

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Psikiyatri Anabilim Dalı

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI, BAĞLANMA BİÇİMİ VE PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIĞIN SEMPTOM ŞİDDETİ VE SEMPTOMATOLOJİ İLE
İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Furkan ERKEK

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. E. Oryal TAŞKIN

Manisa, 2021

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgileri ve deneyimleriyle bana yol gösteren, mesleki kimliğimin oluşmasında emekleri olan, bana doğru yerde olduğumu hissettiren başta tez danışmanım Doç. Dr. E. Oryal Taşkın olmak üzere tüm değerli hocalarım Prof. Dr. Ömer AYDEMİR, Prof. Dr. M. Murat DEMET, Prof. Dr. Ayşen ESEN DANACI, Prof. Dr. Erol Özmen, Prof. Dr. Artuner DEVECİ ve Doç. Dr. Erol OZAN'a

Tezimin istatistik sürecinde yardımını esirgemeyen ve bana destek olan hocam Prof. Dr. Erhan ESER'e;

Asistanlık eğitimim boyunca yakınlıklarını ve yardımlarını yanımda hissettiğim nice güzel anılar biriktirdiğim, her birini tanımaktan çok mutlu olduğum ve beraber çalıştığımız günleri her zaman arayacağım başta eşkıdemlerim olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma;

Güler yüzleri ile kliniğimize güzellikler katan, bizlerden yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen birlikte çalışmaktan daima memnun olduğum sevgili sağlık personellerimize, hemşirelerimize, sekreterlerimize;

Bugünlerimin asıl mimarı, üzerimde sonsuz emeği olan ve her başarımı destekleyen sevgili anneme, babama, kardeşime; bu yorucu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan ve bana destek olan sevgili eşim Burçin'e

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum...

Dr. Furkan ERKEK
2021

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	vi
EKLER LİSTESİ.....	vii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	4
2.1.1. Tanım.....	4
2.1.2. Tarihçe.....	5
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.1.4. Etiyoloji.....	8
2.1.4.1. Genetik.....	8
2.1.4.2. Nörobiyolojik Faktörler.....	10
2.1.4.2.1. Nöroanatomi ve Nörogörüntüleme.....	10
2.1.4.2.2. Nöroimmunolojik Faktörler.....	11
2.1.4.2.3. Nörokimyasal Faktörler.....	12
2.1.4.2.3.1. Serotonerjik Sistem.....	12
2.1.4.2.3.2. Dopaminerjik Sistem.....	13
2.1.4.2.3.3. Glutamaterjik Sistem.....	14
2.1.4.3. Psikolojik Faktörler.....	15
2.1.4.3.1. Psikoanalitik Kuram.....	15
2.1.4.3.2. Bilişsel Davranışçı Kuram.....	17
2.1.4.4. Nöropsikolojik Çalışmalar.....	19
2.1.4.5. Çevresel Faktörler.....	20
2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikler.....	20
2.1.5.1. Tanı Kriterleri.....	21
2.1.5.1.1. DSM-5 Tanı Ölçütleri.....	21
2.1.5.1.2. ICD-10 Tanı Ölçütleri.....	23
2.1.5.2. Belirti Boyutları.....	24
2.1.6. Eştanı.....	28
2.1.7. Seyir ve Prognoz.....	30

2.1.8. Tedavi	30
2.1.8.1. Farmakoterapi	30
2.1.8.2. İlaç Dışındaki Biyolojik Tedavi Yaklaşımlar	32
2.1.8.2.1. Elektrokonvulsif Terapi	32
2.1.8.2.2. Transkraniyal Manyetik Uyarım	32
2.1.8.2.3. Derin Beyin Uyarımı	32
2.1.8.2.4. Psikocerrahi	32
2.1.8.3. Psikoterapiler	33
2.1.8.3.1. Bilişsel Davranışçı Terapi	33
2.1.8.3.2. Psikodinamik Psikoterapi	33
2.1.8.3.3. Destekleyici Psikoterapi	34
2.2. Çocukluk Çağı Travmaları	34
2.2.1. Tanım ve Genel bilgiler	34
2.2.2. Sınıflama	35
2.2.2.1. Çocukluk Çağı İstismarları	35
2.2.2.1.1. Fiziksel istismar	36
2.2.2.1.2. Cinsel istismar	36
2.2.2.1.3. Duygusal istismar	37
2.2.2.2. Çocukluk Çağı İhmalleri	37
2.2.2.2.1. Fiziksel İhmal	38
2.2.2.2.2. Duygusal İhmal	38
2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Etkileri ve Psikopatoloji	38
2.3. Bağlanma Biçimi	39
2.3.1. Tanım	39
2.3.2. Bağlanma Kuramı	39
2.3.3. Bağlanma Gelişimi	41
2.3.4. Bağlanma Biçimleri	43
2.3.4.1. Güvenli Bağlanma	43
2.3.4.2. Güvensiz Bağlanma	43
2.3.4.2.1. Kaygılı/ Ambivalan/ İkircikli Bağlanma	43
2.3.4.2.2. Kaçınan Bağlanma	44
2.3.5. Bağlanma Biçiminin Ruhsal Etkileri ve Psikopatoloji	44
2.4. Psikolojik Dayanıklılık	46
2.4.1. Tanım	46

2.4.2.	Tarihçe.....	47
2.4.3.	İlişkili Faktörler	48
2.4.3.1.	Çevresel ve Psikolojik Etmenler	48
2.4.3.2.	Biyolojik Etmenler.....	50
2.4.4.	Psikopatoloji Üzerine Etkileri.....	51
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	53
3.1.	Örneklem Seçimi ve Uygulama	53
3.1.1.	Çalışmaya Alınma Kriterleri	53
3.1.2.	Çalışmadan Dışlama Kriterleri	53
3.2.	Uygulanan Formlar ve Ölçekler	54
3.2.1.	DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (Structured Clinical Interviewfor DSM-5, SCID-5 CV):.....	54
3.2.2.	Sosyodemografik Veri Formu	54
3.2.3.	Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) ve Belirti Kontrol Listesi:	55
3.2.4.	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	55
3.2.5.	Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği.....	56
3.2.6.	Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	56
3.3.	Veri Toplama Yöntemi.....	57
3.4.	Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi	57
3.4.1.	Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi	58
3.4.2.	Tek değişkenli Çözümler.....	59
3.4.3.	Çok değişkenli Çözümler	60
4.	BULGULAR.....	61
4.1.	Tanımlayıcı Bulgular.....	61
4.1.1.	Sosyodemografik Özellikler	61
4.1.2.	Hastalığa İlişkin Özellikler	63
4.1.3.	Hastaların Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğine (YBOKÖ) İlişkin Özellikler	66
4.2.	Tek Değişkenli Çözümler.....	69
4.2.1.	Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Boyut Skorları ile Bazı Kategorik Bağımsız Değişkenlerin İlişkisinin Değerlendirilmesi	69
4.2.2.	Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Boyut Skorları ile Bazı Sürekli Bağımsız Değişkenlerin İlişkisinin Değerlendirilmesi	73
4.2.3.	Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Obsesyon-Kompulsiyon Grupları İle Bazı Kategorik Bağımsız Değişkenlerin İlişkisinin Değerlendirilmesi	75

4.2.4. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Obsesyon-Kompulsiyon Grupları İle Bazı Sürekli Bağımsız Değişkenlerin İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	77
4.2.5. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği boyut skorları ile obsesyon-kompulsiyon grupları arasındaki ilişkisi	78
4.3. Çok Değişkenli Çözümler	79
4.3.1. YBOKÖ “Obsesyon Şiddet Boyutunu” Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - $R^2 = 0,40$)	79
4.3.2. YBOKÖ “Kompulsiyon Şiddet Boyutunu” Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - $R^2 = 0,27$)	80
4.3.3. YBOKÖ “Toplam Şiddet Boyutunu” Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - $R^2 = 0,35$).....	81
4.3.4. YBOKÖ “Obsesyon Kompulsiyon Grup Boyutlarını” Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Negelkerke $R^2= 0.29$).....	82
5. TARTIŞMA.....	84
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	96
7. ÖZET	97
8. İNGİLİZCE ÖZET	99
9. EKLER.....	101
10. KAYNAKLAR.....	119

KISALTMALAR VE SİMGELER

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-5 /CV: DSM-5 Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-V / Clinical Version)

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

EKLER LİSTESİ

Ek - 1: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek - 2: DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5 CV)

Ek - 3: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Ek - 4: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi

Ek - 5: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Ek - 6: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği

Ek - 7: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve/veya kompulsiyonların görüldüğü, genellikle süregelen, kimi zaman dönemsel alevlenmelerle giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir bozukluktur (Tükel R., Topçuoğlu V., 2006). Tekrarlayan bu obsesyon ve/veya 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 (Sadock, 2016). Yaşam boyu yaygınlık oranı %1-2.7 ve bir yıllık yaygınlığı % 0,5-% 2,1 ile toplumda sık görülür (M., E., J.A. ve S.A., 2012) (Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010). Genellikle genç yaşta başlar. Büyük çoğunlukta (%65) 25 yaşından önce başlarken, küçük bir oranı (%5–15) 35–40 yaşından sonra başlamaktadır (Jenike, 2004). 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. Obsesif kompulsif bozukluk, hastalığın başlangıç yaşıyla tedaviye başlanılan süre arasında uzun bir dönemin olması, işlevselliği oldukça olumsuz etkilemesi ve toplumda görülme sıklığının yüksek olması nedeniyle önemli bir rahatsızlıktır (E. Hollander ve arkadaşları, 1996) .

Travma ise , bireyin ruhsal veya bedensel varlığını sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır. Travmatik yaşantılar, kişilerin, olayları anlamlandırmasını, denetlemesini ve aralarında bağlantı kurabilmesini sağlayan olağan baş etme sistemlerini işlevsiz hale getiren olaylardır (Türksoy N., 2003).

Travmatik yaşantılar içerisinde ise kuşkusuz dayanılması en güç durumlardan biri, travma ile baş edebilecek yeterli gücün olmadığı çocukluk çağında karşılaşılan travmatik olaylardır (Sar, 1997). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları, bakım verenler ya da yabancılar tarafından çocuğun, fiziksel, psikolojik sağlığına zarar verecek, sosyal gelişimini engelleyecek şekilde

çocuğa uygulanan tüm duygusal, fiziksel ve cinsel davranış, ihmal ve ticari amaçla sömürüyü kapsar (Sahin F., 2008).

Çocukluk çağında yaşanan travma ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan psikopatolojik durumlar arasındaki ilişkinin ortaya konduğu dikkati çekmektedir (Janssen ve arkadaşları, 2004).

Bağlanma biçimi ise; yaşamın erken dönemlerinde işlev görmeye başlayan ve bütün yaşam boyunca önemini sürdüren bağlanma süreçleri, psikopatolojinin ortaya çıkışını anlamamız için kuramsal bir çerçeve sunmaktadır. Bağlanmanın güvenilirliği hakkında duyulan kaygı uyum için gerekli, normal gelişimsel bir durumdur (Bowlby, 1973). Bireyin kişisel yeterlilik duygusuna ve olumlu benlik değerine sahip olması, güvenli bağlanma geliştirmesine dayanır. Güvenli bağlanma sağlıklı duygusal ve sosyal gelişimi sağlar, bireyi stres yaratan koşullardan koruyarak sağlıklı gelişim süreçleri ile ilişkilendirilmiştir . Güvensiz (kaygılı) bağlanma ise yaşamın ilerleyen dönemlerinde psikopatolojinin ortaya çıkışı ile ilişkilendirilmiştir (Bowlby, 1973).

Bağlanma biçimi ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, bağlanma biçimi ile ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan psikopatolojik bozukluklar ve hastalıklar arasındaki ilişkinin ortaya konduğu dikkati çekmektedir (Crawford et al, 2007) (Meyer B, 2005). Psikolojik dayanıklılığın travma, zorlu yaşam olayları ya da belirgin bir risk altında başarılı bir baş etme, sağlıklı uyum gösterme ya da yeterlik geliştirebilme süreçlerini içerdiği (Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, 2000) (Masten, A. S., & Reed, 2002). Psikolojik dayanıklılık, “mutlaka sağlıklı bir uyum gösterme ile ilişkili olan ve uyum sürecine katkı sağlayan koruyucu faktörlerin var olan risk faktörleri ile belirgin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan bir durum” olarak tanımlanmaktadır (Windle, 2002)

Psikolojik dayanıklılık düzeyi, stres verici olay ile karşılaşma sonrasında psikopatoloji gelişimini yordayan faktörlerden birisidir (Anyan ve Hjemdal, 2016).

Psikolojik dayanıklılık günümüzde çoğunlukla travma sonrası stres bozukluğu, psikotik bozukluk, şizofreni, bipolar bozukluk, major depresif

bozukluk, anksiyete bozukluk tanısı alan bireyler üzerindeki ele alınmış olsa da, Psikolojik dayanıklılığın önemli olduğu diğer ruhsal bozukluklardan biri de obsesif kompulsif bozukluktur. Obsesif kompulsif bozuklukta çocukluk çağı travmalarının belirtileri etkilediği , bağlanma biçimi ve psikolojik dayanıklılığın koruyucu veya risk faktörü olabileceği için ilişkili değişkenlerin belirlenmesi ve ruh sağlığı profesyonellerinin bu konuyla ilgilenmesini zorunlu kılmaktadır.

Bu nedenlerle bu çalışmada OKB’de Çocukluk Çağı Travmaları, Bağlanma Biçimi ve Psikolojik Dayanıklılığın Semptom Şiddeti ve Semptomatoloji İle İlişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk temel belirtileri obsesyon ve/veya kompülsiyon olan, genellikle süregelen, kimi zaman epizodik alevlenmeler gösteren, belirgin ölçüde yeti yitimine neden olabilen ruhsal bir bozukluktur (APA, 1995).

“Obsesyon” kelimesi ele geçirilmek, kuşatılmak anlamlarına gelen Latince “obsidere” kelimesinden türetilmiş olup bireyin kendisini belli bir düşünce içeriğinden kurtaramaması olarak tanımlanmıştır (Tükel ve Demet, 2017). Obsesyonlar; tekrarlayıcı ve istem dışı olarak bireyin zihnine gelen genellikle kişi tarafından mantıksız olarak değerlendirilen bilinçli çaba ile kovulamayan, çoğu kişide yoğun sıkıntıya neden olan, benliğine yabancı nitelikte olan düşünce, görüntü ve dürtülerdir (O. Öztürk ve Uluşahin, 2015) Türk toplumunda obsesyonlar için genellikle takıntı, evham, vesvese gibi kelimeler kullanılmaktadır.

“Kompulsiyon” sözcüğü ise, Latince “compellere” sözcüğünden gelmekte ve zorlanmış, köşeye sıkışmış anlamlarında kullanılmaktadır (Tükel ve Demet, 2017). Kompulsiyon, kişinin katı olarak uygulanması gereken kurallara göre yapmaya zorlanmış gibi hissettiği ve/veya obsesyonlara reaksiyon olarak ortaya çıkan yineleyici biçimde zihinsel eylemler veya yineleyici davranışlardır (O. Öztürk ve Uluşahin, 2015). Bu yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemler, yaşanan kaygı ya da sıkıntıyı azaltmak, korkulan bir durumdan sakınmak veya durumu önlemek amacıyla yapılır. Doyum sağlama veya haz alma gibi bir amacı bulunmamaktadır. Fakat yapılan etkinlik ya aşırıdır ya da engellenmek istenen şeyle gerçekçi bir şekilde ilişkili değildir. OKB’li hastalarda tek başına obsesyon veya kompulsiyon olabileceği gibi her ikisi birlikte de görülebilir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2016)

Obsesif kompulsif bozukluk etiyoloji, klinik özellikler, tedaviye yanıt gibi birçok yönden heterojen bir yapıya sahiptir ve bu ruhsal bozukluğun daha homojen özelliklere sahip alt tiplerini tanımlamaya yönelik çalışmalar giderek artmaktadır. Alt tiplere ayırma çalışmaları arasında çoğunlukla kullanılanlardan biri belirti yapısına ve kompulsiyonlara göre yapılan sınıflandırmalardır (Beşiroğlu, 2014).

Bir başka sınıflandırmada ise, bilişsel teori bağlamında obsesyonları otojen obsesyonlar ve reaktif obsesyonlar olmak üzere iki alt grupta yapılan ve nerilen sınıflamalardır (H. J. Lee ve Kwon, 2003). Buna göre, otojen obsesyonlar daha tekrarlayıcı, daha fazla rahatsız edici, kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyabileceği, hakkında daha az konuşulmak istenen ve zihinde belirmesi için daha az uyarana ihtiyaç duyulan obsesyonlar olarak tanımlanır. Saldırganlık, dini ve cinsel temalı obsesyonlar bu gruba girmektedir. Reaktif obsesyonlar ise daha çok bir dış uyaran tarafından tetiklenme eğiliminde olan, kişinin daha az saçma bulduğu, daha az saklama gereği duyduğu, otojen obsesyonlara oranla daha az rahatsızlık uyandıran obsesyonlardır. Kirlenme, kuşku, simetri, biriktirme obsesyonları bu grupta yer alır (H. J. Lee ve Kwon, 2003)

2.1.2. Tarihçe

OKB, belirtileri yüz yıllardır bilinen ve psikiyatri tarihinde tanımlanan ilk rahatsızlıklardan biridir (Okasha, 2000). Milattan önce 2.yüzyıldan kalma eski Babil yazıtlarında da bahsedilmiştir (Reynolds ve Kinnier Wilson, 2014)

Orta çağda, diğer psikiyatrik hastalıklar gibi, OKB de mistik, din ve büyü kavramlarıyla açıklanmaya çalışılmıştır (Bayraktar, 1997). Çok eski dini metinlerde de obsesyon ve kompülsiyon olarak tanımlanabilecek örneklere rastlanmaktadır. Shakespeare, ünlü eseri Macbeth'de; kocasını etkileyerek Kral Duncan'ın ölümüne sebep olan Lady Macbeth'de suçluluk duygularından köken alan kirlilik düşünceleri nedeniyle el yıkama rahatsızlığı anlatmaktadır (Rasmussen ve Eisen, 1989).

İlk kez Esquiral 1838 yılında obsesyon ve kompulsiyon tanımını yapmıştır. Obsesyon terimini ilk kez kullanan ise 1866'da Morel olmuştur. Daha öncesinde bu hastalık depresyon veya melankolinin bir belirtisi sanılır iken, 1878'de Westphal obsesyonları ayrı bir rahatsızlık olarak tanımlamıştır. 20. yüzyılın başlarında Pierre Janet ise fobi, obsesyon ve kompulsiyonlardan oluşan tabloyu "nevrasteni" den ayırmış, "psikasteni" demiştir. Psikodinamik açıdan ele alan ise Freud olmuştur (Bayraktar, 1997).

Bu rahatsızlık 1952'de Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan DSM-I'de "Obsesif Kompulsif Reaksiyon"; 1968'de yayımlanan DSM II'de "Obsesif Kompulsif Nevroz", 1978'de yayımlanan DSM-III'te ise "Obsesif Kompulsif Bozukluk" olarak ifade edilmiştir. Günümüzdeki yaklaşıma en yakın tanımlama DSM-III'te yapılan tanımlamadır. Kompulsiyon ve obsesyon ayrımı net bir şekilde yapılmış ve b belirtilerin içerik olarak en sık görülenleri ile biçimsel özellikleri ifade edilmiştir (Tükel ve Demet, 2017).

Kompulsiyonların kavramsallaştırılması, DSM-III ile DSM-IV-TR arasındaki temel farklılıktır (Charley ve Sadock, 2007). Buna göre kompulsiyonlar DSM-III'te davranış olarak ifade edilirken, DSM-IV'te davranışa ek olarak zihinsel eylemin de olabileceği belirtilmiştir. Daha sonraki süreçte ise "Obsesif Kompulsif Bozukluk" terimi DSM-IV ve DSM-IV-TR'de "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında ifade edilmiştir (Sadock ve arkadaşları, 2016). 2013 yılında yayımlanan DSM-5'te ise Anksiyete Bozukluklarından ayrılmış ve "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" olarak ifade edilmiştir (Köroğlu, 2013).

2.1.3. Epidemiyoloji

Obsesif kompulsif bozukluk, depresif bozukluk, fobik bozukluk ve madde kullanım bozukluğundan sonra en sık görülen dördüncü ruhsal bozukluktur. Hastalık belirtileri, birey tarafından ifade edilmedikçe, bir yakınma olarak getirilmedikçe muayenede tanınması güçleşmektedir. Bu nedenlerle bu hastalığın sıklığını ve yaygınlığını saptamak son derece zor olmaktadır (D. Stein, 2002).

OKB 1980'lere kadar toplumda az görüldüğü düşünülen bir rahatsızlıktır. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından 1980-1988 yıllarında Amerika'da yapılan epidemiyolojik alan araştırmasında OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı % 2.5, bir yıllık yaygınlık oranı ise % 1.6 olarak belirlenmiştir (Karno, Golding, Sorenson ve Burnam, 1988).

1994 yılında Kanada'da 3258 kişi ile yapılan bir çalışma ise OKB sıklığını % 2.9 olarak bulunmuştur (Kolada, Bland ve Newman, 1994). OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı 2004'te yapılan bir başka epidemiyolojik çalışmada ise % 3.5 olarak belirlenmiştir (Angst ve arkadaşları, 2004). Yapılan başka bir çalışmada ise yaşam boyu yaygınlık oranı % 1.9-3.3 arasında bulunmuştur (Myers ve arkadaşları, 1984).

2004 yılında Türkiye'deki yaşam boyu yaygınlık oranı ise % 2-3.7 arasında olduğu belirlenmiştir. OKB'nin bir yıl içerisindeki sıklığı Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda % 0,5 çıkmıştır. Erkeklerde (% 0.2) göre kadınlarda (% 0.6) 3 kat fazla olduğu belirlenmiştir (O. Öztürk ve Uluşahin, 2015). Konya'da yapılan bir araştırmada ise OKB'nin 12 aylık prevalansı % 3 olarak bulunmuştur (Cilliçilli ve arkadaşları, 2004).

Topluma yönelik yapılan OKB prevalans araştırmalarında kadınlarda daha sık görüldüğü belirlenirken, klinik araştırmalarda ise erkek ve kadınlar arasındaki oranların birbirlerine yakın olduğu görülmektedir (Torres ve arkadaşları, 2006) (Myers ve arkadaşları, 1984). Bu durumun gerekçesi olarak da erkeklerde OKB belirtilerinin işlevselliği daha çok etkilediği, bu nedenle de tedavi arayışının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Torres ve arkadaşları, 2006)

Kadınlarda bulaş obsesyonları ve kompulsif yıkama/temizleme davranışı daha sık gözlemlenirken, erkeklerde ise cinsellik, saldırganlık, simetri obsesyonları ve tekrarlama, kontrol etme kompulsiyonları daha sık gözlenmiştir. (Tükel, Polat, Genç, Bozkurt ve Atli, 2004) (Monteiro, 1991) (Veale, 2004).

OKB, genellikle genç erişkinlikte başlamaktadır. Erkeklerde ortalama 19 yaş iken kadınlarda ise ortalama 22 yaş civarında başlamaktadır (Sadock ve arkadaşları, 2016). Çoğunlukla (% 65) 25 yaşından önce başlangıç gösterirken,

daha az bir kısmı ise (% 5-15) 35-40 yaşından sonra başlamaktadır (Jack Samuels ve Nestadt, 1997) (Jenike, 2004). Çocukluk veya erken ergenlik döneminde başlayan Obsesif kompulsif belirtilerin erkeklerde daha sık görüldüğü ve tik bozukluklarının daha sık eşlik ettiği izlenmiştir (Nakatani ve arkadaşları, 2011).

Çeşitli vakalarda da OKB'nin hamilelik ya da doğum sonrası dönemde başladığı da bildirilmiştir (Neziroglu, Anemone ve Yaryura-Tobias, 1992). Elli yaşından sonra OKB sıklığı daha az olmakla birlikte; yapısal beyin hasarı ve organizite ile ilgili bulunmuştur.

2.1.4. Etiyoloji

OKB'ye neden olan yolaklar tam olarak bilinmese de etiyojide birçok etken sorumlu tutulmaktadır. Fizyopatolojisinde yer alan genetik nörobiyolojik ve psikososyal faktörler şunlardır.

2.1.4.1. Genetik

OKB'de genetik ile ilgili çalışmalar 1930'larda başlamış ve halen devam etmektedir (D. L. Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen ve Leckman, 1995). Özellikle 2005'li yıllarda yapılan araştırmalarda OKB genetiğinde önemli sonuçlar elde edilmiştir. OKB'de yapılan aile çalışmalarında, OKB hastaları ile birinci derece yakınlarında OKB tanısı alan hastalarla anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmalar OKB'de ailesel kümelenmeyi desteklemektedir (Hettema, Prescott, Myers, Neale ve Kendler, 2005)(Hettema ve arkadaşları, 2005). Yapılan bir araştırmada OKB'li hastaların yakınlarında OKB oranı % 18.2 iken, kontrol grubunun yakınlarında ise % 3.9 bulunmuştur (D. L. Pauls ve arkadaşları, 1995). Bir başka yapılan araştırmada ise OKB, kontrol grubunun yakınlarında % 2.7, bu hastalığı taşıyanların yakınlarında ise % 11.7 olarak tespit edilmiştir. Buna göre ailesel geçiş erken başlangıçlı OKB'lerde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca OKB riskinin, erken başlangıç (18'den önce) gösteren hastaların ailelerinde, geç başlangıç gösteren ailelerdekinden yaklaşık iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Son olarak yapılan çalışmalarda ise,

kompulsiyonların obsesyonlardan daha az genetik geçiş özelliği gösterdiği bulunmuştur (Nestadt, Samuels ve Riddle, 2000).

Yapılan bir çalışmada 30 ikiz çift üzerine yapılan bir araştırmada yüksek eş hastalanma oranı dizigotik ikizlerde (% 47), monozigotik ikizlerde ise (% 87) olarak saptanmıştır (Carey ve Gottesman, 1981). Başka bir çalışmada ise, faktör analizi ile varyansın % 62'sini açıklayan ve obsesyonların % 33, kompulsiyonların % 26 kalıtılabilirlik gösterdikleri, obsesyon ve kompulsiyon arasındaki genetik bağlantının +0.53 olduğu bulunmuştur (Jonnal, Gardner, Prescott ve Kendler, 2000). Ayrışım özömlemesine yönelik çalışmada OKB genetiği multifaktöryel bir kalıtım sergilemektedir (D. Pauls, 2008). Segregasyon alışmaları, kadınlarda daha belirgin bir majör genin sorumlu olabileceğini ve yüksek olasılıkla otozomal dominantı düşöndürmektedir. Bu veriler ışığında OKB'da inkomplet penetranslı otozomal dominant bir genetik geçişin rol aldığı saptanmıştır (M. Cavallini, Pasquale, Bellodi ve Smeraldi, 1999).

Bir de Segregasyon alışmalarında OKB ile Tourette sendromu ilişkilendirilmiş; Tourette sendromu olan hastaların birinci derece akrabalarında OKB sıklığı da yüksek bulunmuştur (Grad, Pelcovitz, Olson, Matthews ve Grad, 1989). OKB'ye yönelik linkage araştırmalarında 9. kromozomun uzun kolunda birden fazla noktada bağlantı görölmüş; özellikle de 9p24'ün üzerinde durulmuştur (Willour ve arkadaşları, 2004).

Moleküler genetik çalışmalarda ise serotonin nörotransmitteri taşıyıcısı promoter bölgesi geni (SLC6A4), 5HT1B, 5HT2A, 5HT2B reseptör genleri, MAO-A, COMT ve opioid mü reseptör genleri, glutamat taşıyıcı geni (SLC1A1) ile ilişkilendirme çalışmaları yapılmıştır (Hemmings ve arkadaşları, 2003). Geniş çaplı bir meta-analizde OKB'nin, serotonin ile ilişkili polimorfizmler (5-HTTLPR ve HTR2A) ve sadece erkekleri kapsayacak şekilde katekolamin düzenlenmesinde yer alan polimorfizmler (MAO-A ve COMT) ile bağlantılı olduğu saptanmış olup ayrıca bu çalışmada dopamin (DAT1 ve DRD3) ve glutamat (rs3087879) ile ilişkili polimorfizmlerin anlamlı düzeyde olmasa da OKB ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Taylor, 2013). Yapılan başka bir

çalışmalarda ise Dopamin D4 reseptör geni (DRD4) ve dopamin taşıyıcısı geni polimorfizmlerinin OKB ile ilişkisi olabileceği öne sürölmüştür (Demet, 2005).

2.1.4.2. Nörobiyolojik Faktörler

2.1.4.2.1. Nöroanatomi ve Nörogörüntöleme

OKB'de yapılan nöro görüntöleme ve nöro anatomi çalışmalarında en fazla kortiko-talamo-striatal-kortikal devrede bozulmaların olduğu bulunmuştur. Frontal korteks ile subkortikal beyin bölgelerinin birbirine bağladığı belirtilen bu yollarda yer alan temel bölgeler talamus, bazal ganglionlar, kaudat nukleus, anterior singulat girus ve orbitofrontal korteks olduğu saptanmıştır. Frontal korteksten başlayan her devre striatuma, globus pallidus-substanstiya nigraya ve talamusa sırayla gittiği görölmüştür. Son olarak talamustan frontal kortekse dönüp kapandığı görölmüştür (Tükel R., Topçuoğlu V., 2006).

OKB etiyopatogenezinde, nukleus akkumbens ile dorsal striatumun orbitofrontal korteksle bağlantısındaki bozulmanın sonucunda ödöllandirici sinyallerin azalması ile oluştuğu öne sürölmüştür (S. Pallanti ve Hollander, 2014).

Yapılan manyetik rezonans görüntöleme çalışmalarında orbitofrontal kortekste hacim azalması gözlenmiştir (Atmaca, Yildirim, Ozdemir, Tezcan ve Kursad Poyraz, 2007). OKB tanısı konulan bireylerde serebellumun gri cevherinde ve kuneusda volüm azalması görölürken; bilateral hipotalamus, sol inferior paryetal korteks, sol superior temporal girus, sol talamus, ve sol orbitofrontal kortekste gri cevherinde volüm artışı gözlenmiştir (Karslioglu ve Yüksel, 2004). Yine Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans (MRI) çalışmalarında, OKB 'lilerde kaudat çekirdek ıpplarının bilateral azaldığı bulunmuştur (Sadock ve arkadaşları, 2016).

Tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) ve pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmalarında orbitofrontal kortekste ve anterior singulat kortekste bölgesel beyin aktivitesi ile talamusta aktivite artışı olduğu bildirilmiştir. Bazı hastalarda ise kaudat çekirdekte aktivite değişikliği saptanmıştır (Rachman ve Shafran, 1998). PET ve işlevsel manyetik rezonans görüntöleme

(fMRI) gibi görüntülemelerde orbitofrontal korteks (OFK) ve anterior singulat korteks (ASK) net olarak gösterilirken; kaudat çekirdekteki aktivite artışı gösterilmiştir. Bütün bu çalışmalar sonucunda ise yukarıda adı geçen bu bölgelerin OKB'ye özgün olduğu düşünülmektedir (Swedo ve Snider, 2004).

Bazı görüntüleme çalışmalarında OKB alt tipleriyle yapılan çalışmalarında da hastalık alt tipine göre farklı görüntüleme bulguları elde edilmiş ve farklı nöral devrelerin patofizyolojide rolü olabileceği düşünülmüştür. Bu yapılan PET çalışmasında olduğu gibi kontrol ve temizlik kompulsyonları olan hasta grupları karşılaştırılmış; kontrol kompulsyonlarıyla bilateral striatum aktivasyonu arasında korelasyon saptanırken, temizlik kompulsyonlarıyla bilateral anterior singulat bölge aktivasyonu arasında da yine korelasyon saptanmıştır (Rauch, 2000).

2.1.4.2.2. Nöroimmunolojik Faktörler

OKB'nin bazı alt tiplerinin immün sistemlerle ilişkili olabileceğine dair araştırmalar artmaktadır. Çocuklarda OKB belirtilerinin ortaya çıkması ve Streptokok enfeksiyonları, OKB gelişiminde nöroimmünolojinin rolünü düşündürmektedir. A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası gelişen PANDAS (Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık) hastalarında gün içindeolan duygudurum ve duygulanım değişiklikleri, dikkat sorunları ve ayrılma anksiyetesi gibi belirtiler dışında obsesyonlar ve kompulsyonlar da görülebilmektedir. Antikor aracılı inflamasyon ile bazal ganglionlarda büyüme, globus pallidus ve putamen hacminde artmış görülmüştür (Giedd, Rapoport, Garvey, Perlmutter ve Swedo, 2000).

Yine A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu geçirenlerle ilişkili olan Sydenham koresibelirtileri olan vakalarda da obsesif kompulsif belirtiler nörolojik şikayetler ortaya çıkmadan başlayabilmektedir (Karslioglu ve Yüksel, 2004). Bu belirtilerin steroid ve antibiyotik tedavisi sonrası düzelmesi, OKB ve nöroimmünoloji ilişkisi dikkati çekmekte olduğu görülmüştür (Allen, Leonard ve Swedo, 1995).

Sistemik lupus eritematozus (SLE), multipl skleroz ve tiroid fonksiyon bozukluğu gibi bazı otoimmün hastalıkları olanlarda da komorbid OKB görülebileceği bildirilmiştir. SLE olan hastalarla yapılan bir çalışmada, bu hasta grubunda OKB yaygınlığının genel topluma göre 10 ila 15 kat daha fazla olduğu saptanmış (Slattery ve ark 2004). Benzer şekilde multipl sklerozu olan hastalarla yapılan başka bir çalışmada, bu hastalarda OKB prevalansında artış olduğu bildirilmiş (Miguel ve arkadaşları, 1995). Psikiyatrik hastalarla yapılan bir çalışmada; OKB olanlarda diğer psikiyatrik bozukluklara göre bağışıklık sistemi hastalıklarının daha yüksek oranda bulunduğu gösterilmiş (Dinn, Harris, Mcgonigal ve Raynard, 2001).

2.1.4.2.3. Nörokimyasal Faktörler

2.1.4.2.3.1. Serotonerjik Sistem

OKB’de serotonerjik hipotez serotonin geri alım inhibitörlerinin (SGİ) obsesyon ve kompulsiyonları azalttığına dayanmaktadır. Mevcut veriler doğrultusunda serotonerjik ilaçların diğer nörotransmitter sistemleri etkileyen ilaçlara göre OKB tedavisinde daha etkili olduğunu göstermektedir (Zohar, Kennedy, Hollander ve Koran, 2004). OKB hastalarında BOS’ta serotonin metaboliti 5-HIAA arttığı saptanmıştır. Klomipramin ile OKB nin klinik tablosunda düzelme ile BOS 5-HIAA düzeylerindeki düşüş arasında bir korelasyon olduğu görülmüştür (El Mansari ve Blier, 2005). Serotonin agonistleriyle yapılan çalışmalarda OKB’de davranışsal bazı değişiklikler izlenmiştir. Örneğin: Oral m-klorofenilpiperazinin (m-CPP) (5-HT1A, 5-HT1D, 5-HT2C reseptör agonisti) OKB semptomlarını kötüleştirdiği ve hatta bazı hastalarda yeni semptom oluşturduğu bildirilmiştir (E. Hollander, Decaria ve Niteescu, 1992). OKB’de noradrenerjik antidepresanlarda istenilen olumlu yanıt alınamazken, serotonerjik antidepresanlar daha etkili olduğu görülmüştür (Zohar ve arkadaşları, 2004).

İlk başta postsinaptik serotonerjik reseptörlerde aşırı duyarlılık mekanizmaları üzerinde duruluyorken (Zohar, Sasson, Chopra, Amiaz ve Nakash, 2003); daha sonraki zamanlarda presinaptik mekanizmalar araştırılmaya başlanmıştır. Presinaptik yolak mekanizmalarıyla ilgili yapılan bir

çalışmada tedavisiz OKB tanılı hastalarda presinaptik serotonin taşıyıcısının periferel belirteci olan trombosit 3-H-imipramin bağlanma bölgelerinin sayısında azalma gözlenmiştir. Bu hastalara SGI'leri verildikten sonra trombosit 3-H-imipramin bağlanma bölgelerinin olması gereken sayıya ulaştığı bulunmuştur (Marazziti ve arkadaşları, 1997).

Yapılan bazı nöroendokrin çalışmalarında OKB hastalarında 5-HT1A, 5-HT1D ve 5-HT2C reseptörlerinde değişiklikler saptanmıştır (Sasson ve Zohar, 1996). 5-HT1D reseptörü, OKB'nin beyin yollarında yer alan prefrontal bölgelerinde ve bazal kaudat bölgesinde bulunup, presinaptik bir otoreseptördür. Normal şartlarda serotoninin taşınımını azaltmaktadır. Kuramsal olarak bu reseptörün OKB hastalarının beyinde aşırı duyarlı olabileceği düşünülmektedir (Zohar ve arkadaşları, 2004). Bir de aynı zamanda bu reseptör postsinaptik bölgede de yer almaktadır. Hem presinaptik hem de postsinaptik yerleşim özelliği nedeniyle, bu reseptörün obsesyonlar ve kompulsiyonlardan sorumlu olduğu görüşlerini desteklediği görülmektedir.

