

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

Psikiyatri Anabilim Dalı

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA AİLE UYUM ÖLÇEĞİ-HASTA
FORMUNUN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Emine Özge ÇÖLDÜR

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Erol ÖZMEN

Manisa,2018

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, başta tez danışmanım Prof. Dr. Erol ÖZMEN olmak üzere değerli hocalarım Prof. Dr. Ömer AYDEMİR, Prof. Dr. Ayşen ESEN DANACI, Prof. Dr. M. Murat DEMET, Prof. Dr. Artuner DEVECİ, Doç. Dr. E. Oryal TAŞKIN ve Doç. Dr. Erol OZAN'a,

Tezimin istatistik sürecinde hiçbir yardımı esirgemeyen ve bana istatistiği sevdiren hocam Prof. Dr. Erhan ESER'e,

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı rotasyonum süresince benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşan ve asistanlık sürecimde desteğini yanımda hissettiğim Doç. Dr. Hasan KANDEMİR ve Yrd. Doç. Dr. Şermin YALIN SAPMAZ' a;

Asistanlık eğitimim boyunca nice güzel anılar biriktirdiğim, her birini tanımaktan çok mutlu olduğum ve beraber çalıştığımız günleri ömrüm boyunca arayacağım tüm asistan arkadaşlarıma;

Güler yüzleri ile kliniğimize güzellikler katan, bizlerden yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen sevgili sağlık personellerimize, hemşirelerimize, sekreterlerimize ve psikologlarımıza;

Bugünlerimin asıl mimarı, üzerimde sonsuz emeği olan ve her başarıyı destekleyen sevgili anneme, babama ve kardeşime

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum...

Dr. E. Özge ÇÖLDÜR

2018

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR

TABLO LİSTESİ

I.GİRİŞ	1
II.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Tanım.....	3
2.2.Tarihçe.....	3
2.3.Epidemiyoloji.....	5
2.4.Etiyoloji.....	5
2.4.1.Psikososyal Etkenler.....	6
2.4.1.1.Psikanalitik Açıklamalar.....	6
2.4.1.2.Bilişsel Davranışçı Kuram.....	7
2.4.2.Nörobiyolojik Etkenler.....	8
2.4.2.1.Genetik.....	8
2.4.2.2.Nörokimyasal Çalışmalar.....	9
2.4.2.2.1.Serotonerjik Sistem.....	9
2.4.2.2.2.Dopaminerjik Sistem.....	11
2.4.2.2.3.Glutamaterjik Sistem.....	12
2.4.2.3.Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	13
2.4.2.4.İmmun Sistem Değişiklikleri.....	15
2.4.2.5.Nöropsikolojik Çalışmalar.....	16
2.5.Tanı ve Klinik Özellikler.....	16
2.5.1.Tanı Kriterleri.....	17
2.5.1.1.DSM IV-TR Tanı Ölçütleri.....	17
2.5.1.2. DSM 5 Tanı Ölçütleri.....	19
2.5.1.3. DSM-IV-TR ile DSM-5'teki başlıca farklar.....	20
2.5.1.4. ICD-10 Tanı Ölçütleri.....	21
2.5.2.Belirti Boyutları.....	22
2.5.2.1. Bulaşma Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları.....	23
2.5.2.2. Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar.....	24
2.5.2.3. Dini-Cinsel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar.....	24
2.5.2.4. Patolojik Kuşku ve Kontrol Kompulsiyonları.....	25
2.5.2.5. Simetri, Sıralama/Düzenleme, Sayma Obsesyon ve Kompulsiyonları.....	26
2.5.2.6. Bedensel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar.....	26
2.5.2.7. İstifleme Obsesyon ve Kompulsiyonları.....	26
2.5.2.8. Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar.....	27

2.6. Eş tanı.....	27
2.7. Seyir ve Prognoz.....	29
2.8. Tedavi.....	30
2.8.1. Farmakoterapi.....	30
2.8.2. İlaç Dışındaki Biyolojik Tedavi Yaklaşımları.....	31
2.8.2.1. Elektrokonvulsif Terapi.....	32
2.8.2.2. Transkraniyal Manyetik Uyarım.....	32
2.8.2.3. Derin Beyin Uyarımı.....	32
2.8.2.4. Psikocerrahi.....	32
2.8.2. Psikoterapi.....	33
2.8.2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	33
2.8.2.2. Psikodinamik Psikoterapi.....	33
2.8.2.3. Destekleyici Psikoterapi.....	34
2.9. Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastaların Yakınlarında Aile Yüğü.....	34
2.10. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aile Uyumu.....	37
III.AMAÇ.....	41
3.1.Amaç.....	41
3.2.Temel Hipotezler.....	41
IV.GEREÇ VE YÖNTEM.....	42
4.1. Araştırma Alanı ve Örneklemi.....	42
4.2. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	42
4.3. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	43
4.4.Araştırmada Uygulanan Veri Toplama Araçları.....	43
4.4.1.DSM-IV için Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (SCID-I).....	43
4.4.2.Sosyodemografik Veri Formu.....	44
4.4.3.Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi.....	44
4.4.4.Hamilton Depresyon Ölçeği.....	44
4.4.5.İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi.....	45
4.4.6.Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği.....	45
4.4.7.Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu.....	45
4.5.Veritoplama yöntemi ve etik onay.....	47
4.6.Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	48
V.BULGULAR.....	51
5.1.Tanımlayıcı Bulgular.....	51
5.1.1.Sosyodemografik Özellikler.....	51
5.1.2 Hastalığa İlişkin Özellikler.....	55

5.1.3. Aile Uyumuna İlişkin Özellikler.....	57
5.2.Güvenilirliğe İlişkin Bulgular.....	59
5.3.Geçerliliğe İlişkin Bulgular.....	62
VI.TARTIŞMA.....	73
6.1. Ölçeğin Güvenilirliği.....	78
6.2. Ölçeğin Geçerliliği.....	81
6.3. Üstünlükler ve sınırlılıklar.....	86
VII.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	88
VIII.ÖZET.....	90
IX.İNGİLİZCE ÖZET.....	92
X. EKLER.....	94
XI. KAYNAKLAR.....	119

KISALTMALAR

DSM :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD :International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

OFK : Orbitofrontal Korteks

SSRI : Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

5HIAA : 5 Hidroksi İndol Asetik Asit

YBOKÖ :Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

MR :Manyetik Rezonans Görüntüleme

TMU: Transkranial manyetik Uyarım

DEK :Düşünce Eylem Kaynaşması

OKKB :Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

NMDA :N- metil-d-aspartik asit

BDT :Bilişsel Davranışçı Terapi

5-HT : 5-Hidroksitriptamin

SPECT: Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi (Single Photon Emission Computed Tomography)

SCID-I /CV: DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV / Clinical Version)

FAS-IR: Family Accommodation Scale-Interviewer Rated

FAS-SR: Family Accommodation Scale-Self Rated

FAS-PV: Family Accommodation Scale-Patient Version

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği

AUÖ-HF: Aile Uyum Ölçeği Hasta Formu

HYDÖ: Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi

TABLÖLER LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1 : Araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	53
Tablo 2 : Araştırmaya katılan hastaların klinik özellikler ve ölçek puanlarına göre dağılımı	55
Tablo 3 : Araştırmaya Katılan Hastaların Belirti Şiddetine Göre Dağılımı	56
Tablo 4 : Araştırmaya katılan hastaların klinik belirtilerine göre dağılımı	56
Tablo 5 : Araştırmaya katılan hastaların tedavi öyküsü özelliklerine göre dağılımı	57
Tablo 6 : AUÖ-HF Türkçe Formu'nun Maddelerinin Sıklığı	58
Tablo 7 : AUÖ-HF Boyutlarının Dağılım Özellikleri	59
Tablo 8 : AUÖ-HF Cronbach alfa	60
Tablo 9 : AUÖ-HF Tüm Maddeleri ile Madde İç Tutarlılığı Araştırılması	60
Tablo 10 : Madde-Boyut ve Madde Toplam Korelasyon Katsayıları ve Ölçek Başarısı	61
Tablo 11 : Açıklayıcı Faktör Analizi Bileşenlerinin açıklayıcılığı	63
Tablo 12 : AUÖ-HF Açıklayıcı Faktör Yapısı	64
Tablo 13 : DFA uyum göstergeleri	66
Tablo 14 : AUÖ-HF toplam puanı ve altölçek puanları ile YBOKÖ Obsesyon puanı, Kompulsiyon Puanı, toplam puanı ve HYDÖ arasındaki ilişki	68
Tablo 15 : AUÖ-HF Toplam puanı ve altölçek puanları ile İGD ölçeği arasındaki ilişki	68
Tablo 16 : YBOKÖ semptom şiddetine göre sınıflandırılan hastalarda AUÖ-HF ortalamaları	69
Tablo 17 : AUÖ-HF'nun Bilinen Gruplar Geçerliliği (sosyodemografik değişkenlerle)	70
Tablo 18 : AUÖ-HF'nun Bilinen gruplar geçerliliği (hastalık ve tedavi değişkenleri ile)	72

ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1 : AUÖ-HF'nun temel bileşen faktör yapısının özdeğerleri	65
Şekil 1 : AUÖ-HF Doğrulamalı Faktör Analizi Grafik Gösterimi	67

1.GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süreğen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir bozukluktur (1,2). Tekrarlayan bu obsesyon ve kompulsiyonlar kişide ciddi sıkıntıya neden olur, zaman kaybına yol açar ve kişinin normal rutin hayatını, mesleki işlevselliğini, genel toplumsal etkinliklerini veya ilişkilerini önemli ölçüde engeller (3). Yaşam boyu yaygınlık oranı %1-2.7 ve bir yıllık yaygınlığı % 0,5-% 2,1 ile toplumda sık görülür (4,5,6).

Obsesif kompulsif bozukluk bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri ile kişinin aile, akademik, mesleki ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyerek yeti yitimine yol açan bir bozukluktur (7). Hastaların %15'inde mesleki ve toplumsal işlevsellikte bozulmanın zamanla arttığı ve en sık yeti yitimine sebep olan on tıbbi durumun arasında OKB'nin de yer aldığı belirtilmiştir (8). Bu hastalık sadece hastayı değil, birlikte yaşadığı aile bireylerini, arkadaşlarını ve toplumu da olumsuz etkileyebilmektedir (7,9). OKB'li hasta yakınlarının %75'inin yaşamında hastalıktan kaynaklanan önemli sorunlar tespit edilmiştir (10).

OKB'nin kendine has doğası ve obsesyon/kompulsiyonların genellikle evde gerçekleştiği göz önüne alındığında; OKB hastalarının aileleri sıklıkla hastanın semptomlarına diğer psikiyatrik hastaların ailelerinden daha fazla dahil olur (11). Hasta yakınları günlük aktivitelerini tümüyle değiştirmek suretiyle hastalığın belirtilerine uyum sağlamak zorunda kalabilirler. Hastanın kuşku obsesyonları, kararsızlığı, güven arama davranışı, kaçınma davranışları ve ritüelleri aile bireylerine aşırı bağımlılık ile sonuçlanabilir (12,13).

Uyum, hastanın anksiyetesini geçici olarak azaltıyor gibi görünmekle birlikte hastalığın gidişini kötüleştirmekte, aile içi işlevselliği bozmakta ve aile bireyleri için bir stres faktörü haline gelmektedir (14). OKB'nin hastaların aile yaşamlarına olumsuz etkisi de en az şizofreni kadar ağır olmaktadır (15). Bu açıdan bir hastayı tedavi ederken, hastalığın yükünü yakın çevre ortamını da hesaba katarak düşünme gerekliliği doğmaktadır. OKB'li hasta yakınlarında yaşam kalitesi ve aile yükünü ölçen çalışmalar son yıllarda artmaktadır. Her yaştan OKB hastasını etkileyen bir olgu olarak aile uyumuna da son dönemde artan bir ilgi doğmuştur. Yapılan çalışmalarda aile uyumu daha düşük hasta ve aile işlevselliği, daha düşük tedavi yanıtı ve daha yüksek ailesel stres ile ilişkili bulunmuştur (16,17,18).

Klinik anlamlılığı göz önüne alınarak bu davranışların varlığını ve sıklığını incelemek için çeşitli değerlendirme yöntemleri oluşturulmuştur. Bugüne kadar ülkemizde aile uyumunu ölçen Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış bir değerlendirme aracı bulunmamaktadır. Bu nedenle Obsesif kompulsif bozuklukta aile uyumunun varlığını ve sıklığını ölçmek için geliştirilen “Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu”nun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılarak ölçeği Türkçe’ye kazandırmayı planladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk; intruzif düşünceler, ritüeller, zihin meşguliyeti ve kompulsiyonlar gibi farklı grup belirtilerle kendini gösterir (3).

Latince “obsidere” (kuşatılmak, ele geçirilmek) sözcüğünden türeyen “obsesyon” terimi, kişinin kendisini belli bir zihin içeriğinden kurtaramamasına işaret eder (19). Obsesyonlar; zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin anksiyeteye yol açan, bilinçli çaba ile kovulamayan ve inatçı biçimde yineleyen düşünceler, dürtüler ya da hayallerdir (1,2). Kişi obsesyonlarını zihninin bir ürünü olarak görür. Toplumumuzda obsesyonlar hastalar tarafından vesvese, evham, takıntı gibi terimlerle ifade edilmektedir.

“Kompulsiyon” terimi ise, zorlanmış, köşeye sıkışmış anlamlarına gelen Latince “compellere” sözcüğünden türemiştir (19). Kompulsiyon, kişinin obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği yineleyici davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir (1,2). Kompulsiyonlar, obsesyona eşlik eden anksiyeteyi gidermek, korku yaratan bir durumu etkisizleştirmek ya da önlemek üzere yapılır. Haz alma ya da doyum sağlama amacı yoktur. Ancak, yapılan etkinlik, önlenmek istenen şeyle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da aşırıdır.

OKB tanılı bir hastada sadece obsesyon, sadece kompulsiyon ya da her ikisi birden görülebilir.

2.2. Tarihçe

OKB'ye bağlı yakınmalar literatürde yüzyıllar öncesine dayanmaktadır (20). Ortaçağda, birçok psikiyatrik hastalık gibi, OKB de büyü ve din kavramlarıyla açıklanmaya çalışılmıştır (21). Shakespeare, ünlü eserindeki Macbeth kimliğinde, obsesyon ve el yıkama kompulsiyonlarının özgün örneğini vermiştir. 15. yüzyıla kadar dinsel bir olay, şeytana esir olma gibi ele alınan OKB, ilk kez psikiyatri literatüründe Esquiral isimli bir araştırmacı klinisyen tarafından 1838'de tanımlanmıştır. O yıllarda depresyon ya da melankolinin bir belirtisi olarak düşünülen bu hastalık, yirminci yüzyıl başlarına gelindiğinde ayrı bir klinik sendrom olarak ele alınmaya başlanmıştır (22).

Obsesyon terimi ilk kez 1866'da Belçikalı psikiyatrhist Morel tarafından kullanılmıştır (23). Öncesinde depresyon ve psikoz kavramları içinde yorumlanan bu belirtiler, ilk olarak 19. yy Alman psikiyatrisinde, anahtar patolojinin bilişsel ya da entelektüel işlevlerde olduğu vurgulanırken, obsesyonların sanrılardan farklı olduğu ortaya konmuştur (24). Bu dönemde Alman ekolünde, düşünce ve davranışlardan oluşan zorlamalı yaşantılara işaret eden bir kavram olarak "zwang" (zorlama, baskı, zorunluluk) sözcüğü, obsesif kompulsif belirtileri için kullanılmış ilk teknik terimdir. İngiliz yazınında bu sözcüğün karşılığı olarak , o zamana kadar şeytan tarafından ele geçirilmiş anlamında kullanılan "obsesyon" terimi tercih edilirken, Amerikan yazınında ise "kompulsiyon" terimi benimsenmiştir (19).

Pierre Janet 20. yüzyıl başlarında irade zayıflaması sonucu ortaya çıktığını savunduğu obsesyon ve kompulsiyonları, fobiler ve tiklerle beraber "psikasteni" adı altında toplamış ve şüphe hastalığı (folie de doute) olarak isimlendirmiştir. Freud, ruhsal neden ve düzeneklerin farklı olduğunu ileri sürerek fobik nevrozla obsesif kompulsif nevrozu ayrı rahatsızlıklar olarak incelemiştir (1).

Daha sonraları Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association, APA) 1952'de yayınlamış olduğu Ruh Hastalıkları I. Tanı ve İstatistik Kılavuzunda (DSM-I) Obsesif Kompulsif Reaksiyon; 1968'de DSM II'de Obsesif Kompulsif Nevroz ve 1978'de DSM-III'te Obsesif Kompulsif Bozukluk olarak söz edilmiştir. Güncel fenomenolojik bakış açımıza en uygun ve yakın tanımlama ise ilk kez DSM-III ile yapılmıştır. Böylece obsesyon ve kompulsiyon ayrımı net bir şekilde yapılırken, belirtilerin biçimsel özellikleri ve içerik olarak en yaygın görülenler tanımlanmıştır (19). DSM-III ile DSM-IV-TR arasındaki temel farklılık kompulsiyonların kavramsallaştırılmasıdır (25). DSM-III'te kompulsiyonlar davranış olarak değerlendirilirken DSM-IV'te kompulsiyonların hem davranış olabileceği hem de zihinsel aktivite olabileceği eklenmiştir. Daha sonra DSM-IV ve DSM-IV-TR'de "Obsesif Kompulsif Bozukluk" terimi "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmıştır (26). 2013'te yayımlanan DSM-V'te ise Obsesif Kompulsif Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve ilişkili Bozukluklar başlığı ile Anksiyete Bozukluklarından ayrılmış ve ayrıca sınıflandırılmıştır (2).

2.3.Epidemiyoloji

Hastalığı kabullenmedeki güçlükler ve belirtilerin hafif seyretmesi gibi nedenlerle hastaların doktora başvurma oranlarının düşük olması OKB'nin sıklığını ve yaygınlığını saptamada zorluk oluşturmaktadır. OKB 1980'li yıllara kadar nadir rastlanan bir hastalık olarak kabul edilmekteydi. Ancak Amerika'da Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından 1980-1988 yılları arasında yapılan epidemiyolojik alan çalışmasında (Epidemiologic Catchment Area, ECA) OKB fobiler, madde kullanım bozuklukları ve major depresyondan sonra dördüncü sık görülen psikiyatrik bozukluk olarak saptanmıştır. Bu çalışmada OKB'nin bir yıllık yaygınlığı %1.6, yaşam boyu yaygınlığı ise %2.5 bulunmuştur (27). Toplumda görülme sıklığı aşağı yukarı astım ve diabetes mellitusun görülme sıklığı kadardır. Çeşitli çalışmalarda yaşam boyu yaygınlık oranının %1-2.7 olduğu bildirilmiştir (28-30).

Yaygınlığı en düşük olan bunaltı bozukluğu ise obsesif kompulsif bozukluktur. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'na göre 12 aylık bir sürede toplumda toplam OKB oranı %0.5; kadınlarda (%0.6) erkeklere (%0.2) göre 3 kat yüksek bir oran bulunmuştur (1). Bunun yanında erişkin yaştaki OKB'li hastalarda kadın ve erkeklerin eşit bir dağılım gösterdiğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (8,32).

OKB, genellikle genç yaşta başlamaktadır. Erkeklerde başlangıç yaşı (ortalama 19 yaş) kadınlara göre (ortalama 22) biraz daha erken olsa da genel olarak başlangıç yaşı 20 dir (3). Büyük çoğunlukta (%65) 25 yaşından önce başlarken, küçük bir oranı (%5-15) 35-40 yaşından sonra başlamaktadır (33,34). Birçok vaka serisinde önemli oranda kadın hastada (%13-%36) OKB'nin hamilelik ya da postpartum dönemde başladığı bildirilmiştir (35,36). Elli yaşından sonra ise OKB daha nadir görülmektedir ve yapısal beyin hasarıyla ilişkili organik nedenler sorumlu tutulmaktadır (37).

2.4. Etiyoloji

OKB'nin fizyopatolojisini oluşturan etiyolojik süreçler tam olarak bilinmemekle birlikte; günümüzde etyolojide tek bir neden yerine birçok faktörün ortaklaşa etkisinin olduğuna inanılmaktadır. Patogenezinde yer alan nörobiyolojik ve psikososyal faktörler şunlardır:

2.4.1. Psikososyal Etkenler

2.4.1.1. Psikanalitik Açıklamalar

Dinamik yaklaşımın kurucusu Freud obsesif kompulsif bozukluğu, nevrozların prototipi ve psikanalizin en ilgi çekici ve verimli alanlarından biri olarak görmüştür. Freud, obsesyonel nevrozda anal döneme saplanma ve gerileme görülmesi, yer değiştirme, yalıtma, yapma-bozma gibi kendine özgü savunma mekanizmalarının ve ego ile süperegö arasındaki sadomazoşistik ilişki gibi gözlemlerini bir araya getirerek bu nevrozun özgün bir bozukluk olduğundan bahsetmiştir (38).

Psikanalitik bakış açısından, obsesif kompulsif nevrozun oluşumunda merkezi rol oynayan mekanizma “gerileme”dir (regresyon). Obsesyonel nevrozda hasta ödipal döneme ait dürtü ve isteklerin yarattığı ciddi çatışmaya bağlı olarak anksiyete duyar ve libido anal sadistik döneme geriler. Regresyonun sonucu olarak ambivalans, büyüsel düşüncenin ortaya çıkması ve süperegö değişiklikleri meydana gelir. Freud, bu hastalıkta süperegönün katı, acımasız bir yapıya büründüğünü; egonun nesnelere yöneltilmediği saldırganlığın süperegönün egoya saldırganlığı şeklinde içe döndüğünü ileri sürmüştür (39). Anal dönemin belirgin özelliklerinden biri, eş zamanlı olarak sevgi ve nefret duygularına sahip olan kişinin duygu ve davranışlarında “çiftedeğerlilik” (ambivalans) olmasıdır. Bu durum eyleme geçme aşamasında yaşanan tereddütlerde ve kararsızlıklarda kendini göstermektedir (19).

Psikanalitik kurama göre; saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmada kullanılan, anal döneme özgü, 3 temel savunma mekanizması tanımlanmıştır: yalıtma (izolasyon), yapma-bozma (doing-undoing), karşıt tepki oluşturma (reaksiyon formasyon). Kompulsif eylemlerin, dürtünün denetimi ve anksiyetenin yatıştırılmasını amaçlayan yapma-bozma mekanizmasının bir sonucu olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Yineleyici yapma bozma hem dürtüsel arzusunun hem de ona savunma olarak karşı koyma arzusunun doyurulmasını ifade eder. Kişi, cinsel ya da saldırgan dürtüleri nedeniyle, bilinçdışı olarak oluşabileceğini hayal ettiği zararı ortadan kaldırmayı ya da bozmayı amaçlayan bir eylem yapar. Dürtünün duygusal bileşeni, düşünsel içeriğinden ayrılarak bilinç dışına itilmesini ifade eden yalıtma obsesif nevrozlar için tipik bir düzenek olarak tanımlanmıştır. Kişi, duygunun eşlik etmediği bu tür bir düşüncüyü, isteği dışında aklına zorla girdiği şeklinde yaşar. Böylece benlik, sıkıntı verici bir düşüncüyü bilinçten uzaklaştıramadığında, yalıtma ile duygusal yükü o düşünceden uzaklaştırmış olur. Karşıt tepki oluşturma

mekanizmasını kullanan kişi, dürtüsel bir tehlikenin tehdidi karşısında bu tehlike sürekli varmışcasına kişilik yapısını değıştirerek her an tehlikeye hazırlıklı olunan bir tutumu benimser. Ortadan kaybolan tutumun bilinçdışı olarak sürmesine karşın, nefretin yerini sevgi, zalimliğin yerini nezaket, inatçılığın yerini itaatkarlık, psilikten zevk almanın yerini temizliğe düşkünlük almıştır (19).

2.4.1.2. Bilişsel Davranışçı Kuram

Mowrer'in iki aşamalı korku ve kaçınma kuramı, OKB'de davranışçı modellerin temelini oluşturmaktadır. Bu kurama göre ilk aşamada yansız bir olay doğası gereği rahatsızlık ya da anksiyete oluşturan bir uyararla eşleşince korku ile ilişkili hale gelir. İkinci aşamada çeşitli koşullu uyarılar ile ortaya çıkan anksiyeteyi azaltmak için gelişen kaçma ya da kaçınma yanıtları anksiyeteyi azalttıkları için olumsuz pekiştirme yoluyla ile süreklilik kazanırlar (40). Bu kuramın OKB'ye uyarlanmasına göre obsesif korkular yansız bir uyarının rahatsız edici ya da travmatik bir yaşantı ile eşlenmesi sayesinde rahatsızlık yaratma niteliği kazanır (klasik koşullanma). İkinci evrede de obsesif korkuyu hafifleten herhangi bir davranış anksiyeteyi azaltıcı etkisi sayesinde olumsuz pekiştirme sonucu süreğen hale gelir (edimsel koşullanma) (41). Özetle bu kuram obsesyonları, anksiyete uyandıran koşullu yanıtlar; kompulsiyonları ise anksiyeteyi gidermek üzere öğrenilmiş ve anksiyetenin azaltılmasıyla da pekiştirilmiş davranışlar olarak ele alır (19).

Çoğu insanın zihnine geçici sıkıntıya neden olabilecek türden, istemsiz düşünceler ve imgeler gelebilmektedir. Bu düşünceler ve imgeler insanların %90'ını etkiler (42). Bilişsel teoriye göre klinik obsesyonlar ile zorlayıcı düşünceler arasındaki farkın, bu düşüncelerin kontrol edilebilirliğinde değil obsesif hastaların zorlayıcı düşünceleri yanlış yorumlamaları ve aşırı değerlendirmelerinden kaynaklanmaktadır (43). Hatalı yorumlar ve yansızlaştırmanın kullanımı, kompulsiyonlar ya da diğer kontrol stratejileri, istenmeyen zorlayıcı düşüncelerin obsesyonlara dönüşmesiyle sonuçlanan iki temel süreçtir. Kısa dönemde sıkıntıda azalmaya neden olan bu stratejiler, uzun dönemde zorlayıcı düşüncelerin hem belirginliğinin hem de sıklığının artmasına neden olur (19).

Salkovkis, "abartılı sorumluluk modeli"nde OKB hastalarının olumsuz olayın gerçekleşme olasılığını abartılı tahmin ederler ve engelleyici bir adım atan dek zarardan sorumlu olduklarına inanırlar. Obsesif bir düşünce, imge ya da dürtü

artmış kişisel sorumluluğunu gösterir tarzda yanlış yorumlanırsa, zorlayıcı düşünceler artmış sıkıntı ve anksiyete ile ilişkilenmekte ve sorumluluktan kaçma ya da kaçınmaya yönelik çabalarla birlikte yansızlaştırma yanıtları başlatılmaktadır. Sorumluluğun abartılı değerlendirilmesinin bir diğer sonucu OKB'li kişinin obsesyonlar üzerinde kontrol oluşturmaya çalışmasıdır (19,44).

Düşünce-eylem kaynaşması, bireylerin istenmeyen, zorlayıcı düşüncelerine kişisel bir önem verdiği ve bu türden düşüncelerin yanlış yorumlanmasına etki ettiği düşünülen bilişsel bir yanlılıktır (45). DEK hastanın obsesyonel düşünce ile yasak eylemi ahlaken eş görmesi (ahlaki tip DEK) ve/veya obsesyonel düşüncenin korkulan olayın gerçekleşmesi olasılığını artırmasına inanması (olasılık tipi DEK) şeklinde tanımlanır (46).

2.4.2.Nörobiyolojik Etkenler

2.4.2.1. Genetik

OKB'de genetik faktörlerin etkileriyle ilgili araştırmalar 1930'lardan bu yana sürdürülmektedir (47). Son yıllarda yapılan çalışmalarla birlikte OKB'nin genetik temeliyle ilgili bilgiler giderek artmıştır. Aile, ikiz, ayrışım çözümlemesi araştırmaları ve moleküler genetik çalışmalar OKB'de genetik geçisin rolü olduğunu göstermektedir (48).

OKB hastalarında yapılan aile çalışmalarından, OKB hastaları ile OKB'si olan birinci derece akrabalar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Aile çalışmalarının sonuçları OKB'de ailesel kümelenmeyi destekleyici niteliktedir (49). Aile çalışmalarında OKB hastalarının %35'inde 1. derece akrabalarının bu bozukluktan etkilendiği bildirilmiştir. Pauls ve ark.'nın 100 OKB hastası ile 100 kontrol grubunun birinci derece yakınlarını içeren çalışmalarında, OKB'li hastaların yakınlarında OKB %18.2, kontrol grubunun yakınlarında ise OKB'yi %3.9 bulmuşlardır (47). Yapılan diğer bir çalışmada ise OKB'li hastaların yakınlarında OKB %11.7, kontrol grubunun yakınlarında OKB ise %2.7 bulunmuştur. Çalışmalarda, obsesyonların kompulsiyonlara oranla daha yüksek genetik geçiş gösterdiği ve erken başlangıçlı OKB'de ailesel geçisin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (51).

OKB'nin genetik temeli ikiz çalışmaları ile de gösterilmiştir. Carey ve Gottesman, 30 ikiz çifti üzerinde yaptıkları çalışmada monozigotik ikizlerde (%87), dizigotik ikizlere (%47) anlamlı olarak yüksek eş hastalanma oranı tespit etmiştir (52). Bir

diğer ikiz çalışmasında, faktör analizi ile varyansın %62'sini açıklayan ve obsesyon kompulsiyonlara karşılık gelen iki ana faktör ortaya konmuş; bu faktörlerin sırasıyla %33 ve %26 oranlarında kalıtılabilirliğe sahip oldukları, kendi aralarındaki genetik bağlantının +0.53 olduğu bildirilmiştir (53).

Ayrışım çözümlemesi (segregation analysis) çalışmalarına toplu olarak bakıldığında OKB genetiğinin çok etkenli, çok genli bir kalıtım kalıbı ile daha iyi açıklanabileceği görülmektedir (54). Potansiyel olarak otozomal olan bir majör genin, OKB'nin geçişinde rol oynayıp oynamadığını tanımlamak amacı ile yapılan segregasyon çalışmaları, daha yüksek olasılıkla otozomal dominant ve kadınlarda daha belirgin bir majör gen lokusunun varlığının söz konusu olabileceğini göstermektedir. Bu veriler OKB'da inkomplet penetranslı otozomal dominant bir genetik geçişin rol oynadığı sonucuna varılabileceği bildirilmiştir (55). Ayrıca aile ve segregasyon çalışmalarında OKB ile Tourette sendromu arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Tourette sendromu olan hastaların birinci derece akrabalarında OKB görülme oranı %6-26 olarak bildirilmiştir (56).

OKB olguları ile ilgili bağlantı (linkage) çalışmalarında 9. kromozomun uzun kolunda birden fazla noktada bağlantı bulguları olduğu; özellikle 9p24'ün incelenmesi gerektiği vurgulanmıştır (57).

OKB ile ilgili moleküler genetik araştırmalarda serotonin taşıyıcısı promoter bölgesi geni (SLC6A4), 5HT1B, 5HT2A, 5HT2B reseptör genlerinin, COMT, MAO-A ve opioid mü reseptör genlerinin, glutamat taşıyıcı geni (SLC1A1), OKB kalıtımında rolü olabileceğine yönelik çalışmalar mevcuttur (58-61).

2.4.2.2. Nörokimyasal Çalışmalar

2.4.2.2.1. Serotonerjik Sistem

OKB'de serotonin hipotezi, özgün serotonerjik ilaçların (SRI) seçici etkisi ve serotonin agonistleri ile yapılan testlere dayanmaktadır. Klomipramin ve SSRI (Seçici serotonin geri alım inhibitörü) gibi serotonin geri alımını engelleyen ilaçların, OKB tedavisinde daha etkili oldukları gösterilmiştir. OKB belirtilerinin benzer antidepresan etkinliğe sahip desipramine yanıt vermezken klomipraminle azalması, ilaç tedavisi ile beyin omurilik sıvısı (BOS) 5-hidroksiindol asetik asit (5-HIAA) düzeyinin düşmesi, serotonin geri alımının OKB'de dikkate değer bir etkisi olduğuna işaret etmektedir. Diğer yandan OKB'de kısmi yanıtın yaygın olduğu ve hastaların

%40'ından fazlasının SSRI tedavisine yeterli yanıt vermediği göz önüne alındığında böyle karmaşık bir hastalığı açıklamada bu hipotez tek başına yeterli olmamaktadır (62,63).

Serotonerjik antidepresanlar OKB'de etkili bulunurken, noradrenerjik antidepresanlar aynı sonuçları vermemiştir (64). Hastaların farklı SSRI'ya farklı yanıt göstermeleri, ilaçların serotonerjik olmayan özelliklerinin de rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Antiobsesyonel etki serotonin ve diğer nörotransmitterler arasındaki dengenin değişmesi ve/veya reseptör işlev değişikliği ile ilgili olabilir (62,65).

OKB'de platelet serotonin taşıyıcısı (SERT) bağlama kapasitesinin azaldığı gösterilmiştir (66). Presinaptik serotonin taşıyıcısının OKB'deki rolünü araştıran bir çalışmada ilaç almayan OKB'li hastalarda presinaptik serotonin taşıyıcısının periferik belirteci olan trombosit 3-H-imipramin bağlanma bölgelerinin sayısında azalma olduğu bulunmuştur. Bu hastalarda serotonerjik etkili ilaçlarla yapılan tedavi sonrası trombosit 3-H-imipramin bağlanma bölgelerinin sayısının normal değerlere yükseldiği gözlenmiş, bu bulgular serotonin taşıyıcısının OKB'de rolü olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (67).

El Mansari ve Blier (2006) OKB'de depresyona göre SSRI tedavisine yanıtın geç olmasını, OFK'te 5-HT otoreseptör duyarısızlaşmasındaki gecikmeye bağlı olarak serotonin salınımında SSRI'lara bağlı değişikliğin geç ortaya çıkmasına bağlamışlardır (68).

5-HT_{1A}, 5-HT_{1D} ve 5-HT_{2C} reseptörlerine yüksek afinitesi olan, bir serotonin agonisti meta-klorofenilpiperazin (m-CCP) ile yapılan serotonerjik zorlama çalışmalarında OKB belirtilerinde alevlenme görülmüştür (64). 5-HT_{1A} ve 5-HT_{2C} reseptörlerine yüksek afinite ile bağlanan MK-212 ve 5-HT_{1A} agonisti olan ipsapiron ile yapılan çalışmalarda obsesif belirtilerde artma olmadığı görülmüştür (69,70). Bunlardan OKB belirtilerini arttıran m-CPP'nin diğerlerinden farklı olarak 5-HT_{1D} reseptörlerine yoğun ilgi göstermesi bu reseptör alt tipinin OKB etiyolojisinde rolü olabileceği şeklinde değerlendirilmiştir (19). 5HT_{1D} agonisti sumatriptan ile yapılan çalışmada obsesif kompulsif belirtilerin kötüleşmesi de 5-HT_{1D} reseptörlerinin OKB'deki rolünü destekleyen bir bulgu olarak bildirilmiştir (71,72). Kuramsal olarak, OKB olan kişinin beyinde bu reseptörün aşırı duyarlı olabileceği düşünülmektedir (64).

2.4.2.2.2.Dopaminerjik Sistem

Bazal ganglion bozukluklarında obsesif kompulsif belirtiler izlenmesi, yüksek doz stimulan uygulanmasını takiben belirtilerin oluşması ve sonrasında antidopaminerjik ilaçlarla obsesif kompulsif belirtilerin düzeldiğinin gözlenmesi patogeneizde dopaminin rolü olduğunu düşündürmektedir. Yüksek doz amfetaminlerle tedavi gerektiren dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların tedavisi sırasında da kompulsif belirtiler saptanmasına rağmen bu belirtilerle ilgili psikolojik gerginlik izlenmemektedir. Bu da tekrarlayıcı düşünce ve davranışların dopaminerjik aşırı aktivasyona bağlı olabileceği, ancak egodistonisite için serotonin işlev bozukluğunun daha önemli olduğunu düşündürmüştür (62,73).

Dopaminin OKB'deki rolü özellikle hayvan çalışmalarından elde edilen bilgiler ışığında desteklenmektedir. Deney hayvanlarına verilen; amfetamin, bromokriptin, apomorfine ve L-Dopa gibi dopaminerjik ajanlar, hayvanlarda OKB'nin kontrol etme davranışına benzer stereotipik hareketleri tetiklediği gözlenmiştir. Seçici D2/D3 reseptör agonisti kinpirol ile uzun süreli tedavi edilen sıçanlarda stereotipik hareketler ortaya çıkmış ardından klomipramin ile tedavi edilmiştir. Bu hayvanların postmortem incelenmesi ile sağ prefrontal korteks ve nükleus akkümbeşte dopaminerjik doku kitlesinin arttığı belirlenmiştir (76). Bu çalışmalar, OKB'de özellikle D1 ve D2 reseptörleri olmak üzere dopaminin de işe karıştığına işaret etmektedir (66).

OKB'de dopaminin rolünü araştırmak üzere, BOS'ta ve plazmada dopamin metaboliti olan homovalinik asit düzeyleri araştırılmıştır. Swedo ve ark. (77), BOS HVA düzeyi ile klomipramin tedavisi arasında ilişki bulmazken, Hollander ve ark. (78) fenfluramin tedavisi sonrası, BOS HVA düzeyinin azaldığını bildirmişlerdir. Bir dopamin taşıyıcı inhibitörü kokainin kronik kullanımı ile obsesif kompulsif belirtilerde artma olduğu ve bu hastalarda OKB gelişimi açısından bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (79,80).

OKB hastaları ve kontroller arasında apomorfine büyüme hormonu yanıtının karşılaştırıldığı iki çalışmadan birinde dopaminerjik işlevlerde farklılık olmadığını gösterecek şekilde büyüme hormonu yanıtları benzer bulunurken (81), diğerinde postsinaptik dopamin reseptörlerinde duyarlılık azalacak şekilde OKB hastalarında apomorfine kötüleşmiş yanıt saptanmıştır (82).

