; Vargel  
S Acta Psychiatr Scand. 1995 Jun; 91(6): 410-3*

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*

*Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Karamustafaloğlu OK, Üçışık M A, Ulusoy M, Erkmen H*

*Serbest Bildiri, 28.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bursa  
1993 Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi*

**YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ KISA FORM -3 TÜRKÇE FORMU PUANLAMA  
ANAHTARI\***

**\*Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A. ve Çakır, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. Türk Psikiyatri Dergisi, 20 (1), 75-84.**

**Duygusal Yoksunluk**

1 \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ 37 \_\_\_\_\_ 55 \_\_\_\_\_ 73 \_\_\_\_\_ **Toplam:** \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
19. \_\_\_\_\_ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
37. \_\_\_\_\_ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
55. \_\_\_\_\_ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
73. \_\_\_\_\_ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.

**Başarısızlık**

6 \_\_\_\_\_ 24 \_\_\_\_\_ 33 \_\_\_\_\_ 42 \_\_\_\_\_ 60 \_\_\_\_\_ 78 \_\_\_\_\_ **Toplam:** \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
24. \_\_\_\_\_ İşleri halletmede son derece yetersizim.
33. \_\_\_\_\_ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
42. \_\_\_\_\_ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
60. \_\_\_\_\_ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
78. \_\_\_\_\_ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.

**Kararsızlık**

8 \_\_\_\_\_ 17 \_\_\_\_\_ 26 \_\_\_\_\_ 35 \_\_\_\_\_ 80 \_\_\_\_\_

**Toplam:** \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
17. \_\_\_\_\_ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
26. \_\_\_\_\_ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
35. \_\_\_\_\_ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
80. \_\_\_\_\_ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.

### **Sosyal İzolasyon/Güvensizlik**

3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 40 \_\_\_\_\_ 57 \_\_\_\_\_ 58 \_\_\_\_\_ 75 \_\_\_\_\_ 76 \_\_\_\_\_

**Toplam:** \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. \_\_\_\_\_ Uyumsuzum.
40. \_\_\_\_\_ Bir yere ait değilim, yalnızım.
57. \_\_\_\_\_ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. \_\_\_\_\_ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
75. \_\_\_\_\_ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. \_\_\_\_\_ Kendimi hep grupların dışında hissederim.

### **Duyularını Bastırma**

12 \_\_\_\_\_ 30 \_\_\_\_\_ 48 \_\_\_\_\_ 66 \_\_\_\_\_ 84 \_\_\_\_\_

**Toplam:** \_\_\_\_\_

12. \_\_\_\_\_ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseydiğimi göstermek gibi).
30. \_\_\_\_\_ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
48. \_\_\_\_\_ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
66. \_\_\_\_\_ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
84. \_\_\_\_\_ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.

## Onay Arayıcılık

16 \_\_\_\_\_ 34 \_\_\_\_\_ 52 \_\_\_\_\_ 56 \_\_\_\_\_ 70 \_\_\_\_\_ 88 \_\_\_\_\_ **Toplam:** \_\_\_\_\_

16. \_\_\_\_\_ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
34. \_\_\_\_\_ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
52. \_\_\_\_\_ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
56. \_\_\_\_\_ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
70. \_\_\_\_\_ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
88. \_\_\_\_\_ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.

## İç içe Geçme/Bağımlılık

7 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ 25 \_\_\_\_\_ 63 \_\_\_\_\_ 64 \_\_\_\_\_ 79 \_\_\_\_\_ 81 \_\_\_\_\_ 82 \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
9. \_\_\_\_\_ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşlılarım kadar, başaramadım.
10. \_\_\_\_\_ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
25. \_\_\_\_\_ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
63. \_\_\_\_\_ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. \_\_\_\_\_ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
79. \_\_\_\_\_ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
81. \_\_\_\_\_ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. \_\_\_\_\_ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.

