

## Obsesif-Kompulsif Belirti Kategorileri Hakkında Ruh Sağlığı Bilgisi

### Mental Health Literacy Concerning Categories of Obsessive-Compulsive Symptoms

Lütfullah BEŞİROĞLU, Nevzat AKMAN\*, Yavuz SELVİ\*\*, Adem AYDIN\*\*\*, Murat BOYSAN\*\*\*\*, Özgür ÖZBEBİT\*\*\*\*\*  
 Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Van, Türkiye  
 \*İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye  
 \*\*Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Konya, Türkiye  
 \*\*\*Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Van, Türkiye  
 \*\*\*\*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Van, Türkiye  
 \*\*\*\*\*İpekyolu Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Van

#### ÖZET

**Amaç:** Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastaların (OKB) önemli bir kısmı hastalığın oluşturduğu sıkıntı ve işlevsellik kaybına rağmen, yetersiz ruh sağlığı bilgisi nedeniyle sağlık yardımı arama davranışında bulunmamaktadır. Ruh sağlığı bilgisi kavramı ruhsal hastalıkların tanınması, idaresi ve önlenmesi hakkında bilgi, inanç ve tutumlar olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada sağlıklı toplum örneklemine farklı obsesif kompulsif belirti kategorilerine yönelik ruh sağlığı bilgisi- ni araştırmak amaçlanmıştır.

**Yöntemler:** Üç yüz yetmiş altı sağlıklı gönüllü çalışmanın örneklemini oluşturdu. Faktör analitik çalışmalar temelinde (1. kirlenme obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar, 2. dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar, 3. saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar ve 4. sıralama-düzenleme-sayma ihtiyacı ve ilişkili kompulsiyonlar) dört ayrı belirti kategorisinden birine sahip olarak öykülenmiş dört farklı OKB olgusu hakkında, psikiyatrik hastalıkları tanıma yeteneği, neden ve risk etkenleri, yardım olanakları, utanç ve damgalanmaya ilişkin bilgi, inanç ya da tutumlarını değerlendirmeye yönelik 17 soru katılımcılara soruldu.

**Bulgular:** Saldırganlık kategorisi diğerlerine kıyasla anlamlı olarak daha fazla olağan dışı bir durum ve stresli yaşam olayları ile ilişkili olarak tanımlandı. Saldırganlık ve kirlenme kategorileri anlamlı olarak daha fazla oranda bir akıl sağlığı sorunu olarak ve tıbbi nedenlerle ilişkili olarak tanımlanmıştı. Katılımcılar dini kategoriye dini nedenlerle anlamlı olarak en fazla ilişkili ve yardım için dinsel kişilerin daha çok tercih edileceği belirtiler olarak tanımlandılar. Saldırganlık ve dini kategori belirtileri daha fazla saklanma eğiliminde idi ve sahip olunması durumunda diğerlerine oranla daha fazla utanç duymayı gerektirir olarak tanımlandılar. Katılımcılar kirlenme kategorisi belirtileri olan biri ile beraber yaşamayı anlamlı olarak daha az tercih edilir buldular.

**Sonuç:** Bu sonuçlar hastalığın farklı görünümlerinin onlar hakkında farklı ruh sağlığı bilgisi nedeniyle, sağlık yardımı arama davranışını karmaşık bir şekilde etkileyebileceğini düşündürmektedir. Sosyal çevre bir takım psikiyatrik problemler için daha uygun veya katlanılabilir bir ortam sağlarken, bazı psikiyatrik problemler ise sosyo kültürel bağlamda daha az tolere edilmektedir. (*Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47: 133-8*)

**Anahtar kelimeler:** Obsesif-kompulsif bozukluk, ruh sağlığı bilgisi, damgalama, obsesyonlar, sağlık bilgisi, sağlık yardımı arama davranışı

#### ABSTRACT

**Objective:** Despite the considerable distress and disability, many obsessive-compulsive disorder (OCD) sufferers usually are not inclined to seek health care due to their poor mental health literacy. The concept of "mental health literacy" is defined as the knowledge, beliefs, and attitudes related to the recognition, management, and prevention of psychiatric disorders. We aimed to investigate mental health literacy concerning different obsessive-compulsive symptoms in a community sample.

**Methods:** The sample consisted of 376 healthy subjects. They were given vignettes describing four cases with different symptom categories of obsessive-compulsive disorders (aggressive obsessions and related compulsions, contamination obsessions and related compulsions, religious obsessions and related compulsions, and ordering-arranging-counting obsessions and related compulsions), based on factor analytic studies. Each vignette was followed by 17 questions about problem recognition, causes, care alternatives and stigma-shame.

**Results:** When comparing the different categories, the participants were significantly more likely to rate the aggressive category as an abnormal condition and to associate it with stressful life events; to rate the aggressive and contamination categories as signs of mental disorder and to associate them with medical causes; and to rate religious category as a religious problem, and seeing a religious healer was the preferred care-seeking behavior. Significantly more participants noted that they would hide aggressive and religious category symptoms from their family members and co-workers, and would feel shame. Participants were more likely to hold stigmatizing attitudes towards persons with symptoms of contamination category.