SPECT çalışmasında OKB hastalarında kontrollere göre sağ bazal ganglionda daha yüksek taşıyıcı bağlanma oranları tespit edilmiş (83) hastaların SSRI ile tedavisinin ardından dopamin taşıyıcı bağlanma oranlarının azaldığı gözlenmiştir (84).

Antipsikotik ilaçların düşük dozlarının SSRI'lar ile kombine kullanıldıklarında bazı hastalarda tedavi yanıtını arttırmasının nedeni presinaptik reseptörleri bloke etmelerine yani dopaminerjik aktiviteyi arttırmalarına bağlı gibi görünmektedir (85). 5-HT_{2A} antagonizması, dopamin nöronlarında ateşleme hızını artırarak obsesif kompulsif belirtileri kötüleştiriyorken; D₂ reseptör antagonizması ile dopaminerjik nöronların inhibisyonu obsesif kompulsif belirtilerini azaltıyor olabilir (66).

2.4.2.2.3. Glutamaterjik Sistem

Çeşitli hayvan çalışmalarında, glutamaterjik ajanlarla OKB benzeri davranışların şiddetlenmesi, OKB'nin patogeneğinde artmış glutamaterjik tonun rolünü desteklemektedir (86). NMDA glutamat reseptörünün antagonisti olan MK-801, dolaylı olarak presinaptik glutamat salınımını arttırarak,perseveratif davranışlarda artmaya ve "limbik nöbet benzeri" stereotipilere neden olmaktadır. Diğer yandan AMPA tipi reseptör antagonisti olan NBQX bu farelerde OKB benzeri davranışlara etki etmezken stereotipileri azaltmıştır. Bu çalışma OKB tedavide de glutamatın rolü olabileceğini düşündürmektedir (87). Bir başka çalışmada sıçanlarda kinpirol ile oluşturulmuş OKB modelinde, metabotropik glutamat mGlu5 reseptör antagonisti kullanılarak, gelişen kompulsif davranışlar üzerinde inhibe edici etkisinin olduğu, mGlu5 reseptörlerinin ise dopaminerjik sistem üzerinde düzenleyici rolü olabileceği ileri sürülmüştür (88).

Beynin birincil uyarıcı nörotransmitteri olan glutamatın OKB'nin etyopatogeneğinde yer aldığı ilk kez 1998'de Moore ve arkadaşları tarafından bir olgu sunumunda bildirilmiştir (89). Kortikostriatal glutamatın, kaudat çekirdekte serotonin salınımını azalttığı ve serotonerjik nöronların da glutamaterjik aşırımda rol aldığı düşünülmektedir (90). Rosenberg ve ark.'nın (91) yaptıkları bir çalışmada kaudat çekirdek glutamat konsantrasyonunun kontrole göre arttığı ve paroksetin tedavisi ile glutamat konsantrasyonunun düştüğünü gözlemiş ve glutamat konsantrasyonundaki bu düşüş ile obsesif kompulsif belirti şiddetindeki azalma

arasında pozitif korelasyon belirlenmiştir. Başka bir çalışmada Glutamaterjik NMDA reseptör 2B alt ünitesi

-NR2B- geni olan GRIN2B ile OKB arasında bir ilişki bildirilmiştir (92).

OKB hastalarında aşırı glutamaterjik etkinlik olduğuna ilişkin en doğrudan kanıt, BOS'ta glutamat düzeylerinin artmış bulunmasıyla elde edilmiştir (93). Cerrahi girişimlere alınan yanıt da glutamaterjik işlev bozukluğunu desteklemektedir. OFK'ten kaudat çekirdeğe uzanan glutamaterjik projeksiyon alanı olan internal kapsülün ön boynuzunda gerçekleştirilen lezyon sonrası, tedaviye dirençli OKB olgularında iyileşme görülmüştür. Bu nedenle doğrudan bu alanlarda antiglutamaterjik etkili bir ilacın hızlı yanıt sağlayabileceği düşünülmüş ve otoresseptör özellikteki metabotropik glutamat tip 2 reseptörünün (mGLUR2), hiperaktiviteyi azaltmada etkili olabileceği belirtilmiştir (94).

2.4.2.3. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Yapılan çalışmalarda OKB etiopatogenezinde kortiko-talamo-striatal-kortikal devrede bozulmaların rolü üzerinde en çok uzlaşılan nörobiyolojik model olarak görülmektedir. Frontal korteks ile subkortikal beyin bölgelerini anatomik ve işlevsel olarak birbirine bağladıkları düşünülen bu döngülerdeki temel bölgeler orbitofrontal korteks, anterior singulat girus, kaudat nukleus, bazal ganglionlar ve talamustur. Her devre frontal korteksten başlar; oradan striatuma, daha sonra globus pallidus-substansiya nigra kompleksine, oradan da talamusa gider; sonunda talamustan frontal kortekse dönerek kapanır (22,95). Dorsal striatum ve nukleus akkumbensin orbitofrontal korteksle bağlantısındaki bozulmanın neden olduğu ödüllendirici sinyallerin yetersizleşmesinin OKB patofizyolojisini açıkladığı öne sürülmüştür (96).

Çalışmalar OKB'de OFK, anterior singulat korteks ve dorsolateralprefrontal korteks bölgelerinin karar vermede önemli rol oynadığını göstermektedir. OKB'de bu yolaklardaki bozulmayla ödül değerlendirmesi, hata saptanması ve davranışın planlanması aksamaktadır. Buna bağlı olarak bazal gangliyonların aktivitesi yükselmekte ve anormal davranışın ifade bulma sıklığında artış ortaya çıkmaktadır (97).

Yapısal MRG çalışmalarından elde edilen en tutarlı sonuç, orbitofrontal kortekste hacim düşüklüğü görülmektedir(98,99). Atmaca ve ark. (100) OKB hastalarında bilateral amigdala ve hipokampus hacminin sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıkları MR

alışmalarında hipokampus ve amigdala hacimlerinin OKB'si olan grupta daha küçük olduğunu bulmuşlardır. Rotge ve ark.'nın (101) 21 MR görüntüleme çalışmasını içeren bir metaanalizlerinde ise anterior singulat korteks ve orbitofrontal korteks hacim azalmasının olduğu, sağ ve sol talamus hacimlerinde artma olduğu bulunmuştur. Gri madde değişikliğinin voksel tabanlı meta-analiz çalışmalarının sonuçları, OKB hastalarında ağırlıklı olarak, frontal/parietal bölgeler ve anterior singulat girusta gri madde azalması, bazal ganglionlarda gri madde artışı olduğunu göstermektedir (19).

Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) alışmalarında, OKB hastalarında serebral hemisferlerde, kaudat ekrdeğin başında, talamusta ve orbital girusta anlamlı olarak yüksek bulunan metabolik oranlar elde edilmiştir (102,103). Orbitofrontal kortekste metabolizma artışı istirahat halindeyken ve belirti provokasyonu ile yapılan çeşitli çalışmalarda yinelenmiştir (104,105). Bu çalışmalarda anlamlı sonuçların alındığı bir diğer bölge anterior singulat kortektir. Bir SPECT çalışmasında, singulat perfüzyonun tüm korteks kan akımına oranı, OKB hastalarında kontrollere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (106).

Tedavinin etkisini inceleyen işlevsel görüntüleme çalışmaları, orbitofrontal korteks, anterior singulat korteks, kaudat çekirdekdeki anormal beyin aktivitesinin zayıfladıklarını göstermiştir. Benzer değişiklikler hem farmakoterapi hem de davranışçı tedaviler sonrasında izlenmiştir. Tedavi ncesi frontal kortikal aktivitenin derecesinin, tedavi yanıtının n belirteci olduğu ileri sürülmüştür. Ayrıca tedavi öncesi orbitofrontal korteks aktivitesi düşük olanların, serotonerjik etkili ilaçlarla tedaviye daha iyi yanıt verebilecekleri sanılmaktadır (73).

OKB hastalarında çeşitli belirti provokasyon işlemleri kullanılarak yapılan fMRG çalışmalarında, anterior singulat girusta artmış aktivite saptanmıştır (107). OKB belirtilerinin farklı beyin bölgeleri ile olan ilişkisini araştıran bir çalışmada, belirti provokasyonu sırasında kirlenme/yıkama belirtileri olanlarda iki taraflı ventromedial prefrontal korteks ve sağ kaudat nukleusta; kontrol etme belirtileri olanlarda putamen, globus pallidus, talamus ve dorsal kortikal alanlarda; istifleme belirtileri olanlarda ise sol presantral ve sağ orbitofrontal girusta aktivite artışı saptanmıştır (108).

OKB'de dinlenme durumu fMRG çalışmalarının sonuçları, potansiyel bir biyolojik belirteç olarak kortiko-striato-talamo-kortikal devrede işlev bozukluğunun, OKB

belirti şiddetindeki artma ya da azalmaya koşut olarak, işlevsel bağlantısallıkta yoğunlaşma ya da azalma şeklinde olduğunu ortaya koymaktadır (109).

Manyetik rezonans spektroskopi çalışmalarında OKB hastalarında anterior singulat korteks ve kaudatta N-asetil aspartat düzeyinde azalma, anterior singulat kortekste glutamat ve glutamin düzeyinde azalma, talamus, parietal ak madde ve hipokampuste kolin düzeyinde artmayı içeren, tutarlı bulgular elde edilmiştir (110).

2.4.2.4. İmmun Sistem Değişiklikleri

OKB'nin bazı alt tiplerinin patofizyolojisinde immün mekanizmaların olduğuna ilişkin çalışmalar son yıllarda artış göstermiştir. Otoimmünitinin özellikle OKB'nin çocukluk başlangıçlı formları ve tik bozukluklarının patogeneğinde yer aldığı ileri sürülmektedir (19). Çocukluk çağı başlangıçlı OKB ve romatizmal ateşin nörolojik bulgusu Sydenham Koresi (SK) arasındaki benzerlik, her iki hastalığın ortak etyopatogenezi olabileceğini akla getirmiştir (111). A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarının romatizmal ateşe yol açtığı, bu hastaların % 10-30'unda Sydenham koresi geliştiği bilinmektedir. Sydenham koresi olan çocukların %70' ten fazlasında, nörolojik belirtiler başlamadan 2-4 hafta önce obsesif kompulsif belirtilerin başlaması, obsesyon ve kompulsyonların nörolojik bulgular ile benzer yoğunlukta ve eş zamanlı artış göstermesi ve antibakteriyel ve steroid tedavisiyle düzelmesi OKB ve immünoloji arasında yakın ilişki olduğunu düşündürmektedir (112).

A grubu streptokokların neden olduğu düşünülen "streptokokla ilişkili pediatrik ottoimmün nöropsikiyatrik bozukluk" (PANDAS); enfeksiyonu takiben görülen alevlenmeler, epizodik seyir, tik bozukluğu ve puberte öncesi başlangıç özellikleri ile tanımlanmış olup OKB ve immün sistem defekti ilişkisi üzerine kurulu bir tablodur (19). Bu hastalıkta, antikor aracılığı ile olan enflamasyon bazal ganglionlarda, kaudat çekirdek, putamen ve globus pallidusda hacim artışına yol açmaktadır. Morer ve ark., 2006 yılında yaptıkları bir çalışmada, çocukluk çağı başlangıçlı OKB'da erişkin çağ başlangıçlı OKB'a göre, daha yüksek Antistreptolizin Antikor (ASO) titreleri, daha sık tik bozukluğu, çocuklukta daha sık tonsillit öyküsü rapor etmişlerdir (113). PANDAS bir çocukluk çağı hastalığı olsa da, streptokok enfeksiyonlarıyla ilişkili erişkin dönemde başlamış OKB ve tik bozuklukları da tanımlanmıştır. Böyle durumlarda çocukluk başlangıçlı erişkin OKB vakaları, ASO

titrelerinde yükselme ya da yakın tarihli enfeksiyonun diğer bulguları olmadan anti-beyin antikorlarını gösterebilmektedir (114).

Kaudat, putamen ve globus pallidustaki nöronlarla etkileyen antikorların varlığı, lokal otoimmün reaksiyonları gösterir. Antinöral olarak adlandırılan bu antikorlar A grubu beta hemolitik Streptokoklara karşıdır ve kaudat çekirdek ile subtalampus hücrelerine karşı çapraz reaksiyon gösterir. Erken başlangıçlı OKB ve tik bozukluklarında da antinöronal antikorların varlığı bildirilmiştir (73).

2.4.2.5. Nöropsikolojik Çalışmalar

OKB, nöropsikolojik kusurlarla ilişkili olup (115), nöropsikolojik çalışmalar OKB hastalarında frontal lob işlevleri, görsel mekansal işlevler ve bellek işlevlerinde kötüleşme olduğunu ortaya koymuştur (116). Bununla birlikte, başlıca ve en çok tekrarlanan anormallik yürütücü işlevler ve görsel bellekteki işlev bozukluğudur (117).

Nöropsikolojik çalışmaların sonuçları, OKB hastalarının bilişsel zorluklarının frontostriatal devrelerdeki işlev bozukluğuna atfedilebileceğini ortaya koymaktadır. Bu durum kendini, yürütücü işlevlerde ortaya çıkan zayıf performansla ve yürütücü işlevlere ikincil olarak gelişen bellek ve görsel–mekansal becerilerdeki eksikliklerle göstermektedir (19).

2.5. Tanı ve Klinik Özellikler

DSM-5, OKB tanısı için yalnızca obsesyon veya kompulsiyondan birinin yeterli olduğunu belirtir. Düşük oranda da olsa obsesyon ve kompulsiyonların bir diğeri olmadan yaşanabileceğine ilişkin sonuçlar ortaya koyan çalışmalar yapılmıştır (118). OKB semptom olarak oldukça zengindir ve semptomlardaki bu çeşitlilik, bozukluğun heterojen olduğunu düşündürür. Epidemiyolojik verilere göre, hastaların yaklaşık %40'ında sadece obsesyon, %30'unda sadece kompulsiyon, kalan %30'unda ise obsesyon ve kompulsiyon birlikte görülmektedir. Klinik başvurularda ise hem obsesyon, hem de kompulsiyon olanlar %75'den fazladır. Bu durum, son gruptaki hastaların daha fazla yardım arayışına bağlıdır (85).

OKB tanısı konulabilmesi için, obsesyon ve/veya kompulsiyonların kişide belirgin sıkıntıya neden olması, önemli zaman kaybına yol açması ya da kişinin olağan günlük işlerini etkileyip, toplumsal ve mesleki işlevselliğini bozması gerekir. Bir çok

insanın zihnine kısa süreli, benliğe daha az yabancı, kolayca uzaklaştırılan, kişide belirgin sıkıntıya yol açmayan obsesyonel doğada düşünceler gelmekte, fakat bu düşünceler önemli nötralizasyon çabası gerektirmemektedir (119).

2.5.1. Tanı Kriterleri

Psikiyatrik hastalıkların tanı ve sınıflandırılmasında günümüzde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan ICD-10 ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan DSM-V-TR tanı sistemleri kullanılmaktadır. Duruma özgü özelliklere vurgu yapan birkaç istisna dışında her iki sınıflandırma sistemi OKB'yi benzer şekilde tanımlamaktadır. OKB; ICD-10'da nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar içinde sınıflandırılırken, DSM-IV-TR'de anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılır. ICD-10'da OKB tanısı için en az 2 hafta süre ile çoğu günlerde obsesif kompulsif belirtilerin bulunması şartı aranırken, DSM-IV-TR'de süre şartı aranmaz. DSM-IV-TR' deki "içgörüsü az olan" tanısız alt tip ICD-10'da yoktur. ICD-10'da kompulsif aktivitelerin hoşnutluk oluşturmaması gerektiği vurgulanırken, DSM-IV-TR'de bu özellik yoktur. DSM-IV-TR zihinsel eylemlerin de kompulsiyon olabileceğini belirtirken, ICD-10'da bundan bahsedilmemektedir (120,121).

Yakın zamana kadar DSM-IV-TR kullanılmaktayken 2013'te DSM-5 yayımlanmıştır. DSM-5'te ise Obsesif Kompulsif Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar başlığı ile Anksiyete Bozuklukları'ndan ayrılmış ve ayrıca sınıflandırılmıştır (2).

2.5.1.1. DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. Bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma, bir parafilin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).

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

İçgörüsü az olan tip: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa.

2.5.1.2. DSM-5 Tanı Ölçütleri

Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk)

A. Takıntıların (obsesyonların), zorlantıların (kompulsiyonların) ya da her ikisinin birlikte varlığı: Takıntılar (obsesyonlar) (1) ve (2) ile tanımlanır:

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

(2) Kişi, bu düşüncelere, itkilere ya da imgelere aldırmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı yerine getirerek) girişimlerinde bulunur.

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

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

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

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

B. Takıntılar ve zorlantılar kişinin zamanını alır (örn. günde 1 saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

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

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örn. yaygın kaygı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı kuruntular; beden algısı bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; biriktiricilik bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide (saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; basmakalıp davranış

bozukluğunda olduğu gibi basmakalıp davranışlar; yeme bozukluğunda olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığı olduğunu düşünüp durma; cinsel sapkınlık bozukluklarında olduğu gibi cinsel itkiler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü denetimi ve davranış bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; yeğin depresyon bozukluğunda olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanısal uğraşlar ya da otizm açılımı kapsamında olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri). Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığının ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

İç görüşü kötü: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüşü yok/sanısal inanışlar: Kişi, takıntı-zorlantı bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

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

2.5.1.3. DSM-IV-TR ile DSM-V Arasındaki Başlıca Farklar

DSM-5'te "Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar (Obsessive-Compulsive And Related Disorders)" isminde yeni bir bölüm oluşturulmuş ve "Obsesif Kompulsif Bozukluk (Obsessive-Compulsive Disorder)" ile buna benzeyen bozukluklar bu bölüme kaydırılmıştır. Bu gruptaki diğer bozukluklar ise Beden Algısı Bozukluğu (Vücut Dismorfik Bozukluğu), Biriktiricilik Bozukluğu, Trikotillomani (Saç Yolma Bozukluğu), Deri Yolma Bozukluğu, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk, Tanımlanmış Diğer Bir Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk ve Tanımlanmamış Takıntı-Zorlantı Bozukluğu ve İlişkili Bozukluktur. Obsesif Kompulsif Bozukluk" ve buna benzeyen bozuklukların ayrı bir bölüme alınarak diğerlerinden ayrıştırılması bu bozuklukların farklı bir etiyolojiye ve gidişata sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Bu bölüme alınan bozukluklar

birbirleriyle ilişkili görülmektedir ve bunların tedavileri de benzer biçimde yapılmaktadır.

DSM-IV-TR ile DSM-5'teki başlıca diğer değişiklikler ise şunlardır:

DSM-IV-TR'deki A tanı ölçütünün obsesyonlarla ilgili 2 ve 4. maddeleri kaldırılmıştır.

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

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

DSM-IV-TR'deki B tanı ölçütü olan “Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder.

Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.” tanı kriteri kaldırıldı. DSM-IV-TR'de sadece ‘iç görüsü az olan tip’ alt tipi varken, DSM-5'te içgörü ile ilgili 3 tip belirtilmiş ve ‘tikle ilişkili’ tipi de eklenmiştir.

2.5.1.4. ICD-10 Tanı Ölçütleri

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

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

B. Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.

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

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

ICD-10' da OKB ile ilgili alt başlıklar şunlardır:

F42.0 Obsesyonel düşünceler veya kurmaların (ruminasyonların) baskın olduğu tip

F42.1 Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip

F42.2 Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte olduğu, karışık tip

F42.8 Başka obsesif-kompulsif bozukluklar

F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

2.5.2.Belirti Boyutları

Genellikle benzer desende yapılan ve belirti dağılımını Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği belirti listesine göre yapan çalışma sonuçları bağlamında 3 ile 6 arasında belirti grubu saptanmıştır.

1. Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar
2. Cinsel/dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar
3. Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları
4. Simetri-düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları,
5. İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları,
6. Diğer obsesyon ve kompulsiyonlar, en temel belirti grupları olarak tanımlanmaktadır (122-123).

Bazı çalışmalarda yalnızca obsesyonları hesaba katarak bilişsel teori bağlamında, belirtilerin otojen ve reaktif obsesyonlar olarak iki farklı gruba ayrılabilceğini önermiştir (133). Otojen obsesyonlar genellikle belirlenebilen bir uyarı olmaksızın zihne gelen, benliğe yabancı olan, daha fazla rahatsız edici obsesyonlardır. Bir çok çalışmada aynı faktör yapısı içinde yer aldığı görülen dini, cinsel ve saldırganlık obsesyonları bu gruba girmektedir (134). Bu obsesyonlarda kişi, esas sorunu kirlenme-bulaşma ya da kontrol etme belirtilerindeki gibi dış gerçeklikte değil, düşünce içeriğinin kendisinde görmeye eğilimlidir (135). Reaktif obsesyonlar ise daha fazla bir dış uyaran tarafından tetiklenme eğiliminde, kişinin daha az saçma bulduğu, daha az saklama gereği duyduğu, diğerlerine oranla daha az rahatsızlık uyandıran obsesyonlardır. Kirlenme, kuşku, simetri, istifleme obsesyonları ise bu grupta yer alır.

Otojen ve reaktif obsesyonlar arası farklar şöyle özetlenebilir:

1. Otojen obsesyonları harekete geçiren uyarının tanımlanması reaktif obsesyonlara göre görece daha zordur.
2. Otojen obsesyonları harekete geçiren uyararla düşünce içeriğinin ilişkisi reaktif obsesyonlara göre daha az ilişkili ve daha semboliktir.
3. Otojen obsesyonlarda ego-distansite reaktif obsesyonlara göre daha yüksektir.
4. Otojen obsesyonlarda algılanan akıl dışılık reaktif obsesyonlara göre daha yüksektir.
5. Otojen obsesyonlarda otomatik düşüncelerin ayırt edilebilirliği daha yüksektir.

6. Otojen obsesyonlarda sonraki davranışlar reaktif obsesyonlara göre daha gizli ve çekingendir.

7. Otojen obseyonlarda kompulsiyonlar saf obsesyon ya da ruminasyon şeklinde olabilirken; reaktif obsesyonlarda yıkama, kontrol etme, düzenleme gibi kompulsiyonlar vardır (136).

Ülkemizde 15 merkezin katılımı ile yapılan en geniş ölçekli çalışmanın sonuçlarına göre; saldırganlık obsesyon ve kompulsiyonları %44,4, dini OK %26,8, cinsel OK %16,2, kontaminasyon OK %75,8, simetri OK %67,8, istifleme OK %22,8, bedensel OK %17,4 ve diğer OK %34,2 oranında belirlenmiştir (124).

Erişkin hastalar tarafından en sık tanımlanan obsesyonlar, görülme sıklıklarına göre; kirlenme (%37.8), kuşku (%23.6), simetri (%10), somatik (%7.2), dinsel (%5.9), ve cinsel (%5.5) obsesyonlardır.

En sık rastlanan kompulsiyonlar ise, sıklık sırasına göre; kontrol etme (%28.8), temizleme (%26.5), tekrarlama davranışları (%11.1), düzenleme (%5.9) kompulsiyonlarıdır (125).

2.5.2.1. Bulaşma Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları

Belirti grupları içinde neredeyse çalışmaların tamamında en yaygın belirti grubu olarak tanımlanmaktadır. Mikroorganizmalar (mikrop, virüs, bakteri), ev ortamında kullanılan eşya ve ürünler (tuvalet, çamaşır, banyo malzemeleri, yiyecekler), evsel ve çevresel atıklar(çöp, rasyasyon, zehir vb.), bedensel atık ve sekresyonlar (tükürük, balgam, feçes, meni, ter, idrar), hayvanlar ve hayvansal maddeler (böcek, tüy ve atıklar), yapışkan, yağlı maddelerin (zatk,yağ vb.) bulaşması ya da bulaşma olasılığı hakkında obsesyonlar olabilir. Kişiler el sıkışma, kapı tokmağı, para vs gibi pek çok şeyi kirlenme kaynağı olarak görmekte, bulaşmayı önlemek için eşyalara dokunmaktan, insanlarla yakın temas kurmaktan kaçınabilirler.

Bulaşma obsesyonuna yanıt olarak temizleme kompulsiyonu gelişir. Sık sık ve uzun süre el yıkama, banyo ve tuvalette uzun süre kalma, sık kıyafet değıştirme ve yıkama, evi ve eşyaları tekrar tekrar temizleme, yıkanmış çamaşır ve bulaşığı tekrar yıkama şeklinde kompulsiyonlar görülebilir. Kirlenmeye neden olacak maddeler ile teması önleyen davranışlar veya onları ortadan kaldıracak önlemleri alma, aldırma ve kontrol etme davranışları olabilir (19,126).

Bulaşma grubu belirtilerin anksiyeteden daha farklı bir duygu olan “iğrenme”, “tiksinme” ile ilişkili bir alt tip olduğunu öne süren yazarlar vardır. Diğer alt tipin ise “zarar görme” inancı ya da düşüncesi temelinde yapılan bulaşma korkusu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (127).

2.5.2.2. Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar

Bu grup belirtiler bazı eylemler veya eylemsizlik nedeniyle kendine veya başka insanlara zarar verme ve o zararı önlemek üzere yapılan kontrol davranışlarını ve zihinsel eylemleri (sayma, dua, tekrarlayan kelimeler vb.) içermektedir. İsteyerek ya da istemeyerek kendine, yakınlarına ya da diğer insanlara zarar verebileceği, korkunç bir şeyin olmasından sorumlu olabileceği, müstehcen, hakaret edici sözleri ağzından kaçırabileceği, saldırgan davranışlar sergileyebileceği ya da yasa dışı bir eylem yapabileceği hakkından obsesyonlar olabilir.

İstenmeyen zararlı sonucun gerçekleşip gerçekleşmediğinden emin olmak ve bu olasılığı engellemek üzere yapılan kontrol davranışları, kendini veya zarar vermekten korktuğu kişiyi kısıtlayıcı davranışlar, korkulan eylemin olma olasılığı hakkında kompulsif araştırmalar, hiç olmamış bir zarardan dolayı ilgilişiden sürekli af ya da helallik dileme, tuhaf animistik ritüeller, kötü sonucu yansızlaştırmak üzere iyi ve güvenli ritüeller ya da zihinsel eylemler (uğurlu sayıları hatırlama, dua etme, zihninde belli şekilleri hatırlama) şeklinde kompulsiyonlar görülebilir (19).

Saldırganlık obsesyonu olanlar, bıçak, makas gibi sivri nesnelerden, sevdikleri kişilerle yalnız kalmaktan kaçınırlar, kendilerine zarar vermekten korkarlar; arabaların önüne atlama, kendini pencereden aşağı atma düşünceleri olabilir. Saldırganlık obsesyonu olanların % 68’ inde cinsellik obsesyonları saptanmıştır (21).

2.5.2.3. Dini-Cinsel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

Dini, ahlaki, etik veya sosyal değerlere tamamen aykırı karakterde yaşanan istenmeyen düşünceler ve ilişkili davranışlar, bu grup belirtilerin içeriğini oluşturmaktadır. Geleneksel olarak bu belirtiler saf obsesyon grubu olarak tanımlansa da ilişkili zihinsel ya da davranışsal kompulsiyonlar olmaksızın görülme olasılıklarının sık olmadığı belirtilmiştir (128).

Cinsel obsesyonlar ensest, eşcinsellik, çocuklar hakkında cinsel içerikli düşünce, zorlama ya da hayaller, şeklinde olabilir. Kişi bu zihin içeriğinden kendini kurtaramadıkça günaha girdiği, bu eylemi yapma olasılığını artırdığı ya da yapmış kadar olduğu şeklinde inanışlara sahip olabilir (5,19).

Dini obsesyonlar tarihsel açıdan OKB'nin tanımlanmış en eski belirti grubudur (129). Dini obsesyonlar dini ve ahlaki değerlere küfür etme, karşı gelme ve doğru/yanlış kavramları ile ilgilidir. Tanrıya küfretme, varlığına inanmama gibi düşüncelere sahip olmaktan endişe duyma, dini değerlere hürmetsizlik ve bundan dolayı ceza almaktan korkma gibi durumları içeren obsesyonlardır. Bu hatalarda dua etme, tövbe etme, sayma gibi örtülü kompulsiyonlar gelişebilir (5,126). Özellikle dini ibadetler sırasında ve dini yerlerde bu obsesyonlar daha fazla yaşanabilir.

2.5.2.4. Patolojik Kuşku ve Kontrol Kompulsiyonları

Geçmişte “kuşku obsesyonları” diye adlandırılan obsesyon grubu genellikle kapı, pencere, dolap, musluk veya elektrikli aletleri açık bırakmış olma gibi eylemin yapıldığından emin olamama ve bu kaygıyı gidermek için yapılan kontrol davranışları için kullanılma eğilimindeydi. Kontrol kompulsiyonları birçok obsesyon grubu ile ilişkili olarak görülen yaygın bir kompulsiyon türü olup, “patolojik kuşku” ise birçok belirti boyutunun altında yatan, bir işi doğru, tam ya da ayarında yapıp yapmamakla ilişkili kaygıya işaret eden anahtar bir bilişsel özelliktir. Bu şekilde bulaş obsesyonları olan bir hasta, bulaşmayı ortadan kaldıracak önlemleri alma ve bunları kontrol etme, simetri obsesyonları olan bir kişi eşyaların simetrisini tekrar tekrar kontrol etme, cinsel obsesyonları olan bir hasta yanlış bir şey yapmadığından emin olmak için elbiselerini kontrol etme davranışları sergileyebilir (19). Kontrol kompulsiyonlarının bu yaygınlığı nedeniyle bazı araştırmacılar, OKB olgularını kontrolcüler (checkers) ve kontrolcü olmayanlar (non-checkers) olarak da sınıflandırmıştır (130).

Kompulsif kontrol etmenin bilişsel modeline göre kontrol kompulsiyonlarına katkıda bulunan üç ana bileşen; kötü bir şey olma olasılığına dair abartılı tahminler/beklentiler, bu olayın sonuçlarının ciddiyetine dair abartılı tahminler/beklentiler ve kişisel sorumluluk algısındaki artıştır (131).

2.5.2.5. Simetri, Sıralama/Düzenleme, Sayma Obsesyon ve Kompulsiyonları

Bu grupta olanlar sıklıkla yapılan işlerin mükemmel, kesin, sırasıyla, belli sayıda ya da tam ayarında olması, eşyaların ya da nesnelerin simetrik ya da doğru şekilde sıralanmış ya da hazırlanmış olması şeklinde obsesyonlar görülür. Bu obsesyonları diğerlerinden farklı olarak egodistonik olarak yaşantılamazlar. İstedikleri düzeni sağlayamadıkları zaman anksiyeteden çok hoşnutsuzluk duyarlar. Büyüsel düşüncesi ön planda olan hastalar ise hayali bir tehlikeyi önlemek amacıyla düzene ihtiyaç duyarlar. Bu nedenle yapma-bozma ve sayma ritüellerini kullanırlar (85). Bazı davranışların belirli bir sayıda yinelandığı tekrarlama kompulsiyonları ve araç plakalarını, apartman katlarını ya da belirli bir sayıya kadar sayma tarzında ortaya çıkan sayma kompulsiyonları da OKB'nin klinik görünüşleri arasındadır.

2.5.2.6. Bedensel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

Belirtiler sıklıkla kontrol etme, güvence arama davranışları ile birlikte görülen ciddi bir hastalığa yakalanma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Somatik uğraşlar genellikle güncel hastalıklar ile ilgilidir. Kanseri, AIDS gibi hayatı tehdit eden, iyileştirilemez bir hastalığa yakalanma ile ilgili olabilir. Kişiler sürekli olarak bu hastalıklara yakalanma ihtimali içindedirler ve korunmak için çeşitli önlemlere başvururlar (85). Bu belirtiler hastalık anksiyetesi bozukluğu ile karışabilir. Hastalık anksiyetesi bozukluğu olan hastalar tedavi değil, açıklama arar, içgörülerini daha kötüdür. OKB hastaları ise hastalığa yakalandığına dair obsesyonu olduğunda, bunun olup olmadığını araştırıcı davranışlar içinde olsa da, bu düşüncenin saçma olduğuna ilişkin içgörüsü nispeten yüksektir.

2.5.2.7. İstifleme Obsesyon ve Kompulsiyonları

İstifleme, gerçek anlamda maddi ya da manevi değeri olmayan birçok şeyin saklanıp biriktirildiği bir durumdur. DSM-5'e kadar OKB bağlamında değerlendirilen istifleme obsesyon ve kompulsiyonları, daha kötü içgörü düzeyi, daha olumsuz tedavi yanıtı ve daha geç başlangıç yaşı gibi özellikler nedeniyle ayrı bir bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (132).

2.5.2.8. Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar

Yukarıdaki obsesyon içeriklerinden başka; bilme ve hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri söyleme ya da söyleyememe korkusu, uğurlu veya uğursuz sayılar, batıl inanışlar özel anlamı olan renkler vb. obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar yer alabilir.

2.6. Eştanı

OKB'de komorbid durumlar tedavi yanıtını ve hastalığın seyrini etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda OKB'lilerin kliniğe başvurdıkları sırada %48-68'inde başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı konulduğu, bu oranın yaşam boyu %86-92'ye kadar çıktığı rapor edilmiştir (137-139). Ektanıların OKB'li hastalarda daha kötü işlevsellik, daha düşük yaşam kalitesi, daha şiddetli OKB belirtileri, intihar davranışı, tedavinin erken dönemde kesilmesi ve daha düşük tedavi yanıtı ile ilişkili olduğu bir çok çalışmada bildirilmiştir (6,140,141). Panik bozukluk, fobiler , bipolar bozukluk, yeme bozuklukları ile birlikteliği seyrek olmamakla birlikte, en sık major depresyonla birlikte görülür.

Major depresyon ile yaşam boyu birliktelik %65, eşzamanlı birliktelik %30 olarak saptanmıştır (142). Depresif belirtiler hastaların %85'inde OKB'ye ikincil olarak başlamaktadır. OKB'ye eşlik eden major depresyonun kötü prognoz ile ilişkili olduğu, uzun dönem tedavi sonuçlarını olumsuz etkilediği bulunmuştur (143,144). OKB ile duygudurum bozukluklarının ilişkisini araştıran bir çalışmada, OKB'li olguların %13.1'inde iki uçlu bozukluk, % 64.1'inde depresyon saptandığı, her iki grupta da Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği puanlarının ektanısı olmayan OKB grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (145). OKB intihar ilişkisini araştırmak için yürütülen bir çalışmada, örneklemin %36'sında yaşam boyu, %10'unda güncelintihar düşüncesi, %20'sinde yaşam boyu intihar planı, %11'inde de yaşam boyu intihar girişimi belirlenmiştir (146).

Obsesif kompulsif bozuklukta iki uçlu bozukluğun yaşam boyu birlikteliği epidemiyolojik araştırmalarda %14-21, klinik çalışmalarda %10-35 olarak bulunmuştur (147). Bipolar bozukluk ektanısının, belirti örüntüsü ve komplikasyonlar üzerinde ve ayrıca tedavi uyumu ve tedavi sonuçları üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu ileri sürülmektedir (147,148).

OKB'nin yaşam boyu %40-60 gibi yüksek oranda diğer bir anksiyete bozukluğu ile birliktelik gösterdiği, en sık eşlik eden anksiyete bozukluklarının panik bozukluğu, basit fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu olduğu bildirilmiştir (149). OKB hastalarında sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlığı epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda %14-43.5 aralığında bulunmuştur. Rasmussen ve Eisen'in (8) yaptığı bir çalışmada 100 OKB hastasına basit fobi %22, sosyal fobi %18, panik bozukluk %12 oranında eşlik ettiğini bildirmişlerdir. Torres ve ark.'nın (150) yaptıkları çalışmada ise yaygın anksiyete bozukluğunun %31.4, panik bozukluğun %22, sosyal fobinin %17, özgül fobinin ise %15 oranında OKB'ye eşlik ettiğini bulmuşlardır.

OKB ile şizofreni arasındaki ilişki çok uzun zamandan beri bilinmektedir. Klinik gözlemlerde OKB'de zaman zaman psikotik özelliklerin ortaya çıkması veya şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin görülmesi sık karşılaşılan bir durumdur. Obsesif kompulsif belirtiler şizofreninin prodromal döneminde de ortaya çıkabilmektedir. Şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirti sıklığı %30-59, OKB sıklığı %7.8; OKB olgularında psikotik belirti sıklığı %14, şizofreni sıklığı %4-12 olarak bildirilmiştir (27,140,151).

OKB'lilerde yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu %14-24, madde kullanım bozukluğu %13.5-30 düzeyindedir (150,152). OKB'li hastalarda alkol kullanım bozukluklarını araştıran bir çalışmada, alkol kullanım bozukluğu olan OKB grubunun (%7.5) alkolü çoğunlukla obsesif kompulsif belirtileri azaltmak amacıyla kullandıkları ve alkolün anksiyolitik etkilerinden dolayı kendi kendini tedavi amacı ile kullanılmasının OKB'ye ikincil alkol kullanım bozukluğu gelişme riskini artırdığı bildirilmiştir (153).

Genel toplumda kişilik bozukluklarının yaygınlığı % 5-20 arasında değişmektedir. OKB'li hastalardaki kişilik bozuklukları ek tanısı yapılan çalışmaların çoğunda ortalama %50 oranında bulunmuştur (154-156). Uğuz ve ark.'nın (154) yaptığı çalışmada OKB' ye en sık eşlik eden kişilik bozuklukları OKKB (%30), çekingen (%28) ve pasif agresif (%12) iken, Baers ve ark.'nın (155) yaptığı çalışmada en sık bağımlı (%12), histrionik (%9) ve OKKB (%6) bulunmuştur.