2.1.4.2.3.2. Dopaminerjik Sistem

OKB'de dopamin ile ilgili yapılan çalışmaların neticelerinde, nükleus akumbens ve sağ prefrontal kortekste dopamin miktarının arttığı görülmüştür (Sullivan, Talangbayan, Einat ve Szechtman, 1998). Dopamin metaboliti olan homovalinik asit (HVA) seviyeleri plazmada ve BOS'ta çalışılmış olup; klomipramin (Swedo, Leonard ve Krusei, 1992). Yapılan çalışmalar sonucunda OKB hastalarında sağ bazal gangliyonda taşıyıcı bağlanma oranları daha fazla saptanmıştır (C. H. Kim ve arkadaşları, 2003). Bu çalışmaların neticesinde OKB belirtilerinin dopamin artışı ile ilişki olduğu öne sürülmüştür (Denys, Zohar ve Westenberg, 2004).

OKB tedavisinde antipsikotik eklenmesi ile dopaminerjik aktivitenin artırılması presinaptik reseptörleri bloke ederek SSRI'lar ile birlikte düşük dozlarda bazı hastalarda tedavi cevabını güçlendirilmesinin sebebi olarak ifade edilmektedir (Şahin, 2007). Yani böylece OKB tedavisine düşük doz risperidon,

olanzapin ve ketiypin eklendiğinde tedavi de etkili bulunmuştur fakat antipsikotik tedaviye ikincil obsesif kompulsif belirtilerin geliştiği psikotik hasta bildirimleri de mevcuttur. Dopamin nöronlarında ateşleme hızını arttıran 5-HT_{2A} antagonizması bu sebeple obsesif kompulsif belirtileri de arttırmaktadır. Buna karşın dopaminerjik nöronların inhibisyonu ile D₂ reseptör antagonizmasının obsesif kompulsif belirtileri azaltabileceği öngörülmektedir (Westenberg, Fineberg ve Denys, 2017).

Dopaminerjik sistem üzerinden dolayı (kokain ve amfetamin) ve direkt yoldan (apomorfin, bromokriptin) davranışsal ve nöroendokrin yanıtlar üzerinden de obsesif ve kompulsif belirtiler değerlendirilmektedir. Bir dopamin taşıyıcı engelleyicisi olan kokain sinaptik dopamin düzeylerini arttırdığı gibi hem de dopamin taşıyıcı yoğunluğunu artırır (Denys ve arkadaşları, 2004). Kokainin kronik kullanımı obsesif kompulsif belirtilerde artmayla ilişkili bulunmuştur (Satel ve McDougale, 1991). Buna ek olarak kokain kötüye kullanan hastaların, ileride OKB geliştirmek açısından risk altında olduğu bildirilmiştir (Rosse, McCarthy ve Alim, 1994). Metilfenidat ve amfetamin ile yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar çelişkilidir (Denys ve arkadaşları, 2004).

2.1.4.2.3.3. Glutamaterjik Sistem

OKB'de glutamaterjik sistemin işe karıştığına birçok kanıt vardır. Glutamaterjik NMDA reseptör 2B alt ünitesi -NR2B- geni olan GRIN2B ile OKB arasında bir ilişki bildirilmiştir. Beynin farklı alanlarında glutamaterjik aşırının artırıldığı gösterilen bazı hayvan çalışmalarında; kortikostriatal glutamat yolağında artış olan farelerde, yaygın davranışsal perseverasyon, kompulsif sıçrama, deri veya saçın yolunması, ısırılması ve tiklerin olduğu obsesif kompulsif belirtiler benzeri bir fenotip gözlenmektedir (Arnold, Sicard, Burroughs, Richter ve Kennedy, 2006).

OKB hastalarında, manyetik rezonans spektroskopi (MRS) ile, bazı beyin bölgelerinde glutamin ve glutamat artışı saptanmıştır (Rosenberg, MacMillan ve Moore, 2001). Striatumdaki glutamin artışı, koritko-striato-talamik-kortikal döngünün metabolik aşırı etkinliği ile ilgili olup, glutaminin bu artışının nedeni,

SSRI ile tedaviye yanıt veren OKB'lerde azaldığı hatta olağan seviyeye döndüğü görülmüştür (Moore, MacMaster ve Stewart, 1998).

Cerrahi girişimlere alınan yanıt da glutamaterjik işlev bozukluğunu desteklemektedir. Internal kapsülün ön boynuzunda gerçekleştirilen lezyon sonrası, tedaviye dirençli OKB olgularında iyileşme görülmüştür. Bu yol OFK'ten kaudat çekirdeğe olan glutamaterjik projeksiyon alanıdır. Bu nedenle OFK'te serotonerjik otoresptör duyarsızlaşması için uzun süre gerektiğinden, doğrudan bu alanlarda antiglutamaterjik etkili bir ilacın hızlı yanıt sağlayabileceği düşünülmüştür. Otoresptör özellikteki metabotropik glutamat tip 2 reseptörünün (mGLUR2), hiperaktiviteyi azaltmada önemli rol oynayabileceği belirtilmiştir (El Mansari ve Blier, 2006).

Bütün bu çalışmaların sonucunda ve yapılan çalışmaya göre beyin omurilik sıvısında (BOS) glutamat düzeylerinin yüksek saptanması da OKB hastalarında glutamaterjik yolağın çalışır olduğunu göstermektedir (Chakrabarty, Bhattacharyya, Christopher ve Khanna, 2005).

2.1.4.3. Psikolojik Faktörler

2.1.4.3.1. Psikoanalitik Kuram

Psikanalitik yaklaşımın kurucusu olan S.Freud'a göre, OKB psikanalizin en ilgi çekici konularından biri ve nevrozların prototipidir. Ona göre obsesyonel nevrozda saplanma ve anal döneme regresyon vardır. Süperego ile ego arasında sadomazoşistik bir ilişkiden ve çeşitli savunma mekanizmalarından (karşıt tepki oluşturma, yalıtma, yapma-bozma gibi) bahsetmiştir (Tükel R., Topçuoğlu V., 2006).

Psikanalitik bakışa obsesif kompulsif bozukluk nevrozunun oluşumunda ana mekanizma gerileme yani regresyondur. Hasta, obsesyonel nevrozda ödipal dönemle ilgili istek ve dürtülerin oluşturduğu çatışmalara bağlı sıkıntılar yaşamaktadır. Bu nedenle libido anal sadistik döneme gerilemektedir. Bu gerilemenin bir neticesi olarak da süperego değişiklikleri, büyüsel obsesyonel düşüncenin ortaya çıkması ve ikircilik meydana gelmektedir. Freud'a göre süperego OKB Hastalarında acımasız ve katı bir yapıya bürünmekte olup ego

saldırgan dürtülerini nesnelere yöneltememektedir. Bu durumda saldırganlık dürtüsü, süperegounun katı ve acımasız olması nedeniyle egoya içe dönmektedir (Freud, 2000). Eş zamanlı olarak nefret ve sevgi duygularına sahip olan birinin davranışlarında ve duygularında ambivalans yani “çifte değerlilik” olması, anal dönemin en belirgin özelliklerindendir. Eyleme geçme aşamasında bu durum kararsızlık ve tereddüt yaşanması şeklinde kendini göstermektedir (Tükel ve Demet, 2017).

Psikanalitik kuram; anal döneme özgü bireyin saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmada kullandığı karşıt tepki oluşturma (reaksiyon formasyon), yapma-bozma (doing-undoing) ve yalıtma (izolasyon) şeklinde 3 temel savunma mekanizması olduğunu söylemektedir. Yapma-bozma mekanizmasının bir sonucu olarak kaygının azaltılması ve dürtünün kontrol edilebilmesi için bireyde kompulsif hareketlerin ortaya çıktığı varsayılmaktadır. Bireyde görülen dürtüsel isteğin ve ona savunma olarak karşı koyma isteğinin doyurulması “tekrarlayıcı yapma bozma” olarak ifade edilmektedir. Saldırgan ya da cinsel dürtüleri nedeniyle birey tarafından bilinçdışı olarak, oluşabileceğini düşündüğü zararı bozmak veya ortadan kaldırmak için bir eylem gerçekleştirilir. Yalıtma, düşünsel içerikten uzaklaşıp dürtünün duygusal bileşeninin bilinçdışına itilmesi olarak ifade edilmektedir. Yalıtma, psikanalitiklere göre obsesif nevrozlar için tipik bir düzenektir. Birey, duygularının dahil olmadığı bu şekildeki bir düşüncüyü, zihnine zorla girdiği şekilde ve isteği dışında yaşamaktadır. Benlik, sıkıntı veren bir düşüncüyü bilinçten uzaklaştıramadığı bu gibi durumlarda, duygusal yükü yalıtma ile o düşünceden uzaklaştırmaktadır. Birey, karşıt tepki oluşturma savunmasını kullandığında, dürtüsel bir tehlike karşısında davranış yapısını değiştirmekte, bu tehlike sürekli varmış gibi hareket etmekte ve tehlikeye her an hazırlıklı olunan bir tutum benimsemektedir. Tutumun ortadan kaybolması, buna karşın bilinçdışı olarak devam etmesi durumunda, kirlilikten hoşlanmanın yerini temizliğe düşkünlük, inatçılığın yerini itaatkarlık, zalimliğin yerini nezaket ve nefretin yerini sevgi almaktadır (Tükel R., Topçuoğlu V., 2006).

2.1.4.3.2. Bilişsel Davranışçı Kuram

OKB'de davranışçı modellerin temelini Mowrer tarafından ortaya atılan iki aşamalı korku ve kaçınma kuramı oluşturmaktadır. Korku ve kaçınma kuramına göre hastalanma, mikrop kapma gibi herkesin aklına gelebilen ve pek de korkutucu olmayan düşünceler, kişide koşullanma aracılığıyla anksiyete ile ilişkilendirilmekte ve rahatsızlık verici bir duruma dönüşmektedir. Birey bu düşüncelerin artması ile birlikte kaçma-kaçınma davranışları sergilemekte ve anksiyete yaşamaktadır. Obsesyonlar öğrenilmiş edimlerdir. Kompulsiyonlar ise anksiyetenin ortadan kaldırılması için öğrenilen ve pekiştirilen davranışlardır. Anksiyetede kompulsif davranışlarla birlikte bir azalma gözleendiğinden bu davranış örüntüsü pekişmektedir. Uzun dönemde obsesyona neden olan koşul veya durumlardan kaçınılması anksiyeteyi azaltırken, obsesyonel düşüncelere maruz kalmayı engelleyerek alıştırmayı engellemekte ve obsesyonların sürmesine neden olmaktadır. Bu da obsesif-kompulsif belirtilerin sürmesi anlamına gelmektedir (M. Öztürk, 1998) (Salkovskis ve Kirk, 2003).

1980'li yıllarda OKB hastalarına uygulanan davranışçı yaklaşım sonuçlarını incelediklerinde tedaviye devam edenlerin yaklaşık %50'sinin herhangi bir belirtisi olmadığını ya da tedaviden en az %70 fayda gördüğünü, %39'unun kısmen iyileşme (semptom şiddetinde %31-69 azalma) gösterdiğini ve %10'unun da tedaviden fayda görmediğini (semptom şiddetinde %30'dan az azalma) belirlemişlerdir (Foa, Steketee ve Ozarow, 1985).

Maruz bırakma (exposure), tepki engelleme (response prevention) ve maruz bırakarak tepki engelleme (ERP) özellikle yıkama ve daha az oranda kontrol etme obsesyonları için oldukça başarılıdır. Tedavi sonrası hastaların %70-80 oranında belirtilerinde düzelme olurken %20-30'unun tedaviyi reddettikleri veya bıraktıkları (drop out) görülmüştür. ERP nin ise %20-30'luk tedaviyi reddetme, bazı obsesyonlar ile örtülü kompulsiyonlar ve istifleme gibi bazı alt tiplerde etkisinin kısıtlı olması, tedaviye direnç, tedavide işbirliğinin az olması, motivasyonun düşük olması, hatalı bilişler ve inançların öne çıkması gibi nedenlerden dolayı bilişsel komponentin de tedavide olması gerektiğini belirtmiştir (D. A. Clark ve Purdon, 1995). Obsesyonlar ile aynı içeriğe sahip

istemsiz düşünceler normal popülasyonun %90'ında görülebilmektedir. Obsesyonların normal girici düşüncelerle başladığını, girici düşünceler ile arasındaki farkın onların oluşumu ve kontrol edilebilirliği olmadığını ilk kez Salkovskis (1985) ileri sürmüştür. Bilişsel modelde bu istemsiz düşünceler aslında duygusal bir cevap oluşturmazlar. Normal popülasyonda görülen bu düşünceler ile OKB'li kişilerde olan düşünceler arasındaki fark bu düşüncelere verilen anlamdır. Düşüncelerin duygusal bir cevap oluşturması ancak bilişsel bir değerlendirme ile olabilmektedir. Hastalık tablosu kişinin neden olabileceği olası bir zararın oluşumu ya da engel olunmasından kendini sorumlu hissetmesi ile ortaya çıkar. Aşırı değerlendirilmiş olan sorumluluk duygusu kişide anksiyeteye neden olurken diğer taraftan da sorumluluğu azaltmak amacıyla etkisizleştirme (kompulsiyon, kaçınma, sorumluluğu paylaşırma ya da geçiştirme, güvence arama, tam olarak emin olma mücadelesi) çabalarına neden olur. Artmış sorumluluk düşüncesi daha derinlerdeki ara inançlar (kurallar, tutumlar) ve şemalarla ile bağlantılıdır (Salkovskis, 1985).

Obsesyonların oluşmasında işlevsel olmayan inanışların da etkili olduğu düşünülmektedir. Normal popülasyonun %90'ında bu istemsiz düşünceler görülebilmekteyken çok azında obsesyonların gelişmesine bu kişilerin diğer insanlardan farklı olarak bazı inançlara sahip olmasının neden olduğu düşünülmektedir. Bununla ilgili yapılan çalışmalarda altı yanlış değerlendirme ve biliş alanı belirtilmiştir (Frost ve Steketee, 1997)

1) Düşüncenin Önemszenmesi: Bir diğer kullanım şekli de düşünce-eylem kaynaşmasıdır. Bu bilişsel inanışa göre ahlak olarak kabul edilemez bir düşünceye sahip olmanın bunu yapmaktan farkı yoktur yani düşünmek demek istemek demektir. Anlamı olmasaydı tekrar tekrar akla gelmeyeceği ve düşünmenin gerçekleşme olasılığını arttıracığı inancı olur (D. A. Clark, 1999).

2) Artmış Sorumluluk: Bu biliş alanında kişi olumsuz sonuç ortaya çıkarabilme ve olmasına engel olma gücüne sahip olduğuna inanmakta, olası olumsuz sonucu engellemek adına tüm tedbirleri almak için zorunluluk hissetmektedir (Frost ve Steketee, 1997).

3) Düşüncenin Kontrol Edilebilirliğine İlişkin İnanç: Sıkıntı verici düşünce, dürtü ve imgeleri denetleyebilmenin gerekli ve mümkün olduğuna inanılması ve bunlara fazlaca değer verilmesidir.

4) Mükemmelliyeçilik: Her sorunun mükemmel bir çözümü olduğu düşüncesi, her şeyi mükemmel yapmanın gerektiği ve yapılabileceği, yapılacak en ufak bir hatanın önemli sonuçları olabileceği yönündeki inançtır Kişi mükemmel bir sonuç bir defa oluştuysa bu mükemmel sonuca ulaşmak için her zaman gayret sarf edilmeli inancını benimser (Frost ve Steketee, 1997)

5) Abartılı Tehdit Algısı: Olası zarar ihtimalinin veya ciddiyetinin abartılı olarak düşünülmesidir (Frost ve Steketee, 1997). Bu inancıya sahip OKB'li bireylerin genel düşünce yapısı ' kötü durumlar diğer insanlara göre benim başıma daha çok gelir, benim dahil olduğum durumlar daha kötü ilerler, sonucun kötü olma olasılığı iyi olma olasılığından her zaman daha fazladır' şeklindedir (48).

6) Belirsizliğe Tahammülsüzlük: Bu biliş alanında kişi önceden belirli olmayan durumlarda işlevsellikte azalma, her türlü belirsizliğe tahammül edememe, değişimlerle başa çıkmada yeteneksizlik inancına sahiptir (Frost ve Steketee, 1997). Birey durumlarla baş edebilmek için her türlü ayrıntıyı bilmesi gerektiği düşüncesine sahiptir.

Bilişsel terapiler ile davranış terapilerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda bilişsel terapilerin davranış terapilerine göre az da olsa daha etkili ve tedaviyi sürdürme oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Abramowitz, Taylor ve McKay, 2005).

2.1.4.4. Nöropsikolojik Çalışmalar

Obsesif kompulsif bozuklukta nöropsikolojik çalışmaların neticesinde bellek işlevleri ile frontal lob ve görsel mekansal işlevlerde bozulma saptanmıştır (Head, Bolton ve Hymas, 1989). Aynı zamanda en çok eşlik eden bozulma ise yürütücü işlevler ve görsel bellekteki kötüleşmedir (Savage, Baer ve Keuthen, 1999).

Bu alandaki araştırmalardan elde edilen bilgiler, OKB hastalarında görölen bilişsel yakınmaların frontostriatal devrelerde işlevselliğın bozulmasıyla beraber ortaya çıktığını göstermektedir. Bu durum hastanın kliniğine, yürütücü işlev performansında bozulma, zayıf bellek ve görsel-mekansal becerilerdeki kayıpları yansıtmaktadır (Tükel ve Demet, 2017).

2.1.4.5. Çevresel Faktörler

Doğum komplikasyonları gibi olumsuz perinatal olaylar ve stresli veya travmatik yaşam olayları da dahil olmak üzere çok çeşitli çevresel faktörler OKB için potansiyel risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte, çevre ve OKB arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ek çalışmalara ihtiyaç vardır. Ek olarak, genetik ve çevresel risk faktörlerinin endofenotipleri ve nihayetinde OKB'yi etkilediğı hücrel ve moleküler yolları dikkatlice tanımlamak için daha fazla araştırma gereklidir. OKB'nin önlenmesi ve yönetimi için hassas veya kişiselleştirilmiş bir ilaç yaklaşımı geliştirilecekse, ek genetik görüntüleme çalışmaları ve genom boyu çevresel etkileşim çalışmaları da dahil olmak üzere bu tür çalışmalar gereklidir (D. J. Stein ve arkadaşları, 2019)

2.1.5. Tanı ve Klinik Özellikler

Obsesif kompulsif bozukluğun klinik tablosunda obsesyon ve kompulsiyon olmak üzere 2 önemli öge vardır. Obsesyon, bireyde zorlayıcı ve yineleyici nitelikte dürtü, imaj ve düşüncenin varlığıdır. Obsesyonlar; istenmeden gelen, uygunsuz, ısrarlı ve kişide büyük ölçüde anksiyete yaratır. İkinci olarak bu düşünce ve eylemlerin zihinsel olarak ve/veya davranışsal olarak kontrol edilme çabasıdır. Kompulsiyonlar; obsesyonların meydana getirdiğı rahatsızlık hissinin azaltılmasına yönelik olup, haz alma beklentisi içinde olunup yaşanmaz. Kişi bazen kompulsiyonlar ile başedebilirken, bazen de bunları engellemeye çalışmaksızın artık teslim olmuş ve rahatsızlığın şiddeti giderek artmıştır (Köroğlu, 2013), (O. Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2006).

DSM-5, OKB diyebilmek için tek başına obsesyon ya da kompulsiyondan birinin varlığının yeterli olduğunu ifade eder. Hastalarda tek başına obsesyon

veya kompulsiyonun olduğu vaka, birkaç araştırmada gösterilmiştir (Rasmussen ve Eisen, 1989). OKB klinik olarak çok çeşitli belirtilerle karşımıza çıkmaktadır. Epidemiyoloji alışmalarında OKB tanısı alanların % 30'unda yalnızca kompulsiyon, % 40'ında yalnızca obsesyon görölürken, geri kalan % 30'ta ise her ikisi birlikte görölmüştür. Psikiyatrik başvurularda ise obsesyon ve kompulsiyonun birlikte ortaya çıktığı hasta sayısı oranı % 75'i aşmaktadır. Bu sonuçtan, iki belirtinin de birlikte göröldüğü hastaların sadece obsesyon veya sadece kompulsiyonu olan hastalara kıyasla daha fazla klinik yardım ihtiyacının olduğu düşüncesi öne sürülebilir(şahin, 2007).

OKB tanısı için, obsesyon ve/veya kompulsiyonların bireyde ciddi anlamda rahatsızlığa yol açması, önemli miktarda zaman kaybına neden olması, bireyin rutin hayat düzenini büyük oranda etkileyip; sosyal, toplumsal ve mesleki işlevselliğini bozması, yaşam kalitesini azaltması gerekir. Çoğu kişinin zihnine zaman zaman kısa süreli, çabuk uzaklaştırılan, kişide ciddi sıkıntıya neden olmayan, benliğe daha az yabancı obsesyonel doğada intrüziv düşünceler gelmekte, ancak bunlar önemli nötralizasyon çabası gerektirmemektedir (Insel, 1990)

2.1.5.1. Tanı Kriterleri

2.1.5.1.1. DSM-5 Tanı Ölçütleri

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

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

(1) Birçok kişide belirgin bir sıkıntı veya kaygıya sebep olan, bazen istenmeden ve zorla geliyor gibi yaşanan, sürekli ve yineleyici imge, itki ya da düşünceler.

(2) Birey bu imge, itki ya da düşünceleri başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir zorlantıyı gerçekleştirerek) girişimlerinde bulunur veya bunları baskılamaya ya da bunlara aldırmamaya çalışır.

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

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

(2) Bu zihinsel eylemler veya davranışlar, korkulan bir durum veya olaydan sakınmak, yaşanan sıkıntı veya kaygıyı azaltmak veya bunlardan korunmak için yapılmaktadır. Fakat bu zihinsel eylem veya davranışların korunulacağı veya yüksüzleştirileceği düşünülen durumlarla gerçekçi bir şekilde ilişkisi yoktur veya bu ilişki açık ve aşırı bir seviyededir.

Not: Bu zihinsel eylemler veya davranışlar küçük çocuklar tarafından da gerçekleştirilebilmektedir. Ancak çocuklar bu tür eylemlerinin amaçlarını ifade edemeyebilirler.

B. Zorlantı ve takıntılar günde 1 saatten fazla bir süre bireyin zamanını alabilmektedir. Bunun dışında klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işle ilgili, toplumsal veya diğer işlevsellik alanlarında performans düşüklüğüne de neden olabilmektedir.

C. Takıntı-zorlantı belirtileri, başka bir sağlık durumu ile ilgili etkilerine veya bir ilaç ya da kötüye kullanılabilen bir maddenin kullanımına bağlanamaz.

D. Bireyin yaşadığı bir başka ruhsal bozukluğun belirtileri ile bu bozukluk, daha iyi açıklanamamaktadır (örneğin otizm açılımı kapsamındaki gibi yinelemeli davranış örüntüleri veya psikozla giden diğer bozukluklarda ve şizofreni açılımı kapsamındaki gibi sanrısız uğraşlar veya düşünce sokulması; yeğin depresyon bozukluğundaki gibi suçluluğa yönelik düşünsel uğraşlar; davranış bozuklukları, dürtü denetimi ve yıkıcı bozukluklardaki gibi dürtüler; cinsel sapkınlık bozukluklarındaki gibi cinsel düşlemler veya itkiler; hastalık kaygısı bozukluğundaki gibi sürekli bir hastalığı olduğunu düşünmek; bağımlılık ve madde ile ilişkili bozukluklardaki gibi sürekli kumar oynamayı veya maddeleri düşünmek; yeme bozukluğundaki gibi törensel yeme davranışı; basmakalıp davranış bozukluğundaki gibi basmakalıp davranışlar; deri yolma

bozukluğundaki gibi derisini yolma; trikotillomanideki gibi saçını yolma; biriktiricilik bozukluğundaki gibi sahip oldukları ile ilişkisini kesmekte veya onları elden çıkartmakta zorlanma; beden algısı bozukluğundaki gibi dış görünüşle aşırı uğraşma; yaygın kaygı bozukluğundaki gibi dış görünüşe yönelik aşırı kuruntular).

İç görüşü iyi ya da oldukça iyi: Birey, takıntı-zorlantı bozukluğuna yönelik inanışlarının olasılıkla veya kesinlikle gerçek olabileceğinin, olmayabileceğinin veya olmadığının farkındadır.

İç görüşü kötü: Birey, takıntı-zorlantı bozukluğuna yönelik inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünmektedir.

İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Birey, takıntı-zorlantı bozukluğuna yönelik inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

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

2.1.5.1.2. ICD-10 Tanı Ölçütleri

Kesin bir tanının konulabilmesi için kompulsif hareketler veya obsesyonel belirtiler gündelik etkinlikleri önleyici ve sıkıntı verici nitelikte olmalı ve üst üste en az iki hafta süreyle ve bu iki haftanın çoğu gününde görülmüş olmalıdır. Ayrıca bu belirtilerin şu nitelikleri de taşıması gerekmektedir:

A. Bu belirtiler bireyin kendi dürtüleri veya düşünceleri olarak kabul edilir.

B. Bireyin bu hareket ya da düşüncelerden en az birine karşı direnç gösteriyor olması gerekmektedir. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ve hareketler bulunabilir.

C. Bu düşünce ya da hareketi gerçekleştirme düşüncesi haz vermemeli sadece bunaltının veya gerginliği giderece düzeyde olmalıdır.

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

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

F42.0 Obsesyonel düşünceler veya kurlmaların (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

2.1.5.2. Belirti Boyutları

Belirti boyutları ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçları genellikle birbirine yakın nitelikte olup, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği belirti listesi bağlamında 3 ile 6 arasında belirti kümesi tanımlanmıştır. Bunlar;

1. Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar,
2. Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları,
3. Cinsel/dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar,
4. Simetri-düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları,
5. İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları,
6. Diğer obsesyon ve kompulsiyonlar, şeklinde belirtilmektedir (Leckman ve arkadaşları, 1997; Mataix-Cols, Do Rosario-Campos ve Leckman, 2005)

Bilişsel teori bağlamında obsesyonları otojen ve reaktif obsesyonlar olmak üzere iki gruba ayırmışlardır .

Otojen obsesyonlar hakkında konuşulmasından kaçınılan, kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyabileceği, daha yineleyici, kişiyi daha fazla sıkıntıya sokan, benliğe yabancı ve genellikle zihinde canlanması için belli bir uyarana ihtiyacı olmayan obsesyonlardır. Cinsel, dini ve saldırganlık

obsesyonları bu grubun içinde yer almaktadır. Reaktif obsesyonlar ise diğerlerine oranla daha az rahatsızlık veren, kişinin daha az saklama ihtiyacı duyduğu, daha az saçma gelen ve daha çok dış uyaran tarafından tetiklenme eğiliminde olan obsesyonlardır. Bunlar somatik, istifleme, simetri-sıralama-sayma ve bulaş obsesyonlarıdır (H. J. Lee ve Kwon, 2003).

Ülkemizde yapılan 15 merkezin dahil olduğu en kapsamlı olan araştırmada kirlilik obsesyon ve temizlik kompulsiyonları % 75,8; bedensel OK % 17,4; istifleme OK % 22,8; simetri OK % 67,8; saldırganlık OK % 44,4; dini OK % 26,8; cinsel OK % 16,2 ve diğer OK % 34,2 olarak sonuçlanmıştır (Beşiroğlu, 2014).

Hastaların en çok yakındığı ve dile getirdiği obsesyonlar arasında cinsel (% 5.5), dinsel (% 5.9), somatik (% 7.2), simetri (% 10), kuşku (% 23.6) ve kirlenme (% 37.8) obsesyonlar yer alırken; kompulsiyonlar arasında ise düzenleme (% 5.9), tekrarlama davranışları (% 11.1), temizlik (% 26.5), kontrol etme (% 28.8) kompulsiyonları yer almaktadır (OK. Karamustafalıoğlu, Üçışık ve Ulusoy, 1993).

Bulaşma Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları

Mikroorganizmalar, evde kullanılan ürünler ve eşyalar, evsel ve çevresel atıklar, bedensel sekresyonlar ve atıklar, hayvanlar ve hayvansal maddelerin bulaşma olasılığı veya bulaşması ile ilgili türdeki obsesyonlar olabilmektedir. Bireyler para, kapı kulpu, el sıkışma vb. birçok unsuru kirlenme kaynağı olarak görebilmekte, bulaşma olmaması için insanlarla yakın temas kurmaktan veya eşyalara dokunmaktan veya yakınında geçmekten kaçınabilmektedirler. Bu takıntılarla kişide yıkanmış bulaşık ve çamaşırı tekrar tekrar yıkama, evi ve eşyaları tekrar tekrar temizleme, sık kıyafet değiştirme ve yıkama, tuvalet ve banyoda daha uzun süre kalma, uzun süreli ve sık sık el yıkama gibi kompulsiyonlar görülebilmektedir. Kirlenme kaynağı olarak düşünülen maddelerle teması önleyici davranışlar veya bu maddeleri yok edecek tedbirleri alma, aldırma, törensel yıkama, yıkanma, tuvalet ve banyo rutinleri, sık kıyafet değiştirme ve yıkama, cansız nesnelerin veya ev eşyalarının yineleyici bir biçimde temizlenmesi gibi kompulsiyonlar ortaya çıkabilir (Kemal Sayar, Uğurad

ve Acar, 1999; Tükel ve Demet, 2017). Mental kontaminasyon denilen fiziksel bir temas olmaksızın içsel bir kirlilik, suçluluk duygusu veya kötü bir anı, düşünce, hayal sonucu gelişen temizlik davranışları da olabilir (Olatunji ve arkadaşları, 2010)

Bazı yazarlar bu tür obsesyon ve kompülsiyonları anksiyeteden öte “tiksinme” ve “iğrenme” duyguları ile ilişkilendirmişler veya “zarar görme” düşüncesi ile ortaya çıkan bulaşma korkusu ile ilgili alt tipler olabileceğini ifade etmişlerdir (Olatunji ve arkadaşları, 2010)

Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar

Bu grupta çeşitli eylemler ya da eylemsizlik sebebiyle başkalarına ya da kendine zarar verme olabileceği gibi, bu zararı engelleme adına kontrol davranışları ile tekrarlayan kelimeler, dua, sayma vb. zihinsel eylemlerin olmasını da kapsamaktadır. İstemli veya istemsiz bir şekilde kendine ya da başka kişilere zararının dokunabileceği, yasa dışı bir eylem yapabileceği; saldırgan davranışlar gösterebileceği; hakaret edici, ayıp, müstehcen sözcükleri ağzından kaçırabileceği veya korkunç bir şeyin olmasından sorumlu olabileceği ile ilgili obsesyonlar olabilir. Saldırganlık obsesyonlarına sahip kişilerde çoğu kez cinsel obsesyonlar da görüldüğü bildirilmiştir (Bayraktar, 1997).

Dini-Cinsel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

Faktör analitik çalışmalar, bu iki obsesyon türü ve ilişkili kompulsiyonları birlikte gruplandırmaktadır (Bloch ve arkadaşları, 2008). Cinsel obsesyonlar çocuklar hakkında cinsel içerikli hayaller veya zorlama düşünceler, eşcinsellik, yasak sevi olabilmektedir. Hasta, bu düşüncüyü kafasından atamadığı sürece günaha girdiğini düşünebilir veya bu eylemi gerçekleştirmiş gibi hissedebilir (Eğ, Gülseren, Gülseren ve Kültür, 1997; Tükel ve Demet, 2017)

Tarihsel açıdan bakıldığında ilk tanımlanmış obsesyon türü dini obsesyonlardır (Berrios, 1996). Bu obsesyonlar doğru/yanlış kavramları ve ahlaki ve dini değerlere karşı gelme, küfür etme ile ilişkilidir. Dini değerlere hürmetsizlik ve bu nedenle ceza almaktan korkma; tanrıya inanmama, küfretme gibi düşünceleri olduğunu düşünme ve bundan kaygılanma vb. durumları

içermektedir. Bunları telafi etmek için sayma, tövbe etme, dua etme vb. kompulsiyonlar gelişebilmektedir (Kemal Sayar ve arkadaşları, 1999; Tükel ve Demet, 2017). Dini ortamlarda ve dini ibadetler sırasında bu tür obsesyon ve ilişkili kompulsiyonların yaygınlığı ve belirti şiddetinin daha fazla olduğu görülmektedir.

Patolojik Kuşku ve Kontrol Kompulsiyonları

Bir eylemin yapıldığından emin olamama durumu, şüphe kuşku obsesyonu olarak adlandırılmaktadır. Bu obsesyon genel olarak kontrol etme-denetleme kompulsiyonlarıyla birlikte görülmektedir. Emin olamama obsesyonu olan birey musluk, ocak, elektrik, kapı ve pencere gibi nesneleri kapatıp kapatmadıkları noktasında tereddüt yaşamaktadırlar (Tükel R., Topçuoğlu V., 2006). Patolojik kuşku ise bir işi tam veya ayarında yapıp yapmamakla ilişkili endişe duymadır. Diğer belirti grupları ile birlikte olma olasılığı yüksek görülmektedir (Tükel ve Demet, 2017).

Simetri, Sıralama/Düzenleme, Sayma Obsesyon ve Kompulsiyonları

Yapılan işlerin tam ayarında, sırasıyla, kesin ve mükemmel ve nizami olması ya da çeşitli nesne veya eşyaların doğru düzgün şekilde, simetrik ya da eşit sıralanmış yada belli gruplara göre sıralanmış olması gibi obsesyonlar şeklinde görülür. Diğer obsesyonlardan farkı benliğe yabancı değillerdir. Hastaların istedikleri düzen sağlanmadığında kaygı/endişe duyma yerine hoşnutsuzluk şeklinde yaşanır. Bazı hareketleri belli bir sayıya kadar tekrar tekrar etme, plaka veya tabela sayma şeklinde zihinsel eylem olarak kliniğe yansıyabilir (Şahin, 2007).

Bedensel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

Sağlığı hakkında ciddi kaygı, endişe içeren obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlardan oluşur. Günlük hayatta sık görülen hastalıklar dışında tanı olasılığı düşük ihtimal, tedavisi güç, hayatı tehdit eden AIDS, kanser gibi hastalıklara yakalanma korkusu şeklinde de ortaya çıkabilir. Kişiler bu hastalıklara yakalanmamak için önlemlere başvururlar (Şahin, 2007). Belirtiler, hastalık anksiyetesi bozukluğuna benzemektedir. Hastalık anksiyetesi

bozukluğu olan hastaların içgörülerini daha kötüdür, tedaviden çok hep bir açıklama duymak isterler, psikiyatrik sorunları olduğunu kabul etmekte zorlanırlar. OKB’de ise bu düşüncenin saçma olduğunu biliniz, içgörü nispeten daha iyidir. Bir hastalığın zarar verme olasılığından çok; bu zararının gerçekleşmiş olabileceği düşüncesi hakkında endişeleri ve kaygıları vardır (Şahin, 2007).

İstifleme Obsesyon ve Kompulsiyonları

Gerçek anlamda maddi veya manevi değeri olmayan aynı zamanda hobi olarak da görülmeyen birçok şeyi saklayıp biriktirmek “istifçilik” (biriktirme) olarak ifade edilmektedir. OKB, DSM-5 yayımlanana kadar belirti listesinde yer alırken, DSM-5’le birlikte ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları, içgörünün daha kötü olması, daha geç yaşta başlaması, tedaviye dirençli olması gibi özellikler taşırlar (Beşiroğlu, 2014).

Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar

Batıl itikalar, belirli şeyleri söyleme veya söyleyememe korkusu, hatırlama ve bilme ihtiyacı, bir şeyleri kaybetme korkusu, özel anlam ifade eden renkler, uğurlu ya da uğursuz sayılar gibi obsesyon ve ilişkili kompulsiyonlar olarak adlandırılırlar.

2.1.6. Eştanı

Obsesif Kompulsif Bozuklukta komorbidite, hem tedaviye yanıtını hem de hastalığın gidişatını etkilemektedir. Çoğunlukla OKB hastalarının ilk psikiyatrik başvurularında yanlış veya eksik tanı aldıkları görülmüştür (Denys ve arkadaşları, 2004; Klein Hofmeijer-Sevink ve arkadaşları, 2012; Tükel ve arkadaşları, 2004). Eştanı durumlarının eşlik etmesi tedaviye yanıtını, uyumunu, işlevselliğini, yaşam kalitesini etkileyebileceği ve intihar girişimlerine neden olabileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Eisen ve arkadaşları, 2013; Huppert, Simpson, Nissenson, Liebowitz ve Foa, 2009; Ruscio ve arkadaşları, 2010).

En sık birlikte görünen psikiyatrik bozukluk % 30-43 oranında majör depresif bozukluktur (Baer, 1994; Karno ve arkadaşları, 1988; Rasmussen ve Eisen, 1989). OKB'de yaşam boyu majör depresif bozukluk görülme sıklığını araştıran epidemiyolojik bir çalışmada OKB hastalarının yaklaşık üçte birinde MDB eştanısı saptanmıştır (Karno ve arkadaşları, 1988).

Yapılan araştırmalarda OKB'de bipolar bozukluk eştanısı görülme sıklığı % 2.7 ile % 21.5 oranları arasında değiştiği görülmektedir (Pigott ve arkadaşları, 1994).

OKB hastalarının yaklaşık % 40-60'ı yaşam boyu bir anksiyete bozukluğu eştanısı almakta olduğu (Moore ve arkadaşları, 1998); OKB'ye en sık eşlik eden bozukluklar sırasıyla panik bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmiştir (Karno ve arkadaşları, 1988; Rasmussen ve Eisen, 1992).