**Conclusion:** These findings suggest that the presence of different phenomenological characteristics of OCD may influence health care-seeking behavior in complex ways, due to mental health literacy. While social environment provides a bearable, acceptable or suitable atmosphere for a number of psychiatric problems, some problems might be less tolerated in the sociocultural context. (*Archives of Neuropsychiatry 2010; 47: 133-8*)

**Key words:** Obsessive-compulsive disorder, mental health literacy, stigma, obsessions, health knowledge, health care-seeking behavior

## Giriş

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) ailevi, akademik, mesleki ve sosyal işlevselliği olumsuz yönde etkileyen süreğen bir rahatsızlıktır (1,2). OKB hem sık görülen bir hastalık olmasına, hem de belirgin işlevsellik kaybına neden olmasına rağmen, bu hastaların önemli bir kısmı sağlık yardımı arama davranışında bulunmama ya da oldukça gecikmektedir (3,4). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında son 12 ayda herhangi bir ruhsal hastalığı olanların %13.7'sinin, OKB'si olanların ise %32.4'ünün tedavi başvurusunun olduğu belirtilmektedir (5). Benzer şekilde Beşiroğlu ve arkadaşları toplum örnekleminde belirlenen OKB olgularının 2/3'ünün daha önce sağlık yardımı arama davranışının (SYAD) olmadığını bulmuştur (6). Kohn ve arkadaşları çeşitli çalışmalardan elde edilen verilerden bir ortanca değer hesaplamış ve OKB olan bireylerin %59.5'inin tedavi arayışının olmadığını belirlemiştir (3).

OKB olan bireylerde içgörü ya da işlevsellik düzeyi gibi bazı nedenler hastalığın doğasından ya da direk sonuçlarından kaynaklanan nedenler olarak sağlık yardımı arama davranışını engelleyebilirler (4). Bununla birlikte bir takım hastalık dışı etmenler de bu süreci olumsuz etkilemektedir. Hastalığını tanımakta yetersizlik, belirtilerini tıbbi bir problem olarak görmeme (7), belirtileri çevresinden gizleme eğilimi (8), problemi kendi başına halletmek isteme, kendiliğinden düzeleceğini düşünme, kimse-nin kendine yardımcı olamayacağına inanma ve nereden yardım alacağını bilememe gibi nedenler tedavi arayışını geciktiren diğer etmenler olabilir. Yukarıda tanımlanan hastalık dışı etmenlerin tümü Jorm tarafından tanımlanan "ruh sağlığı bilgisi" (mental health literacy) kavramı ile ilişkili etmenlerdir (9). Ruh sağlığı bilgisi kavramının; psikolojik sorunları ya da psikiyatrik hastalıkları tanıma yeteneği, onların sebepleri ve risk etkenleri hakkında bilgi ve inançlar, profesyonel yardım olanakları hakkında bilgi, inanç ve tutumlar, uygun tedavi yollarını bulmayı engelleyen tutumlar gibi çeşitli boyutları tanımlanmıştır (10).

OKB hastalarının önemli bir kesiminin sağlık yardımı arama davranışının olmaması, bu hastalık için toplumdaki bilgi, inanç ve tutumları araştırma zorunluluğu doğurmaktadır. OKB belirtiler açısından heterojen bir doğaya sahip olduğu için kişilerin bu hastalığa ilişkin bilgi, inanç ve tutumlarının belirtilerini içeriğine göre değişebileceği düşünülmektedir. Bu düşünceden yola çıkılarak yapılan bir çalışmada Simonds ve Thorpe zarar verme ve saldırganlık içerikli belirtilerin en utanç verici olarak algılandıklarını bulmuştur (11). Bu yönde ülkemizde yapılacak başka çalışmalar kişilerin ruh sağlığı hizmetlerinden daha iyi nasıl yararlanabileceği hakkında düşünme fırsatı sunabilir. Bu çalışmada toplumda farklı obsesif-kompulsif belirti kategorilerine karşı bilgi, inanç ve tutumlarının araştırılması hedeflenmiştir. Bu amaçla kirlenme, dini, saldırganlık ve sıralama-düzenleme-simetri belirti kategorilerinden birine sahip dört farklı OKB olgusu öykülenmiş ve bu olgulara yönelik bilgi, inanç ve tutumlar araştırılmıştır.

## Yöntemler

### Örneklem

Bu çalışma Yüzüncü Yıl Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Çalışmanın örneklemini 100 lise öğretmeni, 79 hastane çalışanı (personel, hasta bakıcı veya hemşire), 25 esnaf, 43 işçi, 47 ev hanımı ve 116 fen edebiyat fa-

kültesi öğrencisi oluşturmaktaydı. Öğretmenler 5 ayrı liseden çalışmayı kabul edenler arasından alındı. İşçi, esnaf ve ev hanımı olan denekler hastane çalışanlarının yakınları ya da akrabaları idi. Daha önce psikiyatrik yardım arayanlar ruhsal hastalıklar hakkında bilgilendirilmiş olabileceği için çalışmaya alınmadı. Yirmi beş kişi hazırlanan soru formunda daha önce psikiyatrik yardım aradığını belirttiği ve 9 kişi test bataryasında belirgin eksiklikleri olduğu için çalışmaya alınmadı. Sonuç olarak 92 öğretmen (59 erkek, %64; 33 kadın, %36; yaş ortalaması=31.0±5.3; %100 üniversite mezunu), 74 sağlık personeli [40 erkek, %54; 34 kadın, %46; yaş ortalaması=28.4±7.7; %59 (n=44) üniversite mezunu, %29 (n=21) orta-lise mezunu, %12 (n=9) ilkokul mezunu], 22 esnaf [%100 erkek, yaş ortalaması=32.4±9.7; %50 (n=11) ilkokul mezunu, %41 (n=9) orta-lise mezunu, %9 (n=2) üniversite mezunu], 41 işçi [31 erkek, %75; 10 kadın, %25; yaş ortalaması=29±9.1; %83 (n=34) ilkokul mezunu, %17 (n=7) orta-lise mezunu], 41 ev hanımı [yaş ortalaması=30.3±6.3; %73 (n=30) ilkokul mezunu, %24 (n=9) orta-lise mezunu, %7 (n=2) üniversite mezunu] ve 106 üniversite öğrencisi (65 erkek, %61; 41 kadın, %39; yaş ortalaması= 22.7±3.0) çalışmaya dâhil edildi.