2.7. Seyir ve Prognoz

OKB, süreğen ve inatçı bir hastalıktır. Belirtiler bir kısım hastada sinsi ve yavaş bir başlangıç göstermekte, belirtilerin klinik olarak anlamlı bir düzeye gelmesi uzun zaman almaktadır (1). Gebelik, cinsel bir sorun ya da bir yakının ölümü gibi stresli bir olay sonrasında belirtiler ani başlangıç gösterebilir. Bazı hastalar epizodik bazıları ise sabit bir seyir gösterir (3). Zaman içinde belirtilerin şiddeti ve biçimi değişebilir. Epizodik ve süreğen OKB hastaları arasındaki farkı araştıran çalışmalar, epizodik OKB hastalarında, süreğen gidişli gruba göre, hastalık başlangıç yaşı daha geç, kadın/erkek oranı daha yüksek bulunmuş ve OKB'nin epizodik alt tipi ile major depresyon arasında bir ilişki olabileceğinden bahsetmiştir (157).

OKB'de tedavi yanıtı, başlangıçtaki YBOKÖ puanlarında %35 ya da daha fazla azalma olarak tanımlanmaktadır. İyileşme (recovery) tedaviden sonra belirtilerin kaybolarak, sağlıklı kişilerden farklılık göstermeyen bir durumun oluşmasının ifade etmektedir. OKB'de tam iyileşme, daha çok epizodik gidiş gösteren olgularda nadiren görülmektedir. OKB hastalarında daha sıklıkla "remisyon" görüldüğü söylenebilir (158). OKB'ü olan hastaların yaklaşık %15'inde, mesleki ve toplumsal işlevsellikteki bozulmanın süreçte giderek arttığını belirtilmektedir (22).

OKB hastaları bir SSRI tedavisine %40-60 arasında yanıt vermektedir (159,160). Çok merkezli bir çalışmada, bir SSRI tedavisine yanıt vermeyen olguların %20'sinin ikinci bir SSRI tedavisine yanıt verdiğini ortaya koymuştur (31). Hastaların %20-30 kadarında belirtilerde belirgin iyileşme, %40-50'sinde orta dereceli iyileşme gözlenirken, kalan %20-40'nın belirtileri sabit kalır veya daha kötüleşir (3).

Hastalığın erken yaşta başlaması, evli olmama, başlangıçta hastalığın şiddetli olması, hastalığın uzun ve süreğen olması, belirgin büyüsel düşüncenin bulunması, OKB'un kişilik bozuklukları (özellikle paranoid, şizotipal ve sınır kişilik bozuklukları), bipolar bozukluk ve yeme bozuklukları ile birlikteliği, kötü sosyal uyum ve sosyal becerilerin yetersiz olması, kompulsiyonlara direnememe, hastaneye yatış, aşırı değerlendirilmiş düşüncelerin varlığı, bizar kompulsiyonların varlığı kötü prognoz belirliyecileridir (3,160). İyi prognoz belirtileri ise şunlardır: Hastalığı ortaya çıkarıcı bir olayın varlığı, belirtilerin epizodik bir gidiş göstermesi, iş ve sosyal yaşantıda uyumun iyi olması (3,118).

2.8. Tedavi

OKB'da ilk basamak tedavi yaklaşımları ilaç ve bilişsel davranışçı terapidir. İlaç tedavisinin etki büyüklüğü 0.37-1.09, BDT'nin etki büyüklüğü ise 0.99-1.13 arasında bildirilmiştir (161). Kontrollü çalışmalarda farmakoterapi, davranışçı terapi ya da her ikisinin kombinasyonunun OKB tanılı hastaların belirtilerini önemli ölçüde azalttığı tespit edilmiştir. Hangi terapinin kullanılacağı, bu konuda tecrübeli klinisyenin kararına ve hastanın farklı seçeneklerden kendisine en uygununu kabulüne bağlıdır (162).

2.8.1. Farmakoterapi

OKB'nin akut tedavisinde trisiklik antidepresan olan klomipramin ve SSRI'ların belirti şiddetini azaltma ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (163,164). Metaanalizler klomipraminin etkinlik açısından SSRI'lardan biraz daha üstün olduğunu ortaya koyarken (165,166), randomize kontrollü çalışmalar tolere edilebilirlik açısından SSRI'ları klomipraminden üstün bulmuşlardır (167). Akut tedaviye yanıt veren hastalarda yapılan plasebo kontrollü, nüksü önleme çalışmalarının çoğunda, aktif tedavide (essitalopram, fluoksetin, paroksetin, sertralin) kalma, plaseboya geçmeye göre avantajlı bulunmuştur (164). OKB tedavisinde SSRI'lar için optimal doz, tam terapötik etkinin görüldüğü dozdur. Etki görülmediğinde ise, doz kademeli olarak artırılır. Tedaviye yanıtın olmadığından söz etmek için, SSRI tedavisi o ilaç için kabul edilen en yüksek doza çıkılarak toplam en az 12 hafta sürdürülmüş olmalıdır. SSRI tedavisi ile iyileşme görüldükten sonra, ilaç kesimini takiben ortaya çıkan yüksek orandaki nüksetmeler sebebiyle, tedavinin etkili dozda uzun bir süre (ortalama 2 yıl) sürdürülmesi gerekmektedir (168).

OKB'de farmakoterapiye olan yanıt anksiyete bozukluklarından daha geç ve yüksek dozlarda olmaktadır (171). OKB'de tedavi yanıtı, en azından bir hafta süresince Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) puanında %35 ya da daha fazla azalma ve Klinik Global İzlenim (KGİ)-Düzelme ölçeğinden 1 (oldukça düzeldi) ya da 2 (çok düzeldi) puan alması olarak tanımlanmıştır. Tedaviye kısmi yanıt için ise, en azından bir hafta süresince YBOKÖ puanında %25 ile %35 arasında azalma ve KGİ-Düzelme ölçeğinden 3 (biraz düzeldi) puan alınması ölçüt olarak alınmıştır (169).

İlk basamak farmakoterapilerinin başarısızlığından söz etmek için, en az üç farklı SSRI'nın farklı dönemlerde, etkin doz ve yeterli süre kullanılması ve bunlardan birinin klomipramin olmasının gerektiği vurgulanmaktadır (170). Araştırma sonuçları, bir SSRI tedavisine yanıt vermeyen vakaların %20'sinin ikinci bir SSRI tedavisine yanıt verdiğini göstermektedir (31). İlk basamak tedavileri sonunda, hastaların %20-30'unda tedaviye yetersiz yanıt ya da yanıtsızlık görülmektedir (159).

OKB tedavisinin 2. aşamasını güçlendirme tedavileri oluşturmaktadır. Bu yaklaşım birincil olarak serotonerjik sistemi etkileyerek OKB'de kısmi etkinlik göstermiş olan SSRI'ların klinik etkinliklerini, tedaviye serotonerjik sistemi farklı şekilde etkileyen ya da etkilerini diğer nörotransmitter sistemleri üzerinden gösteren ilaçlar ekleyerek artırmayı amaçlamaktadır (168). Tedaviye direnç durumlarında değişik stratejiler kullanılmakla birlikte en sık antipsikotik ile güçlendirme yapılmaktadır. Bloch ve ark.'nın yaptığı meta-analizde antipsikotiklerin, özellikle risperidonun tedaviye dirençli OKB'de yararlı olabileceği sonucuna varmışlardır (172). Çalışmalar antipsikotiklerin tedavi yanıtı oranlarının %40-55 arasında olduğunu göstermektedir. Atipik antipsikotiklerin güçlendirme etkileri için düşük dozlarda kullanımları yeterli olmaktadır. Tedaviye dirençli OKB hastalarında ayrıca serotonerjik etkili ilaçlardan klomipramin, klonazepam, pindolol, ondansetron; glutamaterjik ilaçlardan memantin, n-asetilsistein, lamotrijin eklenmesi ile olumlu sonuçlar alınmıştır (173,174,175,176,177,178,179). Oral tedaviye yanıt vermyen OKB'li hastalarda intravenöz klomipramin ve sitalopramın uygulaması ile yapılan çalışmalarda iyileşme olduğu gözlemiştir (180,181).

2.8.2. İlaç Dışındaki Biyolojik Tedavi Yaklaşımları

OKB'de ilaç dışındaki biyolojik tedavi yaklaşımları arasında EKT, transkraniyal manyetik uyarım (TMU), derin beyin uyarımı ve beyin cerrahisi uygulamaları yer almaktadır. Araştırmalarda iki ayrı SSRI ve klomipraminin tam doz, tam süre kullanımına ve antipsikotik eklenmesine karşın yanıt alınamayn ve bir yıl ya da 20 seanslık BDT uygulamasına yanıt vermeyen olgular seçilmektedir.

2.8.2.1. Elektrokonvulsif Terapi

EKT'nin OKB'deki etkinliği konusunda genel yaklaşım, bu uygulamanın özgül bir antiobsesif etkisinin olmadığı, şiddetli depresyonu ya da özkıyım riski olan OKB hastalarında depresif belirtilere yönelik olarak kullanılabileceği şeklinde (168).

2.8.2.2. Transkraniyal Manyetik Uyarım

Yapılan bir meta analiz çalışmasından elde edilen sonuçlara göre, tedavi yanıt oranı; aktif yineleyici TMU uygulanan hastalarda (%35), yalancı uyarım uygulanan hastalardakinden (%13) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (182). Çalışmada ayrıca, yineleyici TMU protokollerinin dorsolateral prefrontal korteks dışındaki bölgeler (orbitofrontal korteks, supleментар motor alan) hedeflenerek yapılmasının, OKB belirtilerinin azaltılmasında daha etkili olduğu görölmüştür.

2.8.2.3. Derin Beyin Uyarımı

Derin beyin uyarımı, özgül beyin bölgelerine stereotaktik yöntemle uyarıcı elektrotlar yerleştirilmesi ve genellikle göğüs üzerine yerleştirilen akım üreteçleri ile uyarı sağlanması temeline dayanır. Etki mekanizması hedef alanda depolarizasyonu bloke ederek nöral transmisyonu engelleme şeklinde olan bu teknik, son dönemde OKB tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır. OKB hastalarına derin beyin uyarımı uygulaması üzerine yapılan bir derlemede, tedavi sonrasında YBOKÖ puanlarında 6.8-31 puan düşme görölrken, tedaviye yanıt oranı %54 bulunmuştur (183).

2.8.2.4. Psikocerrahi

OKB'li hastaya beyinde stereotaktik lezyon oluşturma kararı almak için gerekli olan ölçütler; hastalığın şiddeti, süregeenliği, yarattığı işlevsellik kaybı ve tedaviye yanıtsız olması olarak sıralanabilir (19). Orbitofrontal korteks, kaudat nukleus ve anterior singulat korteksin OKB patofizyolojisi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. OKB tedavisinde son yıllarda en sık uygulanan cerrahi yöntemler de bu bölgelere yönelik girişimleri içeren anterior singulotomi, anterior kapsülotomi, subkaudat traktotomi ve limbik lökotomidir (184).

2.8.2. Psikoterapi

2.8.2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi

Klinik çalışmalar BDT'nin OKB belirtilerini belirgin düzeyde azaltmadaki etkinliğini tutarlı biçimde ortaya koymuştur (185). Bu güçlü kanıtlar sayesinde bazı tedavi rehberlerinde birinci sıra tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir. Temel davranışçı yaklaşımlar alıştırma ve tepki engelleme (ATE)'dir. ATE, obsesyonlara bağlı sıkıntı oluşturan uyarılarla, bu sıkıntıyı hafifletme amaçlı davranışları gerçekleştirmeksizin karşılaşma yoluyla "alışma" ilkesine dayalıdır. Alıştırma egzersizleri gerçek yaşamda veya imgelemde yapılabilir. Tekrarlanan alıştırma ve tepki engelleme çalışmaları ile obsesyonları tetikleyen uyarılar ile ilişkili sıkıntıda ve bununla bağlantılı tepkilere duyulan gereksinimde azalma sağlanır (186).

Tedavide birinci sıra kabul edilen ATE'nin yanı sıra, ATE ile birlikte ya da tek başına uygulanabilen bilişsel terapinin de OKB tedavisinde yararlı olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır. Bilişsel terapi sırasında ise OKB hastalarında var olan hatalı inançların değiştirilmesine çalışılır. Bu hastalarda artmış bir tehlike ihtimali algısı ve tehlikenin sonuçlarına yönelik abartılı düşünceler vardır. Bilişsel terapi sırasında hastalar, uyum bozucu düşünce biçimlerini fark etmeyi, bu düşünceleri yeniden değerlendirmeyi ve sonuçta değiştirmeyi öğrenirler (187). ATE ile eşzamanlı olarak bilişsel müdahalelere de yer verilmesi, anksiyete toleransını geliştirebilir, tedavi uyumunu artırabilir, belirtilerle ilişkili işlevsel olmayan inançları azaltabilir ve tedaviyi bırakma oranlarını düşürebilir (188).

2.8.2.2. Psikodinamik Psikoterapi

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu için genellikle çok iyi sonuçlar veren psikodinamik psikoterapinin, OKB'nin ön plandaki belirtileri üzerine etkinliğine dair kanıtlar sınırlıdır (189). Bununla birlikte ayrıntılı bir psikososyal öykü alınması ve dinamik formülasyon yapılması durumunda, OKB hastalarının daha iyi anlaşılması mümkün olabilir ve bu durum hastaya ek ya da alternatif bir tedavi yaklaşımıyla yardım etmeye olanak tanıyabilir (190). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin "OKB için Tedavi Rehberi"ne göre psikodinamik psikoterapi, hastaları neden değişimi istemedikleri yönünde aydınlatarak tedaviyi kabul etmeme şeklinde direncin

aşılmasında ve OKB belirtilerinin kişiler arası ilişkiler üzerindeki etkilerinin ele alınmasında yardımcı olabilir (191).

2.8.2.3. Destekleyici Psikoterapi

Empati, kısıtlılıkların azaltılması, güçlü yönlerin desteklenmesi, patofizyolojiye dair açıklamalar ve düzelme konusunda iyimserlik gibi bileşenler içeren destekleyici psikoterapinin, tüm OKB hastaları için uygun olduğu bildirilmiştir (192).

2.9. Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastaların Yakınlarında Aile Yüğü

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin %10'u uzun vadede bakıma ihtiyaç duymakta ve çoğu aileleri ile birlikte yaşamaktadır (193). Günümüzde hastayı toplumda ve kendi ortamı içinde tedavi etme yaklaşımının benimsenmesiyle, hasta yakınları birincil bakım verici konuma gelmiş ve sorumlulukları artmıştır. Ruhsal bozukluklarda tedavilerin toplum temelli olmaya başlaması, yataklı kurumlar dışında aile içinde geçirilen sürelerin uzamasına ve ailelerin hastaların bakımında daha aktif rol üstlenmelerine neden olmuştur. Bu durum beraberinde bir dizi sorunu getirmiştir (194). Ailesiyle yaşayan hastaların çoğu tüm gününü evde geçirmekte, aileden en az bir kişi hasta bakımı nedeni ile sosyal yaşam ve üretim sürecinden uzak kalmakta ve aileler bir çok farklı alanda sorunlar yaşamaktadır (195).

Bakımverenlerin algıladığı yük kavramı ilk olarak 1960'ların başında Grad ve Sainsbury tarafından ruhsal hastalığı olan ve bir başkasının bakımına gereksinim duyan bireylere evde bakımverenlerin yaşadığı sıkıntıları ortaya koymak için tanımlanmıştır (196). Fiziksel hastalıklarda bakım veren yükü olarak adlandırılan aile yükü literatürde özellikle süreğenlik gösteren çoğu hastalık için incelenen bir kavram olup hastada gelişen yeti yitimine karşı aile üyelerinin fiziksel, duygusal, sosyal veya ekonomik anlamda yaşadığı güçlüklerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (197).

Yük kavramı nesnel ve öznel yük olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Nesnel yük gelir kaybı, sağlık üzerine etkiler, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki gerginlik gibi zorlukları ifade ederken, öznel yük ise hastanın rahatsızlık verici davranışları ile ilişkili sıkıntı ve hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyini kapsamaktadır (197,198). Reinhart ve Horwitz öznel yükün utanç, stigmatizasyon, suçluluk, gücenme, küskünlük, bıkkınlık gibi duygusal boyutları

olduğunu ifade etmişlerdir (199). Bakım verenin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurur.

Ruhsal hastalıklarda bakım veren yükünü ortak olarak etkileyen faktörler arasında hastalıkların klinik belirtileri yanında bakım verenin başa çıkma stratejileri gösterilmiştir. Aynı zamanda bakım veren yükü toplumsal, kültürel, aile birimlerinin yapılanmaları ile ilgili özellikler, sağlık sistemiyle ilgili özellikler ve bakım verenin yaşı, etnik kökeni, cinsiyeti, hastaya olan yakınlığı, eğitim durumu, ekonomik durumu, inançları, sosyal desteği gibi hastalıktan bağımsız kavramlardan da etkilenmektedir.

Bakım veren yükü ile bakım verenin yaşam kalitesi arasında ters yönde ilişki saptanmıştır. Hasta yakınlarının yaşam kalitesi skorlarının hasta ve yakınlarının sosyodemografik özelliklerinin yanında hastalık süresi, hastalık şiddeti, hastaneye yatış sayısı gibi hastalığın klinik özelliklerinden olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Diğer taraftan bakım verenin algıladığı öznel yük sonucu oluşan anksiyete ve depresif bozukluk tanılarının eklenmesi kişinin yaşam kalitesini doğrudan olumsuz etkilemektedir (11,200).

OKB sadece hastayı değil, birlikte yaşadığı aile bireylerini, arkadaşlarını ve toplumu da olumsuz etkilemektedir (9). OKB'yi de içine alan anksiyete bozuklukları toplumda hayli sık görülmesine rağmen bu hastalıkların aile üzerine etkileri 1990'lı yıllardan sonra araştırılmaya başlanmıştır. İlk çalışmalar aile bireyleri arasında anksiyete ve depresyona odaklanmıştır (201,202). Daha sonraki çalışmalarda ise OKB'nin aile bireylerinin sağlığı ve aile işlevselliği üzerine olumsuz etkilerini gösteren aile yükü ve uyum üzerinde durulmuştur (10). Obsesif kompulsif bozukluktaki bakım veren yükünün şizofreni ve bipolar bozukluktakine eşdeğer düzeyde ağır olduğu bildirilmektedir.

OKB hastalarının sosyal aktivitelerindeki azalmanın nedeni olarak izolasyon ve izolasyona bağlı olarak ailelerinin de ciddi oranda aile yükünün arttığı bildirilmiştir. Gruraj'ın OKB ve şizofrenide bakım yükü, yaşam kalitesi ve aile rutinlerindeki bozulmanın karşılaştırıldığı çalışmasında şizofrenide ekonomik yük, günlük aktivitelerde bozulma ve tüm aile yükü değerleri yüksek bulunmuş olup, aile içi ilişkilerde ve boş zaman aktivitelerinde bozulma, aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerine olumsuz etkiler benzer bulunmuştur. Bu çalışmada hastalık şiddeti

ve aile yükü arasında korelasyon bulunmamıştır (204). Ancak Magliano ve ark.'nın çalışmasında obsesif kompulsif bozukluk şiddeti ve yeti yitimi ile aile yükü orantılı bulunmuştur (195).

Hastanın duygulanımındaki dalgalanmalar, komşu ve akrabalarla geçimsizlikler, beden ve ev temizliğinde bozulma, uyku bozuklukları ve tedaviye direnci aile bireyleri üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır (205). Aile bireylerinin en sık karşılaştıkları güçlükler aile içi çatışma, depresyon, tükenmişlik, sosyal ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler, utanç, öfke, suçluluk hisleridir (10,206). OKB'li hasta yakınları utanç ve damgalanmışlık hislerinden kaçınmak için, hastalık belirtilerini gizleme ve inkâr etme eğilimindedirler. Bu da hasta yakınlarının hastaları ile birlikte sosyal ortamlara girmekten kaçınmalarına neden olmaktadır (207). OKB ve şizofreni hastalarının birinci derecede yakınlarının değerlendirildiği diğer bir çalışmada da şizofreni ve OKB'li hasta yakınlarında aile yükünü benzer olarak bulmuşlardır (208). Her iki grupta hastalığın şiddeti ve yeti yitimi ile aile yükü korele bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada iş, arkadaş ve aile ilişkilerinin hem OKB'li hastalarda hem de şizofreni hastalarında aynı derecede kötü olduğu belirtilmiştir. OKB ve şizofrenideki bakımveren yükünün değerlendirildiği bir çalışmada, OKB'li hastaların bakım yükünün büyük bir yüzdesinin eşle ilgili alanlarda yaşandığı ve OKB'nin dayattığı bakıcı yükünün şizofreniyle hemen hemen benzer ya da daha fazla olduğu belirtilmiştir. İki grubun yakınları da hastaların davranışlarının rahatsız edici olduğunu ifade etmiştir.

OKB grubunda yakınların sık sık karşılaşılan sorunları duygusal ve cinsel gereksinimlerde memnuniyetin yetersizliği, aile sorumluluklarında eşinden zayıf destek ve bozulan evlilik ilişkisi olarak belirlenmiştir (209). Evli olan hastaların yaklaşık yarısından çoğunda obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili uyum sorunları ve duygusal açıdan doyumsuzluk vardır (203). Amir ve arkadaşlarının (210) çalışmasında, ailenin gösterdiği uyum, veya hastadan duyulan rahatsızlığın ailenin diğer bireylerindeki depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu saptanmıştır. OKB'deki bakım yükü ve yaşam kalitesini değerlendirildiği bir çalışmada, bakım verenlerin objektif yükü yüksek bulunmuştur ve hastalığın şiddeti ile yükün ilişkili olduğu belirtilmiştir (211). Hastalık süresinin uzun olmasının aile yükünü artırdığı bulunmuştur (212). Ramos ve ark. (213) 50 OKB hastasını aldıkları çalışmalarında hastaların %52'sine depresyon eşlik ettiği, depresyon eşlik eden hastalarda aile

yükünün daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada depresyon şiddetinin OKB şiddeti ile ilişkili olduğu, OKB şiddeti ile aile yükü arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Halen bir işte çalışan hasta yakınlarında, çalışmayanlara göre daha yüksek aile yükü saptanmıştır.

OKB ve depresif bozukluklu hastalarda yapılan bir çalışmada OKB'li hastaların yaşam kalitelerinin ve işlevselliklerinin daha iyi olmasına rağmen, bakımveren yükünün OKB hasta yakınlarında daha fazla olduğu saptanmıştır. Bayanlarda, evlenmemiş olanlarda, düşük sosyoekonomik seviyedeki bireylerde ve kırsal alanda yaşayanlarda aile yükü daha yüksek bulunmuştur. Hastalığın şiddeti, süresi ve hastaneye yatış ile aile yükü arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır (214).

2.10. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum

Son yirmi yılda, obsesif kompulsif psikopatoloji ile kişilerarası ve aile dinamiği arasındaki etkileşime artan bir ilgi duyulmaktadır. OKB'nin kendine has doğası ve obsesyon/kompulsiyonların genellikle evde gerçekleştiği göz önüne alındığında; OKB hastalarının aileleri sıklıkla hastanın semptomlarına diğer psikiyatrik hastaların ailelerinden daha fazla dahil olur (11). Bu durum, semptomların devamı ve refrakter tedavi yanıtı için önemli etkilere sahip olduğu giderek artan bir şekilde kabul edilen ve aile uyumu adı verilen fenomenolojik bir yapının geliştirilmesine yol açmıştır. Aile uyumu uzun yıllar OKB'si olan çocuk/ergenlerin ebeveynlerinde araştırılmasına rağmen sadece son yıllarda, yetişkin hastaların aile üyelerinin bile obsesyonlara ve kompulsiyonlara önemli oranda uyum sağlama eğiliminde olduğu kabul edilmiştir (219).

Aile uyumu, aile üyelerinin günlük rutinlerini değiştirmesine kadar varabilen hastanın ritüellerine ve/veya OKB tetikleyicilerinden kaçınmasına katılımını ya da bunları hasta için kolaylaştırmasını belirtir (11). Böyle bir uyum; hasta için bazı görevleri yerine getirme, endişelerini gidermek için güven verme, semptomları başlatan anksiyeteyi tetikleyici durumlardan kaçınmasına yardım etme şeklinde kendini gösterebilir. Hastalığın klinik özelliklerinden dolayı hasta yakınları günlük aktivitelerini (çalışma takvimi, boş zaman faaliyetleri ve aile ilişkileri) değiştirerek hastanın belirtilerine uyum sağlamak zorunda kalabilirler (13,215).

Aile uyumu, her yaştan OKB hastasını etkileyen bir olgudur ve OKB'li hastaların ailelerinde oldukça (%60-97) yaygındır (12). Aile uyum ölçeğindeki toplam puanlar

genel olarak; aile uyumunun yetişkin hastaların akrabaları arasında bile yaygın olduğunu, ancak çocuk/ergenlerin ebeveynlerine kıyasla daha az olduğunu göstermektedir. Genellikle, çocukların/ergenlerin ebeveynleri, ritüellere (obsesif şüpheler için hastaya güvence sağlanması dahil) yetişkin hastaların aile üyelerinden daha fazla doğrudan katılım gösterme ve kişisel ve / veya aile rutinlerini daha az değiştirme eğilimindedir. Çocuk/ergenlerin aile rutini içinde daha az görevleri olduğu düşünüldüğünde yetişkin hastalarda olduğu gibi ebeveynlerin onların yerine geçmek zorunda olmaması kısmen beklenen bir durumdur. Bununla birlikte erişkin OKB hastalarının aile üyeleri de hemen hemen hergün uyum davranışlarıyla meşgul olma eğilimi göstermektedir (%47'si güvence verme; % 43'ü kaygı verecek şeylerden kaçınmaya yardımcı olma ve % 35'i ritüellere doğrudan katılma) (225).

OKB'li bireylerin %90'ı semptomlarına bazı yollarla uyum sağlayan aile bireyleriyle yaşar. En sık uyum türleri; güven vermek (örn: korkulan sonucun ortaya çıkmayacağı konusunda hastayı yatıştırmak) ve eylemli olarak ritüellere katılmak/ritüeli tamamlaması için hastayı beklemektir (217,218). Hastaların ellerini yıkayıp yıkamadığı; kapıyı, elektrik düğmesini kapatıp kapatmadığı gibi endişeleri hakkında tekrar tekrar aile üyelerince onaylanma istekleri olabilir. Ayrıca temizlik, sıralama-düzen kompulsiyonları hem kendisinin hem de aile üyelerinin gündelik yaşamının kısıtlanmasına neden olabilmektedir. Ailelerin üçte birinden çoğunun rutin ev düzenlerinde hastaların belirtilerine uygun değişiklikler olmaktadır (12). Akraba türü veya cinsiyet ile aile uyumu arasında anlamlı farklılıklar bulunmamakla birlikte, belirli obsesif kompulsif belirtiler boyutları, özellikle temizlik ritüelleri/kontaminasyon kaygıları daha yüksek aile uyumu ile ilişkilendirilmiştir (226).

Aile uyumunun yalnızca akrabaların yaşam kalitesini bozmakla kalmayıp, aynı zamanda hastalığın gidişatı ve tedavi yanıtları üzerinde olumsuz etkisi olduğu yönünde artan kanıtlar bulunmaktadır (218,219). Aile üyeleri sıklıkla hastalıkla ilgili stresi yatıştırmak, semptomların kapladığı zamanı azaltmak ve günlük işleyişi kolaylaştırmak umuduyla bu davranışlarla meşgul olmalarına rağmen; semptom uyumu, OKB'li bireyin korkulan durumla karşılaşmasını engelleyerek semptomatolojinin sürdürülmesi, korkunun ve kaçınma davranışlarının pekiştirilmesi ile ilişkilidir (220,221). Uyum, hastanın anksiyetesini geçici olarak azaltıyor gibi

görünmekle birlikte hastalığın gidişini kötüleştirmekte, aile içi işlevselliği bozmakta ve aile bireyleri için bir stres faktörü haline gelmektedir. Hastanın kuşku obsesyonları, kararsızlığı, güven arama davranışı, kaçınma davranışları ve ritüelleri aile bireyelerine aşırı bağımlılık ile sonuçlanabilir. Aile yaşamı özellikle etkilenir ve bu da yaşam kalitesinde daha büyük bir bozuklukla sonuçlanır (216). Diğer taraftan, uyum göstermeme, ritüellere müdahale etme veya onlara aktif olarak karşı koyma biçimlerini alabilir. Bu da sıklıkla hasta için bir stres faktörü haline gelir ve bazen de açıkça agresif davranışlara neden olur (10). Bu davranışlar, hastalığı olan bireylerin aile üyelerinin veya bakımverenlerin yalnızca günlük yaşantılarında hastaya bakmak ve/veya bir görevde yerini almak gerektiği için genel bir yük getirmektedir (16).

OKB, aile işlevselliğini birçok yönde etkilemektedir. Aile bireyelerinin mesleki işlevsellikleri bozulabilir, geleceğe yönelik planlarını tekrar gözden geçirmek zorunda kalabilirler. Hastanın hastalığı nedeniyle çalışamamasıyla birlikte ailenin ekonomik yükü artabilir (222). Aile üyelerinin %87'si için törensel davranışların çok sıkıcı bir durum haline geldiği saptanmıştır (10). Albert ve ark. yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında OKB'li hasta yakınlarında yaşam kalitesi genel topluma göre düşük bulunmuş ve aile uyumuyla yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (17).

Sonuç olarak; uyum, belirtilerin düzelmesine yardımcı olmadığı gibi hastanın ve akrabasının yaşamını olumsuz etkiler. Yapılan metaanalizlerde OKB semptom şiddeti ile aile uyumu arasında orta düzeyde korelasyon saptanmıştır (227). Ek olarak, diğer aile değişkenleriyle karşılaştırıldığında aile uyumu, OKB belirti şiddetindeki varyansı açıklayan en büyük paya sahip aile değişkenidir (223). Aile uyumu, OKB'nin 1. basamak tedavisi olan maruz kalma ve tepki önlemeye zıt olarak etki eder ve hastanın stresle başa çıkmak için daha adaptif değerlendirmeler ve davranışlar geliştirmesini önler (224).

Aile uyumunun hem çocuk hem erişkinlerde daha kötü tedavi sonuçlarıyla ilişkili olduğu belirlendiğinden beri, uyumu azaltmayı hedefleyen aile temelli müdahalelere ilgi artmıştır. OKB tedavi sonuçlarını iyileştirme umuduyla aile uyumunu azaltmayı amaçlayan tedavi protokolleri yakın zamanda önerilmiş ve son kılavuzlar aile uyumunu OKB hastalarının tedavi stratejisini planlarken ana klinik hedefler arasında olacak şekilde dahil etmiştir (191). Aileleri yüksek uyum sergileyen OKB

hastalarının tanımlanmasıyla, hastalar uyumu azaltmayı amaçlayan aile katımlı BDT'ye doğrudan yönlendirilerek daha iyi tedavi yanıtları sağlanabilir. Çalışmalar, aile katımlı müdahalelerin bireysel BDT'den daha uzun ömürlü belirti iyileşmesi sağladığını bildirmiştir (210).



3.AMAÇ

3.1. Amaç

Bu çalışmada; obsesif kompulsif bozuklukta aile uyumunun varlığını ve sıklığını ölçmek için geliştirilen “Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu”nun geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılarak ölçeğin Türkçe’ye kazandırılması, aile uyumu ile hastalık yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi ve aile uyumu ile obsesif kompulsif bozukluk belirti şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi, amaçlanmıştır.

3.2. Temel Hipotezler

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarla birlikte yaşayan kişilerin sergilediği aile uyumu,

- OKB tanılı hastaların hastalığa ait klinik özelliklerini etkiler. Aile uyumu arttıkça obsesif kompulsif bozukluk semptom şiddeti artar.
- OKB tanılı hastaların işlevselliğini etkiler. Aile uyumu yüksek olan obsesif kompulsif bozukluk hastalarında işlevsellik daha düşüktür.

4.GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırma Alanı ve Örneklemi

Araştırma Mart 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yürütüldü. Araştırmanın örneklem grubunu; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri kliniğinde yatarak/ayaktan tedavi görmekte olan, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı konulmuş hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil olma-dışlama ölçütlerini karşılayan 107 hasta ve bu hastalarla birlikte yaşayan, çalışmaya dahil olma-dışlama ölçütlerini karşılayan 107 hasta yakınından oluşmaktadır.

4.2. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Hasta grubu için;

1. 18-65 yaş arasında olmak,
2. DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID) sonucu obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış olmak,
3. En az okur-yazar olmak,
4. Hastalık belirtilerinin en az bir yıl önce başlamış olması,
5. Araştırmaya katılmayı kabul etmek ve yazılı onay vermiş olmak

Hasta yakını için;

1. 18-65 yaş arasında olmak,
2. En az bir yıldır obsesif kompulsif bozukluğu olan aile üyesiyle birlikte yaşıyor olma,
3. Araştırma ölçeklerini dolduracak bilişsel yeterliliğe sahip olma
4. Araştırmaya katılmayı kabul etme ve yazılı onay vermiş olmak

4.3. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Hasta grubu için;

1. Nikotin bağımlılığı ve hafif depresif bozukluk (HAM-D<27) dışında DSM-IV'e göre başka bir Eksen-I psikiyatrik hastalık tanısının varlığı,

2. Yaşam kalitesinin önemli ölçüde etkilendiği varsayılan, herhangi bir nörolojik veya fiziksel hastalık (örneğin kontrol altına alınamayan endokrin, kardiyovasküler veya solunum sistemi hastalığı) öyküsünün olması,
3. Mental retardasyon varlığı

Hasta yakını için;

1. DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID) sonucu nikotin bağımlılığı dışında başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış olmak
2. Mental Reterdasyon bulunması
3. Yaşam kalitesinin önemli ölçüde etkilendiği varsayılan, herhangi bir nörolojik veya fiziksel hastalık (örneğin kontrol altına alınamayan endokrin, kardiyovasküler veya solunum sistemi hastalığı) öyküsünün olması

4.4. Araştırmada Uygulanan Veri Toplama Araçları

- ✓ DSM-IV için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID)
- ✓ Sosyodemografik Veri Formu
- ✓ Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu
- ✓ Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği-Belirti Kontrol Listesi
- ✓ Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği
- ✓ İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği

4.4.1. DSM-IV için Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (SCID-I)

Hasta grubu ve kontrollerde DSM-IV'e göre birinci eksen psikiyatrik bozukluk tanımlarını araştırma amacı ile First ve arkadaşları tarafından geliştirilen yapılandırılmış görüşme formudur (228). Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından Türkçe çevirisi, uyarlaması, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (229).

4.4.2.Sosyodemografik Veri Formu:

Hastalara uygulanan araştırmacılar tarafından geliştirilen yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, meslekleri, birlikte yaşadığı kişiler gibi kişisel özellikleri değerlendiren sorular ile öz ve soygeçmişlerinde psikiyatrik hastalık tanısı, hastalık süresi, psikotrop ilaç kullanma durumu, tedavi süresi, ilaç öyküsü,

hastaneye yatış öyküsü, psikoterapi öyküsü ve ek bedensel hastalık varlığı gibi klinik özellikleri değerlendiren sorular içermektedir.

Hasta yakınlarına uygulanan araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formu; hasta yakınlarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, gelir durumu, büyüdüğü yer, yaşadığı yer, anne baba eğitimi, birlikte yaşadığı kişiler ve hasta ile yakınlık derecesini değerlendiren soruları içermektedir.

4.4.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi

Obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacı ile geliştirilmiş ve görüşmeci tarafından değerlendirilen bir ölçektir. Toplam 19 maddeden oluşmakta, ilk 10 maddenin puanları değerlendirilmektedir. Bunlardan 1.-5. maddeler obsesyon, 6.-10.maddeler ise kompulsiyon şiddetini vermektedir. YBOKÖ'nin puanlandırılmasında obsesyon ve kompulsiyonlar 5'er madde ile ve her bir madde 4 puan üzerinden olmak üzere ayrı ayrı puanlandırılmaktadır. Toplam puan 0–40 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar şu şekilde kendi içinde sınıflandırılmaktadır: 0-7 subklinik, 8-15 hafif, 16-23 orta, 24-31 şiddetli, 32-40 çok şiddetli. İlgörü, kaçınma, kararsızlık, patolojik sorumluluk, yavaşlama ve patolojik kuşku, 1-4 arasında puanlanmakta, ancak toplam puana katılmamaktadır.

Ölçeğin ayrıca obsesyon ve kompulsiyon türlerini almaya yönelik kontrol listesi bulunmaktadır. Orijinal şekli Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (50) olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (125).

4.4.4.Hamilton Depresyon Ölçeği:

Ölçek, Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiştir (230). Hastada depresyonun düzeyini ölçer. 17 sorudan oluşur. En yüksek puan 53'tür. 14 puan ve üzeri depresyona işaret eder. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır (231).

4.4.5.İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği:

Kişinin fiziksel ya da çevresel faktörlerin neden olduğu bozulma dışındaki psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır (121). Puanlama eğitilmiş bir uzman tarafından, 0-100 arasında tek bir rakamın seçilmesiyle yapılır. Ölçek on işlevsellik aralığına bölünmüş olmakla birlikte, değerlendirmeyi yapan uzman mümkün olduğunda ara değerler de kullanabilir. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğuna işaret eder.

4.4.6.Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

Reinhard ve ark. tarafından ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde hastalık yükünü değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (232). Ölçek, 19 maddeli bir öz bildirim ölçeğidir ve dördümlük Likert tipi değerlendirme yapmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler hastaya bakım verenlerin gündelik yaşamlarının hastalık nedeniyle ne ölçüde değiştiğini ve hasta olan yakınları için ne ölçüde kaygı taşıdıklarını sorgulamaktadır ve hastaların şiddetli belirtilerine odaklanmamaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (233).

4.4.7.Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu

Aile Uyum Ölçeği'nin bugüne kadar geliştirilmiş 2 klinisyen tarafından puanlanan formu ve 3 öz bildirim formu mevcuttur. Ölçeğin türüne bağlı olarak, zaman dilimi son bir ay ya da geçtiğimiz hafta içindeki uyum davranışlarını sorgular.

