

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARIN
VE SAĞLIKLI KONTROLLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMA ÖYKÜSÜ, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ
VE BENLİK SAYGISI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Dilek YELBAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Vildan ÇAKIR KARDEŞ

ZONGULDAK

2023

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI HASTALARIN
VE SAĞLIKLI KONTROLLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMA ÖYKÜSÜ, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜKLERİ
VE BENLİK SAYGISI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Dilek YELBAY

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Vildan ÇAKIR KARDEŞ

ZONGULDAK

2023

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca yolumu aydınlatan bilgi ve tecrübeleriyle yanımda olan, sevgili tez hocam, Dr. Öğr. Üyesi Vildan ÇAKIR KARDEŞ'e,

Eğitimimdeki katkılarından ve içtenliklerinden dolayı çok değerli bölüm hocalarım Prof. Dr. Nuray ATASOY'a, Prof. Dr. Levent ATİK'e, Prof. Dr. Özge SARAÇLI'ya,

Eğitimimdeki katkılarından dolayı çok değerli nöroloji bölüm hocalarım Prof. Dr. Tuğrul ATASOY'a, Doç. Dr. Esra ACIMAN DEMİREL'e, Dr. Öğr. Üyesi Ulufer ÇELEBİ'ye ve Dr. Öğr. Üyesi Mustafa AÇIKGÖZ'e,

Tezimin istatistik ve değerlendirme aşamasında her an yardımcı olan Dr. Mücahit YILDIZ'a,

Eğitimim boyunca birlikte çalıştığım bütün mesai arkadaşlarıma, kardeşlerime, hemşirelerimize, psikologumuza, sekreterlerimize ve tüm personelimize,

Tüm eğitim hayatım boyunca maddi manevi desteklerini esirgemeyen, her zaman sevgileri ve destekleri ile yanımda olan, bu hayatta sahip olduğum en değerli varlıklarım canım anneme, babama ve karizmatik kardeşime,

Hayatıma girdiği günden beri sevgisi ve desteği ile her daim yanımda olan, tez yazma sürecinde de desteğini esirgemeyen yol arkadaşım İsmail Emre ERDİNÇ'e ,

Sonsuz teşekkürler...

Zonguldak-2023

Dilek YELBAY

ÖZET

Dilek YELBAY, Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastaların Ve Sağlıklı Kontrollerin Çocukluk Çağı Travma Öyküsü, Duygu Düzenleme Güçlükleri Ve Benlik Saygısı Açısından Değerlendirilmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2023

Amaç: Bu çalışmada Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniğine başvuran obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların ve sağlıklı kontrollerin çocukluk çağı travma öyküsü, duygu düzenleme güçlükleri ve benlik saygısı açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı olan 50 hasta ve psikiyatrik hastalığı olmayan 50 kişi dahil edilmiştir. DSM V eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5) uygulanarak psikiyatrik eş tanılar belirlenmiştir. Her iki gruba da sosyodemografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği uygulanmış ve elde edilen veriler karşılaştırılmıştır.

Bulgular: OKB tanılı grubun bireylerinin ÇÇTÖ-Toplam puanları, sağlıklı kontrol grubunun bireylerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. YBOCS toplam puanları ile ÇÇTÖ-Toplam puanları arasında korelasyon bulundu. OKB tanılı grubun bireylerinin DDGÖ-Toplam puanları sağlıklı kontrol grubunun bireylerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. YBOCS toplam puanları ile DDGÖ-Toplam puanları arasında korelasyon gösterildi.

OKB tanılı grubun bireylerinin RBSÖ puanları sağlıklı kontrol grubunun bireylerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. YBOCS toplam puanları ile RBSÖ puanları arasında korelasyon gösterildi.

Sonuç: OKB tanılı bireylerin sağlıklı kontrollere göre çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlükleri ve benlik saygıları ölçek puanları açısından anlamlı düzeyde farklar bulundu. Çocukluk çağı travmalarının OKB tanısı ile bağlantılı olabileceği düşünüldü. Çocukluk çağı travma öyküsünün duygu düzenleme

güçlüğü ile ilişkisi gösterilmiş olup, duygu düzenlemede güçlükler yaşamının OKB kliniğini etkilediği ve OKB tanılı bireylerin daha fazla duygu düzenleme güçlüğü çektiği gösterildi. OKB tanılı bireylerin benlik saygısında düşüklük olabilmekteyken, düşük benlik saygısının obsesif kompulsif semptomlar üzerinde etkisi olabileceği düşünüldü. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının benlik saygısında düşüklükle ilişkisi gösterildi. OKB tanılı olgularda tedavi planı yapılırken uygun olduğu düşünülen hastaların travmalara, duygu düzenleme ve benlik saygısına yönelik müdahaleler açısından değerlendirilmesinde yarar vardır.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, Çocukluk çağı travması, Duygu düzenleme güçlüğü, Benlik saygısı



ABSTRACT

Dilek YELBAY, Evaluation of Patients Diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder and Healthy Controls in Terms of Childhood Trauma History, Emotion Regulation Difficulties and Self-Esteem, Zonguldak Bülent Ecevit University Faculty of Medicine, Department of Mental Health and Diseases, Specialization Thesis, Zonguldak, 2023

Purpose: This study aimed to evaluate patients diagnosed with obsessive compulsive disorder who applied to the psychiatry outpatient clinic and healthy controls in terms of childhood trauma history, emotion regulation difficulties and self-esteem.

Materials and Methods: 50 patients diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder who applied to Zonguldak Bülent Ecevit University Research and Practice Hospital Psychiatry outpatient clinic and 50 people without psychiatric illness were included in this study. Psychiatric comorbidities were determined by applying the structured clinical interview (SCID-5) for DSM V axis I disorders. Sociodemographic data form, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale, Difficulties in Emotion Regulation Scale, Yale Brown Obsession Compulsion Scale (YBOCS), Rosenberg Self-Esteem Scale, Childhood Trauma Questionnaire were applied to both groups and obtained data were compared.

Results: CTQ-Total scores of individuals in the OCD diagnosed group were determined to be significantly higher than the scores of individuals in the healthy control group. A correlation was demonstrated between YBOCS total scores and CTQ-Total scores. DERS total scores of the individuals in the OCD diagnosed group were found to be significantly higher than the individuals in the healthy control group. A correlation was shown between YBOCS total scores and DERS total scores.

RSE scores of individuals in the group diagnosed with OCD were found to be significantly higher than individuals in the healthy control group. A correlation was shown between YBOCS total scores and RSE scores.

Conclusion: Significant differences were found in terms of childhood traumas, emotion regulation difficulties and self-esteem scale scores of individuals diagnosed with OCD compared to healthy controls. Childhood traumas were suggested to be linked with the diagnosis of OCD. History of trauma in childhood

was demonstrated to be associated with difficulties in emotion regulation, and it was also demonstrated that difficulties in emotion regulation affect the OCD clinic and that individuals diagnosed with OCD have more difficulties in emotion regulation. While individuals diagnosed with OCD may have low self-esteem, it was suggested that low self-esteem may have an effect on obsessive-compulsive symptoms. Traumatic childhood experiences were demonstrated to be associated with low self-esteem. It may be useful to evaluate patients who are considered suitable in terms of interventions for trauma, emotion regulation and self-esteem when making a treatment plan in cases diagnosed with OCD.

Key words: Obsessive compulsive disorder, Childhood trauma, Difficulties in emotion regulation, Self-esteem

İÇİNDEKİLER

İçindekiler	Sayfa No
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
TABLolar DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk	3
2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanımı	3
2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tarihçesi	3
2.1.3. DSM-V Tanı Kriterleri	4
2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk Epidemiyolojisi	6
2.1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk Etiyolojisi	7
2.1.5.1. Genetik	7
2.1.5.2. Nörotransmitter Sistem	7
2.1.5.2.1. Serotonin	7
2.1.5.2.2. Dopamin	8
2.1.5.2.3. Glutamat	8
2.1.5.3. Otoimmünite	8
2.1.5.4. Psikojenik Etiyolojiler	9
2.1.5.4.1. Psikanalitik Kuram	9
2.1.5.4.2. Bilişsel-Davranışçı Kuram	9
2.1.6. Klinik Görünüm	10
2.1.7. Tedavi	11
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları	12

2.2.1. Tanım ve Genel Bilgiler	12
2.2.2. Epidemiyoloji	12
2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Psikopatolojilerle İlişkisi	13
2.3. Benlik Saygısı	14
2.3.1. Benlik	14
2.3.2. Benlik Saygısı	14
2.3.3. Benlik Saygısı Ve Psikopatolojilerle İlişkisi	14
2.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü	15
2.4.1. Duygu ve Duygu Düzenleme	15
2.4.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü	16
2.4.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ve Psikopatolojilerle İlişkisi	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Örneklem ve Yöntem	18
3.2. Veri Toplama Araçları	19
3.2.1.DSM-5 Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5)	19
3.2.2.Sosyodemografik Veri Formu	19
3.2.3.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	20
3.2.4.Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)	20
3.2.5.Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	20
3.2.6.Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	21
3.2.7.Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ)	21
3.2.8.Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği	22
3.3. İstatistiksel Analiz	23
4. BULGULAR	24

4.1. OKB Tanılı Bireylerin ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Ait Bulgular	24
4.2. OKB Tanılı Gruba Uygulanan Ölçeklere Ait Veriler	27
4.3. OKB Tanılı Grup Ve Sağlıklı Kontrol Grubuna Uygulanan Ölçeklerin Puanlarının Karşılaştırılması	30
4.4. OKB Tanılı Gruba Uygulanan Ölçeklerin Korelasyonları	32
4.5. OKB Tanılı Grup Ve Sağlıklı Kontrollerin Cinsiyetler Açısından Ölçek Puanlarının Karşılaştırması	35
4.6. Kontrol Grubuna Uygulanan Ölçeklerin Korelasyonları	36
4.7. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Cronbach Alpha Değerleri	37
5. TARTIŞMA	38
6. KISITLILIKLAR	43
7. SONUÇ	44
8. KAYNAKLAR	45
9. EKLER	57
EK 1: Sosyodemografik Veri Formu	57
EK 2: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)	60
EK 3: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	61
EK 4: Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	62
EK 5: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	63
EK 6: Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği	64
EK 7: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	66
EK 8: Etik Kurul İzni	68

SİMGELER VE KISALTMALAR

Simge/Kısaltma	Açıklaması
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
YBOCS	Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği
ÇÇT	Çocukluk Çağı Travmaları
CSTC	Kortikal-Striatal-Talamokortikal
PANDAS	Streptokok Enfeksiyonları ile İlişkili Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Bozukluklar (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders With Streptococcal Infections)
GABHS	A grubu β -Hemolitik Streptokok
DDG	Duygu Düzenleme Güçlüğü
DDGÖ	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DERS	Difficulties in Emotion Regulation Scale
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
RSE	Rosenberg Self-Esteem Scale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
BDT	Bilişsel Davranıcı Terapi
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DDGÖ-T	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Toplam
DDGÖ-F	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Farkındalık
DDGÖ-AÇI	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Açıklık
DDGÖ-K	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kabul Etmeme
DDGÖ-S	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Stratejiler
DDGÖ-D	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Dürtü
DDGÖ-A	Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Amaçlar
ÇÇTÖ-MİN	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Minimizasyon
ÇÇTÖ-T	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Toplam
ÇÇTÖ-DST	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Duygusal İstismar

ÇÇTÖ-FST	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Fiziksel İstismar
ÇÇTÖ-CİS	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Cinsel İstismar
ÇÇTÖ-DİH	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Duygusal İhmal
ÇÇTÖ-FİH	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Fiziksel İhmal
AD	Antidepresan
AP	Antipsikotik
DD	Duygudurum Dengeleyici
BDZ	Benzodiazepin
HT	Hidroksitriptamin
5-HT1D	5-Hidroksitriptamin 1D
5-HT2A	5-Hidroksitriptamin 2A
MAO-A	Monoamin Oksidaz A
SCID-5 / CV	DSM-5 Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

TABLolar DİZİNİ

Tablo Numarası	Tablo Başlığı	Sayfa No
1	Katılımcılara ait sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması	26
2	OKB tanılı bireylere ait ek klinik özellikler	27
3	OKB tanılı bireylerin ölçek puanlarının cinsiyetler açısından karşılaştırılması	27
4	OKB tanılı bireylere ait ek veriler	28
5	OKB tanılı bireylerin obsesyon ve kompulsiyon içeriklerine göre özellikleri	29
6	OKB tanılı bireylerin psikotrop tedavi kullanımları	29
7	OKB tanılı grupta ek psikiyatrik hastalıklar	30
8	OKB tanılı bireyler ile Sağlıklı Kontrol grubuna dahil bireylerin ölçek puanları açısından karşılaştırılmasına ilişkin veriler	32
9	OKB tanılı gruba uygulanan ölçeklerin korelasyonları	34
10	OKB tanılı grup ile Sağlıklı kontrollerin cinsiyet açısından ölçek puanlarının karşılaştırması	35
11	Kontrol grubuna uygulanan ölçeklerin korelasyonları	36
12	Çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin cronbach alpha değerleri	37

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk bireyin istenci dışında gelen, kişiyi rahatsız hissettiren, bilinçli çaba ile zihinden uzaklaştırılamayan, benliğe yabancı (ego-distonic), tekrarlayan düşünceler ve çoğu zaman bu saplantılı düşünceyi zihinden uzaklaştırmak için yapılan ritüel olarak tekrar edilen davranış kalıplarıyla tanımlı psikiyatrik bir hastalıktır. OKB, ruhsal bozukluklar arasında dördüncü sıklıkla görülmektedir. İlk üç ruhsal bozukluk madde kullanımı, fobiler ve duygulanım bozukluklarıdır (1,2).

Çocukluk çağı travmaları bireyin gelişimini bilişsel alanda, fiziksel alanda, duygusal alanda, davranışsal alanda ve sosyal alanlarda etkilemektedir. İstismar ve ihmal kavramları, çocuğun ebeveynleri ve çocuğa tüm bakım verenler tarafından, çocuğun zihinsel, duygusal, fiziksel, ve sosyal olarak gelişimini ketleyen davranışlarla karşılaşmasıdır (3,4).

Bireyin savunmasız ve korunmaya en çok ihtiyacı olduğu çocukluk döneminde yaşamış olduğu travmatik olayların ilerleyen yaşlarda obsesif kompulsif bozukluk da dahil olmak üzere birçok psikiyatrik hastalık gelişmesinde risk faktörü olduğu bilinmektedir (5,6).

Çocukluk çağı travmalarının ayrıca duygu düzenleme güçlüğü üzerine de etkisi olabilmektedir (7,8). Duygu düzenlemede güçlük, bireyin duygularını anlayamaması, duygulara ilişkin farkındalığının olmaması, olumsuz duygular yaşarken dürtülerini kontrol edememesi ve amaç odaklı davranışlara yönelmede güçlük yaşaması biçiminde açıklanmaktadır. Uygunsuz duygu düzenleme stratejileri kullanımı ve bu süreçte yaşanan zorlukların OKB'nin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde katkısı olduğundan bahsedilmektedir (9).

Benlik kavramı, bireyin bir nesne olarak kendine atfettiği düşünceler ve duyguların bütünü; benlik saygısı ise benliğin bir değerlendirmesi olarak tanımlanmıştır (10). Benlik saygısı kişinin kendini değerlendirme biçimi, bireyin kendisini gerçekte olduğundan daha iyi veya kötü bir konumda görmeksizin, mevcut halinden hoşnut olmasıdır. Çocukluk döneminde benlik saygısının gelişimi başlamıştır ve bu sırada gerçekleşen istismar ve ihmal çocukların benlik saygılarının gelişimini kötü etkileyebilmektedir (11).

Benlik saygısı ve psikopatoloji arasındaki ilişki hakkında çalışmalar mevcuttur. Düşük benlik saygısının psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğu OKB tanısının benlik saygısı düzeylerinin düşüklüğüyle ilgili olduğu gösterilmiştir (12).

ÇÇT ve obsesif kompulsif belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların az sayıda olması ve varılan değişken sonuçlar dikkate alındığında, çalışmamızda ÇÇT'nin obsesif kompulsif belirtiler ile bağlantılı olabileceği hipotezi temel alınarak, çok yönlü ve eş zamanlı olarak kişilerin benlik saygısı ve duygu düzenlemedeki güçlükleri ile bağlantısını değerlendirmeyi amaçlamaktayız.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanımı

OKB, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci Baskısında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5: DSM-5), obsesyonlar ve obsesyonların sebep olduğu anksiyeteyi azaltmak amacıyla ortaya çıkan kompulsiyonların, ayrıca obsesyonlar ve kompulsiyonlardan kaynaklı olarak bariz şekilde işlevsellik kaybının ortaya çıkmasıyla tanımlanmaktadır (13).