### Araçlar

İki psikiyatrist kirlenme, dini, saldırganlık ve sıralama-düzenleme-sayma obsesyonları ve ilişkili kompulsyonları içeren belirti kategorilerinden birine sahip 4 ayrı OKB olgu öyküsü hazırladı. Bu olgu öykülerinin hâkim belirti özellikleri OKB'nin faktör analizi çalışmalarının sonuçları bağlamında (12) ve DSM-IV ile uyumlu olarak oluşturuldu (13) (Ek 1). Her hikâye sonunda deneklere yazarlar tarafından hazırlanan, evet-hayır formatında yanıtlanan 17 soru soruldu. Günümüzde ruh sağlığı bilgisi hakkında herhangi bir ölçek olmadığı için bu sorular ruh sağlığı bilgisi ile ilgili literatüre dayandırılarak hazırlandı. Bu sorular Jorm ve arkadaşları tarafından tanımlanan ruh sağlığı bilgisinin 4 ayrı boyutu (1. psikolojik sorunları ya da psikiyatrik hastalıkları tanıma yeteneği, 2. psikiyatrik hastalıkların sebepleri ve risk etkenleri hakkında bilgi ve inançlar, 3. profesyonel yardım aramayı engelleyen tutumlar (utanç-damgalanma), 4. profesyonel yardım olanakları hakkında bilgi ve tutumlar) hakkında hazırlandı (9) (Tablo 1).

OKB hakkında profesyonel çalışmaları olan 3 ayrı psikiyatrist ve bir klinik psikolog hazırlanan hikâyeleri belirlenen fenomenolojik özellikleri tanımlayıp tanımlamaması açısından değerlendirdi. Tüm klinisyenler karakterleri OKB olarak tanımladı ve belirlenen belirti yapısını teşhis etti. Öneriler doğrultusunda ufak düzenlemeler yapıldı. Otuz yedi öğrenci ilk değerlendirmeden bir hafta sonra aynı anketleri tekrar doldurdu. Dört belirti tipi için tüm maddelerde yüksek bağıntı düzeyleri saptandı ( $r=0.84-0.93$ ,  $p<0.001$ ).

### İstatistiksel Analiz

Tüm soru maddelerine ilişkin obsesyon tipleri arasındaki istatistiksel fark Cochran tek yönlü varyans analizi ile araştırıldı. İstatistiksel anlam çıkan ( $p<0.05$ ) soru maddeleri için post-hoc karşılaştırma yöntemi olarak McNemar Ki-kare istatistiği uygulandı. Toplam altı ikişerli karşılaştırma olduğu için yanılma düzeyi  $0.05/6=0.008$  olarak aşağı çekildi.

## Bulgular

Yapılan Cochran varyans analizi sonucunda madde 4, 5, 10 ve 15 dışında tüm maddelerde, belirtilere ilişkin değerlendirmeler arasında anlamlı düzeyde fark bulundu (Tablo1). Tablo 2'de ise ikili karşılaştırma sonuçları verilmiştir.

### **Psikolojik Sorunları ya da Psikiyatrik Hastalıkları Tanıma Yeteneği**

*Madde 1:* Saldırganlık kategorisi diğerlerine oranla anlamlı olarak daha az oranda olağan bir durum olarak tanımlanma eğiliminde bulunmuştur. Diğer obsesyonlar arasındaki karşılaştırmalar anlamlı bulunmamıştır.

*Madde 2:* Dini belirti kategorisi diğerlerine göre anlamlı olarak daha fazla şeytan tarafından bir vesvese olarak değerlendirilirken diğer obsesyonlar arasındaki karşılaştırmalar anlamlı bulunmamıştır.

*Madde 3:* Kirlenme ve saldırganlık kategorileri dini ve sıralama-düzenleme-simetri belirti kategorilerine oranla anlamlı olarak daha fazla oranda ruhsal hastalık olarak görülmekte iken, kirlenme ile saldırganlık ve dini ile sıralama-düzenleme-simetri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

### **Psikiyatrik Hastalıkların Nedenleri ve Risk Etkenleri Hakkında Bilgi ve İnançlar**

*Madde 6:* Dini kategori diğer tüm kategorilere oranla anlamlı olarak kişinin daha önce işlediği günahlarla ilişkilendirilmiştir. Diğer üç belirti grubunun kendi aralarında ise fark bulunmamıştır.