Calvocoressi ve ark. aile uyumunun sistematik olarak araştırılması için ilk girişimi 1995 yılında yapmışlar. Bu araştırmacılar "Aile Uyum Ölçeği" isimli akrabalarla görüşme sırasında klinisyen tarafından puanlanan, yarı yapılandırılmış, 13 maddeli bir anket oluşturmuşlar (12). İlk 9 madde, uyum davranışlarının tiplerini ve sıklığını incelemek; son 4 madde uyumdan kaçınmanın sonuçları ve bununla ilişkili sıkıntıyı değerlendirmek için tasarlanmış. Bu ön çalışmaya dayanarak 1999 yılında "Aile Uyum Ölçeği-Görüşmecisi Formu (FAS-IR)"nu geliştirmişler (220). Bu ölçek, 12 maddeden oluşur. Yanıtlar akrabadan alınan bilgilerle elde edilir ve klinisyen tarafından doldurulan yarı yapılandırılmış görüşme formatını izler. 2 bölümden oluşur; birinci bölüm akrabanın farkında olduğu hastanın mevcut semptomlarını ortaya çıkarmak için YBOKÖ'den uyarlanan bir OKB belirti kontrol listesini içerir. Bu bölüm akrabaya izleyen bölümdeki uyum davranışlarıyla ilgili soruların kapsamı hakkında fikir verir ve görüşmecinin akraba tarafından bildirilen spesifik belirtilere

uygun sorgulama yaparak uyum davranışlarını ortaya çıkarmasına olanak tanır. İkinci bölüm akrabanın geçen hafta boyunca meşgul olduğu aile uyum davranışlarını değerlendiren 12 maddeden oluşur. Görüşmeci, akrabaya her bir uyum davranışı hakkında soru sorar. Akrabanın birinci bölümde tanımladığı semptomlarına dayalı örnekler kullanarak sorgulama yapabilir. Her madde 0-4 arasında puanlanır. 12 madde 0 ile 48 aralığında toplam aile uyumu puanı elde etmek için toplanır. Yüksek puanlar aile uyumunun daha fazla olduğunu gösterir.

FAS-IR'nin görüşmeci tarafından uygulanan bir ölçek olmasının çeşitli dezavantajları göz önünde bulundurularak; Pinto ve ark. (2012), "Aile Uyum Ölçeği-Öz bildirim Formu" olarak adlandırılan ve aile uyumunun ölçümünde altın standart olarak kabul edilen FAS-IR ile benzer yapı, yanıt formatı ve içeriği koruyan bir öz bildirim versiyonunu geliştirdiler (234). FAS-SR, OKB'li hastanın akrabası tarafından doldurulur. FAS-IR'de olduğu gibi 2 bölümden oluşur ve aynı uyum davranışı tiplerini içerir. Birinci bölüm OKB belirti kontrol listesinden, ikinci bölüm akrabanın geçen hafta boyunca gerçekleştirmiş olduğu uyum davranışlarını sorgulayan 19 maddeden oluşur. Uyum davranışlarının sıklığına dayalı nesnel olarak tanımlanmış 5 puanlık bir yanıt ölçeği kullanılır. (Her 2 ölçekte de aynı; (0=hiç/asla, 1=1 gün, 2=2-3 gün, 3=4-6 gün, 4=her gün) Bununla birlikte; akrabalar tarafından puanlanan bir öz bildirim ölçeği olduğundan orijinal içeriğe sadık kalınarak, netlik sağlamak ve kullanım kolaylığını arttırmak için soruların dili ve yapısı değiştirilmiş ve aile uyumunun çeşitli tiplerini tarifleyen spesifik örnekler eklenmiştir. FAS-IR'de tek madde ile ölçülen davranışlardan bazıları FAS-SR'de birkaç maddeye bölünerek maddelerin karmaşıklığı azaltılmıştır.

OKB'si olan erişkin hastalar tedavi sırasında genellikle tek başlarına bulunduğu ve hasta OKB semptomları ve uyum gibi ilişkili davranışlar hakkında doğrudan bilgi kaynağı olduğu için hasta tarafından doldurulan bir ölçeğin eksikliği farkedilmiş ve 2016 yılında Wu ve ark. tarafından "Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu" yayınlanmış (235). Ölçeğin bu formunda OKB'si olan birey yanıt verendir. Hasta semptomları ve aile üyesinin belirtilere uyumu ve katılımı hakkında bilgi sağlar. Benzer şekilde; birinci bölüm OKB belirti kontrol listesinden, ikinci bölüm akraba tarafından gerçekleştirilen uyum davranışlarının sıklığını inceleyen 19 maddeden oluşur. İkinci bölümde sıklık aynı şekilde 5'li Likert tipi değerlendirme ile ölçülür. Toplam puanı, ikinci bölümdeki 19 madde toplanarak hesaplanır. Yüksek puanlar aile uyumunun

fazla olduğunu gösterir. Sonuç olarak; FAS-PV, FAS-SR'nin yapı ve içeriğiyle aynıdır. Yalnızca uyum davranışları sergileyen akraba yerine hasta tarafından okunacak öz bildirim şeklinde modifiye edilmiştir. Her ne kadar önceki çalışmalarda aile uyumu tek boyutlu bir yapı olarak incelenmiş ve sadece toplam puanı hesaplanmış olsa da, bazı çalışmalar çok boyutlu bir yapı olabileceğini öne sürmüştür(217,225). Bu nedenle, ölçeğin orijinal çalışmasında aile uyumu temelindeki kavramsal boyutları belirlemek için OKB alanında çalışan dört uzmandan oluşan bir ekip oluşturulmuş. Uzmanlar aile uyumunun çok boyutlu bir yapı olduğunu belirtmiş ve dört boyut üzerinde uzlaşmışlar: OKB semptomlarına doğrudan katılım ve kolaylaştırma (madde 1, 2, 4, 5 ve 6), OKB tetikleyicilerinden kaçınma (madde 3, 7, 12, 13, 15 ve 16), hastanın sorumluluklarının üstlenilmesi (madde 8, 9 10, 11 ve 14) ve kişisel sorumlulukların değiştirilmesi (madde 17, 18 ve 19). Psikometrik incelemeler bu önerilere uygun olarak gerçekleştirilmiş.

4.5. Veri toplama yöntemi ve etik onay

Çalışma için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan 15/02/2017 tarih ve 20.478.486 no lu kararı ile onay alınmıştır. Çalışmaya alınmadan önce, tüm katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi ve konuyla ilgili olarak sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı. Araştırmada kullanılacak Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışmasını yapabilmek için yazarlarından e-posta yoluyla izin alındı.

Ölçek İki bağımsız psikiyatrist ve profesyonel bir dilbilimci tarafından kültürel uygunluğu göz önüne alınarak Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler bir araya getirilmiş ve tekrar gözden geçirilerek ölçeğin Türkçe çevirisi elde edilmiştir. Elde edilmiş olan bu Türkçe formun İngilizce'ye geri çevirisi bağımsız iki dilbilimci tarafından yapılmıştır. İngilizce'ye geri çevrilen AUÖ-HF İngilizce formu, ölçeği geliştirenlere gönderilerek eşdeğerliliği açısından değerlendirilmesi sağlanmıştır. Sonuçta orijinal maddeleri en iyi temsil ettiği düşünülen ifadeler seçilerek kavramsal sorgulama için son Türkçe form oluşturulmuştur. Çeviri sonrası son Türkçe sürümün anlaşılabilirliğini ölçmek amacıyla 10 katılımcıya uygulanmış, anlaşılmayan sözcükler ve kavramlar ortaya konarak uygun olanların geliştirilmesiyle ölçek tekrar düzenlenmiş ve ölçeğin hastalara uygulanacak son formu geliştirilmiştir.

Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri kliniğinde Mart 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında OKB tanısı ile yatarak/ayaktan tedavi görmekte olan hastalara DSM-IV için Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (SCID) uygulanarak tanı değerlendirmesi yapıldı. SCID görüşmesinin ardından çalışmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan 107 OKB tanılı hastaya sosyodemografik ve klinik özelliklerini saptamak için araştırmacılar tarafından geliştirilen Sosyodemografik Veri Formu, obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini saptamak için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) - YBOKÖ Belirti Kontrol Listesi, depresif belirtilerin şiddetini saptamak için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren İşlevselliğin genel değerlendirmesi uygulandı. Görüşme sonrası Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu katılımcı tarafından dolduruldu. Araştırmaya alınan OKB tanılı hastaların en az 1 yıldır birlikte yaşadığı yakınlarına hasta aracılığıyla ulaşıp hastaneye çağırılarak SCID görüşmesi ile tanı değerlendirilmesi yapıldı. SCID görüşmesinin ardından araştırmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan 107 hasta yakınının sosyodemografik özelliklerini saptamak için klinisyen tarafından Sosyodemografik Veri Formu dolduruldu. Hastalığın birlikte yaşadığı kişide yarattığı yükü saptamak için Hastalık Yüğü Değerlendirme Ölçeği hasta yakını tarafından dolduruldu. Test-tekrar test geçerliğini değerlendirmek için çalışmaya alınan katılımcılardan 22 kişiye iki hafta sonunda AUÖ-HF verilerek yeniden doldurtuldu.

4.6.Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Bu kültürel uyarlama çalışmasında, gerek güvenilirlik gerekse geçerlilik çözümlemelerinde “doğrulayıcı yaklaşım” temel alınmıştır. Bir diğer biçimle anlatmak gerekirse, Türkçeye uyarlanacak ölçeğin (AUÖ-HF) orijinal boyut yapısı esas alınmış, soru eklenmemiş ya da çıkarılmamıştır.

İstatistiksel analizde SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanılıp veriler girilmiştir. Verilerin analizinde öncelikle tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Gruplar arasındaki ilişkiyi incelemek için kategorik değişkenlerde Ki-kare testi, sayısal değişkenlerde bağımsız gruplarda independent samples t testi (normal dağılım koşulları sağlanmadığında Mann-Whitney U testi), çoklu gruplarda ANOVA varyans testi (normal dağılım koşulları sağlanmadığında Kruskal-Wallis testi) kullanılarak değerlendirilmiştir. Kesme değeri olmayan ölçek puanlarının

karşılaştırılmaları için Pearson korelasyon analizi (parametrik koşullar sağlanmadığında Spearman korelasyon testi) uygulanmıştır. Verilerin dağılımını test etmek için kolmogorov smirnov testi uygulanmıştır.

Hedef Ölçeğin dağılım özellikleri (tanımlayıcı verilerin sunumu)

Bu başlık altında, madde ve boyutların ortalama ve standart sapmaları; Çarpıklık (skewness) ve basıklık/sivrilik (kurtosis) değerleri; alt boyutların ve toplam ölçek skorunun Taban ve Tavan yüzde dağılımları incelenmiştir.

Güvenilirlik analizlerinde:

Ölçeklerin hem toplamının hem de alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach alfa ile değerlendirilmiştir. Ayrıca madde-toplam puan ve alt boyut-toplam puan korelasyon katsayıları ile ölçeğin güvenilirliği ortaya konulmuştur. Bu korelasyon analizleri sonucu her bir boyut için “ölçek başarısı” da hesaplanmıştır. Bir boyutta yer alan maddelerin yüzde kaçının kendi içinde bulunduğu boyutla diğer boyut toplam skorlarına göre daha yüksek korelasyon katsayısı üretmesi o boyutun ölçek başarısını ifade eder.

Ayrıca test-tekrar test güvenilirliği için, uygulamada hasta grubundan 22 gönüllüye ilk uygulamadan iki hafta sonra araştırma ölçekleri yeniden uygulanmış ve iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanarak test-yeniden test güvenilirliği saptanmıştır.

Geçerlilik analizlerinde:

Bu başlık altında, yapı geçerliliği sınanmıştır.

Yapı geçerliliği, üç alt başlıkta test edilmiştir:

- 1-Faktör analizleri
- 2-Birleşim-Ayrışım geçerliliği
- 3-Bilinen gruplar geçerliliği

Faktör Analizleri:

Ölçeklerin yapı geçerliliği hem açıklayıcı hem de doğrulayıcı faktör analizleri uygulanmıştır. Açıklayıcı faktör analizi ana bileşenler yöntemine göre varimax rotasyonu uygulanarak yapılmış ve öz değeri (eigenvalue) 1 ve üzerinde olan

faktörler değerlendirmeye alınmıştır. Faktör yapıları içinde faktör yükleri 0.4 ve üzerinde olan maddeler değerlendirmeye alınmıştır. Açıklayıcı faktör yapısı ölçeğin orijinal yapısıyla karşılaştırılmıştır. Doğrulamalı faktör yapısında ise modele uyumu ve verilerin stabilite modelini değerlendirirken, değişik tiplerde “goodness-of-fit” indeksleri kullanılmıştır. Tahminin ortalama karekök hatası (root mean square error of approximation; RMSEA) ve karşılaştırmalı uyum indeksi (comparative fit index, CFI) ile uygulama uyum indeksleri de kullanılmıştır. RMSEA mutlak bir uyum indeksidir. RMSEA değerinin 0.05’in altında olması verilerle iyi uyumu, 0.05-0.08 arasında olması kabul edilebilir uyumu, 0.08-0.10 arasında olması zayıf uyumu ve 0.10’dan büyükse kabul edilemez uyumu gösterir. CFI değeri 0 ila 1 arasında değişebilir ve 0.90’dan büyük olması gereklidir. Yine, doğrulamalı faktör analizinde, kavramsal diyagram çizilmiştir.

Birleşim-Ayrışım geçerliliği:

Yapı geçerliliğinin bir diğer göstergesi olan bu analizlerde kullanılacak paralel ölçeklerin ilgili boyutlarının hedef ölçeğin aynı veya benzer özellik taşıyan boyutları arasında ilişkinin gösterilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla kullanılacak ölçekler, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, Hastalık Yüklü Değerlendirme Ölçeği'dir.

Bilinen Gruplar geçerliliği:

Bu başlık altında çalışma öncesi oluşturulan şu hipotezler test edilmiştir:

- * Aile uyumu, hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özellikleriyle ilişki değildir.
- * Aile uyumu, hasta yakınının yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özellikleriyle ilişki değildir.
- * Aile uyumu akraba türüyle ilişki değildir.
- * Sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda ve kırsal kesimde yaşayanlarda aile uyumu daha yüksektir.

5.Bulgular

Araştırma Mart 2017 ile Şubat 2018 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yürütüldü. Araştırma kriterlerini karşılayan 107 Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hasta ve bu hastalarla birlikte yaşayan araştırma kriterlerini karşılayan 107 hasta yakını değerlendirmeye alındı.

5.1.Tanımlayıcı Bulgular

5.1.1.Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalaması $34,41 \pm 10,86$ yıl (min:18, maks:64), hasta yakınlarının ise $38,65 \pm 12,58$ yıl (min:18, maks:64) olarak bulundu. Hastaların 61'i (%57) kadın, 46'sı (%43) erkek, hasta yakınlarının ise 49'u kadın (%45.8), 58'i erkek (%54.2) idi. Hastaların 65 (%60.7) ve hasta yakınlarının 78 (%72.9) gibi büyük çoğunluğu evli olup geriye kalanlar bekar, eşi ölmüş ya da eşinden boşanmıştı. Kişilerin eğitim durumlarına bakıldığında 2 grupta benzer özellikler görüldü. Hastaların 1'i okuma yazması var (%0,9), 20'si (%18,7) ilkokul, 9'u (%8,4) ortaokul, 37'si (%34,6) lise, 40'ı (%37,4) üniversite mezunu idi. Hasta yakınlarının 2'si okuma yazması var (%1,9), 28'i (%26,2) ilkokul, 12'si (%11,2) ortaokul, 25'i (%23,4) lise, 40'ı (%37,4) üniversite mezunu idi. Hastaların meslek gruplarına bakıldığında 44'ü çalışmıyor, 16'sı işçi, 10'u memur, 1'i esnaf, 17'si öğrenci, 7'si serbest, 5'i emekli, 1'i çiftçi, 6'sı sınıflandırılmamış grupta idi. Hasta yakınlarının meslek gruplarına bakıldığında 28'i çalışmıyor, 25'i işçi, 13'ü memur, 2'si esnaf, 17'si öğrenci, 14'ü serbest, 11'i emekli, 8'i çiftçi, 6'sı sınıflandırılmamış grupta idi. Hastaların 41'i (%38.2), hasta yakınlarının ise 57'si (%53.3) halen aktif olarak çalışmakta idi. Algıladıkları gelir durumu açısından bakıldığında hastaların 9'u kötü (%8,4), 76'sı (%71) orta, 22'si (%20,5) iyi/çok iyi gelir düzeyinde; hasta yakınlarının 7'si kötü (%6,5), 73'ü (%68,2) orta, 27'si (%25.2) iyi/çok iyi gelir düzeyindeydi.

Hastaların 5'i (%4,7) köy/kasabada, 26'sı (%38.2) ilçede, 63'ü (%58,9) kentte yaşıyordu. Hasta yakınlarının 8'i (%7,5) köy/kasabada, 38'i (%35,5) ilçede 61'i (%57) kentte yaşıyordu. Hastaların 25'i (%23,4) köyde, 40'ı (%37,4) ilçede, 42'si (%39,3) kentte, hasta yakınlarının 35'i (%32,7) köyde, 34'ü (%31,8) ilçede, 38'i (35,5) kentte büyümüştü. Hastaların ebeveynlerinin eğitim düzeyine bakıldığında babalarının (%37,4) ve annelerinin (%47,7) önemli bir kısmı ilkokul mezunuydu.

Hasta yakınlarının ise babalarının % 43,9, annelerinin % 37,4 gibi önemli bir kısmı ilkokul mezunuydu. Hastaların 73'ü (%68,2) gibi büyük çoğunluğu çekirdek ailesiyle yaşıyordu. Hastaların 70'i (%65,4) sigara ve alkol kullanmazken, 33'ü (%30,8) sigara, 1'i alkol (0,9), 3'ü (2,8) sigara ve alkol kullanmaktaydı.

Olguların 68'inin (%63,6) ailesinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk saptanmazken, 16'sının (%15) sürekli tedavi gerektiren bedensel hastalığı mevcuttu. Hasta yakınlarının hastayla yakınlık derecesine bakıldığında yaklaşık yarısı 55'i (%51,4) hastaların eş/partneri, 17'si (%15,9) annesi, 5'i (%4,7) baba, 7'si (%6,5) kardeşi, 15'i (%14) çocuğu, 5'i (%4,7) arkadaşı ve 3'ü (2,8) diğer idi. Araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri Tablo.1 de özetlenmiştir.



Tablo1: Araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Değişken		Hasta n:107		Hasta Yakını n:107	
		Sayı	%	Sayı	%
Yaş (ort ± ss)		34,41± 10,86		38,65± 12,58	
Cinsiyet	Erkek	46	43.0	58	54.2
	Kadın	61	57.0	49	45.8
Medeni Durum	Bekar	38	35.5	25	23.4
	Evli	65	60.7	78	72.9
	Boşanmış/ayrı	4	3.7	2	1.9
	Eşi ölmüş	0	0	2	1.9
Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar	1	0.9	2	1.9
	İlkokul	20	18.7	28	26.2
	Ortaokul	9	8.4	12	11.2
	Lise	37	34.6	25	23.4
	Üniversite	40	37.4	40	37.4
Meslek	Çalışmıyor	44	41.1	28	26.2
	İşçi	16	15.0	25	23.4
	Memur	10	9.3	13	12.1
	Esnaf	1	.9	2	1.9
	Öğrenci	17	15.9	14	13.1
	Serbest	7	6.5	11	10.3
	Emekli	5	4.7	8	7.5
	Çiftçi	1	.9	6	5.6
	Diğer	6	5.6	28	26.2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	41	38.2	57	53.3
	Çalışmıyor	66	61.8	50	46.7
Algılanan gelir durumu	Düşük	9	8.4	7	6.5
	Orta	76	71.0	73	68.2
	İyi/çok iyi	22	20.5	27	25.2
Yaşadığı Yer	Köy/Kasaba	5	4.7	5	4.7
	İlçe	39	36.4	39	36.4
	Kent	63	58.9	63	58.9
	Yurt dışı	5	4.7	5	4.7
Büyüdüğü yer	Köy/Kasaba	25	23.4	35	32.7
	İlçe	40	37.4	34	31.8
	Kent	42	39.3	38	35.5
	Yurtdışı	25	23.4	35	32.7

Tablo 1: Araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı (devamı)

Değişken		Hasta		Hasta Yakını	
		n:107		n:107	
		Sayı	%	Sayı	%
Baba Eğitimi	Okuryazar değil	4	3.7	6	5.6
	Okuryazar	7	6.5	9	8.4
	İlkokul	40	37.4	47	43.9
	Ortaokul	22	20.6	18	16.8
	Lise	19	17.8	20	18.7
	Üniversite	15	14.0	7	6.5
Anne Eğitimi	Okuryazar değil	12	11.2	16	15.0
	Okuryazar	10	9.3	14	13.1
	İlkokul	51	47.7	40	37.4
	Ortaokul	18	16.8	22	20.6
	Lise	11	10.3	11	10.3
	Üniversite	5	4.7	4	3.7
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Tek başına	0	0		
	Aile üyelerinden biriyle	16	15.0		
	Çekirdek aile	73	68.2		
	Geniş aile	9	8.4		
	Arkadaş/Partner	9	8.4		
Hastayla Yakınlık Derecesi	Anne	-	-	17	15,9
	Baba	-	-	5	4,7
	Eş	-	-	55	51,4
	Kardeş	-	-	7	6,5
	Çocuk	-	-	15	14,0
	Arkadaş/partner diğer	-	-	5	4,7
Alışkanlık	Yok	70	65.4		
	Sigara	33	30.8		
	Alkol	1	.9		
	Sigara+Alkol	3	2.8		
Akraba psikiyatrik tanı	Yok	68	63.6		
	Var	39	36.4		
Bedensel hastalık	Yok	91	85.0		
	Var	16	15.0		
Sürekli ilaç kullanımı	Yok	91	85.0		
	Var	16	15.0		

5.1.2. Hastalığa İlişkin Özellikler

Araştırmamızda ortalama hastalık süresi $9,31 \pm 7,78$ yıl, düzenli psikofarmakolojik tedavi süresi $3,86 \pm 4,48$ olarak bulundu. Hastaların ortalama obsesyon çeşidi sayısı $2,70 \pm 1,26$, kompulsiyon çeşidi sayısı $2,38 \pm 1,27$ idi. Hastaların Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) obsesyon alt puanı ortalaması $12,81 \pm 4,23$, YBOKÖ kompulsiyon alt puanı ortalaması $11,53 \pm 4,54$, YBOKÖ toplam puan ortalaması $24,33 \pm 8,06$ ve Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) toplam puan ortalaması $6,42 \pm 5,40$ olarak bulundu. (Tablo 2) Hasta yakınlarının algıladıkları hastalık yüküne bakıldığında HYDÖ puanı ortalaması $39,24 \pm 13,44$ olarak bulundu.

Tablo 2: Araştırmaya katılan hastaların klinik özellikler ve ölçek puanlarına göre dağılımı

	Sayı	Min.	Max.	Ortalama	Std. Sapma
Hastalık süresi (yıl)	107	1	40	9,31	7,78
Tedavi süresi (yıl)	107	0	20	3,86	4,48
Obsesyon çeşidi sayısı	107	0	6	2,70	1,26
Kompulsiyon çeşidi sayısı	107	0	6	2,38	1,27
YBOKÖ obsesyon puanı	107	5	20	12,81	4,23
YBOKÖ kompulsiyon puanı	107	0	20	11,53	4,54
YBOKÖ toplam puanı	107	9	40	24,33	8,06
HDDÖ puanı	107	0	23	6,42	5,40
HYDÖ puanı	107	20	70	39,24	13,44

Hastalar YBOKÖ'nin semptom şiddetine göre derecelendirildiğinde 18'i (%16.7) hafif, 32'si (%29.9) orta, 31'i (%29), 26'sı (%24.1) çok şiddetli olarak sınıflandığı görüldü (Tablo 3).

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Hastaların Belirti Şiddetine Göre Dağılımı

	Puan	Sayı	%
Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Puanı	0-7 (subklinik)	0	0
	8-15 (hafif)	18	16,7
	16-23 (orta)	32	29,9
	24-31 (şiddetli)	31	29
	32-40 (çok şiddetli)	26	24,1

Hastaların 35'inde (%32,7) saldırganlık obsesyonları, 68'inde (%63,6) kirlenme obsesyonları, 27'sinde (%25,2) cinsel obsesyonlar, 6'sında (%5,6) biriktirme/saklama obsesyonları, 36'sında (%33,6) dini obsesyonlar, 37'sinde (%34,6) simetri/düzen obsesyonları, 15'inde (%14,0) somatik obsesyonlar, 65'inde (%60,7) diğer obsesyonlar saptandı. Hastaların 67'sinde (%62,6) temizleme kompulsiyonları, 76'sında (%71,0) kontrol etme kompulsiyonları, 36'sında (%33,6) tekrarlama kompulsiyonları, 26'sında (%24,3) sayma kompulsiyonları, 24'ünde (%22,4) sıralama/düzenleme kompulsiyonları, 4'sinde (%3,7) biriktirme/toplama kompulsiyonları ve 22'sinde (%20,6) diğer kompulsiyonlar vardı.(Tablo 4)

Tablo 4: Araştırmaya katılan hastaların klinik belirtilerine göre dağılımı

Obsesyonlar	Sayı	%
Saldırganlık	35	32.7
Kirlenme	68	63.6
Cinsel	27	25.2
Biriktirme/saklama	6	5,6
Dini	36	33.6
Simetri ve düzen	37	34.6
Somatik	15	14.0
Diğer	65	60,7
Kompulsiyonlar		
Temizleme/yıkama	67	62.6
Kontrol etme	76	71.0
Tekrarlama	36	33.6
Sayma	26	24.3
Sıralama/düzenleme	24	22.4
Biriktirme/toplama	4	3.7
Diğer	22	20.6

Hastaların % 84.1'inin halen psikiyatrik bir tedavi aldığı, 49'unun (%45,8) yalnızca antidepresan, 1'inin (%0.9) yalnızca antipsikotik, 1'inin (%0.9) yalnızca psikoterapi ve 39'unun (%36.4) kombine tedavi kullandığı öğrenildi. 11 hasta hiç ilaç kullanmıyorken, 17'sinin (%25.0) psikiyatrik tedavi için hastaneye yatışı olduğu öğrenildi. 23'ünün (%21,5) tedavi için hastaneye yattığı öğrenildi. (Tablo 5)

Tablo 5: Araştırmaya katılan hastaların tedavi öyküsü özelliklerine göre dağılımı

Değişken		Sayı	%
Psikiyatrik ilaç kullanma	kullanıyor	90	84,1
	kullanmıyor	17	15,9
Psikiyatrik Tedavi	Antidepresan	49	45,8
	Antipsikotik	1	0,9
	Psikoterapi	1	0,9
	Kombine	39	36,4
Hastaneye yatış öyküsü	Var	24	22,4
	Yok	83	77,6
Hastaneye yatış sayısı	0	83	77,6
	1	10	9,3
	2	11	10,3
	3	3	2,8

5.1.3. Aile Uyumuna İlişkin Bulgular

AUÖ-HF ortalaması 24.78 ± 15.78 olarak saptandı. Aile uyum davranışlarının sıklığı Tablo 6'da gösterilmiştir. Katılımcıların %95'i son bir haftada en az bir uyum davranışı göstermiştir. En sık görülen uyum davranışları endişelerini gidermek için hastayı rahatlatma %83.8, basit kararlar vermede yardım etme %71, kompulsif davranışları yaparken bekleme %69.2 , en az görülen uyum davranışları kişisel görevlerde yardım etme %37.4, bahane üretme/yalan söyleme %31.8, kişisel programını değiştirme %25.2 olarak belirlenmiştir. AUÖ-HF toplam puanı 0 ile 72 arasında değişmektedir. (mümkün olan max puan 76)

Tablo 6: AUÖ-HF Türkçe Formu'nun Maddelerinin Sıklığı

AUÖ-HF maddeleri	Ort.(SS)	Yüzde	Hiç		1 gün		2-3 gün		4-6 gün		Hergün	
			N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Güven verme(obsesyon)	2,13 (1.36)	83.2	18	16.8	16	15.0	30	28.0	20	18.7	23	21.5
2.Güven verme(kompulsiyon)	2,02 (1.52)	76.6	25	23.4	18	16.8	22	20.6	13	12.1	29	27.1
3.Kompulsiyonları bekleme	1,59 (1.41)	69.2	33	30.8	21	19.6	26	24.3	10	9.3	17	15.9
4.Kompulsiyonlara katılım	1,19 (1.35)	54.2	49	45.8	17	15.9	23	21.5	7	6.5	11	10.3
5.Kompulsiyonları kolaylaştırma	1,02 (1.34)	48.6	55	51.4	22	20.6	13	12.1	6	5.6	11	10.3
6.Eşyaları sağlama	1,04 (1.44)	43.9	60	56.1	15	14.0	14	13.1	3	2.8	15	14.0
7.Kaçınmayı kolaylaştırma	1,50 (1.52)	59.8	43	40.2	15	14.0	20	18.7	10	9.3	19	17.8
8.Kararlarda yardım	1,68 (1.37)	71	31	29.0	15	14.0	32	29.9	14	14.0	14	13.1
9.Kişisel görevlerde yardım	,93 (1.40)	37.4	67	62.6	11	10.3	9	8.4	9	8.4	11	10.3
10.Yemek hazırlama	1,36 (1.58)	50.5	53	49.5	11	10.3	13	12.1	11	10.3	19	17.8
11.Aile/ev sorumlulukları	1,65 (1.60)	58.9	44	41.1	9	8.4	15	14.0	18	16.8	22	20.6
12.Konuşmaktan kaçınma	1,61 (1.51)	66.4	36	33.6	19	17.8	23	21.5	6	5.6	22	20.6
13.Bazı şeyleri yapmayı bırakma	1,35 (1.48)	54.3	48	45.7	12	11.4	19	18.1	12	11.4	14	13.3
14.Bahane/Yalan	,62 (1.08)	31.8	73	68.2	14	13.1	11	10.3	5	4.7	4	3.7
15.Tolerans	,99 (1.30)	44.9	59	55.1	14	13.1	18	16.8	8	7.5	8	7.5
16. Alışmadık durumlar	1,48 (1.56)	55.1	48	44.9	9	8.4	19	17.8	12	11.2	19	17.8
17. Boş zaman aktivitelerini azaltma	1,03 (1.37)	42.1	62	57.9	7	6.5	18	16.8	12	11.2	8	7.5
18.İş/okul programını değiştirme	,57 (1.16)	25.2	80	74.8	10	9.3	5	4.7	6	5.6	6	5.6
19.Aile sorumlulukları	,95 (1.35)	41.1	63	58.9	13	12.1	14	13.1	7	6.5	10	9.3
Toplam Puan	24.78(15.78)											

Hedef Ölçeğin Dağılım Özellikleri

Ölçek puanları alt boyutlar şeklinde dağılım ölçütleri açısından incelendiğinde sorumlulukların değiştirilmesi dışında tüm alt boyutlarda çarpıklık ve basıklık değerlerinin (-1 ile +1) arasında yer almaktadır. Sorumlulukların değiştirilmesi boyutunda bu değerler sırasıyla 1.33 ve 1.19'dur ve kabul edilebilir sınırlardadır. Taban etkisi en yüksek boyutlar sorumlulukların değiştirilmesi (%43.9) ve sorumluluk üstlenme boyutudur (%15,9). Diğer alt boyut puanları taban ve tavan yüzdeleri açısından %0 - %10 arasında değişmektedir (Tablo 7).

Tablo 7: AUÖ-HF Boyutlarının Dağılım Özellikleri

Boyutlar	Ortalama	Standart sapma	Çarpıklık	Basıklık	Taban %	Tavan %
Katılım	7.42	4.97	0.66	-0.10	6,5	1,9
Kaçınma	8.55	5.59	0.37	-0.51	7.5	0
Sorumluluk						
üstlenme	6.26	5.14	0.58	-0.42	15.9	0
Sorumlulukların						
Değiştirilmesi	2.57	3.17	1.33	1.20	43.9	2.8
Toplam	24.78	15.78	0.51	-0.02	4.7	0

5.2.Güvenilirliğe İlişkin Bulgular

Bu çalışmada güvenirlik ölçümleri için; iç tutarlılık, test tekrar test ölçümleri ve madde/boyut korelasyonu temelinde üretilen “ölçek başarıları” çözümlmeleri kullanılmıştır.

İç Tutarlılık

Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu'nun iç tutarlılık güvenirliği, ölçme aracındaki farklı soruların aynı niteliği ölçerken birbirlerini ne kadar tamamladıklarını belirleyen Cronbach's alpha katsayısı ile ve ölçek maddelerinin madde-toplam korelasyonu ile incelenmiştir. Ayrıca, her bir soru çıkarıldığında alfa değerleri ayrı ayrı tekrar hesaplanmıştır. 19 madde üzerinden yapılan toplam güvenirlik testi sonucunda iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0.89$, alt ölçekler için sırasıyla 0,74,0,69,0,73,0,74 olarak belirlenmiştir. (Tablo 8) En düşük Cronbach alfa değeri “ Tetikleyicilerden Kaçınma” alt boyutu için elde edilmiştir ($\alpha=0,69$). Her bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayıları 0,22-0,66 arasında elde edilmiştir ve tümü istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir (Tablo 9). Toplam skorla, 9. Madde en yüksek korelasyonu ($r:0.66$) verirken, 15. Madde en düşük korelasyonu ($r:0.21$) göstermiştir.

Tablo 8: AUÖ-HF Cronbach alfa

	Cronbach α
Test (n=107)	0.89
Katılım	,74
Kaçınma	,69
Sorumlulukların üstlenilmesi	,77
Sorumlulukların değiştirilmesi	,74
Tekrar test (n=22)	0,87

Tablo 9: AUÖ-HF Tüm Maddeleri İle Madde İç Tutarlılığı Araştırılması

	Madde-Toplam korelasyon	Madde silindiğinde cronbach α
Madde 1	.627	.882
Madde 2	.473	.886
Madde 3	.604	.882
Madde 4	.556	.884
Madde 5	.515	.885
Madde 6	.552	.884
Madde 7	.613	.882
Madde 8	.505	.885
Madde 9	.663	.880
Madde 10	.587	.883
Madde 11	.571	.883
Madde 12	.465	.887
Madde 13	.451	.887
Madde 14	.293	.891
Madde 15	.215	.894
Madde 16	.518	.885
Madde 17	.565	.884
Madde 18	.433	.887
Madde 19	.555	.884

Tablo 10: Madde-Boyut ve Madde Toplam Korelasyon Katsayıları ve Ölçek Başarısı

	AUÖ-HF	1.Boyut	2. Boyut	3.Boyut	4.Boyut	Soru çıkarıldığında cronbach a
Madde 1	0.70	0.77	0.56	0.53	0.41	.68
Madde 2	0.55	0.70	0.43	0.37	0.33	.72
Madde 4	0.59	0.65	0.52	0.44	0.31	.70
Madde 5	0.50	0.65	0.40	0.35	0.28	.70
Madde 6	0.54	0.66	0.39	0.49	0.22**	.72
1. Boyut	0.84	-	0.67	0.64	0.44	.74
Madde 3	0.63	0.63	0.67	0.41	0.29	.63
Madde 7	0.64	0.58	0.69	0.47	0.33	.63
Madde 12	0.57	0.35	0.63	0.43	0.44	.66
Madde 13	0.50	0.37	0.65	0.30	0.32	.64
Madde 15	0.32	0.24**	0.43	0.18*	0.25	.72
Madde 16	0.60	0.40	0.65	0.43	0.50	.67
2. Boyut	0.87	0.67	-	0.58	0.55	.69
Madde 8	0.61	0.44	0.45	0.70	0.39	.74
Madde 9	0.64	0.56	0.46	0.65	0.47	.74
Madde 10	0.68	0.53	0.43	0.83	0.42	.67
Madde 11	0.66	0.44	0.45	0.83	0.45	.69
Madde 14	0.34	0.20**	0.13*	0.46	0.34	.78
3. Boyut	0.85	0.64	0.58	-	0.57	.77
Madde 17	0.58	0.39	0.52	0.41	0.82	.70
Madde 18	0.42	0.27	0.24**	0.36	0.69	.60
Madde 19	0.60	0.34	0.46	0.53	0.82	.68
4. Boyut	0.70	0.44	0.55	0.57	-	.74
AUÖ-HF	-	0.84	0.87	0.85	0.70	

Spearman korelasyon katsayısı ; * işareti olanların dışında tümü anlamlı ilişki göstermektedir (* işareti olanlar $p>0.05$, ** $p<0.05$, diğerleri $p<0.01$)

1.Boyut: Katılım, 2. Boyut: Kaçınma, 3. Boyut: Sorumluluk Üstlenme 4. Boyut: Sorumlulukların Değiştirilmesi

Ölçeğin orjinalindeki 4 boyutlu yapıya uygun olarak maddelerin boyutla korelasyonu incelenmiş, 14. Ve 15. Madde dışında orta-iyi düzeyde korelasyonlar elde edilmiştir. (Tablo 10) Ölçek başarı oranları, tüm boyutlar için %100 bulunmuştur. Alt ölçeklerin tüm ölçek ile arasındaki ilişkiye de korelasyon tekniği ile bakılmıştır. Analiz sonuçlarına göre alt ölçeklerin kendi aralarındaki ve AUÖ-HF toplam puanı arasındaki korelasyon katsayıları sırasıyla .44 ile .67 ve .70 ile .87 arasında değişmektedir. Ölçek alt boyutlarında yer alan tüm sorular için “madde silindiğinde” elde edilen Cronbach alfa değerleri incelendiğinde 14. Ve 15. Soru çıkarıldığında boyutun cronbach alfa değerinin arttığı görülmektedir. Yani 14. Sorunun içinde bulunduğu 3. Boyutun Ve 15. Sorunun içinde bulunduğu 2. Boyutun iç tutarlılığına diğer sorulardan daha az katkıda bulundukları görülmektedir.

