



ARAŞTIRMA / RESEARCH

İçgörüsü olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk hastalarında kişilik örgütlenmesi

Personality organization in obsessive compulsive disorder with and without insight

Fikret Ferzan Gıynaş¹, Özlem Kazan Kızılkurt², Medine Yazıcı Güleç¹, Hüseyin Güleç¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri, İstanbul, Turkey
²Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Turkey

Cukurova Medical Journal 2019;44(1):18-26

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate personality organization level in patients with and without insight of Obsessive Compulsive Disorder (OCD).

Materials and Methods: We conducted a cross-sectional study in Erenkoy Psychiatry and Neurological Diseases Training and Research Hospital. The study's universe consisted of 100 patients who applied with OCD diagnosis to Anxiety Polyclinic of our hospital. Sociodemographic data form and Yale Brown Obsessive-Compulsive scale (Y-BOCS) Personality Organization Diagnostic Form (PODF) was completed for each participant at the first interview.

Results: The proportion of patients with poor insight group in our study was 23%. Significant differences were found between the Y-BOCS general severity scores of the groups. The patients in two groups achieved significantly different total scores in identity, scores in primitive and mature defense mechanisms and reality testing. There was significant difference between patients with good insight OCD and poor insight OCD in terms of general personality organization. The total score of PODF identity had a predictive effect on insight in the linear direction.

Conclusion: The present study indicated that patients with poor insight OCD had lower level of personality organization as compared to patients with good insight OCD. According to the scores obtained in the subscales of PODF, patients with poor insight OCD showed high diffusion identity as compared to patients with good insight OCD. Besides this, it was observed that the group with poor insight mostly used primitive defense mechanisms, their reality testing was relatively disturbed and they had low level of object relations.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, personality organization, identity, object relations, insight.

Öz

Amaç: Bu çalışmada içgörüsü olan ve olmayan Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) hastalarında, kişilik örgütlenme düzeyini araştırmayı amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte gerçekleştirilen çalışmamız Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini hastanemiz Anksiyete Polikliniğine başvuran ve yatan hasta servislerine OKB tanısı ile izlemi yapılan 100 OKB hastası oluşturdu. Tüm katılımcılara Sosyodemografik veri formu, Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (Y-BOCS) ve Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formu (KÖTF) uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda içgörüsü olmayan hasta grubu evrenin %23'ünü oluşturdu. Grupların Y-BOCS genel şiddet ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptandı. KÖTF'nin alt-boyutlarından kimlik toplam, ilkel ve olgun savunma düzenekleri toplam ve gerçeği değerlendirme toplam puanları anlamlı farklılık gösterdi. KÖTF'e göre hastaların genel kişilik örgütlenmeleri gruplara göre anlamlı farklılık gösterdi. KÖTF'nin kimlik toplam puanının doğrusal yönde, içgörü üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada içgörüsü olmayan OKB hastalarının, içgörüsü olan OKB hastalarına oranla daha düşük düzey kişilik örgütlenmesine sahip oldukları gösterildi. Kişilik örgütlenmesinin alt-boyutlarına bakıldığında içgörüsü olmayan OKB hastalarında kimliğin daha dağınık, kullandıkları savunma düzeneklerinin ağırlıklı olarak ilkel savunmalar olduğu, gerçeği değerlendirmelerinin görece daha bozuk olduğu ve daha düşük düzey nesne ilişkilerine sahip oldukları gösterildi.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, kişilik örgütlenmesi, kimlik, nesne ilişkileri, içgörü.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Fikret Ferzan Gıynaş, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri, İstanbul, Turkey E-mail: dr_ferzan13@yahoo.com.tr
Geliş tarihi/Received: 24.06.2018 Kabul tarihi/Accepted: 31.07.2018 Published online: 31.07.2018

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)'da içgörü konusu uzun yıllardan bu yana tartışılmış, klinik, sosyodemografik özellikler açısından pek çok araştırmaya konu edilmiştir. Bu araştırmaların en önemli amacı genel olarak heterojen OKB popülasyonu içinde farklı bir alt grubun varlığını ortaya koymak olmuştur¹.

İlk tanımlandığından bu yana obsesif-kompulsif bozukluğun, atipik ya da psikotik özellikleri olan varyantlarından söz edilmektedir². Ancak DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV)'e kadar tanı kategorilerinde bu alt tiplere yer verilmemiştir³. Foa ve Kozak, OKB hastalarının büyük çoğunluğunun en azından bazen bozukluğa yönelik içgörülerini kaybettiklerini belirtmişlerdir. Yaptıkları DSM-IV alan çalışmasında, içgörü azlığının %30 oranında görüldüğü belirlenmiştir⁴. Sonraki yıllarda yapılan çeşitli çalışmalarda, OKB hastalarının %15-36'sında içgörü azlığı olduğu bildirilmiştir^{5,6,7}.