*Madde 7:* Saldırganlık kategorisi tüm diğer belirti gruplarına oranla anlamlı olarak olumsuz yaşam olayları ile ilişkili olarak değerlendirilmiş, diğer üç belirti grubunun kendi aralarında ise anlamlı fark bulunmamıştır.

*Madde 8:* Katılımcılar kirlenme ve saldırganlık kategorilerini diğer iki belirti grubuna oranla anlamlı olarak daha fazla tıbbi nedenlere ilişkilendirmiştir. Dini kategori her üçüne oranla anlamlı olarak daha az tıbbi nedenlere bağlanmış, saldırganlık ve kirlenme kategorileri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

### **Utanc, Saklama veya Damgalamaya İlişkin Tutumlar**

*Madde 9:* Kirlenme kategorisi belirtilerine sahip olan biriyle yaşamak ya da çalışmak katılımcılar için diğer kategorilere kı-

yasla daha istenmeyen bir durum olarak tanımlanmıştır. Saldırganlık kategorisi olan biri ile yaşamak, sıralama-düzenleme-sayma ve dini kategorideki belirtileri olan biri ile yaşamaya kıyasla daha istenmeyen bir durum olarak değerlendirilmiştir. Dini ve sıralama-düzenleme-sayma belirtileri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

*Madde 11:* Denekler saldırganlık ve dini kategorilerdeki belirtilere sahip olmaları durumunda kirlenme ve sıralama-düzenleme-sayma kategorilerine oranla aile üyelerinin belirtilerini bildirmelerinden daha fazla rahatsız olacaklarını belirtmiştir. Diğer belirti grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

*Madde 12:* Hem saldırganlık ve hem de dini kategoriler, sahip olunması durumunda diğer iki belirti grubuna oranla yakın arkadaş ya da iş arkadaşlarının bilmesinden rahatsız olunacak bir durum olarak tanımlanmıştır. Diğer belirti grupları arasındaki karşılaştırmalar anlamlı bulunmamıştır.

*Madde 13:* Saldırganlık ve dini kategoriler sahip olunması durumunda kirlenme ve sıralama-düzenleme-sayma kategorilerine oranla daha fazla utanç verici ya da suçluluk hissi ile ilişki olarak değerlendirilmiş, diğer belirti kategorileri arasındaki karşılaştırmalar anlamlı bulunmamıştır.

### **Yardım Olanakları Hakkında Bilgi, İnanç ya da Tutumlar**

*Madde 14:* Katılımcılar dini kategoriye sahip olmaları durumunda diğer tüm kategorilere oranla, daha fazla dini bilgisi olan kişilere danışacaklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde dinsel başvuru kaynakları saldırganlık kategorisi için kirlenme ve sıralama-düzenleme-sayma kategorisine oranla daha fazla tercih edilir bulunmuştur. Kirlenme ve sıralama-düzenleme-sayma arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

*Madde 16:* Katılımcılar dini belirti kategorisi için psikiyatrist ya da psikologları diğer belirtilere oranla daha az tercih edilebilir yardım kaynakları olarak görme eğiliminde olmuşlardır. Diğer ikili karşılaştırmalar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

**Tablo 1.** Dört farklı belirti kategorisine ait değerlendirmeler arasında bağımlı değişkenlerde varyans analizi sonuçları

Soru No		Cochran's Q (df=3)	p
<b>Psikolojik sorunları ya da psikiyatrik hastalıkları tanıma yeteneği</b>			
1	Bu durum herkesin başına gelebilecek olağan bir durumdur.	123.63	< 0.001
2	Bu durum şeytanın bir vesvesesidir.	129.56	< 0.001
3	Bu durum bir akıl hastalığıdır.	14.11	< 0.005
4	Bu durum bir kişilik ya da karakter özelliğidir.	3.71	>0.05
<b>Psikiyatrik hastalıkların nedenleri ve risk etkenleri hakkında bilgi ve inançlar</b>			
5	Böyle bir durum kişiliğin zayıf olması ya da iradesizlikle alakalıdır.	2.53	>0.05
6	Bence bu düşünce ya da davranışlar kişinin günahlarından dolayı ilahi bir ceza nedeniyle olmaktadır.	82.46	< 0.001
7	Böyle bir durum kişinin başına gelen kötü, stresli yaşam olayları ya da koşulları ile alakalıdır.	20.73	< 0.001
8	Bu tür düşünce ya da davranışların tıbbi bir açıklaması vardır.	98.24	< 0.001
<b>Utanc, saklama veya damgalamaya ilişkin tutumlar</b>			
9	Bu tür bir sorunu olan bir insanla arkadaş olmak ya da beraber çalışmak istemezdim.	30.33	< 0.001
10	Bu durumu ben yaşasam bir doktora da anlatmaktan utanırdım.	12.95	>0.05
11	Böyle bir durum başıma gelse ailemin bilmesini istemezdim.	30.89	< 0.001
12	Böyle bir durum başıma gelse iş ortamımda ya da arkadaşlarım arasında bilinmesini istemezdim.	37.83	< 0.001
13	Yukarıdaki durum benim başıma gelse çok fazla utanır ya da kendimi küçük düşmüş hissederdim.	15.06	< 0.005
<b>Yardım olanakları hakkında bilgi, inanç ya da tutumlar</b>			
14	Yukarıdaki durumu ben ya da yakınlarım yaşasa dini bilgisi olan bir insandan yardım isterdim	149.66	< 0.001
15	Böyle sorunlar aile içersinde halledilmelidir.	5.83	>0.05
16	Böyle bir durum benim başıma gelse bir psikiyatrist ya da psikologdan yardım isterdim	27.51	< 0.001
17	Böyle bir durum başıma gelse nereden yardım isteyeceğimi bilemezdim	46.45	< 0.001

**Madde 17:** Anlamli olarak daha fazla sayıda katılımcı saldırganlık kategorisini diğer belirtilere kıyasla sahip olunması durumunda nereden yardım alınacağını bilemeyeceğini işaretlemiş, diğer belirtiler arasındaki ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark bulunamamıştır.