Obsesyon kelimesi Latince kuşatmak anlamındaki “obsidere” kelimesinden gelmektedir ve kişinin belli bir düşünceden kendisini kurtaramaması anlamına gelmektedir. Kompulsiyon kelimesinin kökeni ise zorlamak anlamına gelen “compellere” kelimesidir (14).

Obsesyonlar istemsizce akla gelen, kişide rahatsızlık oluşturan, inatçı biçimde yineleyen, kişinin istenci ile zihninden uzaklaştıramadığı, ego-distonik düşünceler, itkiler ya da düşlemlerdir. Kompulsiyonun tanımı ise, obsesyonların ortaya çıkardığı kaygıyı hafifletmek ya da meydana gelebilecek olumsuz sonuçlara mani olmak için yapılan davranışlar ya da zihinsel faaliyettir (15).

2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tarihçesi

Eski dini kitaplarda obsesyon ve kompulsiyonlara işaret eden davranış biçimleri göze çarpmaktadır. Macbeth’de (Shakespeare) obsesif kompulsif nevrozun bir örneğine rastlamaktayız, Macbeth’i etkileyerek kralın ölümüne sebebiyet veren Lady Macbeth bu olaydan sonra suçluluk duygularından kaynaklanan kirlilik düşünceleri nedeniyle sürekli olarak ellerini yıkamaya başlamaktadır. Psikiyatri literatüründe ilk defa Obsesif ve kompulsif belirtiler Esquirol (1838) tarafından ortalama sınırlarda zeka düzeyine sahip bireyin istenci haricinde olan ve bireyin iradesiyle bastıramadığı karşı koyulamayan düşünceler olarak tanımlanmıştır.

Pierre Janet 20. Yüzyıl başında fobilerle obsesif kompulsif nevrozu bir başlık altında toplayarak psikastenî terimini kullanmıştır. Freud fobilerin ve obsesif

kompulsif nevrozun ruhsal neden ve düzeneklerinin farklı olduğunu öne sürerek ayrı bozukluklar olarak değerlendirmiştir (16,17).

Obsesif kompulsif belirtiler ilk defa DSM-I'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition - Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Birinci Baskı) resmi olarak ruhsal bir reaksiyon olarak ifade edilmiştir (18).

DSM-III'te OKB belirtilerinin güncel bakış açısına daha yakın bir tanımlaması ilk defa yapılmış ancak tanı kriterlerinde kompulsiyonlar sadece bir davranış olarak tanımlanmıştır (19) .

DSM-IV tanı kriterlerinde ise kompulsiyonların obsesyonların yarattığı kaygıyı rahatlatmaya yarayan düşünce ve davranışlar olduğu ifade edilmiştir. Obsesyonlar sırasında veya kompulsiyonlara direnme zamanlarında anksiyetenin görülmesi, kompulsiyonların gerçekleştirilmesiyle birlikte anksiyetenin gerilemesi ve OKB'nin diğer anksiyete bozukluklarıyla birlikteliği nedeniyle DSM-IV'te OKB anksiyete bozuklukları içinde yer almıştır. Obsesyonlar genellikle benliğe yabancı ve benlik tarafından reddedilen düşünceler olmakla birlikte, bazı kişiler obsesyon ve kompulsiyonlarının mantıklı olduğunu düşünmektedir. Bu sebeple DSM-IV'te bu bozukluk için içgörüsü az olan alt tip ayrımı yapılmıştır (20). DSM-V'te ise OKB, anksiyete bozuklukları kategorisinden çıkarılıp OKB ve ilişkili bozukluklar şeklinde kendi başına bir kategori olmuştur (13).

2.1.3.DSM-V Tanı Kriterleri

DSM-V 'e göre Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (OKB) tanı kriterleri aşağıda belirtilmektedir;

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

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

- 1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.
- 2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

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

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

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

B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Başka bir eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi: Kişi inanışlarının gerçek olmadığını farkındadır.

İç görüşü kötü: Kişi inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Kişi inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır (13).

2.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk Epidemiyolojisi

OKB ruhsal bozuklar içerisinde en sık görülen dördüncü bozukluktur. İlk üç sırada yer alan bozukluklar depresyon, alkol madde ile ilişkili bozukluklar ve fobilerdir (21).

Dünya Sağlık Örgütüne göre zihinsel ve fiziksel hastalıklar arasında işlevselliği olumsuz yönde etkileyen onuncu hastalık obsesif kompulsif bozukluktur, 15-44 yaş aralığında kadınlar için 5. sıradadır (22).

Kore'de bir çalışmada, genel nüfusta OKB'nin ömür boyu prevalansının yüzde ikinin üzerinde olduğu bildirilmiştir (23).

Araştırmalar, bu bozukluğun ömür boyu görülme oranını %2.5-3 olarak belirlemiş, Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre 12 aylık sürede genel nüfusta OKB oranı %0.5 iken, bu oran kadın nüfusunda (%0,6) erkek nüfusuna (%0,2) oranla 3 kat daha fazla saptanmış (24).

Literatürde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda OKB oranının %1-3 olduğu ve bimodal dağılım göstermekte olduğu saptanmıştır. Çocukluk döneminde erkeklerde daha fazla görülürken erişkinlik döneminde kadın erkek oranının benzer ya da kadınlarda daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmalar mevcuttur (25,26).

OKB, sıklıkla genç erişkinlik yıllarında başlamaktadır. Kadınlarda ortalama başlangıç 21 yaş iken erkeklerde ortalama başlangıç yaşı 18'dir (27).

2.1.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk Etiyolojisi

2.1.5.1. Genetik

Çalışmalarda obsesif kompulsif bozukluğun genetik temellerinin olduğu gösterilmiştir. Yapılan aile çalışmalarında OKB tanılı bireylerin ailelerinde kontrol grubuna göre OKB veya obsesif kompulsif bulguların daha fazla olduğu tespit edilmiş. OKB tanısı olanların birinci derece akrabalarının sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı bir çalışmada yaklaşık 5 kat daha fazla OKB tanısı aldıkları görülmüştür (28).

Yetişkinlerde yapılan çalışmalar, obsesif kompulsif semptomlar üzerinde %27 ile %47 arasında değişen genetik bir etki olduğunu göstermektedir (29).

Yapılan bir araştırmada ise obsesif kompulsif bozukluk, OKB tanısı olan kişilerin yakınlarında oran %11.7 görülmüşken, kontrol grubunun yakınlarında oran % 2.7 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmalarda kompulsiyonların obsesyonlardan daha az genetik geçiş özelliği gösterdiği bulunmuştur (28).

5-HT transporter, 5-HT1D, 5-HT2A, ve MAO-A genlerindeki polimorfizm ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (30,31).

2.1.5.2. Nörotransmitter Sistem

2.1.5.2.1. Serotonin

Depresif bozukluk sebebiyle klomipramin tedavisi alan hastaların OKB şikayetlerinde düzelme görülmesiyle OKB’de serotonin nörotransmitteri ile ilgili sorunların olduğu fikri ortaya çıkmıştır. Fluoksetin, fluvoksamin gibi seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin de OKB’de faydalı olduğu gösterilince serotonin sistemi üzerine ağırlık verilmiştir (32,33).

Serotonin üzerinden etki gösteren klomipramin hastalık üzerine etkili bulurken, noradrenalin üzerinden etki gösteren desipraminin hastalık üzerine böyle bir etkisinin bulunmaması bu hipotezi güçlendirmiştir (34).

2.1.5.2.2. Dopamin

OKB'nin mekanizması ile ilgili en yaygın hipotez serotonin hipotezidir. Bununla birlikte, OKB hastalarının yaklaşık %40'ı SSRI'lara yanıt vermez, serotonin anormalliklerini öne süren ana hipotezin yanı sıra, bazı yazarlar dopaminin OKB'nin patofizyolojisine katılabileceğini öne sürmüşlerdir (35).

Dopamin reseptörünü inhibe eden ilaçların bir SSRI ile kombine halde kullanılması, tek başına SSRI ile tedaviye direnç gösteren OKB hastalarında obsesif semptomları azalttığı ve yapılan hayvan çalışmalarında amfetamin, bromokriptin gibi dopaminle ilişkili ilaçların yüksek konsantrasyonlarda uygulandığında, OKB hastalarında takıntılı davranışlara benzer stereotipik davranışlar gözlemlendiği bildirilmiştir (36).

Benzer şekilde, bir dopamin D4 reseptörü (DRD4) antagonisti olan klozapin ile tedavi sırasında obsesif kompulsif semptomların ortaya çıktığı bildirilmiştir (37).

2.1.5.2.3. Glutamat

Her yerde bulunan uyarıcı nörotransmitter olan glutamatın obsesif kompulsif bozuklukta düzensizleştiği ve bu düzensizliğin obsesif kompulsif bozukluğun patofizyolojisine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir (38).

OKB'de kortikal-striatal-talamokortikal (CSTC) devrede işlev bozukluğunu gösteren çok sayıda veri bulunmaktadır. Glutamat, kortiko-striatal-talamik devreler içindeki birincil nörotransmitterdir, OKB hastalarının BOS'undaki glutamat konsantrasyonlarının normal kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu çalışmalarda gösterilmiştir (39).

2.1.5.3. Otoimmünite

Otoimmün faktörlerin OKB patogenezinde rol oynadığı varsayılmıştır ve otoimmün faktörlerin obsesif kompulsif semptom geliştirmeye yatkın bireylerde glutamat disfonksiyonu ile birleşebileceğini düşündüren bazı çalışmalar bulunmaktadır (39).

A grubu β -Hemolitik Streptokok (GABHS) ile enfeksiyona yanıt olarak ortaya çıkan antikorlar, bazal gangliyonlar ve kortikal yapılardaki otoantijenlerle çapraz reaksiyona girer ve PANDAS ile ilişkili motor ve davranışsal anormallikler gösterir.

PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders With Streptococcal Infections) Sydenham koresi, OKB ve tiklerden oluşan nöropsikiyatrik bir bozukluk grubu olarak tanımlanmaktadır (40).

2.1.5.4. Psikojenik Etiyolojiler

2.1.5.4.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kurama göre, OKB’de rol alan temel mekanizma regresyondur. Ödipal dönemdeki dürtü ve isteklerden kaynaklanan çatışma sebebiyle libidonun anal-sadistik döneme gerilediği düşünülmektedir. Bu dönemin belirgin özelliklerinden biri ambivalanstır. Eyleme geçme sırasında kararsızlık ortaya çıkar (41). OKB hastaları, gerginliği dürtünün amacına benzer ancak tam olarak tatmin etmeyen bir biçimde giderme ve sonrasında o davranışı etkisiz hale getirmeye çalışmayı içeren “izolasyon”, “reaksiyon formasyonu”, “yapma-bozma” gibi savunma mekanizmaları kullanırlar (42). Bu savunma mekanizmaları düşüncelerin eşlik eden duygulardan izole edilmesi; istenmeyen bazı olayları engellemek amacıyla büyüsel düşünce ile oluşan önlemler alınması; çatışan iki duygunun birinin bastırılması amacıyla diğer duygunun abartılı biçimde dışa vurulması şeklinde ortaya çıkabilirler (43).

2.1.5.4.2. Bilişsel-Davranışçı Kuram

Obsesyonlar girici niteliktedir. Kontrol dışı, rahatsız edici düşüncelerin genel toplumda %90 oranlarında görüldüğü bildirilmektedir (44,45). Bilişsel davranışçı kurama göre, OKB’si olan ve sağlıklı kişilerdeki girici düşüncelerin içerik olarak farklı olmadığı ancak bunların obsesyona dönüşüp dönüşmemesinde kişinin bu düşünceleri değerlendirme biçiminin etkili olduğu kabul edilmektedir (46).

Salkovskis'in "abartılmış sorumluluk" kuramına göre sorun düşüncelerin içeriğinden değil, bu düşüncelerin tehlikeye yol açabileceğine ve kişinin bu tehlikenin önlenmesine dair sorumluluk sahibi olduğuna dair inançlarından kaynaklanmaktadır. Bu yüzden kişi aşırı sorumluluk hissi ile gelen sıkıntıyı kompulsif zihinsel eylemlerle ve davranışlarla kontrol etme çabası içine girer (47).

Rachman'ın "anlamın yanlış yorumlanması" kuramına göre obsesyonların ortaya çıkmasında kişinin girici düşünce, imge ve dürtülerinin katastrofik biçimde yorumlanması; "düşünce-eylem kaynaşması" kuramına göre kişinin düşüncelerinin, korkulan olayın gerçekleşmesinin ihtimalini arttırması ve bunların sonucunda kişinin zorlayıcı düşünceler ile bağlantılı olarak olayların önemi ve kendi sorumluluklarının boyutunu yanlış yorumlaması OKB gelişmesinde etkilidir (48).

2.1.6. Klinik Görünüm

Belirtiler tanımları, görünümleri ve dağılımları açısından değişiklik göstermektedir. Vakaların %29'unda sadece obsesyonların, %31'inde sadece kompulsiyonların ve %40'ında ikisinin birlikte izlendiği bildirilmiştir. Kirlilik obsesyonları ve dini obsesyonlar %60 oranlarında, cinsel obsesyonlar %48 oranında görülmüştür. Kompulsiyonlar en sık olanlardan başlayarak %68 tekrarlayıcı ritüeller, %63 yıkama ve temizleme, %58 kontrol etme, %47 sayma ve simetri olarak bildirilmiştir (49).

OKB, genellikle stresör olmadan başlamakla birlikte travma, gebelik, yakın ölümü gibi stresörlerle de tetiklenebilir. Hastalar belirtilerini gizlemeye eğilimli olduğu için tanı koyulması 5-10 yıl kadar gecikebilir. Bazı araştırmalar tanı koyulmadan önce OKB hastalarının %85 kadarının kronik gidiş gösterdiğini bildirmiştir (50). %20-30 hastada belirgin iyileşme, %40-50 hastada orta seviyede iyileşme, %20-40 hastada semptomlarda farklılık olmaması ya da daha kötüleşme görülmüştür (51).

OKB'de erken başlangıç, kompulsiyonlara direnç olmaması, bizar kompulsiyonlar, aşırı değer verilmiş düşüncelerin veya sanrıların varlığı, kişilik bozukluğu varlığı (öncelikle şizotipal kişilik bozukluğu), majör depresyon ek tanısı olması, hastane yatışı gerektiriyor olması kötü gidiş öngörücüleridir. Mesleki ve sosyal düzenin iyi olması, belirgin bir stresöre bağlı olarak başlaması, epizodik bir

süreç olması iyi seyir ile ilişkilidir. Obsesyonların içeriğinin seyirle ilişkili olmadığı belirtilmektedir (51,52).

YBOCS ölçeği puanlarında %25-35 arası düşüş kısmi cevap, %35 üzerinde düşüş tam cevap olarak; belirtilerin 1 haftadır hiç bulunmaması ya da işlevselliği bozmayan düzeye gerilemesi remisyon; son 1 yıldır tamamen geçmesi ya da işlevselliği bozmayan düzeye gerilemesi iyileşme olarak tanımlanmıştır (53). DSÖ tarafından OKB'nin, 2001 yılında dünyada en çok yeti yitimine sebep olan 20 hastalık arasında olduğu kabul edilmiştir (54).

2.1.7. Tedavi

OKB tedavisinde genellikle bilişsel davranışçı terapi ve farmakoterapi birlikte kullanılmaktadır. SSRI veya Klomipramin ile remisyon oranlarının %50-60'lara ve BDT eklenmesiyle birlikte remisyon oranlarının %70'lere ulaştığı bildirilmiştir (55,56). Trisiklik antidepressanlar arasında serotonin transmisyonunda daha etkili olduğu görülen Klomipramin'in OKB tedavisinde daha etkin olması (57), OKB'de serotonin hipotezinin ortaya çıkmasına ve diğer serotonerjik ilaçların OKB tedavisinde kullanılmaya başlamasına ön ayak olmuştur. Devam eden çalışmalarda tüm SSRI ilaçların OKB tedavisinde etkili olmasıyla birlikte Klomipramin'in SSRI'lar ile kıyaslandığında daha etkili olduğu saptanmıştır (58,59). Meta analizlere göre SSRI'ların etkisi Klomipramin'e göre daha düşük olmakla birlikte ilaçlar arası karşılaştırmalara göre etkinlikleri eşit bildirilmiştir (57).

Antidepressan ilaçların OKB'de etkinliğine ilişkin çalışmalarda en az 16 haftalık deneme süresi önerilmiştir (60). Klomipraminin daha etkili olduğunu bildiren çalışmalar olmasına rağmen yan etkileri açısından günümüzde SSRI grubu ilaçlar ilk sırada tercih edilmektedir.

Davranışçı veya bilişsel davranışçı modele dayalı psikoterapi OKB tedavisinde oldukça etkilidir (61).