OKB ile şizofreni arasındaki ilişki uzun senelerdir bilinmektedir. Bazı hastalarda Obsesif Kompulsif belirtilere psikotik zellikli belirtiler eşlik edebilmekte veya şizofreni hastalarında özellikle prodromal dönemlerinde obsesyon ya da kompulsiyonlar görülebilmektedir. Şizofreni hastalarında şizofreni sıklığı % 4-12, OKB olgularında psikotik belirti sıklığı % 14, OKB sıklığı % 7.8, obsesif kompulsif belirti sıklığı ise % 30-59 olarak belirlenmiştir (Attademo, De Giorgio, Quartesan ve Moretti, 2012; Huppert ve arkadaşları, 2009; Karno ve arkadaşları, 1988).

OKB hastalarında madde kullanım bozukluğu sıklığı % 13.5-30, yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu sıklığı ise % 14-24 düzeylerindedir (Adam, Meinlschmidt, Gloster ve Lieb, 2012; Torres ve arkadaşları, 2006). Bazı OKB hastalarının alkolü, Obsesif Kompulsif belirtileri azaltmak ve alkolün anksiyolitik ve hipnotik etkisinden faydalanmak için aldıkları gösterilmiş olup; OKB'ye ikincil gelişen alkol kullanım bozukluğu vakalarının olduğu da bildirilmiştir (Gentil ve arkadaşları, 2009).

Yapılan çalışmalarda OKB tanılı hastaların yaklaşık %50'sinde kişilik patolojileri saptanmıştır. Yapılan bir araştırmada kişilik bozuklukları içerisinde OKB'ye en sık eşlik edenler olarak pasif agresif (% 12), çekingen (% 28), OKKB

(% 30) olarak belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışma da ise OKKB (% 6), histrionik (% 9), bağımlı (% 12) olarak belirlenmiştir (J. Samuels ve arkadaşları, 2000; Uğuz, Aşkın ve Çilli, 2006).

2.1.7. Seyir ve Prognoz

Obsesif Kompulsif Bozukluk, sabit seyir gösteren veya dönemsel (epizodik), kronik ve inatçı bir psikiyatrik hastalıktır (Sadock, 2016). Bazı Belirtiler bazı kişilerde sinsi başlayabilir, yıllar sonra klinik olarak anlamlı düzeye gelebilir; bazen stresör bir tetikleyici sonrasında hemen sonrasında veya ileride ani başlangıç da gösterebilir (O. Öztürk ve Uluşahin, 2015). Epizodik seyir gösteren tipinde, kadın cinsiyet ve ileri yaşta daha sık görülmekte; depresyon ile birlikteliği daha fazla olmaktadır (Luigi Ravizza, Maina ve Bogetto, 1997).

OKB'de iyi prognostik faktörler şunlardır: Stresli bir yaşam olayı sonrası belirtilerin ani çıkması, epizodik seyir göstermesi, işlevselliğinin iyi olması, tedaviye uyumun yüksek olmasıdır (Rasmussen ve Tsuang, 1986; Sadock, 2016). Kötü prognoz belirtileri ise şunlardır: Erken başlangıç, belirtilerin şiddetli olması, uzun ve süregelen hastalık dönemlerinin varlığı, hastaneye yatış öyküsü, eştanı aldığı durumlar, işlevselliğinin düşük ve kötü olması, baş etme mekanizmalarının yeterli olmaması, bekar olma, belirgin büyüsel düşüncenin bulunması, psikotik belirti varlığıdır (L. Ravizza, Barzega, Bellino, Bogetto ve Maina, 1995; Sadock, 2016). Obsesyonların içeriğinin prognoz ile ilişkisi saptanamamıştır (Köroğlu, 2004).

2.1.8. Tedavi

Tedavide ilk basamak ilaç ve bilişsel davranışçı terapidir. Çoğu kez farmakoterapi ve davranışçı terapi bir arada da kullanılmaktadır. Hangi tedavi yönteminin seçileceği hekimin ve hastalığın şiddetine ve hastanın kararına bağlı olarak değişmektedir (Baldwin ve arkadaşları, 2005).

2.1.8.1. Farmakoterapi

OKB tedavisinde ilk tercih ilaçlar SSRI'lar ve trisiklik antidepresan olan klomipramindir. Klomipramin SSRI'lara kıyasla daha etkili bir tercih olarak bulunmaktadır, ancak yan etkilerinden dolayı ilk aşamada tercih

edilmemektedir. Tedavi uyumu açısından ilk SSRI'lar, ikinci olarak klomipramin kullanılmaktadır (Kaplan ve Hollander, 2003). SSRI'lar için optimal doz, tam terapötik etkinin görüldüğü dozdur. Etki ortaya çıkmazsa doz kademeli olarak artırılır. İzlemde anksiyete bozukluklarından daha yüksek dozlara çıkmak gerekebilir (Tamam, Saygılı ve Ünal, 2003). Tedaviye yanıt yok diyebilmek için, o ilaç için kabul edilen en yüksek dozda, toplamda en az 12 hafta SSRI tedavisine devam edilmiş olması gerekmektedir. Nüksleri önlemek için tedavinin uygun dozda ortalama 2 yıl kadar devamı gerekmektedir (O. Karamustafalıoğlu ve Akpınar, 2006)

OKB'de tedavi yanıtı haftalık 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. Kısmi yanıt diyebilmek için, haftalık YBOKÖ puanında % 25 ile % 35 arasında azalma ve KGİ-Düzelme ölçeğinden 3 (biraz düzeldi) puan alınması ölçüt olarak alınmıştır (Mataix-Cols ve arkadaşları, 2016).

İlk basamak tedavi başarısızlığından söz etmek için, en az üç farklı SSRI'nın biri klomipramin olmak şartıyla, farklı dönemlerde, etkin doz ve yeterli süre kullanılması (Jenike ve Rauch, 1994). Hastaların % 20-30'unda düşük tedavi yanıtı veya yanıtızsızlık görülmektedir (Erzegovesi ve arkadaşları, 2001).

İkinci basamak tedavide güçlendirme yer almaktadır. Amaç serotonerjik sistem üzerinden yanıt almayı arttırmaktır (O. Karamustafalıoğlu, 2018). Dirençli olgularda güçlendirmede ilk tercih kullanılan ilaçlar antipsikotiklerdir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında antipsikotiklerin, özellikle risperidonun tedaviye dirençli OKB'de faydalı olabileceği bildirilmiştir (Bloch ve arkadaşları, 2008). Güçlendirmede kullandığımız diğer ajanlar şunlardır: glutamaterjik ilaçlardan memantin lamotrijin n-asetilsistein (Bruno ve arkadaşları, 2012; Szegedi, Wetzel, Leal, Härtter ve Hiemke, 1996), intravenöz klomipramin ve sitalopram; serotonerjik etkili klomipramin, ondansetron, pindolol, klonazepam kullanımıdır (Fallon ve arkadaşları, 1998; Stefano Pallanti, Quercioli ve Koran, 2002).

2.1.8.2. İlaç Dışındaki Biyolojik Tedavi Yaklaşımlar

2.1.8.2.1. Elektrokonvulsif Terapi

Ağır depresif bozukluğun eşlik ettiği, intihar riskinin yüksek olduğu OKB hastalarında depresif belirtilere yönelik olarak kullanılabilir. Herhangi bir antiobsesyonel özelliği bulunmamaktadır (O. Karamustafalıoğlu, 2018).

2.1.8.2.2. Transkraniyal Manyetik Uyarım

Tekrarlayıcı TMU uygulamalarının tedaviye dirençli olgularda düşük frekanslı olarak uygulanması daha faydalı olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Uygulama alanının dorsolateral prefrontal korteks dışında suplemler motor alan ve orbitofrontal korteks hedeflenerek yapılması önerilmiştir (Berlim, Neufeld ve Van den Eynde, 2013)

2.1.8.2.3. Derin Beyin Uyarımı

Son yıllarda OKB tedavisinde yer alan bu teknik, stereotaktik yöntemle özgül beyin bölgelerine uyarıcı elektrotlar yerleştirilmesi ve verilmesi esasına dayanır. Bu uyarı ilgili bölgede depolarizasyonu bloke eder, nöral transmisyonu engelleyerek etkisini gösterir (De Koning, Figee, Van Den Munckhof, Schuurman ve Denys, 2011).

2.1.8.2.4. Psikocerrahi

OKB tedavisinde uygulanan cerrahi müdahaleler daha çok OKB patofizyolojisi ile ilişkili orbitofrontal korteks, kaudat nukleus ve anterior singulat kortekse yöneliktir. En çok tercih edilen yöntemler limbik lökotomi, subkaudat traktotomi, anterior kapsülötomisi ve anterior singulotomidir (Eric Hollander ve arkadaşları, 2002). Psikocerrahi kararı için hastalığın şiddeti, süregelenliği, tedaviye direnci ve işlevsellik etkisi dikkate alınır (Tükel ve Demet, 2017).

2.1.8.3. Psikoterapiler

2.1.8.3.1. Bilişsel Davranışçı Terapi

Maruz bırakma, alıştırma ve tepki engelleme temel davranışçı yaklaşımlardır (ATE). ATE, obsesyonlara bağlı sıkıntı oluşturan uyarılarla, bu sıkıntıyı azaltmak için davranışları gerçekleştirmeksizin karşılaşma yoluyla “alışma” ilkesine dayalıdır. İmgelemde ya da gerçek yaşamda alıştırma egzersizleri yapılabilir. Tekrarlanan tepki engelleme ve alıştırma çalışmalarıyla obsesyonları tetikleyen uyarılarla bağlantılı sıkıntılarda ve bu bağlantılı tepkilere duyulan ihtiyaçta azalma sağlanmaktadır (Gillihan, Williams, Malcoun, Yadin ve Foa, 2012).

Tedavide birinci sıra kabul edilen ATE’nin yanı sıra, ATE ile birlikte ya da tek başına uygulanabilen bilişsel terapinin de faydalı olduğu bilinmektedir. Bilişsel terapi ise OKB hastalarında var olan işlevsel olmayan inançların değiştirilmesine yönelik de çalışılır (Wilhelm ve Steketee, 2006). ATE ile beraber bilişsel tedavinin uygulanması tedavi uyumunu ve verimini artırabilir, belirtilerle ilişkili işlevsel olmayan inançları azaltabilir ve tedaviyi bırakma oranlarını da düşürebilir (McKay ve arkadaşları, 2015).

2.1.8.3.2. Psikodinamik Psikoterapi

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu için genellikle çok iyi sonuçlar veren psikodinamik psikoterapinin, OKB’deki etkinliği ise kısıtlıdır (Ponniah, Magiati ve Hollon, 2013). Bununla birlikte ayrıntılı bir psikososyal öykü alınması ve dinamik formülasyon yapılması durumunda, OKB hastalarının daha iyi anlaşılması ile mümkün olabilir ve bu durum hastaya ek ya da alternatif bir tedavi yaklaşımıyla yardım etmeye olanak tanıyabilir (Chlebowski ve Gregory, 2009). Psikodinamik psikoterapi Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan “OKB için Tedavi Rehberi”ne göre OKB belirtilerinin kişilerarası ilişkilere etkilerinin ele alınmasında ve hastaları neden değişimi istemedikleri yönünde aydınlatarak tedaviyi kabul etmeme şeklindeki dirençlerinin aşılmasında yardımcı olabilmektedir (Koran, Hanna, Hollander, Nestadt ve Simpson, 2007).

2.1.8.3.3. Destekleyici Psikoterapi

Destekleyici psikoterapinin bileşenleri olan güçlü yönleri gösterme ,empati kurma hastalığın etiyolojisi ile açıklamalarda bulunma ve iyileşme konusunda hastayı desteklemenin OKB hastalarında etkili olduğu görülmüştür (Greist ve Jefferson, 2007).

2.2. Çocukluk Çağı Travmaları

2.2.1. Tanım ve Genel bilgiler

Travma, birçok psikopatoloji için bir risk etmeni olan; anlamlandırma, bağlantı kurma ve denetleme yetilerimizi bozan, olağan savunma mekanizmaları ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek kadar ağır olan, sarsıcı ve yıpratıcı yaşantılara sebep olan ve hastalıkların gidişatını oldukça etkileyen bir kavramdır. Travmaya maruz kalmak her yaşta psikiyatrik problemlere neden olabilirken bu risk travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında daha yüksektir (Türksoy, 2003).

Çocukluk çağı travmaları, kişilerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmalin yanı sıra ebeveynin kaybı, ebeveyninden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler şeklinde de tanımlanabilir (Tıraşçı ve Gören, 2007). Çocukluk çağı travmaları altında yer alan çocuk istismarı veya ihmali, ana-baba ya da bakıcı gibi bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişiler tarafından uygunsuz veya zarar verici olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizlikler ve bunların sonucu çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi durumudur (Topçu, 1997).

Çocukluk çağı travmaları, istismar ve ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenir. İstismar ve ihmali birbirinden ayıran en önemli özellik; istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir süreç olmasıdır (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004). Yani istismar; çocuğa karşı kasıtlı yapılan, fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal açıdan çocuğa zarar veren aktif bir eylemken, ihmal; çocuğun bakımından sorumlu kişi

veya kişiler tarafından çocuğun bakım ve korunmasının yeterince sağlanamaması nedeniyle fiziksel ve ruhsal sağlık bakımından zarara uğradığı pasif bir durumdur (Yurdakök, 2010).

Çocukluk çağı travmalarının yaygınlığına dair dünya çapında bir veri yoktur. Bu durum istismarın tanımının kültürel ögelere bağlı değişkenlik göstermesinden ve damgalanmasından dolayı kaynaklanmaktadır. Amerika'da 2016 yılında yayımlanan bir metaanalizde ise fiziksel istismarın %18,3 ve cinsel istismarın %9,3 ve ihmalin %78,3 sıklıkta gerçekleştiği bildirilmiştir (Nemeroff, 2016).

Ülkemizde de, bu sebeplerle, istismar olgularının sıklığı ve dağılımına dair kesin bir veri yoktur. Ankara ve Adana'da toplum örnekleminde fiziksel istismar araştırılmış ve Ankara için %46.44, Adana için %61,5 oranında fiziksel istismar saptanmıştır (Ak, 2006).

2.2.2. Sınıflama

Çocuk istismarı ve ihmali, DSM-5'te "Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar" başlığı altında sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamada: Çocuğun fiziksel istismarı, çocuğun cinsel istismarı, çocuğun duygusal istismarı, çocuğun ihmali şeklinde dört alt tip tanımlanmasına rağmen DSÖ'nün sınıflamasına göre ise fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal olmak üzere beş alt başlık altında sınıflandırılmaktadır (WHO, 2006).

2.2.2.1. Çocukluk Çağı İstismarları

İstismar, bir kişinin ötekini kasten, o kişinin zararına ve aleyhine olacak şekilde kullanmasıdır. Bir eylemin istismar olarak tanımlanması hususunda kültüre, geleneklere ve inanışlara göre farklılıklar olmasına rağmen bazı ortak ögeler sabittir. Bunlar; kasıtlı olması, yinleme ihtimalinin yüksek olması, çocuğun fiziksel ve zihinsel sağlığını bozmasının yanı sıra çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkilemesidir (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009). Çocuk istismarı sebepleri, eylemin türü ve çocuk üzerindeki etkileri yönünden

farklılıklar arz eder. Fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar olarak sınıflandırılan üç ayrı sınıfta incelenir.

2.2.2.1.1. Fiziksel istismar

Dünya Sağlık Örgütü, fiziksel istismarı bilerek yapılan fiziksel güç kullanımı sonucunda çocuğun gelişimi, sağlığı ve onuru açısından zarar görmesi olarak tanımlar (Yurdakök, 2010). Bu şiddet davranışları; çocuğu hırpalama, tokat atma, yumruk atma, tekmeleme, vurma, sarsma, boğma, yakma, dövme, itip kakma, yaralama hatta bağlama ve kapalı bir yere kilitleme gibi şekillerde olabilmektedir (Veltkamp ve Miller, 1994).

Fiziksel istismar tespiti en kolay çocukluk çağı travması olmasına rağmen, bu cezalandırma şekilleri bazı toplum bölge ve kültürlerde istismar olarak algılanmadığı ve çocuğun terbiye edilmesi için gerekli davranışlar olarak tanımlandığı için tespit edilmesini oldukça zorlaştırmaktadır (Topbaş, 2004).

2.2.2.1.2. Cinsel istismar

Henüz psikososyal gelişimini tamamlamamış çocuğun yada ergenin, kendisinden en az altı yaş büyük biri yada bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla tehdit ederek, güç kullanarak veya kandırarak kullanılması olarak tanımlanmaktadır (İşeri, 2008).

Eylemin cinsel istismar olarak nitelendirilmesi için penetrasyon şartı aranmamaktadır (Kanbur ve Akgül, 2010). Doğrudan veya giysilerini üzerinden bedene veya cinsel organa dokunmak, dokundurmak, cinsel içerikli konuşma ve önerilerde bulunma, teşhircilik, röntgencilik, başkalarının cinsel aktivitesini seyretmeye veya maruz bırakmak cinsel istismar kapsamında değerlendirilmektedir (Kanbur ve Akgül, 2010; Page, 2004).

Tüm çocukluk çağı istismarları içinde en travmatik olanı, en acı vereni, en çok gizlenen ve dolayısıyla en az istatistiksel verilere yansıyan cinsel istismarlardır (Bornstein, Kaplan ve Perry, 2007). Cinsel İstismarın yol açtığı utanç, suçluluk duyma gibi tepkiler nedeniyle cinsel istismar çoğu zaman gizli

olarak kalmakta, bu nedenle de gerçek istatistiksel verilere ulaşmak da zor olmaktadır. Cinsel istismara uğrayanların yalnızca % 15'inin bildirildiği tahmin edilmektedir (Özdemir, 2010).

2.2.2.1.3. Duygusal istismar

Gündelik yaşamda en sık rastlanan istismar çeşitlerinden birisi olan duygusal istismar; çocuğun ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyecek düzeyde alay edilme, aşağılanma, küçük düşürücü yorumlarda bulunma, bağırma, reddetme, küfretme, yanıltma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme, lakap takma, aşırı baskı ve otorite kurma vb türlerde yapılan istismar olarak tanımlanmıştır (Akiskal, 2007).

Bununla beraber anne, baba ya da çevredeki diğer yetişkinlerin çocuğun yetenekleri ne dair aşırı istek ve beklentileri ve bağımlı kılma ve aşırı koruma davranışları da bu tanıma girer (Walker, Bonner ve Kaufmann, 1988).

Duygusal istismarın çocuğun sağlığı ve gelişimine fiziksel ve cinsel istismardan daha az olumsuz etkileri olacağına dair yanlış bir algı söz konusu olmakla birlikte duygusal istismar diğer tüm çocukluk çağı istismarlarından daha sık görülmekte ve daha yıkıcı olabilmektedir (Hornor, 2012). Duygusal istismar, bu denli sık görülmesi ve bu denli olumsuz sonuçlar doğurabilmesine rağmen diğer çocukluk çağı istismarları kadar ilgi odağı olmayı başaramamıştır. Bunun başlıca sebebi duygusal istismarın fark edilmesinin, tanımlanmasının ve kanıtlanmasını oldukça güç olması olabilir (Glaser, 2002).

2.2.2.2. Çocukluk Çağı İhmalleri

İhmal, ailenin çocuğun veya ergenin gelişimi sürecinde ihtiyaç duyduğu maddi, manevi bakımı sağlamaması ve çocuğu tehlikelere karşı korumaması olarak tanımlanan; fiziksel, ruhsal ve sağlık bakımından zarara uğradığı pasif bir durumdur. Fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir.

2.2.2.2.1. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal çocuğa gereken sağlık hizmetini, ihtiyaç duyduğu besin veya giyeceği, tehlikelerden korumak maksadıyla gözetim ve kontrolü aynı zamanda barınma ihtiyacını sağlamamayı kapsar. Çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, uygun barınma ortamının sağlanmaması, yıkandırılmaması, temiz elbise giydirilmemesi, aşılarının yaptırılmaması, hastalık ve yaralanmalarının tedavi ettirilmemesi gibi örnekler hep fiziksel ihmal kapasamında değerlendirilmektedir (Yurdakök, 2010).

2.2.2.2.2. Duygusal İhmal

Çocuğun psikolojik gereksinimleri ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, sosyal kuralları öğretmeme ve çocuğun sosyal gelişimini sağlayacak destekleyici ilgiyi göstermeme olarak tanımlanmaktadır (Özgentürk, 2014). Çocuğu okula göndermeme, yetenekleri konusunda desteklememe, başarılarını ödüllendirmeme, isteklerine kayıtsız kalma, denetimden yoksun bırakma, sevgi ve ilgi göstermeme, ayrımcılık yapma, dışlama, yok sayma gibi örnekler duygusal ihmal kapsamında değerlendirilmektedir.

Duygusal ihmalin toplumda sık görüldüğü tahmin edilmektedir. Fakat tıpkı duygusal istismar gibi tanımlama, tespit etme, ölçme ve miktarını belirleme oldukça zor olduğundan duygusal ihmal de diğer çocukluk çağı travmalarına oranla daha az çalışılmıştır.

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Ruhsal Etkileri ve Psikopatoloji

Çocukluk çağı travmaları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki çok sayıda çalışmada gösterilmiş ve çocuk ihmal ve istismarı psikiyatrik hastalıklar için bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir. İhmal veya istismara uğrayan çocuklarda gerek erken dönemde gerekse ilerleyen yaşlarda çok farklı ruhsal sorunlar ya da bozukluklar görülebilmektedir. Son yirmi yılda artan sayıda kanıt, çocukluk çağı travmalarının majör psikiyatrik hastalıklar(majör depresyon, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluklar, alkol ve madde kötüye kullanımı ve tıbbi hastalıkların

(kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, irritabl barsak sendromu) görülme riskinde artış ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Nemeroff, 2016).

Konumuz olan Obsesif kompulsif bozukluk ile çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiye bakacak olursak; OK belirtilerin gelişimde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının risk olabileceğini bildiren çalışmalar ve çocukluk çağı travması ile OKB semptomlarının şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Lochner ve arkadaşları, 2002; Mathews, Kaur ve Stein, 2008)

2020 yılında yapılan çalışmada çocukluk travmasının varlığı OKB hastalarını kötü bir seyire yatkın hale getiren faktörler olarak ortaya çıkmıştır (Tibi ve arkadaşları, 2020). Travmanın bu olumsuz etkilerini, hipotalamus-hipofiz- adrenal aks, bazal gangliyonlar, serotonerjik iletim, immünite, nöroplastisite, sirkadyen ritimler gibi birçok biyolojik mekanizmalarda oluşan değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Aas ve arkadaşları, 2016).

2.3. Bağlanma Biçimi

2.3.1. Tanım

Bağlanma, bebek ile bakım veren arasındaki ilk ilişkiden başlayan, yakınlık arayışıyla kendini gösteren, tehlikeden kaçınmayı hedef alan, tutarlı ve devamlılığı olan güçlü bir bağ olarak tanımlanır. Bowlby'ye göre bireyin kurduğu ilk ilişki bebeğe bakım veren anne ya da bir diğer bakıcıyla gerçekleşir, ilk yıllarda kurulan bu bağın insan davranışının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Bowlby, 1977).

2.3.2. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı, çocuğa bakım veren ile kurduğu ilişkiyi temel alarak çocuklukta ve ergenlikteki yakın ilişkileri anlamlandırmayı hedeflemektedir. Geçmişte bebeklik ve çocukluk dönemlerine odaklanırken, günümüzde yetişkinlerin sosyal ve romantik ilişkilerinde yaşadıkları duygusal, bilişsel ve davranışsal özellikleri anlamak için de kullanılmaya başlanmıştır (Bowlby, 1977). Anne ve bebek arasındaki ilk ilişki çeşitli kuramların temel ilgi alanı

olmuştur. Erken yaşantıların kişilik gelişimi, duygu düzenleme, kişiler arası ilişkiler ile ruhsal ve fiziksel hastalıklarının gelişmesi üzerine etkileri, birçok araştırmaya konu olmuştur.

Bowlby, daha önceki yıllarda suç işleyen çocuklar üzerine yaptığı gözlemlerde özellikle bu çocukların bebeklik ve çocukluk yıllarında annelerinden uzun süre ayrı kaldıklarını fark etmiş ve o güne kadarki klasik psikoanalitik görüşün anne ve bebek arasındaki etkileşimi açıklamada yetersiz kaldığını düşünmüş ve sonraki yıllarda Mahler ve Klein'in nesne ilişkileri kuramını ile Darwin'nin evrimsel görüşüyle birlikte ele alarak bağlanma kuramını geliştiren Bowlby, Bu alanda çok önemli bir katkı sağlamıştır. Bowlby'nin bakış açısına göre bağlanma davranışı içgüdüsel bir yönelim olup, temel hedefi içgüdüsel ihtiyaçların karşılanması ve tehlikelerden korunmaktır. Bebek, dünyaya geldiğinde genetik olarak programlanmış bir bağlanma biçimi ilişkisinin içine doğar. Bağlanma, doğuştan gelen ve biyolojik uyuma yönelik güdüleme özelliği olan bir sistem olup, sosyal ilişkilerin kurulmasında da temel belirleyicilerden biri olmaktadır (Bowlby, 1958).

Bowlby'nin araştırmalarının önemli başlangıcı Harlow'un rhesus maymunları ile yaptığı anne yoksunluğu ile ilgili yaptığı çalışmalar oluşturmaktadır. Harlow'un çalışmalarında maymunların sadece gıda ile beslenmeye değil, sıcaklık ve rahatlık gibi duygusal beslenmeye de ihtiyaçları olduğu gösterilmiştir. Harlow ayrıca annelerinden uzakta büyüyen rhesus maymunlarının ileri yaşlarda sosyal ilişkilerinde yetersiz olduklarını tespit etmiştir (Harlow, 1970).

Bowlby davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin bebeklik ve erken çocukluk evrelerinde annelerinden uzun süre ayrı kaldıkları gözleminden yola çıkarak çocukların annelerini sadece açlık güdülerini doyurdıkları için sevdikleri açıklamalarına karşı çıkmış ve bağlanma kuramını geliştirmiştir (Bowlby, 1958).

Bowlby'nin bağlanma kuramına göre bebeklerin yaşamlarını idame ettirebilmeleri için, onların bakımını sağlamaya ve onları korumaya hevesli bir bakım veren olmalıdır. Bağlanma davranışı kendini yakınlık kurma arayışı ile

gösterir. Bakım verenin yokluğunda gerginlik ve huzursuzluk görülürken, varlığında ise rahatlık duygusu hissedilir. Bowlby'e göre, bağlanmanın tanımlayıcı özelliği dünya ile daha iyi başa çıktığı düşünülen bakım veren ile yakınlığı korumaktır, bu yüzden bağlanmanın en önemli işlevinin tehlikelerden korunmak olduğu sanılmaktadır (Bowlby, 1977).

İnsan yavrusu bağlanmayı kolaylaştıracak bir davranış potansiyeli ile doğar, yakınlığın sürdürülmesi, diğerinin de yakınlaşma gereksinimini karşılar, yaşanan deneyimler sonucu çocuk kendine ve dış dünyaya anlam verir. Bunu yeni ilişkilere genelleyerek bütünleştirir ve bir zihin modeli şeklinde içselleştirerek oluşturur (Bowlby, 1977).

Bowlby, bebeğin bakım veren anne ya da annenin yerini alabilecek bir diğer bakım verenle bir ilişki yaşadığını belirtmiştir. Bu ilişki sırasında bebek kendini güvende hisseder, ihtiyaçları giderilir, duygusal yakınlık görme beklentileri karşılanırsa, bebek bakıcısıyla kurduğu ilişki sonucunda kendini seilmeye ve onaylanmaya layık görerek önemli olduğunu hisseder ve karşısındakileri ve dünyayı da güvenilir ve olumlu bir yer olarak algılar (Bowlby, 1973). Bu güven içeren durum, bebeğin kendisi ve diğer kişiler hakkında olumlu modeller geliştirebilmesi için temel bir yapı taşıdır ve bu modeller 'içsel çalışan modeller' ya da 'zihinsel temsiller' olarak adlandırılmaktadır. Kendilik ile ilgili içselleştirilmiş temsiller, süreğen, gerçekçi ve olumlu bir kimlik algısının edinilmesi için gerekliken, diğerleri ile ilgili temsiller süreğen ve haz verici kişiler arası ilişkilerin oluşmasında önemli bir yere sahiptir (Harlow, 1970; Stevenson-Hinde, 2007). Zihinsel temsiller, kişinin kendini ve dünyayı nasıl anlamlandıracağı üzerinde etkili olmakta ve bununla birlikte bireyin kişilik gelişimi ve ileride gelişebilecek olası psikopatolojiler üzerinde bir belirleyiciliğe sahip olmaktadır.

2.3.3. Bağlanma Gelişimi

Anne ile bebek arasındaki bağlanma ilişkisinin ilk olarak gebelik döneminde kurulmaya başlandığı son zamanlarda ileri sürülmektedir. Yapılan çalışmalarda, gebelik ilerledikçe fetüs ile olan etkileşimin artması sonucu

bağlanma ilişkisinin kurulmaya başladığı, ikinci trimesterde özellikle fetal hareketlerin hissedilmesinin bağlanmada artışa neden olduğu bildirilmektedir (Morer ve arkadaşları, 2008). Gebeliği süresince annenin karnına dokunarak bebeğini hissetmesi ve bebeğini kabulü bağlanma ilişkisi için çok önemlidir. Bu aşamada, annenin bebeğe ilişkin oluşturduğu tasarımın içeriği ön plana çıkmaktadır (Bowlby, 1973; Diehl, Elnick, Bourbeau ve Labouvie-Vief, 1998).

Bowlby bağlanma gelişimini dört evreye ayırır, Doğumdan 8-12 haftaya kadar olan dönem bağlanma öncesi dönemdir ve bebek annenin uyarıları ile hareketlenir. Çevresindeki kişilere yönelme davranışı gösterir ancak kişileri ayırt edebilme yetisi ya çok kısıtlıdır ya da yoktur. Bu dönemde bebek için önemli olan birincil ihtiyaçlarının giderilmesi olduğu için kendisine kimin baktığının önemi yoktur ve çok fazla etkilenmezler.

8-12 haftadan 6 aya kadar uzanan ikinci dönem bağlanmanın oluşmaya başladığı dönemdir. Bu dönemde bebek anneyi yabancılardan ayırt etmeye ve dikkatini daha çok anneye yönlendirmeye başlar. Annesine gülümsemesi, uzun süreli göz teması kurması, diğer insanlara göre annesine daha fazla ses çıkarması bağlanmanın hazırlığını oluşturur. Anne ve bebeğin duygularının karşılıklı geliştiği bu evrede, bebekten gelen sinyali anne gözden kaçırса bile bebek uyarmaya devam eder.

Bağlanmanın tam olarak gözlemlendiği üçüncü dönem bağlanma dönemidir ve 6-24 ay arasındır. Amigdalanın gelişmeye başladığı 6. ayla birlikte yabancı kişilere karşı korku ve kaygı yaşamaya başlar. Tüm ilgisini, ihtiyaçlarını karşılayan kişiye yöneltir. Ondan ayrıldığında gerginlik ve huzursuzlukla birlikte ayrılık kaygısı yaşaması bağlanmanın oluştuğunun bir göstergesidir.

18-24 aylar ve sonrasında güvenli yer olgusunun oluşması ile çocuk anneden giderek daha uzun süreli ayrılıklara dayanabilir hale gelir ve bu dönem Karşılıklı ilişki aşaması dönemidir. Çocuk zaman geçtikçe gerektiğinde bekleyeceğini öğrenir ve davranışlarını ona göre ayarlamaya başlar. Bağlanmanın biçimlendiği bu süreci anne-baba ilişkisi, babalık rolü, bakım verme ve yetiştirme tutumları, anne veya babadan ayrılık, hastalık ve yaşanan

travmatik olaylar belirgin şekilde etkilemektedir. Yakınlık arama eğilimi ile dünyaya gelen bebeğin anne ile kurduğu tutarlı ve güvenli ilişki, sağlıklı gelişmesi için oldukça önemlidir. Doğumdan hemen sonra annelerinden ayrılarak özel bakıma alınan bebeklerde gelişmenin yavaşladığı ya da durduğu, bu bebeklerin yemek yemedikleri, sosyal geri çekilme yaşadıkları (Bowlby, 1958, 1977).

2.3.4. Bağlanma Biçimleri

2.3.4.1. Güvenli Bağlanma

Güvenli bağlanma biçimine sahip kişiler, özellikle zor ve stresli durumlarında olmak üzere bakım verenlerinin yanlarında olacağını bilirler ve ihtiyaçları olduğunda kendilerine yardım edeceklerinden emindirler (Bowlby, 1979). Bakım verenleri yanlarından ayrıldıklarında normal bir gerginlik yaşamalarına rağmen döndüklerinde kolayca yatıştır ve olumlu tepkiler gösterirler. Güvenli bağlanmanın oluşabilmesi için bakım verenin tutarlık, aynılık, süreklilik gösteren ve her daim ulaşılabilir olması önem arz eder (Kesebir, Kavzoğlu ve Üstündağ, 2011). Güvenli bağlanma biçimine sahip kişilerin bakım verenleri; ağlamalarına duyarlı ve farklılık gösteren ihtiyaçlarına uygun tepkiler verebilen kişilerdir (Tüzün ve Sayar, 2006).

2.3.4.2. Güvensiz Bağlanma

2.3.4.2.1. Kaygılı/ Ambivalan/ İkircikli Bağlanma

Güvensiz bağlanmanın bir çeşidi olan kaygılı bağlanma biçimi diğer isimleriyle ambivalan veya ikircikli bağlanma biçimi olan kişiler, bakım verenlerinin yanlarına gelmelerini istediklerinde yanıt alma ya da yardım edilme konusunda emin olamayan kişilerdir (Bowlby, 1979). Bu yüzden ayrılığa karşı direnirler ve bakım verenleri döndüğü zaman kolayca yatışma göstermezler (Kesebir ve arkadaşları, 2011). Herhangi bir ayrılığın hemen sonrasında hem bakım verenleri ile birlikte olmak hem de ondan uzaklaşmak istemektedirler (Soysal, Bodur, İşeri ve Şenol, 2005). Araştırmacı davranışlar sergileme konusunda kaygıları mevcuttur. Bu bağlanma biçiminde sahip kişilerin bakım

verenlerinin; tepkilerinde tutarlı olmayan, girici, fazlasıyla uyarıcı ve kontrol edici olduğu, kontrol etmek amacıyla terk etme tehditlerinde bulunabildikleri ileri sürülmektedir (Kesebir ve arkadaşları, 2011).

2.3.4.2.2. Kaçınan Bağlanma

Güvensiz bağlanmanın diğer bir çeşidi olan kaçınan bağlanma biçimi olan kişiler ise bakım verenlerinin kendilerine yardımcı olacağına dair hiç güveni olmayan, bakım verenleri ile ayrılığa tepkisiz kalıp, döndüklerinde onlara yakın durmayan kişilerdir (Bowlby, 1958; Kesebir ve arkadaşları, 2011). Ayrılma anında sakin ve neredeyse tepkisizlerken, yeniden bir araya geldiklerinde bakım verenlerine karşı reddedici ve uzaklaştırıcı olurlar (Tüzün ve Sayar, 2006) ve dikkatlerini yapmakta oldukları işe yöneltirler (Soysal ve arkadaşları, 2005). Kaçınan bağlanma biçimine sahip kişilerin bakım verenlerinin mesafeli, duygusal olarak zor ulaşılan, ihmalkar, sürekli olarak geri çeviren ya da reddeden kişiler oldukları düşünülmektedir (Bowlby, 1958; Kesebir ve arkadaşları, 2011).

2.3.5. Bağlanma Biçiminin Ruhsal Etkileri ve Psikopatoloji

Bireyin bağlanma şekli psikopatoloji için genel bir risk etkeni oluşturmaktadır. Örneğin güvenli bağlanma biçimine sahip olanlarda, güvensiz bağlanma biçimine sahip olanlara göre yaşamları boyunca daha az psikopatolojik sorun gelişirken, daha iyi bir psikososyal işlevsellik gözlenir (Stepp ve arkadaşları, 2008). Bowlby'e göre, zihinsel temsiller birbirini tamamlar niteliktedir; güvenli bağlanma örüntüsüne sahip çocuk kendisinin de güvenilmeye, ilgilenilmeye ve sevmeye değer biri olduğuna yönelik bir model geliştirirken tersine, güvensiz bağlanan çocuk, bağlanma figürünü reddedici olarak, kendisini de sevmeye ve desteklenmeye değmez olarak kodlar. Güvenli bağlanan bireyler çevresiyle olumlu ve uyumlu ilişkiler kurar ve daha az sosyal problemler yaşarlar. Bu bireyler güvensiz bağlanan bireylere göre daha yüksek benlik saygılarına sahiptirler (Fraley ve Shaver, 2000). Güvensiz bağlanma nedeniyle çocuğun yaşadığı belirsizlik, yetişkinlikte de devam ederek kronik bir

kaygıya ve kişiler arası ilişkilerde bağımlılığa neden olabilmektedir (Nakash-Eisikovits, Dutra ve Westen, 2002).

Erken dönemde gelişen bağlanma biçimlerinin, erişkin dönemdeki bağlanma biçimlerini ve bununla ilişkili kendilik, diğerleri ve dış dünyaya yönelik algıları etkileyerek OKB gelişiminde yatkınlığa neden olacağı öne sürülmektedir (Doron ve Kyrios, 2005).