## Tartışma

Birçok ruhsal hastalığa ilişkin toplumun bilgi, inanç ya da tutumlarını araştıran çalışma olmakla birlikte OKB için yalnızca bir çalışmada bu durum araştırma konusu olmuştur. Simond ve Thorpe (11) farklı OK belirti tiplerine ilişkin tutumları araştırmış, zarar verme (saldırganlık) obsesyonlarının temizlik ve kontrol belirtilerine göre sosyal açıdan daha kabul edilemez ve daha utanç verici olarak değerlendirildiğini bulmuştur. Bununla birlikte bu çalışmanın psikoloji öğrencileri üzerinde yapılmış olması nedeniyle bu örneklemin OKB hakkında profesyonel bilgilere sahip olacağı ve bunun da değerlendirmeleri etkileyeceği yazarlar tarafından da belirtilmiştir. Bu konuya ilişkin ülkemizde ilk kez yapılan bu çalışmada benzer bir yöntem ile daha geniş bir örneklem üzerinde çalışılmıştır.

Dini obsesyonlar ve ilişki kompulsiyonlara ilişkin yapılan değerlendirmelerde bu düşüncelerin şeytanın bir vesvesesi olarak görülmesi, diğerlerine oranla daha fazla ilahi bir imtihan olarak

görülmesi, tıbbi nedenlerle daha az ilişkili görülmesi ve yardım için daha fazla dinsel kişilerin tercih edilmesi sonuçları şaşırtıcı olmamıştır. Birçok ruh sağlığı sorununu dinsel günahlarla ilişkilendirmek, 3 büyük tek tanrılı dinin uygulayıcıları arasında yaygın bir uygulama olmuştur (14,15). İslam dininde de her müslümanın özellikle ibadet sırasında zorlayıcı bir takım düşünce ya da hayaller yaşayabileceği belirtilir. Kişiyi yaptığı ibadetten alıkoyan, iç huzurunu kaçıran, yaptığı işler hakkında kuşkuya düşüren bu düşünceler "vesvese" olarak tanımlanmaktadır. Bu düşünce ya da hayallerin şeytan tarafından kişinin zihnine ya da kalbine yüklendiğine inanılır. OKB'de bir takım obsesyonlar fenomenolojik olarak Tanrı, inanç, iman ve ibadet gibi konularla ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır (16). Klinik obsesyonların dinsel temalarla yakın ilişkisi ve bu sorunların "vesvese" kavramı ile açıklanması eğilimi obsesif yaşantıların psikiyatrik bir problem olarak algılanmasını olumsuz etkileyebilmektedir. Yetersiz ve esneklikten yoksun dini bilgi ve kültürel anlayış bu ilişkilendirmenin yapılmasını kolaylaştırabilmektedir (4).

Çalışmada saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar diğer belirti kategorilerine kıyasla daha fazla olarak olağan olmayan bir durum ve ruhsal hastalık belirtisi olarak tanımlanmıştır. Diğer üçüne göre olumsuz yaşam olayları ve nereden yardım alınacağını bilememe ile daha fazla ilişkilendirilmiştir. Sal-

**Tablo 2.** Belirti grupları arasında post hoc ikili karşılaştırma analizleri<sup>a</sup>

	Kirlenme-Dini	Kirlenme-Saldırganlık	Kirlenme-Sıralama/Düzenleme	Dini-Saldırganlık	Dini-Sıralama/Düzenleme	Saldırganlık-Sıralama/Düzenleme
<b>Tanıma</b>						
Olağan durum	5.13	9.27*	2.12	19.21*	2.42	10.13*
Şeytanın vesvesesi	61.21*	2.11	1.19	35.21*	57.87*	3.44
Akıl hastalığı	11.31*	3.31	12.22*	18.61*	0.12	21.24*
<b>Nedensel İlişkiler</b>						
İlahi ceza	34.10*	2.37	2.68	11.17*	41.16*	3.77
Stresli yaşam olayları	1.87	9.12*	1.19	12.28*	3.1	9.16*
Tıbbi nedenler	36.23*	1.16	11.42*	31.44*	11.25*	9.19*
<b>Damgalama ve Utanç</b>						
Damgalama	19.16*	7.22*	16.33*	14.44*	1.96	10.56*
Aileden saklama	23.16*	22.11*	0.02	4.47	18.61*	10.62*
Arkadaşlarından saklama	17.58*	3.92	14.11*	3.41	24.12*	30.37*
Utanç-suçluluk	7.96*	10.73*	0.05	0.39	8.51*	12.51*
<b>Yardım Olanakları</b>						
Dinsel kişiler	92.16*	18.17*	4.67	34.11*	67.45*	12.72*
Psikiyatrist veya psikolog	11.12*	3.16	0.24	21.18*	8.12*	2.22
Nereden yardım isteyeceğini bilmeme	3.06	30.52*	1.17	11.12*	4.78	34.75*