Yapılan çalışmalarda genel olarak içgörü azlığı; erken başlangıç yaşı^{7,8}, uzun hastalık süresi^{7,9}, eğitim süresinin kısa oluşu⁸, işsizlik, OKB şiddeti¹⁰ ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan araştırmalar sonucunda içgörüsüz OKB, DSM-5'te ayrı bir grup olarak tanımlanmasa da içgörü belirtici daha geniş bir yelpazede değerlendirilmeye alınmıştır¹¹.

OKB' de kişilik bozuklukları literatürde sıklıkla çalışılmış ancak hakkında çelişkili bilgiler bulunan bir konudur. OKB ile kişilik bozukluklarının birlikte görülme sıklığı çeşitli kaynaklarda %52-83 arasında bildirilmektedir. OKB'da kişilik bozukluklarına sık rastlanmakla birlikte OKB'ye özel bir kişilik bozukluğu bulunmamaktadır¹². Okasha ve arkadaşları¹³. OKB ile komorbid olarak en sık "başka yerde sınıflandırılmayan kişilik bozukluğu" tanısının görüldüğünü bildirmektedir. Kişilik bozukluklarının, içgörü ile olan ilişkisi OKB hastalarında daha önceki çalışmalarla ortaya konulmuştur. Türksoy ve arkadaşları¹⁴, yaptıkları çalışmada, içgörüsü az olan hastalarda narsisistik ve borderline kişilik bozukluğunu daha sık bulmuş, yakın zamanlı diğer çalışmalarda ise içgörüsü az olan hastalarda paranoid ve şizotipal kişilik bozukluğunun daha sık görüldüğüne ilişkin sonuçlar elde edilmiştir^{15,16,17}. Bellino ve arkadaşları¹⁵ ise, çalışmalarında ek olarak obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun içgörü kaybına karşı koruyucu

olabileceği sonucuna varmışlardır.

Kişilik örgütlenmesi (KÖ) kavramı çağdaş psikodinamik yaklaşımda hem normal hem de bozulmuş kişilik gelişimini açıklayabilen merkezi bir yapıdır^{18,19}. Kişilik bozukluklarının gelişiminin psikodinamik olarak anlaşılmasında ve tedavi edilmesinde KÖ kavramı anahtar bir rol oynamaktadır¹⁸. Kernberg, KÖ'leri ve kişilik bozuklukları için kategorik (DSM, ICD (International Classification of Diseases)) ve boyutsal (The five factor model) yaklaşımların her ikisini de bütünleştiren modelinde, temel olarak üç KÖ düzeyi (psikotik, borderline ve nevrotik) tanımlamaktadır. Kişilik örgütlenmesi modeli, normal ile patolojik olanı, bir yelpaze olarak kavrayıp, etiyolojik, gelişimsel, yapısal ve dürtü-eylem öğelerini bir eksen içinde bir araya getiren nesne ilişkileri kuramına dayanmaktadır. OKB hastaları içinde çeşitli farklılıkları saptanan içgörüsüz hastaları KÖ düzeyinde farklılaştırıp farklılaşmadığını araştırmak çalışmamızın ana odağıdır. Bu çalışmada DSM IV'e göre tanı almış içgörüsü olan ve olmayan OKB hastalarının KÖ düzeylerinin boyutlarıyla birlikte araştırılması hedeflenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipte gerçekleştirilen çalışmamız Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini Şubat 2015- Ağustos 2015 tarihleri arasında hastanemiz Anksiyete Polikliniğine başvuran ve yatan hasta servislerine OKB tanısı ile izlemi yapılan hastalar alınmıştır. Bu çalışma 12.01.2014 tarih ve 19/9 karar numaralı tez çalışmasının verileri kullanılarak yapılmıştır. Çalışma için Erenköy Bilimsel Araştırma Merkezi'nden etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışma için toplam 114 hastaya ulaşılmıştır. Hastalardan 9 tanesi çalışmaya katılmaya onay vermediği için, 1 hasta onayından vazgeçtiği için ve 4 hasta aktif sanrı ve/veya varsanı tariflediği için çalışmaya alınmamıştır. Dışlama ölçütleri; 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak, görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olmak, görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalık bulunması, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar tanısının olması, obsesyonel düşünce içeriği psikotik bir tema ile ilişkili olan hastalar olarak belirlendi. DSM-IV'e göre tanıları klinisyen tarafından doğrulanmış ve

çalışmaya katılmak için yazılı onamı alınan hastalar için görüşme randevusu oluşturuldu. Görüşmede tüm katılımcıların sosyo-demografik veri toplama formu dolduruldu ve Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (Y-BOCS) uygulandı. Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formu (KÖTF)'nü doldurmak için aynı seansta eğitim almış klinisyen tarafından ortalama 60 dakika süren psikodinamik yönelimli, yapısal görüşme tekniklerinin kullanıldığı yarı yapılandırılmış görüşme yapılmıştır.

Araçlar

Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Hastanın adı, soyadı, cinsiyeti, yaşı ve medeni durumu ve dışlama ölçütlerinden olan okur-yazar olma durumunu belirlemek için eğitim durumu içermektedir. İlk başvuruda uygulanan bu formda ekonomik gelir düzeyi, meslekte geçen süre, alışkanlıklar, kullandığı ilaçlar, eşlik eden hastalık öyküsü, OKB hastalık süresi, tedavi alana kadar geçen süre gibi değişkenler yer almaktadır.

Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (Y-BOCS)

Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (Y-BOCS) Goodman ve arkadaşları²⁰ tarafından geliştirilmiştir. 1989 'dan beri birçok çalışmada yayın olarak kullanılmakta olan bu ölçek, DSM-IV saha çalışmalarında da kullanılmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesi klinisyen tarafından yapılır. Belirti şiddetleri değerlendirilirken belirti tipi, sayısı ya da içeriği dikkate alınmaz. Her bir belirtinin hastanın ne derecede zamanını aldığına, normal yaşamını ne kadar etkilediğine, öznel rahatsızlığa ne kadar neden olduğuna, bunlara hastanın ne oranda aktif direnç gösterdiğine ve bunları ne kadar kontrol edebildiğine göre; 0-4 arasında değişen puanlar alır. Daha sonra klinisyen tarafından genel obsesyon puanı (GOP), genel kompulsiyon puanı (GKP) ve toplam puan (GTOP) hesaplanır. Y-BOCS ölçeğine göre hastaların GOP ve GKP için alabilecekleri en yüksek puan 20'dir. GTOP; GOP VE GKP 'nin toplamıdır ve hastaların alabildiği en yüksek puan 40' tır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karamustafaloğlu ve arkadaşları²¹ tarafından yapılmıştır.

Y-BOCS'ın 11. maddesi içgörüyü tek boyutta ve kategorik olarak değerlendirir. Hastanın obsesif kompulsif belirtilerini ne kadar saçma ve mantık dışı kabul ettiğini ve kompulsif davranışları gerçekleştirmemenin yaratacağı sonuçlar hakkındaki

değerlendirmesinin gerçekliğini ölçer. İçgörüyü 0-4 arasında belirler. 0 mükemmel içgörüyü 4 içgörünün hiç olmadığına işaret eder.

Erenköy Kişilik Örgütlenmesi Tanı Formu (KÖTF)

Kernberg'in modeline göre kişilik örgütlenmesini ölçmek üzere geliştirilmiş²² gözlemcinin işaretlediği bir ölçektir. Kişilik örgütlenmesi tanısal formu, terapi seansları, nesne ve kendilik tanımlamaları, psikiyatrik ve psikolojik değerlendirme, ilişki anlatıları vb gibi farklı tipte klinik materyalleri temel alarak puanlanabilmektedir. Kişilik örgütlenmesi tanısal formu, ciddi rahatsızlık çeken psikotik kişilik örgütlenmesinden yüksek işlevsellikli ve iyi uyum sağlamış nevrotik kişilik örgütlenmesine ve normal bireylere kadar uzanan geniş bir yelpazedeki değişik düzeylerde psikolojik işleyişe sahip katılımcıların bulunduğu bir çok farklı çalışmada mükemmel düzeyde görüşmeci güvenilirliği ve iyi bir yapı geçerliği ve iyi bir iç tutarlılığa sahip olduğu gösterilmiştir^{22,23,24,25,26}. Kişilik örgütlenmesi tanısal formu 21 itemli bir ölçektir ve beş farklı kişilik örgütlenmesi boyutunu değerlendirir: kimlik, ilkel savunma mekanizmaları, olgun savunma mekanizmaları, gerçeği değerlendirme ve nesne ilişkileri. Her bir boyut belirli bir sayıda item içermektedir. Kimlik boyutu 6 item, ilkel ve olgun savunma mekanizmaları 5'er item, gerçeği değerlendirme 4 item ve nesne ilişkileri beş farklı düzeyi kapsayan tek bir item içerir. Son olarak global kişilik örgütlenmesi tanısı beşinci boyutu oluşturur ve diğer boyutlardaki skorlara göre puanlanır. KÖTF'ün Türkçeye uyarlama çalışmaları Yılmaz ve ark.²⁷ tarafından yapılmıştır. KÖTF'e göre görüşme akışı ve kullanılan araçlar bakımından farklılıklar içeren KÖTF'ün ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunda Türk örnekleminde kullanılabilir nitelikte olduğu bulunmuştur.

İstatistiksel analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart sapma, Frekans, Yüzde) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında gruplar arasındaki büyüklük farkı dikkate alınarak nonparametrik yöntemlerden Mann-Whitney U testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Chi-square (ki-kare) Testi kullanıldı. İçgörü düzeyinin bağımlı değişken

olarak alındığı kişilik örgütlenmesi değişkenlerinin bağımsız değişken olarak öngörücülüğünü değerlendirmek amacıyla hiyerarşik doğrusal regresyon modeli oluşturulmuştur. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamıza toplam 58 kadın (%58) ve 42 erkek (%42) olmak üzere 18-64 yaş aralığında toplam 100 OKB hastası dahil edildi. İçgörüsü olan hastaların 49'u kadın (%63,6) ve 28'i erkek (%36,4) ten oluşmaktaydı. İçgörüsü olmayan hastaların ise 9'u kadın (%39,1) ve 14'ü (%60,9) erkekti. Grupların cinsiyetleri arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=0,037$; $p < 0,05$).