Güvensiz bağlanma biçimine sahip kişiler, güvenlik ve dış destek kaynaklarının iç temsellerini bulamayabilir. Bu nedenle, güvensiz bağlanma sonucu gelişen negatif içsel çalışma modelleri, kendilik (yetersizlik algısı), diğerleri (başkalarının istekleri ve iyi niyetleri hakkında artan şüpheler, reddedilmeye karşı artan duyarlılık) ve dünya (tehdit algısında artış) ile ilgili non-adaptif inançların gelişme olasılığını arttırabilir (Doron ve arkadaşları, 2012). Bu non-adaptif bilişler, OKB'nin ortaya çıkması ve devam etmesi ile ilişkilendirilmiştir.

Literatürde OKB ve bağlanma arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlı olsa da son yıllara giderek artış göstermektedir. 2009 yılında 446 öğrenciyi içeren klinik olmayan bir örnekleme yapılan çalışmada, bağlanma kaygısı ve kaçınmanın yüksek oranda OKB semptomları ve bilişleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Sonuçlar, depresyon kontrol edildiğinde bağlanma boyutlarının daha yüksek OKB bilişleri üzerinden OKB semptomlarını etkilediği bir aracılı modeli desteklemiş ve bağlanma kaygısının bağlanmadan kaçınmadan biraz daha büyük bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Doron, Moulding, Kyrios, Nedeljkovic ve Mikulincer, 2009).

2009 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada; 40 depresyon, 35 OKB, 29 panik bozukluk ve 77 sağlıklı kontrol öz bildirim ölçekleri ile karşılaştırılmış, kontrol grubunda klinik gruplara göre bağlanma kaygısının daha düşük düzeylerde olduğu, depresyon hastalarında bağlanmanın kaçınma boyutunun diğer gruplara göre daha yüksek oranda olduğu, OKB'lilerin depresyon ve panik bozukluğu olan hastalarda olduğu gibi bağlanmanın kaygı boyutunda yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (Sümer ve arkadaşları, 2009).

Yapılan bir başka çalışmada ise 30 OKB hastası, çeşitli anksiyete bozuklukları olan 20 kişi ve 32 sağlıklı kontrolü yetişkin bağlanma biçimleri açısından karşılaştırmış, depresyon kontrol edildiğinde OKB grubunun, anksiyete ve kontrol gruplarına kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek düzeyde bağlanma kaygısına sahip olduğu saptanmıştır. Bağlanmanın kaçınma boyutunda ise farklılıklar anlamlı bulunmamıştır (Doron ve arkadaşları, 2012).

Çeşitli farklılıklar olmakla birlikte yapılan araştırmaların sonuçları genel olarak birlikte değerlendirildiğinde, OKB tanılı hastalar, diğer anksiyete bozuklukları ve major depresyon tanılı ya da topluluk kontrollerine kıyasla daha yüksek bağlanma kaygısı gösterdiği ancak kaçınma boyutunda böyle bir durum olmadığı anlaşılmaktadır hastalar (Doron ve arkadaşları, 2012; shaker ve Homeyli, 2011). Klinik olmayan örneklerde yapılan çalışmalar, bu klinik bulguları desteklemiş ve öz bildirim ölçeklerinde daha yüksek bağlanma kaygısı puanlarının daha şiddetli OKB belirtileri ile ilişkili olduğunu (Doron ve arkadaşları, 2009; Koohsar ve Bonab, 2011) ve bu bağlanma kaygısının maladaptif ebeveyn bakımı ile obsesif inançlar arasındaki bağlantılara aracılık ettiğini göstermiştir (Yarbro, Mahaffey, Abramowitz ve Kashdan, 2013).

2.4. Psikolojik Dayanıklılık

2.4.1. Tanım

Amerikan Psikiyatri Birliği psikolojik dayanıklılığı; zorluk, travma, trajedi, aile ve ilişki sorunları, ciddi sağlık sorunları, iş ve finansal stresler gibi önemli stres kaynakları karşısında iyi derecede uyum sağlayabilme ve esneyebilme süreci olarak tanımlarken, yapılan birçok araştırma psikolojik dayanıklılığın kişilerde nadir rastlanmayan bir özellik olduğunu, aksine her bireyde rastlanan ve farklı düzeylerde olan bir özellik olduğunu göstermektedir (APA, 2009).

Psikolojik dayanıklılık, psikolojik ve biyolojik gelişim sürecine olumsuz etkide bulunacak durumlara karşı pozitif uyumun elde edilmesini sağlayan dinamik bir süreç olarak da tanımlanmaktadır (Cicchetti, 2010; Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, 2000).

Bir grup çalışmacı psikolojik dayanıklılığı; psikopatoloji gelişimi için riskli bireylerde beklenenden daha iyi sonuçların var olduğu grup, stres verici durumların varlığında uyum halini devam ettirebilen grup ve travma sonrası iyileşebilen grup şeklinde üç düzeye ayırmaktadırlar (Masten, Best ve Garmezy, 1990)

Psikolojik dayanıklılığın bir başka tanımına göre ise bir kişinin stresle nasıl baş ettiği ve travmadan nasıl kurtulduğu/iyileştiği ile ilgilenen genel bir kavramdır. Bunun sonucunda olumlu baş etmenin sonuçları olan; uyum ve yeterlik gibi olumlu gelişme ve aynı zamanda geleceğe yönelme ve umut ile ilgili olduğu söylenmiştir (Murphy, 1987).

Bir başka tanımda ise psikolojik dayanıklılığı “zor koşullar altında olumlu ve beklenmedik başarılar kazanma ve sıra dışı koşul ve durumlara uyum sağlama becerisi” olarak yorumlanmaktadır (Fraser, Galinsky ve Richman, 1999).

Özetle, mevcut literatür incelendiğinde de psikolojik dayanıklılık kavramının çeşitli tanımlarında üç temel nokta ortak olarak ifade edilmektedir. Bunlar; risk ve/veya zorluk, olumlu uyum gösterme, baş etme, yeterlik ve koruyucu faktörlerdir. Bu durumda psikolojik dayanıklılık, “mutlaka sağlıklı bir uyum gösterme ile ilişkili olan ve uyum sürecine katkı sağlayan koruyucu faktörlerin var olan risk faktörleri ile belirgin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Windle, 2002)

2.4.2. Tarihçe

Psikolojik dayanıklılık kavramı literatürde ilk kez 1960’lı yılların sonlarında karşımıza çıkması rağmen, bu kavrama dair bilgimizi artıracak asıl araştırmalar 1970’li yıllarda yapılmaya başlanmıştır. Riskli gruplarda koruyucu faktörler üzerine çalışmalar yapan Norm Garmezy, konuyla ilgili ilk araştırmaları yapan ve konunun önemini ilk vurgulayan araştırmacılardan Birisi olmuştur. Şizofreni hastalarının çocuklarının yetkinlik ve uyum becerileri üzerinde yaptığı çalışmayla psikolojik dayanıklılık kavramı ilk kez bir çalışmanın merkezine taşınmıştır. Bu çalışmalarla, çocuklukta psikolojik dayanıklılığın ve

sıkıntıya yanıt olarak verilen tepkilerin bireyler arasında çeşitlilik gösterdiği gözler önüne serilmiştir (N. Garmezy ve Streitman, 1974; Norman Garmezy, 1971).

Yapılan bir başka çalışmada ise çocuklar ile ilgili izlem çalışması konusu bu konuda büyük bir bakış açısı kazanılmış olmakla birlikte, bu çalışma sonrası psikolojik dayanıklılık ve koruyucu faktörler ayrıntılı bir şekilde araştırılmaya başlanmıştır (Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, 2000; Emmy E. Werner, 1992; Emmy E. Werner ve Simonian, 1968).

Psikolojik dayanıklılığa dair ilk çalışmalar, olumsuz yaşam koşulları nedeniyle psikopatoloji gelişimi açısından risk altında olan çocukları uzun seneler boyunca takip edip sosyal, ekonomik ve mesleki durumlarını değerlendirerek yapılmış olup bu süreçte daha az psikopatoloji geliştirmiş olan çocukların psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler olarak nitelendirilmişlerdir (Hoge, Austin ve Pollack, 2007).

2.4.3. İlişkili Faktörler

Psikolojik dayanıklılık düzeyinin hem biyolojik hem de psikososyal belirleyicileri olduğu düşünülmektedir (Cicchetti ve Rogosch, 2012).

2.4.3.1. Çevresel ve Psikolojik Etmenler

Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler arasında sosyoekonomik düzey en çok araştırılmış olanıdır (S. S. Luthar, 1991). Ebeveynin düşük statülü bir mesleğinin olması, ebeveynin eğitim düzeyinin düşük olması, ebeveynlerden birinin yokluğu, psikolojik dayanıklılık düzeyini azaltmaktadır (Sameroff, Seifer, Barocas, Zax ve Greenspan, 1987).

Entelektüel kapasitenin iyi olması ve kişinin kendi hayatı üzerinde kontrol hissine sahip olması, psikolojik dayanıklılığı arttıran koruyucu faktörler olarak tanımlanmaktadır (Masten ve arkadaşları, 1988; Emmy E. Werner ve Smith, 1979).

Kişinin kendi hayatı üzerinde kontrol hissinin artmasıyla sorun çözme ve uyum yeteneğini arttırdığı; bu durumun sonucunda da psikolojik dayanıklılık düzeyinin arttığı düşünülmektedir (S. Luthar ve Zigler, 1988; E. E. Werner, 1997).

Sıcaklık, spontanlık ve dışavurumun olması gibi sosyal becerilere sahip kişilerin daha yüksek psikolojik dayanıklılık düzeylerine sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Murphy ve Moriarty, 1976).

Zeka ve psikolojik dayanıklılık ilişkisine dair literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalar yüksek zekanın psikolojik dayanıklılık düzeylerini arttırdığını göstermekle birlikte, stres seviyesi arttıkça zekanın psikolojik dayanıklılık düzeyine olan olumlu katkısının gittikçe azaldığı gösterilmiştir (Norman Garnezy, Masten ve Tellegen, 1984). Bazı çalışmalar ise, daha yüksek zekaya sahip çocukların çevresine karşı daha yüksek hassasiyet gösterdiğini, bunun da kişinin psikolojik dayanıklılık düzeyini azalttığını saptamıştır. Olumlu yaşam olayları da psikolojik dayanıklılık düzeylerini etkileyen değişkenlerden birisidir; ancak çalışmalarda bu etkinin ne yönde olduğuna dair farklı sonuçlar elde edilmiştir. Olumlu yaşam olaylarının psikolojik dayanıklılığı artırıcı etkisini, yalnızca olumsuz yaşam olaylarını takiben yaşanması halinde gösterdiği düşünülmektedir (Reich ve Zautra, 1981; Rutter ve Quinton, 1984).

Olumsuz yaşam olayları ve travmatik yaşantıların psikolojik dayanıklılık düzeyi üzerine etkilerinin araştırıldığında farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Çocukluk çağı travmaları ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin belirleyicileri olarak, bakım veren ile kurulan tutarlı ve olumlu ilişkiler ve çocuğun yetkinliği olduğu düşünülmektedir (Pastorelli ve arkadaşları, 2016; Wyman, Cowen, Work ve Parker, 1991).

Benlik (ego) gelişim düzeyi ile psikolojik dayanıklılık düzeyi çalışmalarda direk ilişkili bulunmuştur (S. S. Luthar, 1991).

Destekleyen sosyal yapılar ve yakınlık hissi, psikolojik dayanıklılık düzeyini artıran faktörler arasında yer almaktadır (Bifulco, Brown ve Harris, 1987).

Aktif başa çıkma stratejileri ile psikolojik dayanıklılık arasında ilişki olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur; bu ilişki korele olarak değerlendirilmektedir. Aktif başa çıkma stratejileri kullanıldıkça psikolojik dayanıklılık düzeyinin arttığı, yine aynı şekilde psikolojik dayanıklılık düzeyi arttıkça daha fazla aktif başa çıkma stratejisinin kullanıldığı düşünülmektedir (M. H. Li ve Nishikawa, 2012).

2.4.3.2. Biyolojik Etmenler

Psikolojik dayanıklılık düzeyini etkileyen biyolojik parametrelerden bir tanesi nöropeptit Y salınımıdır. Nöropeptit Y lokusundaki genetik yapıdaki çeşitlilikler, psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (Donner ve arkadaşları, 2012; Zhang ve arkadaşları, 2012).

Hipotalamik-pitüiter-adrenal eksenini üzerinde etkili olan CRHR1 ve FKBP5 gen bölgelerindeki genetik çeşitlilikler, psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (Bradley ve arkadaşları, 2008).

Noradrenerjik ve dopaminerjik sistemi düzenleyen çeşitli gen bölgelerinde görülen genetik çeşitlilikler de, psikolojik dayanıklılık düzeyini etkilemektedir. Bunlardan en bilineni Katekol-Ometiltransferaz (COMT) gen polimorfizmidir (K., K.J., S.D., T. ve B., 2012). Sadece dopaminerjik sistem üzerinden psikolojik dayanıklılık düzeyini etkileyen gen polimorfizmleri de bulunmuştur; dopamin reseptör genlerinden DRD2 ve DRD4 polimorfizmi ve dopamin taşıyıcı genlerinden olan DAT1 polimorfizmi bunlar arasında yer alır (Blasi ve arkadaşları, 2009; Segman ve arkadaşları, 2002).

Serotonerjik sistem üzerine yapılan araştırmalarda ise, serotonin taşıyıcı geninin promotör bölgesindeki (5-HTTLPR) polimorfizmler, HTR1A, HTR3A ve HTR2C gibi serotonin reseptör genlerindeki polimorfizmler yine psikolojik

dayanıklılık düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (Gatt ve arkadaşları, 2010; Karg, Burmeister, Shedden ve Sen, 2011; H. K. Kim ve arkadaşları, 2011).

Yapılan bütün genetik çalışmalarda bulguların gen polimorfizmlerinin psikolojik dayanıklılık üzerine etkilerinin gen-çevre ve gen-gen etkileşimleri sonucu gerçekleştiğini düşündürmektedir (Wu ve arkadaşları, 2013).

2.4.4. Psikopatoloji Üzerine Etkileri

Psikolojik dayanıklılık seviyesi, stres verici olay ile karşılaşma sonrasında psikopatoloji gelişimini yordayan faktörlerden birisidir (Anyan ve Hjemdal, 2016). Yapılan bir çalışmada stres verici olaylarla karşılaşma sonrası depresyon belirtilerinin gelişmesine düşük psikolojik dayanıklılık düzeylerinin aracılık ettiğini saptamışlardır (Anyan ve Hjemdal, 2016).

Travmatik bir yaşantıdan sonra psikiyatrik belirti varlığı, düşük psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur (Pérez-González, Guilera, Pereda ve Jarne, 2017; Shi, Zhou ve Fan, 2016; Wolf ve arkadaşları, 2018). Yüksek psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ise, travmatik yaşantı sonrası aktif başa çıkma mekanizmalarının kullanımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Thompson, Fiorillo, Rothbaum, Ressler ve Michopoulos, 2018).

2014 yılında 921 şizofreni hastası ile yapılan çalışmada, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile işlevsellik arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Galderisi ve arkadaşları, 2014). Daha küçük örneklem grubu ile yapılan başka bir çalışmada, şizofreni hastalarında düşük psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile kötülük görme hezeyanlarının ilişkili olduğu gözlenmiştir (Georgiades, Farquharson ve Ellett, 2015).

Şizofreni hastaları ile 2016 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur; ayrıca şizofreni hastalarında daha yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyi daha az pozitif belirti, daha az genel psikopatolojik belirti ve daha iyi sosyal ve mesleki işlevsellik ile ilişkili (V. P. Bozикаs ve arkadaşları, 2016; V. Bozикаs ve Parlapani, 2016).

Kanada’da yapılan bir çalışmada psikoz için yüksek risk grubunda olanlarda, yüksek psikolojik dayanıklılık düzeyleri; daha düşük düzeyde anksiyete, depresyon ve negatif belirtiler ile ilişkili bulunmuştur (Marulanda ve Addington, 2016).

Bipolar bozukluk hastaları ile yapılan çalışmalarda ise psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontrollere göre daha düşük bulunmuş; hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri arttıkça daha az depresif belirti saptanırken yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellikte artış saptanmıştır (Echezarraga, Calvete, González-Pinto ve Las Hayas, 2018; D. Lee ve arkadaşları, 2017; Y., T., A., W.W. ve M., 2015). Major depresif bozukluk hastaları ile yapılan çalışmada, hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyleri sağlıklı kontrollere göre daha düşük bulunmuştur. Ayrıca, psikolojik dayanıklılık düzeyleri; hastalardaki kalıntı belirtiler, yürütücü işlev bozuklukları ve emosyon düzenleme sorunları ile ilişkili bulunmuştur (Hoorelbeke, Marchetti, De Schryver ve Koster, 2016). Major depresif bozukluk hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada, psikolojik dayanıklılık düzeyleri hastalık şiddeti ile ilişkili bulunmuş ve remisyona giren hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin remisyona girmeyen hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ozawa ve arkadaşları, 2017).

Farklı psikiyatrik hastalıkları olan 592 hastayla yapılan bir çalışmada, psikiyatrik tanıdan bağımsız olarak psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile iyileşme büyük oranda ilişkili bulunmuştur (Song, 2017). Yapılan bir başka çalışmada psikolojik dayanıklılık düzeyleri, obsesif kompulsif bozukluk semptomları ve psikiyatrik semptomlarla anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur ve psikolojik dayanıklılığın düzeyi depresyon, anksiyete, stres ve obsesif kompulsif semptomların öngörülmesinde katkıda bulunduğunu göstermiştir (Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen ve Stiles, 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma başlangıcında öncelikle Celal Bayar Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya katılacak hastalara çalışma süreci ve detaylar hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olduklarına dair onam formu alınmıştır.

3.1. Örneklem Seçimi ve Uygulama

Araştırmanın örneklem grubunu; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (SCİD-5/CV) uygulanması sonrasında çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 102 gönüllü hasta çalışmanın örneklemi oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar, çalışmaya dahil olma-dışlama ölçütlerini karşılamaktadır.

3.1.1. Çalışmaya Alınma Kriterleri

DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme sonucu obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış olmak, 18-65 yaş aralığında olmak, öz bildirim ölçekleri anlayıp uygun şekilde doldurabilecek ölçüde okur-yazar olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve çalışma ile ilgili bilgilendirildikten sonra yazılı onam vermiş olmaktır.

3.1.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri

Klinik görüşme ve kendini değerlendirme ölçeklerini sağlıklı bir şekilde tamamlamaya zihinsel veya fiziksel engel durumu bulunanlar (Nörogelişimsel, nörodejeneratif, demans, mental Retardasyon..vb), DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme sonucu obsesif kompulsif bozukluk tanısı dışında başka bir psikiyatrik bozukluğun tanı ölçütlerini karşılayanlar, alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olanlar, komorbid kronik tıbbi hastalığı bulunanlar, yapılandırılmış psikoterapi alanlar ve/veya mevcut tedavide antipsikotik alanlar ve/veya ilaç dışı biyolojik tedaviler uygulanmış olanlar, çalışmaya katılmayı reddedenler.

Psikiyatri kliniğinde değerlendirilmeye alınan 116 OKB hastasının 4 hastanın yönergeleri alamaması ve ölçekleri eksik doldurması, 5 hastanın mevcut tedavide uzun zamandır sadece antipsikotik kullanması, 3 hastanın kronik tıbbi hastalıklarının bulunması ve 2 hastanın da yapılandırılmış psikoterapi alması sebebiyle çalışmaya dahil edilmemiştir. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam formu geriye kalan 102 OKB hastasından alınmış ve bu hastalara uygulanan tüm ölçek ve testler aynı psikiyatrist tarafından yapılmıştır.

3.2. Uygulanan Formlar ve Ölçekler

- DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5 CV)
- Sosyodemografik Veri Formu
- Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Belirti Kontrol Listesi
- Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
- Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği
- Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

3.2.1. DSM-5 Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi-Klinik Versiyonu (Structured Clinical Interviewfor DSM-5, SCID-5 CV):

Hasta grubunda First ve arkadaşları tarafından psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırma amacıyla geliştirilen ve DSM-5'e göre yapılandırılmış olan görüşme formu (First ve arkadaşları, 1995). Ölçeğin Türkçe çevirisi ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Elbir ve arkadaşları, 2019).

3.2.2. Sosyodemografik Veri Formu

Yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, meslekleri, birlikte yaşadığı kişiler gibi kişisel özellikleri değerlendiren sorular ile özgeçmiş ve soygeçmişlerinde psikiyatrik hastalık tanısı, hastalık süresi, tanı aldığı yaş, ilk psikiyatrik başvuru öyküsü, tedavi süresi ve düzeni, remisyon öyküsü, ek bedensel hastalık ve alışkanlıkları varlığı gibi klinik özellikleri değerlendiren sorular içermektedir.

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

YBOKÖ, görüşmeci tarafından değerlendirilen ve obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini ve türünü ölçmek için geliştirilmiştir. Toplamda 19 maddenin yer aldığı ölçekte ilk 10 maddeden elde edilen puanlar değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Bu maddelerin ilk beşi obsesyon şiddetini ölçerken kalan beş madde ise kompulsiyon şiddetini ölçmektedir. YBOKÖ'nün 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. İçgörü, 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 de bulunmaktadır. Orijinal şekli Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (Goodman ve arkadaşları, 1989) olan ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (OK. Karamustafalıoğlu ve arkadaşları, 1993).

3.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

David P. Bernstein (Bernstein ve arkadaşları, 1994) tarafından geliştirilen bu ölçek Vedat Şar (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Beşli likert tipi öz bildirime dayalı bir ölçektir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içermektedir. Ayrıca aldatıcı nitelikte, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri hiçbir zaman, nadiren, zaman zaman, sıklıkla ve çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Ölçek, toplam puanın hesaplanmasının yanı sıra travma alt tiplerinin ayrı ayrı değerlendirilmesine de olanak tanır.

3.2.5. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği

Bu çalışmada, 1987 yılında Hazan ve Shaver'ın erişkin bağlanma ölçüm modeli merkezli, Collins ve Read (Collins ve Read, 1990) tarafından 1990 yılında geliştirilen, Likert tipi, öz bildirime dayalı olan erişkin bağlanma biçimi ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek, güvenli, kaygılı/ikircikli ve kaçınan bağlanma şeklinde üç tip bağlanma biçimini değerlendirir. 3, 4, 7, 12, 13, 16. maddelerin toplamı güvenli bağlanma puanını, 1, 2, 5, 14, 15, 17. maddelerin toplamı kaçınan bağlanma puanını, 6, 8, 9, 10, 11. maddelerin toplamının 1,2 ile çarpımı ise ikircikli/kaygılı bağlanma puanını vermektedir. Kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma tarzları güvensiz bağlanmalardır. Ölçek toplam 17 maddeden oluşmakla birlikte Türkçeye çevirisi ve geçerliliği Alp ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (Alp, 1998).

3.2.6. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ), Friborg ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge ve Martinussen, 2003). Beşli likert tipi yanıtlanan 33 maddeden oluşan ölçekte, “yapısal stil” (3, 9, 15, 21) ve “gelecek algısı” (2, 8, 14, 20) dörder maddeyle; “aile uyumu” (5, 11, 17, 23, 26, 32), “kendilik algısı” (1, 7, 13, 19, 28, 31) ve “sosyal yeterlilik” (4, 10, 16, 22, 25, 29) altışar maddeyle ve “sosyal kaynaklar” (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) boyutu ise yedi maddeyle ölçülmektedir. Ölçeğin belirlenmiş bir minimum ve maksimum puan aralığı ya da kesme puanı bulunmamaktadır. Şematik biçimde yapılan değerlendirmede psikolojik dayanıklılığın yüksek veya düşük ölçülmesinde puanlama şekli serbest bırakılmıştır. Bu çalışmada, puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması istendiğinden, 1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 24, 25, 27, 31, 33 numaralı sorular ters sorular olduğu için sağdan sola doğru 1 2 3 4 5 şeklinde; diğer sorular ise soldan sağa doğru 1 2 3 4 5 puan olacak şekilde değerlendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenirlik çalışması, 2011 yılında Basım ve Çetin tarafından yapılmış (Basım ve Çetin, 2011) alt boyutlarının cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının 0,66 ile 0,81 arasında ve test-tekrar test güvenirliklerinin ise 0,68 ile 0,81 arasında değiştiği bildirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Yöntemi

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay belgesi alınmıştır. Yapılacak araştırma hakkında hastalar bilgilendirilmiş ve yazılı onam alınan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Obsesif kompulsif bozukluk tanısı konması ve eşlik eden psikiyatrik tanılarının dışlanabilmesi için hastalara SCID-5 klinik versiyonu uygulanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların yaş, cinsiyet, maddi durum, eğitim düzeyi, meslek gibi kişilik özellikleri ile öz ve soygeçmişlerinde psikiyatrik hastalık tanısı varlığı, bedensel hastalık varlığı, hastalık süresi gibi klinik özellikleri öğrenmek için Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu doldurulmuş sonrasında ise OKB hastalarına sırasıyla Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) - Belirti Kontrol Listesi uygulanmıştır. Daha sonra hastalara Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği verilerek uygun şekilde doldurmaları istenmiştir.

3.4. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Sosyodemografik veri formunda yer alan bazı değişkenler ile araştırmada kullanılan bazı ölçek puanlarının hem sürekli (numerik) hem de kategorize edilerek istatistiksel uygulamaya alınmıştır. Yaşın etkisini değerlendirmek için katılımcıların hem yaş ortalaması alınmış (31.1) hem de 18-34 yaş ile 35 yaş ve üstü olmak üzere iki gruba bölünerek analize alınmıştır. Medeni durum açısından boşanmış/ayrı 4 hasta ve eşi ölmüş 1 hasta bekar grubuna dahil edilmiş olup, evli-bekar karşılaştırılması yapılmıştır. Eğitim için okur-yazar olmayan katılmadığından, ilköğretim mezunları; lise mezunları; yüksekokul/üniversite mezunları ile üçlü değerlendirmeye alınmıştır. Meslek (çalışma durumları) bakımından çalışmayan 35 hasta, öğrenci olan 28 hasta dışındaki memur olan 22 hasta, esnaf olan 2 hasta, serbest meslekte olan 3 hasta, emekli olan 3 hasta, ve çiftçi olan 1 hasta daha önce çalışmış-çalışıyor şeklinde gruplandırılmış olup çalışmayan-öğrenci-çalışan olarak 3 şeklinde gruplandırılmıştır. Yaşadığı ve büyüdüğü yer açısından ilçe, kent, yurtdışı birleştirilmiş; köy-diğer şeklinde analize alınmıştır. Benzer şekilde birlikte

yaşadığı kişiler olarak çekirdek aile ile yaşayan 40 hasta ve arkadaş/partneriyle yaşayan 4 hasta birleştirilmiş, aileden biri (ebeveyn) ile yaşayan 48 ve geniş aile ile yaşayan 3 hasta birleştirilmiş olup tek başına yaşayanlarla birlikte üçlü değerlendirmeye alınmıştır. İlk tanı yaşı hem sürekli hemde kategorik olarak OKB'nin erken yaşlarda başlangıç göstermesi nedeniyle 18 yaş altı, 18-34 yaş ve geç başlangıç göstermesi nedeniyle 35 yaş üstü olarak 3 grupta gruplandırılmıştır. Belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre bakımından hem sürekli hem de 1 yıl ve öncesi, 2-4 yıl, 5 ve üstü şeklinde 3 grupta incelenmiştir. Ölçeklerin uygulandığı sırada mevcut tedavi alan (antidepresan) ve almayan şeklinde 2 grup, yine benzer şekilde daha önce antidepresan tedavi dışında psikotrop tedavi alan ve almayan şeklinde değerlendirmeye alınmıştır. Düzenli tedavi süresi hem sürekli hem de kategorik olarak 3 aydır düzenli tedavi alanlar, 3 ay ile 2 yıl arası, 2 yıl ve üstü düzenli tedavi alanlar şeklinde analize alınmıştır.

Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, min maks ile; kategorik değişkenler ise sayı, yüzde dağılımları ile tanımlanmıştır.

Tanımlayıcı bulguları, istatistik çözümler izlemektedir: araştırmada tek ve çok değişkenli istatistik çözümler uygulanmıştır. Bu araştırmanın değişkenleri aşağıda listelenmiştir. Bağımlı değişkenlerin her biri için ayrı ayrı tek ve çok değişkenli istatistik çözümler yapılmıştır. İstatistik çözümlerlerde bütün bağımlı değişkenler sürekli (sayısal) değişken olarak kullanılmışlardır.

3.4.1. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

YBOKÖ boyutlarının bağımlı değişken olarak alındığı tekli çözümlerlerde ve çoklu modellerde, yukarıda araştırmanın hipotezlerinde de vurgulanmış olan, aşağıda belirtilen nedensellik ilişkisi kullanılmıştır:

Bağımsız Değişkenler :

1. Hastanın sosyodemografik özellikleri
2. Hastanın klinik özellikleri
 - Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) puanları
 - Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) puanları
 - Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) puanları

Bağımlı Değişkenler :

1. YBOKÖ
 - Obsesyon Puanı
 - Kompulsiyon Puanı
 - Toplam Puan
 - Belirti kontrol listesi (Obsesyon-Kompulsiyon Çeşitlerinin Gruplandırılması)

3.4.2. Tek değişkenli Çözümler

Tek değişkenli çözümlerlerde, her bir bağımsız değişken ile her bir bağımlı değişkenin ikili ilişkisi araştırılmıştır. İki kategorili (dikotom) bağımsız değişkenlerle bağımlı değişkenlerin karşılaştırıldığı parametrik durumlarda Student's t testi; parametrik olmayan durumlarda Mann Whitney U önemlilik testi kullanılmıştır.

Bağımsız değişkenin üç veya daha çok alt kategoriye ayrıldığı karşılaştırmalarda ise parametrik durumlarda Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), parametrik olmayan durumlarda ise Kruskal Wallis ANOVA önemlilik testi kullanılmıştır. Gruplar arasında farklılık bulunduğu durumlarda farkın hangi gruptan kaynaklandığını ortaya koymak amacıyla post hoc test olarak parametrik durumlarda Tukey B, parametrik olmayan durumlarda Mann Whitney U test uygulanmıştır. İkili Post hoc karşılaştırmalarda tip 1 hata enflasyonunu önlemek için anlamlılık düzeyi grup sayısına bölünerek elde edilmiştir.

Bağımsız değişkenin de sayısal değişken tipinde olduğu durumlarda ise karşılaştırmalarda, Pearson korelasyonu, parametrik olmayan durumlarda Spearman's Rho korelasyonu kullanılmıştır. Korelasyon katsayı

yorumlanmasında Dancey ve Reidy çalışması önerileri baz alınmıştır (Dancey ve Reidy, 2011). Kolerasyon katsayısı 0,4'ün altı zayıf, 0,4-0,6 orta, 0,6-0,9 güçlü, 0,9-1 mükemmel korelasyonu yansıtmaktadır Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro Wilk testi kullanılarak yapılmıştır.

3.4.3. Çok değişkenli Çözümler

Tek değişkenli çözümlerle istatistiksel açıdan anlamlı bulunan değişkenler çok değişkenli modellere alınmışlardır. Bağımsız değişkenlerin hem sayısal değişken olması nedeniyle Doğrusal Regresyon Modelleri hem de kategorik değişkenler olması nedeniyle Multinomial Regresyon Modeli kullanılmıştır.

Araştırma öncesinde kurduğumuz hipotezler doğrultusunda bağımlı değişken olan Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği boyutlarının her biri için ayrı model kurulmuştur. Basamaklı modellerde indirgenmiş son model gösterimleri sunulmuştur. Bu çalışmada Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinin 3 ayrı alt boyutu (Obsesyon, Kompulsiyon, ve OK Grupları) ve toplam YBOKÖ puanları araştırmanın 4 bağımlı değişkenidir. Sözü edilen her bir bağımlı değişken için 4 ayrı model oluşturulmuştur.

İstatistik çözümlerle anlamlılık düzeyi en az 0.05 olarak kabul edilmiştir. Çözümler, IBM SPSS 22 istatistik paketi kullanılarak yapılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma Eylül 2020 ile Şubat 2021 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yürütüldü. Araştırma kriterlerini karşılayan 102 Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hasta değerlendirmeye alındı.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya alınan hastaların yaş ortalaması 31.31 ± 11.93 yıl (min:18, maks:65) olarak bulundu. Hastaların 58'i (% 58) kadın, 44'ü (% 44) erkek idi. Hastaların 57'si (% 57) bekar, 41'i (% 41) yüksekokul/üniversite mezunu, 52'sinin (% 52) geliri giderinden az, 73'ünün (% 73) herhangi bir alışkanlığı yok idi. Hastaların 58'i (% 58) kent merkezinde yaşıyor, 45'i (% 45) kent merkezinde büyümüş, 48'i (% 48) aileden biri ile yaşıyor %28.4'ünün ailesinde ruhsal hastalığı mevcuttu. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir

Tablo 1: Örneklemenin Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Erkek	44	43.1
	Kadın	58	56.9
Yaş*	18-34	64	62.7
	35+	38	37.3
Medeni Durum	Bekar	57	55.9
	Evli	40	39.2
	Boşanmış/Ayrı	4	3.9
	Eşi Ölmüş	1	1.0
Eğitim	Okur-yazar değil	0	0.0
	Okur-yazar	0	0.0
	İlköğretim	20	19.6
	Lise	41	40.2
	Yüksekokul- Üniversite	41	40.2
Çalışma durumu	Çalışmıyor-ev hanımı	35	34.3

	İşçi	8	7.8
	Memur	22	21.6
	Esnaf	2	2.0
	Öğrenci	28	27.5
	Serbest	3	2.9
	Emekli	3	2.9
	Çiftçi	1	1.0
	Diğer	0	0.0
Maddi durum	Gelir giderden az	52	51.0
	Gelir gidere denk	34	33.3
	Gelir giderden fazla	16	15.7
Yaşadığı yer	Köy	9	8.8
	İlçe	32	31.4
	Kent	58	56.9
	Yurtdışı	3	2.9
Büyüdüğü yer	Köy	20	19.6
	İlçe	36	35.3
	Kent	45	44.1
	Yurtdışı	1	1.0
Ailede Ruhsal Hastalık	Var	29	71.6
	Yok	73	28.4
Birlikte yaşadığı kişiler	Tekbasına	7	6.9
	Aileden biri ile	48	47.1
	Çekirdek aile	40	39.2
	Geniş aile	3	2.9
	Arkadaş/partner	4	3.9
Alışkanlık	Yok	73	71.6
	Var(Sigara ve ara sıra alkol kullanımı)	29	28.4
*31.31 ± 11.93			

4.1.2. Hastalığa İlişkin Özellikler

Araştırmamızda psikiyatriye başvurma süresi ortalaması 4.41 ± 5.10 yıl, ilk tanı aldığı yaş ortalaması 24.16 ± 8.78 yıl, hastalık süresi ortalaması 11.48 ± 10.01 yıl, düzenli tedavi süresi ortalaması 2.10 ± 4.15 yıl, görüşme sırasında %82.4'ü mevcut antidepresan tedavi kullanıyor, yine görüşme sırasında %71.6'sı daha önce antidepresan dışında psikotrop tedavi almamıştı. Tablo 2a ve 2b'de özetlenmiştir.

Tablo 2a: Örneklemenin Tedavi Öyküsü ve Klinik Özelliklere Göre Dağılımı (kategorik)

		n	%
İlk tanı aldığı yaş	18-	34	33.3
	19-34	48	47.1
	35+	20	19.6
Belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre	1-	38	37.3
	2-4	27	26.5
	5+	37	36.3
Şuan mevcut tedavi alan	Evet (antidepresan)	84	82.4
	Hayır	18	17.6
Daha önce antidepresan dışında psikotrop tedavi alan	Evet	29	28.4
	Hayır	73	71.6
Düzenli tedavi süresi	3 ay -	38	37.3
	3ay-2yıl	42	41.2
	2 yıl +	22	21.6

Tablo 2b: Örneklemenin Tedavi Öyküsü ve Klinik Özelliklere Göre Dağılımı (sürekli)

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
İlk tanı aldığı yaş	11	47	24.16	8.78
Belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre (yıl)	0	28	4.41	5.10
Hastalık Süresi (yıl)	0	50	11.48	10.01
Düzenli tedavi süresi (yıl)	0	25	2.10	4.15

Hastaların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) puanlarına göre bakıldığında Duygusal İstismar puan ortalaması 8.52 ± 3.95 ; Fiziksel İstismar puan ortalaması 6.07 ± 2.83 ; Cinsel İstismar puan ortalaması 6.13 ± 3.38 ; Fiziksel

İhmal puan ortalaması 7.67 ± 3.63 ; Duygusal İhmal puan ortalaması 12.24 ± 4.99 ; Toplam puan ortalaması ise 40.66 ± 14.64 olarak bulundu (Tablo 3a).

ÇÇTÖ'ye kategorik olarak dağılımlarına bakıldığında ise hastaların %50.0'inde duygusal İstismar; %31.4'ünde fiziksel istismar; %20.6'sında cinsel istismar; %35.3'ünde fiziksel ihmal; %47.1'inde duygusal ihmal ve sonuç olarak toplam travma puanları ise %57.8 şeklindeydi (Tablo 3b).