Bilişsel davranışçı terapide tehlikenin meydana gelmesi olasılığının yüksek algılanması ve olası tehlikenin sonuçlarını felaketleştirme gibi yanlış ve işlevsiz inançlar, yorumlar üzerinde çalışılır. Birey hatalı düşüncelerin etkisiyle kompulsif davranışlar ile anksiyeteyi kontrol etmeye çalışır. Terapide düşüncelerin abartılı önemsenmesi, düşünceleri kontrolde tutma, artmış tehdit algısı, sorumluluk

duygusunda aşırılık, belirsizliğe karşı tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik konuları çalışılmaktadır. Davranışçı terapi ile maruz bırakma ve tepki birlikte kullanılır (62).

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

2.2.1. Tanım ve Genel Bilgiler

DSM 5'te travma kavramı bireyin yıkım veya yıkım tehlikesi taşıyan, ağır zarar görme, fiziksel varlığını tehlikeye sokan bir durumla karşı karşıya kalma veya böyle bir duruma tanık olma durumu şeklinde tanımlanmıştır (13). Çocukluk çağı travmaları çocuğun fiziksel ve psikolojik sağlığına zarar verebilecek biçimde uygulanan tüm ihmal, fiziksel, cinsel ve duygusal istismarlardır (63).

Çocukluk çağı travması istismar ve ihmal olmak üzere iki boyuta ayrılmaktadır (64).

Çocuğun istismarı kavramı, çocuğun sağlığı, yaşamı ve gelişimini olumsuz açıdan etkileyen, çocuğu sömüren tüm olumsuz ve davranışlardır (65).

Çocuğun ihmali kavramı ise ebeveynlerin ya da diğerlerinin çocuğa uygun yaşam alanı sağlamaması, beslenmesinin, eğitim almasının, gerektiğinde tıbbi yardım almasının ve çocuğun sevilmesi gibi temel ihtiyaçlarının yerine getirilmemesi olarak tanımlanmaktadır (66).

Çocukluk çağı travmaları Terr tarafından 2 sınıfa ayrılmıştır (67):

Tip I: Afet, kaza, cinayet gibi beklenmedik ve bir kerelik olaylar

Tip II: Fiziksel veya cinsel istismar ile bunlara eşlik eden duygularla belirli uzun süreli ve tekrarlayıcı olaylar

2.2.2. Epidemiyoloji

1993'te ABD'de yapılan bir çalışmada çocukların yaklaşık %1,5'i ihmale uğrarken, %1 kadar çocuk da istismara uğramaktadır ve bu oranlar sadece görülebilen kısımlardır (68,69).

Dünya'da sıklığı %1 ila %10 arasında değişen çocukluk çağı istismarının ülkemizde sıklık oranı %10 ila %53 arasında bildirilmekle birlikte bu oran

ülkemizde daha yüksektir (70). Cinsiyet açısından yaygınlığına bakıldığında kız çocuklarında %34.6 oranında, erkek çocuklarında ise %32.5 oranındadır (71).

Çocuğun yaşı küçüldükçe istismar olasılığı artmakta ve bildirilen olguların üçte biri 6 aydan küçük çocuklarken, üçte biri 6 ay ile 3 yaş arasında ve üçte biri 3 yaşından büyük çocuklardır (69,72,73).

Erkek çocuklar daha fazla duygusal ihmale maruz kalmakta ve ayrıca %24 daha fazla ciddi fiziksel yaralanma riski taşımaktadırlar (74). Cinsel istismara uğrama olasılığı kız çocuklarında, erkek çocuklarına göre üç kat daha fazladır (68). İstismara uğrama riski 12 yaşından sonra belirgin biçimde azalmaktadır (74).

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Psikopatolojilerle İlişkisi

Kişilerin çocukken korunmaya en çok ihtiyaçları olduğu dönemde yaşadıkları travma yaratan olayların nörobiyolojik değişikliklerle bağlantısı bulunmuş ve ilerleyen dönemlerde bu travma yaratan yaşantıların psikiyatrik bozukluk gelişme riskini arttırdığı gösterilmiştir (6).

OKB'nin gelişiminde biyolojik etkenlerin dışında çevresel etkenlerin de etkisi gösterilmektedir. İstismar, yaşamda meydana gelen değişiklikler, ciddi hastalıklar, sevilen birinin ölümü gibi travmatik yaşam olaylarının OKB etiyolojisinde etken olabileceği ileri sürülmüştür (75).

Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının kişide reddetme, tekrarlayan girici düşünceler, kabahati kendinde arama gibi uygunsuz baş etme mekanizmaları ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (76).

Çocuklukta yaşanan olumsuz olaylar ve çocukken kullanılan işlevsiz baş etme yöntemleri, bireyin erişkinlik döneminde obsesif inançlarla ilişkili olarak olumsuz bilişsel süreçlerde bulunmasına sebep olmaktadır. Kötü muameleye maruz kalma OKB belirtileri ile ilişkili olan abartılı sorumluluk algısının ortaya çıkmasıyla gelen mükemmeliyetçiliğe, tehdit algısına duyarlılık gelişmesine, düşüncelerin ve kontrolünün aşırı önemsenmesine, suçluluk ve utanç gelişmesine sebep olmaktadır (77,78).

Çocukluk döneminde yaşanan travmatik yaşantılar, obsesif kompulsif semptomların gözlemlenmesinde önemli bir etkindir. Travmatik yaşantılar, olumsuz düşüncelerin içeriğini ve yoğunluğunu değiştirmektedir. Kompulsiyon davranışlarının travmayla bağlantılı tehlikeleri ve kaygıları azaltmak veya denetim

altında tutabilmek amacıyla yapıldığı belirtilmektedir. Çalışmalarda obsesif kompulsif semptomlar ile çocukluk çağı travmatik yaşam olayları açısından anlamlı korelasyonlar gösterilmiştir (79).

2.3. Benlik Saygısı

2.3.1. Benlik

Benlik bireyin kişilik özelliklerini, isteklerini, inançlarını, değer yargılarını ve kendisiyle ilgili değerlendirmelerinin bütününe içeren bir kavramdır. Benlik bireyin kendisine ve çevresine yönelik davranışlarını şekillendiren, bunlar arasındaki bağlantılara aracılık eden zihinsel ve dinamik süreçtir (80).

2.3.2. Benlik Saygısı

Benlik saygısı, bireyin benliğine dair duygu, düşünce ve inançlarının bütününe içeren bir yapıdır. Bireyin kendine ne ölçüde önem gösterdiğini, kendini değerli görüp görmediğine yönelik algısını ifade etmektedir (81).

Benlik saygısı, bireylerin kendilerini sevebilir ve kıymetli görmelerinde etkili olduğu için kişilerin baş etme yöntemleri ve davranışlarını etkilemektedir (82).

Yüksek benlik saygısı, bireyin kendisiyle ilgili gerçeğe uygun ve sağlıklı değerlendirmede bulunması sonucunda ortaya çıkan, kişinin kendisini kıymetli bulmasını sağlayan duygu ve düşüncelerin tamamıdır. Yüksek benlik saygısına sahip kişiler kendilerini sevgi ve saygı görmeye layık bulurlar (83).

Benlik saygısının düşük olması ise bireyin kendisini devamlı ve ısrarcı bir şekilde olumsuz biçimde değerlendirmesi, değersiz bulması ve kendisine dair olumsuz kanıları ve duyguları ifade etmesidir (84).

2.3.3. Benlik Saygısı Ve Psikopatolojilerle İlişkisi

Watson 1998’de benlik saygısının psikolojik bozuklukların temelinde yatan değişkenlerden bir tanesi olduğunu vurgulamıştır (85).

Ruhsal bozukluklar ile benlik saygısının bağlantısını açıklamaya yönelik iki model ortaya koyulmuştur. Kırılganlık modeline göre benlik saygısının düşük olmasının kişilerin olaylarla başa çıkma yöntemlerini etkilediği ve daha olumsuz perspektiflere sahip olmalarına neden olduğu, böylelikle kişiyi ruhsal bozukluklara daha meyilli hale getirdiği öne sürülmüştür. İkinci model olan Yara modelinde ise ruhsal bozukluklardan kaynaklı olarak benlik saygısında düşüş görüldüğü ileri sürülmüştür (86).

Çocukluk çağı travmalarının benlik saygısını kötü yönde etkilediği bilinmektedir (87). Cinsel istismar olayları ve düşük benlik saygısı arasında bağlantı gösterilmiştir (88).

Psikolojik rahatsızlıkların birçoğunun oluşumunda benlik saygısının düşük olması bir etkidir (89,90).

Yapılan bir araştırmada düşük benlik saygısının daha yüksek obsesif kompulsif eğilimle bağlantılı olduğu bulunmuştur (91).

Obsesif kompulsif belirtilere sahip olmanın kişinin sosyal hayatında, işlevselliğinde tesiri olduğu dikkate alındığında bu belirtilerin fazlalığının düşük benlik saygısına yol açabileceği düşünülmektedir. Düşük benlik saygısından kaynaklanan bunaltı ve alakalı bilişlerin obsesif kompulsif bilişleri arttırabileceği, bu doğrultuda bakıldığında benlik saygısının OKB terapisinde de anlamlı bir yeri olabileceği, nitekim yüksek benlik saygısının bireyi ruhsal sıkıntılardan koruyan bir etmen olduğu bilinmektedir (92,93).

Çalışmalarda obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıktığı dönemde benlik saygısının düşük olduğu ve düşük benlik saygısının OKB'yi yordayıcı bir özelliği olduğu, benlik saygısında düşüşün özellikle yatkınlığı olan kişilerde obsesif kompulsif belirtileri arttırabileceği düşünülmektedir (12,94).

2.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü

2.4.1. Duygu ve Duygu Düzenleme

Literatüre bakıldığında duygu tanımı, nörobiyolojik bir süreç ile oluşan ve olaylara karşı gösterilen fizyolojik yanıtlar şeklindedir (95).

Duygu düzenleme, bireyin amaçlı davranışlarını sürdürebilmesi için duygusal yanıtlarını değerlendirebilme, kontrol edebilme, değiştirebilme ve gözlemleyebilme yeteneklerine sahip olmasıdır (96).

Duygu düzenlemenin altı komponenti bulunmaktadır. Bunlar duygunun farkında olma, anlayabilme, kabullenme, olumsuz duygu yaşarken dürtüsel davranışları kontrol edebilme, amaca uygun davranma becerisi ve duruma uygun olan duygusal yanıtı düzenleyebilme yeteneğidir. DDGÖ bu doğrultuda altı alt başlığa ayrılmıştır. Bu başlıklar farkındalık, açıklık, kabullenme, strateji, amaçlar ve dürtü şeklindedir (9).

2.4.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Bireyin herhangi bir sebepten ortaya çıkan strese maruz kalıp bu durumla başa çıkamaması halinde duygularının kontrolünün kaybı duygu düzenleme güçlüğü olarak tarif edilmektedir (97).

Duygu düzenlemede güçlük, duygusal uyarıların negatif yorumlanması, duygusal farkındalıkta eksiklik olması, duygusal ifadenin denetlenmesinde kısıtlılık olması hallerinde görülebilmektedir (98).

2.4.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ve Psikopatolojilerle İlişkisi

Psikopatolojiler açısından duygu düzenleme güçlüğü önemli bir risk faktörü olarak gösterilmektedir (99).

Duygu düzenlemeyle ilgili yapılan bir araştırmada istismar ve ihmalin duyguların organizasyonunda zorluklara neden olabileceği ve ruhsal semptomlar ortaya çıkarmasında duygu düzenleme güçlüğü'nün etkilerinin olduğu görülmüştür (100).

OKB'de öncelikle suçluluk, öfke, korku, iğrenme, kaygı gibi duygular önem kazanmaktadır. Bu duyguların sıklıkla ve önem arz edecek seviyede yaşanması OKB ortaya çıkması ve sürdürülmesinde anlam ifade etmektedir (101).

OKB belirtilerinin olumsuz duygular sebebiyle daha şiddetli hale gelmesi bireyin duygu düzenlemesinde fazladan güçlükler yaşanmasına, bu durum ise OKB şiddetinin artışına ve süregelenleşmesine neden olmaktadır (102).

OKB duygu düzenlemede bozukluklarla ilişkilidir. Bu ilişki bastırma gibi uyum bozan duygu düzenleme taktiklerinin fazla, yeniden değerlendirme taktiklerinin az kullanımı ile bağlantılıdır (103,104).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem ve Yöntem

Bu çalışmaya, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı olan 50 hasta ve psikiyatrik hastalığı olmayan 50 kişi dahil edilmiştir. DSM-5 eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5) uygulanarak psikiyatrik eş tanılar belirlenmiştir. Her iki gruba da sosyodemografik veri formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, BDÖ, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS), BAÖ, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmış ve sonuçta elde edilen veriler karşılaştırılmıştır.

Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri (Hasta grubu için):

- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Obsesif kompulsif bozukluk tanısı olmak

Katılımcıların araştırmaya dahil edilmeme kriterleri (Hasta grubu için):

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Okuma yazma bilmemek
- Organik beyin patolojisi (ağır kafa travması bulunma) ve bilinen nörolojik hastalık öyküsü (bunama, multiple skleroz, vb.)
- Madde, alkol kullanım bozukluğu öyküsü
- Zeka Geriliği
- Bipolar Duygulanım Bozukluğu
- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar

Katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri (Kontrol grubu için):

- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 18-65 yaş aralığında olmak
- Psikiyatrik hastalık tanısı olmaması

Katılımcıların araştırmaya dahil edilmeme kriterleri (Kontrol grubu için):

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
- Okuma yazma bilmemek
- Organik beyin patolojisi (ağır kafa travması bulunma) ve bilinen nörolojik hastalık öyküsü (bunama, multiple skleroz, vb.)
- Madde, alkol kullanım bozukluğu öyküsü
- Zeka Geriliği
- Herhangi bir psikiyatrik hastalık bulunması

3.2. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik veri formu, DSM-5 eksen 1 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, BDÖ, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, YBOC-S, BAÖ, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği uygulanmıştır.

3.2.1. DSM-5 Eksen 1 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5)

Görüşmeci tarafından uygulanan bir klinik görüşme ölçeğidir. 10 modülden oluşmaktadır. Duygudurum dönemleri, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırıcı sorular ve uyum bozuklukları. Ülkemizde yaygın olarak kullanılan, DSM-5 için hazırlanmış, DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonunun (SCID-5/CV) Elbir ve arkadaşları (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (105).

3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu

Bu çalışma için hazırlanan formda bireyin yaşı, mesleği, medeni hali, eğitim seviyesi, hastalık başlangıç yaşı, hastanede yatarak tedavi sayısı, kullandığı ilaçlar

ek psikiyatrik veya fiziksel hastalığı, geçmiş intihar girişimi öyküsü, yaşam olayları sorgulanmıştır. Sosyodemografik veri formu EK-1’de gösterilmiştir.

3.2.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg (1965) tarafından geliştirilmiştir (81). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Füsun Çuhadaroglu (1986) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,75, alfa değeri 0,65 olarak bulunmuştur (106). 63 maddeden oluşmaktadır ve 12 alt testi vardır. Katılımcılar 0-6 arasında puan almaktadırlar. Sayısal ölçümlerle yapılan karşılaştırmalarda benlik saygısı, yüksek (0-1 puan), orta (2-4 puan) ve düşük (5-6 puan) olarak değerlendirilmektedir.

3.2.4. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

Ölçek Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir (107). Obsesif Kompulsif Bozuklukta semptom şiddetinin obsesyon ya da kompulsiyonların sayısından ve tipinden bağımsız bir şekilde ölçülmesine yarayan, klinisyen tarafından doldurulan bir ölçektir. 19 maddeden oluşur, ilk 10 madde değerlendirmeye alınır ve 0-4 arası puanlanır. Ölçekte 1-5. maddelerin toplamı obsesyon puanlarını vermektedir. 6-10. maddelerin toplamı kompulsiyon puanlarını göstermektedir. 1-10. maddelerin toplamı obsesyon-kompulsiyon puanlarını vermektedir. Obsesyon ve kompulsiyonların hastanın zamanını ne ölçüde tükettiği, normal işlevselliğe ne ölçüde etki ettiği, öznel rahatsızlık hissinin düzeyi ve hastanın direnebilme ve kontrol edebilme düzeyi değerlendirilmektedir. Toplam puanlar 0-7 subklinik, 8-15 hafif düzey, 16-23 orta düzey, 24-31 ağır düzey, 32-40 çok ağır düzey olarak gruplandırılmaktadır. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır (108).

3.2.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir, Depresif belirtilerin sorgulandığı 21 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir (109). Bireyin son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi tanımladığını düşündüğü cümleyi seçmesi istenmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değildir. Depresyon

belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Her maddede dört seçenek bulunmaktadır. Puanlama 0–3 arasında yapılmaktadır. Toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli ve arkadaşları (1988) tarafından yapılmıştır. Depresyon tanısı için kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir (110).