Tablo 1. İçgörüsü olan ve olmayan OKB hastalarında sosyodemografik ve klinik özellikler

	İçgörü(+) (n=77)	İçgörü(-) (n=23)	χ^2	P
Cinsiyet				
Kadın	49 (%63.6)	9 (%39.1)	4.36	0.037*
Erkek	28 (%36.4)	14 (%60.9)		
Yaş (ort \pm Ss)	36.1 \pm 10.7	32.9 \pm 10.2		0.726
Eğitim süresi (ort \pm Ss)	11.62 \pm 3.5	9.78 \pm 3.9		0.036*
Medeni durum				
Bekar	26 (%33.8)	14 (%60.9)	6.6	0.084
Evlü	42 (%54.5)	6 (%26.1)		
Boşanmış	8 (%10.4)	3 (%13)		
Ayrı yaşıyor	1 (%1.3)	-		
Gelir düzeyi				
<1000	20 (%26)	8 (%34.8)	1.9	0.368
1000-5000 arası	52 (%67.5)	15 (%65.2)		
>5000	5 (%6.5)	-		
Çalışma durumu				
Evet	51 (%66.2)	18 (%78.3)	1.1	0.274
Hayır	26 (%33.8)	5 (%21.7)		
Meslekte geçen süre				
<1	10 (%22.2)	4 (%26.7)	1.4	0.693
1-5 Yıl	10 (%22.2)	4 (%26.7)		
5-10 yıl	13 (%28.9)	2 (%13.3)		
>10	12 (%26.7)	5 (%33.3)		
Tanısı olan tıbbi hastalık				
Hayır	53 (%68.8)	15 (%65.2)	0.1	0.744
Evet	24 (%31.2)	8 (%34.8)		
Hastalığın başlangıç yaşı (ort \pm Ss)	21.9 \pm 10.6	22.08 \pm 8.4		0.493
Hastalık süresi(yıl) (ort \pm Ss)	13.9 \pm 9.9	10.4 \pm 9.6		0.074
Tedaviye kadar geçen süre (yıl) (ort \pm Ss)	72.6 \pm 81.2	27.8 \pm 45.7		0.005*
Y-BOCS genel şiddet(ort \pm Ss)	21.4 \pm 8.5	28.1 \pm 8.7		0.000*

* $p < 0,05$

İçgörüsü olmayan grupta erkek cinsiyet oranı istatistiksel olarak fazlaydı. Grupların eğitim süreleri arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=0,036$; $p < 0,05$). Grupların Y-BOCS genel şiddet ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=0,000$; $p < 0,05$). Tablo 1'de hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri özetlenmiştir.

İçgörüsü olan ve olmayan hastaların karşılaştırmaları kişilik örgütlenmesi boyutları Tablo 2'de gösterilmiştir. Hastaların genel kişilik örgütlenmeleri gruplara göre anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,000$; $p < 0,05$). Grupların nesne ilişkilerinin niteliğinin dağılımı açısından anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p=0,000$; $p < 0,05$). Gruplar arasında kimlik toplam puanları anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,000$; $p < 0,05$).

Tablo 2. İıgörüsu olan ve olmayan OKB hastalarında Kişilik Örgütlenmesi boyutları karşılaştırılması.

	İıgörü(+) (n=77)	İıgörü(-) (n=23)	P
Kimlik Alt Boyutları			
Kendiliğin Özel Deneyimi	-0.18±1.5	-1.65±0.77	0.000*
Kendilik Algisi	0.68±1.5	-1.52±1.12	0.000*
Zaman içinde kendilik alg	0.92±1.4	-1.56±0.99	0.000*
Davranış Duygu Bütünlüğü	0.48±1.4	-1.86±0.81	0.000*
Ötekine İlişkin Algı	0.58±1.4	-1.65±1.1	0.000*
Nesne Algisi	0.7±1.4	-1.6±1.03	0.000*
Kimlik Toplam	-11±11.03	-16±3.9	0.000*
İlkel Savunmalar Alt Boyutları			
İnkar	1.7±0.5	2.5±0.5	0.000*
Bölme	1.63±0.6	2.1±0.5	0.001*
Tümgüçlülük	0.92±0.7	1.08±0.7	0.404
Tümgüçlü Kontrol	0.76±0.7	0.8±0.6	0.464
İlkel Kücültme	0.74±0.65	1.39±0.6	0.000*
İlkel Savunmalar Toplam	5.77±2.2	7.96±1.6	0.000*
Gerçeği Değerlendirme Alt Boyutları			
Olgun Savunmalar Alt Boyutları			
İdealizasyon	1.02±0.7	0.43±0.5	0.001*
Kücültme	0.87±0.5	0.34±0.4	0.000*
İzolasyon	1.7±0.5	1.39±0.6	0.001*
Rasyonalizasyon	1.75±0.6	1.04±0.7	0.024*
Baskılama	1.6±0.5	1.2±0.6	0.017*
Olgun Savunmalar Toplam	7.01±1.5	4.47±1.6	0.000*
Gerçeği değerlendirme ¹	0.00±0.0	0.39±0.6	0.000*
Gerçeği değerlendirme ²	0.01±0.1	0.04±0.2	0.001*
Gerçeği değerlendirme ³	0.19±0.4	1.34±0.8	0.024*
Gerçeği değerlendirme ⁴	0.14±0.2	1.04±0.8	0.017*
Gerçeği Değerlendirme Toplam	7.01±1.5	4.47±1.6	0.000*