<sup>a</sup>: McNemar  $\chi^2$  testi, \*: p<0.008

dırğanklık dini belirti kategorileri katılımcılar tarafından sahip olunması durumunda hem aileden hem de çevreden daha fazla saklanma eğiliminde bulunmuş ve daha fazla çaresizlik uyandıran ve daha fazla utanılacak bir durum olarak algılanacağı tanımlanmıştır. Saldırğanklık obsesyonlarının klinik özelliklerine bakıldığında diğer obsesyonlardan farklı olarak daha acayip, benliğe daha yabancı, daha fazla anksiyete doğurucu ve daha utanırcı bir doğası bulunmaktadır (17). Bu obsesyonlar OKB olan bireyler tarafından da daha üzüntü verici ve rahatsız edici olarak ifade edilmektedir (18). Olasılıkla bu obsesyonların olağan dışı, tiksindirici ve günlük yaşam olaylarından üretilmeyen doğası ve birçok açıdan diğer obsesyonlardan farklı bir şekilde değerlendirilmesi; Fullana ve arkadaşlarının da (19) bulduğu saldırğanklık içerikli obsesyonların sağlık yardımı arama davranışı ile daha ilişkili bulunmasını açıklayabilir.

Kirlenme obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar hakkındaki değerlendirmelere bakıldığında ise bu tip belirtiler sıralama-düzenleme-sayma ve dini belirti kategorilerine oranla daha fazla sıklıkta ruhsal hastalık belirtisi olarak tanımlanmış ve tümüne oranla daha fazla tıbbi nedenlerle ilişkilendirilmiştir. Kişinin kendisinde olması ihtimali durumunda saldırğanklık ve dini kategorilere oranla, arkadaş çevresi ya da aileden daha az saklamayı gerektirir bulunması yanında, yakın çevresinden birinde bulunmasının diğerlerine oranla daha az arzu edilir tanımlanması dikkat çekici bulunmuştur. Ülkemizde yapılan klinik ortamda obsesyonların yaygınlığını araştıran çeşitli çalışmalarda genel olarak en fazla tanımlanan obsesyon kirlenme obsesyonlarıdır (20). Gerek en yaygın belirti olması nedeniyle insanların bu belirtilere daha aşına olması, gerekse toplumda "titizlik hastalığı" dendiğinde daha çok kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonlarının akla gelmesi, bu obsesyonların diğerlerine oranla bir ruhsal problem olarak daha kolay tanınmasını açıklayabilir. Belirtilerin daha yaygın ve tanıdık olması daha az saklanmaya ihtiyaç duyulması gerekliliğini de beraberinde getirebilir. Bununla birlikte kirlenme-temizlik belirti kümesine sahip olan hastalar sıklıkla yakınlarını da belirtilerine ortak ederler ve önemli bir kısmında rutin ev düzenlerinde hastaların belirtilerine göre değişiklikler ve ailesel sorunlar olmaktadır. Yaşanan sorunlara aşinalık gibi nedenlerle bu tür belirtilere sahip olan kişilerle yaşamak katılımcılar tarafından daha rahatsız edici bir durum olarak değerlendirilebilir.

Bilişsel modele göre bir hastalık belirtisi olarak obsesyonlar hiçbir şeyden değil, kişinin daha öncesinde daha az şiddette ve daha az sıklıkta yaşadığı zorlayıcı düşüncelerin devamı olarak oluşur (21). Bununla birlikte Lee ve Kwon (22) bazı obsesyonların (örn. kirlenme, sıralama-düzenleme-simetri-sayma) içerik, meydana gelişi ile ilgili bilişsel süreçler ve başa çıkma tutumları açısından klinik anlamı olmayan zorlayıcı (intrusive) düşüncelere çok benzediğini, bazı obsesyonların ise (örn. saldırğanklık obsesyonları) bu özellikler açısından zorlayıcı düşüncelerden farklılaştığını belirtmektedir. Kirlenme, sıralama-düzenleme-sayma-simetri gibi birçok şeyi 'tam ayarında' yapma ihtiyacı gibi obsesyonlar için devamlılık ilkesinin daha geçerli olması, bu yaşantılar ile klinik obsesyonlar arasındaki ayırımı zorlaştırarak daha normal bir durum ve daha az utanılacak bir durum gibi algılanmalarının nedenleri olabilir.

Bu çalışmanın sonuçları obsesif yaşantıların farklı tutumlarla karmaşık şekilde ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Hem ruh

sağlığı bilgisinin farklı boyutlarının olması, hem de OKB'nin oldukça heterojen doğası bu çeşitliliği ortaya çıkarmaktadır. Örneğin saldırğanklık kategorisi sıralama-düzenleme-sayma kategorisine kıyasla daha fazla oranda bir ruh sağlığı problemi olarak görülmesine rağmen, anlamlı sayıda daha fazla katılımcı tarafından sahip olunması halinde diğer insanlardan daha fazla saklanacağı şeklinde değerlendirilmiştir. Bir başka deyişle problemi bir ruh sağlığı problemi olarak görmek, her zaman problemi diğer insanlarla paylaşmayı kolaylaştırmamaktadır. Gene kirlenme obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar daha fazla tıbbi nedenlere bağlanırken, bu belirtilere sahip kişilerle birlikte yaşamak daha fazla arzu edilmeyen bir durum olarak tanımlanmıştır. Bir psikiyatrik bozukluk olarak bir problemi tanımlamak ya da nedenlerine doğru atıfları yapmak bazen bizzat damgalamanın asıl nedeni olabilir. Bu sonuçlar, kültür ve çevrenin tedavi edilmesi için olmasa da bazı psikiyatrik sorunlar için daha katlanılabilir ya da kabul edilir bir ortam hazırladığını, bazılarını ise daha az içselleştirdiğini düşündürmektedir.