3.2.6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Bu ölçeği Beck ve arkadaşları (1988) anksiyete belirtilerinin şiddetini belirlemek amacıyla geliştirmişlerdir. 21 maddeden oluşmaktadır ve her madde 0-3 arası puanlanmaktadır. Öz bildirim ölçeğidir (111). Son bir haftadır bireyin sıkıntı duygusunun kendisini ne düzeyde rahatsız ettiği sorgulanır. Toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (112). Hafif düzeyde anksiyete 8-15 puan, orta düzeyde anksiyete 16-25 puan, şiddetli düzeyde anksiyete 26-63 puandır.

3.2.7. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇRTÖ)

Geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, öz bildirime dayalı ve nicel bir ölçektir. İlk versiyonu Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. İlk ölçek 70 maddeden oluşmaktadır, sonrasında 54 maddeye indirilmiştir. 1998 yılında ise 28 soruluk bir ölçek haline getirilmiştir. Şar ve arkadaşları (1996) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Şar ve arkadaşları tarafından Türkçe versiyonunun uygunluğu, geçerliliği ve güvenilirliği araştırılmıştır. Ölçek çocukluk çağındaki istismarı ve ihmali değerlendiren 5 alt parametreden oluşmaktadır. Travmayla ilgili 3 tane aldatıcı özellikte azımsayıcı madde de içermektedir. Verilerin düzgün bir biçimde yorumlanabilmesi için yanıltıcı sorular bulunmaktadır. 5'li likert şeklindedir. Tüm sorular 1 ve 5 puan alabilecek şekilde hesaplanır ve toplam puana ulaşmak için beş alt türün puanının toplanmasını gerektirir. Ölçeğin puanlaması yapılırken olumlu ifadeleri içeren soruların puanlarının ters çevrilmesi gerekmektedir. Olumlu puan içeren sorular (2, 5, 7, 13, 19, 26, 28). Örneğin bir puan beş olarak, iki puan dört olarak alınır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyon maddeleri (10, 16, 22) ters çevrilmez. Bu üç sorunun da yalnızca travmatik yaşantıyı yok saydığını bildirmesi ve bütün puana

etki etmemesidir. Azımsayıcı üç maddenin hesabı için sorulardaki en yüksek puan ele alınır, sonra bunların hepsi 1 puan şeklinde alınıp toplam puan kabul edilir. Buna göre toplam puan 0-3 arasında olacaktır. Duygusal istismar için (3,8,14,18,25) maddeler değerlendirilir. Fiziksel istismar (9,11,12,15,17) numaralı maddelerle, fiziksel ihmal (1,2,4,6,26) numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Duygusal ihmal (5,7,13,19,28) numaralı maddelerle ve cinsel istismar (20,21,23,24,27) maddeleri ile değerlendirilmektedir. Travma toplam puanını 54-270 arasında bulunmaktadır. Alt ölçekler de puan aralıkları içermektedir; 12 ve 60 arasındaki puanları duygusal istismarı; 7 ve 35 arasındaki puanlar fiziksel ve cinsel istismarı; 6 ve 80 arasındakiler duygusal ihmali; 8 ve 40 arasındakiler ise fiziksel istismarı içerir (113).

3.2.8. Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği

Rugancı tarafından Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları yapılmıştır. Ölçekte 6 alt ölçek bulunmaktadır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır. 5'li likert tipi bir ölçektir. Bunlar duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmamasını işaret eden "Farkındalık" (madde 2* , 6* , 8* , 10* , 17* , 34*) alt ölçeği. Olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde güçlük yaşamayı işaret eden "Dürtü" (madde 3, 14, 19, 24* , 27, 32) alt ölçeği. Duygusal tepkilerin anlaşılmamasını işaret eden "Açıklık" (madde 1* , 4, 5, 7* , 9) alt ölçeği. Olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda bulunmada güçlük yaşamayı işaret eden "Amaçlar" (madde 13, 18, 20* , 26, 33) alt ölçeği. Duygusal tepkilerin kabul edilmemesini işaret eden "Kabul Etmeme" (madde 11, 12, 21, 23, 25, 29) alt ölçeği. Etkili olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişimi işaret eden "Stratejiler" (madde 15, 16, 22* , 28, 30, 31, 35, 36) alt ölçeği. Ölçek için kesme puanı belirtilmemiştir. Yüksek puanlar daha şiddetli duygu düzenleme güçlüğü göstermektedir. Ölçeğin özgün formunun geçerlilik-güvenirlilik çalışmalarında iç tutarlılık kat sayısı $\alpha = .93$ bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğü boyutlarının iç tutarlılık kat sayılarının ise $\alpha = .88 - .89$ arasında değiştiği ve test-tekrar test güvenirliliği ise $\alpha = .88$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin özgün formundaki 10. madde, tüm ölçek ile çok düşük bir korelasyona ($r = .06$) sahip bulunması nedeniyle çıkarılmıştır. 10. madde yerine aynı içerikte başka madde eklenmiştir. Böylece Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin faktör sayısı

ve yapısı ölçeğin özgün formuyla aynı bulunarak yapı geçerliği sağlanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı .94 olarak bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğü'nün alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayılarının ise .90 - .75 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği .83 ve Guttman yarıya bölme güvenilirlik katsayısı .95 olarak bulunmuştur(114). Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinde ters kodlanan maddelerin madde numaraları * ile verilmiştir.

3.3. İstatistiksel Analiz

Araştırma verilerinin istatistiksel analizlerinin yapımında Statistical Package for Social Sciences (SPSS), Windows için bilgisayar paket programı sürümü 23.0 (SPSS Inc. Chicago, USA) kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için kategorik değişkenler sayı, yüzde verilerek, sürekli değişkenler için ise ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (en küçük-en büyük değer) değerleri verilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymayan sayısal verilerin analizinde iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler yerine göre χ^2 ya da Fisher testi (hücrelerde gözlenen değerlerin χ^2 testi varsayımlarını sağlamadığı durumlarda) ile karşılaştırılmıştır. Normal dağılıma uymayan sayısal verilerin ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Bu çalışmada istatistiki olarak anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 19-65 yaşları arasında, 100 birey alınmıştır. Katılımcıların 67'si (%67) kadın ve 33'ü (%33) erkekti. Katılımcıların 50'si OKB tanılı ve 50'si Sağlıklı kontroller şeklinde iki gruba ayrılmıştır.

4.1. OKB Tanılı Bireylerin ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Ait Bulgular

OKB grubunun 35'i kadın (%70), 15'i erkek (%30) bireylerdir. Kontrol grubu ise 32 kadın (%64), 18 erkek (%36) kişiden oluşmaktadır.

OKB tanılı grup ile kontrol grubu karşılaştırıldığında cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı görüldü ($p=0.523$).

OKB tanılı bireylerin yaşlarının ortalamaları 34.22 ± 11.81 yıl olarak görüldü.

Kontrol grubunun yaş ortalamaları ise 34.46 ± 10.71 yıl olup, istatistiksel açıdan iki grup arasında yaş ortalaması bakımından anlamlı fark görülmemiştir ($p=0.681$).

OKB grubunda 27 kişinin (%54) evli olduğu, 21 kişinin (%42) bekar olduğu, 2 kişinin (%4) boşanmış olduğu görüldü. Kontrol grubunun medeni durumları incelendiğinde 23 kişinin (%46) evli olduğu, 26 kişinin (%52) bekar olduğu ve 1 kişinin (%2) boşanmış olduğu görüldü. OKB tanılı grup ve kontrol grupları medeni halleri açısından değerlendirildiklerinde aralarında istatistiksel açıdan fark saptanmadı ($p=0.553$).

OKB tanılı grubun 7'si (%14) ilkokul mezunu, 6'sı (%12) ortaokul mezunu, 17'si (%34) lise, 20'si (%40) yüksekokul/üniversite mezunundan oluşmaktaydı. Kontrol grubundaki bireyler eğitim düzeyi açısından incelendiğinde 4'ü (%8) ilkokul, 3'ü (%6) ortaokul, 20'si (%40) lise, 23'ü (%46) yüksekokul/üniversite mezunuydu. Eğitim durumları olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.518$).

OKB tanılı grupta 13 kişi (%26) işçi-memur, 10 kişi (%20) öğrenci, 3 kişi (%6) emekli, 14 kişi (%28) ev hanımı, 10 kişi (%20) işsizdi. Kontrol grubunda 31 kişi (%62) işçi-memur, 13 kişi (%26) öğrenci, 1 kişi (%2) emekli, 5 kişi (%10) ev hanımıydı, kontrol grubunda işsiz kişi yoktu. Gruplar arasında meslek dağılımı açısından anlamlı fark saptandı ($p<0.001$).

OKB grubunda sigara kullanımı bildiren 19 kişi (%38), sigara kullanımı olmayan 31 kişi (%62) vardı. Kontrol grubu içinde sigara kullanımı bildiren 19 kişi (%38), sigara kullanımı olmayan 31 kişi (%62) vardı. İki grup sigara kullanımı açısından değeriendirildiğinde fark saptanmadı ($p=0.99$).

OKB grubunda alkol kullandığını bildiren 5 birey (%10), alkol kullanımı olmayan 45 birey (%90) vardı. Kontrol grubunda alkol kullananı bildiren 17 birey (%34), alkol kullanımı olmadığını bildiren 33 birey (%66) vardı. İki grup alkol kullanımı özellikleri açısından kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı ($p=0.004$).

OKB grubunda madde kullanımı olduğunu belirten birey bulunmazken, kontrol grubunda madde kullanan 2 kişi (%4), madde kullanmayan 48 kişi (%96) vardı. Madde kullanımı açısından iki grup kıyaslandığında anlamlı fark saptanmadı ($p=0.495$).

OKB tanıli grupta geliri giderinden az olan 12 kişi (%24), geliri giderine eşit olan 30 kişi (%60), geliri giderinden fazla olan 8 kişi (%16) vardı. Kontrol grubunda geliri giderinden az olan 12 kişi (%24), geliri giderine eşit olan 22 kişi (%44), geliri giderinden fazla olan 16 kişi (%32) vardı. Gruplar arasında gelir durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.142$).

OKB tanıli grupta ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan 23 kişi (%46), bulunmayan 27 kişi (%54) vardı. Kontrol grubunda ise ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan 15 kişi (%30), bulunmayan 35 kişi (%70) vardı. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı açısından anlamlı fark bulunmadı ($p=0.149$).

OKB grubunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü 1. derece akrabasında olan 12 kişi (52.2), 2. derece akrabasında olan 11 kişi (47.8) idi. Kontrol grubunda ise ailede psikiyatrik hastalık öyküsü 1. derece akrabasında olan 8 kişi (53.3), 2. derece akrabasında olan 7 kişi (46.7) bulunmaktaydı. Gruplar arasında ailede psikiyatrik hastalık akrabalık yakınlık derecesi değeriendirildiğin anlamlı fark bulunmadı ($p=0.566$).

Tablo 1: Katılımcılara ait sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

		OKB TANILI BİREYLER		SAĞLIKLI KONTROL		p
		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	35	70	32	64	0.523
	Erkek	15	30	18	36	
	Toplam	50	100	50	100	
Eğitim düzeyi	İlkokul	7	14	4	8	0.518
	Ortaokul	6	12	3	6	
	Lise	17	34	20	40	
	Yüksekokul-Üniversite	20	40	23	46	
Medeni Durum	Evli	27	54	23	46	0.553
	Bekar	21	42	26	52	
	Boşanmış	2	4	1	2	
Meslek	İşçi-Memur	13	26	31	62	p<0.001*
	Öğrenci	10	20	13	26	
	Emekli	3	6	1	2	
	Ev Hanımı	14	28	5	10	
	İşsiz	10	20	0	0	
Sigara	Var	19	38	19	38	0.99
	Yok	31	62	31	62	
Alkol	Var	5	10	17	34	0.004*
	Yok	45	90	33	66	
Madde	Var	0	0	2	4	0.495
	Yok	50	100	48	96	
Gelir Durumları	Geliri Giderinden Az	12	24	12	24	0.142
	Geliri Giderine Eşit	30	60	22	44	
	Geliri Giderinden Çok	8	16	16	32	
Psikiyatri Dışı Hastalık	Var	13	26	7	14	0.134
	Yok	37	74	43	86	
Suicid Girişimi Öyküsü	Var	1	2	0	0	0.999
	Yok	49	98	50	100	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	23	46	15	30	0.149
	Yok	27	54	35	70	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Yakınlık Derecesi	1. Derece	12	52.2	8	53.3	0.566
	2. Derece	11	47.8	7	46.7	
Yaş	Ortalama ± SS	34.22±11.81		34.46±10.71		0.681
	Min-max	19-65		21-65		

OKB tanılı grupta, bireylerin tanı almadan önce yaşadıkları hastalığı tetikleyici olduğunu düşündükleri önemli yaşam olayı tarifleyen kişi sayısı 27 (%54) iken, stresör tariflemeyen 23 kişi (%46) bulunmaktaydı.

OKB bozukluk tanılı 50 hastanın içinde psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören kişi sayısı 5 (%10) saptandı.

Suicid girişimi öyküsü bakıldığında OKB grubunda suicid girişimi olan 1 kişi (%2) vardı, kontrol grubunda suicid girişimi öyküsü olan birey yoktu. Gruplar arasında suicid girişimi öyküsü açısından anlamlı fark görülmedi ($p=0.999$).

Tablo 2: OKB tanılı bireylere ait ek klinik özellikler

OKB Grubu			
		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
OKB tanısı öncesi tetikleyici yaşam olayı	Var	27	54
	Yok	23	46
Psikiyatri kliniğinde yatış öyküsü	Var	5	10
	Yok	45	90
Suicid Girişimi Öyküsü	Var	1	2
	Yok	49	98

4.2. OKB Tanılı Gruba Uygulanan Ölçeklere Ait Veriler

Çalışmamızda OKB tanılı bireyler cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde kadın hastaların YBOCS-Toplam puanları 23.34 ± 6.52 iken erkek hastaların 18.53 ± 6.31 şeklinde bulunmuş olup cinsiyetler açısından hastaların YBOCS-Toplam puanları kıyaslandığında anlamlı fark görülmüştür ($p=0.020$)

Tablo 3: OKB tanılı bireylerin ölçek puanlarının cinsiyetler açısından karşılaştırılması

	n=50		
	Kadın	Erkek	p
YBOCS-Obsesyon	11.60 ± 3.38	9.40 ± 3.54	0.053
YBOCS-Kompulsiyon	11.74 ± 3.58	9.13 ± 3.06	0.014
YBOCS-Toplam	23.34 ± 6.52	18.53 ± 6.31	0.020

OKB tanılı bireylerin YBOCS puan ortalamaları 21.90 ± 6.77 , semptomların başlangıç yaş ortalamaları 21.92 ± 9.55 , OKB tanı alma yaş ortalamaları 28.96 ± 11.20 , en son düzenli tedavi süreleri (ay) ortalamaları 20.14 ± 35.27 olarak bulundu.

Tablo 4: OKB tanılı bireylere ait ek veriler

	Ort $\pm$ SS	Min-max
YBOCS	21.90 ± 6.77	10-38
OKB semptomlarının başlangıç yaşı	21.92 ± 9.55	5-55
OKB tanı alma yaşı	28.96 ± 11.20	13-60
En son düzenli tedavi süresi (ay)	20.14 ± 35.27	0-180

50 obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastanın obsesyon ve kompulsiyon yüzdeleri sırasıyla kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları %62 (n:31), şüphe ve kontrol kompulsiyonları %50 (n:25), simetri düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları %44 (n:22), dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar %22 (n:11), tırnak yeme cilt yolma %12 (n:6), cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar %12 (n:6), saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar %10 (n:5), biriktiricilik %8 (n:4), bedensel takıntılar %8 (n:4), saç yolma %6 (n:3), diğer %2 (n:1) şeklinde saptandı.

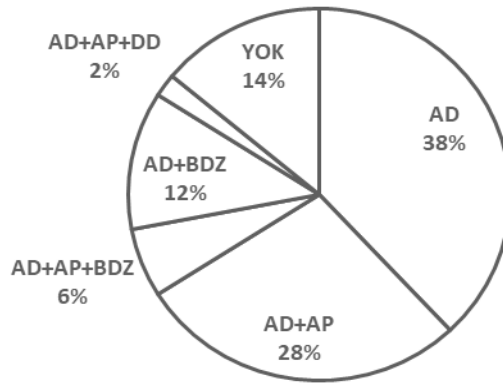
OKB tanılı hastaların psikiyatrik ilaç kullanım oranları antidepresan tedavi kullanan kişi sayısı 19 (%38), antidepresan ve antipsikotik birlikte kullanan kişi sayısı 14 (%28), antidepresan ve benzodiazepin kombinasyonu kullanan kişi sayısı 6 (%12), antidepresan, antipsikotik, benzodiazepin birlikte kullanan hasta sayısı 3 (%6), antidepresan, antipsikotik ve duygudurum dengeleyici kullanan hasta sayısı 1 (%2) iken ilaç kullanımı olmayan hasta sayısı 7 (%14) kişi idi. Sağlıklı kontrol grubunda psikotrop tedavi kullanımı yoktu.