□ p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

1. Kendilik ve ötekilerin ayrıştırılmasından yetersizlik

2. İntrapsişik uyarı ve algıları dışsal uyarı ve algılardan ayırt etmede yetersizlik (varsanı ya da sanrı)

3. Kişinin kendiduygulanım, davranış ve düşünce içeriğini sıradan sosyal normlar açısından gerçeği bir şekilde değerlendirme kapasitesinde eksiklik

4- Aşırı uygunsuz ya da tuhaf duygulanım, düşünce içeriği ve davranışların varlığı

Tablo 3. İıgörüsu olan ve olmayan OKB hastalarında nesne ilişkileri niteliği karşılaştırılması

	İıgörü(+) (n=77)	İıgörü(-) (n=23)	χ ²	P
Nesne ilişkilerinin niteliği alt tipler			66.77	0.000*
Simbiyotik	1(%1.3)	13(%56.5)		
Paranoid	1(%1.,3)	1(%4.3)		
Şizoid	1(%1.3)	-		
Şizotipal	5(%6.5)	4(%17.4)		
Malign-narsizm	-	2(%8.7)		
Antisosyal	1(%1.3)	1(%4.3)		
Bağımlı	13(%16.9)	-		
Histrionik	4(%5.2)	-		
Sadomazohistik	8(%10.4)	-		
Narsistik	6(%7.8)	-		
Borderline	13(%16.9)	2(%8.7)		
Histerik	8(%10.4)	-		
Depresif mazohistik	3(%3.9)	-		
Obsesif kompulsif	13(%16.9)	-		

□ p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Tablo 4. İlgörüsü olan ve olmayan hastalarda kişilik örgütlenme boyutlarının lojistik regresyon analizi

	P	OR	95% Güven Aralığı	
Kimlik	0.039*	0.823	0.683	0.990
İkel savunma	0.906	1.030	0.626	1.695
Olgun savunma	0.204	.665	0.354	1.248
Gerçeği değerlendirme	0.225	1.440	0.799	2.593
Constant	0.871	0.634		

OR: Odds Ratio □ p<0,05 düzeyinde anlamlıdır

Gruplar arasında ilkel savunmalar toplam puanı ve olgun savunmalar toplam puanı anlamlı farklılık gösterdi (p=0,000, p<0,05). Gruplar arasında gerçeği değerlendirme toplam puanları anlamlı farklılık gösterdi (p<0,05). Grupların nesne ilişkileri alt tipleri açısından karşılaştırılması Tablo 3'te gösterilmiştir. Tablo 4'de içgörünün bağımlı değişken, kişilik örgütlenmesi alt boyutlarının bağımsız değişken olarak alındığı hiyerarşik regresyon modelinde araştırılmıştır. Analiz sonucunda KÖTF kimlik toplam puanının (p<0.039) doğrusal yönde, içgörü üzerinde yordayıcı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Yapılan çalışmalarda OKB hastalarında içgörüsü az olan hastaların oranı literatürde %15-%39 arasında bildirilmektedir^{8,17,28}. Bizim çalışmamızda içgörüsü olmayan hasta grubu evrenin %23'ünü oluşturdu. İçgörü sorunu olan hastaların obsesyonlarının ve kompulsyonlarının şiddeti daha yüksek bulunduğundan^{10,29}, içgörüsü OKB genellikle hastalığın daha şiddetli bir formu olarak yorumlanmıştır. Çalışmamızda Y-BOCS skorlarını önceki verilerle uyumlu olarak içgörüsü olmayan grupta anlamlı olarak daha yüksek bulduk. Bu bağlamda içgörü zayıflığının, hastalık şiddetinde artış ve OKB belirtilerini kontrol etmede zayıf yetenek ile ilişkili olduğunu ileri sürmek mümkündür. Kişi obsesyonların irrasyonel doğasını anlamıyorsa, içgörü azlığı belirtilerine daha az direnmeye ve hastalık şiddetinde artışa neden olmaktadır¹⁰.