**Toplam:** \_\_\_\_\_

## Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim

15 \_\_\_\_\_ 22 \_\_\_\_\_ 32 \_\_\_\_\_ 50 \_\_\_\_\_ 51 \_\_\_\_\_ 68 \_\_\_\_\_ 69 \_\_\_\_\_ **Toplam:** \_\_\_\_\_

15. \_\_\_\_\_ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
22. \_\_\_\_\_ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
32. \_\_\_\_\_ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
50. \_\_\_\_\_ İstedigimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. \_\_\_\_\_ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
68. \_\_\_\_\_ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. \_\_\_\_\_ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.

## Kendini Feda

11 \_\_\_\_\_ 29 \_\_\_\_\_ 47 \_\_\_\_\_ 65 \_\_\_\_\_ 83 \_\_\_\_\_ **Toplam:** \_\_\_\_\_

11. \_\_\_\_\_ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
29. \_\_\_\_\_ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
47. \_\_\_\_\_ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
65. \_\_\_\_\_ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
83. \_\_\_\_\_ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.

## Terk Edilme

2 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 28 \_\_\_\_\_ 38 \_\_\_\_\_ 74 \_\_\_\_\_ **Toplam:** \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
20. \_\_\_\_\_ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.

28. \_\_\_\_\_ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
38. \_\_\_\_\_ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
74. \_\_\_\_\_ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.

### **Cezalandırılma**

- 18 \_\_\_\_\_ 49 \_\_\_\_\_ 53 \_\_\_\_\_ 54 \_\_\_\_\_ 72 \_\_\_\_\_ 89 \_\_\_\_\_ **Toplam:** \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
49. \_\_\_\_\_ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
53. \_\_\_\_\_ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. \_\_\_\_\_ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
72. \_\_\_\_\_ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
89. \_\_\_\_\_ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.

### **Kusurluluk**

- 23 \_\_\_\_\_ 41 \_\_\_\_\_ 43 \_\_\_\_\_ 59 \_\_\_\_\_ 77 \_\_\_\_\_ 90 \_\_\_\_\_ **Toplam:** \_\_\_\_\_
23. \_\_\_\_\_ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
41. \_\_\_\_\_ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
43. \_\_\_\_\_ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
59. \_\_\_\_\_ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.
77. \_\_\_\_\_ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımlarına izin vermiyorum.
90. \_\_\_\_\_ Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.

### **Tehditler Karşısında Dayanıksızlık**

- 21 \_\_\_\_\_ 39 \_\_\_\_\_ 44 \_\_\_\_\_ 62 \_\_\_\_\_ 71 \_\_\_\_\_ **Toplam:** \_\_\_\_\_

21. \_\_\_\_\_ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakmam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
39. \_\_\_\_\_ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
44. \_\_\_\_\_ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
62. \_\_\_\_\_ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
71. \_\_\_\_\_ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.

### **Yüksek Standartlar**

- 13 \_\_\_\_\_ 14 \_\_\_\_\_ 31 \_\_\_\_\_ **Toplam:** \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. \_\_\_\_\_ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
31. \_\_\_\_\_ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.

## Suçluluk ve Utanç Ölçeği:

Bu ölçeğin amacı bazı duyguların hangi durumlarda ne derece yoğun olarak yaşandığını belirlemektir. Aşağıda bazı olaylar verilmiştir. Bu olaylar sizin başınızdan geçmiş olsaydı, ne kadar rahatsızlık duyardınız. Lütfen her durumu dikkatle okuyup, öyle bir durumda ne kadar rahatsızlık duyacağınızı işaretleyiniz.