Test-Tekrar Test Tutarlılık

İki hafta sonra 22 katılımcıya uygulanan test-tekrar test güvenilirliği ölçümünde Cronbach α değeri 0,87 olarak bulunmuştur (Tablo 8). Hastaların test-tekrar test uygulaması sonucunda sınıf içi korelasyon katsayıları (ICC) 0.74-1.0 aralığında dağılmıştır. Test-tekrar test analizi sonucunda maddelerde pozitif yönde güçlü korelasyon saptanmıştır ($p<0.001$). Test tekrar test tutarlılığı için, testin toplamı ile tekrar testin toplam puanları arasındaki korelasyon değerlendirilmiş; $p<0.01$ (ICC=0.92) anlamlılık düzeyinde toplam puanlar arasında yüksek ilişki bulunmuştur.

5.3.Geçerliliğe İlişkin Bulgular

Aile Uyum Ölçeği-HF'nun istatistiksel geçerliğini belirlemeye yönelik, yapı geçerliliği incelenmiştir. Çalışmada izlenen “doğrulayıcı yaklaşım” kapsamında orijinal ölçek yapısı Türkçe ölçek yapısıyla karşılaştırılmış, madde eklenmemiş veya çıkarılmamıştır.

Yapı Geçerliliği

Yapısal geçerlilik çözümlerinde, açıklayıcı faktör anaizi, Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) (Lisrel 8.05 paket programı ile), bilinen gruplar geçerliliği ve YBOKÖ, HYDÖ ve İGD ölçekleri kullanılarak Birleşim Ayrışım geçerliliği çözümleri uygulanmıştır.

Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için kullanılan KMO değeri 0.75 ve Barlett testi sonucunda ki kare 500,1 ($p=0.000$) anlamlı farklılık bulunmuştur. KMO değeri bu örnekteki örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu ve Bartlett's sonuçları da ($p<0.001$) maddelerin birbirleri ile yeterli düzeyde korele olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar faktör analizi yapabilmek için uygun olarak değerlendirilmiştir.

Açıklayıcı faktör analizi

Açıklayıcı faktör analizinde tüm faktörlere temel bileşenler analizi yapıldığında özdeğer istatistiği 1'den büyük anlamlı 7 faktör elde edilmiştir. Bu faktörler toplam varyansın %75.39'unu açıklamaktadır. Ayrıca varyansın F1:%34, F2:%10, F3:%8, F4:%7, F5:%6, F6:%5, F7:%5'ini açıklamaktadır. (Tablo 11) Faktör yükleri matrisi incelendiğinde 0.40 yük değerinin altında bir madde bulunmadığı, faktör yüklerinin 0,49 ile 0,92 arasında değiştiği görülmüştür. 4 faktörün dışındaki faktörlerde bir ya da iki madde bulunduğu, ayrıca bu maddelerin de diğer faktörlerde faktör yükü bulunan ortak maddeler olduğu gözlenmiştir. Bu doğrultuda oluşan alt boyutlar ve içerikleri Tablo 12'de gösterilmiştir. Faktör yapıları orijinal ölçek ile karşılaştırıldığında 1. Faktörde katılım ve kolaylaştırma boyutundaki soruların, 2. Faktörde sorumluluk üstlenme boyutundaki soruların, 3. Faktörde ise sorumlulukların değiştirilmesi boyutundaki soruların büyük ölçüde yük aldığı görülmüştür. Orijinal ölçekteki tetikleyicilerden kaçınma alt ölçeği maddelerinin diğer faktörlere dağılan kararsız sorular olduğu görülmektedir. 1.,7., 9. ve 16. sorular kararsız sorulardır. Yamaç eğim grafiğinde (scree plot) 1. noktadan 2. noktaya keskin bir düşüş olmakta ve 2. noktadan sonra çizginin eğimi yatay bir seyre geçmektedir (Grafik 1). Ayrıca açıklayıcı faktör analizi sonucu Türkçe formun faktör yapısının orijinal forma göre kısmi farklılıklar içerdiğini göstermiştir.

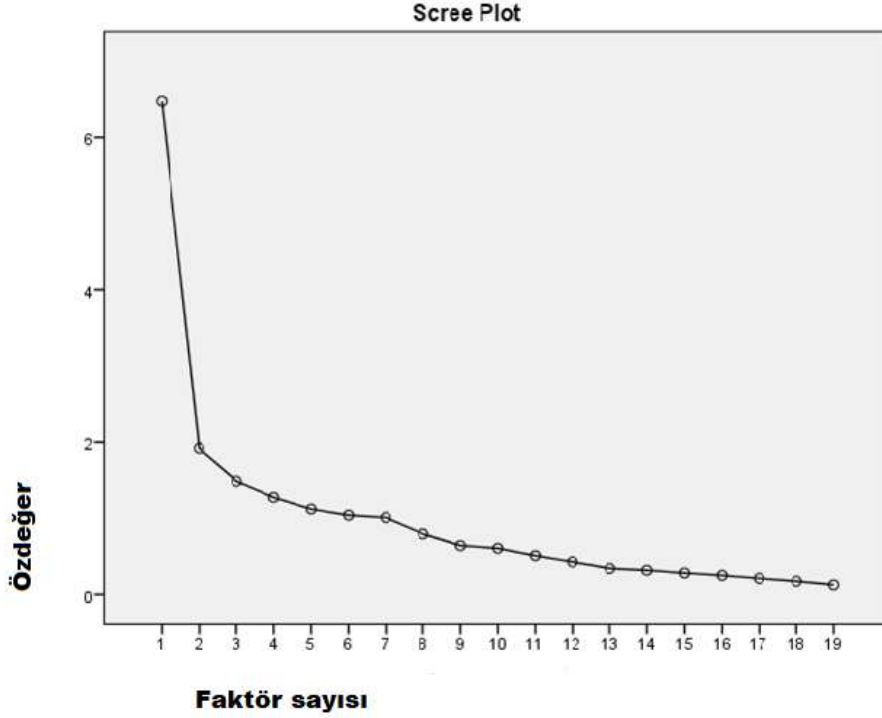
Tablo 11: Açıklayıcı Faktör Analizi Bileşenlerinin açıklayıcılığı

Bileşen	Özdeğer	% Varyans	%Yığılımlı Varyans
F1	6,477	34,089	34,089
F2	1,919	10,099	44,187
F3	1,486	7,822	52,010
F4	1,273	6,702	58,712
F5	1,120	5,896	64,608
F6	1,040	5,472	70,080
F7	1,010	5,315	75,394

Tablo 12: AUÖ-HF Açıklayıcı Faktör Yapısı

	FAKTÖRLER						
	1	2	3	4	5	6	7
1.Güven verme(obsesyon)	,401	,494	,317	,238	,225	-,103	-,305
2.Güven verme(kompulsiyon)	,308	,656	,253	,130	,022	,206	-,077
3.Kompulsiyonlar nedeniyle bekleme	,801	,053	,188	,227	,089	,197	-,074
4.Kompulsiyonlara katılım	,398	,293	-,041	,702	,052	-,054	,011
5.Kompulsiyonları kolaylaştırma	,714	,000	,062	,376	,108	-,077	-,015
6.Eşyaları sağlama	,728	,422	-,076	-,103	,135	,021	,154
7.Kaçınmayı kolaylaştırma	,494	,097	,158	,482	,399	-,056	-,200
8.Kararlarda yardım	,075	,316	,118	,065	,795	-,097	,049
9.Kişisel görevlerde yardım	,529	,544	,325	,116	-,002	,033	,187
10.Yemek hazırlama	,139	,649	,139	-,017	,432	,027	,345
11.Aile/ev sorumlulukları	-,098	,739	,112	,366	,291	-,006	,123
12.Konuşmaktan kaçınma	,238	,243	-,118	,015	,613	,519	-,106
13.Bazı şeyleri yapmayı bırakma	,128	,120	,160	,824	,048	,279	,055
14.Bahane/Yalan	,013	,127	,121	,038	,041	-,106	,920
15.Tolerans	-,013	,042	-,011	,112	-,057	,859	-,080
16. Alışmadık durumlar	,249	-,178	,430	,336	,493	,003	,158
17. Boş zaman aktivitelerini azaltma	,399	,002	,566	,140	,255	,396	,174
18.İş/okul programını değiştirme	-,017	,179	,824	,196	-,004	-,255	,093
19.Aile sorumlulukları	,116	,357	,732	-,099	,096	,138	-,004

Grafik 1: AUÖ-HF'nun temel bileşen faktör yapısının özdeğerleri



Doğrulayıcı Faktör Analizi:

AUÖ-HF'nun yapı geçerliliğini sınamak için uygulanan diğer bir teknik Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)'dir. "Doğrulayıcı Faktör Analizinde", AUÖ-HF'nun orijinal yapısına dokunulmamış, tüm sorular analize alınmıştır. Wu ve ark.'ları tarafından orijinal çalışması yapılarak teorik alt yapısı oluşturulan ve 19 madde ile OKB semptomlarına doğrudan katılım ve kolaylaştırma (madde 1, 2, 4, 5 ve 6), OKB tetikleyicilerinden kaçınma (madde 3, 7, 12, 13, 15 ve 16), hastanın sorumluluklarının üstlenilmesi (madde 8, 9 10, 11 ve 14) ve kişisel sorumlulukların değiştirilmesi (madde 17, 18 ve 19) olmak üzere 4 faktörden oluştuğu öngörülen AUÖ-HF temel alınarak ilgili madde gruplarının ölçtüğü örtük değişkenler (faktörler) LISREL 8.30 kullanılarak DFA ile test edilmiştir. Yani ölçeğin orijinal çalışmasında belirlenen 4 alt faktörde yer alan maddelerin ne oranda bu 4 faktörde toplandığı değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada yapılan DFA sonucunda öncelikle Ki Kare (χ^2) Uyum testine bakılmıştır. DFA sonucunda χ^2 değerinin (241.12, $p < .000$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bir sonraki aşamada χ^2/sd oranına bakılmıştır. χ^2 / sd oranının (241.12 / 146 = 1.65) 3'ten küçük olduğu ve modelin iyi uyum gösterdiği söylenebilir.

Daha sonra ölçeğe ilişkin İyilik ve Karşılaştırmalı Uyum indekslerine bakılarak model sınanmıştır. AUÖ-HF'nun alt boyutları için RMSEA değeri 0.079, KUİ değeri ise 0.92 olarak hesaplanmıştır. DFA sonucunda elde edilen tüm uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeyde uyuma işaret ettiği görülmektedir. DFA uyum değerleri Tablo 13'te verilmiştir. Modele ilişkin standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları istatistiksel bakımdan anlamlı olup 0.39 ile 0.89 arasında değişmektedir (Şekil 1). Sadece bir madde istisna göstermektedir: 15 inci maddenin Beta katsayısı kabul edilebilir sınırın (0.30) altındadır (0.21). Yine aynı madde için kalıntı değeri kabul edilebilir sınırlar dışındadır (0.954).

Tablo 13: DFA* uyum göstergeleri (n=107)

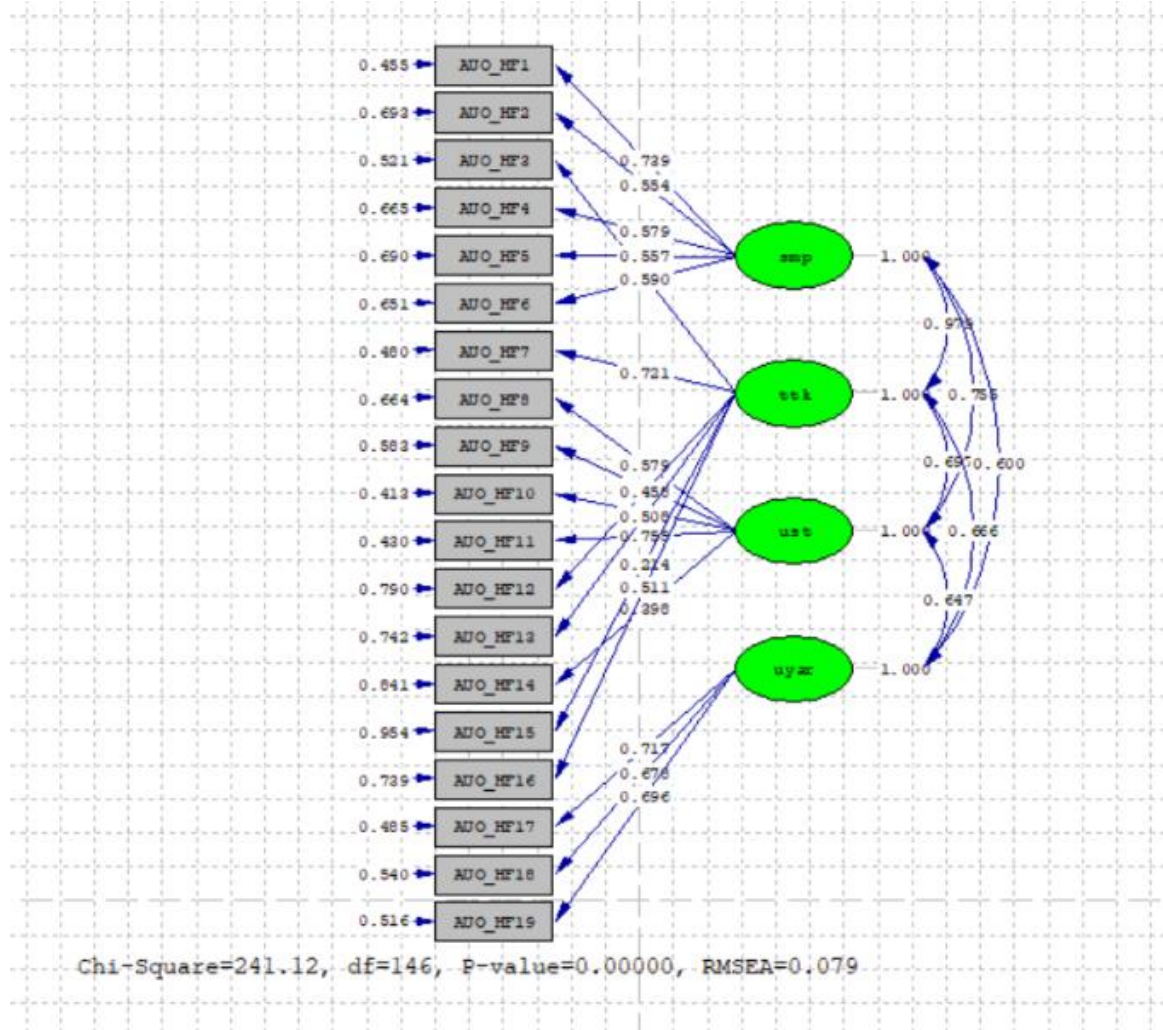
İndeks	AUÖ-HF	Normal değer ²³⁸	Kabul edilebilir ²³⁸ değer
x² “p” değeri	<000	>0.05	-
x²/sd	1.65	<2	<3
CFI**	0.92	>0.95	>0.90
RMSEA***	0.079	<0.06	<0.08

* Lisrel sürüm 8.30 kullanılarak yapılmıştır.

** Comparative Fit Index

*** Root Mean Square Error of Approximation

Şekil 1: AUÖ-HF Doğrulayıcı Faktör Analizi Grafik Gösterimi



Birleşme/Ayrışma Geçerliliği

AUÖ-HF'nun birleşim geçerliliğini değerlendirmek amacıyla AUÖ-HF boyutlarının kendi aralarında ve birlikte uygulanmış olan Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Değerlendirme Ölçeği'nin Obsesyon puanı, Kompulsiyon Puanı ve toplam puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon korelasyon tekniği ile sınanmıştır. AUÖ-HF boyutlarının kendi aralarındaki korelasyonlar incelendiğinde: tüm boyutların birbiriyle anlamlı korelasyonlar verdiği gözlenmektedir. AUÖ-HF toplam puanı ve altölçek puanları ile YBOKÖ, İGD ve HYDÖ toplam puanları arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. (Tablo 14, 15, 16)

Tablo 14: AUÖ-HF toplam puanı ve altölçek puanları ile YBOKÖ Obsesyon puanı, Kompulsiyon Puanı, toplam puanı ve HYDÖ arasındaki ilişki*

	YB-Obs	YB-Komp	YBOKÖ	HYDÖ
AUÖ-HF Toplam	,601	,603	,649	,752
Katılım	,513	,601	,602	,685
Kaçınma	,496	,518	,543	,589
Sorumluluk Üstlenme	,566	,521	,589	,630
Sorumlulukların değiştirilmesi	,400	,412	,437	,553

YB-obs : Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği obsesyon puanı; YB-komp: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği kompulsiyon puanı; HYDÖ: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

*Pearson Korelasyon Katsayısı; tüm korelasyonlar $p < 0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur

Tablo 15: AUÖ-HF Toplam puanı ve altölçek puanları ile İGD ölçeği arasındaki ilişki*

İGD	N	AUÖ-HF	1.Boyut	2.Boyut	3.Boyut	4.Boyut	Post hoc**
7 ve üstü (a)	36	13,02	3.91	5.02	3.13	1.08	
6 (b)	42	26,54	8.16	9.09	6.61	2.64	a<b<c
0-5 (c)	29	36,82	10.72	12.14	9.62	4.31	

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, 1.Boyut: Katılım, 2. Boyut: Kaçınma, 3. Boyut: Sorumluluk Üstlenme
4. Boyut: Sorumlulukların Değiştirilmesi

* One Way ANOVA (posthoc Tukey); tüm korelasyonlar $p < 0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Tablo 16: YBOKÖ semptom şiddetine göre sınıflandırılan hastalarda AUÖ-HF ortalamaları*

YBOKÖ	N	AUÖ-HF	1.Boyut	2.Boyut	3.Boyut	4.Boyut
Şiddetli-						
Çok Şiddetli	57	33.42±14.4	10.00±4.79	11.12±5.04	8.47±4.65	3.78±3.50
Hafif-orta	50	14.94±10.75	4.50±3.29	5.61±4.69	3.74±4.51	1.18±2.01

YBOKÖ: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, 1.Boyut: Katılım, 2. Boyut: Kaçınma, 3. Boyut: Sorumluluk Üstlenme 4. Boyut: Sorumlulukların Değiştirilmesi

*Student T testi; tüm korelasyonlar $p<0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Bilinen Gruplar Geçerliliği

Bilinen gruplar geçerliliği bulguları, araştırma öncesinde geliştirilmiş hipotezleri sınanmasına dayanmaktadır:

Katılım boyutu puanları kadınlarda, evli olanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, alt sosyal sınıfta, hasta ve hasta yakınının gelir düzeyi düşük olduğunda, köyde büyüyenlerde ve baba eğitimi düşük olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur.

Kaçınma boyutu puanları eğitim düzeyi düşük olanlarda, gelir düzeyi düşük olanlarda, köyde büyüyenlerde ve baba eğitimi düşük olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur.

Sorumluluk üstlenme boyutunda eğitim düzeyi düşük olanlarda baba eğitimi düşük olan hastalarda hasta yakınının baba ve anne eğitimi düşük olduğunda ve hastaneye yatışı olanlar daha yüksek puanlara sahiptir.

Sorumlulukları değiştirilmesi boyutunda baba eğitimi düşük olanlar, hasta yakınının anne ve baba eğitimi düşük olanlarda puanlar daha yüksektir.

AUÖ-HF toplam puanına bakıldığında eğitim düzeyi düşük olanlarda, gelir düzeyi düşük olanlarda, köyde büyüyenlerde, baba eğitimi düşük olanlarda, hasta yakınının baba eğitimi düşük olduğunda ve hastaneye yatışı olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 17: AUÖ-HF'nun Bilinen Gruplar Geçerliliği (sosyodemografik değişkenlerle)

HASTA	N	Katılım	Kaçınma	Sorumluluk üstlenme	Sorumluluk modifikasyonu	AUÖ-HF
Cinsiyet						
Kadın	61	8.42±5.09	9.16±5.77	6.22±4.98	2.59±3.16	26.29±15.60
Erkek	46	6.10±4.53	7.73±5.28	6.30±5.40	2.54±3.22	22.78±15.95
p*		.01	.19	.94	.94	.25
Medeni Durum						
Bekar	42	6.30±4.46	8.20±4.99	6.14±4.74	2.52±3.33	23.07±14.99
Evli	65	8.15±5.18	8.76±5.95	6.33±5.42	2.60±3.09	25.89±16.28
p*		.30	.22	.29	.47	.94
Eğitim Düzeyi						
İlkokul-orta	30	9.26±5.09	10.13±4.96	8.43±4.44	3.33±2.63	31.16±13.97
Lise-üniversite	77	6.71±4.77	7.92±5.73	5.41±5.17	2.27±3.33	22.29±15.82
p*		.16	.67	.00	.12	.00
Sosyal Sınıf						
Düşük	60	8.33±5.43	8.79±5.57	6.90±5.43	2.56±3.27	27.16±16.70
Orta-Yüksek	47	5.63±3.64	8.23±5.66	5.44±4.68	2.57±3.08	21.74±14.11
p*		.00	.61	.14	.99	.07
Gelir Düzeyi						
Kötü-orta	85	8.18±5.02	9.10±5.42	6.64±5.25	2.62±3.16	26.51±16.02
İyi-çok iyi	22	4.50±3.54	6.45±5.86	4.77±4.51	2.36±3.28	18.09±13.07
p***		.00	.04	.12	.73	.02
Büyüdüğü yer						
Köy	25	10.20±4.53	10.52±5.10	7.52±3.87	3.20±3.09	31.48±13.35
İlçe-kent	82	6.58±4.81	7.93±5.62	5.87±5.43	2.37±3.19	22.74±15.96
p***		.00	.04	.16	.25	.01
Baba Eğitimi						
İlkokul-ortaokul	69	8.13±4.88	9.47±5.60	7.17±5.13	3.10±3.21	27.76±15.54
Lise-üniversite	38	6.15±4.94	6.86±5.22	4.60±4.79	1.60±2.90	19.36±14.91
p*		.04	.02	.01	.01	.00
Anne Eğitimi						
İlkokul-ortaokul	79	7.50±4.97	8.29±5.59	6.56±5.49	2.89±3.37	25.24±16.36
Lise-üniversite	28	7.21±5.06	9.25±5.64	5.39±3.96	1.64±2.34	23.50±14.20
p***		.79	.44	.23	.72	.61

Hasta Yakını	N	Katılım	Kaçınma	Sorumluluk üstlenme	Sorumluluk modifikasyonu	AUÖ-HF
Cinsiyet						
Kadın	49	7.10±4.31	8.12±5.24	6.44±5.17	2.59±3.06	24.34±15.18
Erkek	58	7.70±5.49	8.91±5.89	6.10±5.16	2.55±3.29	25.15±16.38
p*		.53	.47	.73	.94	.79
Medeni Durum						
Bekar	29	6.82±4.74	8.39±4.44	6.51±4.83	2.75±3.37	24.62±14.67
Evli	78	7.65±5.07	8.61±5.98	6.16±5.28	2.50±3.11	24.84±16.26
p***		.44	.84	.75	.71	.94
Eğitim Düzeyi						
İlkokul-ortaokul	42	8.23±4.48	8.75±4.87	6.80±4.37	3.07±3.16	26.97±13.87
Lise-üniversite	65	6.90±5.23	8.42±6.04	5.90±5.59	2.24±3.16	23.36±16.84
p*		.17	.76	.35	.19	.25
Sosyal Sınıf						
Düşük	53	8.22±5.34	8.27±5.61	6.05±4.73	2.94±3.43	25.43±16.51
Orta-Yüksek	54	6.64±4.49	8.81±5.61	6.46±5.55	2.20±2.89	24.14±15.15
p*		.10	.62	.68	.23	.67
Gelir Düzeyi						
Kötü-orta	80	8.03±4.73	8.98±5.29	6.46±5.07	2.57±3.04	26.01±15.13
İyi-çok iyi	27	5.62±5.31	7.29±6.32	5.66±5.39	2.55±3.60	21.14±17.34
p***		.02	.17	.49	.97	.16
Büyüdüğü Yer						
Köy	35	8.68±5.13	9.14±5.75	7.02±3.90	2.85±2.93	27.71±14.68
İlçe-kent	72	6.81±4.81	8.25±5.52	5.88±5.64	2.43±3.30	23.36±16.19
p*		.07	.44	.28	.51	.18
Baba Eğitimi						
İlkokul-ortaokul	62	8.14±4.91	8.68±5.65	7.50±5.30	3.11±3.33	27.35±16.39
Lise-üniversite	45	6.44±4.94	8.37±5.56	4.55±4.34	1.82±2.80	21.24±4.32
p*		.08	.78	.00	.03	.04
Anne Eğitimi						
İlkokul-ortaokul	70	7.88±4.69	8.55±5.66	7.24±5.15	3.02±3.21	26.64±16.00
Lise-üniversite	37	6.56±5.43	8.54±5.54	4.40±4.64	1.70±2.96	21.27±14.91
p*		.19	.98	.00	.03	.09

Tablo 18: AUÖ-HF'nun Bilinen gruplar geçerliliği (hastalık ve tedavi değişkenleri ile)

	N	Katılım	Kaçınma	Sorumluluk üstlenme	Sorumluluk modifikasyonu	AUÖ-HF
Alışkanlık						
Var	37	7.75±5.21	8.30±5.77	6.10±4.73	2.75±3.00	25.54±14.49
Yok	70	7.25±4.87	9.05±5.24	6.34±5.38	2.47±3.28	24.38±1650
p*		.62	.51	.82	.66	.72
Hastalık Süresi						
0-4 yıl	36	7.72	9.25	6.61	2.86	26.44
5-10 yıl	37	8.51	8.68	6.08	2.97	26.13
11 ve üstü	34	5.94	7.67	6.08	1.82	21.55
p**		.08	.49	.88	.25	.35
Tedavi						
Var	90	7.46±5.06	8.78±5.75	6.52±5.23	2.62±3.09	25.35±16.02
Yok	17	7.23±4.61	7.35±4.64	4.88±4.58	2.29±3.65	21.76±14.50
p***		.94	.41	.30	.41	.39
Tedavi Süresi						
0-0.99	28	8.17	8.96	6.25	3.21	26.60
1.0-3.0	41	6.90	8.90	6.36	2.31	24.26
4. ve üstü	38	7.44	7.86	6.15	2.36	24.00
p**		.58	.65	.98	.46	.77
Hastane Yatış						
Var	23	9.13±5.44	10.59±6.77	8.69±5.41	3.43±3.31	31.91±17.54
Yok	84	6.96±4.76	8.01±5.15	5.59±4.89	2.33±3.11	22.83±14.78
p***		.06	.10	.01	.14	.01

*Student T testi **One Way ANOVA***Man-Whitney U

6.TARTIŞMA

Hem erişkin hem de çocuk OKB hastalarında mevcut literatür bulgularıyla uyumlu olarak hastalarımızın aile üyeleri arasında uyum davranışları oldukça yaygın (%96) bulunmuştur. Çalışmamızda uyum davranışlarının sıklığı ölçeğin orijinal çalışmasıyla ve çocuk ve erişkin hastalarda yapılan birçok çalışmada bildirilenlere benzerdir (217, 218, 219, 226, 236, 240). AUÖ-HF toplam puan ortalaması (24.78), orijinal çalışmayla kıyaslandığında (14.34) daha yüksek bulunmuştur (235). Uluslar arası diğer bazı çalışmalarda da toplam puan ortalaması genellikle bizim puanlarımızdan daha düşük bulunmuştur (234, 236). Türkiye’de ise ölçüm yöntemi bulunmadığından, şimdiye dek uyum karşılaştırılması yapılamamıştır. Bu çalışmadaki yüksek uyum prevalansı, hastanemizin şiddetli psikopatolojisi olan, tedaviye dirençli hastaların yoğunlukta olduğu 3. basamak bir tedavi merkezi olmasından kaynaklanıyor olabilir. Öte yandan, uyumun hastaların ve aile üyelerinin üzerindeki etkisinin araştırılması, büyük ölçüde özerkliğin ve birey merkezli yaşam tarzının ön planda olduğu Batı kültürlerinde gerçekleştirilmiştir. Kültürler içerisinde insanlar bireyci veya toplumcu olarak yer almıştır. Bireycilik bireyler arasındaki bağların gevşek olduğu, herkesin sadece kendine veya çekirdek ailesine bakmak zorunda olduğu kültürler için geçerliken, toplumsallık, insanların doğuştan itibaren güçlü ve sıkı gruplara bağlı olduğu ve bu bağlılığın yaşam boyunca, sorgulanmayan bir sadakat karşılığında var olduğu toplumlardır (237). Son yıllarda toplumumuzda geleneksel büyük aileden, çağdaş küçük aile ve tek ebeveynli ailelere kadar çeşitlenen farklı aile yapılarına geçiş olmakta ve bireyci özellikler özellikle, kentsel, yüksek eğitilmiş ve genç kesimde yaygınlaşmaktadır. Buna rağmen “toplumcu” bir kültüre sahip, geniş aileyi, sıkı aile bağlarını yeğleyen yaygın bir sosyal değer vardır. Aile bireyleri arasındaki bağımlı bir ilişkiyi yansıtan böyle bir geleneksellik, aile uyumunun gelişimini kolaylaştırabilir. Nitekim toplumsal ilişkilerin önemli olduğu ülkemiz gibi kültürlerde, uyumun nispeten yüksek olması beklenen bir bulgudur. OKB, kültürel farklılıklardan daha çok nörobiyoloji üzerinde durulsa da, OKB hastalarında ve ailelerinde görülen patolojik davranış örüntüsü, OKB'nin kültürel ve psikososyal faktörlerden önemli derecede etkilenebileceğini gösterebilir. Bu nedenle, aile uyumunun gelişmesinin arkasındaki mekanizmaları ve OKB semptom şiddeti ile olan ilişkisini daha iyi anlamak için, Doğu ve Batı OKB hastaları arasında aile

işlevselliği ve aile bütünlüğü üzerine odaklanan kültürler arası çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yapılan çalışmalarda uyum davranışları arasından “hastanın endişelerini gidermek için rahatlatma” ve “kompulsiyonların tamamlanmasını bekleme” en yaygın uyum türleri olarak belirlenmiştir (217,218,234,235). Bu çalışmada da “basit kararlarda yardım” ile birlikte bu iki davranış en sık karşılaşılan uyum davranışlarıdır. Bu iki uyum davranışının, çeşitli OKB belirti türlerinde uygulanabilmesi sıklığının yüksek olmasına katkıda bulunabilir. Ek olarak bu iki uyum yöntemi, diğer davranışlarla karşılaştırıldığında daha az doğrudan müdahale gerektiren nispeten “pasif” katılım olarak algılanabilir. Öte yandan, OKB’nin yol açtığı işlevsellikte azalma nedeniyle “hastanın kişisel görevlerine yardım etme” (ör., Banyo yapmasına yardım etme) ve “görevlerini yerine getiremediğinde onun için bahane üretme/yalan söyleme” gibi davranışlar daha az sıklıkta saptanmıştır. Bunun nedeni bu maddelerin kısıtlı bir uyum alanını içermesi veya benzer şekilde bu davranışların uyumu açıkça yansıtan ve yukarıda bahsedilen davranışlardan daha yoğun emek isteyen görevler olması ile ilişkili olabilir. Ülkemizde kadınların istihdam oranının (%28.0) erkeklerden (%65,1) belirgin olarak düşük olduğu gözönünde bulundurulduğunda kadınların evde aile üyeleriyle geçirdiği sürenin daha uzun olduğu buna bağlı uyum davranışlarının fazla görüldüğü düşünülebilir.

Stewart ve ark.’nın (226) çalışmasında olduğu gibi bulaş obsesyonları olan hastaların yakınlarında aile uyumu puanları daha yüksektir. Klinisyenlerin, bu tür semptomları olan hastalarda aile uyumu olasılığının yüksek olduğunu bilmesi, aile katımlı bilişsel-davranışçı müdahalelerin bu aileler için özellikle yararlı olabileceğini akılda bulundurması açısından önemlidir.

Calvocoressi ve ark., aile üyelerinin çoğunun, özellikle hastanın öfkesini, sıkıntısını ya da ritüellere harcanan zamanı azaltma çabasıyla OKB belirtilerine uyum gösterdiğini belirtmiştir (220). Buna ek olarak, psikopatolojisi şiddetli olan hastalar aile üyelerini kompulsiyonlarına katılmaları için zorlayarak uyum elde edebilir (207,210). Diğer bir faktör, aile üyelerinde obsesif kompulsif semptomların dayattığı kronik stresli koşullar altında yaşamının zamanla getirdiği yük ve yorgunluk olabilir. Bu senaryoda, uyum göstermek, kısa vadeli bir yardım stratejisi olarak ortaya çıkmaktadır.

Bu davranışlar zararsız gibi görünse de, kompulsif davranışların pekiştirilmesine neden olarak uzun vadede OKB semptomolojisini sürdürülmesine hatta dirençli hale gelmesine neden olur (18,227). OKB'nin şiddeti ve aile uyumu arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmesine rağmen aile uyumunun, OKB şiddetinin bir sonucu mu yoksa bir yordayıcı mı olduğu tam olarak anlaşılamamıştır (12,215,220,223). Hastanın semptomları şiddetli olduğunda günlük işleyişi kolaylaştırmak, boş zaman elde etmek, hastanın yaşadığı kaygı ve sıkıntıyı azaltmak için aile üyelerinin uyum gösterme eğilimleri yüksek olabilir. Öte yandan, aile uyumunun, bilişsel davranışçı terapide de hedeflenen hastaların endişe veren durumlara maruz kalma ihtimalini azaltarak kompulsiyonları güçlendirdiği düşünülmektedir. Nedensellik yönünü açıklığa kavuşturmak ve klinik seyrini anlamak için ilerleyen dönemlerde buna yönelik çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Aile uyumunun yüksek olması şiddetli semptomatoloji, kötü işlevselik ve düşük tedavi yanıtları ile ilişkilidir. Çalışmalarda, daha yüksek aile uyumu sergileyen bireylerle yaşayan hastaların bilişsel davranışçı terapiden ve / veya farmakoterapiden daha az yarar sağladığı gösterilmiştir (210,219). Bu çalışmada da aile uyumu ile semptom şiddeti, hastalık yükü ve işlevsellikte bozulma arasında anlamlı bir ilişkili bulunmuştur. Bu ilişki, aile yükü ve daha kötü aile işlevlerinin uyum düzeyiyle orantılı olduğunu belirten önceki sonuçları da doğrulamaktadır (210,220).

Uyum davranışlarıyla aşırı meşgul olmak, ister gönüllü olarak ister hastanın baskısıyla olsun, daha düşük yaşam kalitesi ve hasta yakınları için artmış hastalık yükü ile ilişkilidir. Akrabalarda artan kaygı ve depresyon düzeyleri, OKB hastasının tedavi sırasında uğraşması gereken bir başka stres kaynağına dönüşebilir. OKB hastalarında yüksek kaygı sıklıkla nüks ile ilişkili olduğundan, aile üyelerindeki stres düzeyini azaltmak dolaylı olarak hastaların relaps olasılığını azaltabilir. Yaşam kalitesinin azalması, artan bakım veren yükü ve kötü tedavi yanıtı ile aile uyumu arasındaki bağlantı, önemli bir tedavi hedefi olarak aile uyumunu azaltmanın önemine işaret etmektedir. Mevcut tedavi müdahaleleri esas olarak OKB hastalarına odaklandığından, değerlendirme ve tedavi sürecine aile üyelerini dahil etme ihtiyacı vardır (18). Aile üyelerini dahil eden müdahalelerin büyük çoğunluğu, OKB'li çocuk ve ergenlerin akrabalarına yöneliktir (185). Son çalışmalar aile işlevinin daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi, aile üyelerinin tedavi sürecine daha aktif katılımı ve bu aile bileşenlerini ele almayı amaçlayan tedavilerin geliştirilmesi gerektiğini öne

sürmektedir (18). Aile temelli müdahalelerin bireysel BDT'ye göre daha kalıcı semptom düzelmesi sağladığı gösterilmiştir (223). Çalışmamızın sonuçları yetişkin hastaların aile üyelerinin de tedavi sürecine dahil edilmesinin faydalı olabileceğini vurgulamaktadır.

Tedavi başlangıcında aile uyumunun yüksek bulunması, aile müdahalesini başlatmak için bir gösterge olarak hizmet edebilir. Anksiyete bozuklukları ve OKB'ye yönelik müdahaleler giderek artan bir şekilde tedaviye yönelik bir amaç ve tedavi sonuçlarının olası bir aracı olarak aile uyumunun azaltılmasına odaklanmaktadır. Ailelerin tedavi sürecine dahil edilmesi, OKB belirtilerini hedeflemesine ek olarak daha uyumlu başa çıkma stratejleri geliştirmelerine de olanak sağlar. Belirtilere ailenin uyumunu hedefleyen aile katımlı terapiler, bu unsuru içermeyen aile katımlı terapilerle karşılaştırıldığında işlevsellik ile daha fazla ilişkili bulunmuştur. Aile üyelerinin, OKB'yi hedefleyen kapsamlı bir tedavi bağlamında, uyumu kademeli olarak azaltmalarına yardımcı olmak, hastaların genel işlevsellik performansında belirgin iyileşme ile sonuçlanmaktadır (29). Bu nedenle, uyumun zararlı etkilerine ilişkin doğru psikoeğitim, bu davranışları hedef alan bir tedavi planının uygulanması, OKB belirtilerine uygun bir şekilde nasıl karşılık verileceğine dair tartışmalar ve aile desteğini güçlendirmek, bu uyumsuz davranışların ortadan kaldırılmasını sağlamak için uygun olacaktır (224). Aile uyumunun azaltılması, hastaların yanı sıra bakım verenlerle yapılan müdahalelere olanak sağlar ve terapiye katılmayı reddeden hastalar için bile tedavi olasılığının önünü açabilir. Yalnız bakımverenlerin (ebeveynlerin) terapiye katıldığı ve olumlu sonuçların elde edildiği iki çalışma yayınlanmıştır (219).