Gruplar arasında kişilik örgütlenmesi alt boyutlarından kimlik, ilkel savunmalar, olgun savunmalar ve gerçeği değerlendirme puanlarında anlamlı fark saptandı. Buna göre, içgörüsü olmayan OKB hastalarının kimlikleri daha dağınık, savunmaları ağırlıklı olarak ilkel, gerçeği değerlendirmeleri hafif bozulmuş ve nesne ilişkilerinin niteliği 'simbiyotik' ya da 'nesne korkusu

ile düşük düzey borderline'dır. İçgörüsü olan OKB hastaların kimlikleri daha az dağınık, savunmaları çoğunlukla olgun, gerçeği değerlendirmeleri tam ve nesne ilişkilerinin niteliği bakımından 'terkedilme ve yalnız kalma korkuları ile yüksek düzey borderline' ve 'kastasyon korkusu ile ödipal'dir. .

İçgörüsü olmayan OKB grubunda ağırlıklı olarak simbiyotik nesne ilişkisi (%56,5 n=13) bulunurken, içgörüsü olan OKB grubunun dağılımı terk edilme korkusu ile yüksek düzey borderline nesne ilişkisi (%55,8 n=43) bulunmuştur. KÖTF'e göre nesne ilişkilerinin niteliği alt-boyutunun işaretlenmesinde belirleyici olan kişinin yaşadığı temel korkunun ne olduğudur. Bu bulgu içgörüsü olan OKB'ye kıyasla daha şiddetli ve ağır seyirli bir psikopatoloji olduğu bilinen içgörüsü olmayan OKB'nin daha alt düzey kişilik örgütlenmesine sahip olduğu ve bu hasta grubunun OKB içerisinde farklılaştığını ve farklı bir biçimde ele alınması gerektiğini göstermektedir. İçgörüsü OKB grubunun yer aldığı psikotik kişilik örgütlenmesi, gerçeği değerlendirmenin kaybı, ciddi kimlik dağınıklığı ve başta inkar olmak üzere ilkel savunma düzenekleri ile belirli bir durumdur³⁰. Catapono ve arkadaşları yaptıkları¹⁷ çalışmada içgörüsü az olan hastalarda şizotipal, içgörüsü iyi olan hastalarda obsesif kompulsif kişilik bozukluğu oranı daha yüksek saptamışlardır. Bunun yanında komorbid şizotipal kişiliğin, tedavi sonucu için risk faktörü olan kötü içgörü ile birlikte sıklıkla ortaya çıktığına dair kanıtlar vardır⁹.

Kimlik ile ilgili yapılan çalışmalar halen yeterli bulunmamakla birlikte, psikodinamik yönelimli yazarlar, kimlik duygusunun, kişilik entegrasyon düzeyinin önemli bir tezahürü olduğu konusunda hemfikirdir³¹. Kişi nesne sürekliliği aşamasına ulaşmadan iyi bütünleşmiş bir kimlik oluşturamaz; o aşamaya ulaşamadığı sürece kimlik dağınıklığı gösterir. Bu kavram aynı zamanda kendilik ve nesne tasarımlarının farklılaşması ve karmaşıklığının derecesini belirtir³². Kimliği, psikodinamik yaklaşımları ve nesne ilişkileri kuramını merkeze alan

kişilik örgütlenmesi modelinde; kimlik boyutlarındaki maddeler; 'kendilik ve nesne algıları', 'ötekilere ilişkin algıları', 'kendiliğin öznel deneyimi', 'zaman içinde süreklilik' ve 'davranış-duygu bütünlüğü' dür. Kernberg^{33,34} gibi psikanalitik kuramcılar 'bölme' düzeneğinin başlıca savunma işlemi olarak kullanılması sonucunda kendilik temsillerinin bölünmesine bağlı olarak kimlik dağınıklığının ortaya çıktığını savunmuşlardır³⁵. Hastaların psikopatolojileri ağırlaşıkça kendilik ve nesne tanımlamaları daha dağınık, daha çelişkili bir hal almakta ve anlatımları derinliksiz, sıg, düz ve eş duyumdam yoksun olmaktadır³⁶. Boyutsal yaklaşımın geçerliğini araştıran çalışmalar psikotik belirtilerin bir süreklilik içinde ve değişen boyutlarda psikotik bozukluğu olmayan kişilerde de var olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda psikotik bozukluğu olan hastalar ve obsesyon içeriği sanrı ve/veya varsanı ile ilişkili hastalar dışlanmıştır. Yaptığımız regresyon modelinde gerçeği değerlendirme alt boyutu yerine kimlik alt boyutunda bulunan anlamlı yordayıcı ilişki, çalışmamızda yer alan OKB hastalarının tümüyle 'psikoz' içinde olmamalarına rağmen, kimlik dağınıklığı gösterebileceklerini ortaya koymaktadır. Kernberg'e³⁷ göre, kişi nesne sürekliliği (object permanency) aşamasına ulaşmadan iyi bütünleşmiş bir kimlik oluşturamaz; o aşamaya ulaşmadığı sürece kimlik dağınıklığı gösterir. Kimlik dağınıklığı, borderline ve psikotik kişilik örgütlenmelerinin karakteristik özelliğidir.

Çalışma yapılan merkezin en son basamak hastane olması ve göreceli olarak tedaviye daha dirençli hastalara hitap etmesi sonuçların genelleştirilmesine engel olabilir. Çalışmamızın kesitsel deseninden dolayı sebep-sonuç ilişkisinin kurulamamış olması çalışmamızın sınırlılıklarındandır. Çalışmamıza alınan hasta gruplarında, aktif OKB bulguları olmakla birlikte, yarı yapılandırılmış görüşmelerde komorbid duygudurum bozukluğu düşünülenler dışlanmıştır. Ancak; Kernberg, kişilik örgütlenmesini kararlı, büyük ölçüde bilinçdışı ve erken yaşantıların etkisi ile oluşan dinamik bir yapı olarak tanımladığından komorbid ektanilerin kişilik örgütlenmesini değiştireceğini düşünmüyoruz. Bunlarla birlikte komorbid ek tanılara bakılması çalışmayı daha değerli kılabildi.

OKB'de içörüü çalışmamızda Y-BOCS 11. Maddesiyle değerlendirdik. Hali hazırda içörüü değerlendiren değişik ölçekler olmakla birlikte, Shimshoni ve arkadaşlarının³⁸, OKB'de içörüü

ölçeklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada Y-BOCS'ın 11. maddesi ve DSM-IV'ün içörüü az belirleyicisi arasında anlamlı yüksek korelasyon belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda korelasyona bakılmadı ancak aralarında anlamlı fark olmaması, çalışmanın içörüü değerlendirmek için seçtiğimiz Y-BOCS 11. Maddesinin, DSM-IV klinik belirleyicileri ile uyumlu olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

DSM-5 kişilik bozuklukları 3. Bölüm başlığı altında araştırmacılara tavsiye olarak boyutsal yaklaşımın kullanımını önerilmektedir³⁹. Bu nedenle çalışmamızda kategorik değerlendirme yerine boyutsal özellikte değerlendirme sağlayan kişilik örgütlenmesi ve alt boyutları (kimlik, savunma düzenekleri, gerçeği değerlendirme ve nesne ilişkileri niteliği) araştırılmıştır.

Sonuç olarak eşlik eden kişilik bozuklukları olan OKB hastalarının daha bireysel ve kapsamlı bir tedavi yaklaşımı gerektirdiğine dair bulgular olduğundan⁴⁰; OKB'de kişilik örgütlenmesinin araştırılmasının hastaya uygulanacak psikoterapotik yaklaşımı belirleyebileceğini düşünmüyoruz. OKB'nin nedenlerini kişilik örgütlenmesi ekseninde anlamak ve tedavisi zor bir hastalık olan OKB'de, farklı tedavi stratejileri geliştirebilmek için önemlidir. Özellikle içörüüsüz OKB'de, KÖ düzeylerinin önceden öngörülmesi kişiliğin psikoterapiye uygunluğunu ve psikoterapotik sürecin etkinliğini değerlendirmek için yararlı olacaktır. Bu çalışmanın içörüüsü olan ve olmayan OKB hastalarının klinik, görüngüsel ve etiyolojik bakımlardan farklı yönlerinin anlaşılmasında literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Ancak daha geniş ölçekli uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: FFG, MYG, HG; Veri toplama: FFG, ÖKK; Veri analizi ve yorumlama: FFG, HG; Yazı taslağı: FFG; İçeriğin eleştirel incelenmesi: MYG, HG; Son onay ve sorumluluk: FFG, ÖKK, MYG, HG; Teknik ve malzeme desteği: FFG, ÖKK; Süpervizyon: FFG, MYG; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design: FFG, MYG, HG; Data acquisition: FFG, ÖKK; Data analysis and interpretation: FFG, HG; Drafting manuscript: FFG; Critical revision of manuscript: MYG, HG; Final approval and accountability: FFG, ÖKK, MYG, HG; Technical or material support: FFG, ÖKK; Supervision: FFG, MYG; Securing funding (if available): n/a.