Çalışmanın belirtilmesi gereken bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışma bu tür olgu tanımlamaları üzerine dayanan çalışmaların ortak sınırlılıklarına sahiptir. Bu olgu tanımlamaları gerçek klinik uygulamaları yansıtmaktan uzak olabilirler. Bununla birlikte ruhsal ya da fiziksel hastalıklara karşı tutumları irdeleyen çalışmaların çoğu bu yöntem üzerinden yapılmaktadır. Şiddet açısından tüm olgular eşitlenmeye çalışılmasına rağmen bu öykülerin hepsi şiddet açısından aynı oranda algılanmamış olabilir. Ruh sağlığı bilgisini değerlendiren bir araç olmadığı için bu alanda özel bir araç kullanılmamış olması diğer bir kısıtlılıktır. Ruh sağlığı bilgisinin çok fazla yönü olabileceği için bir takım bileşenleri bu çalışmada ele alınmamış olabilir. Çalışmamızın sonuçları elbeteki tüm toplumun belirtilen sorunlara ilişkin ruh sağlığı bilgisini değerlendirmeye genelleştirilemez. Ayrıca yanıtların ikili (dikotom) doğası bir diğer kısıtlılık olabilir.

Sonuç olarak hem OKB'nin belirgin olarak heterojen doğası, hem de klinik olmayan zorlayıcı düşünceler ile klinik obsesyonları ayırt etmedeki zorluk, bu yaşantıların hastalık ile ilişkili yaşantılar olarak tanınmasını zorlaştırmaktadır. Bu durum bu sorunları olan kişilerin daha az sağlık yardımı araması ile sonuçlanmaktadır. Bu nedenle ilk olarak toplumun yaşadığı kültürü de hesaba katarak, belirlenen gruplarda olumsuz tutumları hedef alan bilgilendirmeye yönelik çeşitli eğitim kampanyaları ve konferanslar düzenlemek, hastalığın tanınmasında ve hastalığa karşı olumlu tutumların inşa edilmesi için yararlı olacaktır. İkinci olarak birinci basamakta bu hastalığın tanınması yönünde pratisyen hekimlerin bilgi ve becerilerini artırmak amacıyla çalışmalar yapılması gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M ve ark. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:5-13. [Abstract] / [PDF]
2. World Health Organization. The "newly defined" burden of mental problems. Fact Sheets n° 217. Geneva: WHO, 1999.
3. Kohn R, Saxena S, Levav I et al. The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82:858-66. [Full Text] / [PDF]
4. Besiroglu L, Agargun MY. The correlates of healthcare seeking behaviour in obsessive-compulsive disorder: a multidimensional approach. Turk Psikiyatri Derg 2006; 17:213-22 [Abstract] / [Full Text] / [PDF].

5. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M ve ark. Türkiye Ruh sağlığı Profili: Ana Rapor. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1998.
6. Besiroglu L, Çilli AS, Aşkın R. The predictors of health care seeking behaviour in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry 2004; 45:99-108. [Abstract] / [PDF]
7. Simonds LM, Elliot S. OCD patients and non-patient groups reporting obsessions and compulsions: phenomenology, help-seeking, and access to treatment. Brit J Med Psychol 2001; 74:431-49. [Abstract] / [Full Text]
8. Okasha A, Saad A, Khalil AH et al. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. Compr Psychiatry 1994; 5: 191-7. [Abstract] / [PDF]
9. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. Br J Psychiatry 2000; 177: 396-401. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
10. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA et al. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust 1997; 166:182-6. [Abstract] / [Full Text]
11. Simonds LM, Thorpe SJ. Attitudes toward obsessive-compulsive disorders. An experimental investigation. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38:331-6. [Abstract] / [PDF]
12. Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 2005; 162:228-38. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
13. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. Baskı. Köroğlu E, çev. editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995.
14. Spitzer M, Sigmund D. The phenomenology of obsessive-compulsive disorder. Int Rev Psychiatry 1997; 9:7-14. [Abstract] / [PDF]
15. Stein DJ. Seven deadly signs. CNS Spectr 1998; 3:40-7.
16. Steketee G, Quay S, White K. Religion and guilt in obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord 1991; 5:359-67. [Abstract] / [PDF]
17. Besiroglu L, Agargun MY, Ozbebit O et al. A discrimination based on autogenous versus reactive obsessions in obsessive-compulsive disorder and related clinical manifestations. CNS Spectr 2006; 11:179-86. [Abstract] / [Full Text]
18. Rowa K, Purdon C, Summerfeldt LJ et al. Why are some obsessions more upsetting than others. Behav Res Ther 2005; 43:1453-65. [Abstract] / [PDF]
19. Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A et al. Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help-seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions. Am J Psychiatry 2009; 166:329-36. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
20. Egrilmez A, Gulseren L, Gulseren S et al. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. Psychopathology 1997; 30:106-10. [Abstract] / [PDF]
21. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. Behav Res Ther 1978; 16:233-48. [Abstract] / [PDF]
22. Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. Behav Res Ther 2003; 41:11-29. [Abstract] / [PDF]