Bu sonuçlara dayanarak obsesif kompulsif bozukluğu olanlarda aile uyumunun varlığını, sıklığını ve tedavinin seyrinde değişimini saptamaya yarayacak bir ölçeğin gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Aile uyumunun hastalar ve aile üyeleri üzerindeki etkisine dair daha fazla çalışma, klinik ve araştırma ortamlarında kolaylıkla uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçümün kullanılabilirliğine bağlıdır. Hem erişkin hem de çocuk OKB hastalarında mevcut literatür bulgularıyla uyumlu olarak, çalışmamızda da aile uyumunun, hastaların büyük çoğunluğunda karşılaşılan, sık görülen bir olgu olarak saptanması bu sorunlu davranışları sistematik olarak hem hasta hem de aile üyesi açısından değerlendirebilecek ölçüm araçlarının önemini desteklemektedir. Klinisyen eğitimi ile ilgili maliyetler ve ölçeğin uygulanması için

gereken süre göz önünde bulundurulduğunda, aile uyum ölçeğinin görüşmeci tarafından uygulanan formu klinik ortamlarda kullanım için pratik olmayabilir. Özbildirim formlarıyla karşılaştırıldığında daha fazla emek gerektirir ve daha masraflıdır. Bu faktörler Türkiye gibi gelişmekte olan bir ülkede eğitim imkanlarının kısıtlılığı yanı sıra kaynakların azlığı ile de ilişkilidir. Bunun yanında, aile uyum ölçeğinin özbildirim formu, yalnızca akrabaların bakış açısını dikkate alarak, hastaların kendilerinden alınabilecek değerli bilgilerin göz ardı edilmesine neden olabilir. Aile Uyum Ölçeği'nin hasta formunun kullanımı, klinisyenin tek başına başvuran, çeşitli nedenlerle akrabaları tedavi sürecine katılmayan hastalarda, hasta aracılığıyla yüksek uyum gösteren aileleri tanımlamasına yardımcı olabilir. Ek olarak, AUÖ-HF'nun doldurulması, bu uyumsuz davranışların sergilenmesi ile ilgili farkındalığı artırabildiği için terapötik kazanımların elde edilmesine yönelik ilk adım olarak hizmet edebilir ve bu sayede uyumun ortadan kaldırılması için temel oluşturabilir. Ekonomik, kolay uygulanabilen bir gerece duyulan yaygın gereksinim sonucu, bu özellikleri karşılayan AUÖ'nin geçerlik ve güvenilirliği çok sayıda ülkede araştırılmıştır.

Tüm bu gereklilikler temelinde 1999 yılında Calvacoressi ve arkadaşları tarafından geliştirilen AUÖ'nin, Wu ve ark. tarafından 2016 yılında yeniden düzenlenen, obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda aile uyumunu oldukça güvenilir bir biçimde ölçen AUÖ-HF'in Türkçe güvenilirliği ve geçerliliğini incelemek bu araştırmanın temel amacını oluşturmuştur. Araştırmamızda, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması esas alınmakla birlikte, elde edilen diğer bulguların da ileride yapılacak çalışmalar için yararlı olacağı düşünülmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının psikometrik özelliklerine ilişkin bulgular değerlendirildiğinde özetle AUÖ-HF Türkçe formunun Türk klinik örneklemde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir. Geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde "Doğrulamalı yaklaşım" izlenmiştir. Yapısal Eşdeğerlik Modellemesi olarak da bilinen bu yaklaşıma göre ölçeğin orijinal dildeki boyutsal yapısına sadık kalınır ve herhangi bir soru çıkarılmadan hedef dil (Türkçe) sürümünün bu orijinal yapıya uyumu sınanır. Çalışmadan elde edilen psikometrik bulgular güvenilirlik ve geçerlik ile ilgili verilecek genel bilgiler çerçevesinde tartışılacaktır.

Ölçeğin dağılım özelliklerine bakıldığında toplam puan ve boyut puanlarında dağılım açısından herhangi bir sorun göze çarpmamakla birlikte sorumlulukların değiştirilmesi boyutunun, kabul edilebilir sınırlar içinde (<2.0) olmakla birlikte çarpıklık

ve sivrilik açısından sınırdan sınırdan olduğunu düşünebiliriz. Taban ve tavan etkileri de sorumlulukların değiştirilmesi (%43,9) ve sorumluluk üstlenme (%15,9) taban etkileri dışında tüm boyutlarda ve toplam skorda %10'un altındadır. Bu özellikleri ile AUÖ-HF iyi bir ölçüm gereci olarak değerlendirilebilir. Ancak sorumlulukların değiştirilmesi boyutundaki taban etkisinin kabul edilebilir sınırların dışında olması nedeniyle bu alt boyut puanı daha dikkatli yorumlanmalıdır.

6.1.Ölçeğin Güvenilirliği

Güvenilirlik, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının gösterilmesi olarak tanımlanabilir. Ölçekle sağlanan bilgilerin kararlı özellik taşıdığına, rastgele hatalardan arındırılmış olduğuna ve aynı amaçla yapılacak bağımsız ölçümlerde benzer kararlı sonuçların elde edileceğine güven duyulması gerekir. Güvenirliğin dayandığı temel kavram tahmin edilebilirlik, öngörülebilirliktir. Somut özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerle yapılan tekrarlı ölçümlerde her seferinde birbirine çok yakın sonuçlar alınır. Soyut özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerde ise aynı sonuçların alınması çok zordur (238).

Bu çalışmada AUÖ-HF'nun güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla; iç tutarlılık, test tekrar test ölçümleri ve madde/boyut korelasyonu temelinde üretilen "ölçek başarıları" çözümlemeleri kullanılmıştır.

Bir ölçeğin bir kez uygulanması durumunda güvenilirlik için iç tutarlılık güvenilirliği incelenir. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısının yüksek bulunması, ölçüm için kullanılan maddelerin homojen bir yapıyı ölçmekte olduğunu göstermesi açısından önem taşımaktadır. Güvenilirlik katsayısı sayısal olarak 0 ile 1 arasında değişen ve 1'e yaklaştıkça ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösteren bir katsayıdır (238).

AUÖ-HF'nun iç tutarlılığının sınanması amacıyla Cronbach Alfa değeri hesaplanmıştır. Esas olarak bir güvenilirlik indeks değeri olan Cronbach α , ölçeğin içerdiği maddelerin birbiriyle ne oranda tutarlı olduğu ve arka plandaki hipotetik değişkeni ne ölçüde temsil ettiği hakkında bilgi verir. Başka bir deyişle, ölçme aracındaki farklı soruların aynı niteliği ölçerken birbirlerini ne kadar tamamladıklarını belirler. Likert tipi madde yanıt seçeneklerinde, kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir (239). AUÖ-HF toplamı için Cronbach α değeri 0,89'dur ve kabul edilebilir düzeydedir. OKB semptomlarına direkt katılım ve kolaylaştırma boyutunu içeren F1 için $\alpha=,74$, OKB tetikleyicilerinden kaçınma boyutunu içere F2

için $\alpha=.69$, hastanın sorumluluklarını alma boyutunu içeren F3 için $\alpha=.73$ ve kişisel sorumlulukların değiştirilmesi boyutunu içeren F4 için $\alpha=.74$ 'tür ve orijinal ölçekteki sonuçlara yakındır. Orijinal ölçekte tüm ölçek için Cronbach α değeri 0,88, alt ölçekler için sırasıyla 0,78,0,73,0,77,0,59 olarak belirlenmiştir (235). Ölçeğin toplam ve alt ölçek maddelerinin büyük ölçüde kararlılık gösterdiği bulunmuştur.

Bir testten elde edilecek puan eğer gruplar arası karşılaştırma için kullanılacaksa güvenilirlik için .80 yeterli iken bireysel bir değerlendirme yapılacaksa güvenilirlik için .90 minimum, .95 ise istenilen bir standarttır (238). Bu standartlar dikkate alındığında iç tutarlık güvenilirliği için yapılan analizler AUÖ-HF'nun güvenilirliğinin tüm uygulamalar için yeterli olabilecek düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir (tüm ölçek için $\alpha = .89$; alt ölçekler için sırasıyla $\alpha = 0,74, 0,69, 0,73, 0,74$).

Ölçeğin özbildirim formunun iç tutarlılığın değerlendirilmesi amacı ile ölçülen Cronbach Alfa, Pinto ve arkadaşlarının yaptığı özgün çalışmada 0.90, AUÖ-ÖF'nun Hintçeye uyarlandığı çalışmada 0.93, Kobayashi ve ark.'nın 2017'de yaptığı Japoncaya uyarlama çalışmasında 0.88 olarak saptanmıştır (234,240,241). Literatür incelendiğinde, pek çok farklı çalışmada Cronbach Alfa katsayılarının 0,90 ve üzerinde değerlere sahip olduğu görülmektedir, bu değerler AUÖ için yüksek düzeyde iç tutarlılığı desteklemektedir. Çalışmamızda Cronbach Alfa katsayısı özgün çalışma ile uyumlu olarak saptanması Türkçe AUÖ-HF'nun en az diğer ülkelerde ve diğer dillerde yapılmış olan ölçekler kadar iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Bunun dışında ölçülen madde çözümleme içerisinden çıkarıldıktan sonra hesaplanan güvenilirlik katsayısında artış görülüyor ise o maddenin ölçüm aracındaki güvenilirliği düşürdüğü, bu durumda o sorunun "sorunlu soru" olabileceği anlamına gelmektedir. Tersine madde çıkarıldıktan sonra güvenilirlik katsayısında önemli ölçüde düşüş gözleniyor ise ilgili maddenin ölçülen boyut için oldukça önemli olduğu düşünülmelidir (239). AUÖ'nin her bir maddesinin ayrı ayrı ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach Alfa değerindeki değişimler hesaplanmış, değerler 0.88 ile 0.89 arasında bulunmuştur. Bahane üretme/yalan söyleme ile ilişkili olan madde 14, tolerans ile ilişkili olan madde 15 ölçekten çıkarıldığında Cronbach Alfa değerinde 0.01'lik artış saptanmıştır. Buna göre 14. Ve 15. soruların kendi boyutlarının iç tutarlılığına diğer sorulardan daha az katkıda bulundukları, yani bu soruların potansiyel "sorunlu" sorular olabileceği söylenebilir. Ancak bu yargıyı kesinleştirmek

için sorunlu soruların başka yöntemlerle de sınanması önerilir. Bu değerlendirme yöntemlerinden bir diğeri madde ile toplam ya da madde ile boyut arasındaki korelasyon katsayılarının incelenmesi yöntemidir. Her bir maddenin toplama ya da boyuta olan katkısı dolayısı ile belirli bir korelasyon göstermesi kaçınılmazdır. Madde-toplam korelasyonu ölçek maddelerinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklarken, madde-toplam korelasyonun pozitif olması maddelerin benzer davranışları örneklediğini gösterir. Genel olarak madde-toplam korelasyonunun 0.20'nin üzerinde olması beklenir. Pinto ve arkadaşlarının çalışmasında AUÖ-ÖF maddelerinin korelasyon katsayıları 0.23-0.78 arasında, Japonca'ya uyarlama çalışmasında 0.29-0.67 arasında değişmektedir ve tüm madde korelasyonları istatistiksel olarak anlamlıdır (234,241). AUÖ-HF Türkçe formunun tüm maddeleri için madde-toplam korelasyon değerleri 0.22 ile 0.66 arasında değişmektedir. Tüm maddeler içinde en düşük korelasyonlar madde 14 ($r:0.29$) ve madde 15 ($r:0.22$)'e aittir. Madde 14 ve madde 15'in madde-toplam korelasyon değerinin nispeten düşük olması ve bu maddelerin ölçekten çıkarıldığında Cronbach alfa değerinde artış saptanması bu maddelerin AUÖ-HF'deki güvenilirliği düşürdüğünü ve bu maddelerin ölçekten çıkarılabileceğini göstermektedir. Ayrıca Madde 15'in "Geçerlilik bölümünde" yer alan Doğrulayıcı Faktör analizi bulgularına göre de sorunlu bir madde olabileceği belirlenmiştir.

Ölçek başarısı yaklaşımında ise, içinde olduğu boyut ile diğer boyutlarla olduğundan daha yüksek korelasyon gösteren soruların yüzdesi belirlenir. Ölçek başarısının %100'e yakın olması istenir. Çalışmada ölçek başarı oranları, tüm boyutlar için %100 bulunmuştur.

Güvenilirliği tespit etmenin diğer bir yolu, ölçme aracını yanıtlayan kişinin ölçme aracı tekrar uygulandığında aynı şekilde yanıtlayıp yanıtlamadığını tespit etmektir. Test tekrar test güvenilirliği bir ölçeğin aynı örneklem grubuna aynı koşullarda, önemli derecede hatırlamaları önleyecek kadar uzun, fakat ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerlerinin korelasyon katsayısı, ölçeğin güvenilirlik katsayısıdır. Bu çalışmada, test tekrar test güvenilirliği değerlendirmek amacıyla 15 gün sonra 22 katılımcıya yeniden ölçek uygulaması yapılmış, test-tekrar test güvenilirliği için hesaplanan Cronbach α değeri, tekrar test toplam puanı için 0,87 olarak bulunmuştur. AUÖ-HF toplam puanları için test ile

retest arasındaki korelasyon değerlendirilmiş sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) 0,92 ($p<0.01$) olarak bulunmuş, tüm maddelerde pozitif yönde güçlü korelasyon saptanmıştır ($p<0.001$).

Test-tekrar test ölçümü amacı ile, Wu ve arkadaşlarının 20 olguyu yaklaşık 2 hafta ara ile değerlendirdikleri çalışmada korelasyon katsayısı 0.62, Ölçeğin japonca uyarlamasında 1-2 hafta ara ile değerlendirilen olgularda korelasyon katsayısı 0.85, ölçeğin görüşmeci tarafından puanlanan 12 maddelik formunun Brazilya'da yapılan uyarlama çalışmasında 16 olgunun 2 hafta ara ile değerlendirildiği çalışmada korelasyon katsayısı $ICC>0.7$ olarak saptanmıştır ve tümü istatistiksel olarak anlamlıdır(235,241,242). AUÖ-HF'nun Türkçe formu için saptanan test-tekrar test korelasyon katsayıları yazınla karşılaştırıldığında daha yüksek düzeyde test-tekrar test tutarlılığına işaret etmektedir. Sonuçlar ölçeğin Türkçe formunun güvenilirliğini desteklemektedir. Ayrıca tekrar test uygulaması için verilen 15 günlük sürenin kısa olması, olguların tedavisi ile AUÖ-HF puanlarında anlamlı değişik görülmesi olasılığını azaltmaktadır. Bunun yanında Türkçe AUÖ-HF maddelerinde ve toplam puanında uzun dönemdeki tutarlılığının belirlenmesi için ölçümlerin 1-4 yıl gibi daha uzun aralıklarla tekrarlandığı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Elde edilen güvenilirlik bulguları ölçeğin orijinal çalışmada elde edilen bulguları ve yurt dışı literatürdeki diğer çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Tüm bulgular değerlendirildiğinde ölçeğin güvenilirliği sağladığı gösterilmiştir.

6.2.Ölçeğin Geçerliliği

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, tam ve doğru bir şekilde ölçebilme derecesidir. Davranışsal özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerin hiç birinin geçerliği tam değildir. Fakat ölçeklerin geçerliği yeterli sayılabilecek doğrulukta ölçümler verecek düzeye getirilebilir. Bir ölçme aracının geçerliği, standart koşullarda ölçme aracı ile elde edilecek ölçümlerdeki değişkenliğin ne kadarının, incelenen bireylerin ölçülen özelliğe sahip oluş dereceleri arasındaki gerçek farklardan gelmekte olduğunu gösterir. Geçerlik için güvenilirlik gereklidir ancak yeterli değildir. Yani bir ölçek her zaman aynı sonucu verebilir yani güvenilir olabilir. Ancak ölçülmek istenen yapı dışında başka şeyleri ölçebilir yani güvenilirliği yüksek bir test geçerli olmayabilir. Ölçüm sonuçlarının ne kadarıyla ölçüm hatası yapıldığını anlamak için ölçüm aracının

geçerliliğinin saptanmasına gerek vardır. Geçerlik ya hep ya hiç şeklinde olamaz. Bir test geçerli ya da geçersiz değil, az ya da çok geçerli olabilir (239).

Bu çalışmada ölçeğin yapı geçerliliği incelenmiştir.

Yapı birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür. Yapı geçerliliği, Somut bir ölçüm yerine, belirli bir davranış alanına ve kavramsal yapıya ilişkin inceleme yapıldığı zaman uygulanır ve testin soyut bir olguyu ne derece doğru ölçebildiğini gösterir. Yapı geçerliliğini saptamak için faktör analizlerinden yararlanılır. Faktör analizi çok sayıda değişkenin temelinde yatan ve daha az sayıda olan değişkenlerin sayısını ve özelliklerini belirlemek amacıyla yapılır. Faktör analizi soruları gruplandırmaya yarar. Değişkenlerin bir faktör üzerindeki faktör ağırlıkları yüksekse bu değişkenlerin yapısal geçerliliğe sahip oldukları söylenir. Ancak bu yeterli değildir, faktör sayısının ve faktörler arasındaki ilişkilerinde kuramla uyumlu olması gerekir (238). Bu işlemin amacı; aralarında ilişki bulunduğu düşünülen çok sayıda değişken arasındaki ilişkilerin anlaşılmasını ve yorumlanmasını kolaylaştırmak için yapıyı daha az sayıda temel boyuta indirgemektir.

Bu çalışmada her ne kadar doğrulayıcı yaklaşım izlenmiş olsa da, çalışmada yapı geçerliliği, doğrulayıcı faktör analizine ek olarak açıklayıcı faktör analizi ile de sınanmıştır. Ayrıca yapı geçerliliğinin gösterilmesinde Birleşim ayrışım geçerliliği ve bilinen gruplar yöntemi de kullanılmıştır.

AUÖ-HF'nun yapı geçerliliğinde değişken sayısını azaltmak ve değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak yeni yapılar ortaya çıkarmak amacı ile 107 olgu ile açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Buna göre KMO değeri 0.50 üzerinde ise ve Barlett Testi sonucunda anlamlı farklılık bulunmuş ise veri setinin faktör analizine uygun olduğu düşünülmektedir. Verilerin faktör analizine uygunluğunu incelemek ve örneklem büyüklüğünü değerlendiren Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0.75, Bartlett Küresellik testinde ki kare:500.1 $p < 0.0001$ şeklinde sonuçlanmış ve değerler faktör analizi için uygun bulunmuştur. AUÖ-HF'nün maddelerinin faktör yapısını saptamak amacıyla uygulanan açıklayıcı faktör analizinde, toplam varyansın %75.39'unu açıklayan özdeğeri 1'den büyük anlamlı yedi faktör elde edilmiştir. Bu çalışmada AUÖ maddelerine ilişkin en yüksek varyans 14. maddede 0.92 olarak, en düşük varyanslar 1., 7., 16. maddelerde 0.49 olarak bulunmuştur. Tüm maddelerde elde edilen varyans değeri 0.40'ın üzerindedir.

Faktör analizi için olgu/ölçek maddesi oranının en az 5 ideal olarak 10 olması önerilmektedir. Çalışmamızda 5.6 olan bu oran göreceli olarak küçüktür. Bu özellik çalışmamızın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır. Bu amaçla, Türkçe AUÖ-HF'nun faktör yapısının değerlendirilmesi için daha büyük örneklem grubu içeren çalışmalara gereksinim vardır. Yazında AUÖ 19 maddelik formunun faktör yapısını inceleyerek ölçeğin alt gruplarını belirleyen sadece 2 çalışma bulunmaktadır. Geçmiş çalışmalarda bu oranlar 3.2 (Wu ve ark. çalışmasında) ve 5.5 (Hindu Çalışması) olarak belirlenmiştir. Özbildirim formuna ait faktör analizi yapılan çalışmalardan, çalışmamızın en uygun olgu/ölçek oranına sahip olduğu görülmektedir.

AUÖ-HF'nun faktör yapısı orijinal çalışmada belirlendiği için bu çalışmada faktör analizi için DFA ile var olan yapının sınanması amaçlanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) belirli değişkenlerin bir kuram temelinde önceden belirlenmiş faktörler üzerinde ağırlıklı olarak yer alacağı şeklinde bir ön beklentinin sınanması söz konusudur. AFA'de kaç adet faktörün beklendiği bilinmez. DFA'da faktör sayısı kesin olarak belirtilir ve test edilir.

LISREL 8.05 sürümü kullanılarak yapılan DFA uygulamasında, 19 maddeden oluan AUÖ-HF'nin öngörüldüğü gibi 19 maddenin 4 faktör tarafından temsil edileceği ve 5 maddenin OKB semptomlarına doğrudan "*Katılım ve Kolaylaştırma*" boyutunu (madde 1, 2, 4, 5 ve 6); 6 maddenin "*OKB Tetikleyicilerinden Kaçınma*" (madde 3, 7, 12, 13, 15 ve 16) boyutu;" 5 maddenin "*Hastanın Sorumluluklarının Üstlenilmesi*" (madde 8, 9 10, 11 ve 14) boyutu; ve 3 maddenin de "*Kişisel Sorumlulukların Değiştirilmesi*" (madde 17, 18 ve 19) boyutu altında yer alacağı, orijinal yapıya göre öngörülmüştür. Yapısal Eşitlik Modellemesine (YEM'e) göre elde edilen Ki-kare değerinin 0'a yakın olması ve istatistiksel olarak anlamlı olmaması ($p > .05$) beklenir. DFA sonucunda χ^2 değerinin (241.12, $p < .000$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Ki kare değeri örneklem büyüklüğünden çok fazla etkilenir ve genellikle anlamlı sonuçlar verme eğilimindedir. Bu nedenle, χ^2 / sd oranının dikkate alınması önerilmektedir. χ^2 / sd oranının 3'ten küçük olmasıkabul edilebilir uyuma işaret etmektedir (238). Bir sonraki aşamada χ^2/sd oranına bakılmıştır. χ^2 / sd oranının (241.12 / 146 = 1.65) 3'ten küçük olduğu ve modelin iyi uyum gösterdiği söylenebilir. Bu çalışmada mümkün olan bir çok uyum indeksi içinden Karşılaştırmalı uyum indeksinin (CFI) ve yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) kullanılmıştır. Karşılaştırmalı uyum

indeksinin (CFI) iyi uyum için .90 ve daha yüksek değerlere işaret etmesi beklenmektedir. Yine 0 ile 1 arasında değişen yaklaşık hataların ortalama karekökü (RMSEA) için 0.06 ve daha küçük değerler iyi uyumu, .08 ve yakın değerler orta düzeyde uyumu, .10 ve üzeri değerler ise kötü uyumu göstermektedir (238). AUÖ-HF'nun alt boyutları için RMSEA değeri 0.079, CFI değeri ise 0.92 olarak hesaplanmıştır. DFA sonucunda elde edilen tüm uyum indekslerinin iyi düzeyde uyuma işaret ettiği görülmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde önemli bir başka gösterge de regresyon katsayılarının anlamlılığıdır. Regresyon değerleri gözlenen değişkenlerin, gizli değişkenleri tahmin etme gücünü gösterir. Modele ilişkin standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları 15. Madde (0.21) dışında kabul edilebilir sınırlardadır (>0.30). Yine aynı madde için kalıntı değeri kabul edilebilir sınırlar (0.15-0.90) dışındadır (0.954). Güvenilirlik analizleriyle birlikte değerlendirildiğinde bu durumun AUÖ-HF'nun Türkçe çevirisinden kaynaklanan anlamsal farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülebilir. Bu nedenle özgün formdaki madde 15'in çevirisi gözden geçirilerek Türkçe formdaki bu maddeler ile anlamsal açıdan tekrar karşılaştırılması gerekebilir. Bu tip davranışsal özellikleri ölçen "Hasta Bildirimine Dayalı" ölçeklerin nesnel ölçütlere her zaman duyarlı olması beklenmez. Bu nedenle soru çıkarılarak uyumluluk sonuçlarını yükseltmek yerine; bizim yaklaşımımız daha çok; farklı uygulamalarda birçok kez ölçeğin orijinal haliyle sınanarak ülkemiz için uygunluğuna karar vermektir. Bu maddenin performansının daha ileri çalışmalarla değerlendirilmesi önerilir; eğer farklı kültürlerde farklı gruplarla yapılan çalışmalarda aynı bulgu saptanırsa, bu maddenin düzeltilmesi düşünülebilir. Tüm bulgular değerlendirildiğinde hem açıklayıcı hem de doğrulayıcı faktör analizleri AUÖ-HF'nun iyi bir yapı geçerliliğine sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Ölçeğin orijinal çalışmasında dört faktörlü yapı önerilmiştir. Hindistan'da yapılan uyarlama çalışmasında anlamlı üç faktör elde edilmiştir ve varyansın %72.054'ünü açıklamaktadır. Ölçeğin görüşmeci tarafından puanlanan 12 maddelik formunun Brezilya da yapılan uyarlama çalışmasında güven verme, ritüellere katılım ve aile rutininin değiştirilmesi olmak üzere 3 boyutlu yapı elde edilmiştir (242). Ancak faktör yüklerinin çok iyi tanımlanamadığı ve bazı maddelerin birden fazla faktörden yük aldığı belirtilmiştir. Yine görüşmeci tarafından puanlanan 13 maddelik formun çalışmasında varyansın %55.74'ünü açıklayan katılım, değiştirme, sıkıntı ve sonuçlar olmak üzere 3 faktör elde edilmiştir (225). Bu bulgular, aile uyumunun çok boyutlu bir

yapı olduğunu ve aile uyumunun farklı yönlerinin farklı klinik ve aile özelliklerine bağlı olabileceğini desteklemektedir.

Bu çalışmada örtüşme geçerliliğine katkıda bulunmak için, aynı görüşmede değerlendirilen Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, İşlevselliğin Genel değerlendirilmesi Ölçeği ve hasta yakınlarının doldurduğu Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği ile AUÖ-HF puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Literatürde aile uyumunun hastalık yükü ve aile işlevlerine etkisinin araştırıldığı birçok çalışmada aile uyumunun aile işlevlerini bozduğu ve hastalık yükünü arttırdığı bulunmuştur (146,215,220,234,236). HYDÖ ile AUÖ-HF arasındaki ilişkiye baktığımızda önceki çalışmalarla uyumlu olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, aile bireylerinde hastanın belirtilerinin neden olduğu sıkıntıyı vurgulamakta ve OKB hastalarını tedavi ederken hasta yakınının endişelerinin de ele alınması gerektiğini ifade eden bilişsel-davranışçı tedavi (BDT) kılavuzlarındaki önerileri desteklemektedir.

Hastalık şiddeti arttıkça İGD ölçeğinden alınan işlevsellik puanı düşer, bu nedenle İGD ve AUÖ-HF ters yönde hareket etmektedir yani bu iki ölçeğin negatif korelasyon göstermesi beklenir. Çalışmamızda $r=-60$ bulunmuştur. Pinto ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde İGD ölçeği kullanılmış ve AUÖ toplam puanı ile negatif $r=-0.39$ korelasyon saptanmıştır(234). Wu ve arkadaşları İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi'ne benzer şekilde genel işlevsellik düzeyini değerlendiren Sheehan yeti yitimi ölçeği puanı ve Klinik Global İzlem Ölçeği ile AUÖ-HF toplam puanı karşılaştırılmıştır. Wu ve arkadaşlarının çalışmasında sırasıyla $r=0.53$ ve $r=0.52$ ($p<0.001$) güçlü pozitif korelasyon saptanmıştır, bu değer AUÖ-HF toplam puanı arttıkça işlevsellikteki bozulmanın arttığını göstermektedir (235). Yine orijinal çalışmada YBOKÖ toplam puanı ile aile uyumu arasında orta düzey korelasyon saptanmıştır ($r=0.37$, $p<.01$) Pinto ve arkadaşlarının çalışmasında daha yüksek hasta uyumu daha şiddetli psikopatoloji ile korele bulunmuştur ($r=.42$ $p<0.01$) Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak aile uyum ölçeği toplamının YBOKÖ toplam puanlarıyla ilişkisi anlamlı düzeydedir.($p<0,001$, $r=0.75$) Ayrıca alt ölçeklerin tamamı birbiriyle ve ilgili değişkenlerle anlamlı korelasyon göstermiştir.

Çalışmadan elde edilen bulgular Aile Uyum Ölçeği'nin Türkçe formunun OKB hastalarında geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir. Bu çalışma tedavide kullanılan aile uyumunu azaltma müdahaleleri için aile uyumunu ölçen

ölçeklerin gerekliliğini vurgulamış, özellikle ülkemizde OKB hastalarında aile uyumunu ölçen başka bir ölçeğin olmaması nedeniyle mevcut boşluğun doldurulması amaçlanmıştır. OKB araştırmalarında ve klinik ortamlarda kullanılabilecek, tedaviye yardımcı ve tedavide kilit rol oynayan aile uyumunu OKB hastalarında ölçebilecek, doldurulması kısa zaman alan, kolay anlaşılabilir, güvenilirliği ve geçerliliği gösterilmiş bir ölçek Türk Psikiyatrisine sunulmuştur.

6.3. Üstünlükler ve Sınırlılıklar

Bu çalışmanın sonuçlarını yorumlarken bazı sınırlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. İlk olarak, çalışmadaki OKB hastalarının sayısı AUÖ-HF'nun madde sayısının beş katı olmasına rağmen, açıklayıcı ya da doğrulayıcı faktör analizi gibi istatistiksel analizleri yapabilmek için daha fazla sayıda hasta alınabilmesi daha iyi olurdu. Bunun yanında AUÖ-HF ile benzer, birlikte geçerlilik için referans olarak kullanılabilecek Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan başka bir ölçeğin bulunmaması nedeniyle karşılaştırma yapılamamıştır. Çalışmanın kesitsel tasarımı, izlem çalışması olmaması değişkenler arasındaki ilişkiyi yorumlamayı kısıtlamaktadır. Aynı nedenle AUÖ-HF'nin üretkenliği (reproducibility; ölçeğin ölçmeyi hedeflediği patolojiyi zaman içinde aynı kesinlikte ölçebilmesi) ve değişime duyarlılığı (sensitivity to change; ölçeğin ölçmeyi hedeflediği patolojinin değişmesi ile bu ölçeğin bu değişimi ne ölçüde kendi ölçümüne yansıttığının belirlenmesi) bu çalışmada araştırılmamıştır ve bundan sonraki araştırmalarda çalışılması yararlı olacaktır. Böylece, ölçeğin gidişi belirleme değeri ve tedaviye yanıtı öngörme gücü belirlenebilecektir.

Sadece 3. basamak bir tedavi merkezi olan üniversite hastanesine başvuran hastaların alınması, orta, şiddetli ve çok şiddetli OKB belirtileri olan hastaların yoğunlukta olması, bulunan sonuçların toplumdaki tüm OKB hastalarına genellenmesini zorlaştırmaktadır.

Diğer bir sınırlılık çalışmaya dahil olmayan diğer aile bireylerindeki psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek için yapılandırılmış görüşme yapılmamış olmasıdır. Değerlendirilen aile üyeleri hastalar tarafından seçildiği için aile üyeleri arasında en yüksek uyum sergileyen kişiler olduğu düşünülebilir ve sonuçların tüm aile üyelerine genellenmesini zorlaştırabilir. Çalışmamıza alınan hasta ve yakınlarının ruhsal açıdan sadece DSM-IV Eksen 1 tanılarına göre değerlendirilmesi, Eksen 2 tanılarının

değerlendirmeye alınmaması aile uyumunu etkileyen faktörleri değerlendirmek açısından ayrı bir sınırlılıktır.

Bunun yanında hasta ve yakınlarını değerlendirirken daha önceki çalışmalardan farklı olarak sosyodemografik bilgiler ayrıntılı olarak alınmıştır. Çalışmaya alınan OKB hastalarında depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu gibi ek tanıların çok sık görülüyor olması çalışmaların sonuçlarını etkileyebilmektedir. Çalışmamıza alınan OKB hastalarında ek psikiyatrik hastalıkların bulunmaması çalışmamızın güçlü yanlarından biridir. Ailedeki psikopatolojinin aile uyumuyla ilişkili olduğu bilindiğinden (217) çalışmaya dahil edilen hasta yakınlarında fiziksel ve ruhsal iyilik halinde olma ön koşulu getirilmiştir. Araştırmamıza katılan hasta yakınlarının bu ön koşula dayanarak sağlıklı olduğu düşünüldüğünde, hasta yakınının sergilediği aile uyumunun etkisini daha net değerlendirebilmek araştırmamızın önemli bir üstünlüğüdür.

7.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen bulgular genel olarak gözden geçirildiğinde pek çok ülkede tarama amaçlı kullanılan AUÖ-HF'nun, obsesif kompulsif bozuklukta aile uyumunun değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak Türk örnekleminde kullanılabileceği görülmüştür. Böylece OKB'ta hastalığın klinik seyri, tedavi sonuçları, aile işlevleri ve yaşam kalitesi gibi birçok alanda etkili olduğu bilinen aile uyumunun değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerliği pek çok araştırma ile test edilmiş sağlam bir teorik alt yapıya sahip bir araç ruh sağlığı alanına sunulmuştur.

OKB'nin klinik seyrinde tedavi yanıtlarıyla ilişkili pek çok prognostik faktör tanımlanmış olmasına rağmen (118,160), aile uyumunun OKB seyrindeki rolü hakkında hala sınırlı bir literatür bulunmaktadır. Çalışmada OKB hastaları ile birlikte yaşayan aile üyelerinde aile uyumunun sık olduğunu, hastalık yükü ve semptom şiddeti ile ilişkili olduğu doğrulanmaktadır. Bu durum hasta yakınlarında yükü azaltabilmek ve yaşam kalitesini arttırabilmek için daha fazla destek, eğitim ve aile görüşmelerine ihtiyaç olduğunu altını çizmektedir. Klinisyenler hastalığın belirtilerinin tedavisi yanında, hastanın sosyal ve mesleki performans beklentisine, birlikte yaşadığı kişilerle ilişkilerine, onların hastalığa ve hastaya karşı tutumlarına da odaklanmalı, bu konuda hasta yakınlarını bilgilendirmeli ve ailenin ihtiyaçlarını da gözardı etmemelidir. Aile üyelerinin hastalığın yol açtığı kaygıyla başa çıkma becerilerini geliştirmeyi amaçlayan psikoeğitimsel müdahaleler bu konuda yararlı olabilir. Hasta yakınlarının OKB semptomlarına uyumunu azaltma çabaları yalnızca belirli davranışsal alanlarla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda aile üyelerinin duygusal tepkilerini de hedeflemeyi gerektirir.

Çalışmamız yurtdışı literatürde yaygın olarak araştırmalara konu olmasına rağmen ülkemizde çok fazla üstünde durulmadığı farkedilen “obsesif kompulsif bozuklukta aile uyumu”nu konu alan ilk çalışmadır ve bu alanda yaşanan önemli bir boşluğu doldurmayı amaçlamıştır. Bununla birlikte bulgularımızın geniş örneklemli izlem çalışmalarınca da tekrarlanması gerekmektedir. Aile uyumunun semptom şiddeti, tedavi sonucu ve tedaviyle değişime duyarlılığıyla ilişkili rolün aydınlatılması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (219). Bundan sonraki çalışmalar aile uyumunun ve hastalık yükünün zaman içinde nasıl bir seyir gösterdiği ve tedavi girişimlerinden nasıl etkilendiği üzerine odaklanabilir. Son olarak, gelecekteki

alışmalar, ölçeğin genelleştirilebilirliğini ve uygulanabilirliğini belirlemek için daha çeşitli (rn.,pediatrik) rneklemlerde ve çok merkezli çalışmalarla ölçümün psikometrik özelliklerini araştırmayı amaçlamalı ve depresif bozukluk, bipolar bozukluk, otizm gibi ek psikopatoloji alanlarındaki aile uyum sorununu araştırmaya devam etmelidir.



8. ÖZET

AİLE UYUM ÖLÇEĞİ-HASTA FORMU'NUN TÜRKÇE GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ

Amaç: Bu çalışmada; obsesif kompulsif bozuklukta aile uyumunun varlığını ve sıklığını ölçmek için geliştirilen “Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu”nun geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılarak ölçeğin Türkçe’ye kazandırılması, aile uyumu ile hastalık yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi ve aile uyumu ile obsesif kompulsif bozukluk belirti şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi, amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri kliniğinde Mart 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında OKB tanısı ile yatarak/ayaktan tedavi görmekte olan hastalarla sürdürülmüştür. Obsesif Kompulsif bozukluk dışında herhangi bir ruhsal ya da bedensel hastalığı olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Buna göre SCID görüşmesinin ardından çalışmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan 107 OKB tanılı hasta ve hastaların en az 1 yıldır birlikte yaşadığı herhangi bir ruhsal ve bedensel hastalığı olmayan yakınları çalışmaya alınmıştır. Çalışmada Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu yanı sıra Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) - YBOKÖ Belirti Kontrol Listesi, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), İşlevselliğin genel değerlendirmesi Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

Güvenilirlik analizlerinde içsel tutarlılık katsayısı, madde-toplam puan korelasyon analizi; geçerlilik analizinde ise açıklayıcı faktör analizi, örtüşme geçerliliği için YBOKÖ, HYDÖ, İGD ölçekleriyle korelasyonlar araştırılmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması $34,41 \pm 10,86$ ve hasta yakınlarının yaş ortalaması $38,65 \pm 12,58$ idi. Hastaların %57’si ve hasta yakınlarının %45.7’si kadındı. AUÖ-HF’nun ortalaması 24.78 ± 15.78 olarak hesaplanmıştır. Güvenilirlik analizleri için tüm ölçek (Cronbach $\alpha = 0,89$), alt ölçekler ve tekrar-test için Cronbach α değerleri hesaplanmış Türkçe formun güvenirliğini desteklemiştir. Her bir maddenin madde-toplam korelasyon katsayıları 0,21-0,66 arasında elde edilmiştir ve tümü de istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için kullanılan KMO değeri 0.75 ve Barlett testi sonucunda ki kare 500,1 ($p=0.000$) anlamlı farklılık bulunmuştur. Faktör analizinde toplam varyansın %75,39’unu açıklayan üç faktör elde edilmiştir. AUÖ-HF ile YBOKÖ, İGD, HYDÖ

toplam puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon tekniği ile incelenmiş ve anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $r = 0,73$, $0,62$, $0,60$ ve $p < 0,01$).