Informed Consent: Written consent was obtained from the participants.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Bulut S, Fistikci N, Topçuoğlu V. İçgörüsü az olan obsesif-kompulsif bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014;6:126-41.
2. Pitman RK. Pierre Janet on obsessive-compulsive disorder (1903): review and commentary. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44:226-32.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, 4th edition. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
4. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:90-6.
5. Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, Price LH, Davidson J, Lydiard RB et al. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2001;42:494-7.
6. Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F et al. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry*. 2002;17:407-10.
7. Kishore VR, Samar R, Reddy YCJ, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2004;19:202-8.
8. Alonso P, Menchón JM, Segalàs C, Jaurieta N, Jimenez-Murcia S, Cardoner N et al. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2008;49:305-12.
9. Matsunaga H, Kiriike N, Miyata A, Iwasaki Y, Matsui T, Nagata T et al. Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;98:128-34.
10. Jakubovski E, Pittenger C, Torres AR, Fontenelle LF, Do Rosario MC, Ferrão YA et al. Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011;35:1677-81.
11. Zayman EP. DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2016;41:360-2.
12. Bayar R, Yavuz M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. In: *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Hastalıklar Sempozyum Dizisi*. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008:185-92.
13. Okasha A, Saad A, Khalil AH, El Dawla AS, Yehia N. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Compr Psychiatry*. 1994;35:191-7.
14. Türksoy N, Tükel R, Özdemir Ö, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2002;16:413-23.
15. Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry Res*. 2005;136:223-31.
16. Poyurovsky M, Fuchs C, Faragian S, Kriss V, Weisman G, Pashinian A et al. Preferential aggregation of obsessive compulsive spectrum disorders in schizophrenia patients with obsessive compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 2006;51:746-54.
17. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010;34:323-30.
18. Caligor E, Clarkin JF. An Object Relations Model of Personality and Personality Pathology. In *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook* (Eds:JK Clarkin, P Fonagy, GO Gabbard): Washington,DC, American Psychiatric Publishing, 2010;4-28.
19. Fonagy P, Luyten P. Psychodynamic models of personality. *The Oxford Handbook of Personality Disorders*. (Ed:TA Widiger): New York, Oxford University Press, 2012;245-371.
20. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischman RL, Hill CL et al. Yale-brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). *Arch gen psychiatry*. 1989;46:1006-11.
21. Karamustafaloğlu OK, Murat ÜA, Mehmet U. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı*, 29 Eylül-4 Ekim 1993, Bursa, Savaş Ofset, 1993;86.
22. Diguier L, Lefebvre R, Drapeau M, Luborsky L, Rousseau JP, Hebert E et al. The core conflictual relationship theme of psychotic, borderline, and neurotic personality organizations. *Psychother Res*. 2001;11:169-86.
23. Gamache D, Laverdiere O, Diguier L, Hebert E, Larochell S, Descoteaux J. The Personality Organization Diagnostic Form-II. Interrater Reliability and Internal Validity Study. Rome, Italy. 2004.
24. Hébert É, Diguier L, Descôteaux J, Daoust J-P, Rousseau J-P, Normandin L et al. The Personality Organization Diagnostic Form (PODF): A preliminary report on its validity and interrater reliability. *Psychother Res*. 2003;13:243-54.
25. Hébert É, Diguier L. Construct validity and interrater reliability of the Personality Organization Diagnostic Form (PODF). Poster presented at the international meeting of the Society for Psychotherapy Research, Porto, Portugal, June. 1999.
26. Diguier L, Hébert É, Gamache D, Laverdiere O, Daoust JP, Pelletier S. Personality Organization

- Diagnostic Form, II: Manual for Scoring. Laval, Québec University, 2006.
27. Yılmaz Y, Saygılı İ, Bilge D, Çınar S, Bodur NE, Bayrak A et al. Erenköy kişilik örgütlenmesi tanı formu faktör yapısı güvenilirliği ve geçerliği. 48. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı , 9-13 Ekim 2012, Bursa, Savaş Ofset. 2012 .
 28. Türksoy N, Tükel R, Karaveli D. İlgörüsü tam ve ılgörüsü az olan obsesif kompulsif bozukluk hastalarının klinik özellikleri açısından karşılaştırılması. Turk Psikiyatri Derg. 1997;8:1-7.
 29. Cherian AV, Narayanaswamy JC, Srinivasaraju R, Viswanath B, Math SB, Kandavel T et al. Does insight have specific correlation with symptom dimensions in OCD? J Affect Disord. 2012;138:352-9.
 30. Kernberg O. Severe Personality Disorders. New Haven, Yale University Press, 1984.
 31. Pila A, Anna S. The sense of identity and symptoms of personality disorders – The results of a non-clinical population study. 2015;49:599-613.
 32. Diguier L, Gamache D, Laverdière O. Development and initial validity of the Object Relations Rating Scale. Psychother Res. 2012;22:402-16.
 33. Kernberg OF. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Jason Aronson. 1975.
 34. Kernberg OF. Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis. New Jersey, Jason Aronson, 1976.
 35. Dereboy İF, Dereboy Ç, Sevinçok I, Kaynak H. Gençlerde kimlik gelişimi sürecini değerlendirmekte kullanılan iki ölçeğin psikometrik özellikleri: karşılaştırmalı bir çalışma. Turk Psikiyatri Derg. 1999;10:92-101.
 36. Blatt SJ. Representational structures in psychopathology. In Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Emotion, Cognition, and Representation (Eds D Cicchetti, S. L. Toth):1-33. Rochester, NY, University of Rochester Press, 1995.
 37. Kernberg OF. A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Major Theories of Personality Disorders (Eds MF Lenzenweger, JF Clarkin):106-40. New York, Guilford Press. 1996.
 38. Shimshoni Y, Reuven O, Dar R, Hermesh H. Insight in obsessive-compulsive disorder: a comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2011;42:389-96.
 39. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Beşinci Baskı (Çeviri editörü E. Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği 2013.
 40. Fricke S, Moritz S, Andresen B, et al. Einfluss von Persönlichkeitsstörungen auf den Erfolg einer multimodalen Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen–Teil II: Ergebnisse einer empirischen Studie. Verhaltenstherapie. 2003;13:172-82.