Tablo 3a: Örneklemin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanlarına Göre Dağılımı (Sürekli)

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Duygusal İstismar puanı	5	23	8.52	3.95
Fiziksel İstismar puanı	5	24	6.07	2.83
Cinsel İstismar puanı	5	25	6.13	3.38
Fiziksel ihmal puanı	5	23	7.67	3.63
Duygusal ihmal puanı	5	25	12.24	4.99
Toplam puan	25	106	40.66	14.64

Tablo 3b: Örneklemin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) Puanlarına Göre Dağılımı (kategorik)

		n	%
Duygusal istismar puanı	Var ¹	51	50.0
	Yok	51	50.0
Fiziksel İstismar puanı	Var ²	32	31.4
	Yok	70	68.6
Cinsel İstismar puanı	Var ²	21	20.6
	Yok	81	79.4
Fiziksel ihmal puanı	Var ¹	36	35.3
	Yok	66	64.7
Duygusal ihmal puanı	Var ³	48	47.1
	Yok	54	52.9
Toplam puan	Var ⁴	59	57.8
	Yok	43	42.2

1=Kesme puanı 7; 2=Kesme puanı 5; 3=Kesme puanı 12; 4=Kesme puanı 35

Hastaların Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) puanlarına göre bakıldığında Güvenli bağlanma puan ortalaması 13.72 ± 3.57 ; Kaçınan bağlanma puan ortalaması 14.00 ± 4.04 ; İkircikli bağlanma puan ortalaması ise 11.20 ± 4.41 olarak bulundu (Tablo 4a).

EBBÖ'ye kategorik olarak dağılımlarına bakıldığında ise hastaların %43.1'i Güvenli; %40.2'si Kaçınan; %16.7'si ise İkircikli bağlanma gösteriyordu (Tablo 4b).

Tablo 4a: Örneklemin Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) Puanlarına Göre Dağılımı (Sürekli)

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Güvenli bağlanma	6	24	13.72	3.57
Kaçınan bağlanma	7	24	14.00	4.04
İkircikli bağlanma	6	22.80	11.20	4.41

Tablo 4b: Örneklemin Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) Puanlarına Göre Dağılımı (Kategorik)

	n	%
Güvenli bağlanma	44	43.1
Güvensiz bağlanma	58	56.9
Güvenli bağlanma	44	43.1
Kaçınan bağlanma	41	40.2
İkircikli bağlanma	17	16.7

Hastaların Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) puanlarına göre bakıldığında Yapısal stil puan ortalaması 13.27 ± 3.75 ; Gelecek algısı puan ortalaması 12.30 ± 4.96 ; Aile uyumu puanı ortalaması 21.68 ± 5.74 ; Kendilik algısı puanı ortalaması 18.38 ± 6.28 ; Sosyal yeterlilik puanı ortalaması 19.57 ± 5.02 ; Sosyal kaynaklar puanı ortalaması 26.30 ± 5.95 ; PDÖ Toplam puan ortalaması ise 111.52 ± 2.34 olarak bulundu (Tablo 5).

Tablo 5: Örneklemen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) Puanlarına Göre Dağılımı (Sürekli)

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Yapısal stil puanı	6	20	13.27	3.75
Gelecek algısı puanı	4	20	12.30	4.96
Aile uyumu puanı	8	30	21.68	5.74
Kendilik algısı puanı	6	30	18.38	6.28
Sosyal yeterlilik puanı	6	29	19.57	5.02
Sosyal kaynaklar puanı	8	35	26.30	5.95
Toplam puanı	49	161	111.52	2.34

4.1.3. Hastaların Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeğine (YBOKÖ) İlişkin Özellikler

Hastaların YBOKÖ toplam puan ortalaması 20.86 ± 8.66 olarak bulunurken; YBOKÖ obsesyon alt boyut puan ortalaması 10.72 ± 4.11 ; kompülsiyon alt boyut puan ortalaması 10.13 ± 5.00 ; YBOKÖ sayısı alt boyut sayı ortalaması 3.52 ± 1.84 olarak bulundu (Tablo 6).

Tablo 6: Örneklemen Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği Puanlarının Betimleyici İstatistikleri (Sürekli)

	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
YBOKÖ obsesyon puanı	1	20	10.72	4.11
YBOKÖ kompülsiyon puanı	0	20	10.13	5.00
YBOKÖ toplam puan	2	40	20.86	8.66
Obsesyon/kompülsiyon çeşidi sayısı	1	9	3.52	1.84

Hastaların obsesyon kompülsiyon belirti boyutlarında en sık gözlenen patolojik kuşku ve kontrol kompülsiyonları (% 72.5) iken; ikinci sıklıkta gözlenen temizlik kompülsiyonları ve kirlenme obsesyonlarıydı (% 62.7); sayma, sıralama, tekrarlama kompülsiyonları ile düzen, simetri obsesyonları (% 49);

Otojen grupta ise en sık gözlenen saldırganlık obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar (%41.2); ikinci sıklıkta gözlenen dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar (%31.4); bunun dışında bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar (%25.5); en düşük gözlenenler ise cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar (% 21.6); istifleme ve ilişkili kompulsiyonlar (% 9.8) şeklindeydi. (Tablo 7a-b).

Tablo 7a: Örneklemde Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Betimleyici İstatistikleri

	n	%
Saldırganlık obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	42	41.2
Cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	22	21.6
Dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	32	31.4
Patolojik kuşku obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları	74	72.5
Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları	64	62.7
Simetri-düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları	50	49.0
Bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	26	25.5
İstifleme obsesyonları ve kompulsiyonları	10	9.8
Diğer	40	39.2

Tablo 7b: Obsesyon-Kompulsiyon Çeşitlerinin Gruplandırılması

	Otojen grup (n=20)	Reaktif grup (n=42)	Karma grup (n=40)
Saldırganlık obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	15	0	27
Cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	6	0	16
Dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	12	0	20
Patolojik kuşku obsesyonları ve kontrol kompulsiyonları	0	36	38
Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları	0	32	32
Simetri-düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları	0	25	25
Bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar	0	9	17
İstifleme obsesyonları ve kompulsiyonları	0	7	3
Diğer	0	17	23

Bu obsesyon kompulsiyon çeşitlerini grupladığımızda ise en sık Reaktif grup (% 41.2) iken en az gözüken ise otojen grup (%19.6) olarak görülmekteydi

Tablo 7c: Örneklemin Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Obsesyon/Kompulsiyon Grupları

		n	%
Obsesyon/kompulsiyon grupları	Otojen grup	20	19.6
	Reaktif grup	42	41.2
	Karma grup	40	39.2

4.2. Tek Değişkenli Çözümlemeler

4.2.1. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Boyut Skorları ile Bazı Kategorik Bağımsız Değişkenlerin İlişkisinin Değerlendirilmesi

Bazı sosyodemografik özellikler olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, alışkanlık, ilk tanı aldığı yaş, mevcut tedaviyi sürdüren, daha önce antidepresan dışında psikotrop tedavi alan, ailede ruhsal hastalık öyküsü, düzenli tedavi süresi ve kategorik olarak değerlendirmeye alınan ÇÇTÖ alt boyutları (duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) ve toplam puan ile YBOKÖ boyut skorları (Obsesyon boyutu, Kompulsiyon boyutu ve Toplam boyut) T testi, Mann Whitney testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği boyut skorları ile kategorik bağımsız değişkenlerin ilişkisi-1

			YBOKÖ Obsesyon Puanı		YBOKÖ Kompulsiyon Puanı		YBOKÖ Toplam Puan	
n			Ort±ss	P	Ort±ss	P	Ort±ss	P
Yaş*	18-34	64	10.68±4.07	0.90*	10.07±5.31	0.87*	20.76±9.07	0.88*
	35+	38	10.78±4.22		10.23±4.48		21.02±8.02	
Cinsiyet*	Erkek	44	10.81±4.46	0.84*	10.09±5.47	0.93*	20.90±9.38	0.96*
	Kadın	58	10.65±3.85		10.17±4.65		20.82±8.15	
Medeni Durum*	Evli	40	10.40±3.88	0.52*	9.87±4.70	0.67*	20.27±8.16	0.58*
	Diğer	62	10.93±4.26		10.30±5.21		21.24±9.00	
Yaşadığı yer**	Köy	9	11.66±4.24	0.49**	11.33±5.38	0.30**	23.00±9.34	0.36**
	Diğer	93	10.63±4.10		10.02±4.97		20.65±8.61	
Alışkanlık **	Yok	73	10.60±4.40	0.53**	10.00±5.29	0.78**	20.60±9.28	0.66**
	Var	29	11.03±3.30		10.48±4.23		21.51±6.96	
İlk tanı aldığı yaş***	18-	34	11.35±4.51	0.52***	10.82±5.82	0.44***	22.17±10.01	0.45***
	19-34	48	10.27±4.09		9.50±4.79		19.77±8.25	
	35+	20	10.75±3.41		10.50±3.90		21.25±7.04	
Şuan mevcut tedavi alan**	Evet	84	10.53±4.04	0.22**	10.01±4.95	0.45**	20.54±8.55	0.34**
	Hayır	14	11.61±4.39		10.72±5.31		23.33±9.22	
Daha önce antidepresan dışında psikotrop tedavi alan**	Evet	29	11.00±4.06	0.73**	9.34±5.55	0.38**	20.34±9.11	0.65**
	Hayır	73	10.61±4.15		10.45±4.76		21.06±8.53	
Düzenli tedavi Süresi***	3 ay -	38	11.68±4.24	0.10***	11.28±5.01	0.15***	22.97±8.92	0.12***
	3ay-2yıl	42	10.52±3.76		9.73±4.87		20.26±8.36	
	2 yıl +	22	9.45±4.27		8.90±5.03		18.36±8.26	
Ailede Ruhsal Hastalık **	Yok	73	10.60±4.40	0.53**	10.00±5.29	0.78**	20.60±9.28	0.66**
	Var	29	11.03±3.30		10.48±4.23		21.51±6.96	

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

(ÇÇTÖ)								
Duygusal istismar*	Var	51	10.88±4.07	0.70*	10.17±4.93	0.93*	21.05±8.32	0.82*
	yok	51	10.56±4.17		10.09±5.11		20.66±9.05	
Fiziksel istismar*	Var	32	11.18±3.89	0.44*	10.18±4.76	0.94*	21.37±7.78	0.68*
	yok	70	10.51±4.21		10.11±5.14		20.62±9.07	
Cinsel istismar**	Var	21	10.80±4.80	0.86**	9.14±5.47	0.26**	19.95±9.17	0.53**
	yok	81	10.70±3.94		10.39±4.87		21.09±8.56	
Fiziksel ihmal*	Var	36	11.25±3.18	0.29*	11.27±3.36	0.051*	22.52±6.16	0.10*
	yok	66	10.43±4.53		9.51±5.62		19.95±9.68	
Duygusal ihmal*	Var	48	11.31±3.77	0.17*	10.60±4.99	0.37*	21.91±8.04	0.24*
	yok	54	10.20±4.35		9.72±5.01		19.92±9.14	
Toplam*	Var	59	11.30±3.79	0.09*	10.88±4.65	0.07*	22.18±7.80	0.07*
	yok	43	9.93±4.43		9.11±5.33		19.04±9.50	

* Student's t testi; ** Mann-Whitney U testi; *** Kruskal Wallis testi

Eğitim için ilköğretim mezunları; lise mezunları; yüksekokul/üniversite mezunları şeklinde 3 grup olarak sınıflandırıldı. Eğitim düzeyi farklı olan 3 hasta grubu arasında obsesyon puanları ($X^2=18.183$, $p=0.000$); kompulsiyon puanları ($X^2=14.330$, $p=0.001$); ve toplam YBOKÖ puanları ($X^2=18.005$, $p=0.000$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. İlköğretim mezunu olanların obsesyon, kompulsiyon alt boyut puanları ile toplam YBOKÖ puanları daha yüksektir. İkincil çözümlemelerde (post hoc) ilköğretim, lise ve yüksekokul/üniversite mezunlarının arasında fark bulunmaktadır (Tablo 9).

Meslek (çalışma durumları) bakımından çalışmayan 35 hasta, öğrenci olan 28 hasta dışındaki memur olan 22 hasta, esnaf olan 2 hasta, serbest meslekte olan 3 hasta, emekli olan 3 hasta, ve çiftçi olan 1 hasta daha önce çalışmış-çalışıyor şeklinde gruplandırılmış olup çalışmayan-öğrenci-çalışan olarak 3 şeklinde gruplandırılmıştır. Çalışma durumları bakımından çalışmayan, öğrenci ve diğer olarak 3 grupta sınıflandırılan hastalar arasında obsesyon puanları ($X^2=19.238$, $p=0.000$); kompulsiyon puanları ($X^2=13.645$, $p=0.001$); ve toplam YBOKÖ puanları ($X^2=17.820$, $p=0.000$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Çalışmayan ve öğrenci dışında diğer grupta olanların obsesyon, kompulsiyon alt boyut puanları ile toplam YBOKÖ puanları daha düşüktür. İkincil çözümlemelerde (post hoc) çalışmayanlar ile diğer grup arasında ve öğrenciler ile diğer grup arasında fark bulunmasına rağmen çalışmayanlar ile öğrenciler arasında fark bulunmamaktadır. (Tablo 9).

Maddi durum bakımında geliri az , geliri giderine denk ve geliri fazla olan 3 grup arasında obsesyon puanları ($X^2=15.017$, $p=0.001$); kompulsiyon puanları

($X^2=10.582$, $p=0.005$); ve toplam YBOKÖ puanları ($X^2=13.263$, $p=0.001$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Geliri az olan grupta obsesyon, kompulsiyon alt boyut puanları ile toplam YBOKÖ puanları daha yüksektir. İkincil çözümlerlerde (post hoc) sadece geliri az olan grup ile diğer gruplar arasında fark bulunmamaktadır (Tablo 9).

Büyüdüğü yer açısından ilçe, kent, yurtdışı birleştirilmiş; köy-diğer şeklinde analize alınmıştır. Köyde büyüyen grupta obsesyon puanları ($U=565.0$, $p=0.031$); kompulsiyon puanları ($U=558.5$, $p=0.027$); ve toplam YBOKÖ puanları ($U=547.5$, $p=0.022$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Köyde büyüyen grupta obsesyon, kompulsiyon alt boyut puanları ile toplam YBOKÖ puanları daha yüksektir (Tablo 9).

Birlikte yaşadığı kişiler olarak çekirdek aile ile yaşayan 40 hasta ve arkadaş/partneriyle yaşayan 4 hasta birleştirilmiş, aileden biri (ebeveyn) ile yaşayan 48 ve geniş aile ile yaşayan 3 hasta birleştirilmiş olup tek başına yaşayanlarla birlikte üçlü değerlendirmeye alınmıştır. Birlikte yaşadığı kişiler olarak 3 hasta grubu arasında obsesyon puanları ($X^2=6.46$, $p=0.040$); kompulsiyon puanları ($X^2=7.02$, $p=0.030$); ve toplam YBOKÖ puanları ($X^2=7.00$, $p=0.030$) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Yalnız yaşayanların obsesyon, kompulsiyon alt boyut puanları ile toplam YBOKÖ puanları daha düşüktür. İkincil çözümlerlerde (post hoc) sadece yalnız yaşayanlar ile, aile üyeleri/geniş aileyle yaşayanlar arasında fark bulunmaktadır (Tablo 9).

Belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre bakımından 1 yıl ve öncesi, 2-4 yıl, 5 ve üstü şeklinde 3 grupta incelenmiştir. Bu gruplandırmaya göre sadece obsesyon alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasına ($X^2=7.16$, $p=0.028$) rağmen kompulsiyon alt boyutu ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. 1 yıl ve öncesi olan grubun obsesyon alt boyut puanları diğer gruplara göre daha düşüktür. İkincil çözümlerlerde (post hoc) obsesyon alt boyutunda sadece belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre bakımından 1 yıl ve öncesi olan grup ile diğer gruplar arasında fark bulunmaktadır (Tablo 9).

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği'nde (EBBÖ) güvenli bağlanma, kaçınan bağlanma ve ikircikli bağlanma şeklinde üç grupta incelenmiştir. Bu gruplandırmaya göre sadece obsesyon alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasına ($X^2=6.76$, $p=0.034$) rağmen kompulsiyon alt boyutu ve toplam puanda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. İkircikli bağlanma gösteren grupta obsesyon alt boyut puanları diğer gruplara göre daha yüksektir. ikincil çözümlemelerde (post hoc) sadece ikircikli bağlanma gösteren grup ile diğer gruplar arasında fark bulunmaktadır (Tablo 9).

Tablo 9: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği boyut skorları ile kategorik bağımsız değişkenlerin ilişkisi-2

			YBOKÖ Obsesyon Puanı		YBOKÖ Kompulsiyon Puanı		YBOKÖ Toplam Puan	
n			Ort±ss	P (PostHoc)*	Ort±ss	P (PostHoc)*	Ort±ss	P (PostHoc)*
Eğitim düzeyi**	İlk-ortaokul(1)	20	13.50±2.58	0.000	13.00±3.29	0.001	26.35±5.10	0.000
	Lise(2)	41	11.36±3.77	X2=18.183	10.70±4.92	X2=14.330	22.07±8.17	X2=18.005
	Yüksekokul- Üniversite(3)	41	8.80±4.19	(1>2>3)*	8.17±5.03	(1=2)>3*	16.97±8.83	1>2>3*
Çalışma durumu**	Çalışmıyor(1)	35	12.74±3.50	0.000	11.85±4.37	0.001	24.60±7.09	0.000
	Öğrenci(2)	28	11.21±3.79	X2=19.238	11.21±4.48	X2=13.645	22.42±8.15	X2=17.820
	Diğer(3)	39	8.56±3.86	(1=2)>3*	7.82±5.09	(1=2)>3*	16.38±8.47	(1=2)>3*
Maddi durum**	Gelir az(1)	52	12.25±3.56	0.001	11.63±4.72	0.005	23.88±7.59	0.001
	Denk(2)	34	9.32±4.66	X2=15.017	8.88±5.13	X2=10.582	18.20±9.64	X2=13.263
	Gelir fazla(3)	16	8.75±2.46	1>(2=3)*	7.93±4.23	1>(2=3)*	16.68±6.15	1>(2=3)*
Büyüdüğü yer*	Köy	20	12.45±3.99	0.031	12.15±4.42	0.027	24.60±8.04	0.022
	Diğer	82	10.30±4.05	U=565.0	9.64±5.03	U=558.5	19.95±8.60	U=547.5
Birlikte yaşadığı kişiler**	Yalnız(1)	7	8.14±3.48	0.040	6.00±4.65	0.030	14.14±7.64	0.030
	Çekirdek aile/ partner(2)	44	9.93±4.19	X2=6.46	9.52±4.83	X2=7.02	19.45±8.65	X2=7.00
	Aile üyeleri/ geniş aile(3)	51	11.76±3.86	3>1*	11.23±4.88	3>1*	23.00±8.20	3>1*
Belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre(yıl)**	1-(1)	38	9.36±4.04	0.028	9.05±5.17	0.184	18.42±9.01	0.082
	2-4(2)	27	11.62±3.89	X2=7.16	10.66±5.54	X2=3.38	22.29±8.89	X2=4.99
	5+(3)	37	11.45±4.05	(2=3)>1*	10.86±4.30		22.32±7.72	
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)**								
Güvenli Bağlanma(1)		44	10.22±4.30	0.034	10.15±4.85	0.282	20.38±8.88	0.114
Kaçınan Bağlanma(2)		41	10.34±3.85	X2=6.76	9.41±5.18	X2=2.52	19.75±8.59	X2=4.34
İkircikli Bağlanma(3)		17	12.94±3.66	3>(1=2)*	11.82±4.78		24.76±7.52	

*Mann-Whitney U testi; **Kruskal Wallis testi; ***Student's t testi

4.2.2. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Boyut Skorları ile Bazı Sürekli Bağımsız Değişkenlerin İlişkisinin Değerlendirilmesi

Hastaların YBOKÖ alt boyut puanları ve toplam ölçek puanları ile sürekli değişken olarak alınan bazı sosyodemografik verilerin (Yaş, İlk Tanı Aldığı Yaş, Belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre ve Düzenli Tedavi Süresi), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) alt boyut ve toplam ölçek skorları arasındaki korelasyon tablo 10'da gösterilmiştir.

YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon alt boyut puanları ve toplam ölçek puanları ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Gelecek Algısı, Kendilik Algısı, Sosyal Yeterlilik alt boyutları ve toplam puan arasında negatif yönde orta düzey korelasyon göstermektedir (Tablo 10).

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Yapısal Stil ise YBOKÖ obsesyon alt boyut puanı ile negatif yönde orta düzey korelasyon gösterirken; toplam ölçek puanı ile negatif yönde düşük düzey korelasyon gösterirken; YBOKÖ kompulsiyon alt boyut puanı ile arasında ilişkili bulunmamıştır (Tablo 10).

YBOKÖ obsesyon alt boyut puanı ile Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) İkircikli Bağlanma alt boyutu arasında pozitif yönde düşük düzey korelasyon göstermektedir (Tablo 10).

YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon alt boyut puanları ve toplam ölçek puanları ile yaş, ilk tanı aldığı yaş, belirtilerin başlaması ile okb tanısı arasında geçen süre ve düzenli tedavi süresi, ÇÇTÖ alt boyutları (duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal), toplam puan, güvenli bağlanma, kaçınan bağlanma puanları ile ilişkili bulunmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10: Yale Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği boyut skorları ile sürekli bağımsız değişkenlerin ilişkisi

	YBOKÖ Obsesyon Puanı	YBOKÖ Kompülsiyon Puanı	YBOKÖ Toplam Puan
	r	r	r
Yaş	0.027	0.029	0.029
İlk Tanı Aldığı Yaş	-0.073	-0.035	-0.055
Belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre	0.078	0.130	0.112
Düzenli Tedavi Süresi	-0.135	-0.127	-0.137
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)			
Duygusal İstismar	0.070	-0.043	0.008
Fiziksel İstismar	0.119	0.031	0.075
Cinsel İstismar	0.191	0.103	0.150
Fiziksel İhmal	0.131	0.171	0.161
Duygusal İhmal	0.144	0.076	0.112
Toplam	0.168	0.086	0.129
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)			
Güvenli Bağlanma	0.035	0.034	0.036
Kaçıngan Bağlanma	0.112	0.103	0.112
İkircikli Bağlanma	0.234*	0.138	0.191
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)			
Yapısal Stil	-0.307**	-0.194	-0.257**
Gelecek Algısı	-0.515**	-0.378**	-0.463**
Aile Uyumu	-0.018	0.099	0.049
Kendilik Algısı	-0.451**	-0.326**	-0.402**
Sosyal Yeterlilik	-0.282**	-0.302**	-0.308**
Sosyal Kaynaklar	-0.181	-0.066	-0.124
PD Toplam	-0.392**	-0.256**	-0.334**

Pearson korelasyon, *p≤0.05 **p≤0.01

4.2.3. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Obsesyon-Kompulsiyon Grupları İle Bazı Kategorik Bağımsız Değişkenlerin İlişkisinin Değerlendirilmesi

Bazı sosyodemografik özellikler olarak cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, büyüdüğü yer, eğitim düzeyi, alışkanlık; bazı hastalığa ilişkin özellikler belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre, mevcut tedaviyi sürdüren, daha önce antidepresan dışında psikotrop tedavi alan, düzenli tedavi süresi ve kategorik olarak değerlendirmeye alınan ÇÇTÖ alt boyutları (duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) ve toplam puan ile YBOKÖ obsesyon-kompulsiyon gruplarının Ki kare testi kullanılarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11: YBOKÖ, obsesyon-kompulsiyon grupları ile kategorik bağımsız değişkenlerin ilişkisi-1

		YBOKÖ Otojen (n=20)	YBOKÖ Reaktif (n=42)	YBOKÖ Karma (n=40)		
		n (%)	n (%)	n (%)	X ²	p*
Cinsiyet*	Erkek	12(%27.3)	16(%36.4)	16(%36.4)	2.914	0.23
	Kadın	8(%13.8)	26(%44.8)	24(%41.4)		
Medeni Durum*	Evlü	4(%10.0)	20(%50.0)	16(%40.0)	4.353	0.11
	Diğer	16(%25.8)	22(%35.5)	24(%38.7)		
Yaşadığı yer*	Köy	2(%22.2)	4(%44.4)	3(%33.3)	0.147	0.92
	Diğer	18(%19.4)	38(%40.9)	37(%39.8)		
Büyüdüğü yer*	Köy	3(%15.0)	6(%30.0)	11(%55.0)	2.605	0.27
	Diğer	17(%20.7)	36(%43.9)	29(%35.4)		
Eğitim*	İlk-ortaokul	4(%20.0)	8(%40.0)	8(%40.0)	1.483	0.83
	Lise	10(%24.4)	15(%36.6)	16(%39.0)		
	Yüksekokul-Üniversite	6(%14.6)	19(%46.3)	16(%39.0)		
Alışkanlık *	Yok	15(%20.5)	30(%41.1)	28(%38.4)	0.165	0.92
	Var	5(%17.2)	12(%41.4)	12(%41.4)		
Belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre(yıl)*	1-	9(%23.7)	15(%39.5)	14(%36.8)	1.160	0.88
	2-4	5(%18.5)	10(%37.0)	12(%44.4)		
	5+	6(%16.2)	17(%45.9)	14(%37.8)		
Şuan mevcut tedavi alan*	Evet	16(%19.0)	31(%36.9)	37(%44)	5.020	0.81
	Hayır	4(%22.2)	11(%61.1)	3(%16.7)		
Daha önce antidepresan dışında psikotrop tedavi alan*	Evet	3(%10.3)	16(%55.2)	10(%34.3)	3.932	0.14
	Hayır	17(%23.3)	26(%35.6)	30(%41.1)		
Ailede Ruhsal	Yok	15(%20.5)	30(%41.1)	28(%38.4)	0.165	0.92
Hastalık *	Var	5(%17.2)	12(%41.4)	12(%41.4)		

Düzenli tedavi Süresi*	3 ay -	10(%26.3)	16(%42.1)	12(%31.6)	3.248	0.51
	3ay-2yıl	8(%19.0)	16(%38.1)	18(%42.9)		
	2 yıl +	2(%9.1)	10(%45.5)	10(%45.5)		
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)						
Duygusal istismar*	Var	13(%25.5)	20(%39.2)	18(%35.3)	2.295	0.31
	yok	7(%13.7)	22(%41.3)	22(%41.3)		
Fiziksel istismar*	Var	8(%25.0)	13(%40.6)	11(%34.4)	0.973	0.61
	yok	12(%17.1)	29(%41.4)	29(%41.4)		
Cinsel istismar*	Var	5(%23.8)	7(%33.3)	9(%42.9)	0.723	0.69
	yok	15(%18.5)	35(%43.2)	31(%38.3)		
Fiziksel ihmal*	Var	5(%13.9)	12(%33.3)	19(%52.8)	4.369	0.11
	yok	15(%22.7)	30(%45.5)	21(%31.8)		
Duygusal ihmal*	Var	13(%27.1)	15(%31.3)	20(%41.7)	4.893	0.87
	yok	7(%13.0)	27(%50.0)	20(%37.0)		
Toplam*	Var	14(%23.7)	22(%37.3)	23(%39.0)	1.728	0.42
	yok	6(%14.0)	20(%46.5)	17(%39.5)		

*Ki-Kare

YBOKÖ ölçeği obsesyon-kompulsiyon grupları (otojen grup, reaktif grup ve karma grup) ile çalışma durumları ($X^2=9.818$, $p=0.04$), birlikte yaşadığı kişiler ($X^2=9.547$, $p=0.04$), maddi durum ($X^2=9.525$, $p=0.04$), kategorik yaş grupları ($X^2=6.046$, $p=0.04$) ve ilk tanı aldığı yaş ($X^2=15.202$, $p=0.00$) bakımından karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmaktadır. Yine EBBÖ bağlanma biçimleri bakımından karşılaştırıldığında da farklı anlamlı olduğu bulunmuştur ($X^2=10.639$, $p=0.03$) (Tablo 12).

Tablo 12: YBOKÖ, obsesyon-kompulsiyon grupları ile kategorik bağımsız değişkenlerin ilişkisi-2

		YBOKÖ Otojen (n=20) n (%)	YBOKÖ Reaktif (n=42) n (%)	YBOKÖ Karma (n=40) n (%)	X ²	P*
Çalışma durumu*	Çalışmıyor	5(%14.3)	16(%45.7)	14(%40.0)	9.818	0.04
	Öğrenci	11(%39.3)	8(%28.6)	9(%32.1)		
	Diğer	4(%10.3)	18(%46.2)	17(%43.6)		
Birlikte yaşadığı kişiler*	Yalnız	0(%0.0)	3(%42.9)	4(%57.1)	9.547	0.04
	Çekirdek aile/ partner	4(%9.1)	21(%47.7)	19(%43.2)		
	Aile üyeleri/ geniş aile	16(%31.4)	18(%35.3)	17(%33.3)		
Maddi durum*	Gelir az	16(%30.8)	19(%36.5)	17(%32.7)	9.525	0.04
	Denk	3(%8.8)	17(%50.0)	14(%41.2)		
	Gelir fazla	1(%6.3)	6(%37.5)	9(%56.3)		
Yaş*	18-34	17(%26.6)	26(%40.6)	21(%32.8)	6.046	0.04
	35+	3(%7.9)	16(%42.1)	19(%50.0)		

İlk tanı aldığı yaş*	18-	14(%41.2)	11(%32.4)	9(%26.5)	15.202	0.00
	18-34	4(%8.3)	22(%45.8)	22(%45.8)		
	35+	2(%10.0)	9(%45.0)	9(%45.0)		
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) *						
Güvenli Bağlanma		6(%13.6)	18(%40.9)	20(%45.5)	10.639	0.03
Kaçıngan Bağlanma		6(%14.6)	20(%48.8)	15(%36.6)		
İkircikli Bağlanma		8(%47.1)	4(%23.5)	5(%29.4)		

*Ki-Kare

4.2.4. Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği Obsesyon-Kompulsiyon Grupları İle Bazı Sürekli Bağımsız Değişkenlerin İlişkisinin Değerlendirilmesi

Bazı hastalığa ilişkin özellikler(belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre, düzenli tedavi süresi); sürekli değişken olarak değerlendirmeye alınan ÇÇTÖ alt boyutları (duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal) ve toplam puan; sürekli değişken olarak değerlendirmeye alınan EBBÖ alt boyutları (güvenli,kaçıngan ve ikircikli bağlanma) ile YBOKÖ obsesyon-kompulsiyon gruplarının Ki kare testi kullanılarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13: YBOKÖ, obsesyon-kompulsiyon grupları ile sürekli bağımsız değişkenlerin ilişkisi-1

	YBOKÖ Otojen (n=20) Ort±ss	YBOKÖ Reaktif (n=42) Ort±ss	YBOKÖ Karma (n=40) Ort±ss	p**
Belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre**	4.09±6.60	4.30±4.33	4.70±5.12	0.53
Düzenli Tedavi Süresi**	1.81±4.62	2.06±3.86	2.29±4.30	0.27
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)				
Duygusal istismar**	8.85±3.16	8.26±3.78	8.65±4.53	0.59
Fiziksel istismar**	6.20±1.85	5.73±2.48	6.37±5.31	0.53
Cinsel istismar**	5.65±1.26	6.38±4.17	6.12±3.22	0.83
Fiziksel ihmal**	6.70±1.75	7.33±3.48	8.52±4.32	0.19
Duygusal ihmal**	12.80±3.99	11.40±4.88	12.85±5.51	0.22
Toplam**	40.20±9.26	39.11±15.56	42.52±15.90	0.34
Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ)				
Güvenli Bağlanma**	14.15±3.42	13.02±3.48	14.25±3.70	0.33
Kaçıngan Bağlanma**	13.75±3.71	14.02±4.21	14.12±4.12	0.98
İkircikli Bağlanma**	12.66±4.94	10.45±3.66	12.25±4.75	0.29

**Kruskal Wallis testi

Obsesyon ve kompulsyonların otojen, reaktif ve karma olarak 3 subgrup şeklinde yaş ($p=0.01$) ve ilk tanı aldığı yaş ($p=0.01$) ile ortalamaları karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Otojen grupta yaş ortalaması ve ilk tanı aldığı yaş reaktif ve karma gruba göre daha düşüktür. ikincil çözümlemelerde (post hoc) sadece otojen grup ile diğer gruplar arasında fark bulunmaktadır (Tablo 14).

Obsesyon ve kompulsyonların otojen, reaktif ve karma olarak 3 grup şeklinde PDÖ alt boyutları ve toplam puan ile karşılaştırıldığında sadece yapısal stil'in puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Otojen grupta yapısal stil puanları reaktif ve karma gruba göre daha düşüktür. ikincil çözümlemelerde (post hoc) sadece otojen grup ile diğer gruplar arasında fark bulunmaktadır (Tablo 14).

Tablo 14: YBOKÖ, obsesyon-kompulsyon grupları ile sürekli bağımsız değişkenlerin ilişkisi-2

	YBOKÖ Otojen (n=20)	YBOKÖ Reaktif (n=42)	YBOKÖ Karma (n=40)	
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	P (PostHoc)*
Yaş**	25.75±11.36	32.05±10.94	33.33±12.62	0.01 (R=K)>O*
İlk tanı aldığı yaş**	20.55±8.73	25.43±9.00	24.63±8.28	0.01 (R=K)>O*
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)				
Yapısal Stil**	11.40±3.18	13.52±3.47	13.27±3.75	0.04 (R=K)>O*
Gelecek Algısı**	10.30±6.16	13.04±4.41	12.52±4.70	0.19
Aile Uyumu**	20.90±6.75	21.97±5.43	21.77±5.62	0.89
Kendilik Algısı**	15.90±6.75	19.16±5.83	18.80±6.33	0.08
Sosyal Yeterlilik**	19.75±4.99	19.76±5.57	19.30±4.51	0.89
Sosyal Kaynaklar**	24.05±6.90	26.83±5.57	26.37±5.89	0.53
Toplam**	103.30±25.55	114.30±21.59	112.72±23.63	0.11

**Kruskal Wallis testi; *Mann-Whitney U testi

4.2.5. Yale Brown Obsesyon Kompulsyon Ölçeği boyut skorları ile obsesyon-kompulsyon grupları arasındaki ilişkisi

YBOKÖ boyut skorları (Obsesyon boyutu, Kompulsyon boyutu ve Toplam boyut) ile YBOKÖ obsesyon-kompulsyon gruplarının ve Kruskal Wallis testi

kullanılarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği boyut skorları ile obsesyon-kompulsiyon grupları arasındaki ilişkisi

	YBOKÖ Otojen (n=20)	YBOKÖ Reaktif (n=42)	YBOKÖ Karma (n=40)	
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	p*
Obsesyon puanı	11.65±3.91	9.92±3.98	11.10±4.28	0.31
Kompulsiyon puanı	10.25±6.16	9.42±4.44	10.82±4.95	0.47
Toplam puan	21.90±9.17	19.35±8.19	21.92±8.85	0.43

*Kruskal Wallis testi

4.3. Çok Değişkenli Çözümler

4.3.1. YBOKÖ “Obsesyon Şiddet Boyutunu” Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - $R^2 = 0,40$)

Obsesyon şiddet boyutunun bağımlı değişken olduğu, PDÖ'nin alt boyutları ile birlikte doğrusal regresyon modeline alındığında (*PDÖ'nin gelecek algısı boyutu VIF değeri 3'ün üzerinde olduğundan kollinear değişken olarak kabul edilerek modelden çıkarıldı*) bağımlı değişkeni en iyi açıklayan model, beklendiği gibi tüm hastalar ile ilgili tek değişkenli çözümlerlerde anlamlı olan değişkenlerin kapsandığı model olmuştur ($R^2 = 0,40$). Modele alınan değişkenler, bağımlı değişkendeki (ki burada obsesyon şiddet boyutu) varyasyonun % 40' ını açıklamaktadır.

İndirgenmiş son modelde, maddi durum obsesyon alt boyutunu etkilememekte ($p>0.05$) iken; PDÖ alt boyutu olan kendilik algısı, eğitim düzeyi, ve birlikte yaşadığı kişiler durumu etkilemektedir ($p<0.05$). Buna göre kendilik algısı düştükçe; eğitim düzeyi azaldıkça ve birlikte yaşadığı kişi arttıkça obsesyonun şiddeti artmaktadır (Tablo 16).

Tablo 16: Örneklemen “Obsesyon şiddet boyutunu” etkileyen doğrusal regresyon modeli (indirgenmiş son model)

R²=0.40	Stand Beta	t	p	VIF
PDÖ				
Kendilik algısı	-0.309	-3.592	0.001*	1.144
Eğitim durumu	-0.299	-3.561	0.001*	1.090
Birlikte yaşadığı kişiler	0.175	2.063	0.042*	1.108
Sabit		8.020	0.000*	

***p≤0.05**

Başlangıçta modele alınan değişkenler: Psikolojik dayanıklılık ölçeği (yapısal stil boyutu, kendilik algısı boyutu, sosyal yeterlilik boyutu), erişkin bağlanma biçimi ölçeği (ikircikli bağlanma boyutu), eğitim durumu, çalışma durumu, maddi durum, büyüdüğü yer, birlikte yaşadığı kişiler, belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre (PDÖ'nin gelecek algısı boyutu VIF değeri 3'ün üzerinde olduğundan kollinear değişken olarak kabul edilerek modelden çıkarıldı)

4.3.2. YBOKÖ “Kompulsiyon Şiddet Boyutunu” Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - R² = 0,27)

Kompulsiyon şiddet boyutunun bağımlı değişken olduğu, PDÖ'nin alt boyutları ile birlikte doğrusal regresyon modeline alındığında (PDÖ'nin gelecek algısı boyutu VIF değeri 3'ün üzerinde olduğundan kollinear değişken olarak kabul edilerek modelden çıkarıldı) bağımlı değişkeni en iyi açıklayan model, beklendiği gibi tüm hastalar ile ilgili tek değişkenli çözümlemelerde anlamlı olan değişkenlerin kapsandığı model olmuştur (R²= 0,27). Modele alınan değişkenler, bağımlı değişkendeki (ki burada kompulsiyon şiddet boyutu) varyasyonun % 27' sini açıklamaktadır.