Tablo 5: OKB tanılı bireylerin obsesyon ve kompulsiyon içeriklerine göre özellikleri

	<i>n</i>	%
Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar	5	10
Cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	6	12
Dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	11	22
Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları	31	62
Simetri – düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları	22	44
Şüphe ve kontrol kompulsiyonları	25	50
Biriktirmecilik	4	8
Saç yolma	3	6
Tırnak yeme-cilt yolma	6	12
Bedensel takıntılar	4	8
Diğer	1	2

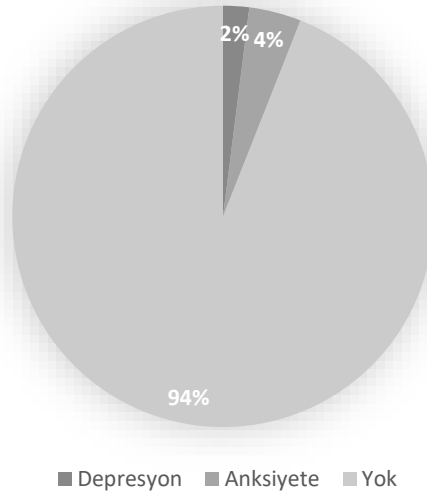
NOT: Bir hastada birden çok obsesyon ve kompulsiyon birlikte olabileceği için toplam yüzde oranı %100'ün üstündedir.

Tablo 6: OKB tanılı bireylerin psikotrop tedavi kullanımları



50 OKB tanılı hastanın ek psikiyatrik hastalık oranları bakıldığında 1 kişi (%2) depresyon tanılı ve 2 kişi (%4) anksiyete bozukluğu tanısına sahipti.

Tablo 7: OKB tanılı grupta ek psikiyatrik hastalıklar



4.3. OKB Tanılı Grup Ve Sağlıklı Kontrol Grubuna Uygulanan Ölçeklerin Puanlarının Karşılaştırılması

BDÖ puan ortalaması OKB tanılı grupta 19.66 ± 12.32 iken kontrol grubunda 5.26 ± 4.23 idi. Gruplar arasında BDÖ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulundu ($p < 0.001$).

BAÖ puan ortalaması OKB tanılı grupta 20.60 ± 13.88 iken kontrol grubunda 5.02 ± 4.24 idi. Gruplar arasında BAÖ puan ortalaması açısından anlamlı fark bulundu ($p < 0.001$).

DDGÖ puan ortalaması OKB tanılı grupta 101.30 ± 28.08 iken kontrol grubunda 74.06 ± 18.01 idi. Gruplar arasında DDGÖ puan ortalaması açısından fark görüldü ($p < 0.001$).

DDGÖ-Farkındalık alt boyutu puan ortalaması OKB tanılı grupta 14.94 ± 4.74 iken kontrol grubunda 13.80 ± 5.09 idi. Gruplar arasında DDGÖ-Farkındalık alt boyutu puan ortalaması bakımından anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.166$).

DDGÖ-Açıklık alt boyutu puan ortalaması OKB tanılı grupta 12.44 ± 4.76 iken kontrol grubunda 9.22 ± 2.99 idi. Gruplar arasında DDGÖ-Açıklık alt boyutu puan ortalaması bakımından fark saptandı ($p < 0.001$).

DDGÖ-Kabul etmeme alt boyutu puan ortalaması OKB grubunda 15.96 ± 7.71 iken kontrol grubunda 10.94 ± 5.08 idi. Gruplar arasında DDGÖ-Kabul etmeme alt boyutu puan ortalaması bakımından anlamlı fark görüldü ($p < 0.001$).

DDGÖ-Stratejiler alt boyutu puan ortalaması OKB tanılı grupta 24.14 ± 8.85 iken kontrol grubunda 14.92 ± 5.08 idi. Gruplar arasında DDGÖ- Stratejiler alt boyutu puan ortalaması bakımından anlamlı fark görüldü ($p < 0.001$).

DDGÖ-Dürtü alt boyutu puan ortalaması OKB tanılı grupta 15.84 ± 7.04 iken kontrol grubunda 11.40 ± 4.26 idi. Gruplar arasında DDGÖ- Dürtü alt boyutu puan ortalaması bakımından anlamlı fark görüldü ($p = 0.002$).

DDGÖ-Amaçlar alt boyutu puan ortalaması OKB grubunda 17.98 ± 5.10 iken kontrol grubunda 13.78 ± 4.23 idi. Gruplar arasında DDGÖ-Amaçlar alt boyutu puan ortalaması bakımından anlamlı fark bulundu ($p < 0.001$).

ÇÇTÖ puan ortalaması OKB tanılı grupta 38.80 ± 12.35 iken kontrol grubunda 33.16 ± 7.39 idi. ÇÇTÖ puan ortalamaları kıyaslandığında aralarında fark görüldü ($p = 0.021$).

ÇÇTÖ-Duygusal istismar alt boyutu ortalama puanı OKB grubunda 8.18 ± 4.30 iken kontrol grubunda 6.14 ± 1.85 idi. ÇÇTÖ-Duygusal istismar alt boyutu ortalama puanları bakıldığında gruplar arasında fark bulundu ($p = 0.008$).

ÇÇTÖ-Fiziksel istismar alt boyutunun ortalama puanı OKB tanılı grupta 6.10 ± 2.43 iken kontrol grubunda 5.52 ± 1.28 idi. ÇÇTÖ-Fiziksel istismar alt boyutu bakımından puan ortalamaları bakımından anlamlı fark bulunmadı ($p = 0.701$).

ÇÇTÖ-Cinsel istismar alt boyutunun ortalama puanı OKB tanılı grupta 5.72 ± 1.60 iken kontrol grubunda 5.16 ± 0.65 idi. ÇÇTÖ-Cinsel istismar alt boyut kıyaslamasında iki grup arasında puan ortalamaları açısından anlamlı fark saptandı ($p = 0.016$).

ÇÇTÖ-Duygusal ihmal alt boyutu puan ortalaması OKB grubunda 11.92 ± 5.05 iken kontrol grubunda 9.72 ± 4.26 idi. Gruplar arasında ÇÇTÖ-Duygusal ihmal alt boyutu puan ortalaması açısından anlamlı fark bulundu ($p = 0.021$).

ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal alt boyutu puan ortalaması OKB tanılı grupta 6.88 ± 2.84 iken kontrol grubunda 6.62 ± 2.19 idi. Gruplar arasında ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal alt boyutu puan ortalaması açısından anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.953$).

ÇÇTÖ-Minimizasyon alt boyutu puan ortalaması OKB grubunda 0.54 ± 0.83 iken kontrol grubunda 0.60 ± 0.88 idi. Gruplar arasında ÇÇTÖ-Minimizasyon alt boyutu puan ortalaması açısından anlamlı fark saptanmadı ($p = 0.662$).

RBSÖ puan ortalaması OKB tanılı grupta 1.87 ± 1.29 iken kontrol grubu için 0.86 ± 0.46 idi. RBSÖ puan ortalaması açısından gruplar kıyaslandığında anlamlı fark bulundu ($p < 0.001$).

Tablo 8: OKB tanılı bireyler ile Sağlıklı Kontrol grubuna dahil bireylerin ölçek puanları açısından karşılaştırılmasına ilişkin veriler

	OKB Tanılı Bireyler		Sağlıklı Kontrol		p
	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	
BDÖ	19.66±12.32	0-52	5.26±4.23	0-16	p<0.001*
BAÖ	20.60±13.88	0-57	5.02±4.24	0-22	p<0.001*
DDGÖ-Toplam	101.30±28.08	40-173	74.06±18.01	45-121	p<0.001*
DDGÖ-Farkındalık	14.94±4.74	6-26	13.80±5.09	6-29	0.166
DDGÖ-Açıklık	12.44±4.76	5-25	9.22±2.99	5-15	p<0.001*
DDGÖ-Kabul etmeme	15.96±7.71	6-30	10.94±5.08	6-30	p<0.001*
DDGÖ-Stratejiler	24.14±8.85	8-40	14.92±5.08	9-35	p<0.001*
DDGÖ-Dürtü	15.84±7.04	6-30	11.40±4.26	6-23	0.002*
DDGÖ-Amaçlar	17.98±5.10	5-25	13.78±4.23	5-22	p<0.001*
ÇÇTÖ-Toplam	38.80±12.35	26-84	33.16±7.39	25-63	0.021*
ÇÇTÖ-Duygusal İstismar	8.18±4.30	5-21	6.14±1.85	5-14	0.008*
ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar	6.10±2.43	5-16	5.52±1.28	5-13	0.701
ÇÇTÖ-Cinsel İstismar	5.72±1.60	5-12	5.16±0.65	5-9	0.016*
ÇÇTÖ-Duygusal İhmal	11.92±5.05	5-25	9.72±4.26	5-21	0.021*
ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal	6.88±2.84	5-20	6.62±2.19	5-15	0.953
ÇÇTÖ-Minimizasyon	0.54±0.83	0-3	0.60±0.88	0-3	0.662
RBSÖ	1.87±1.29	0.25-5.25	0.86±0.46	0.25-2.08	p<0.001*

4.4. OKB Tanılı Gruba Uygulanan Ölçeklerin Korelasyonları

Çalışmamızda OKB grubunun YBOCS ölçek puanları ve ÇÇTÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında korelasyon incelendiğinde ilişki gösterilen boyutlar ÇÇTÖ-Toplam puanı için pozitif yönde düşük derecede anlamlı ($r=0.35$, $p=0.012$), ÇÇTÖ-Fiziksel istismar alt boyutu için pozitif yönde zayıf derecede anlamlı ($r=0.29$, $p=0.037$), ÇÇTÖ-Duygusal ihmal alt boyutu için pozitif yönde zayıf derecede anlamlı ($r=0.28$, $p=0.044$) korelasyon bulunmuş olup ÇÇTÖ-Duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve minimizasyon değerleri açısından YBOCS puanları arasında anlamlı korelasyon görülmemiştir.

OKB hastalarının YBOCS puanları ile DDGÖ toplam ve alt boyutları arasında korelasyonlarını incelediğimizde anlamlı fark yaratan korelasyonlar DDGÖ-Toplam puanı ile YBOCS arasında pozitif yönde orta derecede ($r=0.63$, $p<0.001$), DDGÖ-Açıklık alt boyutu ile YBOCS arasında pozitif yönde düşük derece ($r=0.42$, $p=0.002$), DDGÖ-Kabul etmeme alt boyutu ile YBOCS arasında pozitif yönde düşük derece ($r= 0.35$, $p=0.010$), DDGÖ-Stratejiler alt boyutu ile YBOCS arasından pozitif yönde orta derece ($r= 0.62$, $p<0.001$), DDGÖ-Dürtü alt boyutu ile YBOCS arasında pozitif yönlü orta derece ($r= 0.63$, $p<0.001$) ve DDGÖ-Amaçlar alt boyutu ile YBOCS arasında pozitif yönde orta derece ($r= 0.56$, $p<0.001$) korelasyon görülmüştür.

OKB tanılı grupta RBSÖ ve YBOCS arasında pozitif yönde düşük derecede anlamlı korelasyon görüldü ($r= 0.49$, $p<0.001$).

OKB tanılı grupta RBSÖ ve BDÖ arasında pozitif yönde kuvvetli derecede anlamlı korelasyon vardı ($r= 0.70$, $p<0.001$).

OKB tanılı grupta RBSÖ ve BAÖ arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı korelasyon vardı ($r= 0.56$, $p<0.001$).

OKB tanılı grupta RBSÖ ve DDGÖ-Toplam puanları arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı korelasyon vardı ($r= 0.66$, $p<0.001$).

OKB tanılı grupta RBSÖ ve ÇÇTÖ-Toplam puanları arasında pozitif yönde düşük derecede anlamlı korelasyon vardı ($r=0.41$, $p=0.003$).

Çalışmamızda OKB grubunda DDGÖ-T ve ÇÇTÖ-T puanları arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı korelasyon görülmüştür ($r= 0.50$, $p<0.001$).

Çalışmamızda kontrol grubunda DDGÖ-T ve ÇÇTÖ-T puanları arasında pozitif yönde düşük derecede anlamlı korelasyon görülmüştür ($r= 0.39$, $p=0.004$).

Tablo 9: OKB tanılı gruba uygulanan ölçeklerin korelasyonları

	BDÖ		BAÖ		DDGÖ-T		DDGÖ-F		DDGÖ-AÇI		DDGÖ-K		DDGÖ-S		DDGÖ-D		DDGÖ-A		RBSÖ		ÇÇTÖ-T		ÇÇTÖ-DST		ÇÇTÖ-FST		ÇÇTÖ-CIS		ÇÇTÖ-DİH		ÇÇTÖ-FİH		ÇÇTÖ-MİN	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
BDÖ																																		
BAÖ	0.66	<0.001																																
DDGÖ-T	0.83	<0.001	0.62	<0.001																														
DDGÖ-F	0.19	0.175	0.03	0.825	0.23	0.107																												
DDGÖ-AÇI	0.60	<0.001	0.39	0.004	0.62	<0.001	0.50	<0.001																										
DDGÖ-K	0.48	<0.001	0.36	0.008	0.69	<0.001	-0.06	0.655	0.15	0.274																								
DDGÖ-S	0.77	<0.001	0.69	<0.001	0.91	<0.001	0.06	0.648	0.47	<0.001	0.63	<0.001																						
DDGÖ-D	0.74	<0.001	0.60	<0.001	0.82	<0.001	0.10	0.471	0.50	<0.001	0.50	<0.001	0.69	<0.001																				
DDGÖ-A	0.71	<0.001	0.54	<0.001	0.82	<0.001	-0.03	0.830	0.44	0.001	0.51	<0.001	0.76	<0.001	0.70	<0.001																		
RBSÖ	0.70	<0.001	0.56	<0.001	0.66	<0.001	-0.003	0.982	0.39	0.004	0.33	0.018	0.62	<0.001	0.59	<0.001	0.59	<0.001																
ÇÇTÖ-T	0.39	0.005	0.27	0.054	0.50	<0.001	0.19	0.177	0.18	0.202	0.45	0.001	0.37	0.007	0.50	<0.001	0.29	0.035	0.41	0.003														
ÇÇTÖ-DST	0.26	0.066	0.28	0.048	0.43	0.001	0.09	0.508	0.28	0.046	0.29	0.036	0.33	0.018	0.49	<0.001	0.35	0.013	0.36	0.010	0.68	<0.001												
ÇÇTÖ-FST	0.32	0.022	0.29	0.035	0.44	0.001	0.35	0.013	0.26	0.063	0.24	0.093	0.29	0.036	0.49	<0.001	0.31	0.024	0.29	0.039	0.64	<0.001	0.62	<0.001										
ÇÇTÖ-CIS	0.30	0.033	0.25	0.071	0.39	0.004	0.20	0.159	0.37	0.007	0.32	0.020	0.31	0.024	0.28	0.048	0.28	0.042	0.26	0.060	0.38	0.006	0.44	0.001	0.33	0.016								
ÇÇTÖ-DİH	0.29	0.037	0.16	0.261	0.38	0.005	0.21	0.137	0.06	0.659	0.39	0.004	0.29	0.038	0.33	0.016	0.20	0.154	0.29	0.040	0.88	<0.001	0.42	0.002	0.43	0.001	0.15	0.287						
ÇÇTÖ-FİH	0.25	0.073	0.20	0.158	0.32	0.021	0.05	0.686	0.03	0.825	0.35	0.013	0.24	0.083	0.35	0.011	0.11	0.431	0.36	0.010	0.74	<0.001	0.43	0.001	0.39	0.005	0.13	0.362	0.60	<0.001				
ÇÇTÖ-MİN	-0.23	0.097	-0.09	0.505	-0.34	0.015	-0.23	0.094	-0.30	0.030	-0.27	0.051	-0.28	0.044	-0.29	0.037	-0.08	0.754	-0.12	0.407	-0.42	0.002	-0.20	0.151	-0.20	0.158	-0.16	0.246	-0.39	0.004	-0.30	0.030		
YBOCS	0.70	<0.001	0.47	<0.001	0.63	<0.001	0.08	0.583	0.42	0.002	0.35	0.010	0.62	<0.001	0.63	<0.001	0.56	<0.001	0.49	<0.001	0.35	0.012	0.23	0.105	0.29	0.037	0.14	0.309	0.28	0.044	0.21	0.131	-0.08	0.581

4.5. OKB Tanılı Grup Ve Sağlıklı Kontrollerin Cinsiyetler Açısından Ölçek Puanlarının Karşılaştırması

Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunda cinsiyetler arası DDG açısından DDGÖ-Açıklık alt boyutu bakımından istatistiksel fark görülmüş olup, Toplam DDGÖ ve diğer alt boyutlar bakımından istatistiksel anlamlı fark görülmemiştir. DDGÖ-Açıklık alt boyutunda kadınların ortalama puanları (9.97 ± 2.92) erkeklere (7.89 ± 2.69) kıyasla daha yüksek bulunmuştur ($p=0.020$).