Sonuç: Bu bulgularla Aile Uyum leği-Hasta Formu'nın Türkçe için güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile Uyum leği-Hasta Formu, güvenilirlik, geçerlilik



9. İNGİLİZCE ÖZET

RELIABILITY AND VALIDITY OF THE TURKISH VERSION OF FAMILY ACCOMMODATION SCALE-PATIENT VERSION FOR OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER

ABSTRACT:

Aim: The aim of present study was to investigate the reliability and validity of the Turkish form of “Family Accommodation Scale-Patient Version” developed to measure the presence and frequency of family accommodation in obsessive-compulsive disorder and examination of the relationship between family accommodation and family burden, the relationship between family adjustment and severity of obsessive-compulsive disorder.

Methods: This study was conducted in the Department of Psychiatry in Celal Bayar University Hospital between March 2017 and February 2018. The participants were in- or out-patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder according to the DSM-4. The exclusion criteria were comorbidity of other psychiatric disorders and/or physical diseases. Following the SCID interview, 107 patients with OCD who meet the criteria for inclusion in the study and relatives without any psychiatric or physical diseases that the patients had been living with for at least 1 year were included in the study. In the assesment beside FAS-PV, Burden Assessment Scale, Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale symptom checklist, severity scale (Y-BOCS), the Global Assessment of Functioning (GAF) scale, hamilton depression rating scale was used. In reliability analysis internal consistency coefficient and item-total correlation analysis were performed; for validity analysis exploratory and confirmatory factor analysis was performed. In convergent validity correlation analyses between Burden Assessment Scale, Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale symptom checklist, severity scale (Y-BOCS), the Global Assessment of Functioning (GAF) scale were computed.

Results: The mean age of the patient group was $34,41 \pm 10,86$ and relative of the OCD patient group was $38,65 \pm 12,58$. 57% of the patient group and 45.8% of the relative group were female. The mean score of FAS-PV was 24.78 ± 15.78 . The internal consistency of the FAS-PV was 0.89 and, item-total correlation coefficients were between 0.21-0.66 ($p < 0.0001$). For the exploratory factor analysis of sample adequacy of FAS-PV Kaiser-Meğer-Olkin (KMO) coefficients 0.75 and Bartlett

coefficient 500.1 ($p < 0.0001$) was found. Seven-factor solution was obtained representing 75.39 % of the total variance. Factor loadings of the items of the scale were between 0.49-0.92. Confirmatory factor analysis tested a 4-factor model, which included Direct participation and facilitation of OCD symptoms, Avoidance of OCD triggers, Taking on patient responsibilities, and Modification of personal responsibilities. In confirmatory factor analysis, 4 domains fit the model with a RMSEA of 0.079. There were moderate to high correlations between FAS-PV and Burden Assessment Scale, Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), the Global Assessment of Functioning (GAF) scale (respectively $r = 0,73, 0,62, 0,60$ ve $p < 0,01$).

Conclusion: Results demonstrated that the Turkish version of FAS-PV is a valid and reliable.

Keywords: Turkish form of Family Accommodation Scale-Patient Version, reliability, validity

10.EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu (Hasta için)

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

(hasta)

1. Ad-soyad:

Tarih:

2.Cinsiyeti: (1) Erkek (2) Kadın

Yaşı:

3.Medeni durum: (1) Bekar (2) Evli (3) Boşanmış/ayrı

(4) Dul (eşi hayatta değil)

4.Eğitim Düzeyiniz: (0) Okuma yazma yok (1) Okuma yazma var
(3) Ortaokul (4) Lise

(2) İlkokul

(5) Üniversite

5. Meslek: (1) Çalışmıyor (2) İşçi (3) Memur
(5) Öğrenci (6) Serbest (7) Emekli
(9) Diğer.....

(4) Esnaf

(8) Çiftçi

6.Maddi durumunuz: (1) Kötü (2) Orta (3) İyi (4) Çok iyi

7. Yaşadığınız yer: (1) Köy (2) İlçe (3) Kent (4) Yurtdışı

8. Büyüdüğünüz yer: (1) Köy (2) İlçe (3) Kent (4) Yurtdışı

9.Babanızın Eğitimi: (0) Okuma yazma yok (1) Okuma yazma var
(3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite

10. Annenizin Eğitimi: (0) Okuma yazma yok (1) Okuma yazma var
(3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite

11. Birlikte yaşadığı kişiler: (1) Tek başına (2) Aile üyelerinden biriyle (3) Çekirdek aile(anne, baba, çocuk)

(4) Geniş aile (anne,baba,çocuk,aile büyükleri,kardeşler) (5) Arkadaşı/partneri

12.Alışkanlıkları: (0)Yok (1)Sigara (2)Alkol (3)Sigara+alkol (4)İlaç:.....

13. Hastalık süresi(klinik olarak anlamlı belirtilerin başladığı tarihten bugüne kadar yıl olarak geçen süre):

14.Şu anda psikiyatrik tedavi görüyor musunuz? (1) Antidepresanlar (2) Anksiyolitikler

(3) Antipsikotikler (4)

Psikoterapiler

(5) Kombine tedavi (0) Hayır

15. Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü? (1) Antidepresanlar (2) Anksiyolitikler

(3) Antipsikotikler (4)

Psikoterapiler

(5) Kombine tedavi (0) Hayır

16.Düzenli psikofarmakolojik tedavi süresi:.....

17. Hastaneye yatış öyküsü: 1) Var 2) Yok

18. Hastaneye yatış sayısı:

19. Birinci veya ikinci derece akrabalarınızda psikiyatrik hastalık tanısı almış olan var mı?

(0) Hayır (1) Evet (tanısı:.....)

20. Sürekli tedavi gerektiren bedensel hastalık

(0) Hayır (1) Evet (tanı:.....)

21. Sürekli kullanmak zorunda olduğunuz ilaç var mı?

(0) Hayır (1) Evet (Adı:.....)



Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu (Hasta Yakını için)**SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK BİLGİ FORMU**

(hasta yakını)

1. Ad-soyad:**Tarih:****2.Cinsiyeti:** (1) Erkek (2) Kadın**Yaşı:****3.Medeni durum:** (1) Bekar (2) Evli (3) Boşanmış/ayrı (4) Dul (eşi hayatta değil)**4.Eğitim Düzeyiniz:** (0) Okuma yazma yok (1) Okuma yazma var (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite**5. Meslek:** (1) Çalışmıyor (2) İşçi (3) Memur (4) Esnaf (5) Öğrenci (6) Serbest (7) Emekli (8) Çiftçi (9) Diğer.....**6.Maddi durumunuz:** (1) Kötü (2) Orta (3) İyi (4) Çok iyi**7. Yaşadığınız yer:** (1) Köy (2) İlçe (3) Kent (4) Yurtdışı**8. Büyüdüğünüz yer:** (1) Köy (2) İlçe (3) Kent (4) Yurtdışı**9.Babanızın Eğitimi:** (0) Okuma yazma yok (1) Okuma yazma var (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite**10. Annenizin Eğitimi:** (0) Okuma yazma yok (1) Okuma yazma var (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite**11. Birlikte yaşadığı kişiler:** (1) Tek başına (2) Aile üyelerinden biriyle (3) Çekirdek aile (anne, baba, çocuk) (4) Geniş aile (anne, baba, çocuk, aile büyükleri, kardeşler) (5) Arkadaşı/partneri**12. Hastayla yakınlık derecesi:** (1) Anne (2) Baba (3) Eş (4) Kardeş (5) Çocuk (6) Arkadaş/partner (7) diğer

Ek 3: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (9/89)

HASTA ADI: _____	Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı) _____				
PROTOKOL : _____	TARİH: _____				
	HEKİM: _____				
1. OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	Semptom yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kisa 3	Kısa 4
2. OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4
3. OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4
4. OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0	1	2	3	Tam teslimiyet 4
5. OBSESYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4
OBSESYON ALITTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____					
6. KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz)	Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kısa 4
7. KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4
8. KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4
9. KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0	1	2	3	Tam teslimiyet 4
10. KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4
KOMPULSİYON ALITTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____					
11. OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	Mükemmel 0	1	2	3	Yok 4
12. KAÇINMA	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4
13. KARARSIZLIK	0	1	2	3	4
14. PATOLOJİK SORUMLULUK	0	1	2	3	4
15. YAVAŞLAMA	0	1	2	3	4
16. PATOLOJİK KUŞKU	0	1	2	3	4
17. GLOBAL CİDDİYET	0	1	2	3	4
18. GLOBAL DÜZELME	0	1	2	3	4
19. GÜVENİRLİK	MÜKEMMEL = 0	İYİ = 1	ORTA = 2	ZAYIF = 3	

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Var olan tüm semptomları işaretleyiniz. Birincil semptomları "P" ile işaretleyiniz.
(Değerlendirme yapanın, hastanın bahsettiği davranışların, basit fobi veya hipokondriyazise ait değil, obsesif kompulsif bozukluğa ait olduğundan emin olması gereklidir. "s" ile işaretlenen semptomlar obsesif kompulsif bozukluğa ait olabilir veya olmayabilir.)

Şimdi	Geçmişte	
		SALDIRGANLIK OBSESYONLARI
_____	_____	Kendine zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Başkalarına zarar vereceğinden korkma
_____	_____	Şiddet içeren veya korkutucu imgeler
_____	_____	Müstehcen veya hakaret edici sözler söyleme korkusu
_____	_____	Utanılacak bir şey yapmaktan korkma*
_____	_____	İstenmeyen dürtüleri yapmaktan korkma (örn. arkadaşını yaralama)
_____	_____	Çalacağından korkma
_____	_____	Dikkatsizlik nedeniyle başkalarına zarar verme korkusu (örn. çarpma/kaçma, motorlu araç kazası)
_____	_____	Olan kötü olaylardan kendinin sorumlu olacağı korkusu (örn. yangın, hırsızlık)
_____	_____	Diğer
		KİRLENME OBSESYONLARI
_____	_____	Vücut atık veya salgılarından (örn. idrar, dışkı, tükürük) kaygılanmak veya iğrenmek
_____	_____	Kir veya mikroplardan kaygılanmak
_____	_____	Çevre kirliliğinden aşırı kaygı duymak (örn. asbestoz, radyasyon, toksik atıklar)
_____	_____	Evde kullanılan maddelerden aşırı kaygılanmak (örn. temizlik maddeleri, çözücüler)
_____	_____	Kontaminasyon nedeni ile hastalanma kaygısı
_____	_____	Hayvanlardan aşırı derecede korkmak (örn. böcekler)
_____	_____	Yapışkan maddeler veya atıklardan rahatsız olmak
_____	_____	Başkalarına hastalık etkeni bulaştırma kaygısı (saldırgan)
_____	_____	Sadece kontaminasyon halinde ne hissedeceğinden kaygılanmak, sonuçları düşünmemek
_____	_____	Diğer

CİNSEL OBSESYONLAR

_____	_____	Yasaklanmış veya sapıklık derecesinde cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
_____	_____	Çocuklar veya inest ilişki ile ilgili
_____	_____	Homoseksüel ilişkili ile ilgili*
_____	_____	Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
_____	_____	Diğer

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

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

_____	_____	_____
-------	-------	-------

DİNİ OBSESYONLAR

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

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

_____	_____	Doğaüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceği)
_____	_____	Doğaüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

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

SOMATİK OBSESYONLAR

_____	_____	Hastalık ile ilgili*
_____	_____	Vücudun bir parçası veya görünümü ile aşırı ilgili (örn. dismorfofobi)
_____	_____	Diğer

TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

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

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

_____	_____	Kilit, ocak, alet vb.lerinin kontrolü
_____	_____	Başkalarına zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
_____	_____	Kendine zarar vermediğini/vermeyeceğini kontrol etmek
_____	_____	Korkunç bir şey olmadığını/olmayacağını kontrol etmek
_____	_____	Hata yapıp yapmadığını kontrol etmek
_____	_____	Somatik obsesyonlara bağlı kontroller
_____	_____	Diğer

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

_____	_____	Tekrar okuma veya yazma
_____	_____	Rutin hareketleri tekrarlama gereksinimi (örn. kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma)
_____	_____	Diğer

SAYMA KOMPULSİYONLARI

_____	_____	_____
-------	-------	-------

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

_____	_____	_____
-------	-------	-------

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

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

DİĞER KOMPULSİYONLAR

Zihinsel törenler (kontrol veya sayma dışında)

Aşırı liste hazırlama

Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi

Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*

Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*

Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)

Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları*

Batıl davranışlar

Trikotillomani*

Kendine zarar verici veya yaralayıcı davranışlar*

Diğer



Ek 4: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

- | | |
|---|---|
| 1. Depresif ruh hali
(keder, ümitsizlik, çaresizlik,
değersizlik) | 0. Yok
1. Yalnızca soruları cevaplariken anlaşıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor. |
| 2. Suçluluk duyguları | 0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor. |
| 3. İntihar | 0. Yok.
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir). |
| 4. Uykuya dalamamak | 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor. |
| 5. Geceyarısı uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın). |
| 6. Sabah erken uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor. |
| 7. Çalışma ve aktiviteler | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir. |

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işleri bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8. Retardasyon
(düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
9. Ajitasyon
10. Psikik anksiyete
11. Somatik anksiyete
12. Somatik semptomlar
Gastrointestinal
13. Somatik semptomlar
Genel
14. Genital semptomlar
(libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
15. Hipokondriyaklık
16. Zayıflama
(A ya da B'yi doldurunuz)
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve iritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok.
1. Hafif
2. İlmli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:
Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme
sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çek
sık idrara çıkma
Terleme
0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrı kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılmadı.
0. Yok.
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüzyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
17. Durumu hakkında görüşü
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
 1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.



Ek 5: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği

HASTALIK YÜKÜ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Size, yakınlarınızın hastalığı sırasında insanların karşılaşabileceği bazı durumlara ilişkin bir liste okuyacağım. Son altı ay içinde bunlardan hangilerinin hangi düzeyde sizin başınıza geldiğini belirtebilir misiniz?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

(Hastanın adı)'ın hastalığı nedeniyle, ne ölçüde:

___ 1. Maddi sorunlarınız vardı?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 2. İşe (veya okula) kaç gün gidemediniz?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 3. Kendi faaliyetlerinize yoğunlaşmakta güçlük çektiniz?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 4. İşe girmek, tatile çıkmak gibi kendi planlarınızı değiştirmek zorunda kaldınız?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 5. Hiç boş zamanınız kalmadı?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 6. Gündelik ev işlerine sinirlendiniz?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 7. Arkadaşlarınızla geçirecek zamanınız azaldı?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 8. Diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını göz ardı ettiniz?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 9. Aile içinde sürtüşme ve tartışma yaşadınız?

	1 hiç	2 çok az	3 biraz	4 çok	9 uygun değil
--	----------	-------------	------------	----------	------------------

___ 10. Ev dışında komşularınız, arkadaşlarınız veya akrabalarınızla sirtüşme yaşadınız?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 11. (Hastanın adı)'in davranışları yüzünden utanç duydunuz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 12. Ona yönelik yeterince çaba sarf etmediğiniz için suçluluk duydunuz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 13. (Hastanın adı)'a sorun yarattığınız için sorumluluk hissetmeniz nedeniyle suçluluk duydunuz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 14. (Hastanın adı)'in sizden çok fazla talebi olduğu için ona içerlediniz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 15. Ona baktığınız için kendinizi kapana kısılmış gibi hissettiniz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 16. (Hastanın adı)'in eskiye göre ne kadar değiştiğini gördükçe üzüldünüz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 17. (Hastanın adı)'a yönelik davranışlarınızın onun hastalığını kötüleştirmesinden kaygı duydunuz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 18. (Hastanın adı)'in geleceği konusunda kaygı duydunuz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

___ 19. Hastalığının yarattığı damgalamayı üzücü buldunuz?

	<u>1</u> hiç	<u>2</u> çok az	<u>3</u> biraz	<u>4</u> çok	<u>9</u> uygun değil
--	-----------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------------

Ek 6: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi

Hastanın Adı, Soyadı:

Tarih:

Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:

Değerlendirici:

GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sırıavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması , çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçar, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanılardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

Ek 7: Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği Hasta Formu OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA AİLE UYUM ÖLÇEĞİ

HASTA FORMU (FAS-PV)

Geliştirenler:

Anthony Pinto, Ph.D., Barbara Van Noppen, Ph.D., Monica S. Wu, M.A., Lisa Calvocoressi, Ph.D.

Çeviri ve Uyarlama:

Emine Özge Çöldür, Erol Özmen, Mehmet Murat Demet

Copyright and Permissions

The Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder - Patient Version (FAS-PV)
Copyright © 2015 by Anthony Pinto, Ph.D., Barbara Van Noppen, Ph.D., Monica S. Wu, M.A., & Lisa Calvocoressi, Ph.D.
The Family Accommodation Scale for Obsessive Compulsive Disorder - Patient Version (FAS-PV)
includes a modified version of the Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) Checklist,
copyright © 1986, 1989, with permission.

Correspondence

For permission to use or adapt this instrument for clinical or research purposes, please contact
Lisa Calvocoressi, Ph.D., Yale University School of Public Health, Yale University School of Medicine: lisa.calvocoressi@yale.edu.

Bugünün tarihi: _ / _ / _

Cinsiyetiniz: *(birisini daire içine alın)*

1 = kadın 2 = erkek

Sizinle ve obsesif-kompulsif belirtilerinizle en çok ilgilenen yakınınızı belirtin. *(birisini daire içine alın)*

1 = ebeveyn 2 = eş 3 = partner 4 = erişkin çocuk 5 = kardeş 6 = diğer

GENEL BİLGİ

Belirgin obsesif kompulsif belirtileriniz olduğu belirlendi. Siz, sizinle ve bu belirtilerinizle en çok ilgilenen aile üyenizi belirlediniz. Bu nedenle bu anketi doldurmanız istendi. Bu anket boyunca belirlediğiniz kişiden “yakınınız” olarak bahsedilmektedir.

Anketin I. Bölümünde obsesyonlar ve kompulsiyonlar tanımlanmaktadır ve sizden şu an mevcut olan obsesyonlarınızı ve kompulsiyonlarınızı belirtmeniz istenmektedir. Anketin II. Bölümünde, obsesif-kompulsif belirtileriniz nedeniyle, yakınınızın davranışlarında veya alışkanlıklarında yapmış olabileceği değişiklikleri tanımlamanız istenmektedir.

I.BÖLÜM: OBSESİF-KOMPULSİF BELİRTİLERİNİZİN BİLDİRİLMESİ

OBSESYONLAR

Obsesyonlar, kişinin zihnine tekrarlayıcı şekilde giren ve kendi isteği dışında oluşuyor gibi görünen rahatsız edici inanç, düşünce, görüntü ya da dürtülerdir. Bu düşünceler itici ya da korkutucu olabilir ya da onları yaşayan kişiye anlamsız gelebilir.

Aşağıda obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB) olan kişilerde yaygın görülen farklı obsesyon türlerinin listesi vardır. Lütfen **geçen hafta boyunca** yaşadığınız her obsesyon türüne işaret koyun.

ZARAR VERME OBSESYONLARI

Örnekler: kendine ya da başkalarına zarar verme korkusu, bir şeyler çalma korkusu, müstehcen veya hakaret içeren sözleri ağzından kaçırma korkusu, istenmeyen ya da utanç verici dürtülerle hareket etme korkusu; çok kötü bir şeyin olmasından sorumlu olma (ör: yangın, soygun); şiddet içeren veya korkutucu görüntüler görme.

KİRLENME OBSESYONLARI

Örnekler: vücut atıklarından, salgılardan, kandan, mikroplardan aşırı kaygılanmak veya iğrenmek; çevresel zehirlerden (ör: asbest, radyasyon veya zehirli atık), ev temizleyicileri/çözücülerden veya hayvanlardan (ör: böcekler) hastalık bulaşması ile ilgili yoğun kaygı; yapışkan maddelerden veya atıklardan rahatsız olma; başkalarına hastalık etkeni bulaştırma korkuları.

CİNSEL OBSESYONLAR

Örnekler: yasaklanmış ya da sapkınlık derecesinde cinsel konularla ilgili istenmeyen tekrarlayıcı düşünceler (ör: çocuklarla cinsel ilişki).

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

Örnekler: malzemelerin aktif yaşam alanlarını veya çalışma alanını dolduracak veya düzensizleştirecek şekilde birikimine neden olan, önemsiz gibi görünen şeyleri atmakla ilgili endişeler.

DİNİ OBSESYONLAR

Örnekler: istemeden akla gelen dine küfreden düşünceler; neyin doğru ve yanlış/ahlaki olduğu ile ilgili aşırı kaygılar.

SİMETRİ VE DÜZEN İHTİYACI İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

Örnekler: eşyaların yer değiştirip değiştirmedeği hakkında endişeler; eşyaların düzgün bir şekilde hizalanmadığına dair endişeler; hesaplamaların veya el yazısının kusursuz olması ile ilgili endişeler.

BEDENSEL OBSESYONLAR

Örnekler: aksi için teminat verilmesine rağmen AIDS veya kanser gibi bir hastalığa sahip olma hakkında aşırı kaygılar; vücudun bir tarafı ve dış görünüş ile ilgili aşırı kaygılar.

DİĞER OBSESYONLAR

Örnekler: önemsiz ayrıntıları bilmeye veya hatırlamaya aşırı ihtiyaç duyulması; bir şeyleri kaybetme korkusu; belirli kelimeleri söyleme korkusu; doğru şeyi söylememe korkusu; belirli seslerden veya gürültüden rahatsızlık; uğurlu veya uğursuz sayılarla ilgili tekrar eden düşünceler.

KOMPULSİYONLAR

Kompulsiyonlar (tekrarlayıcı davranışlar) anlamsız veya aşırı bulmasına rağmen bir kişinin yapmak zorunda hissettiği davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanır. Bu davranışları yapmaya karşı koymak kişi için zor olabilir veya kişide kaygıyı tetikleyebilir.

Aşağıda obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerde yaygın görülen farklı kompulsiyon türlerinin listesi vardır. Lütfen **geçen hafta boyunca** yaşadığınız her kompulsiyon türüne işaret koyun.

TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

Örnekler: aşırı veya adet haline gelmiş el yıkama, duş alma, banyo yapma, diş fırçalama, kişisel bakım veya tuvalet alışkanlığı; ev eşyalarını aşırı temizleme; kirletici maddelerle teması önleme çabaları.

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

Örnekler: kilitleri, ocağı, aletleri aşırı kontrol etme; kötü bir şeyin olmadığından veya olmayacağından ya da hata yapmadığından emin olmak için kontrol etme; hastalık korkularına bağlı kontroller yapma.

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

Örnekler: bir şeyleri tekrar okuma ve/veya tekrar yazma; alışkanlık haline gelmiş hareketleri tekrarlama (ör: kapıdan girme/çıkma, sandalyeye oturma/kalkma).

— SAYMA KOMPULSİYONLARI

Örnekler: zemindeki döşemeleri, raftaki kitapları veya cümledeki kelimeleri sayma.

— SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

Örnekler: masanın üzerindeki kağıtları aşırı düzenleme, mobilyaları veya resim çerçevelerini düzeltme.

— BİRİKTİRME/SAKLAMA/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

Örnekler: bir gün lazım olabileceği düşüncesiyle eski gazeteleri, işe yaramaz postaları, paket kâğıtlarını, kırılmış eşyaları saklama; sokaktan veya çöp kutularından işe yaramaz eşyaları toplama.

— DİĞER KOMPULSİYONLAR

Örnekler: içini rahatlatmaya çalışma/güvence arama (ör: aynı soruyu tekrar tekrar sorma); aşırı liste hazırlama; kendine veya başkalarına zarar gelmemesi için veya kötü sonuçları engellemek için önlemler alma; kontrol etme ve sayma dışında tekrarlayıcı zihinsel eylemler (ör: gözden geçirme, törensel şekilde ibadet); bir şeylere dokunma veya hafifçe vurma ihtiyacı; tören haline gelmiş yemek yeme davranışları.

II. BÖLÜM: AİLE ÜYESİNİN OBSESİF-KOMPULSİF BELİRTİLERE YANITININ BİLDİRİLMESİ

ACIKLAMA: Mevcut obsesif-kompulsif belirtilerinizi (I.Bölümde belirlenen) aklınızda tutarak, **yakınınızın** geçen hafta boyunca bu belirtilerimize vermiş olabileceği tepkileri tanımlayan II. Bölümdeki maddeleri yanıtlayınız. Lütfen, her madde için yakınınızın maddede belirtilen şekilde tepki verdiği **geçen hafta içindeki gün sayısını** işaretleyin. Her madde için GÜN SAYISI sütununda bir dairenin içini doldurun. Eğer bir madde yakınınızın son bir haftada hiç yapmadığı bir şeyden bahsediyorsa, “Hiç/Asla” sütunundaki dairenin içini doldurun.

	SON BİR HAFTADA GÜN SAYISI				
	Hiç/Asla	1gün	2-3gün	4-6gün	Her gün
1. Yakınım obsesif-kompulsif bozukluk ile ilgili endişelerimin gerekçesi olmadığı konusunda beni rahatlattı. <i>Örnekler: bana bir şeyin bulaşmadığı veya ağır hasta olmadığım konusunda beni rahatlattı.</i>	0	1	2	3	4
2. Yakınım yapmış olduğum tekrarlayıcı davranışların obsesif-kompulsif bozukluk ile ilgili kaygılarımı giderdiği konusunda beni rahatlattı. <i>Örnekler: temizlik ve kontrolleri yeterince yaptığım konusunda beni rahatlattı.</i>	0	1	2	3	4
3. Yakınım kompulsif davranışlarımı yaparken bekledi.	0	1	2	3	4
4. Yakınım kompulsiyonlarıma doğrudan dahil oldu. <i>Örnekler: İsteddiğimde tekrar tekrar yıkadı veya kontrol etti.</i>	0	1	2	3	4
5. Yakınım kompulsiyonlarımı tamamlamamı sağlayan şeyler yaptı. <i>Örnekler: kapıların kilitli olup olmadığını kontrol edebilmem için beni eve geri götürdü; biriktirdiğim eşyalar için evde boş alan oluşturdu.</i>	0	1	2	3	4
6. Yakınım tekrarlayıcı davranışlarımı veya kompulsiyonlarımı yapmam için gerekli eşyaları sağladı. <i>Örnekler: benim için fazla miktarda sabun veya temizlik malzemeleri satın aldı.</i>	0	1	2	3	4
7. Yakınım obsesyonlarımı veya kompulsiyonlarımı ortaya çıkaracak durumlardan kaçınmamı sağlayan şeyler yaptı. <i>Örnekler: ben dokunamadığım için toplu alanlarda kapıları benim yerime açtı.</i>	0	1	2	3	4

8. Yakınım obsesif kompulsif belirtilerim nedeniyle karar veremediğimde basit kararlar vermemde yardım etti. <i>Örnekler: sabah ne giyeceğime veya hangi marka bisküvi alacağıma karar verdi.</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle iş göremez hale geldiğimde yıkanma, hazırlanma, tuvalet veya giyinme gibi kişisel görevlerimde yardım etti.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle yapamadığım zamanlarda yemek hazırlamama yardım etti.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle yeterince yerine getiremediğimde ailenin veya evin sorumluluklarını üstüne aldı. <i>Örnekler: benim yerime faturaları ödedi, alış veriş yaptı ve/veya çocuklara baktı (obsesif-kompulsif belirtilerim olmasaydı yakınımın yapması gerekmezdi).</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
12. Yakınım obsesyonlarımı veya kompulsiyonlarımı ortaya çıkaracak şeyler hakkında konuşmaktan kaçındı.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
13. Yakınım bende obsesyon veya kompulsiyon oluşturabilecek şeyleri yapmamaya dikkat etti. <i>Örnekler: Dikkatlice dizdiğim şeyleri hareket ettirmedi.</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
14. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle işi veya sosyal bir etkinliği kaçırdığımda benim yerime bahane üretti veya yalan söyledi.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
15. Yakınım obsesif-kompulsif davranışlarımı durdurmaya çalışmadı. <i>Örnekler: kapıdan girip çıkma veya eşyalara belli bir sayıda dokunma/ vurma gibi tekrarlayan davranışlarıma katlandı.</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
16. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle evinde alışılmadık durumlara katlandı. <i>Örnekler: evi atmadığım kâğıtlarla dağınık halde bırakmama katlandı.</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
17. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle boş zaman aktivitelerini azalttı. <i>Örnekler: sosyalleşme, hobiler, egzersiz için daha az zaman ayırdı.</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
18. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle iş veya okul programını değiştirdi.	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
19. Yakınım obsesif-kompulsif belirtilerim nedeniyle aile sorumluluklarının bazılarını erteledi. <i>Örnekler: Yakınım diğer aile üyeleriyle istediğinden daha az zaman geçirdi; yakınım evinin gündelik işlerini ihmal etti.</i>	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
TOPLAM PUAN (1.-19. maddelere verilen cevapların toplamı)					

Ek 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Hasta için)

ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

Takıntılı Düşünceler ve Saplantılı Davranışları Olan Hastaların Belirtilerine Ailenin Uyumunu Ölçen Anketin Türkçe’ye Uyarlanması

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Obsesif kompulsif bozukluk halk arasında takıntı hastalığı olarak bilinen, kişinin isteği dışında tekrar tekrar zihne giren, belirgin kaygıya neden olan düşünceler, hayaller ve dürtüler (obsesyon) ile bunların yarattığı kaygıyı gidermek için çoğu kez aşırı ve mantıksız bulmasına rağmen kişinin yapmaktan kendini alıkoymadığı yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemlerle (kompulsiyon) karakterize ruhsal bozukluktur.

Aile uyumu, aile üyelerinin günlük alışkanlıklarını değiştirmesine kadar varabilen hastanın tekrarlayıcı davranışlarına ve/veya hastalık belirtilerini tetikleyecek durumlardan kaçınmasına katılımını ya da bunları hasta için kolaylaştırmasını belirtir.

Obsesif kompulsif bozukluk sadece hastayı değil, birlikte yaşadığı kişileri de etkileyen bir hastalıktır. Bir taraftan hastanın hastalığın seyrinde bulunan tekrarlayıcı davranışların birlikte yaşayan kişiler üzerindeki olumsuz etkileri bir taraftan da bozukluğun tedavi sürecinde birlikte yaşayan ve zamanının büyük kısmını birlikte geçiren kişilerin hastaya ve hastalığa karşı gösterdikleri tutum ve davranış şekli tedavinin genel olarak sonuçları üzerinde son derece önemli etkide bulunmaktadır.

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların belirtilerine birlikte yaşadığı aile üyelerinin katılımını ölçen Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu’nun Türkçe’ye uyarlanması amaçlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Hastalığı olan kişi için: Bu araştırma sırasında size öncelikle psikiyatri polikliniğinde Dr. E. Özge Çöldür tarafından ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme amacı ile görüşme yapılacaktır.

Hastalığınızı daha sağlıklı değerlendirebilmemiz için sizden kimlik bilgileriniz (yaşınız, cinsiyetiniz, medeni durumunuz, eğitiminiz, gelir durumunuz, yaşadığınız yer, hastalık ile ilgili bilgileriniz) istenecektir. 19 maddesi sizin okuyarak cevaplayacağınız yakınınızın takıntılarınıza ve tekrarlayıcı davranışlarınıza katılımını değerlendiren ve 19 maddesi doktorunuz tarafından yüz yüze görüşme sırasında cevaplayacağınız hastalık belirtilerinizi ve şiddetini değerlendiren toplam 38 sorudan oluşan anketler uygulanacaktır. Anketlerle ilgili ayrıntılı bilgi Dr. E. Özge Çöldür tarafından size verilecektir. Bu anketler tahminen 20 dakikanızı alacaktır.

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlem ve tedavilerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma sırasında, eğer var ise kullandığınız ilaçlarda bir değişiklik olmayacaktır. Bu çalışma size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, daha sonraki görüşmeleri kabul etmeyebilirsiniz ve istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Ayrıca kendi rızanız olsun ya da olmasın, araştırmacılar tarafından da çalışmadan çıkarılabilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmakla birlikte Türkçe’de eşdeğeri bulunmayan Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu’nun Türkçe’ye uyarlanmasına ve aile uyumunun varlığını ve sıklığını ölçen bu anketin ülkemizdeki obsesif kompulsif bozukluk hastalarında kullanılabilmesine katkınız olacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu uygulama, zamanınızı ayırmanız dışında size herhangi bir risk ya da rahatsızlık yaratmayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Hastalığımla ilgili bilgiler gizli kabul edilecektir. Doktorum dosyayı inceleyebilir. Bazı bilgiler T.C. Sağlık Bakanlığı veya başka idari merciler tarafından yerinde veya belgelerin ulaştırılması yoluyla incelenebilir. Her kim olursa, bu bilgileri kişisel kabul edecek ve gizliliğini koruyacaklardır. Yazılı iznim olmadan, benimle ilgili tıbbi bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Eğer bu çalışmanın sonuçları yayınlanırsa, benden sadece isimsiz olarak bahsedilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Emine Özge ÇÖLDÜR : 0536 566 04 69 ozgee_009@hotmail.com
2. Erol ÖZMEN : 0533 627 05 25 erolozmen@yahoo.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

Ek 9: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Hasta yakını için)

CALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

Takıntılı Düşünceler ve Saplantılı Davranışları Olan Hastaların Belirtilerine Ailenin Uyumunu Ölçen Anketin Türkçe’ye Uyarlanması

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Obsesif kompulsif bozukluk halk arasında takıntı hastalığı olarak bilinen, kişinin isteği dışında tekrar tekrar zihne giren, belirgin kaygıya neden olan düşünceler, hayaller ve dürtüler (obsesyon) ile bunların yarattığı kaygıyı gidermek için çoğu kez aşırı ve mantıksız bulmasına rağmen kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemlerle (kompulsiyon) karakterize ruhsal bozukluktur.

Aile uyumu, aile üyelerinin günlük alışkanlıklarını değiştirmesine kadar varabilen hastanın tekrarlayıcı davranışlarına ve/veya hastalık belirtilerini tetikleyecek durumlardan kaçınmasına katılımını ya da bunları hasta için kolaylaştırmasını belirtir.

Obsesif kompulsif bozukluk sadece hastayı değil, birlikte yaşadığı kişileri de etkileyen bir hastalıktır. Bir taraftan hastalığın seyrinde bulunan tekrarlayıcı davranışların birlikte yaşayan kişiler üzerindeki olumsuz etkileri bir taraftan da tedavi sürecinde birlikte yaşayan ve zamanının büyük kısmını birlikte geçiren kişilerin hastaya ve hastalığa karşı gösterdikleri tutum ve davranış şekli tedavinin genel olarak sonuçları üzerinde son derece önemli etkide bulunmaktadır.

Bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastaların belirtilerine birlikte yaşadığı aile üyelerinin katılımını ölçen Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu’nun Türkçe’ye uyarlanması amaçlanmıştır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Hasta yakını için: Bu araştırma sırasında size öncelikle psikiyatri polikliniğinde Dr. E. Özge Çöldür tarafından ayrıntılı psikiyatrik değerlendirme amacı ile görüşme yapılacaktır. Sizi daha sağlıklı değerlendirebilmemiz için kimlik bilgileriniz (yaşınız, cinsiyetiniz, medeni durumunuz, eğitiminiz, gelir durumunuz, yaşadığınız yer, hastayla yakınlık dereceniz ile ilgili bilgileriniz) ve sizin okuyarak cevaplayacağınız gündelik yaşamınızın yakınınızın hastalığı nedeniyle ne ölçüde değiştiğini ve yakınınız için ne ölçüde kaygı taşıdığınızı sorgulayan toplam 19 sorudan oluşan bir anket uygulanacaktır. Anketlerle ilgili ayrıntılı bilgi Dr. E. Özge Çöldür tarafından size verilecektir.

Bu anketler tahminen 20 dakikanızı alacaktır.

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlem ve tedavilerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma sırasında, eğer var ise kullandığınız ilaçlarda bir değişiklik olmayacaktır. Bu çalışma size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, daha sonraki görüşmeleri kabul etmeyebilirsiniz ve istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Ayrıca kendi rızanız olsun ya da olmasın, araştırmacılar tarafından da çalışmadan çıkarılabilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmakla birlikte Türkçe’de eşdeğeri bulunmayan Obsesif Kompulsif Bozuklukta Aile Uyum Ölçeği-Hasta Formu’nun Türkçe’ye uyarlanmasına ve aile uyumunun varlığını ve sıklığını ölçen bu anketin ülkemizdeki obsesif kompulsif bozukluk hastalarında kullanılabilmemesine katkınız olacaktır.

GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?