#### EK-1. Dört farklı belirti grubuna ilişkin olgu öyküleri

##### Bulaşma-kirlenme

Semra Hanım, 25 yaşında, evli, iki çocuğu olan lise mezunu bir ev hanımı. Bir süredir banyoda ve tuvalette fazlaca zaman harcıyor. Her tuvalet sonrasında defalarca elini yıkamasına rağmen hala ellerinin temiz olmadığına ve üzerine pislik bulaştığına dair kaygılanıyor. Bazı zamanlar 1 saatten daha fazla çeşmenin başında kaldığı oluyor. Çamaşırları tekrar tekrar yıkayıp duruluyor. Bir çamaşır yere düşse tüm çamaşırları baştan yıkamaya başlıyor. Banyoya girdiği zaman saatlerce içerde kalıyor. Umumi yerlerde kapı kolları, telefonlara kesinlikle dokunmak istemiyor. Paraya dokununca elini tekrar tekrar yıkamak zorunda hissediyor. Evine misafir gelmesini istemiyor. Çünkü etrafı dağıtıp kirlenmelerinden endişeleniyor.

##### Dini

Salim Bey, 33 yaşında, evli, dört çocuğu olan lise mezunu bir memur. Son zamanlarda zihni biraz karışık olduğu için dikkatini işine veremiyor. Zihnine takılan bazı sorular kendisini suçlu hissetmesine neden oluyor. Az çok dindar bir insan olmasına rağmen Allah'ın aslında olmadığı ile ilgili zihnine takılan düşünceleri oluyor. Ayrıca hiç sebep yokken Allah, peygamber hakkında zihnine küfürler ve onlara hürmetsizlik ettiği dair düşünceler geliyor. Bu düşüncelerin kesinlikle kendi düşünceleri, karakteri ve inançlarına uygun olmayan ve sahip olmayı istemediği düşünceler olduğunu bilmesine rağmen bir türlü onları zihninden atamıyor. Yalnız kaldığı zaman ise bu düşünceler daha da fazla artmakta. Bu durum kendisinde çok büyük sıkıntı oluşturuyor. Bu düşünceleri zihninden atmak için onları düşünmemeye çalışıyor, bildiği tüm duaları tekrarlıyor. Gününün büyük kısmında tüm bu nedenlere bağlı olarak işini yeterince yapamıyor. Ayrıca sık sık evde de devam eden bu düşünceler sonrasında eşine kendisinin iyi bir insan olduğunu onaylatmak ihtiyacı hissediyor.

##### Saldırganlık

Serpil Hanım, 29 yaşında, 10 yıllık evli, 3 çocuğu var. Son çocuğunun doğumundan 3 hafta sonra sürekli ağlama, bebeğini emzirmek istememe gibi durumları olmuş. Kimseye bir şey söylemek istemiyor. Mümkün olduğunca bebeğinden uzak kalmak istiyor, keskin ve sivri cisimleri eline alamıyor. Bebeğine bakmadığı için ablasını evine çağırmış. Bebeğinden uzak kalmasının nedeni aklına gelen bir takım düşüncelermiş. Bebeğini öldürmekten korkuyor, sanki onu bir bıçakla yaralayacakmış gibi aklına bir takım fikirler geliyor. Bunun çok saçma olduğunu ve böyle bir şey yapmayacağını bildiği halde gene de bu düşüncelerin etkisinden kurtulamadığını ifade etmiş. Sivri cisimler gördüğünde bu düşünceleri artırmış. Bu nedenle ortalıkta bıçak, iğne ve tornavida gibi cisimlerin bulunmasını istemiyor. Gece olunca ablasından tüm bıçakları ve iğneleri bir kutuya koymasını istiyor ve kapalı olduğundan emin olmak için tekrar tekrar kontrol ettirmiş.

##### Sıralama-düzenleme-sayma

Banu, 22 yaşında, bekâr, üniversite öğrencisi. Uzunca bir süredir kendisinde olduğunu bildiği bazı davranışları var. Evden ayrılırken kıyafetlerini belli bir sırada giyiyor. Sıklıkla sırayı bozmadığından emin olmak için tekrar tekrar elbiselerini çıkarıp giyiyor. Aynı tür davranışlar sabah temizliğini yaparken de oluyor. Bu nedenle sıklıkla okula geç kalıyor. Evden dışarı çıktığında ocağı açık bırakıp bırakmadığı, ütü-yü fişte bırakıp bırakmadığı hakkında endişeleniyor, eve geri dönüp kontrol ediyor. Bazen bu hareketleri defalarca tekrarlıyor. Birkaç kez okulda dersten izin alıp eve ocağı kontrol etmek için geri dönmüş. Herhangi bir form doldursa ya da sınavlarda tekrar tekrar yanlış yapmadığını kontrol ediyor. Her şeyi tam ve eksiksiz yapma isteğini yenemediği için bu davranışlarını yapmak zorunda kaldığını düşünüyor.