İndirgenmiş son modelde, PDÖ alt boyutu olan kendilik algısı, eğitim düzeyi, ve birlikte yaşadığı kişiler kompulsiyon alt boyutunu etkilemektedir (p<0.05). Buna göre kendilik algısı düştükçe; eğitim düzeyi azaldıkça ve birlikte yaşadığı kişi arttıkça kompulsiyon şiddeti artmaktadır (Tablo 17).

Tablo 17: Örneklemen “Kompulsiyon şiddet boyutunu” etkileyen doğrusal regresyon modeli (indirgenmiş son model)

R²=0.27	Stand Beta	t	p	VIF
PDÖ				
Kendilik algısı	-0.227	-2.479	0.015*	1.082
Eğitim durumu	-0.290	-3.176	0.002*	1.076
Birlikte yaşadığı kişiler	0.229	2.593	0.011*	1.011
Sabit		5.217	0.000*	

***p≤0.05**

Başlangıçta modele alınan değişkenler: Psikolojik dayanıklılık ölçeği (kendilik algısı boyutu, sosyal yeterlilik boyutu), eğitim durumu, çalışma durumu, maddi durum, büyüdüğü yer, birlikte yaşadığı kişiler, (PDÖ'nin Gelecek algısı boyutu VIF değeri 3'ün üzerinde olduğundan kollinear değişken olarak kabul edilerek modelden çıkarıldı)

4.3.3. YBOKÖ “Toplam Şiddet Boyutunu” Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - $R^2 = 0,35$)

Toplam şiddet boyutunun bağımlı değişken olduğu, PDÖ'nin alt boyutları ile birlikte doğrusal regresyon modeline alındığında (*PDÖ'nin gelecek algısı boyutu VIF değeri 3'ün üzerinde olduğundan kollinear değişken olarak kabul edilerek modelden çıkarıldı*) bağımlı değişkeni en iyi açıklayan model, beklendiği gibi tüm hastalar ile ilgili tek değişkenli çözümlerlerde anlamlı olan değişkenlerin kapsandığı model olmuştur ($R^2 = 0,35$). Modele alınan değişkenler, bağımlı değişkendeki (ki burada toplam şiddet boyutu) varyasyonun % 35' ini açıklamaktadır.

İndirgenmiş son modelde, maddi durum toplam boyutu etkilememekte ($p > 0.05$) iken; PDÖ alt boyutu olan kendilik algısı, eğitim düzeyi, ve birlikte yaşadığı kişiler durumu etkilemektedir ($p < 0.05$). Madi durum ise etkilememektedir. Buna göre kendilik algısı düştükçe; eğitim düzeyi azaldıkça ve birlikte yaşadığı kişi arttıkça toplam şiddet artmaktadır (Tablo 18).

Tablo 18: Örneklemen “YBOKÖ toplam şiddet boyutunu” etkileyen doğrusal regresyon modeli (indirgenmiş son model)

$R^2=0.35$	Stand Beta	t	p	VIF
Kendilik algısı	-0.260	-2.939	0.004*	1.144
Eğitim durumu	-0.301	-3.485	0.001*	1.090
Birlikte yaşadığı kişiler	0.193	2.220	0.029*	1.108
Sabit		6.985	0.000*	

*** $p \leq 0.05$**

Başlangıçta modele alınan değişkenler: Psikolojik dayanıklılık ölçeği (yapısal stil boyutu, kendilik algısı boyutu, sosyal yeterlilik boyutu), eğitim durumu, çalışma durumu, maddi durum, büyüdüğü yer, birlikte yaşadığı kişiler, (*PDÖ'nin Gelecek algısı boyutu VIF değeri 3'ün üzerinde olduğundan kollinear değişken olarak kabul edilerek modelden çıkarıldı*)

**4.3.4. YBOKÖ “Obsesyon Kompulsiyon Grup Boyutlarını”
Açıklayan Değişkenler (indirgenmiş son model - Negelkerke
R²= 0.29)**

Obsesyon kompulsiyon grup boyutlarının bağımlı değişken olduğu, bağımlı değişkeni en iyi açıklayan model, beklendiği gibi tüm hastalar ile ilgili tek değişkenli çözümlemelerde anlamlı olan değişkenlerin kapsandığı model olmuştur (R²= 0,29). Modele alınan değişkenler, bağımlı değişkendeki (ki burada obsesyon kompulsiyon grup boyutları) varyasyonun % 29’ ini açıklamaktadır.

İndirgenmiş multinominal son regresyon modelinde, EBBÖ alt boyut puanlarından ikircikli bağlanma alt boyutu, YBOKÖ obsesyon kompulsiyon grup alt boyutundan otojen grubu etkilemektedir (p<0,05).

Buna göre ikircikli bağlanma gösterenlerin, güvenli bağlanma gösterenlerle kıyaslandığında reaktif gruba göre otojen grupta olma riski 7.77 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Tablo 19a).

Tablo 19a: Örneklemin “YBOKÖ Obsesyon Kompulsiyon Grup Boyutlarını” Etkileyen Değişkenlerin Multinominal Regresyon Modeli-1 (indirgenmiş son model - Negelkerke R²= 0.29)

R2=0.29	Wald	SD	P	OR	% 95 Güven aralığı	
Otojen grup						
EBBÖ						
İkircikli bağlanma	4.794	1	0.029*	7.765	1.240	48.633
Kaçıngan bağlanma (Ref:Güvenli bağlanma)	0.003	1	0.959	0.962	0.217	4.266
Karma grup						
EBBÖ						
İkircikli bağlanma	0.043	1	0.835	1.176	0.256	5.412
Kaçıngan bağlanma (Ref:Güvenli bağlanma)	0.664	1	0.415	0.665	0.250	1.772
Referans: Reaktif grup						

*p≤0.05

Başlangıçta modele alınan değişkenler: Erişkin bağlanma biçimi ölçeği (tüm boyutlar), Psikolojik dayanıklılık ölçeği (yapısal stil boyutu), yaş, ilk OKB tanısı aldığı yaş, birlikte yaşadığı kişiler, çalışma durumu, maddi durum

Yine ikircikli bağlanma gösterenlerin, güvenli bağlanma gösterenlerle kıyaslandığında karma gruba göre otojen grupta olma riski 6.60 kat yüksek olduğu bulunmuştur. (Tablo 19a).

Tablo 19b: Örneklemin “YBOKÖ Obsesyon Kompulsiyon Grup Boyutlarını” Etkileyen Değişkenlerin Multinomial Regresyon Modeli-2 (indirgenmiş son model - Negelkerke $R^2= 0.29$)

R2=0.29	Wald	SD	P	OR	% 95 Güven aralığı	
Otojen grup						
EBBÖ						
İkircikli bağlanma	4.301	1	0.038*	6.601	1.109	39.285
Kaçıngan bağlanma (Ref:Güvenli bağlanma)	0.226	1	0.635	1.445	0.316	6.612
Reaktif grup						
EBBÖ						
İkircikli bağlanma	0.043	1	0.835	0.850	0.185	3.911
Kaçıngan bağlanma (Ref:Güvenli bağlanma)	0.664	1	0.415	1.503	0.564	4.003
Referans: Karma grup						

***p≤0.05**

Başlangıçta modele alınan değişkenler: Erişkin bağlanma biçimi ölçeği (tüm boyutlar), Psikolojik dayanıklılık ölçeği (yapısal stil boyutu), yaş, ilk OKB tanısı aldığı yaş, birlikte yaşadığı kişiler, çalışma durumu, maddi durum

5. TARTIŞMA

Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda sosyodemografik değişkenlerin, hastalığa ait özelliklerin, çocukluk çağı travmalarının, bağlanma biçiminin ve psikolojik dayanıklılığın obsesyon, kompulsiyon, toplam semptom şiddeti ve obsesyon kompulsiyon subgrupları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızın bulguları literatür dikkate alınarak tartışılmıştır. Çalışma, ulaşabildiğimiz kadarıyla OKB'li hastalarda psikolojik dayanıklılığın hem OK ve toplam semptom şiddeti ile hemde subgrupları ile birlikte geniş kapsamlı incelendiği çalışma olmakla birlikte OKB hastalarında çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimi ve obsesyon kompulsiyon subgrupları ile birlikte açıklanabileceği düşünülmüş ve planlanmıştır.

Çalışmamızda hastaların sosyodemografik değişkenler ve klinik özelliklerine ilişkin bulgular (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, maddi durum, yaşadığı yer, büyüdüğü yer, birlikte yaşadığı kişiler, alışkanlık, ilk tanı aldığı yaş, belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre, mevcut tedavi alıp almadığı, daha önce antidepresan dışında psikotrop tedavi alıp almadığı ve düzenli tedavi alma süresi) ÇÇTÖ, EBBÖ ve PDÖ tek değişkenli analize alınmış olup; bağımlı değişkenin 'Obsesyon, Kompulsiyon ve Toplam Semptom Şiddeti' ayrı ayrı alındığında bu analizlerde anlamlı çıkan değişkenler (eğitim durumu, çalışma durumu, maddi durum, büyüdüğü yer, birlikte yaşadığı kişiler, belirtilerin başlaması ile OKB tanısı arasında geçen süre, EBBÖ ikircikli alt boyutu ve PDÖ altboyuları) doğrusal regresyon analizine alınmıştır. Regresyon analizi sonuçlarına göre obsesyon, kompulsiyon ve toplam şiddet'in her üçü içinde (eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişiler ve PDÖ alt boyutu olan kendilik algısı) ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Yine bağımlı değişkenin 'YBOKÖ subgrupları' alındığında bu analizlerden anlamlı çıkan değişkenler (yaş, ilk OKB tanısı aldığı yaş, birlikte yaşadığı kişiler, çalışma durumu, maddi durum, EBBÖ ve PDÖ'nin yapısal stil boyutu) multinominal regresyon analizine alınmıştır. Regresyon analizi sonuçlarına göre YBOKÖ subgrupları ile sadece EBBÖ ikircikli bağlanma boyutu ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Sosyodemografik Veriler, Klinik Özellikler ve Kullanılan Ölçekler

Yönünden Karşılaştırma

Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması 31.31 ± 11.93 yıl olarak bulunmuştur. Ülkemizde 1999 yılında yapılan bir çalışmada, OKB hastalarının ortalama yaşı 28.78 ± 11.07 olarak bildirilmiştir (Kemal Sayar ve arkadaşları, 1999). Yine ülkemizde yapılan daha güncel farklı bir çalışmada ise hastaların ortalama yaşı 30.14 ± 12.38 'idi (Çamli, Türkçapar ve Sargin, 2012). Yurtdışında yapılan farklı bir çalışmada da, hasta grubun yaş ortalaması $29,32 \pm 10,56$ olarak bildirilmiştir (Narayanaswamy ve arkadaşları, 2012). Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalamasına bakınca bulgularımız literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Yaş ile YBOKÖ semptom şiddetleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yaş ile YBOKÖ subgrupları karşılaştırıldığında ise fark anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde ise anlamlılığını yitirmiştir.

Örneklekimizde kadın(%56.9) erkek(%43.1) oranı 1.3 kat olduğu bulunmuştur. Cinsiyet ile YBOKÖ semptom şiddetleri ve subgrupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde ise bazı çalışmalar kadın erkek farkı olmadığını göstermekle birlikte, bazı çalışmalarda da bu oran 1,2-1,8 arasında bulunmuştur (Ruscio ve arkadaşları, 2010; Torresan ve arkadaşları, 2013). Çalışmamıza katılan hastaların cinsiyet oranına bakınca literatürle uyumlu olarak görülmüştür. Cinsiyet ile YBOKÖ semptom şiddetleri ve subgrupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmaya katılanların medeni durumları değerlendirildiğinde hastaların 57'si (%55.9) bekardır. OKB klinik durum veya hastalık sonrası gelişen uyum problemleri açısından incelendiğinde literatürde çelişkili sonuçlar bulunmaktadır (Besiroglu, Uguz, Saglam, Agargun ve Cilli, 2007). Bazı çalışmalar evli veya bekar olmanın hastalık üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını savunurken (Besiroglu ve arkadaşları, 2007), bazı çalışmalar da hastalığın evli olanlarda daha çok görüldüğü şeklinde sonuçlar bildirmişlerdir (Lapsekili, Uzun ve Ak, 2010). Hastaların medeni durumları ile YBOKÖ semptom şiddetleri ve subgrupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Hastaların eğitim düzeyi % 59.8'i en az lise mezunu olup bu konuda daha önceden yapılan araştırmalarla benzerdir (Çamli ve arkadaşları, 2012; Lapsekili ve arkadaşları, 2010). Eğitim düzeyleri ile YBOKÖ subgrupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Eğitim düzeyleri ile YBOKÖ semptom şiddetleri ortalamaları karşılaştırıldığında ise fark anlamlı bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde ise eğitim düzeyleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi ile hem obsesyon hem de kompulsiyonların şiddeti arasında ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça hem obsesyon hem de kompulsiyon şiddetinin azaldığı saptanmıştır. Literatürde eğitim durumu ile herhangi bir tedavi arayışının ortaya çıkması arasında bir ilişki bulunmazken(Beşiroğlu, Çilli ve Aşkin, 2004; Goodwin, Koenen, Hellman, Guardino ve Struening, 2002), tedavi arayışı olmayan kişiler arasında obsesif kompulsif belirtiler için tedavi araması gerektiğini düşünme ile yüksek eğitim düzeyine sahip olmanın daha fazla ilişkili olduğu saptanmıştır (Goodwin ve arkadaşları, 2002). Singapur'da yapılan başka bir çalışmada ise eğitim seviyesi daha düşük olanların tedavi açıklarının daha az olduğu sonucu çıkarılmıştır. Bu sonuç yüksek eğitilmiş kişilerin tedavi arayışı sonrasında stigmatizasyona uğradığı sonucu ile tedavi açıklarının daha fazla olabileceği ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir (Subramaniam, Abdin, Vaingankar, Shafie, Chua, ve arkadaşları, 2020). Literatürde eğitim düzeyi ile OK belirti şiddeti arasında ilişki eğitim düzeyi arttıkça obsesyon ve kompulsiyonların hastalık olarak kabul edilmesi sonrasında tedavi arayışının ve stigmatizasyona maruz kalmanın bu ilişkide rol alabileceği düşünülmektedirken, çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça obsesyon ve kompulsiyonların hastalık olarak kabul edilmesi ve yardım arama davranışının artması ve alınan tedavi ile semptom şiddetlerinin düşebileceği sonucunda eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu sonucuna varılabilir.

Çalışma durumuna göre değerlendirildiğinde 35 hastanın çalışmadığı; 28'inin öğrenci; 22'sinin memur, 8'inin işçi olduğu saptanmış olup gelir düzeylerine göre incelendiğinde ise 52 hastanın gelir giderden az, 34 hastanın ise gelir gidere denk olduğu görülmüştür. Literatürde gelir düzeyi ile OKBnin bağlantılı olabileceğini savunan çalışmalar vardır. Bu çalışmalar genelde düşük gelir seviyesi ile OKB hastalık sıklığı arasında bağlantı olduğunu savunmaktadır

(Heyman ve arkadaşları, 2001; McKeon ve Murray, 1987). Yapılan bir başka çalışmada da OKB hastalarının %86'sında gelir düzeyinin alt-orta seviyesinde olduğu bildirilmiştir (O. Karamustafalıoğlu ve arkadaşları, 2009). Çalışmadaki gelir düzeyi durumu da bu açıdan bakıldığında literatür ile paralellik göstermektedir. Çalışma durumu ve maddi durum ile YBOKÖ semptom şiddetleri ve subgrupları ile ayrı ayrı karşılaştırıldığında ise farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde ise anlamlılığını yitirmiştir.

Yaşadığı yere göre değerlendirildiğinde hastaların çoğunluğu kent merkezi ve kent merkeziyle sosyokültrel açıdan daha yakın olan ilçelerde yaşadığı saptanmış olup; 45'inin kent merkezi, 36'sının ilçe, 20'sinin ise köyde büyüdüğü tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular, OKB üzerine yapılan sosyodemografik çalışmalarla uyumludur (Besiroglu ve arkadaşları, 2007; Hemmings ve arkadaşları, 2003). Hastaların Yaşadığı yere ile YBOKÖ semptom şiddetleri ve subgrupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Büyüdüğü yere göre karşılaştırıldığında ise YBOKÖ subgrupları ile arasında anlamlı fark bulunmazken YBOKÖ semptom şiddetleri ile karşılaştırıldığında farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde ise anlamlılığını yitirmiştir.

Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre değerlendirildiğinde %50'si ailesinden biri/geniş aile; %40.1'i ise çekirdek ailesi/partneri; %6.9'u tek başına yaşamaktaydı. Elde edilen bulgular neticesinde hastaların büyük çoğunluğu ailesinden biri/geniş aile veya çekirdek ailesi/partneri ile yaşamaktaydı. Literatüre bakıldığında kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğu aileleri ile birlikte yaşamaktadır (Pickett-Schenk, Lippincott, Bennett ve Steigman, 2008).Yapılan araştırmalarda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde yaşadıkları stresin sonucu olarak anksiyete ve depresif belirtilerde artış görülmüştür (Magaña, Ramírez García, Hernández ve Cortez, 2007; Perlick ve arkadaşları, 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada düşük duygu ifadeli ailelerde hastaların ailelerini daha işlevsel tanımladıkları, ailenin duygu ifadesinin aile işlevselliğinin spesifik olarak duygusal tepki verebilme alanını etkilediği belirlenmiştir. Yüksek duygu ifadeli hasta yakınlarında, aile

işlevselliğinin roller ve genel işlevler boyutlarında daha fazla bozulma saptanmıştır (Saunders, 1999; Tüzer ve arkadaşları, 2003). OKB'li hasta yakınlarının hastalığın aileye yansımaları olan ritüellere göre yaşamak yada ritüelleri engelleme şeklinde ilişkilerinin olduğu gösterilmiş (Amir, Freshman ve Foa, 2000) ve bunun sonucunda hastalarda anksiyetede artma, depresif belirtiler ve öfke patlamaları genellikle aile için katlanılamayacak kadar zor, bıkırtıcı olan bu ritüellere ailenin direnmesi karşısında olduğu ve aile uyum düzeyi ile OKB belirtilerinin şiddetinin ilişkili olduğu belirtilmektedir (Lebowitz, Storch, MacLeod ve Leckman, 2015; Steketee ve van Noppen, 2004). OKB sadece hastayı değil, birlikte yaşadığı aile bireylerini, arkadaşlarını ve toplumu da olumsuz etkilemektedir (D. J. Stein, Roberts, Hollander, Rowland ve Serebro, 1996). Çalışmamızda YBOKÖ semptom şiddetleri ve subgrupları ile ayrı ayrı karşılaştırıldığında ise farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan ileri analizlerde subgruplarda anlamlılığını yitirmiş, YBOKÖ semptom şiddetlerinde (obsesyon, kompulsiyon ve toplam) ise aile üyeleri/geniş aileyle yaşayanların yalnız yaşayanlara göre semptom şiddeti daha fazla olarak bulunmuştur. Bunun sonucunda kronik ruhsal hastalık olan OKB 'li hastanın aile yükünün artması geniş aile yada aile üyeleriyle birlikte yaşamının hastalığa etkileri artmakta olduğu yorumu yapılabilir. Aile yükünün OKB'si olan hastaya ve hastalığa etkileriyle ilgili yapılan çalışmaların az olduğu, daha fazla deneysel çalışmaya gereksinim olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca randomize kontrollü ve uzun süreli izlemin olduğu araştırma tasarımları ile kanıt düzeyinde çalışmaların yapılması bu alandaki açığı kapatacaktır.

Çalışmamızda İlk OKB tanısı aldığı yaşa bakıldığında ortamala 24.10 ± 8.78 yıl; %47.1'i 19-34 yaşları arasında %33.3'ü 18 yaşından önce tanı almıştır. Ülkemizde yapılan iki çalışmada 22,38 ve 23,8 yıl olarak bulunmuştur (Demet ve arkadaşları, 2005; K. Sayar, Uğurad ve Acar, 1999)). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan OKB çalışmalarında benzer şekilde belirti başlangıç yaşı 19,5 yıl bulunmuştur (Ruscio ve arkadaşları, 2010). Bulgumuz, literatürdeki hastalık başlangıç yaşının tipik olarak geç ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başladığına ilişkin verilerle (Rasmussen ve Eisen, 1992) uyumlu olarak değerlendirilmiştir. İlk OKB tanısı aldığı yaşa göre karşılaştırıldığında ise

YBOKÖ semptom şiddetleri ile arasında anlamlı fark bulunmazken YBOKÖ subgrupları ile karşılaştırıldığında ise farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde ise anlamlılığını yitirmiştir.

OKB belirtilerinin başlangıcından itibaren psikiyatriye başvurup OKB tanısı alan zamana kadar geçen süreler incelendiğinde ise ortalama süre 4.41 ± 5.10 yıl; %37.3'ü 1 yıl içinde %36.3 ü ise 5 yıldan sonra olarak bulunmuştur. Daha önceden yapılan çalışmalara göre OKB, genellikle geç ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başlamasına rağmen hekime başvurma genellikle yıllar sonra olmaktadır (Castle, Deale ve Marks, 1995; Rasmussen ve Eisen, 1989; Tükel R., Topçuoğlu V., 2006). Bir çalışmada OKB'lu hastaların belirtiler başladıktan sonra profesyonel yardım arama süresi ortalama 10 yıl bulunmuştur (Eric Hollander ve arkadaşları, 1998). Toplum örneklemindeki erişkin OKB hastalarının % 35'ten azının psikiyatrik yardım aldığını bulurken (Shapiro ve arkadaşları, 1984), benzer şekilde OKB'su olan ergen hastaların % 25'inin bir ruh sağlığı profesyonelinden yardım aradığı bulunmuştur (Whitaker, 1990). Hastalığın ilk yılları içinde tanı alması, günümüzde ruhsal hastalıklara farkındalığın artması, geç ergenlikte başlaması sonrasında ailelerin duyarlılığında artış ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bir çalışmada ise OKB si olan hastalarda obsesyonları daha şiddetli olan hastaların sağlık yardımı arama davranışı daha fazla iken , kompulsyonların şiddeti açısından bir fark bulunamamıştır (Beşiroğlu ve arkadaşları, 2004). OKB belirtilerinin başlangıcından itibaren psikiyatriye başvurup OKB tanısı alan zamana kadar geçen süreye göre karşılaştırıldığında YBOKÖ subgrupları ile arasında anlamlı fark bulunmazken YBOKÖ semptom şiddetleri ile karşılaştırıldığında sadece obsesyon şiddet puan ortalaması ise farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde ise anlamlılığını yitirmiştir.

Çalışmamızda hastalık süresi ortalamasını 11.48 ± 10.01 yıl olarak saptanmış olup elde edilen sonuçlar literatür ile uyumlu bulunmuştur (Çamli ve arkadaşları, 2012; Tükel R., Topçuoğlu V., 2006; Veale, 2004). Hastalık süresi ile YBOKÖ semptom şiddetleri ve subgrupları ile karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırmamızda OKB hastalarının YBOKÖ obsesyon puan ortalaması 10.72 ± 4.11 ; kompulsiyon puan ortalaması 10.13 ± 5.00 ; toplam puan ortalaması ise 20.86 ± 8.86 olarak bulunmuştur. YBOKÖ toplam puanı incelendiğinde belirti şiddeti çoğunluğu orta(%30.4) yüksek (%29.4) olarak değerlendirilmiştir. Literatürde 2073 OKB hastası ile yapılan epidemiyoloji çalışmasında YBOKÖ belirti şiddeti hastaların % 65.6'sında orta, % 30.7'sinde yüksek (Ruscio ve arkadaşları, 2010); 2020 yılında yapılan diğer başka bir OKB prevalansını inceleyen 12 aylık bir izlem çalışmasında ise % 75.5 'inde orta düzeyde bulunmuştur (Subramaniam, Abidin, Vaingankar, Shafie, Chang, ve arkadaşları, 2020). Çalışmalardaki sonuçları da bizim çalışmamızla paraleldir.

OKB, etiyoloji, belirti yapısı, klinik ve tedaviye yanıt gibi özellikler açısından oldukça heterojen yapıya sahip bir ruhsal hastalıktır (Lochner ve Stein, 2003). OKB'nin daha homojen alt tiplerinin tanımlanması etkin tedavi ve etyolojik teorilerin daha iyi anlaşılmasında aydınlatıcı bir role sahip olabileceği düşünüldükçe literatürde OKB yi otojen ve reaktif alt gruplara ayıran çalışmalar mevcuttur (H. J. Lee ve Kwon, 2003). Otojen OKB, daha az uyararla zihinde beliren, daha tekrarlayıcı ve kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyduğu, hakkında daha az konuşmak istediği obsesyonlar olarak tanımlanır. Saldırganlık obsesyonları, dini ve cinsel temalı obsesyonlar otojen obsesyonlar olarak sınıflandırılır. Reaktif OKB ise daha fazla bir dış uyaran tarafından tetiklenme ve zihinde belirme eğilimindedir. Otojen obsesyonlara göre daha az rahatsızlık ve suçluluk uyandırdığından kişiler daha az saklama eğilimindedirler. Kirlenme, emin olamama(kuşku), simetri ve biriktirme obsesyonları ise bu grupta yer alır (H. J. Lee ve Kwon, 2003; Han Joo Lee, Kwon, Kwon ve Telch, 2005).

Çalışmamızda OKB belirti boyutlarının subgruplarına göre sınıflandığında ise %41.2 si saf reaktif %39.2 si karma geriye kalanlar ise saf otojen özellikteydi. Literatür tarandığında şimdiye kadar OKB subgruplarının prevalansını inceleyen bir çalışma ile karşılaşılmamıştır.

Çalışmamızda OKB belirti boyutları değerlendirildiğinde en sık emin olamama obsesyonu ve kontrol kompulsiyonları % 72.5 iken; ikinci sıklıkta gözlenen temizlik kompulsiyonları ve kirlenme obsesyonlarıydı % 62.7 'idi.

Ülkemizde OKB tanılı bireylerde yapılan çalışmada da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (Besiroglu ve arkadaşları, 2007). Otojen subgrupta en sık gözlenen saldırganlık obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar (%41.2); dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar (%31.4); cinsel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar (%21.6) yine literatürle benzer şekilde bulunmuştur (Karadağ, Oguzhanoglu, Özdel, Ateşci ve Amuk, 2006). İstifleme obsesyonu ve ilişkili kompulsiyonları ise hastalarında % 9.8 'inde görülmekteydi. Yurt dışında OKB hastalarında yapılan çalışmada istifleme boyutu % 37,7 (S. J. Kim, Kang ve Kim, 2009) başka bir çalışmada ise %18.7 tek başına; %6.7 ise diğer OK lar ile birlikte görülürken (Alonso ve arkadaşları, 2008) bizim çalışmamızda sadece istiflemesi olan hastalar olmamakla birlikte diğer OK lara ek olarak daha az oranda saptanması, genetik, nöral ve sosyokültürel farklılığın belirti çeşitliliğine olan etkisi ile açıklanabilir.(M. C. Cavallini, Bella, Siliprandi, Malchiodi ve Bellodi, 2002; Y. Li, Marques, Hinton, Wang ve Xiao, 2009)

ÇÇTÖ'ye göre değerlendirildiğinde hastaların %57.8'inde çocukluk çağı travması mevcut olup, duygusal istismar %50 ile en sık; duygusal ihmal ise %47.1 ile ikinci sıklıkta; cinsel istismar ise %20.6 ile en az görülen travma olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı travmatik yasantıları ele alan çalışmalarda ise travmatik yasantılar ile OK belirtiler arasındaki ilişkiyi vurgulayan farklı sonuçlar bulunmuştur. Bazı çalışmalar çocukluk çağı travmatik yasantıları OK belirtilerle ilişkili bulurken (De Silva ve Marks, 1999; Lochner ve arkadaşları, 2004; Mathews ve arkadaşları, 2008; M. B. Stein ve arkadaşları, 1996) bazı çalışmalar ise düşük anlamlı ilişkiler bulmuş (Besiroglu ve arkadaşları, 2007) ya da direkt bir ilişki bulamamışlardır (Fontenelle ve arkadaşları, 2007; Lochner ve arkadaşları, 2002). ÇÇTÖ toplam ve altboyutları ile YBOKÖ semptom şiddetleri ve subgrupları ile karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda OKB olgularında EBBÖ'ye göre YBOKÖ semptom şiddetleri ile ayrı ayrı karşılaştırıldığında sadece obsesyon şiddet puan ortalaması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İkircikli bağlanma gösteren grupta obsesyon alt boyut puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan ileri analizlerde ise bu ilişki anlamlılığını yitirmiştir. YBOKÖ subgrupları ile karşılaştırıldığında ise arasında farkın anlamlı olduğu bulunmuş, yapılan ileri analizlerde ise anlamlılığını korumuştur. İkircikli bağlanma gösterenler otojen subgrubunda olma riski reaktif ve karma subgruptan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Türkiye’de yapılan bir çalışmada kaygılı/ikircikli bağlananlarda daha fazla obsesif kompulsif semptomların olduğu bulunmuştur (Boysan ve Çam, 2018). Literatüre baktığımızda ise 2009 yılında yapılan bir çalışmada kaygılı/ikircikli ve kaçınan bağlanma puanları ile obsesif kompulsif belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Doron ve arkadaşları, 2009). Kontrol grubu ile yapılan diğer çalışmalarda da OKB’si olanların kaygılı/ikircikli bağlanma puanı, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Doron ve arkadaşları, 2012; Marazziti ve arkadaşları, 2015). Obsesyon ve kompulsiyonları ayrı değerlendiren bir çalışmada ise OK’ların sayısı ve şiddeti değerlendirilmiş ve güvensiz bağlanma boyutu obsesyonların sayısı ve şiddeti ile anlamlı düzeyde pozitif yönlü olarak korele bulunurken, güvensiz bağlanma boyutları ile kompulsiyonların sayısı ve şiddeti arasında ise anlamlı düzeyde bir korelasyon saptanmamıştır (Carpenter ve Chung, 2011). 2015 yılında klinik örnekleme yapılan 90 OKB hastası Revize Edilmiş Yetişkin Bağlanma Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiş ve obsesif kompulsif belirti boyutları ile bağlanmanın kaygı ve kaçınma boyutları arasında herhangi bir anlamlı ilişkiye ulaşılmamıştır (Asad ve Dawood, 2015). 2020 yılında yapılan bir metaanaliz çalışmasında ise OKB belirtileri ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların önemli kısmında, bu ilişkiyi etkileyebilecek depresyon, anksiyete bozuklukları ve kişilik boyutları gibi bir çok faktörün karıştırıcı etkisinin kontrol edilmemiş olduğu; sekizi klinik ve klinik dışı popülasyonda yapılan 16 çalışma incelenmiş, hem kaygılı hem de kaçınan bağlanmanın OKB belirtileri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. İkircikli/kaygılı bağlanma ile OKB belirtileri arasındaki ilişki orta ila büyük düzeyde bir etki boyutuna sahip bulunurken, kaçınan bağlanma ile OKB belirtileri arasında ise orta düzeyde bir etki büyüklüğü sonucuna saptanmıştır (van Leeuwen, van Wingen, Luyten, Denys ve van Marle, 2020). Literatürde OKB ve bağlanma arasındaki ilişkiyi son yıllarda inceleyen çalışmaların sayısı giderek artmış

(Carpenter ve Chung, 2011; Doron ve arkadaşları, 2012; Marazziti ve arkadaşları, 2015; Myhr, Sookman ve Pinard, 2004) çelişkili sonuçlar olsa da çoğunlukla OKB hastalarının güvensiz bağlanma gösterdiği, güvensiz bağlanma olan ikircikli/kaygılı bağlanma gösterenlerin yine kaçınan bağlananlara göre daha fazla sayıda çalışma tarafından gösterilmiştir. Yine Obsesyon ve kompulsiyonları ayrı değerlendiren çalışmada (Carpenter ve Chung, 2011) ise bağlanma boyutunun bizim çalışmamızdaki gibi obsesyon şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermesi nedeniyle literatürle paralellik göstermekteydi. Literatürde OKB ve bağlanma biçimi ile ilgili OK'ların şiddetini ve kontrollerden farklı olduğu ile ilgili çalışmalar mevcutken subgrupların üzerindeki etkileri ile karşılaşılmamıştır. Bizim çalışmamızda ikircikli/kaygılı bağlanma gösterenlerin otojen grupta olma risklerinin ve diğer subgruplara göre daha fazla olması, otojen grup obsesyon ve kompulsiyonların daha az uyaranla zihinde beliren, daha tekrarlayıcı ve kişinin kendisinde bulunmasından daha fazla rahatsızlık duyması ile açıklanabilir.

Araştırmamızda OKB hastalarının PDÖ'ye göre değerlendirildiğinde toplam puan ortalaması 111.52 ± 2.34 olarak bulunmuştur. YBOKÖ subgrupları ile PDÖ altboyutları karşılaştırılmış ve sadece yapısal stil altboyutunun korele olduğu bulunmuş ve yapılan ileri analizlerde ise anlamlılığını yitirmiştir. YBOKÖ semptom şiddetleri ile PDÖ altboyutları (yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve toplam boyut) karşılaştırıldığında; YBOKÖ obsesyon ve toplam semptom şiddeti puan ortalaması ile yapısal stil, gelecek algısı, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, ve toplam farkın negatif yönde korele olduğu YBOKÖ kompulsiyon şiddeti puan ortalaması ile karşılaştırıldığında ise gelecek algısı, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, ve toplamın yine negatif korele olduğu bulunmuştur. Yapılan ileri analizlerde ise Obsesyon, Kompulsiyon ve toplam puan ile sadece kendilik algısı negatif yönde anlamlılığını korumuştur. Buna göre kendilik algısı puanı düştükçe; obsesyonun, kompulsiyon ve toplam şiddet puanlarının arttığı bulunmuştur. Literatür tarandığında şimdiye kadar OKB subgruplarıyla ve OKB şiddetiyle olan ilişkisini inceleyen çok az çalışma ile karşılaşılmamıştır. Yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılık düzeyleri, obsesif kompulsif bozukluk

semptomları ve psikiyatrik semptomlarla anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur ve psikolojik dayanıklılığın düzeyi depresyon, anksiyete, stres ve obsesif kompulsif semptomların öngörülmesinde katkıda bulunduğunu göstermiştir (Hjemdal ve arkadaşları, 2011). OKB'de yapılan bir çalışmada düşük psikolojik dayanıklılık seviyeleri ile OK semptomlarının ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu ilişkide başarı motivasyonu ve düşük benlik saygısı seviyeleri gibi kişisel faktörlerin OK'nin ortaya çıkmasında önemli bir rol oynayabileceğini gösterdiği bulunmuştur (Sun, Li, Buys, Storch ve Wang, 2014). Ergenlerde yapılan bir çalışmada düşük benlik saygısı puanları ile OK semptomları arasındaki ilişki başka bir çalışmada da gösterilmiştir (Aelterman, De Clercq, De Bolle ve De Fruyt, 2011). Bu sonuç aynı zamanda yetişkin OKB hastalarında gözlenen düşük benlik saygısı puanlarıyla da uyumlu bulunmuştur (L. A. Clark, 2005, 2007). Bu açıdan çalışmamızdaki sonuçlar ile literatürde bulunan az sayıdaki çalışmanın benzer yönleri mevcuttur. Yukarıdaki bulgular, psikolojik dayanıklılık seviyelerinin ölçülmesinin önemli olduğunu ve ruh sağlığı ve OK semptomları arasındaki ilişkiyi araştıran gelecekteki çalışmalara önemli bir katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Üstünlükler ve Sınırlılıklar

Bu çalışmanın sonuçlarını yorumlarken bazı sınırlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Elde edilen bulgular hastaların beyanına bağlı öznel verilere dayanmaktadır. Bu bağlamda özellikle sağlık noktasındaki demografik veriler nesnel verilerden farklılıklar arz edebilmektedir. Örneklem sayısının bazı istatistiki değerlendirmeler için yeterli olmaması nedeniyle geçerliliği daha az olan nonparametrik testlerin kullanılmış olmasıdır. Örneklemimiz hastanemiz psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan oluşmaktadır. Bu durum, toplumdaki tüm OKB hastaları için genel yargılarda bulunmayı zorlaştırmaktadır. Hastaların tedavi değerlendirmesinde mevcut kullandığı ilaçlara göre değerlendirilmiş ve mevcut tedavi de antipsikotik tedavi kullanmayanlar dahil edilmiş olup öyküde ne kadar süre ve ne kadar sıklıkta kullandığı ilaç gruplarının tam olarak belirlenememesi diğer bir kısıtlılık yaratan nedenler arasındadır.