1. Bir tartışma sırasında büyük bir hararetle savunduğunuz bir fikrin yanlış olduğunu öğrenmek.

Hiç rahatsızlık duymazdım

Biraz rahatsızlık duyardım

Oldukça rahatsızlık duyardım

Epey rahatsızlık duyardım

Çok rahatsızlık duyardım

2. Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi

Hiç rahatsızlık duymazdım

Biraz rahatsızlık duyardım

Biraz rahatsızlık duyardım

Oldukça rahatsızlık duyardım

Epey rahatsızlık duyardım

Çok rahatsızlık duyardım

3. Birinin size verdiği bir sırrı istemeyerek başkalarına açıklamak

Hiç rahatsızlık duymazdım

Biraz rahatsızlık duyardım

Oldukça rahatsızlık duyardım

Epey rahatsızlık duyardım

Çok rahatsızlık duyardım

4. Karşı cinsten birinin kalabalık bir yerde herkesin dikkatini çekecek bir şekilde size açıkça ilgi göstermesi

Hiç rahatsızlık duymazdım

Biraz rahatsızlık duyardım

Oldukça rahatsızlık duyardım

Epey rahatsızlık duyardım

Çok rahatsızlık duyardım

5. Giysinizin, vücudunuzda kapalı tuttuğunuz bir yeri açığa çıkaracak şekilde buruşması yada kıvrılması

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

6. Bir aşk ilişkisi içinde sadece kendi isteklerinizi elde etmeye çalıştığınızı ve karşı tarafı sömürdüğünüzü fark etmeniz.

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

7. Sorumlusu siz olduğunuz halde bir kusur yada yanlış için bir başkasının suçlanmasına seyirci kalmak

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

8. Uzman olmanız gereken bir konuda , bir konuşma yaptıktan sonra dinleyicilerin sizin söylediğinizin yanlış olduğunu göstermesi

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

9. Çok işlek bir iş merkezinin bulunduğu bir köşede herkesin size bakmasına neden olan bir olay yaşamak.

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

10. Lüks bir restoranda başkaları size bakarken çatal bıçak kullanmanız gereken yerde elle yemek yediğinizi fark etmek.

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

11. Başkalarını aldatarak ve onları sömürerek büyük kazanç sağlamak.

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

12. İşçilerinizin sağlığına zarar vereceğinizi bildiğiniz halde, bir yönetici olarak çalışma koşullarında bir değişiklik yapmamak.

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

13. Sözlü bir sınav sırasında kekeleydiğiniz ve heyecandan şaşırduğunuzda, hocanın sizin bu halinizi kötü bir sınav örneği olarak bütün sınıfa göstermesi

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

14. Tanıdığımız birinin sıkıntıda olduğunu bildiğiniz ve yardım edebileceğiniz bir halde yardım etmemek

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

15. Bir partide yeni tanıştığınız insanlara açık saçık bir fikra anlattığınızda bir çoğunun bundan rahatsız olması

Hiç rahatsızlık duymazdım

Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

16.Akılsızca,bencilce ya da gereksizce büyük bir harcama yaptıktan sonra ebeveyninizin mali bir sıkıntı içinde olduklarını öğrenmek

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

17.Arkadaşınızdan bir şeyler çaldığınız halde arkadaşınızın hırsızlık yapanın siz olduğunuzu hiçbir zaman anlamaması.

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

18.Bir davete ya da toplantıya rahat gündelik giysilerle gidip herkesin resmi giyindiğini görmek

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

19.Bir yemek davetinde bir tabak dolusu yiyeceği yere düşürmek

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

20.Herkesten sakladığınız ve hoş olmayan bir davranışın açığa çıkartılması.

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım

Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

21. Bir kişiye hak etmediği halde zarar vermek

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

22. Alış-veriş sırasında paranızın üstünü fazla verdikleri halde sesinizi çıkarmamak

. Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

23. Ailenizin sizden beklediklerini yerine getirememek

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

24. Çeşitli bahaneler bularak yapmanız gereken işlerden kaçmak

Hiç rahatsızlık duymazdım  
Biraz rahatsızlık duyardım  
Oldukça rahatsızlık duyardım  
Epey rahatsızlık duyardım  
Çok rahatsızlık duyardım