Bu uygulama, zamanınızı ayırmanız dışında size herhangi bir risk ya da rahatsızlık yaratmayacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Hastalığımla ilgili bilgiler gizli kabul edilecektir. Doktorum dosyama inceleyebilir. Bazı bilgiler T.C. Sağlık Bakanlığı veya başka idari merciler tarafından yerinde veya belgelerin ulaştırılması yoluyla incelenebilir. Her kim olursa, bu bilgileri kişisel kabul edecek ve gizliliğini koruyacaklardır. Yazılı iznim olmadan, benimle ilgili tıbbi bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Eğer bu çalışmanın sonuçları yayınlanırsa, benden sadece isimsiz olarak bahsedilecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1.Emine Özge ÇÖLDÜR : 0536 566 04 69 ozgee_009@hotmail.com
2.Erol ÖZMEN : 0533 627 05 25 erolozmen@yahoo.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

11. KAYNAKLAR

- 1.Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2015). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri.
- 2.Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013;129 –140.
- 3.Sadock, B. J. (2016). Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Çeviri Editörü. Prof. Dr. Ali Bozkurt. Çocuk Psikiyatrisi, Bebek Çocuk ve Ergen Gelişimi, 1082-1107.
- 4.El-Sayegh S, Bea S, Agelopoulos A. Obsessive compulsive disorder: unearthing a hidden problem. Cleve Clin J Med. 2003;70(10):824-825.
- 5.Eğrilmez A, Gülseren L, Gülseren Ş ve ark. Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. Psychopathology; 30:106-110, 1997
- 6.Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Molecular psychiatry, 15(1), 53.
- 7.Hollander E, Kwon JH, Stein DJ, Broatch J, Rowland CT, Himelein CA. Obsessive compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. J Clin Psychiatry 1996; 57(suppl.8):3-6.
- 8.Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. PsychiatrClin North Am. 1992;15:743-758.
- 9.Stein DJ, Roberts M, Hollander E, et al. Quality of life and pharmaco-economic aspects of obsessive-compulsive disorder. S Afr Med J 1996; 36:1579– 1585.
- 10.Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. Am J Orthopsychiatry 1996; 66:296–304.
- 11.Black, D.W., Gaffney, G., Schlosser, S., & Gabel, J. (1998). The impact of obsessive-compulsive disorder on the family: Preliminary findings. Journal of Nervous and Mental Disease, 186(7), 440–442.
- 12.Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, B. S., Goodman, W. K., McDougale, C. J., & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 152, 441–443.
- 13.Laidlaw TM, Fallon IRH, Barnfather D, Coverdale JH. The stress of caring for people with obsessive compulsive disorders. CommMentalHealth J 1999;35:443–449.
- 14.Schene HA. Objective and subjective dimensions of family burden. Soc Psychiatry Epidemiol. 1990 ;25:289-297
- 15.Magliano L, Tosini P, Guarneri M, Marasco C, Catapano F. Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. Eur Psychiatry 1996;11:192-7.
- 16.Steketee, G., Van Noppen, B., Lam, J., & Shapiro, L. (1998). Expressed emotion in families and the treatment of obsessive compulsive disorder. In Session: Psychotherapy in Practice, 4, 73–91.
- 17.Albert U, Salvi V, Saracco P, Bogetto F, GiuseppeMainaG. Health-Related Quality of Life Among First-Degree Relatives of Patients With Obsessive-Compulsive Disorder in Italy. Psychiatric Services 2007; Vol. 58;970-976
- 18.Renshaw, K. D., Steketee, G., & Chambless, D. L. (2005). Involving family members in the treatment of OCD. Cognitive Behaviour Therapy, 34(3), 164–175
- 19.Tükel, R., & Demet. M. M. (2017). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- 20.Okasha A. Obsessive-Compulsive Disorder. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry Vol 4. sf:1-21, 2000.
- 21.Bayraktar E. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Psikiyatri Dünyası 1:25-32, 1997.
- 22.Tükel R, Topçuoğlu V, Demet MM Obsesif-kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. Gç: Anksiyete Bozuklukları. Ed. R. Tükel. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara; 2006. s:277-298
- 23.Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. Obsessive compulsive disorder. 1st ed. Chicago: Year book medical publishers 1- 4, 1986.
- 24.Insel TR. Phenomenology of obsessive compulsive disorder. J Clin Psychiatry 51 (2,suppl):4-8, 1990.
- 25.Charley DS. Anksiyete Bozuklukları. Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock's

- Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volum II, (8th ed) (çev.ed. H Aydın, A Bozkurt). Güneş Kitabevi, Ankara. 2007; 1718-1800.
26. Obsesif Kompulsif Bozukluk. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV TR). Köroğlu E (ed.); 2007: 660 – 71
27. 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
28. Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A. (2012). Obsessive–compulsive disorder: Prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 2035–2043. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-012-0507-8>.
29. Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive–compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 28(3), 287.
30. Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive–compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63. <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2008.94>.
31. Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1997). Treatment strategies for chronic and refractory obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
32. Kolada JL, Bland RC, Newman SC (1994) Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 376:24-35
33. Samuels J, Nestadt G: Epidemiology and genetics of obsessivecompulsive disorder. *International Review of Psychiatry* 1997;9(1):61-72.
34. Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med* 2004;350(3):259-65.
35. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*, 59Suppl 2:29-33, 1998.
36. Neziroğlu F, Anemone R, Yaryura-Tobias J. Onset of obsessive compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry* 149:7, 1992.
37. Weiss AP, Jenike MA. Late-onset obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12(2), 265-268.
38. Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri* 2003;6:46-50
39. Freud S Ego ve İd. *Metapsikoloji*. Haz İlkesinin Ötesinde, Ego ve İd ve Başka Yapıtlar, (Çözümlemeler ve Notlarla Çev.: A Yardımlı), İdea Yayınevi, İstanbul, 2000;247–293.
40. Mowrer OH. *Learning Theory and Behavior*. New York:Wiley;1960.
41. E. Ertekin “Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı terapi”, *Psikiyatride Güncel - Farklı Yönleriyle Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisi* Ed. S. Vahip Cilt: 4 Sayı: 3 (2014)
42. Rachman S, De Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 1978;16, 233–248.
43. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther* 1997; 35: 793-802.
44. Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour research and therapy*, 27(6), 677-682.
45. Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 1996;10: 379–391.
46. Rachman, S., & Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive–compulsive disorder. *Obsessive–compulsive disorder: Theory, research, and treatment*, 51-78.
47. Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W. A family study of obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 1995;152:76–84.
48. Demet MM. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2005; 15: 45-52
49. Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*, 62(2), 182-189.
50. Goodman, Wayne K., et al. "The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability." *Archives of general psychiatry* 46.11 (1989): 1006-1011.
51. Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, LaBuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Apr; 57 (4) :358-63.
52. Carey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobia, and obsessive-compulsive

- disorder. In Klein D, Rabkin J (editors). *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York, NY: Raven Press, 1981, 117-136.
53. Jonnal, A. H., Gardner, C. O., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2000). Obsessive and compulsive symptoms in a general population sample of female twins. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 96(6), 791-796.
 54. Pauls, D. L. (2008, May). The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* (Vol. 148, No. 2, pp. 133-139). Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company.
 55. Cavallini MC, Pasquale L, Bellodi L, Smeraldi E. Complex segregation analysis for obsessive compulsive disorder and related disorders. *Am J Med Genet* 1999;88:38-43.
 56. Grad LR, Pelcovitz D, Olson M, Matthews M, Grad JL. Obsessive compulsive symptomatology in children with Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Psychiatry* 1989;26:69-73
 57. Willour VL, Yao Shugart Y, Samuels J, Grados M, Cullen B, Bienvenu OJ 3rd, Wang Y, Liang KY, Valle D, Hoehn-Saric R, Riddle M, Nestadt G. Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. *Am J Hum Genet* 2004;75:508-513.
 58. Hemmings SM, Kinnear CJ, Niehaus DJ, Moolman-Smook JC, Lochner C, Knowles JA, Corfield VA, Stein DJ. Investigating the role of dopaminergic and serotonergic candidate genes in obsessive compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003;13:93-98.
 59. Vardar E. Obsesif kompulsif bozukluğun genetiği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10:153-159.
 60. Urraca N, Camarena B, Gómez-Caudillo L, Esmer MC, Nicolini H. Mu opioid receptor gene as a candidate for the study of obsessive-compulsive disorder with and without tics. *Am J Med Genet* 2004;127:94-96.
 61. Taylor, S. (2013). Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Molecular psychiatry*, 18(7), 799-805.
 62. Karslıoğlu, E. H., & Yüksel, N. (2007). Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 10, 3-13.
 63. Hollander E, Kaplan A, Allen A, Cartwright C. Pharmacotherapy for obsessive compulsive disorder. *The Psychiatric clinics of North America*. 2000; 23:643-656.
 64. Zohar, J., Kennedy, J. L., Hollander, E., & Koran, L. M. (2004). Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *The Journal of clinical psychiatry*, 65, 18-21.
 65. Murphy D, Zohar J, Pato M ve ark. (1989) Obsessive-compulsive disorder as a 5-HT subsystem behavioral disorder. *Br J Psychiatry*, 155(Suppl):15-24.
 66. Westenberg HGM, Fineberg NA, Denys D. Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: Serotonin and beyond. *CNS Spectrums* 2007;12:2(Suppl 3):14-27.
 67. Marazziti D, Pfanner C, Palego L, Gemignani A, Milanfranchi A, Ravagli S, et al. Changes in platelet markers of obsessive-compulsive patients during a double-blind trial of fluvoxamine versus clomipramine. *Pharmacopsychiatry* 1997; 30: 245-9.
 68. El Mansari M, Blier P (2006) Mechanisms of action of current and potential pharmacotherapies of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 30:362-373.
 69. Bastani B, Nash JF, Meltzer HY. Prolactin and cortisol responses to MK-212, a serotonin agonist, in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 833-9.
 70. Lesch KP, Hoh A, Disselkamp-Tietze J, Wiesmann M, Osterheider M, Schulte HM. 5-Hydroxytryptamine1A receptor responsivity in obsessive-compulsive disorder. Comparison of patients and controls. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 540-7
 71. Stern L, Zohar J, Cohen R, Sasson Y. Treatment of severe, drug resistant obsessive compulsive disorder with the 5-HT1D agonist sumatriptan. *Eur Neuropsychopharmacol* 1998;8:325-8.
 72. Koran, L. M., Pallanti, S., & Quercioli, L. (2001). Sumatriptan, 5-HT 1D receptors and obsessive-compulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 11(2), 169-172.
 73. Swedo SE, Snider LA (2004) The neurobiology and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Neurobiology of Mental Illness*, DS Charney, EJ Nestler (Ed), Oxford University Press, Oxford, New York.
 74. Ben-Pazi A, Szechtman H. The morphogenesis of motor rituals in rats treated chronically with dopamine agonist quinpirole. *Behave Neuosci* 2001 ;115:1301 -17.
 75. Eilam D., Szechtman H.: Psychostimulant induced behavior as an animal model of

- obsessive-compulsive disorder: An aetiological approach to the form of compulsive rituals, *CNS Spectrum*; 10(3): 191-202, 2005.
76. Sullivan, R. M., Talangbayan, H., Einat, H., & Szechtman, H. (1998). Effects of quinpirole on central dopamine systems in sensitized and non-sensitized rats. *Neuroscience*, 83(3), 781-789.
 77. Swedo, S. E., Leonard, H. L., Kruesi, M. J., Rettew, D. C., Listwak, S. J., Berrettini, W., ... & Rapoport, J. L. (1992). Cerebrospinal fluid neurochemistry in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49(1), 29-36.
 78. Hollander E, Stein DJ, Saoud JB ve ark. (1992) Effects of fenfluramine on plasma HVA in OCD. *Psychiatry Res*, 42:185-187
 79. Satel, S. L., & McDougle, C. J. (1991). Obsessions and compulsions associated with cocaine abuse. *The American journal of psychiatry*.
 80. Rosse, R. B., McCarthy, M. F., Alim, T. N., & Deutsch, S. I. (1994). Saccadic distractibility in cocaine dependent patients: a preliminary laboratory exploration of the cocaine-OCD hypothesis. *Drug and alcohol dependence*, 35(1), 25-30.
 81. Pitchot, W., Hansenne, M., Moreno, A. G., & Ansseau, M. (1996). Growth hormone response to apomorphine in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 21(5), 343.
 82. Brambilla, F., Bellodi, L., Perna, G., Arancio, C., & Bertani, A. (1997). Dopamine function in obsessive-compulsive disorder: Growth hormone response to apomorphine stimulation. *Biological psychiatry*, 42(10), 889-897.
 83. Kim, C. H., Koo, M. S., Cheon, K. A., Ryu, Y. H., Lee, J. D., & Lee, H. S. (2003). Dopamine transporter density of basal ganglia assessed with [¹²³I] IPT SPET in obsessive-compulsive disorder. *European journal of nuclear medicine and molecular imaging*, 30(12), 1637-1643.
 84. Kim, C. H., Cheon, K. A., Koo, M. S., Ryu, Y. H., Lee, J. D., Chang, J. W., & Lee, H. S. (2007). Dopamine transporter density in the basal ganglia in obsessive-compulsive disorder, measured with [¹²³I] IPT SPECT before and after treatment with serotonin reuptake inhibitors. *Neuropsychobiology*, 55(3-4), 156-162.
 85. Şahin AR. Obsesif-Kompulsif Bozukluk. E, Güleç C (editörler). *Psikiyatri Temel Kitabında* (2. baskı). Ankara. Hekimler Yayın Birliği, 2007:343-352.
 86. Arnold, P. D., Sicard, T., Burroughs, E., Richter, M. A., & Kennedy, J. L. (2006). Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 769-776.
 87. McGrath, M. J., Campbell, K. M., Parks, C. R., & Burton, F. H. (2000). Glutamatergic drugs exacerbate symptomatic behavior in a transgenic model of comorbid Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Brain research*, 877(1), 23-30.
 88. Gök, Ş., Demet, M. M., & Öztürk, Z. (2017). Glutamate mGlu5 receptor antagonist, MPEP, reduces the quinpirole-induced compulsive-like checking in rats. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 15, 13-18.
 89. Moore GJ, MacMaster FP, Stewart C, Rosenberg DR. Case study: caudate glutamatergic changes with paroxetine therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:663-667, 1998.
 90. Rosenberg DR, Keshavan MS. A.E. Bennett Research Award. Toward a neurodevelopmental model of obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*. 1998; 43:623-640.
 91. Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000; 39:1096-1103.
 92. Arnold PD, Rosenberg DR, Mundo E ve ark. (2004) Association of a glutamate (NMDA) subunit receptor gene (GRIN2B) with obsessive-compulsive disorder: a preliminary study. *Psychopharmacology*, 174:530-538.
 93. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R ve ark. (2005) Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*, 30:1735-1740
 94. El Mansari M, Blier P. Mechanisms of action of current and potential pharmacotherapies of obsessive-compulsive disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 2006; 30:362-373.
 95. Huff, W., Lenartz, D., Schormann, M., Lee, S. H., Kuhn, J., Koulousakis, A., ... & Sturm, V. (2010). Unilateral deep brain stimulation of the nucleus accumbens in patients with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: Outcomes after one year. *Clinical*

- neurology and neurosurgery, 112(2), 137-143.
96. Pallanti, S., & Hollander, E. (2014). Pharmacological, experimental therapeutic, and transcranial magnetic stimulation treatments for compulsivity and impulsivity. *CNS spectrums*, 19(1), 50-61.
 97. Westenberg, H. G., Fineberg, N. A., & Denys, D. (2007). Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: serotonin and beyond. *CNS spectrums*, 12(S3), 14-27.
 98. Atmaca, M., Yildirim, H., Ozdemir, H., Tezcan, E., & Poyraz, A. K. (2007). Volumetric MRI study of key brain regions implicated in obsessive-compulsive disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(1), 46-52.
 99. Kang, D. H., Kim, J. J., Choi, J. S., Kim, Y. I., Kim, C. W., Youn, T., ... & Kwon, J. S. (2004). Volumetric investigation of the frontal-subcortical circuitry in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 16(3), 342-349.
 100. Atmaca M, Yildirim H, Ozdemir H, Ozler S, Kara B, Ozler Z ve ark. Hippocampus and amygdalar volumes in patients with refractory obsessive-compulsive disorder, *Progress in NeuroPsychopharmacology & Biological Psychiatry* 2008; 32: 1283-1286.
 101. Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B, Tignol J, Bioulac B, Allard M et al. Meta-Analysis of Brain Volume Changes in Obsessive-Compulsive Disorder. *Biol. Psychiatry* 2009; 65: 75-83.
 102. Baxter LR, Phelps ME, Mazziotta JC ve ark. (1987) Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorder: a comparison with rates in unipolar depression and in normal controls. *Arch Gen Psychiatry*, 44:211-218.
 103. Alptekin K, Değirmenci B, Kivircik B ve ark. (2001) Tc-99m HMPAO brain perfusion SPECT in drug-free obsessive-compulsive patients without depression. *Psychiatry Res*, 107:51-56.
 104. Cottraux, J., Gérard, D., Cinotti, L., Froment, J. C., Deiber, M. P., Le Bars, D., & Bouvard, M. (1996). A controlled positron emission tomography study of obsessive and neutral auditory stimulation in obsessive-compulsive disorder with checking rituals. *Psychiatry research*, 60(2), 101-112.
 105. Sawle, G. V., Hymas, N. F., Lees, A. J., & Frackowiak, R. S. J. (1991). Obsessional slowness: functional studies with positron emission tomography. *Brain*, 114(5), 2191-2202.
 106. Machlin, S. R., & Harris, G. J. (1991). Elevated medial-frontal cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients: a SPECT study. *The American journal of psychiatry*, 148(9), 1240.
 107. Fitzgerald, K. D., Welsh, R. C., Gehring, W. J., Abelson, J. L., Himle, J. A., Liberzon, I., & Taylor, S. F. (2005). Error-related hyperactivity of the anterior cingulate cortex in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, 57(3), 287-294.
 108. Mataix-Cols, D., Wooderson, S., Lawrence, N., Brammer, M. J., Speckens, A., & Phillips, M. L. (2004). Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, 61(6), 564-576.
 109. Frydman, I., de Salles Andrade, J. B., Vigne, P., & Fontenelle, L. F. (2016). Can neuroimaging provide reliable biomarkers for obsessive-compulsive disorder? A narrative review. *Current psychiatry reports*, 18(10), 90.
 110. Brennan, B. P., Rauch, S. L., Jensen, J. E., & Pope, H. G. (2013). A critical review of magnetic resonance spectroscopy studies of obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, 73(1), 24-31.
 111. Garvey MA, Giedd J, Swedo SE (1998) PANDAS: the search for environmental triggers of pediatric neuropsychiatric disorders. Lessons from rheumatic fever. *J Child Neurol*, 13(9):413-423.
 112. Allen AJ, Lenard HL, Swedo SE. Case study: a new infection-triggered autoimmune subtype of pediatric OCD and Tourette's syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995;34:307-311.
 113. Morer A, Vinas O, Lazaro L ve ark. Subtyping obsessive-compulsive disorder: Clinical and immunological findings in child and adult onset. *J Psychiatr Res*. 2006; 40: 207-213
 114. Bandelow, B., Baldwin, D., Abelli, M., Bolea-Alamanac, B., Bourin, M., Chamberlain, S. R., & Grünblatt, E. (2017). Biological markers for anxiety disorders, OCD and PTSD: A consensus statement. Part II: Neurochemistry, neurophysiology and neurocognition. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 18(3), 162-214.
 115. Purcell R, Maruff P, Kyrios M, Pantelis C. (1998) Neuropsychological deficits in obsessive compulsive disorder. A comparison with unipolar depression, panic disorder, and normal controls. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 415-23.

- 116.Head D, Bolton D, Hymas N. (1989) Deficit in cognitive shifting ability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Biol. Psychiatry*, 25: 929-937.
- 117.Savage CR, Baer L, Keuthen NJ ve ark.(1999) Organizational strategies mediaten on verbal memory impairment in obsessive compulsive disorder. *Biol. Psychiatry*, 45: 905-916.
- 118.Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*.
- 119.Insel TR phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1990: 51 (suppl2):4-8.
- 120.Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Öztürk MO, Uluğ B (çev. ed.) Çuhadaroğlu F, Kaplan İ, Özgen G, Öztürk MO, Rezaki M, Uluğ B(çevirenler).Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993; 134–7
- 121.Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV, 1994). E Köroğlu (çev. ed.), dördüncü baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
- 122.Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228-238.
- 123.Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., ... & Goodman, W. K. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 911-917.
- 124.L.Beşiroğlu, "Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji: Tedavi yanıtı için önemli mi?" *Psikiyatride Güncel - Farklı Yönleriyle Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisi* Ed. S. Vahip Cilt: 4 Sayı: 3 (2014)
- 125.Karamustafalıoğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M ve ark. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Savaş Ofset, Bursa; 1993. syf:86.
- 126.Sayar K, Uğurad İK, Acar B. Obsessif-kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 1999; 9:142-147.
- 127.Olatunji, B. O., Moretz, M. W., Wolitzky-Taylor, K. B., McKay, D., McGrath, P. B., & Ciesielski, B. G. (2010). Disgust vulnerability and symptoms of contamination-based OCD: Descriptive tests of incremental specificity. *Behavior Therapy*, 41(4), 475-490.
- 128.Williams, M. T., Farris, S. G., Turkheimer, E., Pinto, A., Ozanick, K., Franklin, M. E., ... & Foa, E. B. (2011). Myth of the pure obsessional type in obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, 28(6), 495-500.
- 129.Berrios, G. E. (1996). The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge University Press.
- 130.MacDonald, P. A., Antony, M. M., MacLeod, C. M., & Swinson, R. P. (1999). Negative priming for obsessive-compulsive checkers and noncheckers. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 679.
- 131.Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 625-639.
- 132.Beşiroğlu, L. (2014). "Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji: tedavi yanıtı için önemli mi?" *Psikiyatride Güncel*, 4, 221-229.
- 133.Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour research and Therapy*, 41(1), 11-29.
- 134.Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F. (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1532-1542.
- 135.Aardema, F., & O Connor, K. (2003). Seeing white bears that are not there: Inference processes in obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(1), 23-38.
- 136.Doğan K, Solak ÖS, Özdel K, Türkçapar MH. Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Tiplerinde ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Üstbilşlerin Karşılaştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2013;2:34-40.
- 137.Denys D, Tenney N, VanMegan JGM, DeGeus F, Westernberg HGM. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2004; 80: 155-62.
- 138.Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atlı H. Gender Related Differences Among Turkish patients with obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004; 45(5): 362-366.
- 139.Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., van Megen, H. J., Penninx, B. W., Cath, D. C., van den Hout, M. A., & van Balkom, A. J. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety

- disorders: a report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of affective disorders*, 137(1), 106-112.
140. Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenson, K. J., Liebowitz, M. R., & Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression and Anxiety*, 26(1), 39-45.
 141. Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Stout, R. L., Pinto, A., & Rasmussen, S. A. (2013). Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(3), 233.
 142. Crino RD, Andrews G. Obsessive compulsive disorder and Axis I comorbidity. *J Anxiety Disorders*. 1996; 10: 37-46
 143. 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.
 144. Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M. O., Demonfaucon, F., Barrot, I., ... & Hantouche, E. G. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *Journal of affective disorders*, 79(1), 241-246.
 145. Timpano, K. R., Rubenstein, L. M., & Murphy, D. L. (2012). Phenomenological features and clinical impact of affective disorders in OCD: a focus on the bipolar disorder and OCD connection. *Depression and anxiety*, 29(3), 226-233.
 146. Torres, A. R., Ramos-Cerqueira, A. T., Ferrão, Y. A., Fontenelle, L. F., & Miguel, E. C. (2011). Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(1), 17-26.
 147. Kruger S, Cooke RG, Hasey GM, Jorna T, Persad E. Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*. 1995; 34:117120.
 148. D'Ambrosio, V., Albert, U., Bogetto, F., & Maina, G. (2010). Obsessive-compulsive disorder and cyclothymic temperament: an exploration of clinical features. *Journal of affective disorders*, 127(1), 295-299.
 149. Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry* 1994; 55 (Suppl 10): 15-27
 150. Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., ... & Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985.
 151. Attademo, L., De Giorgio, G., Quartesan, R., & Moretti, P. (2012). Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: from comorbidity to schizo-obsessive disorder. *Rivista di psichiatria*, 47(2), 106-115.
 152. Adam, Y., Meinlschmidt, G., Gloster, A. T., & Lieb, R. (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(3), 339-349.
 153. Gentil, A. F., de Mathis, M. A., Torresan, R. C., Diniz, J. B., Alvarenga, P., do Rosário, M. C., & Miguel, E. C. (2009). Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: the importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug & Alcohol Dependence*, 100(1), 173-177.
 154. Uğuz F, Aşkın R, Çilli AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile Birlikteliği. *Türkiye' de Psikiyatri* 2006; 8: 1-5.
 155. Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN, Holland AD, Seymour RJ, Minichiello WE, Buttolph L. Standardized assessment of personality disorder in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 826-30
 156. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu J, Costa PT, Riddle MA, Liang KY, Hoehn-Saric R, Grados MA, Cullen BA. Personality disorder and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 457-62.
 157. Ravizza L, Maina G, Bogetto F. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 1997; 6: 154-158.
 158. Pallanti, S., Grassi, G., & Cantisani, A. (2012). Approaches to treatment resistance. *Obsessive-Compulsive Disorder: Current Science and Clinical Practice*, 99-131.
 159. Erzegovesi, S., Cavallini, M. C., Cavedini, P., Diaferia, G., Locatelli, M., & Bellodi, L. (2001). Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical*

- psychopharmacology, 21(5), 488-492.
160. Ravizza, L., Barzega, G., Bellino, S., Bogetto, F., & Maina, G. (1995). Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
 161. Van Ameringen, M., Simpson, W., Patterson, B., Dell'Osso, B., Fineberg, N., Hollander, E., & Marazziti, D. (2014). Pharmacological treatment strategies in obsessive compulsive disorder: a cross-sectional view in nine international OCD centers. *Journal of Psychopharmacology*, 28(6), 596-602.
 162. Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R., & Wittchen, H. U. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 19(6), 567-596.
 163. Soomro, G. M., Altman, D. G., Rajagopal, S., & Oakley Browne, M. (2008). Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *The Cochrane Library*.
 164. Fineberg, N. A., Brown, A., Reghunandanan, S., & Pampaloni, I. (2012). Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(8), 1173-1191.
 165. Ackerman, D. L., & Greenland, S. (2002). Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*, 22(3), 309-317.
 166. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2006). Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. British Psychological Society.
 167. Fineberg, N. A., Fourie, H., Gale, T. M., & Sivakumaran, T. (2005). Comorbid depression in obsessive compulsive disorder (OCD): symptomatic differences to major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 87(2), 327-330.
 168. Karamustafalıoğlu, O.K. Temel ve Klinik Psikiyatri, 2018. Bölüm 30: Obsesif Kompulsif Bozukluk. Güneş Tıp Kitabevleri.
 169. Mataix-Cols, D., de la Cruz, L. F., Nordsletten, A. E., Lenhard, F., Isomura, K., & Simpson, H. B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry*, 15(1), 80-81.
 170. Jenike MA, Rauch SL (1994) Managing the patient with treatment-resistant obsessive compulsive disorder: current strategies. *J Clin Psychiatry*, 55:11-7.
 171. Tamam L, Saygılı M, Ünal M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003; 4:69-80.
 172. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B ve ark. (2006) A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*, 11:622-32.
 173. Szegedi, A., Wetzel, H., Leal, M., Härter, S., & Hiemke, C. (1996). Combination treatment with clomipramine and fluvoxamine: drug monitoring, safety, and tolerability data. *The Journal of clinical psychiatry*, 57(6), 257-264.
 174. Crockett, B. A., Churchill, E., & Davidson, J. R. (2004). A double-blind combination study of clonazepam with sertraline in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16(3), 127-132.
 175. Dannon, P. N., Sasson, Y., Hirschmann, S., Iancu, I., Grunhaus, L. J., & Zohar, J. (2000). Pindolol augmentation in treatment-resistant obsessive compulsive disorder: a double-blind placebo controlled trial. *European Neuropsychopharmacology*, 10(3), 165-169.
 176. Heidari, M., Zarei, M., Hosseini, S. M., Taghvaei, R., Maleki, H., Tabrizi, M., ... & Akhondzadeh, S. (2014). Ondansetron or placebo in the augmentation of fluvoxamine response over 8 weeks in obsessive-compulsive disorder. *International clinical psychopharmacology*, 29(6), 344-350.
 177. Ghaleiha, A., Entezari, N., Modabbernia, A., Najand, B., Askari, N., Tabrizi, M., ... & Akhondzadeh, S. (2013). Memantine add-on in moderate to severe obsessive-compulsive disorder: randomized double-blind placebo-controlled study. *Journal of psychiatric research*, 47(2), 175-180.
 178. Afshar, H., Roohafza, H., Mohammad-Beigi, H., Haghighi, M., Jahangard, L., Shokouh, P., ... & Hafezian, H. (2012). N-acetylcysteine add-on treatment in refractory obsessive-compulsive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of clinical*

- psychopharmacology, 32(6), 797-803. Bruno, A., Micò, U., Pandolfo, G., Mallamace, D., Abenavoli, E., Di Nardo, F., & Muscatello, M. R. A. (2012).
179. Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Journal of psychopharmacology*, 26(11), 1456-1462.
 180. Fallon, B. A., Liebowitz, M. R., Campeas, R., Schneier, F. R., Marshall, R., Davies, S., ... & Klein, D. F. (1998). Intravenous clomipramine for obsessive-compulsive disorder refractory to oral clomipramine: a placebo-controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 918-924.
 181. Pallanti, S., Quercioli, L., & Koran, L. M. (2002). Citalopram intravenous infusion in resistant obsessive-compulsive disorder: an open trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 63(9), 796-801.
 182. Berlim, M. T., Neufeld, N. H., & Van den Eynde, F. (2013). Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for obsessive-compulsive disorder (OCD): an exploratory meta-analysis of randomized and sham-controlled trials. *Journal of psychiatric research*, 47(8), 999-1006.
 183. de Koning, P. P., Figeo, M., van den Munckhof, P., Schuurman, P. R., & Denys, D. (2011). Current status of deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: a clinical review of different targets. *Current psychiatry reports*, 13(4), 274-282.
 184. Hollander, E., Bienstock, C. A., Koran, L. M., Pallanti, S., Marazziti, D., Rasmussen, S. A., & Sasson, Y. (2002). Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 63, 20-29.
 185. Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2002). Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. *A guide to treatments that work*, 2, 367-386.
 186. Gillihan, S. J., Williams, M. T., Malcoun, E., Yadin, E., & Foa, E. B. (2012). Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 1(4), 251-257.
 187. Wilhelm, S., & Steketee, G. S. (2006). *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*. New Harbinger Publications.
 188. McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., ... & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 227(1), 104-113.
 189. Ponniah, K., Magiati, I., & Hollon, S. D. (2013). An update on the efficacy of psychological treatments for obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 2(2), 207-218.
 190. Chlebowski, S., & Gregory, R. J. (2009). Is a psychodynamic perspective relevant to the clinical management of obsessive-compulsive disorder?. *American journal of psychotherapy*, 63(3), 245.
 191. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2007. Available from: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/prac_guide.cfm. Accessed July 27, 2017.
 192. Greist, J. H., & Jefferson, J. W. (2007). Obsessive-compulsive disorder. *Focus*, 5(3), 283-298.
 193. Çetinkaya Duman Z, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013;5:78-94.
 194. Schulze B, Rössler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:684-91
 195. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, et al. Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006;57:1784-91.
 196. Grad, J., & Sainsbury, P. (1963). Mental illness and the family. *The Lancet*, 281(7280), 544-547.
 197. Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:143-51.
 198. Özütek SZ. Şizofrenide Aile ve Hasta Arasındaki Etkileşiminin Hastalık Belirtileri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Uzmanlık Tezi*. 2002 İstanbul.
 199. Reinhard, S. C., & Horwitz, A. V. (1995). Caregiver burden: Differentiating the content and consequences of family caregiving. *Journal of Marriage and the Family*, 741-750.

- 200.Cicek Erdinc, et al. "Quality of life, family burden and associated factors in relatives with obsessive-compulsive disorder." *General hospital psychiatry* 35.3 (2013): 253-258.
- 201.Van Noppen BL, Rasmussen SA, Eisen J, McCarthey L. Family function and treatment in obsessive-compulsive disorder. In: Jenike M, Baer L, Minichiello WE, editors. *Obsessive compulsive disorder: theory and treatment*. Chicago: Yearbook Medical; 1990. pp. 325–340
- 202.Cooper M. Report on the findings of study of OCD family members. *OCD Newsletter* 1994; 8:1–2.
- 203.Emmelkamp, P. M., De Haan, E., & Hoogduin, C. A. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 156(1), 55-60.
- 204.Gruraj GP, Math SB,Reddy JYC. Chandrashekar CR. Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder:An Indian perspective.*J Postgrad Med* 2008;54:91-7
- 205.Lefley HP. Family burden and family stigma in major mental illness. *Compr Psychiatry* 1989;44(3):556-560
- 206.Gupta M, Giridhar C, Kulhara P. Burden of care of neurotic patients: correlates and coping strategies in relatives. *Indian J Soc Psychiatry* 1991; 7:8–21. 10
- 207.Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2004). Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 18(3), 88-96.
- 208.Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousono M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2001; 16: 239-45.
- 209.Jayakumar C, Jagadheesan K, Verma AN. Caregiver's burden: A comparison between obsessive compulsive disorder and schizophrenia. *Indian J Psychiatry*. 2002; 44(4): 337-42
- 210.Amir N, Freshman M, Foa EB. Family distress and involvement in relatives of obsessive compulsive disorder patients. *J Anxiety Disord*. 2000; 14(3): 209- 17.
- 211.Grover S, Dutt A. Perceived burden and quality of life of caregivers in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2011; 65(5): 416-22.
- 212.Chakrabarti, S., Kulhara, P., & Verma, S. K. (1992). Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(3), 247-252.7
- 213.Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, Torres AR, Torresan RC, Negreiros APM, and Vitorino CN. Emotional Burden in caregivers of patients with obsessive compulsive disorder. *Depression and anxiety* 2008; 25:1020–1027.
- 214.Vikas A, Avasthi A, Sharan P. Psychological impact of obsessive compulsive disorder on patients and their caregivers: a comparative study with depressive disorder. *International Journal of social Psychiatry* 2009;10:1160-1271
- 215.. Ramos-Cerqueira, A. T., Torres, A. R., Torresan, R. C., Negreiros, A. P., & Vitorino, C. N. (2008). Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 25(12), 1020–1027.
- 216.Valderhaug, R., & Ivarsson, T. (2005). Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 164–173.
- 217.Peris, T. S., Bergman, R. L., Langle, A., Chang, S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: Parent, child, and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1173–1181.
- 218.Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., Grabill, K. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 207–216.
- 219.Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2012). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 229–238.
- 220.Calvocoressi, L., Mazure, C. M., Kasl, S. V., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S. J., ... Price, L. H. (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: Instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(10), 636–642.
- 221.Storch, E. A., Björgvinsson, Thröstur, Riemann, Bradley, Lewin, A. B., Morales, M. J., & Murphy, T. K. (2010). Factors associated with poor response in cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(2), 167–185.

222. Schene HA. Objective and subjective dimensions of family burden. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 1990 ;25:289-297
223. Van Noppen, B., & Steketee, G. (2009). Testing a conceptual model of patient and family predictors of obsessive compulsive disorder (OCD) symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47(1), 18–25.
224. McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: Moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and Anxiety*, 32(8), 580–593.
225. Albert U, Bogetto F, Maina G, Saracco P, Brunatto C, Mataix-Cols D. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Res.* 2010;179(2):204–211
226. Stewart, S. E., Beresin, C., Haddad, S., Egan Stack, D., Fama, J., & Jenike, M. (2008). Predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2), 65-70.
227. Wu, M. S., McGuire, J. F., Martino, C., Phares, V., Selles, R. R., & Storch, E. A. (2016). A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clinical psychology review*, 45, 34-44.
228. First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1995). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders. New York: New York State Psychiatric Institute
229. Özkürkçügil, A., Aydemir, O., Yıldız, M., Danacı, A., & Köroğlu, E. (1999). Structured clinical interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID-I); Turkish adaptation and reliability study. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12, 233-236.
230. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23(1), 56-62.
231. Akdemir, A., Örsel, S., Dağ, İ., Türkçapar, H., İşcan, N., & Özbay, H. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4), 251-259.
232. Reinhard SC, Gubman GD, Horwitz AV, Minsky S. Burden Assessment Scale for families of the seriously mentally ill. *Evaluation and program planning* 1994; 17:261-9.
233. Aydemir, O., Dikici, D. S., Akdeniz, F., & Kalayci, F. (2012). Reliability and validity of the Turkish version of the burden assessment scale/Hastalık yuku değerlendirme ölçeği'nin Türkçe surumunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Archives of Neuropsychiatry*, 49(4), 276-281.
234. Pinto, A., Van Noppen, B., & Calvocoressi, L. (2013). Development and preliminary psychometric evaluation of a self-rated version of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 2(4), 457-465.
235. Wu, M. S., Pinto, A., Horng, B., Phares, V., McGuire, J. F., Dedrick, R. F., ... & Storch, E. A. (2015). Psychometric properties of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder–Patient Version.
236. Cherian, A. V., Pandian, D., Math, S. B., Kandavel, T., & Reddy, Y. J. (2014). Family accommodation of obsessional symptoms and naturalistic outcome of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 215(2), 372-378.
237. Sharma B, Hofstede's measures of national culture. *Psychol Rep*, 92(3): 1199-1202, 2003
238. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem Akademi, 2009.
239. Tavşancıl, E. (2002). Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Nobel Yayıncılık, Ankara.
240. Mahapatra, A., Gupta, R., Patnaik, K. P., Pattanaik, R. D., & Khandelwal, S. K. (2017). Examining the psychometric properties of the Hindi version of Family Accommodation Scale-Self-Report (FAS-SR). *Asian journal of psychiatry*, 29, 166-171.
241. Kobayashi, Y., Matsunaga, H., Nakao, T., Kudo, Y., Sakakibara, E., Kanie, A., ... & Horikoshi, M. (2017). The Japanese version of the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder: Psychometric properties and clinical correlates. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 15, 27-33.
242. Gomes, J. B., Cordioli, A., Van Noppen, B., Pato, M., Wolitzky-Taylor, K., Gonçalves, F., & Heldt, E. (2015). Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder—Interviewer-Rated (FAS-IR), Brazilian Portuguese version: Internal consistency, reliability, and exploratory factor analysis. *Comprehensive psychiatry*, 57, 155-159.