Özellikle çalışmamızda kullanılan ÇÇTÖ'yü doldurken istismar ve ihmal sorularına stigmatizasyon kaygısına, kendini iyi gösterme çabasına, ölçeği doldururken gönüllünün yanıltıcı davranmasına ve düşünmeden cevaplamasına sebep olmuş olabileceğidir. EBBÖ'nde ise ölçümlerin hem savunucu tutumlara açık olması, hem de ölçeklerin ölçüm gücünden kaynaklanan sorunlar nedeniyle bağlanma stili ya da boyutları nesnel olarak temsil edemediği bilinmektedir (Bond, 2009). Psikolojik dayanıklılığın yaşam boyu değişiklikler gösterebilen dinamik bir süreç olduğu bilinmektedir (Cicchetti, 2010). EPDÖ ile ilgili değerlendirme yaparken de birden çok etkenin önem taşıması, diğer etkenleri (ebeveynlerin bağlanma biçimi, aile ilişkileri, hastanın mizacı, yaşam koşulları,) devre dışı bırakarak araştırma yapmanın mümkün olmaması da bir diğer kısıtlılıktır.

OKB de semptom şiddeti ve subgruplarda çocukluk çağı travması, bağlanma biçimi ve psikolojik dayanıklılıkla ilişkisinin araştırılan ilk çalışma olması, ayrıca olası komorbid tanılarının dışlandığı klinik görüşme ile değerlendirilen ve örneklemin büyüklüğü, çoklu çözümlemelerin kullanılması çalışmamıza üstünlük kazandırmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak çalışmamızda sosyodemografik değişkenler arasında OKB üzerinde etkisi bulunan eğitim seviyesi ve birlikte yaşadığı kişiler dikkati çekmektedir. Eğitim seviyesi düşük olan OKB hastalarının, OKB semptom şiddetlerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan OKB hastalarının, OKB semptom şiddetlerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Psikolojik dayanıklılık kavramının alt boyutu olan kendilik algı puanı yüksek olan OKB hastalarının, OKB semptom şiddetlerinin düşük olduğu bulunmuştur. OKB subgruplarında ise ikircikli bağlanma gösterenlerin, güvenli bağlanma gösterenlerle kıyaslandığında göre otojen grupta olma riski 7.77-6.66 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar ruh sağlığı çalışanlarına yeni tedavi hedefleri ortaya koymaktadır. Psikolojik dayanıklılık kavramı içinde kendilik algısının semptomların şiddetli ile ilişkili etkenlerin tek tek ele alınıp değerlendirilmesi önemli bir adımdır. Psikolojik dayanıklılıkla ilgili akla ilk gelen bunu etkileyen faktörler olmaktadır. Bu nedenle ruhsal durum muayenesi sırasında hastalıkta sadece psikopatoloji yönünden değil aynı zamanda hastaların psikolojik dayanıklılığın altboyutu olan kendilik algısı ile ilgili konularda daha fazla üzerinde durulmalıdır. Ayrıca ileride yapılacak çalışmalarda günümüzde gittikçe artan psikolojik dayanıklılık kavramı ve sağlamlık olduğu gösterilen faktörlerin de incelenerek daha kapsamlı değerlendirmeler yapılması da önerilir. Ayrıca OKB hastalarında bağlanma biçiminin OK subgruplarını etkileyebileceği geniş örneklemli çalışmalarla desteklenmeye ihtiyacı vardır.

7. ÖZET

Erkek F., Obsesif Kompulsif Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmaları, Bağlanma Biçimi Ve Psikolojik Dayanıklılığın Semptom Şiddeti Ve Semptomatoloji İle İlişkisi Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri, Uzmanlık Tezi, Manisa 2021

Amaç: Günümüzde travma, bağlanma ve psikolojik dayanıklılık kavramları önemi gittikçe artan duruma gelmiş bazı ruhsal hastalıklarla ilişkisi araştırılmaya başlanmıştır. Bu konuda önemli olduğunu düşündüğümüz kronik ruhsal bozukluklardan biri de obsesif kompulsif bozukluktur. Bu çalışma ülkemizde obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı travmalarının, bağlanma biçiminin ve psikolojik dayanıklılığın semptom şiddeti ve semptomatoloji ile ilişkisi araştırılan kapsamlı araştırma olacaktır. Çalışmamızda obsesif kompulsif bozuklukta çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimi ve psikolojik dayanıklılığın OKB şiddetine ve subgruplarına etkisi ve OKB şiddeti üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde ayaktanbaşvuran SCID-5 görüşmesi ile tanı konulan, araştırmamıza katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerine uyan 102 OKB hastası örneklem olarak alınmıştır. Çalışmada Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) yanı sıra Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır. OKB şiddeti ve sosyodemografik özellikler, hastalığa ilişkin özellikler, çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimi ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki t testi, Mann Whitney testi, Kruskal Wallis testi ve çoklu karşılaştırmalarda post hoc Tukey B testi kullanılarak araştırılmıştır. OKB şiddeti puanları ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson analizi kullanılmıştır. Analizimizin ilerleyen aşamasında OKB şiddetlerini ve subgrupların nihai yordayan değişkenlerini bulabilmek için regresyon analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Eğitim seviyesi ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile OKB şiddetinin negatif yönde; aile bireyleri/ geniş ailede yaşıyor olmak ile OKB şiddetinin pozitif yönde ilişkil olduğu, kaygılı/ikircikli bağlanma ile otojen subgrubu arasında yine ilişkili olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları ise OKB şiddeti ve subgruları ile ilişkili olmadığı görülmüştür.

Sonuç: Bu sonuçlar ruh sağlığı çalışanlarına yeni tedavi hedefleri ortaya koymaktadır. Psikolojik dayanıklılıkla ilgili akla ilk gelen bunu etkileyen faktörler olmaktadır. Psikolojik dayanıklılık kavramı içinde kendilik algısının semptomların şiddetli ile ilişkili etkenlerin tek tek ele alınıp değerlendirilmesi önemli bir adımdır. Bu nedenle ruhsal durum muayenesi sırasında hastalıkta sadece psikopatoloji yönünden değil aynı zamanda hastaların psikolojik dayanıklılık ve kendilik algısı ile ilgili konularda daha fazla üzerinde durulmalı ve daha kapsamlı değerlendirmeler yapılması da önerilir. Ayrıca OKB hastalarında bağlanma biçiminin OK subgruplarını etkileyebileceği geniş örneklemli çalışmalarla desteklenmeye ihtiyacı vardır.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, çocukluk çağı travması, erişkin bağlanma biçimi, psikolojik dayanıklılık

8. İNGİLİZCE ÖZET

Erkek F., The Relationship of Childhood Traumas, Attachment Style and Psychological Resilience with Symptom Severity and Symptomatology in Obsessive Compulsive Disorder, Celal Bayar University Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Dissertation Thesis, Manisa 2021

Objective: Nowadays, the concepts of trauma, attachment and resilience have started to be investigated in relation to some mental illnesses, which have become increasingly important. One of the chronic mental disorders that we consider important in this regard is obsessive-compulsive disorder. This study will be a comprehensive study investigating the relationship between childhood traumas, attachment style, and psychological resilience with symptom severity and symptomatology in patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder in our country. In our study, we aimed to investigate the effects of childhood traumas, attachment style and psychological resilience on OCD severity and subgroups and on OCD severity in obsessive-compulsive disorder.

Method: 102 OCD patients who were diagnosed with SCID-5 interview, accepted to participate in our study and met the inclusion criteria in the Psychiatry Clinic of Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital were included as the sample. In addition to the Yale-Brown Obsessive Compulsion Scale (YBOCS), Childhood Traumas Scale, Adult Attachment Style Scale and Psychological Resilience Scale were used in the study. The relationship between OCD severity and sociodemographic characteristics, characteristics of the disease, childhood traumas, attachment style and psychological resilience was investigated using t test, Mann Whitney test, Kruskal Wallis test and post hoc Tukey B test in multiple comparisons. Pearson analysis was used to determine the relationship between OCD severity scores and other scale scores. In the later stage of our analysis, regression analysis was applied to find the severity of OCD and the final predictive variables of the subgroups.

Results: Education level and psychological resilience levels were negatively correlated with OCD severity; It has been found that family members / living in an extended family are positively correlated with OCD severity. It was also found that there was a relationship between anxious / ambivalent attachment and autogenous subgroup. On the other hand, childhood traumas were not found to be associated with OCD severity and subgroups.

Conclusion: These results reveal new treatment targets for mental health professionals. The first thing that comes to mind about psychological resilience is the factors that affect it. Within the concept of resilience, it is an important step to consider and evaluate the factors related to self-perception, severity of symptoms, one by one. For this reason, it is recommended that more attention should be given to not only the psychopathology of the disease, but also the psychological resilience and self-perception of the patients, and more comprehensive evaluations should be made during the mental state examination. In addition, it needs to be supported by studies with large samples in which attachment style in OCD patients may affect OC subgroups.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, childhood trauma, adult attachment style, psychological resilience

9. EKLER

Ek - 1: Hasta Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

CALISMANIN ADI :

Saplanlı Zorlanlı Bozukluğunda Çocukluk Çağı Travmaları, Bağlanma Biçimi ve Psikolojik Dayanıklılığın Belirti Şiddeti ve Belirtilerle İlişkisinin Araştırılması

Bir araştırma çalışmasına katılmayı istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinizde karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamayı 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 katılımla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

CALISMANIN 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.

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. Bu bozukluğun ortaya çıkması, belirtilerin çeşitliliği ve belirtilerin şiddeti başta biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden kaynaklanır. Belirtilerin ortaya çıkmasında ve şiddetinde çocukluk çağında yaşanmış travmaların, bakım verenle olan bağlanmanın ve gelişim sırasında veya sonrasında kişinin psikolojik dayanıklılığındaki değişimin de rol aldığı görülmüştür.

Bu nedenlerle bu çalışmada obsesif kompulsif bozukluk tanımlı hastalarda çocukluk çağı travmaları, bağlanma biçimi ve psikolojik dayanıklılığın semptom şiddeti ve semptomatoloji ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

CALISMA 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. Furkan Erkek 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. 4 adet anket uygulanacaktır. Anketlerle ilgili ayrıntılı bilgi Dr. Furkan Erkek tarafından size verilecektir. Bu anketler tahminen 20 dakikanızı alacaktır.

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

CALISMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışma sırasında, eğer var ise kullandığımız 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.

Ek - 2: DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-5 CV)

Hasta adı-soyadı:

Tarih:

Cinsiyet: (1)erkek (2)kadın

Yaşı:

Eğitim durumu: (1)okuryazar değil (2)okuryazar (3)ilköğrenim (4)ortaöğrenim
(5)yükseköğrenim

Medeni durumu: (1)bekar (2)evli (3)boşanmış/ayrı (4)dul

Meslek durumu: (1)işsiz (2)ev hanımı (3)memur (4)işçi (5)serbest (6)çiftçi
(7)emekli (8)öğrenci (9)diğer

Sosyoekonomik düzey: (1)alt (2)orta (3)üst

Yaşadığı yer: (1)köy/belde (2)kasaba/ilçe (3)kent

Öyküde ruhsal tedavi: (1)yok

(2)var: _____

Ailede ruhsal tedavi/hastalık: (1)yok

(2)var: _____

TANILAR

I. EKSEN

Şu anda Yaşam boyu

☐	☐	_____:
☐	☐	_____:
☐	☐	_____:
☐	☐	_____:
☐	☐	_____:

	Şu anda	Yaşam boyu
DUYGUDURUM EPİZODLARI		
Major depresif epizod	? - +	? - +
Manik epizod	? - +	? - +
Hipomanik Epizod	? - +	? - +
Distimik bozukluk	? - +	? - +
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu	? - +	? - +
Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu	? - +	? - +
PSİKOTİK SEMPTOMLAR		
Hezeyanlar	? - +	? - +
Hallüsinasyonlar	? - +	? - +
Dezorganize konuşma ve davranış	? - +	? - +
Katatonik davranış	? - +	? - +
Negatif semptomlar	? - +	? - +
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR		
Şizofreni	? - +	? - +
Şizofreniform bozukluk	? - +	? - +
Şizoaffektif bozukluk		
Samırsal bozukluk	? - +	? - +
Kısa psikotik bozukluk	? - +	? - +
Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk	? - +	? - +
Madde kullanımının yol açtığı psikotik bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırlamayan psikotik bozukluk	? - +	? - +
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI		
Bipolar I bozukluk	? - +	? - +
Bipolar II bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırlamayan bipolar bozukluk		
Major depresif bozukluk	? - +	? - +
Başka türlü adlandırlamayan depresif bozukluk	? - +	? - +
MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI		
Alkol kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Sedatif/hipnotik anksiyolitik kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Kanabis kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Uyancı kullanım bozukluğu		
Opiyat kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Fensiklidin kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Başka halüsinojen kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Uçucular kullanım bozukluğu	? - +	? - +
Diğer madde kullanım bozukluğu	? - +	? - +
ANKSİYETE VE DİĞER BOZUKLUKLAR		
Panik bozukluğu	? - +	? - +
Agorafobi	? - +	? - +
Toplumsal kaygı bozukluğu	? - +	? - +
Yaygın anksiyete bozukluğu	? - +	? - +
OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK ve TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU		
Obsesif-kompulsif bozukluk	? - +	? - +
Travma sonrası stres bozukluğu	? - +	? - +
ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ/HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU		
Erişkin dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu	? - +	? - +
DİĞER BOZUKLUKLAR / TANI ÖLÇÜTÜ OLMADAN İÇERİLEN HASTALIKLAR		
Adet öncesi disfori bozukluğu	? - +	? - +
Ozgül fobi		
Ayrıma anksiyetesi bozukluğu	? - +	? - +
Birikiricilik bozukluğu	? - +	? - +
Beden algısı bozukluğu	? - +	? - +
Trikotillomani	? - +	? - +
Deri yolma bozukluğu	? - +	? - +
Uykusuzluk bozukluğu	? - +	? - +
Aşırı uyku bozukluğu	? - +	? - +
Anoreksiya nervroza		
Bulimiya nervroza	? - +	? - +
Kaçıngan / kısıtlı yiyecek alımı	? - +	? - +
Bedensel belirti bozukluğu	? - +	? - +
Hastalık kaygısı bozukluğu	? - +	? - +
Aralıklı patlayıcı bozukluk	? - +	? - +
Kumar oynama bozukluğu	? - +	? - +
Uyum bozukluğu	? - +	? - +

Ek - 3: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

Tarih

- 1.Ad-soyad: Yaşı : .
- 2.Cinsiyeti: (1) Erkek (2) Kadın
- 3.Medeni durum: (1) Bekar (2) Evli (3) Boşanmış/ayrış (4) Dul (eşi hayatta değil)
- 4.Eğitim Düzeyiniz: (0) Okuma yazma yok (1) Okuma yazma var (2) İlkokul – ortaokul
(3) Lise (4) Yüksek okul veya 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) Gelir giderden az
(2) Gelir giderden denk
(3) Gelir giderden fazla
7. Yaşadığınız yer: (1) Köy (2) İlçe (3) Kent (4) Yurtdışı
8. Büyüdüğünüz yer: (1) Köy (2) İlçe (3) Kent (4) Yurtdışı
9. 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
- 10.Alışkanlıkları:(0)Yok (1)Sigara (2)Alkol (3)Sigara+alkol (4)İlaç-madde:.....
11. İlk tanı aldığı yaş:
- 12.Belirtilerin başlaması ile ilk psikiyatrik başvuru arasında geçen süre:
13. Hastalık süresi(klinik olarak anlamlı belirtilerin başladığı tarihten bugüne kadar yıl olarak geçen süre):
14. Şu anda psikiyatrik tedavi görüyor musunuz? (0) Hayır (1) Evet
- 15.Kullanılan tedavi: (1) Antidepresan (2) Antipsikotik (3) Hipnotik-Benzodiazepin
(4) Yapılandırılmış Psikoterapi (5) Biyolojik Tedaviler (EKT, TMS)
16. Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü? (0) Hayır (1) Evet
- 17.Düzenli psikofarmakolojik tedavi süresi:.....
18. Sürekli tedavi gerektiren bedensel hastalık tanınız var mı?
(0) Hayır (1) Evet (tanı:.....)
19. Sürekli kullanmak zorunda olduğunuz psikiyatri dışı ilacınız var mı?
(0) Hayır (1) Evet (tanı:.....)
20. Birinci veya ikinci derece akrabalarınızda psikiyatrik hastalık tanısı almış olan var mı?
(1) Hayır (1) Evet (tanısı:.....)
- 21.Birinci veya ikinci derece akrabalarınızda bedensel hastalık (şeker,tansiyon vb) var mı?
(0) Hayır (1) Evet (tanısı:.....)

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

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

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

0: Yok

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

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

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

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

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ

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

0: Hiç

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

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

3: Ağır , sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum

4: Çok ağır , iş göremez durum

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

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

0: hiç

1: hafif, arasıra olan ve fazla rahatsız edici olmayan

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

3: Ağır, çok sık olarak çok rahatsızlık veren

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

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru : Takıntılara direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?

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

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

1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

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

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

5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEİ

Soru : Takıntılarınız üzerinde ne kadar kontrolunuz var?

Takıntılı düşünceleri durdurmada ya da dikkatinizi başka şeye yöneltmede ne kadar başarılısınız? (bir önceki bölümdeki direncin aksine hastanın obsesyonları kontrol edebilmesi daha çok istenmeyen düşüncelerin şiddeti ile ilişkilidir).

0: Tam kontrol edebiliyor.

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

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

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

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

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE

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

0: Hiç

- 1: Hafif (günde 1 saatten az zaman harcıyor) , veya kompulsif davranışın sıklığı az (günde 8 kereden az)
- 2: Orta derecede (günde 1-3 saat) veya sık kompulsif davranışlar (günde 8 kereden fazla olmasına karşın, günün büyük kısmı kompulsiyonlardan uzak geçiyor).
- 3: Ağır (3-8 saat arası süre kompulsiyonlarla geçiyor) veya çok sık kompulsif davranış gösteriyor (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bir kısmı kompulsiyonlarla geçiyor).
- 4: Çok ağır (günde 8 saatten fazla zaman kompulsiyonlarla geçiyor) veya neredeyse sürekli olan kompulsif davranışlar (sayılamayacak sıklıkta, kompulsif davranışların arasında nadiren bir saat boşluk olur).

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

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

0: Hiç

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

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

3: Ağır, sosyal ve mesleki performansı belirgin olarak olumsuz etkileyen durum.

4: Çok ağır, iş göremez durumda.

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ

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

0: Hiç.

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

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

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

4: Çok ağır. Kompulsif davranışlarına müdahale edildiğinde, sıkıntıda ileri boyutlarda ve iş göremez duruma getiren artış; veya kişiyi kompulsif davranışları gerçekleştirilirken iş göremez duruma sokan sıkıntı.

9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME

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

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

1: Çoğu zaman direnmeye çalışır.

2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.

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

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

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLÜN DERECEŚİ

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

0: Tam kontrol edebiliyor.

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

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

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

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

11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ ACISI

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

0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.

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

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

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

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

12. KAÇINMA

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

0: Görünür bir kaçınma yok.

1: Hafif, çok az kaçınma davranışı var.

2: Orta, belirli bir miktar kaçınması var.

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

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

13. KARARSIZLIĞIN DERECEŚİ

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

0: Yok.

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

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

3: Ağır, sürekli olarak önemsiz şeyleri zihninde ölçüp biçme.

4: Çok ağır, hiçbir karar veremez, iş göremez durumdadır.

14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA

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

0: Yok.

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

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

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

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

15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ

Soru : Çok dikkatli yapmak zorunda olduğunuzu hissettiğiniz için bir işe başlamada ve bitirme zorluğunuz oluyor mu? Günlük işleriniz gereğinden çok zaman alıyor mu? (depresyona ikincil olarak gelişen psikomotor yavaşlamadan ayırmınız. Özel obsesyonlar tanımlanamasa bile, olağan işler için harcanan zamanın uzamasını derecelendirin).

0: Hiç yok.

1: Hafif, başlama ve bitirmede arasıra olan gecikme.

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

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

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

16. PATALOJİK KUŞKU

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

0: Hiç.

- 1: Hafif, sadece sorulduğu zaman ifade edilen hafif kendine olan kuşku.
- 2: Orta, fikirler kendiliğinden belirtiliyor. Hasta kendisine olan kuşkuculuğundan rahatsız. performansı bir miktar etkilemesine rağmen başedilebilir boyutlarda.
- 3: Ciddi, algılar ve bellek konusundaki kararsızlık belirgin durumda. kuşkuculuk sık sık performansı olumsuz olarak etkiliyor.
- 4: İleri, algılama hakkındaki kuşkular devamlılık kazanmış. Kişi kendinden kuşkulandığından hemen tüm etkinlikleri bozulmuş durumdadır. İş göremez durumdadır. (örneğin hasta "Gördüklerime aklım güvenmiyor." diye belirtir).

17. GENEL ŞİDDET

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

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

18. GENEL DÜZELME

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

- 0: Çok daha kötü.
- 1: Daha kötüye gidiş.
- 2: Çok az kötüye gidiş var.
- 3: Değişiklik yok.
- 4: Çok az iyileşme var.
- 5: Epeyce iyileşme var.
- 6: Çok fazla iyileşme var.

19. GÜVENİLİRLİK

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

- 0: Mükemmel. Elde edilen bilgilerin doğruluğundan hiçbir kuşku yok.
- 1: İyi. Güvenilirliği kötü yönde etkileyen faktörler olabilir.
- 2: Orta. Bazı faktörler güvenilirliği kesin olarak etkilemiştir.
- 3: Zayıf. Çok az oranda güvenilir.

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

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

ŞİMDİ GEÇMİŞTE SALDIRGANLIK OBSESYONLARI

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

KİRLENME OBSESYONLARI

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

ŞİMDİ GEÇMİŞTE CİNSEL OBSESYONLAR

- Yasaklanmış veya sapıklık derecesinden cinsel düşünce, görüntü veya dürtüler
- Çocuklar veya incest ilişkisiyle ilgili
- Homoseksüel ilişkiyle ilgili*
- Başkalarına karşı cinsel davranış (saldırgan)*
- Diğer

BİRİKTİRME / SAKLAMA OBSESYONLARI

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

DİNİ OBSESYONLAR

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

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

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

DİĞER OBSESYONLAR

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

SOMATİK OBSESYONLAR

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

ŞİMDİ GEÇMİŞTE TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

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

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

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

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA / DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME / TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

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

DİĞER KOMPULSİYONLAR

- Zihinsel törenler (kontrol ve sayma dışında)
- Aşırı liste hazırlama
- Söyleme, sorma veya itiraf etme gereksinimi
- Dokunma, vurma veya ovalama gereksinimi*
- Göz kırpma veya gözlerini dikme törensi davranışları*
- Kendine; başkalarına zarar gelmemesi veya kötü olaylara karşı önlem alma (kontrol etme değil)
- Tören haline gelmiş yemek yeme alışkanlıkları *
- Diğer

Ek - 5: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

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

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

7. Sevildiğimi hissediyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da stırıklar oluyordu.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

14. *Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

15. *Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

16. *Çocukluğum mükemmeldi.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

17. *Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

18. *Ailemde birisi benden nefret ederdi.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

19. *Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

20. *Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

21. *Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

22. *Benim ailem dünyanın en iyisiydi.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

23. *Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

24. *Birisi bana cinsel tacizde bulundu.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

25. *Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

26. *İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

27. *Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

28. *Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.*

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

Ek - 6: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği

Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği

Adı Soyadı:	Görüşme Tarihi:
-------------	-----------------

Aşağıdaki ifadelerin herbirini dikkatlice okuduktan sonra, her birinin kendinizi ne kadar iyi tanıttığını dört seçenekten birini işaretleyerek belirtiniz; eğer sizi çok iyi tanıttığını düşünüyorsanız, "Çok doğru (4)" seçeneğini işaretleyiniz. Fakat hiç iyi tanıtmıyorsa "Hiç doğru değil (1)" seçeneğini işaretleyiniz. Diyelim ki şu ifadeyi okudunuz: "İnsan ihtiyacı olduğunda kimseyi bulamaz". Eğer ihtiyacınız olduğunda kimseyi bulamayacağınızı düşünüyorsanız, o zaman "Çok doğru (4)" seçeneğini işaretlemeniz gerekir. Tam tersi, bu ifadenin sizi hiç tanıtmadığını düşünüyorsanız, o zaman "Hiç doğru değil (1)" seçeneğini işaretlemelisiniz.

1/ İnsan, ihtiyacı olduğunda kimseyi bulamaz.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

2/ Başkalarına bağımlı olmayı kabullenmek benim için zordur.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

3/ Başkalarına bağımlı olmak beni rahatsız etmez.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

4/ İnsanlara ihtiyacım olduğunda onları bulabileceğimi biliyorum.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

5/ İnsanlara tamamen güvenmek bana zor geliyor.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

6/ İhtiyacım olduğu anda birini bulabileceğimden emin değilim.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

7/ Terkedileceğim diye pek endişelenmem.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

8/ Beraber olduğum kişi (veya kendimi çok yakın hissettiğim kişi) beni gerçekten sevmiyor diye çoğu zaman kaygılanırım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

9/ İnsanlar bana, benim onların bana yaklaşmalarını istediğim kadar yaklaşmaktan çekiniyorlar.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

10/ Beraber olduğum kişi (veya kendimi çok yakın hissettiğim kişi) benimle kalmak istemeyecek diye çoğu zaman kaygılanırım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

11/ Bazen benim onlarla kaynaşma arzum insanları ürkütüp kaçırıyor.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

12/ İnsanlarla yaklaşmak benim için oldukça kolaydır.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

13/ Birisi bana gereğinden fazla yaklaşacak diye pek kaygılanmam.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

14/ İnsanlara yakın olmaktan biraz huzursuzluk duyarım.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

15/ Birisi bana aşırı derecede yaklaştığında tedirgin olurum.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

16/ Başkalarının bana bağımlı olması beni rahatsız etmez.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

17/ İlişkiye girdiğim (veya kendimi çok yakın hissettiğim) kişiler çoğu zaman beni rahatsız edecek kadar samimi olmak istiyorlar.

1. Hiç doğru değil 2. Biraz doğru 3. Oldukça doğru 4. Çok doğru

Ek - 7: Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Aşağıda Psikolojik Dayanıklılığınıza ilişkin sorular yer almaktadır. Aşağıdaki soruların yanında yer alan kutucuklardan size en yakın olan kutucuğu göre işaretleyiniz.

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	Her zaman bir çözüm bulurum	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	Başarılması zordur	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	Diğer kişilerle birlikte	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	Benimkinden farklıdır	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	Hiç kimseyle tartışmam	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim.
7. Kişisel problemlerimi...	Çözemem	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	Nasıl başaracağımı bilirim	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...	İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	Önemli değildir	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim	Çok mutlu	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Çok mutsuz
12. Beni ...	Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	Olduğuna çok inanırım	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	Ümit verici	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Belirsiz

15. Şu konuda iyiyimdir...	
Zamanımı planlama	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	
Kolayca yapabildiğim	Yapmakta zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş.
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	
Belirsizdir	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	
Günlük yaşamımda yoktur	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	
Benim için zordur	Benim iyi olduğum bir konudur.
23. Zor zamanlarda, ailem ...	
Geleceğe pozitif bakar	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	
Bana hemen haber verilir	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır.
25. Diğerleriyle beraberken	
Kolayca gülerim	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	
Birbirlerini desteklemez biçimde	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	
Her şeyi umutsuzca gören bir	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	
Zordur	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	
Bana yardım edebilecek kimse yoktur	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	
Başa çıkmaya çalışırım	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	
İşleri bağımsız olarak yapmayı	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarımla/aile üyeleri ...	
Yeteneklerimi beğenirler	Yeteneklerimi beğenmezler

10. KAYNAKLAR

- Aas, M., Henry, C., Andreassen, O. A., Bellivier, F., Melle, I. ve Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*. doi:10.1186/s40345-015-0042-0
- Abramowitz, J. S., Taylor, S. ve McKay, D. (2005). Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 140–147.
- Adam, Y., Meinlschmidt, G., Gloster, A. T. ve Lieb, R. (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi:10.1007/s00127-010-0337-5
- Aelterman, N., De Clercq, B., De Bolle, M. ve De Fruyt, F. (2011). General and maladaptive personality dimensions in pediatric obsessive-compulsive symptoms. *Child Psychiatry and Human Development*. doi:10.1007/s10578-010-0199-9
- Ak, M. (2006). *İntihar girişimi ile mizaç karakter özellikleri arasındaki ilişkinin majör depresif bozukluk örnekleminde irdelenmesi*. Ankara.
- Akiskal, H. (2007). Duygudurum bozuklukları: tarihsel gelişimi ve kavramın tanıtımı. B. Sadock ve V. Sadock (Ed.), *Comprehensive textbook of psychiatry* içinde (8. Baskı., ss. 1559–1574). Ankara: Öncü Basımevi.
- Allen, A. J., Leonard, H. L. ve Swedo, S. E. (1995). 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*, 34(3), 307–311. doi:10.1097/00004583-199503000-00015
- Alonso, P., Menchón, J. M., Jiménez, S., Segalàs, J., Mataix-Cols, D., Jaurrieta, N., ... Pujol, J. (2008). Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Research*. doi:10.1016/j.psychres.2006.06.003
- Alp, E. (1998). *A validation study of two attachment inventories with Turkish young adults. Unpublished master thesis*. Bogazici University, Istanbul, Turkey.
- Amir, N., Freshman, M. ve Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*. doi:10.1016/S0887-6185(99)00032-8
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D. ve Rössler, W. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(3), 156–164. doi:10.1007/s00406-004-0459-4
- Anyan, F. ve Hjemdal, O. (2016). Adolescent stress and symptoms of anxiety and depression: Resilience explains and differentiates the relationships. *Journal of Affective Disorders*, 203, 213–220. doi:10.1016/j.jad.2016.05.031
- APA. (1995). *Mental bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı*. dördüncü baskı (Ed.), (dördüncü b.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
- APA. (2009). *The Road to Resilience. The Road to Resilience*.
- Arnold, P., Sicard, T., Burroughs, E., Richter, M. ve Kennedy, J. (2006). Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63(July), 769–76.
- Asad, S. ve Dawood, S. (2015). Attachment Orientation, Obsessive Beliefs, and Symptom Severity in Patients with Obsessive Compulsive Disorder. *Pakistan Journal of Psychological Research*.
- Atmaca, M., Yildirim, H., Ozdemir, H., Tezcan, E. ve Kursad Poyraz, A. (2007). Volumetric MRI study of key brain regions implicated in obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(1), 46–52. doi:10.1016/j.pnpbp.2006.06.008
- Attademo, L., De Giorgio, G., Quartesan, R. ve Moretti, P. (2012). Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: From comorbidity to schizo-obsessive disorder. *Rivista di Psichiatria*. doi:10.1708/1069.11715

- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* içinde .
- Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R. T., ... Wittchen, H. U. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. doi:10.1177/0269881105059253
- Basım, H. N. ve Çetin, F. (2011). Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Bayraktar, E. (1997). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 25–32.
- Berlim, M. T., Neufeld, N. H. ve 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*. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.03.022
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*. doi:10.1176/ajp.151.8.1132
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms: Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge University Press.
- Beşiroğlu, L. (2014). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji: tedavi yanıtı için önemli mi. *Psikiyatri Güncel*, 4(3), 221–229.
- Beşiroğlu, L., Çilli, A. S. ve Aşkin, R. (2004). The Predictors of Health Care Seeking Behavior in Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. doi:10.1016/j.comppsy.2003.12.010
- Besiroglu, L., Uguz, F., Saglam, M., Agargun, M. Y. ve Cilli, A. S. (2007). Factors associated with major depressive disorder occurring after the onset of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2006.12.007
- Bifulco, A. T., Brown, G. W. ve Harris, T. O. (1987). Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/0165-0327(87)90003-6
- Blasi, G., Lo Bianco, L., Taurisano, P., Gelao, B., Romano, R., Fazio, L., ... Bertolino, A. (2009). Functional variation of the dopamine D2 receptor gene is associated with emotional control as well as brain activity and connectivity during emotion processing in humans. *Journal of Neuroscience*. doi:10.1523/JNEUROSCI.3609-09.2009
- Bloch, M. H., Landeros-weisenberger, A., Rosario, M. C., Ph, D., Pittenger, C. ve Leckman, J. F. (2008). Reviews and Overviews Meta-Analysis of the Symptom Structure of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, 165(December), 1532–1542. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18923068> adresinden erişildi.
- Bond, S. (2009). Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change. *Journal of Nervous & Mental Disease*. doi:10.1097/nmd.0b013e318195fe3f
- Bornstein, B. H., Kaplan, D. L. ve Perry, A. R. (2007). Child abuse in the eyes of the beholder: Lay perceptions of child sexual and physical abuse. *Child Abuse and Neglect*. doi:10.1016/j.chiabu.2006.09.007
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International journal of psycho-analysis*.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II. *Separation, Anxiety and Anger* içinde (ss. 1–429). London: The Hogarth press and the institute of psycho-analysis.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *Br. J. Psychiatry*.
- Bowlby, J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London (Tavistock).

- Boysan, M. ve Çam, Z. (2018). An investigation into the role of attachment insecurities in obsessive-compulsive symptoms. *British Journal of Guidance and Counselling*. doi:10.1080/03069885.2016.1262533
- Bozikas, V. P., Parlapani, E., Holeva, V., Skemperi, E., Bargiota, S. I., Kirla, D., ... Garyfallos, G. (2016). Resilience in patients with recent diagnosis of a schizophrenia spectrum disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. doi:10.1097/NMD.0000000000000541
- Bozikas, V. ve Parlapani, E. (2016). Resilience in patients with psychotic disorder. *Psychiatrike = Psychiatriki*.
- Bradley, R. G., Binder, E. B., Epstein, M. P., Tang, Y., Nair, H. P., Liu, W., ... Ressler, K. J. (2008). Influence of Child Abuse on Adult Depression. *Archives of General Psychiatry*. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.26
- Bruno, A., Micò, U., Pandolfo, G., Mallamace, D., Abenavoli, E., Di Nardo, F., ... Muscatello, M. R. A. (2012). Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: A double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Psychopharmacology*. doi:10.1177/0269881111431751
- Çamlı, K., Türkçapar, M. H. ve Sargin, E. (2012). Reaktif ve Otojen Özellikler Gösteren Obsesif Kompulsif Bozuklukta İçgörü, Bilişsel İçgörü ve Sosyodemografik Özellikler. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*.
- Carey, G. ve Gottesman, I. (1981). Twin and family studies of anxiety, phobia, and obsessive-compulsive disorder. J. Klein, D. Rabkin (Ed.), *Anxiety: New Research and Changing Concepts* içinde (ss. 117–136). New York: Raven Press.
- Carpenter, L. ve Chung, M. C. (2011). Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi:10.1111/j.2044-8341.2010.02003.x
- Castle, D. J., Deale, A. ve Marks, I. M. (1995). Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Australasian Psychiatry*. doi:10.3109/00048679509075899
- Cavallini, M. C., Bella, D. Di, Siliprandi, F., Malchiodi, F. ve Bellodi, L. (2002). Exploratory factor analysis of obsessive-compulsive patients and association with 5-HTTLPR polymorphism. *American Journal of Medical Genetics - Neuropsychiatric Genetics*. doi:10.1002/ajmg.1700
- Cavallini, M., Pasquale, L., Bellodi, L. ve Smeraldi, E. (1999). Complex segregation analysis for obsessive compulsive disorder and related disorders. *Am J Med Genet*, 88, 38-43. doi:10.1097/00008877-199505001-00144
- Chakrabarty, K., Bhattacharyya, S., Christopher, R. ve Khanna, S. (2005). Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*, 30(9), 1735–40.
- Charley, D. ve Sadock, B. (2007). Anksiyete Bozuklukları. H. Aydın ve A. Bozkurt (Ed.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* içinde (8. bs., ss. 1718–1800). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Chlebowski, S. ve Gregory, R. J. (2009). Is a psychodynamic perspective relevant to the clinical management of obsessive-compulsive disorder? *American Journal of Psychotherapy*. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2009.63.3.245
- Cicchetti, D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: A multilevel perspective. *World Psychiatry*. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00297.x
- Cicchetti, D. ve Rogosch, F. A. (2012). Gene × environment interaction and resilience: Effects of child maltreatment and serotonin, corticotropin releasing hormone, dopamine, and oxytocin genes. *Development and Psychopathology* içinde . doi:10.1017/S0954579412000077
- Cilicilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkin, R., Kaya, N., Bodur, S. ve Kucur, R. (2004). Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 367–374. doi:10.1016/j.comppsy.2004.06.009
- Clark, D. A. (1999). Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders: A commentary. *Cognitive and Behavioral Practice* 1, 6(4), 408–415.