OKB grubunda ise cinsiyetler arası DDGÖ açısından karşılaştırıldığında Toplam DDGÖ ve DDGÖ alt boyutları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 10: OKB tanılı grup ile Sağlıklı kontrollerin cinsiyet açısından ölçek puanlarının karşılaştırması

	OKB Tanılı Bireyler (n=50)			Sağlıklı Kontroller (n=50)		
	Cinsiyet			Cinsiyet		
	Kadın	Erkek	p	Kadın	Erkek	p
BDÖ	21.69±12.92	14.93±9.60	0.075	5.72±3.93	4.44±4.71	0.170
BAÖ	21.74±13.66	17.93±14.50	0.379	5.69±4.56	3.83±3.41	0.122
DDGÖ-Toplam	105.37±26.68	91.80±29.89	0.182	76.22±16.13	70.22±20.88	0.169
DDGÖ-Farkındalık	15.20±4.81	14.33±4.68	0.278	13.97±4.86	13.50±5.59	0.536
DDGÖ-Açıklık	12.89±4.74	11.40±4.79	0.278	9.97±2.92	7.89±2.69	0.020
DDGÖ-Kabul etmeme	17.14±7.66	13.20±7.36	0.066	10.69±4.07	11.39±7.18	0.508
DDGÖ-Stratejiler	25.37±8.92	21.27±8.26	0.185	14.97±4.46	14.83±6.17	0.556
DDGÖ-Dürtü	16.40±6.95	14.53±7.31	0.345	11.88±4.19	10.56±4.38	0.277
DDGÖ-Amaçlar	18.37±4.83	17.07±5.77	0.531	14.75±3.88	12.06±4.38	0.028
ÇÇTÖ-Toplam	40.17±12.83	35.60±10.90	0.155	32.38±7.71	34.56±6.75	0.118
ÇÇTÖ-Duygusal İstismar	8.60±4.75	7.20±2.93	0.626	6.13±1.79	6.17±2.00	0.606
ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar	5.94±1.97	6.47±3.33	0.659	5.47±1.76	5.61±0.97	0.369
ÇÇTÖ-Cinsel İstismar	5.77±1.80	5.60±1.05	0.582	5.09±0.39	5.28±0.95	0.533
ÇÇTÖ-Duygusal İhmal	12.83±5.32	9.80±3.72	0.068	9.41±4.34	10.28±4.17	0.319
ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal	7.03±3.03	6.53±2.41	0.451	6.28±1.76	7.22±2.75	0.271
ÇÇTÖ-Minimizasyon	0.43±0.77	0.80±0.94	0.158	0.44±0.71	0.89±1.07	0.146
RBSÖ	2.04±1.42	1.48±0.86	0.289	0.86±0.46	0.86±0.46	0.910

4.6. Kontrol Grubuna Uygulanan Ölçeklerin Korelasyonları

Tablo 11: Kontrol grubuna uygulanan ölçeklerin korelasyonları

	BDÖ		BAÖ		DDGÖ-T		DDGÖ-F		DDGÖ-AÇI		DDGÖ-K		DDGÖ-S		DDGÖ-D		DDGÖ-A		RBSÖ		ÇÇTÖ-T		ÇÇTÖ-DST		ÇÇTÖ-FST		ÇÇTÖ-CİS		ÇÇTÖ-DİH		ÇÇTÖ-FİH	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
BDÖ																																
BAÖ	0.53	<0.001																														
DDGÖ-T	0.30	0.029	0.42	0.002																												
DDGÖ-F	0.19	0.178	-0.004	0.975	0.41	0.002																										
DDGÖ-AÇI	0.35	0.013	0.46	0.001	0.74	<0.001	0.38	0.006																								
DDGÖ-K	0.20	0.154	0.41	0.003	0.62	<0.001	0.03	0.810	0.31	0.027																						
DDGÖ-S	0.26	0.061	0.30	0.029	0.72	<0.001	0.03	0.815	0.48	<0.001	0.56	<0.001																				
DDGÖ-D	0.19	0.187	0.27	0.057	0.80	<0.001	0.16	0.252	0.52	<0.001	0.40	0.004	0.59	<0.001																		
DDGÖ-A	0.16	0.264	0.25	0.073	0.68	<0.001	0.06	0.655	0.40	0.003	0.34	0.013	0.42	0.002	0.54	<0.001																
RBSÖ	0.19	0.180	0.01	0.918	0.13	0.339	-0.14	0.329	0.16	0.261	0.16	0.251	0.14	0.334	-0.05	0.698	0.23	0.103														
ÇÇTÖ-T	0.32	0.022	0.48	<0.001	0.39	0.004	0.34	0.014	0.28	0.044	0.31	0.027	0.23	0.095	0.18	0.201	0.12	0.382	0.01	0.909												
ÇÇTÖ-DST	0.12	0.390	0.25	0.077	0.35	0.011	0.34	0.014	0.27	0.057	0.13	0.361	0.05	0.731	0.32	0.022	0.30	0.029	-0.01	0.898	0.49	<0.001										
ÇÇTÖ-FST	0.11	0.422	0.35	0.011	0.19	0.168	0.18	0.212	0.13	0.350	0.14	0.329	-0.02	0.860	0.12	0.379	0.14	0.308	0.08	0.538	0.49	<0.001	0.47	<0.001								
ÇÇTÖ-CİS	0.004	0.978	-0.08	0.537	0.04	0.751	-0.15	0.288	0.01	0.912	0.03	0.794	0.15	0.270	0.02	0.841	0.14	0.317	0.06	0.673	-0.02	0.841	-0.06	0.664	-0.18	0.208						
ÇÇTÖ-DİH	0.44	0.001	0.46	0.001	0.36	0.010	0.42	0.002	0.33	0.017	0.21	0.127	0.22	0.124	0.11	0.445	0.11	0.446	-0.04	0.758	0.88	<0.001	0.36	0.010	0.36	0.009	-0.15	0.285				
ÇÇTÖ-FİH	0.17	0.225	0.38	0.006	0.15	0.298	0.22	0.121	0.12	0.375	0.16	0.243	0.09	0.506	0.005	0.973	-0.15	0.298	0.02	0.868	0.68	<0.001	0.04	0.759	0.32	0.022	-0.15	0.294	0.51	<0.001		
ÇÇTÖ-MİN	-0.14	0.312	-0.16	0.241	-0.09	0.512	-0.07	0.607	-0.15	0.277	-0.17	0.226	-0.03	0.828	-0.10	0.474	-0.20	0.162	-0.11	0.410	-0.10	0.488	-0.39	0.004	-0.26	0.061	-0.02	0.857	-0.19	0.174	0.17	0.226

4.7. Katılımcılara Uygulanan Ölçeklerin Cronbach Alpha Değerleri

Tablo 12: Çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin cronbach alpha değerleri

BDÖ	0.935
BAÖ	0.945
RBSÖ	0.807
YBOCS-Toplam	0.916
YBOCS (OBSESYON)	0.837
YBOCS (KOMPÜLSİYON)	0.877
ÇÇTÖ-TOPLAM	0.878
ÇÇTÖ-DUYGUSAL İSTİSMAR	0.844
ÇÇTÖ-FİZİKSEL İSTİSMAR	0.812
ÇÇTÖ-CİNSEL İSTİSMAR	0.585
ÇÇTÖ-FİZİKSEL İHMAL	0.593
ÇÇTÖ-DUYGUSAL İHMAL	0.813
DDGÖ-TOPLAM	0.943
DDGÖ-FARKINDALIK	0.758
DDGÖ-AÇIKLIK	0.775
DDGÖ-KABUL ETMEME	0.909
DDGÖ-STRATEJİLER	0.913
DDGÖ-DÜRTÜ	0.875
DDGÖ-AMAÇLAR	0.855

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza 50 OKB tanılı birey ve 50 sağlıklı kontrol olmak üzere 100 kişi alınmıştır. Katılımcıların 67'si kadın, 33'ü erkek cinsiyette bireylerdi. OKB tanılı grup ve kontrol grubu kıyaslandığında cinsiyet bakımından istatistiksel anlamlı fark saptanmamış ($p=0.523$) olup OKB tanılı grupta cinsiyet dağılımı 35 kadın (%70), 15 erkek (%30) şeklinde kadın-erkek oranı 2.33 şeklindeydi. Literatürde OKB tanılı hastalarda Demet ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadın/erkek oranı 3, Lensi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada bu oran 1.34, Eğrilmez ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise 2.6 şeklinde bulunmuştur (115–117).

Bu durumun altında yatan neden incelendiğinde kadınların yaşadıkları psikolojik problemler için erkeklere göre daha sık psikiyatrik destek arama davranışı sergilemeleri gösterilebilir.

OKB tanılı hastalar ile yapılmış çalışmalarda Demet ve arkadaşları katılımcıların yaş ortalamasını 33.19 ± 12.52 bulmuşlardır. Tezcan ve arkadaşlarının Türk hastalar ve Fransız hastalarla yürüttükleri çalışmada hastaların yaş ortalamalarını Türkler için 35.3 ± 10.5 , Fransız için 37.9 ± 12.1 şeklinde bulmuş olup çalışmamızda bu oran OKB tanılı hastalarda 34.22 ± 11.81 şeklinde uyumlu bulunmuştur (116,118).

Çalışmamızda YBOCS ölçek puanları açısından kadın bireylerin puan ortalamaları erkeklere kıyasla istatistiksel bakımdan daha yüksek bulunmuş olup ($p=0.020$), yaş ve ölçek puanı açısından anlamlı bir korelasyon görülmemiştir ($p=0.524$).

OKB hastaları ile yapılan ve hastalık şiddetinin değerlendirildiği bir çalışmada çalışmamızla benzer şekilde hasta yaşı ile YBOCS skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken kadınlarda hastalık şiddetinin erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (119).

Çalışmamızda OKB grubunda eğitim düzeyi lise ve üzeri eğitim olan kişilerin oranı %74 bulunmuş olup eğitim durumu açısından kontrol grubu ile aralarında istatistiksel bakımdan fark bulunmamıştır ($p=0.518$). OKB grubunda çalışma durumu incelendiğinde işsiz birey oranı (%20) iken kontrol grubunda işsiz kişi yoktu. Gruplar incelendiğinde meslek dağılımı bakımından istatistiksel fark bulundu ($p<0.001$). Hasta grubunda çalışanların daha az oranda olması OKB'nin

her alanda işlevsellikte bozulmaya yol açması ile açıklanabilir. Çalışmamızla benzer şekilde Karno ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada eğitim düzeyi açısından anlamlı fark bulunmamış ancak çalışma durumları bakıldığında çalışmamızla benzer sonuçlar göstermişlerdir (120).

Çalışmamızda grupların medeni durumlarını incelediğimizde OKB grubunun %54'ünün, kontrol grubunun %46'sının evli olduğu görülmüştür. OKB'nin evli insanlarda daha sık görüldüğünü savunan çalışmalar olduğu gibi hastalığın evli olma ya da olmama üzerinde bir etkisinin olmadığını savunan çalışmalar da mevcuttur (121,122). Bizim çalışmamızda OKB grubunun daha yüksek evlilik oranı bulunmuş olmasına rağmen gruplar kıyaslandığında medeni halleri bakımından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.553$). Ayrıca obsesyonların ve kompulsiyonların türünün medeni durum üzerinde etki gösterebileceği düşünülmelidir.

OKB tanılı kişilerde sigara kullanımının dünyada yaygınlığının incelendiği bir çalışmada hastaların %30'unda sigara kullanımı saptanmıştır (123). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar (%38) ilgili araştırma ile uyumluydu.

Çalışmamızda OKB tanılı bireylerin semptom başlangıç yaş ortalamaları 21.92 ± 9.55 yıl (min-max=5-55 yaş) olarak bulunmuş olup, Demet ve arkadaşlarının ülkemizde yapmış olduğu çalışma sonucu 23.89 ± 11.3 yıl (min-max= 7-60 yaş) ile benzer sonuçlar elde edilmiştir (116).

Çalışmamızda OKB tanılı bireylerin semptom başlangıç yaş ortalamaları 21.92 ± 9.55 yıl iken hekime başvurarak OKB tanısı alma yaş ortalamaları 28.96 ± 11.20 yıl tespit edilmiş ve geçen süre, Demet ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada OKB tanılı bireylerde semptomların başlangıcı ile tedavi için başvurana kadar geçen süreye 6.25 ± 7.6 yıl (75 ± 91.2 ay) benzer görülmüştür (116).

Obsesif kompulsif bozuklukta diğer psikiyatrik hastalıklarda görülebilen semptomlar olabilmektedir. OKB'de depresif semptomlar sıktır. Hastaların 2/3'ünde majör depresyon tanı kriterlerini karşılayacak kadar depresif semptomlar olabilmektedir (124). OKB hastalarına en sık eşlik eden ek tanımlar, sıklıkla majör depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (125,126). Çalışmamızda OKB tanılı hastaların ek psikiyatrik hastalık oranları bakıldığında 1 kişi (%2) depresyon tanılı ve 2 kişi (%4) anksiyete bozukluğu tanısına sahipti. Çalışmamıza alınan hastaların ek psikiyatrik hastalıklarının olmamasına dikkat edilmiş olup izole OKB tanılı bireyler alınmaya çalışılmıştır. OKB tanılı bireylerin kontrol grubuyla BDÖ ve

BAÖ ölçekleri açısından karşılaştırdığımızda ölçek puanlarının ortalamalarının OKB grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı fark yaratacak kadar yüksek tespit edilmiştir ($p<0.001$).

Çalışmamızda BDÖ puan ortalaması OKB grubunda 19.66 ± 12.32 tespit edilmiş olup BDÖ kesme puanı olan 17 puanın üzerinde bir ortalama bulunmuştur (110). OKB hasta grubunda BDÖ ve YBOCS ölçek korelasyonları arasında çalışmamızda pozitif yönde korelasyon görülmüştür. OKB hasta grubunda BAÖ ve YBOCS ölçek korelasyonları arasında çalışmamızda pozitif yönde korelasyon görülmüştür. Literatürde depresif belirtilerin, hastaların büyük kısmında (%85) OKB'ye ikincil başladığı, komorbid depresyon tanısının kötü gidişat ile bağlantılı olduğu ve uzun vadede tedavi sonuçlarını olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (127,128).

Yapılan bir araştırmada temizlik kompulsiyonları en fazla görülen kompulsiyonlar olarak bildirilmiştir. Başka bir çalışmada kirlilik, bulaşma ve kuşku obsesyonları ile temizlik ve kontrol kompulsiyonlarının en fazla görülen obsesyon ve kompulsiyonlar olduğu bildirilmiştir (129,130). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak obsesyon ve kompulsiyon yüzdeleri açısından kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları en sık görülmekteyken 2. sırada şüphe obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları görülmüştür.

Çocukluk çağı korkuları ve bunalıtlarına karşı uyum tepkisi olarak erken çocukluk döneminden itibaren obsesif kompulsif kişilik özellikleri ve davranışlar görülebilmektedir. Mathews ve arkadaşları çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarının OKB gelişimiyle bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir, obsesif kompulsif belirtilerle çocukluk çağı duygusal travmalarının, fiziksel ya da cinsel travmalardan daha fazla ilişki içinde olduğunu, obsesif kompulsif belirtilerle en yüksek düzeyde bağlantılı olanın duygusal kötüye kullanım yaşantıları olduğunu çalışmalarında belirtmişlerdir (6). Çalışmamızda ÇÇTÖ puan ortalaması açısından OKB ve kontrol grubu kıyaslandığında, OKB tanılı bireylerde ÇÇTÖ-Toplam puan ortalaması 38.80 ± 12.35 iken, kontrol grubunda 33.16 ± 7.39 görüldü, gruplar arasında ÇÇTÖ-Toplam puan ortalaması açısından anlamlı fark saptandı ($p=0.021$). Gruplar arasında ÇÇTÖ alt boyutları olan duygusal istismar ($p=0.008$), duygusal ihmal ($p=0.021$) ve cinsel istismar ($p=0.016$) açısından da OKB tanılı grupta kontrol grubuna kıyasla fark yaratacak seviyede daha yüksek puan ortalamaları görüldü.

Lochner ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada OKB tanısı alan kadınların ÇÇTÖ ölçek puanlarına bakıldığında duygusal ihmal alt boyutunun daha yüksek bulunmuştur (131).

Çalışmamızda OKB grubunun YBOCS ölçek puanları ve ÇÇTÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında korelasyon incelendiğinde ÇÇTÖ-Toplam puanı, ÇÇTÖ-Fiziksel istismar, ÇÇTÖ-Duygusal ihmal puanları arasında anlamlı korelasyon bulunmuş olup ÇÇTÖ-Duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve minimizasyon değerleri açısından YBOCS puanları arasında anlamlı korelasyon görülmemiştir.