- Clark, D. A. ve Purdon, C. L. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 967–976.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*. doi:10.1037/0021-843X.114.4.505
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual review of psychology*.
- Collins, N. L. ve Read, S. J. (1990). Adult Attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*. doi:10.1037/0022-3514.58.4.644
- Crawford et al. (2007). Insecure attachment and personality disorder: A twin study of adults. *European Journal of Personality*, 21(2), 191–208.
- Dancey, C. ve Reidy, J. (2011). *Statistics without maths for psychology*. Pearson education. Book.
- De Koning, P. P., Figeo, M., Van Den Munckhof, P., Schuurman, P. R. ve Denys, D. (2011). Current status of deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: A clinical review of different targets. *Current Psychiatry Reports*. doi:10.1007/s11920-011-0200-8
- De Silva, P. ve Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. doi:10.1016/S0005-7967(98)00185-5
- Demet, M. (2005). Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar.
- Demet, M., Deveci, A., Deniz, F., Taşkın, E., Şimşek, E. ve Yurtsever, F. (2005). Obsesif kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(3), 133–44.
- Denys, D., Zohar, J. ve Westenberg, H. (2004). The role of dopamine in obsessive- compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*, 65(14), 11–17.
- Diehl, M., Elnick, A. B., Bourbeau, L. S. ve Labouvie-Vief, G. (1998). Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*. doi:10.1037/0022-3514.74.6.1656
- Dinn, W. M., Harris, C. L., Mcgonigal, K. M. ve Raynard, R. C. (2001). Obsessive-compulsive disorder and immunocompetence. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(3), 311–320. doi:10.2190/F0BA-BN4F-61KA-UD99
- Donner, J., Sipilä, T., Ripatti, S., Kananen, L., Chen, X., Kendler, K. S., ... Hovatta, I. (2012). Support for involvement of glutamate decarboxylase 1 and neuropeptide y in anxiety susceptibility. *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics*. doi:10.1002/ajmg.b.32029
- Doron, G. ve Kyrios, M. (2005). Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*. doi:10.1016/j.cpr.2005.02.002
- Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M., Nedeljkovic, M. ve Mikulincer, M. (2009). Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *Journal of Social and Clinical Psychology*. doi:10.1521/jscp.2009.28.8.1022
- Doron, G., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Mikulincer, M. ve Sar-El, D. (2012). Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02028.x
- Echezarraga, A., Calvete, E., González-Pinto, A. M. ve Las Hayas, C. (2018). Resilience dimensions and mental health outcomes in bipolar disorder in a follow-up study. *Stress and Health*. doi:10.1002/smi.2767
- Eğ, A., Gülseren, L., Gülseren, Ş. ve Kültür, S. (1997). Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. *Psychopathology*, 30(2), 106–110.
- Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Stout, R. L., Pinto, A. ve Rasmussen, S. A. (2013). Five-year course of obsessive-compulsive disorder: Predictors of remission and relapse. *Journal of Clinical Psychiatry*.

doi:10.4088/JCP.12m07657

- El Mansari, M. ve Blier, P. (2005). Responsiveness of 5-HT_{1A} and 5-HT₂ receptors in the rat orbitofrontal cortex after long-term serotonin reuptake inhibition. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(4), 268–274.
- El Mansari, M. ve Blier, P. (2006). Mechanisms of action of current and potential pharmacotherapies of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 362–373. doi:10.1016/j.pnpbp.2005.11.005
- Elbir, M., Topbaş, Ö. A., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, O. Z. ve Çetin, Ş. (2019). DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Erzegovesi, S., Cavallini, M. C., Cavedini, P., Diaferia, G., Locatelli, M. ve Bellodi, L. (2001). Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. doi:10.1097/00004714-200110000-00006
- 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*. doi:10.1001/archpsyc.55.10.918
- First, Spitzer, Gibbon, Williams, Davies, Borus, J., ... Rounsaville, B. (1995). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition*. Biometrics Research Department.
- Foa, E., Steketee, G. ve Ozarow, B. (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsives. *From theory to treatment. In Obsessive-compulsive disorder* içinde (ss. 49–120). Newyork: Plenum Pres.
- Fontenelle, L. F., Domingues, A. M., Souza, W. F., Mendlowicz, M. V., De Menezes, G. B., Figueira, I. L. ve Versiani, M. (2007). History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Psychiatric Quarterly*. doi:10.1007/s11126-007-9043-1
- Fraley, R. C. ve Shaver, P. R. (2000). Adult Romantic Attachment: Theoretical Developments, Emerging Controversies, and Unanswered Questions. *Review of General Psychology*. doi:10.1037/1089-2680.4.2.132
- Fraser, M., Galinsky, M. ve Richman, J. (1999). Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework. *Social Work Research*, 3(23), 131–142.
- Freud, S. (2000). Ego ve İd, Haz İlkesinin Ötesinde, Ego ve İd ve Başka Yapıtlar. *Metapsikoloji* içinde (ss. 247–293). İstanbul: İdea Yayınevi.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H. ve Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. doi:10.1002/mpr.143
- Frost, R. ve Steketee, G. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667–681.
- Galderisi, S., Rossi, A., Rocca, P., Bertolino, A., Mucci, A., Bucci, P., ... Birindelli, N. (2014). The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*. doi:10.1002/wps.20167
- Garnezy, N. ve Streitman, S. (1974). Children at risk: the search for the antecedents of schizophrenia. I. Conceptual models and research methods. *Schizophrenia Bulletin*. doi:10.1093/schbul/1.8.14
- Garnezy, Norman. (1971). VULNERABILITY RESEARCH AND THE ISSUE OF PRIMARY PREVENTION. *American Journal of Orthopsychiatry*. doi:10.1111/j.1939-0025.1971.tb01111.x
- Garnezy, Norman, Masten, A. S. ve Tellegen, A. (1984). The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development*. doi:10.2307/1129837
- Gatt, J. M., Nemeroff, C. B., Schofield, P. R., Paul, R. H., Clark, C. R., Gordon, E. ve Williams, L. M. (2010). Early life stress combined with serotonin 3A receptor and brain-derived neurotrophic factor valine 66 to methionine

- genotypes impacts emotional brain and arousal correlates of risk for depression. *Biological Psychiatry*. doi:10.1016/j.biopsych.2010.06.025
- Gentil, A. F., Mathis, M. A. de, 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 and Alcohol Dependence*. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.09.010
- Georgiades, A., Farquharson, L. ve Ellett, L. (2015). Resilience, recovery style, and stress in early psychosis. *Psychosis*. doi:10.1080/17522439.2014.936028
- Giedd, J. N., Rapoport, J. L., Garvey, M. A., Perlmutter, S. ve Swedo, S. E. (2000). MRI assessment of children with obsessive-compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 281–283. doi:10.1176/appi.ajp.157.2.281
- Gillihan, S. J., Williams, M. T., Malcoun, E., Yadin, E. ve Foa, E. B. (2012). Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. doi:10.1016/j.jocrd.2012.05.002
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse and Neglect*. doi:10.1016/S0145-2134(02)00342-3
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. *Archives of General Psychiatry*. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
- Goodwin, R., Koenen, K. C., Hellman, F., Guardino, M. ve Struening, E. (2002). Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.01221.x
- Grad, L., Pelcovitz, D., Olson, M., Matthews, M. ve Grad, J. (1989). Obsessive compulsive symptomatology in children with Tourette's syndrome. *J Am Acad Child Psychiatry*, 26, 69-73.
- Greist, J. H. ve Jefferson, J. W. (2007). Obsessive-compulsive disorder, 5(3), 283–298.
- Harlow, H. . S. (1970). The nature of love - Simplified. *Amer.Psychol*.
- Head, D., Bolton, D. ve Hymas, N. (1989). Deficit in cognitive shifting ability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Biol. Psychiatry*, 25(929–937).
- Hemmings, S. M. J., Kinnear, C. J., Niehaus, D. J. H., Moolman-Smook, J. C., Lochner, C., Knowles, J. A., ... Stein, D. J. (2003). Investigating the role of dopaminergic and serotonergic candidate genes in obsessive-compulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 13(2), 93–98. doi:10.1016/S0924-977X(02)00129-3
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C. ve 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.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H. ve Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*. doi:10.1192/bjp.179.4.324
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K. ve Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.719
- Hoge, E. A., Austin, E. D. ve Pollack, M. H. (2007). Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*. doi:10.1002/da.20175
- Hollander, E., Decaria, C. ve Nitescu, A. (1992). Serotonergic Function in Obsessive-Compulsive Disorder Obsessive. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 21–28.
- Hollander, E., Kwon, J., Stein, D., Broatch, J., Rowland, C. ve Himelein, C. (1996). Obsessive compulsive and spectrum

- disorders:overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry*, 57(spl.8), 3–6.
- Hollander, Eric, Bienstock, C. A., Koran, L. M., Pallanti, S., Marazziti, D., Rasmussen, S. A., ... Zohar, J. (2002). Refractory obsessive-compulsive disorder: State-of-the-art treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* içinde .
- Hollander, Eric, Stein, D. J., Kwon, J. H., Rowland, C., Wong, C. M., Broatch, J. ve Himelein, C. (1998). Psychosocial Function and Economic Costs of Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrums*. doi:10.1017/S1092852900007239
- Hoorelbeke, K., Marchetti, I., De Schryver, M. ve Koster, E. H. W. (2016). The interplay between cognitive risk and resilience factors in remitted depression: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*.
- Hornor, G. (2012). Emotional Maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care*. doi:10.1016/j.pedhc.2011.05.004
- Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenon, K. J., Liebowitz, M. R. ve 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. doi:10.1002/da.20506
- Insel, T. (1990). Phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 51(2), 4–8.
- İşeri, E. (2008). Cinsel İstismar. *Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı* içinde (ss. 470–477). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., De Graaf, R. ve Van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 38–45. doi:10.1046/j.0001-690X.2003.00217.x
- Jenike, M. A. (2004). Obsessive–compulsive disorder. *New England Journal of Medicine*, 350(3), 259–265.
- Jenike, M. A. ve Rauch, S. L. (1994). Managing the patient with treatment-resistant obsessive compulsive disorder: Current strategies. *Journal of Clinical Psychiatry* içinde .
- Jonnal, A. H., Gardner, C. O., Prescott, C. A. ve Kendler, K. S. (2000). Obsessive and compulsive symptoms in a general population sample of female twins. *American Journal of Medical Genetics - Neuropsychiatric Genetics*, 96(6), 791–796. doi:10.1002/1096-8628(20001204)96:6<791::AID-AJMG19>3.0.CO;2-C
- K., S., K.J., R., S.D., N., T., J. ve B., B.-D. (2012). PTSD and gene variants: New pathways and new thinking. *Neuropharmacology*.
- Kanbur, N. ve Akgül, S. (2010). Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatristin rolü. *Çocuk İhmal ve İstismarı-I*, 32(4), 491–502.
- Kaplan, A. ve Hollander, E. (2003). A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Services*. doi:10.1176/appi.ps.54.8.1111
- Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A. (2004). Çocuk İstismarı ve Çocuk. *Hastalıkları Dergisi*, 47, 140–151.
- Karadağ, F., Oguzhanoglu, N. K., Özdel, O., Ateşçi, F. Ç. ve Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: A phenomenological picture. *Depression and Anxiety*. doi:10.1002/da.20148
- Karamustafalıoğlu, O. (2018). *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Güneş Tıp Kitabevleri.
- Karamustafalıoğlu, O. ve Akpınar, A. (2006). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, Psikiyatri*, 2(12), 30–4458.
- Karamustafalıoğlu, O., Ceylan, C., Bakım, B., Toker, S., Bozkurt, S., Göksan, B., ... Akpınar, A. (2009). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında sosyodemografik özellikler ve komorbidite. *E.E.A.H. Tıp Bülteni*, 9(43), 112–16.
- Karamustafalıoğlu, OK., Üçışık, A. ve Ulusoy, M. (1993). Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı*, 86.
- Karg, K., Burmeister, M., Shedden, K. ve Sen, S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR),

- stress, and depression meta-analysis revisited: Evidence of genetic moderation. *Archives of General Psychiatry*. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.189
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. ve Burnam, M. A. (1988). The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Five US Communities. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1094–1099. doi:10.1001/archpsyc.1988.01800360042006
- Karslioglu, E. H. ve Yüksel, N. (2004). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi, 3–13.
- Kesebir, S., Kavzoğlu, S. ve Üstündağ, M. (2011). Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 321–342.
- Kim, C. H., Koo, M. S., Cheon, K. A., Ryu, Y. H., Lee, J. D. ve 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. doi:10.1007/s00259-003-1245-7
- Kim, H. K., Kim, S. J., Lee, Y. J., Lee, H. J., Kang, S. G., Choi, J. E., ... Lim, W. J. (2011). Influence of the interaction between the serotonin 1A receptor C-1019G polymorphism and negative life stressors on the Development of Depression. *Neuropsychobiology*. doi:10.1159/000322144
- Kim, S. J., Kang, J. I. ve Kim, C. H. (2009). Temperament and character in subjects with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. doi:10.1016/j.comppsy.2008.11.009
- Klein Hofmeijer-Sevink, M., Batelaan, N. M., Van Megen, H. J. G. M., Penninx, B. W., Cath, D. C., Van Den Hout, M. A. ve Van Balkom, A. J. L. M. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: A report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 137(1–3), 106–112. doi:10.1016/j.jad.2011.12.008
- Kolada, J. L., Bland, R. C. ve Newman, S. C. (1994). Obsessive-Compulsive Disorder, 24–35.
- Koohsar, A. A. H. ve Bonab, B. G. (2011). Relation among quality of attachment, obsessive - Compulsive behaviours and phobic anxiety in college students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* içinde . doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.037
- Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G. ve Simpson, H. B. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. doi:10.1176/appi.books.9780890423363.149114
- Köroğlu, E. (2004). *Anksiyete Bozuklukları, PsikoNozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
- Köroğlu, E. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı,(DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı* (5.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
- Lapsekili, N., Uzun, Ö. ve Ak, M. (2010). Obsesif kompulsif bozukluk olgularında heyecan arama davranışı. *Klinik Psikiyatri*, 13, 170–176.
- Lebowitz, E. R., Storch, E. A., MacLeod, J. ve Leckman, J. F. (2015). Clinical and Family Correlates of Coercive–Disruptive Behavior in Children and Adolescents with Obsessive–Compulsive Disorder. *Journal of Child and Family Studies*. doi:10.1007/s10826-014-0061-y
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., ... Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 911–917. doi:10.1176/ajp.154.7.911
- Lee, D., Cha, B., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Lee, S. J., ... Choi, J. W. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2016.08.075
- Lee, H. J. ve Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 11–29. doi:10.1016/S0005-7967(01)00101-2
- Lee, Han Joo, Kwon, S. M., Kwon, J. S. ve Telch, M. J. (2005). Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *Depression and Anxiety*. doi:10.1002/da.20063

- Li, M. H. ve Nishikawa, T. (2012). The relationship between active coping and trait resilience across U.S. and Taiwanese college student samples. *Journal of College Counseling*. doi:10.1002/j.2161-1882.2012.00013.x
- Li, Y., Marques, L., Hinton, D. E., Wang, Y. ve Xiao, Z. P. (2009). Symptom dimensions in Chinese patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS Neuroscience and Therapeutics*. doi:10.1111/j.1755-5949.2009.00099.x
- Lochner, C., Du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., Van Kradenburg, J., Seedat, S., ... Stein, D. J. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*. doi:10.1002/da.10028
- Lochner, C., Seedat, S., Hemmings, S. M. J., Kinnear, C. J., Corfield, V. A., Niehaus, D. J. H., ... Stein, D. J. (2004). Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings. *Comprehensive Psychiatry*. doi:10.1016/j.comppsy.2004.03.010
- Lochner, C. ve Stein, D. J. (2003). Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: A literature review. *Harvard Review of Psychiatry*. doi:10.1080/10673220303949
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543–562.
- Luthar, S. S. (1991). Vulnerability and Resilience: A Study of High-Risk Adolescents. *Child Development*. doi:10.1111/j.1467-8624.1991.tb01555.x
- Luthar, S. ve Zigler, E. (1988). Motivational factors, school atmosphere, and SES: Determinants of children's probability task performance. *Journal of Applied Developmental Psychology*. doi:10.1016/0193-3973(88)90013-5
- M., S., E., A., J.A., V. ve S.A., C. (2012). Obsessive--compulsive disorder: prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*.
- Magaña, S. M., Ramírez García, J. I., Hernández, M. G. ve Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*. doi:10.1176/ps.2007.58.3.378
- Marazziti, D., Baroni, S., Giannaccini, G., Catena-Dell'Osso, M., Piccinni, A., Massimetti, G. ve Dell'Osso, L. (2015). Plasma Oxytocin Levels in Untreated Adult Obsessive-Compulsive Disorder Patients. *Neuropsychobiology*. doi:10.1159/000438756
- Marazziti, D., Pfanner, C., Palego, L., Gemignani, A., Milanfranchi, A., Ravagli, S., ... Cassano, G. B. (1997). Changes in platelet markers of obsessive-compulsive patients during a double-blind trial of fluvoxamine versus clomipramine. *Pharmacopsychiatry*, 30(6), 245–249. doi:10.1055/s-2007-979501
- Marulanda, S. ve Addington, J. (2016). Resilience in individuals at clinical high risk for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. doi:10.1111/eip.12174
- Masten, A. S., & Reed, M. G. J. (2002). Resilience in development. *Handbook of positive psychology* içinde (ss. 74, 88).
- Masten, A. S., Best, K. M. ve Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. doi:10.1017/S0954579400005812
- Masten, A. S., Garmezy, N., Tellegen, A., Pellegrini, D. S., Larkin, K. ve Larsen, A. (1988). COMPETENCE AND STRESS IN SCHOOL CHILDREN: THE MODERATING EFFECTS OF INDIVIDUAL AND FAMILY QUALITIES. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/j.1469-7610.1988.tb00751.x
- Mataix-Cols, D., Do Rosario-Campos, M. C. ve Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228–238. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.228
- Mataix-Cols, D., Fernandez de La Cruz, L., Nordsletten, A. E., Lenhard, F., Isomura, K. ve Simpson, H. B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry*. doi:10.1002/wps.20299

- Mathews, C. A., Kaur, N. ve Stein, M. B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*. doi:10.1002/da.20316
- 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*. doi:10.1016/j.psychres.2015.02.004
- McKeon, P. ve Murray, R. (1987). Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*. doi:10.1192/bjp.151.4.528
- Meyer B, P. P. (2005). An attachment model of personality disorders. *Major theories of personality disorder.*, 2, 231–281.
- Miguel, E., Stein, M., Rauch, S., O’Sullivan, R., Stern, T. ve Jenike, M. (1995). Obsessive-compulsive disorder in patients with multiple sclerosis. *J Neuropsychiatry Clin*, 7, 507–510.
- Monteiro, W. (1991). Gender-Divergent Aetiological Factors in Obsessiveâ €” Compulsive Disorder, 1991.
- Moore, G., MacMaster, F. ve Stewart, C. (1998). Case study: caudate glutamatergic changes with paroxetine therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychol*, 37, 663–7.
- Morer, A., Lázaro, L., Sabater, L., Massana, J., Castro, J. ve Graus, F. (2008). Antineuronal antibodies in a group of children with obsessive-compulsive disorder and Tourette syndrome. *Journal of Psychiatric Research*. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.09.010
- Murphy, L. B. (1987). The invulnerable child. *Further reflections on resilience*. içinde (ss. 84-105.).
- Murphy, L. B. ve Moriarty, A. E. (1976). Vulnerability, coping and growth from infancy to adolescence. Oxford, England: Yale U Press.
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., Holzer, C. E., Leaf, P. J., Orvaschel, H., ... Stoltzman, R. (1984). Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities: 1980 to 1982. *Archives of General Psychiatry*, 41(10), 959–967. doi:10.1001/archpsyc.1984.01790210041006
- Myhr, G., Sookman, D. ve Pinard, G. (2004). Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: A comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00271.x
- Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L. ve Westen, D. (2002). Relationship between Attachment Patterns and Personality Pathology in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. doi:10.1097/00004583-200209000-00012
- Nakatani, E., Krebs, G., Micali, N., Turner, C., Heyman, I. ve Mataix-Cols, D. (2011). Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: Clinical features and treatment outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(12), 1261–1268. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02434.x
- Narayanaswamy, J. C., Viswanath, B., Veshnal Cherian, A., Bada Math, S., Kandavel, T. ve Janardhan Reddy, Y. C. (2012). Impact of age of onset of illness on clinical phenotype in OCD. *Psychiatry Research*. doi:10.1016/j.psychres.2012.03.037
- Nemeroff, C. B. (2016). Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*. doi:10.1016/j.neuron.2016.01.019
- Nestadt, G., Samuels, J. ve Riddle, M. (2000). A Family Study of Obsessive-compulsive Disorder, 57, 358–63.
- Neziroglu, F., Anemone, R. ve Yaryura-Tobias, J. A. (1992). Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *The American journal of psychiatry*, 149(7), 947–950.
- Okasha, A. (2000). Obsessive-Compulsive Disorder. *WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry*, 4, 1–21.
- Olatunji, B. O., Moretz, M. W., Wolitzky-Taylor, K. B., McKay, D., McGrath, P. B. ve Ciesielski, B. G. (2010). Disgust Vulnerability and Symptoms of Contamination-Based OCD: Descriptive Tests of Incremental Specificity.

- Behavior Therapy*, 41(4), 475–490. doi:10.1016/j.beth.2009.11.005
- Ozawa, C., Suzuki, T., Mizuno, Y., Tarumi, R., Yoshida, K., Fujii, K., ... Uchida, H. (2017). Resilience and spirituality in patients with depression and their family members: A cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*. doi:10.1016/j.comppsy.2017.06.002
- Özdemir, D. (2010). Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(5), 569–582.
- Özgentürk, İ. (2014). Child abuse and neglect Çocuk istismarı ve ihmal. *Journal of Human Sciences.*, 11(2), 265–278.
- Öztürk, M. (1998). *Psikanaliz ve Psikoterapi*. Ankara,: Bilimsel tıp yayınevi.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2015). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Page, A. (2004). Çocuk cinsel istismarı: cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*, 7(13), 103–114.
- Pallanti, S. ve Hollander, E. (2014). Pharmacological, experimental therapeutic, and transcranial magnetic stimulation treatments for compulsivity and impulsivity. *CNS spectrums*, 19(1), 50–61.
- Pallanti, Stefano, Quercioli, L. ve Koran, L. M. (2002). Citalopram intravenous infusion in resistant obsessive-compulsive disorder: An open trial. *Journal of Clinical Psychiatry*. doi:10.4088/jcp.v63n0908
- Pastorelli, C., Lansford, J. E., Luengo Kanacri, B. P., Malone, P. S., Di Giunta, L., Bacchini, D., ... Sorbring, E. (2016). Positive parenting and children's prosocial behavior in eight countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. doi:10.1111/jcpp.12477
- Pauls, D. (2008). The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* içinde (C. 148, ss. 33–139).
- Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S. ve Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 76–84.
- Pelendecioğlu, B. ve Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi*, 9(1), 50–62.
- Pérez-González, A., Guilera, G., Pereda, N. ve Jarne, A. (2017). Protective factors promoting resilience in the relation between child sexual victimization and internalizing and externalizing symptoms. *Child Abuse and Neglect*. doi:10.1016/j.chiabu.2017.09.006
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., ... Nierenberg, A. A. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00365.x
- Pickett-Schenk, S. A., Lippincott, R. C., Bennett, C. ve Steigman, P. J. (2008). Improving knowledge about mental illness through family-led education: The journey of hope. *Psychiatric Services*. doi:10.1176/ps.2008.59.1.49
- Pigott, T. A., L'Heureux, F., Dubbert, B., Bernstein, S., Murphy, D. L., Greist, ... Jenike. (1994). Obsessive compulsive disorder: Comorbid conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* içinde .
- Ponniah, K., Magiati, I. ve 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*. doi:10.1016/j.jocrd.2013.02.005
- Rachman, S. ve Shafran, R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsive disorder. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* içinde (ss. 51–78).
- Rasmussen, S. A. ve Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19(2), 67–73.
- Rasmussen, S. A. ve Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder.

- Psychiatric Clinics of North America*. doi:10.1016/s0193-953x(18)30205-3
- Rasmussen, S. A. ve Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. doi:10.1176/ajp.143.3.317
- Rauch, S. L. (2000). Neuroimaging research and the neurobiology of obsessive-compulsive disorder: Where do we go from here? *Biological Psychiatry*, 47(3), 168–170. doi:10.1016/S0006-3223(99)00297-8
- Ravizza, L., Barzega, G., Bellino, S., Bogetto, F. ve Maina, G. (1995). Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. doi:10.1097/00004714-199408000-00004
- Ravizza, Luigi, Maina, G. ve Bogetto, F. (1997). Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*. doi:10.1002/(SICI)1520-6394(1997)6:4<154::AID-DA4>3.0.CO;2-C
- Reich, J. W. ve Zautra, A. (1981). Life events and personal causation: Some relationships with satisfaction and distress. *Journal of Personality and Social Psychology*. doi:10.1037/0022-3514.41.5.1002
- Reynolds, E. H. ve Kinnier Wilson, J. V. (2014). Neurology and psychiatry in Babylon. *Brain*, 137(9), 2611–2619. doi:10.1093/brain/awu192
- Rosenberg, D. R., MacMillan, S. N. ve Moore, G. J. (2001). Brain anatomy and chemistry may predict treatment response in paediatric obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 4(2), 179–190. doi:10.1017/S1461145701002401
- Rosse, R., McCarthy, M. ve Alim, T. (1994). SASKadic distracibility in cocaine dependent patient: a preliminary laboratory exploration of the cocaine-OCD hypothesis. *Drug Alcohol Depend*, 35, 25–30.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. ve Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53–63. doi:10.1038/mp.2008.94
- Rutter, M. ve Quinton, D. (1984). Long-term follow-up of women institutionalized in childhood: Factors promoting good functioning in adult life*. *British Journal of Developmental Psychology*. doi:10.1111/j.2044-835x.1984.tb00925.x
- Sadock, B. J. (2016). Çocuk Psikiyatrisi, Bebek Çocuk ve Ergen Gelişimi. P. D. A. Bozkurt (Ed.), *Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri* içinde .
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. ve Ruiz, P. (2016). *Kaplan Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri* (11.Baskı.).
- Şahin, A. (2007). Obsesif-Kompulsif Bozukluk. E. Güleç (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı* içinde (2., ss. 343–352). Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
- Sahin F. (2008). Fiziksel istismar. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* içinde (ss. 462–469). Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessive compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583.
- Salkovskis, P. ve Kirk, J. (2003). Obsessional Disorders. *Cognitive Behavioral Therapy for Psychiatric Problems A Practical Guide* içinde (ss. 129–168). Oxford: Oxford University Press.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Barocas, R., Zax, M. ve Greenspan, S. (1987). Intelligence quotient scores of 4-year-old children: Social-environmental risk factors. *Pediatrics*.
- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, J., Riddle, M. A., Liang, K. Y., ... Cullen, B. A. M. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*. doi:10.1192/bjp.177.5.457
- Samuels, Jack ve Nestadt, G. (1997). Epidemiology and genetics of obsessive-compulsive disorder. *International Review of Psychiatry*, 9(1), 61–72. doi:10.1080/09540269775592
- Sar, V. (1997). Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. C. Güleç (Ed.), *Temel Psikiyatri* içinde (ss. 823–834).

Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık.

- Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. doi:10.5336/medsci.2011-26947
- Sasson, Y. ve Zohar, J. (1996). New developments in obsessive-compulsive disorder research: implications for clinical management. *International Clinical Psychopharmacology*, 11(5), 3–12.
- Satel, S. ve McDougale, C. (1991). Obsessions and Compulsions associated with cocaine abuse. *Am J Psychiatry*, 148:947.
- Saunders, J. C. (1999). Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. doi:10.1080/016128499248691
- Savage, C., Baer, L. ve Keuthen, N. (1999). Organizational strategies mediate on verbal memory impairment in obsessive compulsive disorder. *Biol. Psychiatry*, 45, 905–916.
- Sayar, K., Uğurad, I. ve Acar, B. (1999). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(3), 142–47.
- Sayar, Kemal, Uğurad, I. K. ve Acar, B. (1999). Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(3), 142–147.
- Segman, R. H., Cooper-Kazaz, R., Macciardi, F., Goltser, T., Halfon, Y., Dobroborski, T. ve Shalev, A. Y. (2002). Association between the dopamine transporter gene and posttraumatic stress disorder. *Molecular Psychiatry*. doi:10.1038/sj.mp.4001085
- shaker, A. ve Homeyli, N. (2011). A study of attachment styles and parental bonding in patients diagnosed with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and depression. *Pars of Jahrom University of Medical Sciences*. doi:10.29252/jmj.9.3.4
- Shapiro, S., Skinner, E. A., Kessler, L. G., Von Korff, M., German, P. S., Tischler, G. L., ... Regier, D. A. (1984). Utilization of Health and Mental Health Services: Three Epidemiologic Catchment Area Sites. *Archives of General Psychiatry*. doi:10.1001/archpsyc.1984.01790210053007
- Shi, X., Zhou, Y. ve Fan, F. (2016). Longitudinal trajectories and predictors of anxiety symptoms among adolescent survivors exposed to Wenchuan earthquake. *Journal of Adolescence*. doi:10.1016/j.adolescence.2016.08.015
- Song, L. yu. (2017). Predictors of personal recovery for persons with psychiatric disabilities: An examination of the Unity Model of Recovery. *Psychiatry Research*. doi:10.1016/j.psychres.2017.01.088
- Soysal, A., Bodur, Ş., İşeri, E. ve Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 8(2), 88–99.
- Stein, D. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet* içinde (ss. 397–405).
- Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., ... Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1–21. doi:10.1038/s41572-019-0102-3
- Stein, D. J., Roberts, M., Hollander, E., Rowland, C. ve Serebro, P. (1996). Quality of life and pharmaco-economic aspects of obsessive-compulsive disorder: A South African survey. *South African Medical Journal*.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G. ve Forde, D. R. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry*. doi:10.1176/ajp.153.2.275
- Steketee, G. ve van Noppen, B. (2004). Family approaches to treatment for obsessive compulsive disorder. *Journal of Family Psychotherapy*. doi:10.1300/J085v14n04_06
- Stepp, S. D., Morse, J. Q., Yaggi, K. E., Reynolds, S. K., Reed, L. I. ve Pilkonis, P. A. (2008). The Role of Attachment Styles and Interpersonal Problems in Suicide-Related Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi:10.1521/suli.2008.38.5.592

- Stevenson-Hinde, J. (2007). Attachment theory and John Bowlby: Some reflections. *Attachment and Human Development*.
- Subramaniam, M., Abidin, E., Vaingankar, J. A., Shafie, S., Chua, H. C., Tan, W. M., ... Chong, S. A. (2020). Minding the treatment gap: results of the Singapore Mental Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi:10.1007/s00127-019-01748-0
- Subramaniam, M., Abidin, E., Vaingankar, J., Shafie, S., Chang, S., Seow, E., ... Chong, S. A. (2020). Obsessive-Compulsive Disorder in Singapore: Prevalence, Comorbidity, Quality of Life and Social Support. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. doi:10.47102/annals-acadmedsg.2019185
- Sullivan, R. M., Talangbayan, H., Einat, H. ve Szechtman, H. (1998). Effects of quinpirole on central dopamine systems in sensitized and non-sensitized rats. *Neuroscience*, 83(3), 781–789. doi:10.1016/S0306-4522(97)00412-0
- Sümer, N., Ünal, S., Selçuk, E., Kaya, B., Polat, R. ve Çekem, B. (2009). Bağlanma ve psikopatoloji: Bağlanma boyutlarının depresyon, panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozuklukla ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 24(63), 38–45.
- Sun, J., Li, Z. J., Buys, N. J., Storch, E. A. ve Wang, J. S. (2014). Obsessive-compulsive symptoms and personal disposition, family coherence and school environment in Chinese adolescents: A resilience approach. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2014.07.015
- Swedo, S., Leonard, H. ve Krusei, M. (1992). Cerebrospinal fluid neurochemistry in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 29–36.
- Swedo, S. ve Snider, L. (2004). *The neurobiology and treatment of obsessive-compulsive disorder*, Oxford, New York: Oxford University Press.
- Szegedi, A., Wetzel, H., Leal, M., Härtter, S. ve Hiemke, C. (1996). Combination treatment with clomipramine and fluvoxamine: Drug monitoring, safety, and tolerability data. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Tamam, L., Saygılı, M. ve Ünal, M. (2003). Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 69–80.
- Taylor, S. (2013). Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: A comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Molecular Psychiatry*, 18(7), 799–805. doi:10.1038/mp.2012.76
- Thompson, N. J., Fiorillo, D., Rothbaum, B. O., Ressler, K. J. ve Michopoulos, V. (2018). Coping strategies as mediators in relation to resilience and posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2017.08.049
- Tibi, L., van Oppen, P., van Balkom, A. J. L. M., Eikelenboom, M., Hendriks, G. J. ve Anholt, G. E. (2020). Childhood trauma and attachment style predict the four-year course of obsessive compulsive disorder: Findings from the Netherlands obsessive compulsive disorder study. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2019.12.028
- Tıraşçı, Y. ve Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle tıp dergisi*, 34(1), 70–74.
- Topbaş, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76–80.
- Topçu, S. (1997). Çocuk İstismarının Tarihçesi. *Çocuk ve Gençlerin İstismarı* içinde (ss. 30–34). Ankara: Doruk Yayıncılık.
- 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. doi:10.1176/ajp.2006.163.11.1978
- Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., de Mathis, M. A., Miguel, E. C. ve Torres, A. R. (2013). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. doi:10.1016/j.psychres.2012.12.006

- Tükel R., Topçuoğlu V., D. M. M. (2006). Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. T. V. Tükel R, Demet MM (Ed.), *Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu* içinde (ss. 277–298). Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Tükel, R. ve Demet, M. (2017). *Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar*. Türkiye: Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O. ve Atli, H. (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 362–366. doi:10.1016/j.comppsy.2004.06.006
- Türksoy N. (2003). Psikolojik Travma ve Tanım. Ö. M. In Aker T (Ed.), *Psikolojik Travma ve Sonuçları* içinde (ss. 9–18). İstanbul: SUS Yayınları.
- Türksoy, N. (2003). *Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları*. İstanbul: Us Yayıncılık.
- Tüzer, V., Zincir, S., Başterzi, A., Aydemir, Ç., Kısa, C. ve Göka, E. (2003). Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duyu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6, 198–203.
- Tüzün, O. ve Sayar, K. (2006). Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam*, 19(1), 24–39.
- Uğuz, F., Aşkın, R. ve Çilli, A. (2006). Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile Birlikteliği. *Türkiye’de Psikiyatri*, 8, 1–5.
- van Leeuwen, W. A., van Wingen, G. A., Luyten, P., Denys, D. ve van Marle, H. J. F. (2020). Attachment in OCD: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. doi:10.1016/j.janxdis.2020.102187
- Veale, D. (2004). Psychopathology of obsessive – compulsive disorder, 65–68.
- Veltkamp, J. L. ve Miller, W. T. (1994). *Clinical Handbook of Child Abuse and Neglect*. USA: International Universities Press.
- Walker, C., Bonner, B. ve Kaufmann, K. (1988). *The physically and sexually abused child: evaluation and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Werner, E. E. (1997). Vulnerable but invincible: High-risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, Supplement* içinde . doi:10.1111/j.1651-2227.1997.tb18356.x
- Werner, Emmy E. (1992). The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*. doi:10.1016/1054-139X(92)90157-7
- Werner, Emmy E. ve Simonian, K. (1968). Ethnic and Socioeconomic Status Differences in Abilities and Achievement Among Preschool and School-Age Children in Hawaii. *Journal of Social Psychology*. doi:10.1080/00224545.1968.9712473
- Werner, Emmy E. ve Smith, R. S. (1979). A Report from the Kauai Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. doi:10.1016/S0002-7138(09)61044-X
- Westenberg, B. H. G. M., Fineberg, N. A. ve Denys, D. (2017). Neurobiology of Obsessive Compulsive Disorder : Serotonin and Beyond, 2(Suppl 3).
- Whitaker, A. (1990). Uncommon Troubles in Young People: *Archives of General Psychiatry*. doi:10.1001/archpsyc.1990.01810170087013
- WHO. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*.
- Wilhelm, S. ve Steketee, G. (2006). *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*. New Harbinger Publications.
- Willour, V. L., Shugart, Y. Y., Samuels, J., Grados, M., Cullen, B., Bienvenu, O. J., ... Nestadt, G. (2004). Replication study supports evidence for linkage to 9p24 in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Human Genetics*, 75(3), 508–513. doi:10.1086/423899
- Windle, M. (2002). Critical conceptual and measurement issues in the study of resilience. *In Resilience and development* içinde (ss. 161–176). Boston: Springer.

- Wolf, E. J., Miller, M. W., Sullivan, D. R., Amstadter, A. B., Mitchell, K. S., Goldberg, J. ve Magruder, K. M. (2018). A classical twin study of PTSD symptoms and resilience: Evidence for a single spectrum of vulnerability to traumatic stress. *Depression and Anxiety*. doi:10.1002/da.22712
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S. ve Math  , A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. doi:10.3389/fnbeh.2013.00010
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C. ve Parker, G. R. (1991). Developmental and family milieu correlates of resilience in urban children who have experienced major life stress. *American Journal of Community Psychology*. doi:10.1007/BF00938033
- Y., M., T., S., A., H., W.W., F. ve M., M. (2015). Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia, bipolar I disorder, and healthy individuals: A cross-sectional study. *Biological Psychiatry*.
- Yarbro, J., Mahaffey, B., Abramowitz, J. ve Kashdan, T. B. (2013). Recollections of parent-child relationships, attachment insecurity, and obsessive-compulsive beliefs. *Personality and Individual Differences*. doi:10.1016/j.paid.2012.10.003
- Yurdakök, K. (2010).   ocuk istismarı ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(4), 423–434.
- Zhang, K., Rao, F., Pablo Miramontes-Gonzalez, J., Hightower, C. M., Vaught, B., Chen, Y., ... O'Connor, D. T. (2012). Neuropeptide y (NPY): Genetic variation in the human promoter alters glucocorticoid signaling, yielding increased NPY secretion and stress responses. *Journal of the American College of Cardiology*. doi:10.1016/j.jacc.2012.06.042
- Zohar, J., Kennedy, J., Hollander, E. ve Koran, L. (2004). Serotonin-ID hypothesis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 65(14), 18–21.
- Zohar, J., Sasson, Y., Chopra, M., Amiaz, R. ve Nakash, N. (2003). Obsessive - compulsive disorder. D. Nutt ve J. Ballenger (Ed.), *Anxiety Disorders* içinde (ss. 83–93). Massachusetts: Blacwell Science Ltd.