Klinik olmayan örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada, obsesif kompulsif belirtilerin yoğunluğu ile duygusal ve fiziksel kötüye kullanım arasında anlamlı ilişki olduğu, duygusal kötüye kullanım ile OKB gelişimi arasında bağlantı bulunduğu, duygusal ihmal ve cinsel kötüye kullanımın, obsesif kompulsif kişilik özelliklerinden olan kararsızlık ve emin olamama ile bağlantılı olduğunu bildirmiştir (6).

Çalışmamızda OKB tanılı grubun puan ortalamaları ile kontrol grubunun puan ortalamaları DDGÖ toplam puan ve alt boyutları açısından kıyaslandığında DDGÖ-Toplam ($p<0.001$), DDGÖ-Açıklık ($p<0.001$), DDGÖ-Kabul etmeme ($p<0.001$), DDGÖ-Stratejiler ($p<0.001$), DDGÖ-Amaçlar ($p<0.001$) ve DDGÖ-Dürtü alt boyutları (0.002) OKB grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak düzeyde yüksek bulundu.

Çalışmamızda OKB hastalarının YBOCS puanları ile DDGÖ toplam ve alt boyutları arasında korelasyonlarını incelediğimizde anlamlı fark yaratan korelasyonlar DDGÖ-Toplam puan, DDGÖ-Açıklık puan, DDGÖ-Kabul etmeme, DDGÖ-Stratejiler, DDGÖ-Dürtü, DDGÖ-Amaçlar alt boyutları arasında korelasyon görülmüştür.

Çalışmamızla uyumlu şekilde duygu düzenleme güçlüğü ölçek puanlarının, OKB semptom düzeyi ve şiddeti ile pozitif yönde ilişkili olduğunu ortaya koyan araştırmalar mevcuttur (132,133).

Çalışmamızda DDGÖ-T ve ÇÇTÖ-T puanları arasında korelasyon incelendiğinde OKB grubunda pozitif yönde orta derecede anlamlı ($r= 0.50$, $p<0.001$), kontrol grubunda ise pozitif yönde düşük derecede anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r= 0.39$, $p=0.004$).

Çalışmamızla uyumlu şekilde literatürdeki çalışmalar taciz veya ihmalle büyüyen çocukların, taciz ve ihmalden uzak büyüyen çocuklara kıyasla duygu düzenlemede daha fazla zorluk yaşadıklarını destekler şekildedir (7).

Obsesif kompulsif bozukluğun gelişmesinde ve süregelenleşmesinde uygunsuz duygu düzenleme yöntemlerinin kullanımının ve duygu düzenleme güçlüğünün etkili olduğu ileri sürülmüştür (134).

Çalışmalarda obsesyon ve kompulsiyonların bireyin deneyimlediği rahatsızlık yaratan duyguyu düzenleyememesi ile bağlantısının olabileceğini destekleyen bulgular gösterilmiştir. Birey olumsuz duygudan ve eşlik eden ikincil duygulardan kurtulmak istediğinde OKB’de görülen kontrol etme arzusu ve belirsizliğe tahammülsüzlük ortaya çıkıyor olabilir (135–137).

OKB tanılı bireylerle sağlıklı kontrolleri karşılaştığımız çalışmamızda gruplar arasında RBSÖ puan ortalamaları açısından anlamlı fark görüldü. OKB grubunda RBSÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olup yüksek puanlar düşük benlik saygısını ifade etmektedir. OKB tanılı bireylerin YBOCS ölçek puanları ile RBSÖ puanları arasında korelasyon bakıldığında aralarında pozitif yönde düşük derecede ($r=0.49$, $p<0.001$) anlamlı ilişki görüldü.

Husain ve arkadaşları Pakistan’da düşük gelirli nüfusta yaptıkları çalışmada OKB ile kontrol grubunu benlik saygısı bakımından karşılaştırmış ve OKB’li grupta belirgin ve anlamlı şekilde benlik saygısının düşük olduğunu göstermişlerdir (138).

Yapılan başka bir araştırmada düşük benlik saygısının daha yüksek obsesif kompulsif eğilimle bağlantılı olduğu bulunmuştur (91).

Benlik saygısında düşüklük olmasının OKB için belirti mi yoksa riski arttıran bir etken mi olduğu halen net olmamakla birlikte, terapilerde benlik saygısını artırma çalışmalarının süreci ve tedaviden sağlanacak faydayı arttıracığı düşünülmektedir.

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamız değerlendirildiğinde bazı sınırlılıklar dikkate alınmalıdır. Çalışmamız için katılımcı sayısında azlık bir sınırlılıktır.

Çalışmamız kesitsel olması sebebiyle neden sonuç ilişkilerini göstermemektedir. Çalışmamızın psikiyatri kliniğimize başvuran hastalarla yapılması sebebiyle hasta grubu tedavi uyumu daha iyi, okuma yazma bilen bireyleri içermektedir. Bulduğumuz sonuçların genel OKB tanılı bireyleri temsil ettiğini söyleyemeyiz. Çalışmamızda kullandığımız ölçekler çoğunlukla öz bildirim ölçeği olması sebebiyle subjektif nitelik göstermektedirler. Özellikle çocukluk çağı travmaları ölçeğinde hassas içerikli sorular bulunması ve mahremiyetle ilgili kaygılar yanlış negatif istismar sonuçlarına ulaşmamıza sebebiyet vermiş olabilir.

7. SONUÇ

OKB tanılı bireylerin sağlıklı kontrollere göre çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlükleri ve benlik saygıları ölçek puanları açısından anlamlı düzeyde farklar bulundu. Çocukluk çağı travmalarının OKB tanısı ile bağlantılı olabileceği düşünüldü. Çocukluk çağı travma öyküsünün duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi gösterilmiş olup, duygu düzenlemede güçlükler yaşamamanın OKB kliniğini etkilediği ve OKB tanılı bireylerin daha fazla duygu düzenleme güçlüğü çektiği gösterildi. OKB tanılı bireylerin benlik saygısında düşüklük olabilmekteyken, düşük benlik saygısının obsesif kompulsif semptomlar üzerinde etkisi olabileceği düşünüldü. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının benlik saygısında düşüklükle ilişkisi gösterildi. OKB tanılı olgularda tedavi planı yapılırken uygun olduğu düşünülen hastaların travmalara, duygu düzenleme ve benlik saygısına yönelik müdahaleler açısından değerlendirilmesinde yarar vardır.

8. KAYNAKLAR

1. Şahin , A. R. , Böke, Ö. (2007). Obsesif Kompulsif Bozukluk, E. Köroğlu, C. Güleç, 493-504, Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara: HYB Basım Yayın.
2. Abramowitz, J. S. , Taylor, S. , McKay, D. (2009). “Obsessive-compulsive disorder”, The Lancet , 374(9688), 491–499.
3. Carr, C. P. , Martins, C.M. , Stingel, A. M. , Lemgruber, V. B. , Jurueña, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. J Nerv Ment Dis 201, 1007-20.
4. Güler, N. , Uzun, S. , Boztaş, Z. , Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/işmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 24, 128-34.
5. Barrigón, M.L. , Diaz, F.J. , Gurpegui, M. , Ferrin, M. , Salcedo, M.D. , Moreno-Granados, J. , Cervilla, J. A. (2015). Childhood trauma as a risk factor for psychosis: A sib-pair study. J Psychiatr Res. 70, 130–6.
6. Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. Depress Anxiety. 2008 Sep 1;25(9):742–51.
7. Shipman, K.L. , Schneider, R. , Fitzgerald, M.M. , Sims, C. , Swisher, L. , Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children’s emotion regulation. Social Development 16:268-85.
8. Wolfe, D.A. , Scott, K. , Wekerle, C. , Pittman, A. (2001). Child maltreatment: risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40:282-9.
9. Gratz, K.L. , Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. In: Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. Kluwe. 41–54.
10. Rosenberg, M. (1979). Conceiving the self. New York, NY: Basic Books.
11. Onat, G., Dinç, H., Günaydın, S. & Uğurlu, F. (2016). Çocukluk döneminde yaşanan işmal veya istismarın benlik saygısına etkisinin incelenmesi. 3(1), 9-15. DOI:10.17681/hsp.61140 HSP.

12. Ehntholt, K. A., Salkovskis, P. M., & Rimes, K. (1999). Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders and self-esteem: An exploratory study. *Behavior, Research and Therapy*, 37(8), 771-781.
13. American Psychiatric Association (APA) (2013) DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington, DC.American Psychiatric Pub.
14. Tkel, R. , Demet, M.M. (2017). Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
15. Steketee, G.S. (1993). Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. New York, Guilford Press. 224.
16. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Drdnc baskı DSM-IV, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, eviren Kroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, (1995).
17. ztrk, M.O., Uluşahin, A. (2018). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 15.baskı,Ankara.
18. Association AP. Diagnostic and statistical manual mental disorders American Psychiatric Pub.; 1952.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington, DC; American Psychiatric Association, 1980.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth Edition. Washington, DC; American Psychiatric Assosiation, 1994.
21. Merikangas KR. Epidemiology of anxiety disorders. In: Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., Kaplan, H. I. (Eds), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 2009;1844–56.
22. World Health Organization The "Newly Defined" Burden of Mental Problems. Geneva, WHO. 1999;
23. Lee, J.K. (1994). A nationwide epidemiological study of mental disorders in Korea (XIII)-obsessive-compulsive disorder. *J Korean Neuropsychiatr Assoc.* 33:5–17.
24. Kılı, C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

25. Swedo, S.E., Rapoport, J.L., Leonard, H., Lenane, M., Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry*. 46:335-41.
26. Torres, A.R. , Lima, M.C.P. (2005). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. *Rev Bras Psiquiatr*. 27:237-42.
27. Alsobrook JP 2nd, Leckman JF, Goodman WK, Rasmussen SA, Pauls DL. Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom based factor scores. *Am J Med Genet A* 1999, 88:669-75.
28. Nestad G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu III J, Liang KY, Labuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R . (2000). A Family Study of Obsessive-compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 257:358–63.
29. Kim SJ, Kim CH. The genetic studies of obsessive-compulsive disorder and its future directions. *Yonsei Med J*. 2006;47(4):443–54.
30. Frisch A, Michaelovsky E, Rockah R, Amir I, Hermesh H, Laor N, Fuchs C, Zohar J, Lerer B, Buniak SF, Landa S, Poyurovsky M, Shapira B, Weizman R. (2000). Association between obsessive-compulsive disorder and polymorphisms of genes encoding components of the serotonergic and dopaminergic pathways. *Eur Neuropsychopharmacol*. May 1;10(3):205–9.
31. Mundo E, Richter MA, Zai G, Sam F, McBride J, Macciardi F, Kennedy JL. (2002) 5HT1D β Receptor gene implicated in the pathogenesis of Obsessive-Compulsive Disorder: further evidence from a family-based association study. *Mol Psychiatry* Aug 23;7(7):805–9.
32. Renynghe de Voxrie GV. Anafranil in obsessive neurosis. *Arch Neurol Belg*. 1968;(68):787–92.
33. Capstick N. Chlorimipramine in Obsessional States: A Pilot Study. *Psychosomatics*. 1971 Sep 1;12(5):332–5.
34. Leonard HL, Swedo SE, Rapoport JL, Koby EV, Lenane MC, Cheslow DL et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents: a double-blind crossover comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(12):1088–92.
35. Stein DJ. The Neurobiology of Obsessive-Compulsive Disorder. *The Neuroscientist*. 1996;2(5):300-305. doi:10.1177/107385849600200516.

36. Goodman WK, McDougle CJ, Price LH, Riddle MA, Pauls DL, Leckman JF. Beyond the serotonin hypothesis: a role for dopamine in some forms of obsessive compulsive disorder? *J Clin Psychiatry*. 1990;51 Suppl(8 SUPPL.):36–43.
37. Baker RW, Chengappa KN, Baird JW, Steingard S, Christ MA, Schooler NR. Emergence of obsessive compulsive symptoms during treatment with clozapine. *J Clin Psychiatry*. 1992 ;53:439-42.
38. Pittenger C, Bloch MH, Williams K. Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: Neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacol Ther*. 2011 Dec 1;132(3):314–32.
39. Wu K, Hanna GL, Rosenberg DR, Arnold PD. The Role of Glutamate Signalling in the Pathogenesis and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Pharmacol Biochem Behav*. 2012;100(4):726.
40. Sigrà S, Hesselmark E, Bejerot S. Treatment of PANDAS and PANS: a systematic review. 2018;
41. Freud S. La nervosité commune. In: *OEuvres Complètes - Psychanalyse - Vol. XIV 1915-1917- Leçons D'introduction À La Psychanalyse.*; 1917:391-405. .
42. Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. W W Norton & Co. .
43. Freud S. *Inhibitions, Semptoms and Anxiety*. (1926). Standard Edition. Vol. Volume XX. London: Hogarth Press; 1986.
44. Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*, 16(4), 233-248.
45. Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions—a replication. *Behaviour research and therapy*, 22(5), 549-552.
46. Cefalu P. The doubting disease: Religious scrupulosity and obsessive-compulsive disorder in historical context. *Journal of Medical Humanities*. 2010;31(2):111-25.
47. Salkovskis, P. M., Forrester, E., & Richards, C. (1998). Cognitive-behavioural approach to understanding obsessional thinking. *The British Journal of Psychiatry*. Supplement, 35, 53-63.

48. Rachman S, Shafran R. Cognitive distortions: Thought–action fusion. *Clinical Psychology Psychotherapy: An International Journal of Theory Practice*. 1999;6(2):80- 5.
49. Okasha A, Saad A, Khalil AH, el Dawla AS, Yehia N. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. *Compr Psychiatry*. 1994;35(3):191-7.
50. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. Mart 1986;143(3):317-22.
51. Boland RJ, Verduin ML, Ruiz P, Shah A, Sadock BJ, editörler. Kaplan & Sadock’s synopsis of psychiatry. Twelfth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
52. Bayar R, Yavuz M. Obsesif Kompulsif Bozukluk. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi, İstanbul, 2008;185-192.
53. Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L, Nordsletten AE, Lenhard F, Isomura K, Simpson HB. Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry Off J*.
54. Heyman I, Mataix-Cols D, Fineberg NA. Obsessive-compulsive disorder. *BMJ*. 26 Ağustos 2006;333(7565):424-9.
55. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JRT, vd. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. Kası.
56. Zohar J, Zohar-Kadouch RC, Kindler S. Current concepts in the pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Drugs*. Şubat 1992;43(2):210-8.
57. Karşlıoğlu EH, Yüksel N. Obsesif kompulsif bozukluğun tedavisinde paroksetin. *Klinik Psikiyatri* 2007;10(3):14-19.
58. Mundo E, Bianchi L, Bellodi L. Efficacy of fluvoxamine, paroxetine, and citalopram in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a single-blind study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1997;17:257–271.

59. Geller DA, Biederman J, Stewart SE, Mullin B, Martin A, Spencer T, Faraone SV. Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2003;160(11):1919-1928.
60. Bayraktar E. Obsesif -kompulsif bozukluk. *Psikiyatri Dünyası* 1997; 1:25-32.
61. Salkovskis, P.M. (2007). Psychological Treatment of Obsessive–Compulsive Disorder. *Psychiatry*, 6(6), 229-233.
62. Sharp, M. Understanding obsessive-compulsive disorder. *Nursing Made Incredibly Easy* 2013; 11(5), 44–52.
63. Şahin F. Fiziksel İstismar. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008,462-469.
64. Özdemir, O., Polat, F. H., Beşiroğlu, L., Selvi, Y., Özdemir, P., Atlı, A., & Akbayram, S. (2011). Traumatic experiences, dissociation and attitudes toward delinquency in the juvenile male delinquents. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 12(1), 68-75.
65. World Health Organization. (2016). Child Maltreatment. World Health Organization. <https://www.who.int/En/News-Room/Fact-Sheets/Detail/Child-Maltreatment>.
66. Turhan, E., Sangün, Ö., İnandı, T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Sürekli Tıp Sağlığı Dergisi*, 15(9), 153-157.
67. Terr LC. Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *Am J Psychiatry* 1983;140:1543-1550.
68. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse: a role for pediatricians. *Pediatr Rev [Internet]*. 2002 [cited 2023 Nov 8];23(6):191–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12042593/>
69. Tercier A. Child abuse. In: Maer JA (ed). *Emergency Medicine* (4th ed). St. Louis: Mosby,. 1998;1108–18.
70. Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 203;46:295-8.
71. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Güneysu S. 4-12 yaşları arasında 16100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi* 1986;1:7-14.

72. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The Battered-Child Syndrome. JAMA [Internet]. 1962 Jul 7 [cited 2023 Nov 8];181(1):17–24. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/327895>
73. Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience. Pediatrics [Internet]. 2002 [cited 2023 Nov 8];110(1 Pt 1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12093992/>
74. Jain AM. Emergency Department Evaluation Of Child Abuse. Emerg Med Clin North Am. 1999 Aug 1;17(3):575–93.
75. Türksoy, N. (2003). Psikolojik travma ve tanım sorunları. Psikolojik travma ve sonuçları, 1. Baskı, T Aker, ME Önder (Eds), İstanbul: 5US Yayınları.
76. Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. Social Cognition, 7(2), 113-136.
77. 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(11), 1055- 107.
78. Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S.A., & Colburn, T.A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological maltreatment. Child Abuse & Neglect, 31(11), 1143-1153.
79. Çelikel, H., Besiroglu, L. (2008). Childhood trauma experience, dissociation and obsessive compulsive symptoms in non-clinical samples. Anatol. J. Psychiatry, 9, 75–83.
80. Gerring, R. J. ve Zimbardo, P.G. (2012). Psikoloji ve yaşam (G. Sert, Çev.). Ankara: Nobel.
81. Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1965.
82. Guindon, M. H. (2009). Self-esteem across the lifespan: Issues and interventions. Routledge.
83. Byrne, J. S. ve O'brien, E. J. (2014). Interpersonel views of narcissism and authentic high self-esteem: It is not all about you. Psychological Reports: Relationships and Communications, 115(1), 243-260.

84. Fennell, M. J. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25(1), 1-26.
85. Watson, David C. (1998) "The Relationship of Self-Esteem, Locus of Control, and Dimensional Models to Personality Disorders" *Journal of Social Behavior and Personality*, Vol 13, No.3, 399-420.
86. Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164.
87. Kulaksızoğlu, A. (2011). *Ergenlik psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
88. Jumper, S. A. (1995). A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse ve Neglect*, 19(6), 715-728.
89. Fennell, M. J. V. (2009). *Overcoming low self-esteem, self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London. Robinson Publishing.
90. Morton, L. Roach, L., Reid, H. & Steward, S. H. (2012). An evaluation of CBT group for women with self-esteem. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 40, 221- 225.
91. Biby, E. L. (1998). The relationship between body dysmorphic disorder and depression, selfesteem, somatization, and obsessive–compulsive disorder. *Journal of clinical psychology*, 54(4), 489-499.
92. Zhu, J., Wang, X., Liu, Z., Liu, T., Wei, G., & Chen, X. (2016). The Relationship between SelfConcept and Mental Health among Chinese College Students: The Mediating Effect of Social Adjusting. *Open Journal of Social Sciences*, 4(12), 118-125.
93. Huntsinger, E. T., & Luecken, L. J. (2004). Attachment relationships and health behavior: The mediational role of self-esteem. *Psychology & Health*, 19(4), 515-526.
94. Fava, G. A., Savron, G., Rafanelli, C., Grandi, S., & Canestrari, R. (1996). Prodromal symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 29(2), 131-134.
95. Ellsworth PC. William James and Emotion: Is a Century of Fame Worth a Century of Misunderstanding? *Psychol Rev.* 1994;101(2):449–50.
96. Thompson R A. Emotional regulation and emotional development. *Educ Psychol Rev.* 1991;3(4):269–307.

97. Öztürk, M.O., ve Uluşahin, N.A. (2015). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi, 261-333.
98. Thompson, R. A. (2019), Emotion dysregulation: a theme in search of definition, *Development and Psychopathology*. 31(3), 805-815.
99. Beauchaine TP. Future Directions in Emotion Dysregulation and Youth Psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2015 Sep 3;44(5):875–96.
100. Bilim, G. (2012). Çocukluk çağı örselenme yaşantıları: Duygu düzenleme, kişilerarası tarz ve genel psikolojik sağlık açısından bir inceleme. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
101. Salkovskis, P. M. & Millar, J. F. (2016). Still cognitive after all these years? perspectives for a cognitive behavioural theory of obsessions and where we are 30 years later, *Aust Psychol*, 51(1),3-13. <https://doi.org/10.1111/ap.12186>.
102. Yap K, Mogan C, Moriarty A, Dowling N, Blair-West S, Gelgec C, Moulding R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychology*. 74(4):695-709.
103. Ferreira S, Couto B, Sousa M, Vieira R, Sousa N, Picó-Pérez M, Moulding R. (2021). Stress Influences The Effect Of Obsessive-Compulsive Symptoms On Emotion Regulation. *Frontiers In Psychiatry*, 11, 594541.
104. Yazıcı, K. U., Yazıcı, I. P. (2019). Decreased theory of mind skills, increased emotion dysregulation and insight levels in adolescents diagnosed with obsessive compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(7), 462-469.
105. Elbir M, Alp Topbas O, Bayad S, Kocabas T, Topak OZ, Cetin S, Ozdel O, Atesci F, Aydemir O. Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2019;30(1).
106. Çuhadaroğlu, F. Adölesanlarda benlik saygısı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD yayımlanmamış uzmanlık tezi.1986.

107. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The YaleBrown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):1006–11.
108. Karamustafalıoğlu KO, Üçılık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik-güvenilirlik Çalışması. 29.Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, 1993: 86.
109. Beck AT, Ward CH, Mendelson N M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961 Jun;4:561–71.
110. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma (A study on the validity of Beck Depression Inventory.). Psikol Dergisi. 1988;6:11822.
111. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988 Dec;56(6):893–7.
112. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. J Cogn Psychother. 1998;12(2):163.
113. Şar, V., Öztürk, P. E., & İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 32(4), 1054–1063. <https://doi.org/10.5336/medsci.2011-26947>.
114. Ruganci RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish Version of the difficulties in emotion regulation scale. J Clin Psychol. 2010 Apr;66(4):442–55.
115. Eğrilmez A, Gülseren L, Aydemir Ö, Kültür S. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenolojik özellikler. 3P Dergisi 1995; 3:9-14.
116. Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın EO, Şimşek E, YurtSever F. Obsesif-kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. Anadolu Psikiyatri Derg. 2005;6(3):133–44.
117. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder familial developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. Br J Psychiatry 1996; 169:101-107.

118. Tezcan AE, Millet B, Kulolu M. Türkiye ve Fransa’da obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik ve görüngüsel özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1998; 1:35-41.
119. Storch EA, De Nadai AS, Conceição Do Rosário M, Shavitt RG, Torres AR, Ferrão YA, Miguel EC, Lewin AB, L Fontenelle LF. (2015). Defining clinical severity in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2Nov 1;63:30–5.
120. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1094–9.
121. Lapsekili, N., Uzun, Ö., Ak, M. (2010). Obsesif kompulsif bozukluk olgularında heyecan arama davranışı. *Klinik Psikiyatri*, 13, 170–176.
122. Tükel R, Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Güneş Tıp Kitapevleri, 2018; 379-404. İçinde.
123. Akbari M, Seydavi M, Chasson GS, Leventhal AM, Lockwood MI. Global prevalence of smoking among individuals with obsessive-compulsive disorder and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 2022;6:1–15.
124. Demal U, Lenz G, Mayrhofer A, Zapotoczky HG, Zitterl W. Obsessive compulsive disorder and depression. *Psychopathology* 1993;26:145-150.
125. Denys D, Tenney N, van Megen HJGM, de Geus F, Westenberg HGM. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2004 Jun;80(2–3):155–62.
126. Bienvenu O.J., Samuels J.F., Wuyek L. A., Liang, K-Y., Wang, Y. , Grados, M.A. , Cullen, B.A., Riddle, M.A., Greenberg, B.D., Rasmussen, S.A., Fyer, A.J., Pinto, A., Rauch, S.L., Pauls, D.L., McCracken, J.T., Piacentini, J., Murphy, D.L., Knowles, J.A., Nestadt, G. (2012). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychol Med*. Jan;42(1):1–13.
127. Marcks, B. A., Weisberg, R. B., Dyck, I., & Keller, M. B. (2011). Longitudinal course of obsessive-compulsive disorder in patients with anxiety disorders: a 15-year prospective follow-up study. *Comprehensive psychiatry*, 52(6), 670-677.

128. Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M. O., Demonfaucon, F., Barrot, I., Bourdel, M. C., Olie, J. P., Loo, H., & Hantouche, E. G. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset.
129. Khanna S, Channabasavanna SM. Phenomenology of obsessions in obsessive compulsive neurosis. *Psychopathology* 1988;21:12-18.
130. Yiğittürk D, Emul HM, Sezer Ö, Kaya M, Kaya B, Ünal S. İnönü Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak tedavi gören OKB olgularında klinik özellikler ve bazı sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi: Geriye dönük değerlendirme. 38. Ulusal Psikiyatri Kongre. 2002;185-8.
131. Lochner C, du Toit PL, Zungu-Dirwayi N ve ark. (2002) Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depress Anxiety* 15:66-8.
132. Fergus TA, Bardeen JR. Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014;3(3):243-8.
133. Stern MR, Nota JA, Heimberg RG, Holaway RM, Coles ME. An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of ObsessiveCompulsive and Related Disorders*. 2014;3(2):109-14.
134. Vatan S. Duyguların, duygu düzenlemenin, obsesif inançların, düşünce kontrolünün ve bağlanmanın, obsesif kompulsif bozukluktaki farklı belirtilerdeki rollerinin incelenmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2014.
135. Moulding, R., Kyrios, M. & Doron, G. (2007). Obsessive-compulsive behaviours in specific situations: The relative influence of appraisals of control, responsibility and threat. *Behaviour research and therapy*, 45(7), 1693-1702.
136. Allen, L. B., & Barlow, D. H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 33(6), 743-762.
137. Calkins, A. W., Berman, N. C. ve Wilhelm, S. (2013). Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: a review. *Current psychiatry reports*, 15, 1-7.
138. Husain N, Chaudhry I, Ahmed GR. Self-esteem and obsessive compulsive disorder. *J Pak Med Assoc*. 2014;64(1):64-8.

9. EKLER

EK 1: Sosyodemografik Veri Formu

Sosyo-Demografik Veri Formu

Ad-soyadı:

Tarih:

Telefon:

Adres:

Doğum tarihi:

Cinsiyet: 1) kadın

2) erkek

Eğitim durumu:

1) okur yazar

2) ilkokul mezunu (5 yıl)

3) ortaokul mezunu (8 yıl)

4) lise mezunu (12 yıl)

5) yüksekokul –üniversite mezunu

Meslek:

1)gelir karşılığı çalışıyor (işçi-memur)

2)öğrenci

3)emekli

4)malul (çalışamıyor)

5)ev hanımı

6)işsiz

Medeni durumu:

1)Bekar

2)Evli

3)Partneri ile yaşıyor

4)Boşanmış

5)Dul

Birlikte yaşadığı kişiler:

1)Ebeveynleri ile

2)Eşi ve çocukları ile

3)Yalnız

4)Geniş aile

5)Tanıdıkları ile

Aile tipi: 1) çekirdek

2) geniş

Çocuk sayısı:

Kardeş sayısı:

Yaşadığı yer:

1) Köy

2) İlçe

3) İl

Ailede psikiyatrik hastalık veya intihar girişim öyküsü (varsa belirtin, kimler, kaç kişi, yakınlık derecesi, hangi hastalıklar):

1) anne

2) baba

3) kardeşler

4) 2.derece akrabalar

Sigara kullanımı: 1) yok 2) var haftada..... günde.....paket

Alkol kullanımı: 1)yok 2) var haftada..... günde..... birim

Madde kullanımı: 1)yok 2) var ayda.....haftada..... günde.....

Sürekli tedavi gerektiren bedensel hastalık tanınız var mı?

1) Evet (tanı:.....)

2) Hayır

Sürekli kullanmak zorunda olduğunuz psikiyatri dışı ilacınız var mı?

1) Evet (ilaçlar:.....)

2) Hayır

Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1) gelir giderden az

2) gelir gidere eşit

3) gelir giderden fazla

0-6 yaş arasında sizi kim büyüttü?

1) Anne-baba

2) Akrabalar

3) Kurum

Obsesif kompulsif bozukluk tanınız var ise:

-Şikayetlerinizin başlangıç yaşı:

-Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısını aldığında kaç yaşındaydınız:

-En son kullandığı düzenli tedavinin süresi:

Hastalık belirtilerinizi işaretleyiniz... (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar
- 2) Cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar
- 3) Dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar
- 4) Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları
- 5) Simetri – düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları
- 6) Şüphe ve kontrol kompulsiyonları
- 7) Biriktirmecilik (lüzumsuz eşyaları toplama, biriktirme)
- 8) Saç yolma
- 9) Tırnak yeme-cilt yolma
- 10) Bedensel takıntılar (vücudunun bir parçasını beğenmeme, sürekli bununla uğraşma)
- 11) Diğer (.....)

OKB öncesi ortaya çıkarıcı yaşam olayı var mı?

- 1) Evet.....
- 2) Hayır

Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?

- 1) evet
- 2) hayır

Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi

- 1) var (yatış sayısı:)
- 2) yok

Halen kullanmakta olduğunuz ilaçlar ve dozları:

İlaç ismi	Doz	Günde kaç kez	Kullanım süresi
1- Örnek ilaç	20 mg	2 kez	1 yıl
2-			

Daha Önce Kullanılmış Olan İlaç Tedavilerinin İsimleri:

DSM-V EKSEN 1 TANILARI İÇİN YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK GÖRÜŞME (SCID-5) TANILARI:

EK 2: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

YALE-BROWN OBSESYON KOMPÜLSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEİ	(0-4)	
6. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	
7. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
8. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
9. KOMPÜLSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
10. KOMPÜLSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEİ	(0-4)	
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPÜLSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	
12. KAÇINMA	(0-4)	
13. KARARSIZLIĞIN DERECEİ	(0-4)	
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	
TOPLAM PUAN		

EK 3: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevapı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişte baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancılar, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapıpı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK 4: Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.,

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK 5: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Sizin İçin Uygun Olanı Seçiniz

1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

- a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

- a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

3) Genelde kendimi başarsız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

- a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

- a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

- a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

- a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

7) Genel olarak kendimden memnunum.

- a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

8) Kendime karşı daha fazla sayđı duyabilmeyi isterdim.

- a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.

- a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.

- a) ok doğru b) Doğru c) Yanlış d) ok yanlış

EK 6: Duygu Düzenleme G  l kl ri  l   

Aşağıdaki c mlerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli  l  ek üzerinden değerlendiriniz. Her bir cümlenin altındaki 5 noktalı  l  ekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	1	2	3	4	5
	Bazen (%11- %35)			�o�u zaman (%66- %90)	
	Hemen hemen hiç (%0- %10)		Yaklaşık yarı yarıya (%36- %65)	Hemen hemen her zaman (%91- %100)	
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	1	2	3	4	5
2. Ne hissetti�imi dikkate alırım.	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
6. Ne hissetti�ime dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Ne hissetti�imi tam olarak bilirim.	1	2	3	4	5
8. Ne hissetti�imi �nemserim.	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa ya�arım.	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissetti�imde böyle hissettiğim için kendime kızarım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissetti�imde i�lerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissetti�imde kontrolden �ıkarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissetti�imde uzun süre böyle kalaca�ıma inanırım.	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonu�lanaca�ına inanırım.	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissetti�imde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5

19.	Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.	1	2	3	4	5
20.	Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.	1	2	3	4	5
21.	Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
22.	Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23.	Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
24.	Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.	1	2	3	4	5
25.	Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5
26.	Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
27.	Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28.	Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
29.	Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
30.	Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
31.	Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
32.	Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
33.	Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
34.	Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
35.	Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem zaman alır.	1	2	3	4	5
36.	Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

EK 7: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar, 1996, 2012)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

- | | | | | | |
|--|------------------|------------|---------------|---------------|------------|
| 1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 3. Ailemdelikiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 6. Yırtık, söküklük ya da kirliliği içersinde dolaşmak zorunda kalırdım. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 7. Sevidiğimi hissediyordum. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıynıklar oluyordu. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 13. Ailemdelikiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |
| 14. Ailemdelikiler bana kınacı ya da saldırganca sözler söylerlerdi. | 1. Hiç Bir Zaman | 2. Nadiren | 3. Kimi Zaman | 4. Sık Olarak | 5. Çok Sık |

15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

EK 8: Etik Kurul İzni

	T.C. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı
TOPLANTI TARİHİ	: 31/05/2023
TOPLANTI NO	: 2023/11
KARARLAR :	
3- 05/05/2021 tarih ve 2021/09 sayılı toplantıda uygun bulunan Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Vildan ÇAKIR KARDEŞ'in sorumluluğunda yürütülen "Çocukluk Çağı Travması Öyküsü Olan ve Olmayan Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastaların Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Benlik Saygısı Açısından Karşılaştırılması" konulu çalışma başlığının "Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastaların ve Sağlıklı Kontrollerin Çocukluk Çağı Travması Öyküsü, Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Benlik Saygısı Açısından Değerlendirilmesi" olarak değiştirilmesinin uygunluğuna,	
Oy birliği ile karar verilmiştir.	
[Redacted Signature] A S L İ G İ B İ D İ R [Redacted Signature]	
Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı	