

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**ŞİZOFRENİNİN EŞLİK ETTİĞİ VE ETMEDİĞİ OBSESİF
KOMPULSİF BOZUKLUĞUN İÇGÖRÜ, ÜSTBİLİŞ
İNANÇLARI VE KLİNİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Olcay ŞENAY ŞAHİN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Raşit TÜKEL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL

2020

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**ŞİZOFRENİNİN EŞLİK ETTİĞİ VE ETMEDİĞİ OBSESİF
KOMPULSİF BOZUKLUĞUN İÇGÖRÜ, ÜSTBİLİŞ
İNANÇLARI VE KLİNİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Olcay ŞENAY ŞAHİN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Raşit TÜKEL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL

2020

ÖNSÖZ

Öncelikle bu mesleği bana sevdiren, mücadeleleri ile beni hep daha iyisini yapmaya teşvik eden kahraman hastalarımın teşekkür ederim.

Her zaman örnek aldığım ve alacağım, yaklaşımıyla hep yolumu aydınlatan, uzmanlık eğitimimde olduğu gibi tezimin de tüm aşamalarında büyük bir özveri ile bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Raşit Tükel'e,

Akademik çalışmalarım konusunda rehberlik ederken hayatın diğer alanlarına dair deneyim ve yardımlarını da benden esirgemeyen hocalarım Prof. Dr. Alp Üçok ve Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu'na, hem mesleki hem de insani yönleriyle benim için rol model olan hocam Prof. Dr. Başak Yücel'e, kendisinden çok şey öğrendiğim hocam Prof. Dr. Doğan Şahin'e, beraber çalışmış olmaktan ötürü gurur duyduğum ağabeyim Doç. Dr. Erhan Ertekin'e, yetişmemde emeği geçen kıymetli hocalarım Prof. Dr. Bilgin Saydam, Prof. Dr. Mine Özkan, Prof. Dr. Sedat Özkan, Prof. Dr. Sibel Çakır ve kliniğimizin bütün öğretim üyelerine,

Uzmanlık eğitimimin ilk bir buçuk yılını geçirdiğim Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde farklı dönemlerde birlikte çalışma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı hissettiğim değerli şeflerim Doç. Dr. Mehmet Cem İlnem, Uz. Dr. Şahap Nurettin Erkoç, Doç. Dr. Cüneyt Evren, Doç. Dr. Ayhan Köksal ve Uz. Dr. Ahmet Türkcen'a, Bakırköy Travma Grubu'nda bana kattıkları için hocalarım Prof. Dr. Ejder Akgün Yıldırım ve Doç. Dr. Münevver Hacıoğlu Yıldırım'a,

Altı ay boyunca araştırmacı olarak bulduğum Harvard Tıp Fakültesi Brigham ve Kadın Hastanesi Psikiyatri Nörogörüntüleme Laboratuvarı'na beni kabul ederek onurlandıran, nörogörüntüleme alanında geniş kapsamlı bir eğitim almamı sağlayan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Marek Kubicki'ye ve bilgilerini içtenlikle bana aktaran tüm mentor ve arkadaşlarıma,

İsimlerini saymakla bitiremeyeceğim, asistanlık yıllarımı güzel kılan tüm hemşire, psikolog, personel, güvenlik görevlisi, sekreter, uzman ve asistan arkadaşlarıma,

Benim için her zaman ellerinden gelenin daha fazlasını yapmaya çalışan, haklarını ödeyemeyeceğim anneme, babama, ağabeyime ve eşim Op. Dr. Koray Şahin'e

sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
KISALTMALAR LİSTESİ.....	V
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
I- GİRİŞ VE AMAÇLAR	5
II- GENEL BİLGİLER.....	7
A- Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	7
1. Epidemiyoloji.....	7
2. Fenomenoloji ve Klinik Özellikler.....	7
a. İçgörü.....	9
3. Tanı Ölçütleri	10
4. Eştanı.....	12
5. Etiyoloji.....	13
a. Biyolojik Etkenler	13
(1) Genetik Çalışmaları	13
(2) Beyin Görüntüleme Çalışmaları	14
(3) Nörokimyasal Çalışmalar	14
(4) İmmün Sistem Değişiklikleri.....	15
b. Psikososyal Etkenler.....	15
(1) Psikodinamik Etkenler.....	15
(2) Bilişsel Davranışçı Görüş	16
B- Şizofreni ve Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi.....	16
1. Epidemiyoloji.....	16
2. Fenomenoloji ve Klinik Özellikler.....	17
C- Üstbiliş Kavramı	19
1. Üstbilişin Tanımı.....	19
2. Üstbilişin Değerlendirilmesi	19
3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli.....	20
III- GEREÇ VE YÖNTEMLER	23
A- Örneklem.....	23

B-Tanı Araçları ve Ölçekler	24
1. DSM-IV Birinci Eksen Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme	24
2. Sosyodemografik Veri Formu	24
3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği	24
4. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği	25
5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği	25
6. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği	26
7. Üstbiliş Ölçeği-30	26
8. Yaşamdan Hoşnutluk ve Doyum Anketi Kısa Formu.....	27
C- İşlemler.....	27
D- İstatistiksel Analiz.....	27
IV- BULGULAR.....	28
A- Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması	28
B- Klinik Verilerin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması	29
C- Hasta Gruplarının Klinik Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması.....	32
D- İçgörü Düzeyine Göre Klinik Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması33	
E- Bağlantı Analizleri	36
V- TARTIŞMA	37
A- Sosyodemografik Veriler	37
B- Klinik Veriler	38
C- Hasta Gruplarının Karşılaştırılması.....	39
D- İçgörü Düzeyine Göre Grupların Karşılaştırılması	40
VI- SONUÇ.....	44
KAYNAKLAR.....	45
EKLER	56
ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ	84

TABLÖLAR

Tablo 1: ICD-10 OKB tanı ölçütleri

Tablo 2: DSM-5 OKB tanı ölçütleri

Tablo 3: Cinsiyet, Medeni Durum ve Çalışma Durumu

Tablo 4: Yaş ve Eğitim Yılı

Tablo 5: Meslek Dağılımı

Tablo 6: Obsesif Kompulsif Belirtiler

Tablo 7: Hastalık Süresi

Tablo 8: İntihar Girişimi

Tablo 9: Psikiyatrik Eş tanımlar

Tablo 10: Eşlik Eden Fiziksel Hastalıklar

Tablo 11: Soygeçmiş

Tablo 12: Klinik Ölçek Puanları

Tablo 13: DSM-5 İçgörü Belirtecine Göre Hastaların Dağılımı

Tablo 14: İçgörü Düzeyine Göre Klinik Ölçek Puanları

Tablo 15: YBOKÖ, BİDÖ ve YHDA Puanlarının Birbirleri ile Bağlantısı

Tablo 16: YBOKÖ, BİDÖ ve YHDA Puanlarının ÜBÖ-30 Puanları ile Bağlantısı

KISALTMALAR

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKS: Obsesif Kompulsif Semptom

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

ICD: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması

OKKB: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

5-HT: Serotonin

DRD4: Dopamin Reseptörü tip 4

DAT: Dopamin Taşıyıcı

MAO-A: Monoamin Oksidaz A

ASK: Anterior Singulat Korteks

OFK: Orbitofrontal Korteks

DLPFK: Dorsolateral Prefrontal Korteks

BOS: Beyin Omurilik Sıvısı

5-HİAA: 5-Hidroksiindolasetik Asit

SSGİ: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri

TNF: Tümör Nekroz Faktörü

ÜBÖ: Üstbiliş Ölçeği

DEK: Düşünce-Eylem Kaynaşması

SCID-I: DSM-IV Birinci Eksen Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme

BİDÖ: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

HAMD: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

HAMA: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

ÜBÖ-30: Üstbiliş Ölçeği-30

YHDA: Yaşamdan Hoşnutluk ve Doyum Anketi Kısa Formu

SPSS: Statistical Package for Social Sciences



ÖZET

ŞİZOFRENİNİN EŞLİK ETTİĞİ VE ETMEDİĞİ OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUĞUN İÇGÖRÜ, ÜSTBİLİŞ İNANÇLARI VE KLİNİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Amaç: Şizofrenide obsesif kompulsif fenomenin görülme oranı %3-59,2'dir. Obsesif kompulsif belirti (OKS)'lere yönelik içgörüyü, şizofreninin eşlik ettiği obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarında saf OKB hastalarına göre daha iyi bulan ya da gruplar arasında fark bulmayan çalışmalar OKB'de şizofreni eştanısının OKS'lere yönelik içgöründe bozulma ile beraber gitmeyebileceğini düşündürmektedir. İçgörüsü iyi olan OKB hastalarında patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin, içgörüsü kötü olan OKB hastalarından daha fazla bulunduğu çalışmalar, patolojik üstbiliş inançlarının OKS'lere yönelik kötü içgörü ile paralellik göstermeyebileceğini düşündürmektedir. Ancak şizofreninin eşlik ettiği OKB tanılı hastalarda üstbilişlerin nasıl olduğunu ve klinik özelliklerle ve OKS'lere yönelik içgörü düzeyi ile ilişkisini inceleyen bir çalışma yoktur. Bu doğrultuda, bu çalışmada şizofreninin eşlik ettiği ve etmediği OKB hastalarının klinik özellikleri, obsesyonlarına yönelik içgörü düzeyleri ve üstbiliş inançlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca, hem saf OKB hastalarında hem de şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarında OKS'lere yönelik içgörü düzeyi ile üstbilişsel faaliyetin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmaya 01.09.2018 - 01.09.2019 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran veya psikotik bozukluklar ve anksiyete bozuklukları polikliniklerinde takip edilmekte olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)-IV Birinci Eksen Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) ile değerlendirilerek OKB tanısı konmuş 30 hasta ve şizofreni ile birlikte OKB tanısı konmuş 30 hasta dahil edildi. Hastalar DSM-5 ölçütlerine göre geliştirilen yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAMA), Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30), Yaşamdan Hoşnutluk ve Doyum Anketi Kısa Formu (YHDA) ile değerlendirildi.

Bulgular: Şizofreninin eşlik ettiği OKB grubu ile saf OKB grubu arasında, OKS şiddeti, depresyon ve anksiyete şiddeti, OKS'lere yönelik içgörü, üstbiliş inançları ve yaşam kalitesi

açısından fark bulunmadı. DSM-5’e göre “içgörüsü iyi ya da oldukça iyi” olan gruptaki hastalar diğerlerinden ayrılarak, şizofreninin eşlik edip etmemesine bakılmaksızın tüm hastalar “içgörüsü iyi” ve “içgörüsü kötü ya da yok” şeklinde iki gruba ayrıldığında gruplar arasında OKS ve depresyon şiddeti açısından fark bulunmadı. Anksiyete şiddeti “içgörüsü kötü ya da yok” grubunda daha yüksek bulundu. Hem YBOKÖ 11. maddesi hem de BİDÖ ile değerlendirilen içgörü beklendiği gibi, “içgörüsü kötü ya da yok” grubunda daha kötü idi ve içgörünün kötüleşmesiyle patolojik üstbilişsel aktivitenin arttığı gösterildi. Endişeye dair olumlu inançlara, düşüncelerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna, düşünceleri kontrol ihtiyacına dair patolojik üstbilişsel aktivite ve toplam patolojik üstbilişsel aktivite, “içgörüsü kötü ya da yok” grubunda daha yüksek bulundu. Yaşam kalitesi “içgörüsü iyi” olan grupta daha iyi idi.

Sonuç: Çalışmamızda şizofreninin eşlik ettiği OKB grubu ile saf OKB grubu arasında içgörü düzeyleri ve üstbilişler açısından farklılık saptanmamıştır. OKS’lere yönelik içgörü, şizofreni eştanısından bağımsız bir klinik fenomen ve OKB’nin bir çekirdek belirtisi olarak yorumlanmıştır. Üstbilişlerin ise hem şizofrenide hem OKB’de ayrı ayrı değerlendirilebilecek bir klinik değişken olduğu ve iki hastalık grubunda üstbilişler açısından örtüşmelerin görülebileceği düşünülmüştür. Bununla beraber, tüm hastalar “içgörüsü iyi” ve “içgörüsü kötü ya da yok” şeklinde iki gruba ayrıldığında, “içgörüsü kötü ya da yok” grubundaki hastalarda diğer gruba göre işlevsel olmayan yönde üstbilişsel faaliyetin arttığı, içgörüdeki kötüleşme ile işlevsel olmayan üstbilişsel faaliyetin artması arasında pozitif bağlantı olduğu bulunmuş, böylece OKB hastalarında üstbilişlerin OKS’lere yönelik içgörü ile ilişkisinin şizofreni eştanısından bağımsız olarak mevcut olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Obsesif Kompulsif Bozukluk, İçgörü, Üstbiliş İnançları

ABSTRACT

COMPARISON OF OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER WITH AND WITHOUT SCHIZOPHRENIA IN TERMS OF INSIGHT, METACOGNITIVE BELIEFS AND CLINICAL FEATURES

Objective: The incidence of obsessive compulsive phenomenon in schizophrenia is 3-59,2%. Studies that find insight into obsessive compulsive symptoms (OCS) better in patients with obsessive compulsive disorder (OCD) accompanied by schizophrenia than pure OCD patients or studies that do not find a difference between groups suggest that the comorbidity of schizophrenia in OCD may not go together with impaired insight into OCS. Studies in which OCD patients with good insight have more pathological metacognitive activity than OCD patients with poor insight suggest that pathological metacognitive beliefs may not be in parallel with poor insight into OCS. However, there is no study examining how metacognitions are and their relationship with clinical features and the level of insight into OCS in patients with a diagnosis of OCD with schizophrenia. In this regard, this study aimed to compare the clinical characteristics, insight levels into OCS and metacognitive beliefs of OCD patients with and without schizophrenia. In addition, it was aimed to examine the relationship between the level of insight into OCS and metacognitive activity in both pure OCD patients and OCD patients accompanied by schizophrenia.

Materials and Methods: Patients who applied to the outpatient clinic of Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine, Department of Psychiatry between 01.09.2018 and 01.09.2019 and who were being followed up in psychotic disorders and anxiety disorders outpatient clinics were evaluated with the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV Axis I Disorders (SCID-I), and 30 patients diagnosed with OCD with schizophrenia and 30 patients with pure OCD were included in our study. Patients were evaluated with a semi-structured sociodemographic data form developed according to DSM-5 criteria, Yale-Brown Obsession Compulsion Scale (YBOCS), Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), the Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30) and the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-Q-SF).

Results: There was no difference between the OCD with schizophrenia group and the pure OCD group in terms of the OCS severity, depression and anxiety severity, insight into OCS,

metacognitive beliefs and quality of life. When the patients in the group with “good or very good insight” based on DSM-5, were separated from the others and all patients were divided into two groups regardless of the presence or absence of schizophrenia as “good insight” and “poor or no insight”, no difference was found between the groups in terms of OCS and depression severity. Anxiety severity was higher in the “poor or no insight” group. Insight assessed by both the YBOCS item 11 and the BABS was worse in the “poor or no insight” group as expected, and it was shown that pathological metacognitive activity increased with the worsening of insight. Pathological metacognitive activity regarding positive beliefs about worry, uncontrollable and dangerous thoughts, and need to control thoughts; and total pathological metacognitive activity were found to be higher in the “poor or no insight” group. Quality of life was better in the group with “good insight”.

Conclusion: In our study, no difference was found between the OCD with schizophrenia group and the pure OCD group in terms of insight levels into OCS and metacognitions. Insight into OCS has been interpreted as a clinical phenomenon independent of the comorbidity of schizophrenia and a core symptom of OCD. Metacognitions are thought to be a clinical variable that can be evaluated separately in both schizophrenia and OCD, and overlaps can be seen in terms of metacognitions in two disease groups. However, when all patients were divided into two groups as “good insight” and “poor or no insight”, it was found that patients in the “poor or no insight” group had increased non-functional metacognitive activity compared to the other group and the increase in non-functional metacognitive activity was associated with the worsening in insight. Thus, it was thought that the relationship between metacognitions and insight into OCS in OCD patients existed independently of the schizophrenia comorbidity.

Keywords: Schizophrenia, Obsessive Compulsive Disorder, Insight, Metacognitive Beliefs

I- GİRİŞ VE AMAÇLAR

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tekrarlayan obsesyonlar ve kompulsiyonlar ve bunların yol açtığı işlev kaybı ile karakterize bir hastalıktır. OKB'nin genel nüfustaki yaşam boyu yaygınlığının (prevalance) %2,3 olduğu saptanmıştır (1). Klinik örneklemelerde ve toplum temelli çalışmalarda OKB'ye başka psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda eşlik ettiği gösterilmiştir (2,3). Son yıllarda yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin (OKS) %10-52 oranında görüldüğü, şizofreniye eşlik eden OKB tanısı için ise oranın %7.8-36 olarak saptandığı bildirilmiştir (4). Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı %1'dir (5). Şizofreni hastalarında OKS'lerin, OKB hastalarında da sanrısız inanışların olması, bu iki hastalığın birlikte görülme sıklığının her birinin tek tek yaşam boyu görülme sıklığından daha yüksek olduğunun bildirilmesi, iki bozukluk arasında fizyopatolojik bağ olabileceğini düşündürmüştür (4,6-8).

OKB hastaları genellikle obsesyon ve kompulsiyonlarının mantıksız ve aşırı olduğunu kabul ederler. Fakat hastaların bir kısmında istenmeyen düşünceler aşırı değerlendirilmiş düşünce veya sanrı şeklindedir ve bunlara karşı fazla direnmezler (9). Bu hastalar için “obsesif psikoz” (10,11), “psikotik özellikli OKB” (12) ve son olarak da “kötü içgörülü OKB” (13,14) gibi isimlendirilmeler yapılmıştır.

Çeşitli çalışmalarda OKB hastalarının %15-30'u içgörüsü kötü veya içgörüsüz olarak değerlendirilmiştir (15-19). OKB'de içgörü azlığına bakış açısı, bu hastalarda artmış şizotipal kişilik özellikleri ve birinci derece yakınlarında artmış şizofreni spektrum bozukluğu tanıları bulunması ile değişmiştir (20,21). OKB ve şizofreni spektrumu arasında içgörü düzleminde kurulabilecek bağlantı için, şizoobsesif bozukluk başlığı önerilmiştir (22).

Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarında OKS'lere yönelik içgörünün, saf OKB hastalarına göre daha iyi olduğu saptanmıştır (23). Poyurovsky ve arkadaşları ise şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarında kötü içgörü oranını %15,8 olarak bulmuşlar ve bu oranın büyük örneklemli bir çalışma olan Brown Uzunlamasına OKB Çalışması'nda (24) saf OKB hastalarında saptanan kötü içgörü oranıyla (%12) uyumlu olduğunu göstermişlerdir (25). Bu bulgular OKB'de şizofreni eştanısının OKS'lere yönelik içgöründe bozulma ile beraber gitmeyebileceğini düşündürmektedir.

Üstbiliş kavramı; bilişleri düzenleyen, kontrol eden ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı olarak tanımlanabilir. Başka bir ifade ile, düşünme hakkında düşünme, neyi bildiğimizi veya bilmediğimizi bilme sürecidir (26). Psikiyatrik hastalıklardaki bazı işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarına üstbilişsel işlevler yol açmaktadır. OKB'nin üstbilişsel modeline göre, kişiler bazı intruzif düşüncelerin önemi ve etkilerine yönelik olumsuz değerlendirme içeren inançlara sahiptirler. Önen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, içgörüsü iyi olan OKB hastalarında patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin, içgörüsü kötü olan OKB hastalarından daha fazla olduğu saptanmıştır (27). Ekinci O. ve Ekinci A.'nın yaptığı bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (28). Bu bulgu, patolojik üstbiliş inançlarının OKS'lere yönelik kötü içgörü ile paralellik göstermeyebileceğini düşündürmektedir.

Ancak şizofreninin eşlik ettiği OKB tanılı hastalarda üstbilişlerin nasıl olduğu ve üstbilişlerin klinik özelliklerle ve OKS'lere yönelik içgörü düzeyi ile ilişkisini inceleyen bir çalışma yoktur. Bu doğrultuda, bu çalışmada şizofreninin eşlik ettiği ve etmediği OKB hastalarının klinik özellikleri, obsesyonlarına yönelik içgörü düzeyleri ve üstbiliş inançlarının karşılaştırılması ve şizofreninin OKB hastalarındaki klinik özellikler, içgörü ve üstbiliş inançları üzerine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmamızda, hem saf OKB hastalarında hem de şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarında OKS'lere yönelik içgörü düzeyi ile üstbilişsel faaliyetin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

II- GENEL BİLGİLER

A- Obsesif Kompulsif Bozukluk

1. Epidemiyoloji

OKB'nin genel nüfustaki yaşam boyu yaygınlığının (prevalance) %2,3, 1 yıllık yaygınlığının %1,2 olduğu saptanmıştır (1). “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasında, OKB'nin ülkemizde 1 yıllık yaygınlığı %0,5 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada OKB'nin kadınlarda (%0,6), erkeklere (%0,2) göre üç kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (29). OKB'nin erişkinlerde kadınlarda daha sık olduğu bildirilirken (1,30–32) iki cinsiyet arasında fark olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (33–35). Çocuk ve ergenlerde ise, OKB erkeklerde daha sık görülmektedir (36).

OKB genellikle geç ergenlik veya erken erişkinlikte başlamaktadır. Başlangıç yaşı 20'li yaşlar olarak bildirilir ve erkeklerde kadınlara göre başlangıç yaşının daha küçük olduğu bulunmuştur (37–39). Erkeklerde bulgular daha sinsi başlangıç göstermektedir ve daha çok kronikleşme eğilimindedir. Kadınlarda akut başlangıç ve epizodik seyir erkeklerden daha sık görülmektedir (37). Hastalık başladıktan sonra ortalama $7,6 \pm 9,3$ yıllık bir süre sonra ilk psikiyatrik tedavi arayışının olduğu saptanmıştır (31).

OKB'nin evli olan kişilerde daha az görüldüğü bildirilmiştir (40). Karno ve arkadaşlarının çalışmasında, boşanmış veya ayrılmış kişilerde evli veya bekar kişilere göre daha fazla görüldüğü bulunmuştur (30). Bu çalışmalarda işsizlik ve ekonomik gelirin azalması da OKB ile ilişkilendirilmiştir (30,40).

2. Fenomenoloji ve Klinik Özellikler

OKB, obsesyonların ve/veya kompulsiyonların varlığı ile tanımlanır. Obsesyonlar intruzif ve istenmeyen şekilde yaşanan tekrarlayıcı ve sürekli düşünceler, dürtüler ve imgelerdir. Kompulsiyonlar ise, bir kişinin, bir obsesyona karşılık ya da katı şekilde uygulanması gereken kurallara uygun olarak yerine getirmeye mecbur hissettiği tekrarlayan davranışlar veya zihinsel uğraşılardır (13).

Obsesyonlar, kişinin kendi zihninin ürünüdür ve kişide anksiyete ve sıkıntıya yol açarlar. Kompulsiyonlar ise bu anksiyete ve sıkıntıyı azaltma ve obsesif düşünce, dürtü veya imgelerle ilişkili olası istenmeyen sonuçları önleme amacıyla gerçekleştirilen eylemlerdir. Kompulsiyonlar diğer kişiler tarafından gözlemlenebilen dışa vuran davranışlar şeklinde olabileceği gibi gözlemlenemeyen zihinsel aktiviteler şeklinde de olabilmektedir (9).

OKB hastalarında belirti boyutlarının yaygınlığı üzerine yapılan çok sayıda çalışmada değişen oranlar bulunmuştur. En yaygın obsesyonların kirlenme (%33,1-%74,1) ve saldırganlık (%17-%60,5), en yaygın kompulsiyonların ise kontrol etme (%20,6-%72,1) ve temizleme/yıkama (%23,4-%65,3) olduğu bildirilmiştir (14,41,42).

OKS'lerin dağılımı cinsiyetler arasında bazı farklılıklar gösterir. Araştırma sonuçları bazı uyumsuzluklar içerse de, kadınların daha yüksek oranda saldırganlık ve kirlenme obsesyonları ile temizleme/yıkama kompulsiyonları; erkeklerin ise daha yüksek oranda cinsellik ve simetri obsesyonları ile tekrarlama ve kontrol etme kompulsiyonları gösterdiği bildirilmiştir (37,38,43).

OKB çeşitli klinik tablolarla karşımıza çıkabilen heterojen bir bozukluktur. Hastaların en azından %75'inde obsesyon ve kompulsiyonlar birlikte bulunur (31). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM)-IV alan çalışmasında, 425 OKB'li hastanın %91'inde karma obsesyon ve kompulsiyonlar, %8,5'inde ağırlıklı olarak obsesyonlar, %0,5'inde ise ağırlıklı olarak kompulsiyonlar saptanmıştır. Bu çalışmada Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) belirti kontrol listesine göre hastaların %2,1'inde kompulsiyon olmadan saf obsesyonlar, %1,7'sinde de obsesyon olmadan saf kompulsiyonlar saptanmıştır. Ağırlıklı olarak obsesyonların görüldüğü grupta, daha çok zarar verme ve cinsel içerikli obsesyonlar saptanmıştır (14).

OKB başlangıcından önce stresli yaşam olayları kadınlarda erkeklere oranla daha sık saptanmıştır (37). Hastalığın ortalama 8,9 yıl sürdüğü bildirilmiştir (1). Eisen ve arkadaşlarının yaptığı bir prospektif çalışmada, tam remisyon olasılığı %6, kısmi remisyon olasılığı %24 olarak bildirilmiştir (42). Hastaların %20'sinde tam remisyon, yaklaşık yarısında da kısmi remisyon saptanan başka bir çalışmada, evli olmanın ve başlangıçta hastalık şiddetinin düşük olmasının kısmi remisyonun yordayıcıları olduğu ortaya konulmuştur (44).

a. İçgörü

Psikiyatri uygulamasında içgörü hastanın belirtileri/bozuklukları ile ilgili anlayışını ifade eder (45). OKB’de içgörü, obsesyonların ve kompulsiyonların akla yatkın olmadıklarını değerlendirebilmek, bunlara karşı koyma çabası içinde olabilmektir (46). Yani OKB’de içgörü, ruhsal durumun tümüyle değil, belirtileriyle ilişkilendirilmiştir (45). Tarihsel süreç içinde OKB tanımlanırken; başlangıçta kişinin içgörüsünün tam olması gerektiği belirleyici bir özellik olarak tarif edilmişken sonraki yıllarda araştırmacılar, hastaların obsesyon ve kompulsiyonlarının saçma ve akıldışı olduğuna her zaman inanmadıklarını ve direnmede yetersizlik gösterebildiklerini fark etmişlerdir (47). DSM-III-R’deki OKB tanımlamasındaki hastanın OKB belirtileri ile ilgili içgörüsünün eksiksiz olması gerektiği ile ilgili ölçüt çıkarılmıştır (48). DSM-IV’te, içgörü azlığı ayrı bir belirleyici ölçüt olarak kullanılmıştır. Buna göre, OKB hastası o sıradaki epizodda çoğu zaman obsesyon ve kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa “içgörüsü az olan” başlığı altında tanımlanmıştır (49). Son olarak, literatürde boyutsal bir yaklaşımla içgörünün bir spektrum şeklinde OKB hastalarında az veya çok olabileceği, içgörüsü olmayan bir OKB grubunun da tanımlanabileceği yönündeki çalışmalar dikkate alınarak (50) DSM-5’te “içgörüsü az olan” ifadesi yerine “içgörüsü iyi ya da oldukça iyi”, “içgörüsü kötü” ve “içgörüsü yok/sanrısız inanışlar” şeklinde alt belirteçler kullanılmaya başlanmıştır (13). Konu üzerinde çalışan araştırmacılar, bir uçta iyi düzeyde içgörünün olduğu, diğer uçta içgörünün hiç olmadığı bir spektrum önermişlerdir (45). Obsesyonların bir uçta, sanrıların diğer uçta bulunduğu bu modelde (12), “aşırı değer verilmiş düşünceler” orta noktalardadır (51,52).

Farklı çalışmalara göre, OKB hastalarının %15-30 kadarı içgörüsü kötü veya içgörüsüz olarak değerlendirilmektedir (15–19) OKB’de içgörü azlığı; erken hastalık başlangıç yaşı, uzun hastalık süresi, daha şiddetli OKB belirtileri ve depresif belirtiler, major depresyon başta olmak üzere daha fazla eşanı ve tedaviye düşük yanıt ile ilişkili bulunmuştur (15,18,21,53). Ayrıca, içgörüsü kötü olan hastalarda şizotipal kişilik bozukluğu eştanısı sıklığı daha fazla görülürken, ailelerinde de hem şizofreni spektrum bozukluklarının (21) hem de OKB öyküsünün içgörüsü iyi olan OKB hastalarından daha fazla olduğu (47) gösterilmiştir. İstifleme davranışı olan OKB hastalarında daha yüksek oranda kötü içgörü saptanmıştır (54).

İçgörüsü iyi OKB hastaları, içgörüsü kötü OKB hastaları ve OKB ile birlikte şizofreninin olduğu hastalardan oluşan üç grubun klinik özelliklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, saf

OKB hastaları içinde içgörüsü kötü olan hastaların oranı %36 iken OKB ve şizofreninin birlikte olduğu grupta içgörüsü kötü olan hastaların oranı %65 olarak bulunmuştur. İçgörüsü kötü olan hastalar ile OKB ve şizofreninin birlikte olduğu hastalarda, içgörüsü iyi olan gruba göre; evlenmemiş olanların daha fazla, OKB başlangıcının daha erken, hastalık süresinin daha uzun ve işlevselliğin daha kötü olduğu bulunmuştur (55).

3. Tanı Ölçütleri

OKB, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (ICD)-10'da (56), diğer anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluklarla birlikte "Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar" grubu içinde, DSM-III-R (48) ve DSM-IV'te (49) ise "Anksiyete Bozuklukları" arasında yer almaktayken, 2013 yılında kullanıma giren DSM-5'te (13) "Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında ayrı bir tanı kategorisi olarak belirtilmiştir.

ICD-10'a göre OKB tanı ölçütleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: ICD-10 OKB tanı ölçütleri

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler veya kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı ve sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır. Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır: a) Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar; b) Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır; hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler veya hareketler bulunabilir; c) Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik veya anksiyetenin giderilmesi söz konusudur); d) Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır. Obsesif kompulsif bozukluğun ICD-10'da başlıca beş tipi tanımlanmıştır: F42.0: Obsesyonel düşünceler veya ruminasyonların baskın olduğu tip F42.1: Kompulsif hareketlerin (obsesyonel törenlerin) baskın olduğu tip F42.2: Obsesyonel düşüncelerin ve hareketlerin birlikte bulunduğu karışık tip F42.8: Başka obsesif kompulsif bozukluklar F42.9: Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş.

DSM-5'e göre tanı ölçütleri ve bozukluğun gidişi ile ilgili belirteçler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: DSM-5 OKB tanı ölçütleri

A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığı: Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır: 1. Kimi zaman zorla ve istenmeden geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve ısrarlı düşünceler, dürtüler ya da imgeler. 2. Kişi, bu düşüncelere, dürtülere ya da imgelere aldırılmamaya ya da bunları baskılamaya çalışır ya da bunları başka bir düşünce ya da eylemle yüksüzleştirme (bir kompulsiyonu yerine getirerek) girişimlerinde bulunur. Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır: 1. Kişinin obsesyonuna tepki olarak ya da katı bir biçimde uyulması gereken kurallara göre yapmaya zorlandığını hissettiği yinelemeli davranışlar (örn. el yıkama, düzenleme, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dinsel değeri olan sözler söyleme, sayı sayma, sözcükleri sessiz bir biçimde yineleme). 2. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yaşanan anksiyete ya da sıkıntıdan korunma ya da bunları azaltma ya da korkulan bir olay ya da durumdan sakınma amacıyla yapılır; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, yüksüzleştirmek ya da önlemek üzere tasarlanan durumlarla gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı bir düzeydedir. Not: Küçük çocuklar bu davranışlarının ya da zihinsel eylemlerinin amaçlarını dile getiremeyebilirler. B. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar kişinin zamanını alır (örn. günde bir saatten çok zamanını alır) ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur. C. Obsesif kompulsif belirtiler, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz. D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (örneğin, yaygın anksiyete bozukluğunda olduğu gibi aşırı endişeler; beden dismorfik bozukluğunda olduğu gibi dış görünümle aşırı uğraşma; istifleme bozukluğunda olduğu gibi sahip olduklarını elden çıkartmakta ya da onlarla ilişkisini kesmekte güçlük çekme; trikotillomanide (saç yolma bozukluğu) olduğu gibi saçını yolma; deri yolma bozukluğunda olduğu gibi derisini yolma; stereotipik davranış bozukluğunda olduğu gibi stereotipik davranışlar; yeme bozukluklarında
--

olduğu gibi törensel yeme davranışı; madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarında olduğu gibi maddeleri ya da kumar oynamayı düşünüp durma; hastalık anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi bir hastalığının olduğunu düşünüp durma; parafilik bozukluklarda olduğu gibi cinsel dürtüler ya da düşlemler; yıkıcı bozukluklarda, dürtü kontrol ve davranım bozukluklarında olduğu gibi dürtüler; major depresif bozuklukta olduğu gibi suçlulukla ilgili düşünsel uğraşlar; şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklarda olduğu gibi düşünce sokulması ya da sanrısız uğraşlar ya da otizm spektrum bozukluğunda olduğu gibi yinelemeli davranış örüntüleri).

Varsa belirtiniz:

İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, obsesif kompulsif bozukluk inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığı ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayırımındadır.

İçgörüsü kötü: Kişi, obsesif kompulsif bozukluk inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar: Kişi, obsesif kompulsif bozukluk inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

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

4. Eştanı

Klinik çalışmalarda, OKB hastalarının %50-75'inde en az bir eştanı olduğu saptanmıştır (57). Eştanı oranları özgül fobi için %46,5, major depresyon için %31,7, alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı için %24,1, diğer ilaç kullanımı ya da bağımlılığı için %17,6, panik bozukluğu için %13,8, şizofreni için %12,2, şizofreniform bozukluk için %1,3 olarak saptanmıştır (30). Bipolar bozukluk hastalarında OKB eştanısı %9-35,1 olarak bulunmuştur (58,59).

OKB'de eştanılı durumların araştırıldığı ülkemizde yapılan bir çalışmada, hastaların %68,7'sinde başka bir birinci eksen bozukluğu eştanısı; %39,5'inde major depresyon, %20,4'ünde distimi, %17,7'sinde basit fobi, %15,6'sında sosyal fobi, %12,2'sinde yaygın anksiyete bozukluğu, %9,5'inde panik bozukluğu, %6,8'inde şizofreni bulunmuştur. Eştanı varlığında hastalığın başlangıç yaşı ve süresi farklı bulunmamıştır; ancak anksiyete, depresyon

ve OKS puanlarının ve işlevsellik kaybının arttığı gösterilmiştir. Eşanı sayısı arttıkça hastalık şiddetinin arttığı bildirilmiştir (60).

OKB, panik bozukluğu ve major depresyon hastalarını karşılaştıran bir çalışmada, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) eşanısının OKB hasta grubunda daha fazla görüldüğü saptanmıştır (61).

OKB'nin Tourette sendromu ile birlikteliği de sık görülmektedir. Tourette sendromlu hastalarda, OKB oranının %23, OKS görülme oranının %46 olduğu gösterilmiştir (62).

OKB hastalarında, Huntington Hastalığı ve Sydenham koresi genel nüfusa göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (63).

5. Etiyoloji

a. Biyolojik Etkenler

(1) Genetik Çalışmaları

OKB'de ailesel yatkınlığı düşündüren genetik çalışmalar uzun yıllardır yapılmaktadır. Bu çalışmalar OKB gelişiminde etkisi olan bazı özgül genlere işaret eden ikiz, aile, ayrışım (segregation) ve ilişkilendirme (association) çalışmalarını içermektedir. Carey ve Gottesman, 30 ikiz çifti üzerinde yaptıkları bir çalışmada, monozigotik ikizlerde (%87), dizigotik ikizlere (%47) göre daha yüksek eş hastalanma oranı tespit etmişlerdir (64). Aile çalışmalarında, OKB hastalarının %10,3'ünün birinci derece akrabalarının da bu bozukluktan etkilendiği bildirilmiştir (65). Ayrışım çalışmaları sonucunda varılan genel kanı, OKB'de tamamlanmamış (incomplete) penetrans ve otozomal dominant bir genetik geçişin olabileceği yönündedir (66). OKB gelişiminde aday genler olduğu düşünülen serotonin (5-HT) reseptörü tip 1Dbeta, 5-HT reseptörü tip 2A, dopamin reseptörü tip 4 (DRD4), dopamin taşıyıcı (DAT), monoamin oksidaz A (MAO-A) ve opioid mü reseptör genlerinin, OKB kalıtımındaki rolüne yönelik ilişkilendirme çalışmaları mevcuttur (67,68).

(2) Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Nörobiyolojik modeller, OKB'nin etyolojisinde, bazal ganglion devreleri üzerindeki kortikal kontrol işlev bozukluğuna işaret etmektedir (69,70). Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları ve meta-analizlerinde, OKB hastalarında çoğunlukla anterior singulat korteks (ASK), orbitofrontal korteks (OFK), dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), ventral striatum ve talamusta patolojik aktivasyonlar bulunduğu gösterilmiştir (71–73). Bahsedilen bu beyin alanlarını etkileyen lokalize beyin tümörleri, ensefalitler, özellikle bazal ganglionları tutan Sydenham Koresi, Huntington Koresi gibi hastalıklarda OKS'lerin görülmesi ve seçilmiş OKB vakalarında bu beyin yapılarına yönelik cerrahi tedavilerden fayda sağlanabilmesi de bu görüşü desteklemektedir (74). OKB hastalarında limbik kortikobazal ganglion bağlantıları, kontrollere kıyasla azalmış bulunmuştur (75). Ayrıca, striatum ve talamustaki farklı kortikal projeksiyon alanlarında aşırı ayrışım (hipersegregation) saptanmıştır (75).

(3) Nörokimyasal Çalışmalar

OKB oluşumunda serotonin düzenlenmesindeki bozukluğun rolü olduğu görüşü, antidepressanlardan serotonin taşıyıcısını inhibe edenlerin OKB'de etkili olduğunun gözlenmesi ile ortaya çıkmıştır (76,77). OKB hastalarında beyin omurilik sıvısında (BOS) 5-hidroksiindolasetik asit (5-HİAA) düzeyinin kontrollerden yüksek olması (78), klomipramin verilen hastalarda iyileşme ile BOS 5-HİAA düzeyinde düşme arasında pozitif bağlantı bulunması (79), seçici olmayan serotonin reseptör agonisti olan metaklorofenilpiperazin verilmesiyle kompulsif belirtilerde artış olduğunun gösterilmesi gibi çalışmalar bu görüşü desteklemektedir (80).

Çeşitli stimülanların uygulanmasını takiben OKS'lerin oluşması (81,82), antidopaminerjik ilaçlarla bu belirtilerin düzelmesi, tedaviye dirençli OKB vakalarında seçici serotonin geri alım inhibitörlerine (SSGİ) eklenen tipik ve atipik antipsikotiklerin etkili bulunması (83–85), OKB'nin patogeneğinde dopaminin de rol alabileceğini düşündürmektedir. Dopaminin prefrontal korteks ile amigdala arasındaki ilişkiyi düzenlemedeki rolünün, OKS'lere aracılık ettiği düşünülmektedir (85).

Glutamatın da OKB patogeneğinde etkinliğini bildiren çalışmalar vardır. Rosenberg ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, kaudat çekirdek glutamat konsantrasyonunun OKB hastalarında kontrollere göre yüksek olduğu ve paroksetin tedavisi ile kontrollerdekine benzer

seviyeye düştüğü; glutamat konsantrasyonundaki bu düşüş ile OKS şiddetindeki azalmanın ilişkili olduğu gösterilmiştir (86). BOS glutamat düzeyinin de OKB hastalarında sağlıklı kontrollerden yüksek bulunduğu bildirilmiştir (87).

(4) İmmün Sistem Değişiklikleri

A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası çocuklarda OKB ve tik bozukluklarının gelişiminin tanımlanması (88,89), OKB hastalarında kontrollere göre tümör nekroz faktörü (TNF)-alfa ve doğal öldürücü hücre (natural killer) etkinliğinde azalma saptanması (90) OKB gelişiminde otoimmün mekanizmaların da etkisinin olabileceğini düşündürmektedir.

b. Psikososyal Etkenler

(1) Psikodinamik Etkenler

Freud'un obsesyonel nevroz olarak adlandırdığı bu hastalığın oluşumunda, psikanalitik açıdan temel rol oynayan düzene gerilemedir (regression). Obsesif kompulsif hastanın ödipal döneme ait dürtülerin yarattığı çatışma ile baş edemediğı, anksiyete duyduğu ve daha önceki psikoseksüel gelişim dönemi olan anal sadistik örgütlenme evresine gerilediğı belirtilmiştir (91). Obsesif kompulsif kişi, cinsel ve saldırgan dürtülerini anal döneme özgü üç temel savunma düzeneğı olan yapma bozma (undoing), yalıtma (isolation) ve karşıt tepki oluşturma (reaction formation) ile bilinçdışında tutmaya çalışmaktadır. OKB'de sıkça görülen tekrarlamalar bir yapma bozma olup dürtüsel olarak yapılmış bir eylemin yerini üstbenliğin (superego) yaptırdığı eylem almaktadır. Örneğin, temizlik kompulsiyonlarında daha önceden gerçekte olduğu düşünülen kirlenmeyi bozma amacı vardır. Yalıtma ile zihindeki düşünceler duygudan ayrılmakta, böylece örneğin bir yakınının kaza geçireceğı şeklindeki obsesif bir düşüncenin bilince ulaşması mümkün olabilmektedir. Karşıt tepki oluşturma ile de çiftedeğerliliğe bağlı olarak çatışan iki duygudan biri fazlaca yoğunlaşırken diğeri kaybolmaktadır; örneğin, düzensizlik isteklerine karşı koyan bu kişilerin düzene düşkünlükleri bu açıdan dikkat çekicidir (92).

(2) Bilişsel Davranışçı Görüş

İntruzif düşünceler normal popülasyonda yaklaşık %90 oranında bulunur (93). Bilişsel modele göre, bu düşünceler aslında duygusal bir yanıt oluşturmazlar. Düşünceler, ancak bilişsel bir değerlendirme sonucu duygusal bir yanıt oluştururlar. Normal popülasyon ile OKB'li bireylerin arasındaki fark, bu düşüncelerin yorumlanma şeklidir (94). Salkovskis OKB'de artmış sorumluluk inancını vurgularken, Rachman, bunun yanı sıra, bu düşüncelere kişisel anlamlılık katmanın, düşünceleri tehditkar görmenin, felaketleştirici yorumlamanın da önemli olduğunu belirtmiştir (93,95). Artmış sorumluluk daha derinlerdeki ara inançlar ve şemalarla ilgilidir (96). Bu aşırı değerlendirilmiş sorumluluk, duygusal olarak anksiyete oluşturur ve sorumluluğu azaltmaya yönelik yüksüzleştirme çabalarına yol açar. Kompulsif davranışlar ve düşünce ritüelleri şeklinde ortaya çıkan bu yüksüzleştirme yanıtları bir kez yerleşti mi, kişi bunların sorumluluk ve sıkıntıda bir azalmaya neden olduğunu algıladığı için, bunları sürdürür (95).

Mowrer, fobiler ve obsesyonlarda korku ve kaçınma davranışını açıklayan, klasik ve edimsel koşullanmayı içeren iki aşamalı bir model tanımlamıştır. Buna göre klasik koşullanmayla öğrenilen korku, edimsel koşullanma süreçleriyle sürdürülür. Göreceli olarak yüksüz bir uyaran, anksiyete oluşturunca bir olayla eşlenir ve böylece önceden yüksüz olan nesne ve düşünceler, anksiyete oluşturabilen koşullu uyaranlar haline gelir. Bu kurama göre obsesyonlar koşullu uyaranlardır ve anksiyete oluşturunca. Kompulsiyonlar ise bu anksiyeteyi gidermek üzere öğrenilmiş ve anksiyetenin azaltılmasıyla da pekiştirilmiş eylemlerdir ve kişinin yaşam alanını daraltır, işlevselliğini bozarlar (97,98).

B- Şizofreni ve Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi

1. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik ve klinik çalışmalar, şizofrenide obsesif kompulsif fenomenin görülme oranının %3-59,2 olduğunu göstermektedir (99). Bu geniş yelpazenin, obsesif kompulsif özelliklerin tanımlanmasındaki (OKB-OKS), uygulanan tanısal ölçütlerdeki (kategorik-boyutsal), incelenen hasta popülasyonlarındaki (yatan hasta-ayaktan hasta-toplum) ve şizofreninin evrelerindeki (ilk başvuru-kronik evre) farklılıklardan, ayrıca atipik antipsikotiklere bağlı iyatrojenik obsesif kompulsif fenomene sahip hastaların dahil edilip

edilmemesinden kaynaklandığı belirtilmektedir (99). Antipsikotik kullanmamış ilk epizod şizofreni hastaları ile yapılan bir çalışmada, OKB eştanısı %14 oranında bulunmuştur (100). Bu, şizofreniye eşlik eden OKS'lerin belirgin olarak kronik hastalığın, hastaneye yatışın veya nöroleptik tedavinin sekeli olmadığını düşündürmektedir (99).

Çocukluk başlangıçlı şizofreni hastalarının %26'sının, geriatrik şizofreni hastalarının ise %16'sının OKB için DSM-IV-TR ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır (99). Swets ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları meta-analizde, şizofrenideki OKB sıklığı %13,6, OKS sıklığı %30,3 olarak saptanmıştır (101). Şizofreni hastalarında OKB görülme oranı, genel popülasyonda OKB görülme oranından fazladır (30).

Yaryura-Tobias ve arkadaşları OKB hastalarında şizofreni eştanısının hayat boyu görülme oranını %10,6 olarak bulmuşlardır (102).

2. Fenomenoloji ve Klinik Özellikler

Poyurovsky ve arkadaşları, DSM-IV-TR'ye göre OKB ve şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan hastaların, eştanı almalarının ötesinde, şizofreninin “şizoobsesif bozukluk alt tipi”ni oluşturabileceğini tartışmışlardır (103). Bu hastaların OKB'nin eşlik etmediği şizofreni hastalarından farklı klinik özellikler göstermeleri, OKB spektrum bozukluklarının (tik bozuklukları, beden dismorfik bozukluk, trikotillomani vb.) bu hastalarda daha yüksek oranda görülmesi (99,104,105) ve birinci derece akrabalarında daha yüksek oranda OKKB, OKB ve şizoobsesif bozukluk görüldüğünün saptaması (20) şizofrenide bağımsız bir obsesif kompulsif boyutun varlığını destekleyen bulgulardır.

Şizoobsesif hastaların yarısından fazlasında, OKS'ler şizofreni başlangıcından önce ortaya çıkmaktadır. Diğerlerinde OKS'ler ya şizofreni ile aynı anda başlamakta ya da şizofreni başladıktan sonra görülmektedir (8,106). Şizoobsesif hastaların obsesyon ve kompulsiyonları, saf OKB hastalarınıninki ile dikkat çekici bir benzerlik gösterir. Bu hastalarda sırasıyla; kendine/başkasına zarar verme ve bulaş obsesyonları ile kontrol etme, temizleme/yıkama, sayma ve sıralama/düzenleme kompulsiyonlarının daha sık görüldüğü saptanmıştır (8,63,104,107). Bir çalışmada, şizoobsesif hastalarda daha çok saldırganlık (%34), bulaş (%26) ve dini (%20) obsesyonların, kontrol etme (%36), temizleme/yıkama (%34) ve sayma (%18) kompulsiyonlarının görüldüğü bildirilmiştir (108). Şizoobsesif hastaların OKS şiddetinin

çoğunlukla orta düzeyde olduğu bulunmuştur (109). OKS'lerin şiddetinin şizofreninin süresiyle pozitif bağlantı gösterdiği, ilk epizod şizofreni hastalarıyla karşılaştırıldığında yineleyen epizodlar yaşayan şizofreni hastalarının belirgin şekilde daha yüksek YBOKÖ puanlarına sahip oldukları gösterilmiştir (105).

OKB/OKS ile şizofreni alt tipleri arasındaki ilişki incelendiğinde, her ne kadar paranoid ve farklılaşmamış şizofreni ile şizoafektif bozuklukta daha fazla OKS görüldüğü belirtilmiş olsa da, güncel yayınların büyük çoğunluğunda herhangi bir özgül alt tip baskınlığı gösterilememiştir (109).

OKS'si olan şizofreni hastalarının OKS'si olmayan şizofreni hastalarına oranla daha uzun süreli hastane yatışlarının olduğu, daha kötü özbakım ve özellikle sosyal yetkinlik açısından olmak üzere daha düşük işlevsellik düzeyleri gösterdikleri, tedaviye yanıtlarının ve prognozun daha kötü olduğu saptanmıştır (110). OKS'si olan ve olmayan kronik şizofreni hastalarının hastalığın seyri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, şizofrenide OKS'nin; daha erken başlangıç, daha uzun süreli hastane yatışları ve yaşa göre daha düşük işlevsellik düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ek olarak, bu hastaların çalışma ve evli olma oranlarının daha düşük olduğu, başkalarına daha fazla bağımlı oldukları bildirilmiştir (111). Başka bir araştırmada ise, OKB eştanısı olan şizofreni hastalarında, olmayanlara göre, daha fazla özkıyım girişimi öyküsü ve özkıyım düşüncesinin olduğu, kompulsif belirtilerin özkıyım girişiminin yordayıcısı olduğu bulunmuştur (112).

OKB/OKS ile birlikte olan şizofreni hasta grubunda, OKB/OKS'nin eşlik etmediği şizofreni hastalarına göre daha yüksek oranda silik nörolojik belirtiler (113) ve özellikle soyutlama ve yürütücü işlevlerde olmak üzere daha fazla nörobilişsel bozukluk olduğu birçok çalışmada ortaya konmuştur (114,115). Bu hastaların daha fazla negatif belirtilerinin bulunduğu belirtilmiştir (110).

Manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları, şizoobsesif hastalarda, şizofreni hastaları ile karşılaştırıldığında; sol hipokampus, frontal loblar (116), lateral ventrikül ön boynuzları ve üçüncü ventrikülde (117) belirgin hacim azalması olduğunu göstermiştir.

C- Üstbiliş Kavramı

1. Üstbilişin Tanımı

Üstbiliş (metacognition), bilişleri değerlendiren, düzenleyen ve kontrol eden üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçlerden oluşan bir sistem olarak ilk defa Flavell tarafından tanımlanmıştır (118). Üstbiliş, kişinin bilişsel sistemi ile ilgili bilgi ve inançları; bilişsel sistemin işleyişini etkileyen faktörlerle ilgili bilgileri; bilişin mevcut durumunun farkındalığı ve düzenlenmesi; düşünce ve anıların önemini değerlendirilmesi olarak bir dizi faktöre işaret eder (118).

Kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (119). Diğer bir ifadeyle, kişinin ne bildiği hakkındaki bilgisi, ne düşündüğü hakkındaki düşüncesi, kendi bilişsel süreci üzerine bakışıdır (120).

İnsanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rolü olan üstbiliş sisteminde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli olacağı düşünülmektedir (121). Buna göre, psikiyatrik rahatsızlıklardaki bazı işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarına üstbilişsel işlevler yol açmaktadır.

2. Üstbilişin Değerlendirilmesi

Üstbilişlerin psikiyatrik hastalıklardaki rolü incelenirken, psikopatolojilerle ilgili üstbilişsel modellerden yola çıkarak hazırlanmış ve bu nedenle çeşitli psikopatolojilerdeki üstbilişleri değerlendirmeye uygun bir ölçek olan, Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilen Üstbiliş Ölçeği (ÜBÖ) sıklıkla kullanılmaktadır. Bu ölçek kavramsal olarak birbirinden farklı fakat birbiriyle ilişki içinde olan, olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançların üç alanını, bilişsel güven ile ilgili yargıları ve üstbilişsel izlemi değerlendiren toplam beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu beş alt boyut; 1) endişeye dair olumlu inançlar, 2) kontrol edilemezlik ve tehlikeyi içeren endişeye karşı olumsuz inançlar, 3) bilişsel güven, 4) bilişsel farkındalık ve 5) düşünceleri kontrol ihtiyacı olduğuna dair inançlar şeklindedir (122). Bu beş alt boyuttan ilki olan “endişeye dair olumlu inançlar” alt boyutu, kişinin bilişlerini problem çözme yöntemi olarak görmesi, normal veya yararlı olarak değerlendirmesiyle ilgilidir. Düşüncelerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair olumsuz inançları kapsayan ikinci alt

boyuta göre, kişiler kendi düşüncelerinin tehlikeli olduğu ve kontrol edilmesi gerektiği görüşündedir. Üçüncü alt boyut olan “bilişsel güven” alt boyutu, “Belleğime pek güvenmem.” gibi üstbilişsel inançlardan oluşur, dikkat ve belleğe olan güveni ölçer. Dördüncü alt boyut, kişinin kendi düşüncelerini izlemesi ve dikkatini düşünce sürecine odaklamasına dair olan “bilişsel farkındalık” alt boyutudur. Beşinci alt boyut, düşünceleri kontrol etmemenin sonuçları ile ilgili olumsuz inançlardan oluşur. Kişinin bazı düşüncelere sahip olmasından dolayı ortaya çıkabilecek sonuçlardan korkması ve bunların sorumluluğunu aşırı derecede üstlenmesi ile ilişkilidir (122).

Üstbiliş ile OKS arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, ÜBÖ ile ölçülen patolojik üstbilişsel faktörlerin OKS’ler ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (123–127). Wells ve Papageorgiou (1998), patolojik üstbilişlerin aynı zamanda endişe belirtileriyle de pozitif ilişki içinde olduğunu bulmuşlardır (124). Sica ve arkadaşları da, OKB hastalarında, endişe ve OKS’ler ile üstbilişin “kontrol edilemezlik ve tehlike” alt boyutunun, hastaların ritüelleri ile de “düşünceleri kontrol ihtiyacı” alt boyutunun ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (128). OKB hastalarındaki “kontrol edilemezlik ve tehlike” alt boyutu ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” alt boyutu yüksekliğinin, obsesyonların ciddiyeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (129). “Bilişsel farkındalık” alt boyutunun, OKB hastalarında, diğer anksiyete bozukluklarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve OKB’nin gelişimi ve sürmesinde önemli rol oynadığı saptanmıştır (122).

3. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Üstbilişsel Modeli

Kişilerin olayları değerlendirirken işlevsel olmayan üstbilişleri, uyuma yönelik olmayan tepki tarzları geliştirmelerine yol açmaktadır (122,123). OKB’nin bu yaklaşıma dayanan üstbilişsel modeline göre, kişiler bazı intruzif düşüncelerinin önemi ve etkilerine yönelik olumsuz değerlendirme içeren inançlara sahiptirler. Wells’in 1997’de öne sürdüğü modelde, üç çeşit üstbilişsel inanç alanı vurgulanmaktadır. Bunlar; 1) intruzif düşüncelerle ilgili inançlar, 2) ritüellerle ilgili inançlar ve 3) “dur” sinyalleriyle ilgili inançlardır (130).

1. İntruzif Düşünceler ile İlgili İnançlar: Düşüncelerin önemi ve gücü ile ilgili üstbilişsel inançlardır ve düşünce-kaynaşma inançları olarak adlandırılırlar. Düşünce-kaynaşma inançlarının OKS’lerin gelişmesinde merkezi nedensel rolü olduğu düşünülmektedir. Wells üç çeşit düşünce-kaynaşma inancı öne sürmüştür:

a. Düşünce-Eylem Kaynaşması (DEK) (Thought-Action Fusion): Bir düşüncenin kişiyi bir eyleme itebileceği ya da bir düşüncenin o eylemi yapmayla eşdeğer olduğuna dair inançlardır. Kişinin elinde bıçak varken birini bıçakladığını düşünmesinin ya da bu dürtüyü hissetmesinin bu eylemi gerçekleştirmesine sebep olacağına inanması örnek gösterilebilir (131–134). Rachman, obsesyona yatkın kişilerin düşüncelerini eylemlerle eşit tutma eğilimine değinerek bu kavramı ilk ortaya atan kişidir. Rachman’a göre, OKB’de iki çeşit DEK vardır: 1) Olasılık tipi DEK; rahatsız edici bir olay hakkında düşünmenin o olayın olma olasılığını daha da arttıracak inancıdır. 2) Ahlaki tip DEK; obsesyonel düşüncenin akıldan geçmesinin, yasak eylemi gerçekleştirmekle ahlaki olarak bir tutulması inancıdır (135).

b. Düşünce-Olay Kaynaşması (Thought-Event Fusion): Bir olay hakkında düşüncelerin olmasının, o olayın gerçekleşmesine neden olabileceği ya da olayın olmuş olduğu anlamına gelebileceğine dair inançtır. Örneğin, “Arkadaşımın kaza geçirdiği düşüncesi aklıma gelirse, gerçekten o arkadaşım kaza geçirmiş olabilir.” şeklindeki inanç (131–134).

c. Düşünce-Nesne Kaynaşması (Thought-Object Fusion): Düşünce ve hislerin nesnelere aktarılabilmesine, bunun sonucunda da düşüncelerin ve hislerin daha gerçek hale gelebileceğine, daha tehlikeli olacıklarına, kaçınılamayacak hale geleceklerine ve/veya nesneleri bozacağına olan inançtır. Örneğin, “Aklıma o çatalın kirli olduğu düşüncesi geldiğinde, onun kirli olmadığına ikna olamam.” şeklindeki inanç (131–134).

2. Ritüeller ile İlgili İnançlar: Modelin ikinci alanında ritüelleri ve yüksüzleştirme davranışlarını gerçekleştirme ihtiyacı ile ilgili üstbilişsel inançlar yer alır. Bu inançlar genellikle düşünce, duygu ve his durumlarının kontrol edilmesinin önemini yansıtır. Özel bir zihin ve beden durumunu koruma ihtiyacını ve kendini düzenleme (self-regulation) için kişisel kuralları içerirler (131,133,134,136). “Ritüellerimi yapmazsam rahatsızlığım asla sonlanmaz.” gibi olumlu inançlar ve “Ritüellerim kontrol edilemez.”, “Zihinsel ritüellerim vücuduma zarar verebilir.” gibi olumsuz inançlardan oluşurlar (130). Uygun olmayan ölçütlere dayanan üstbilişler, kişiyi bir takım yüksüzleştirici ve kontrol edici ritüeller sergilemeye yöneltir. Örneğin, “Bu ritüeli yapmazsam o düşüncem gerçekleşir.” gibi. Böylelikle tehdit hakkındaki değerlendirmelerinin kalıcı hale gelmesine yol açarlar (137).

3. Dur Sinyalleri ile İlgili İnançlar: İntruzif düşüncelerin önemi ve oluşturduğu tehlike üstbilişler tarafından öznel bir şekilde belirlendiğinden ve gerçekte ortada nesnel bir tehdit olmadığından, OKB’li kişi nesnel kanıt olmadığı durumlarda durumun ne zaman güvenli

olduğunu bilmemek durumuyla karşı karşıya kalmaktadır. Bunun sonucunda da gizli ve örtük ritüelleri için içsel ve uygun olmayan “dur” ölçütlerine aşırı bağımlı hale gelmektedir. Halbuki, bu ölçütlerin güvenilir bir şekilde karşılanması zordur ve intruzif düşüncelere daha da çok yol açarlar (131,133,134,136).

OKB hastaları tarafından gerçekleştirilen davranışsal yanıtlar OKB hastalarının problemlerinin iki geri bildirim döngüsüyle beslenmesine yol açar. İlki: Davranışsal cevaplar, intrüzyonların yanlışlanmasını engeller. İntrüzyonların işaret ettiği felaketleştirilmiş olayların ve eylemlerin oluşmaması, intrüzyonlar hakkındaki değerlendirmelerin geçersiz olduğu gerçeğine değil ritüellere atfedilir. İkincisi: Davranışsal cevaplar tetikleyicilere olan geri bildirim döngüsüyle intrüzyonların artışına neden olabilir. Bu üç yoldan olabilir. Birincisi; düşünceleri baskılama girişimleri intruzif düşüncelerin artmasına neden olabilir. İkincisi; intrüzyonlar üzerine ruminasyon ya da zihinsel yüksüzleştirme, zihinsel uğraşları sürdürebilir, intrüzyonları daha olası kılar. Üçüncüsü; tekrarlayan yıkama, temizleme aktiviteleri gibi birçok eylem/uyaran, intrüzyonları tetikleyebilir (130).

III- GEREÇ VE YÖNTEMLER

A- Örneklem

Çalışmaya 01.09.2018 - 01.09.2019 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran veya psikiyatrik bozukluklar ve anksiyete bozuklukları polikliniklerinde takip edilmekte olan, katılmayı kabul eden ve işleme ölçütlerini karşılayan OKB tanısı konmuş 30 hasta ve şizofreni ile birlikte OKB tanısı konmuş 30 hasta dahil edildi.

Hastalar için işleme ölçütleri:

- 1) DSM-IV Birinci Eksen Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I) ile şizofreni olmaksızın OKB ve şizofreni ile birlikte OKB tanılarının konulması,
- 2) YBOKÖ puanlarının 16 ya da daha fazla olması,
- 3) 18 ile 60 yaşları arasında olma,
- 4) Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olma.

Hastalar için dışlama ölçütleri:

- 1) Bipolar bozukluk veya demans tanılarının olması,
- 2) Alkol ya da madde kullanım bozukluğu öyküsünün olması,
- 3) Genel tıbbi durumu bozan akut ya da kronik fiziksel bir hastalığın (neoplastik, endokrin ve immun bozukluklar, enfeksiyon, epilepsi ya da herhangi bir nörolojik hastalık vb.) olması,
- 4) Okuma yazma bilmiyor olma,
- 5) Klinik görüşmenin ve öz bildirim ölçeklerinin anlaşılmasını ve doldurulmasını engelleyecek nitelikte zihinsel veya fiziki engelliliğin olması.

B- Tanı Araçları ve Ölçekler

1. DSM-IV Birinci Eksen Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

SCID-I, DSM-IV'e göre konulan I. eksen psikiyatrik bozukluk tanılarını araştırır. Görüşmecinin uyguladığı yapılandırılmış bir klinik görüşmedir. Tanısal değerlendirmenin standart bir biçimde uygulanması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için 1997 yılında First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (138). Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Türkçe'ye uyarlanmış ve geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (139). Altı modülden oluşmaktadır ve toplam 38 bozukluğu tanı ölçütleri ile, 10 bozukluğu ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Kişilerin tanıları “şu anda” ve “yaşam boyu” göz önüne alınarak araştırılır.

2. Sosyodemografik Veri Formu

Hastaların sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla çalışma için hazırlanan bu form; hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim ve çalışma durumu, hastalığın başlangıç yaşı ve süresi, tedavi görme durumu, YBOKÖ ölçeğinde görülme sıklıklarına göre dahil edilen OKS'lerin listesi, eştanılı hastalıklar ve aile öyküsü parametrelerini içerir.

3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

OKS'lerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla 1989 yılında Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (140). Görüşmeci tarafından uygulanır. Toplam 19 maddeden oluşmaktadır; fakat toplam puanın saptanması için yalnızca ilk 10 madde kullanılır. Maddelerden ilk 5'i obsesyonların şiddetini değerlendirmek için, 6-10 aralığındaki maddeleri ise kompulsiyonların şiddetini değerlendirmek için kullanılır. Her bir belirti hastanın ne derecede zamanını aldığına, normal yaşamını etkilediğine, öznel rahatsızlığa neden olduğuna, bunlara hastanın ne oranda aktif direnç gösterdiğine ve ne kadar kontrol edebildiğine göre, 0-4 arasında değişen puanlar alır. Yüksek puanlar şiddetli hastalığa işaret eder. Bundan sonra obsesyon ve kompulsiyon puanları alt toplamı ve genel toplam değerlendirilmektedir. Obsesyon ve kompulsiyon alt toplamlarından alınabilecek en yüksek puan 20'şer puandır. 11. madde içgörüyü ölçmektedir ve alınan puanın yükselmesi içgörünün kötüleştiğini gösterir. 12. madde kaçınmayı, 13. madde kararsızlık düzeyini, 14. madde aşırı sorumluluk duymayı, 15. madde yavaşlama düzeyini, 16. madde belleğe yönelik patolojik kuşkuyu değerlendirmektedir

ve alınan yüksek puanlar bu belirtilerin şiddetli olduğunu gösterir. 17-19. maddeler ise uygulayıcı tarafından, hastalığın şiddeti, iyileşme düzeyi ve testte verilen bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmeye yöneliktir. Bu maddelerden alınan yüksek puanlar sırasıyla; şiddetli hastalığa, iyileşme düzeyinin arttığına, testin güvenilirliğinin azaldığına işaret eder. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (141).

4. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ)

Çeşitli psikiyatrik hastalıklarda inancın gücüne göre içgörüyü belirlemek üzere tasarlanmış, klinisyen tarafından uygulanan bir ölçektir. Değerlendirmede önce hastanın hastalığıyla ilgili ana inancı tanımlanır. Ana inanca, yarattığı sıkıntı ve hastanın hayatını etkileyişi temel alınarak karar verilir. Örneğin, evin dışında herhangi bir şeye dokunduğunda hastalık kapacağından korkmak OKB için bir ana inanç olabilir. Yedi maddeden oluşmaktadır. BİDÖ'nün maddeleri içgörünün farklı bileşenlerini değerlendirir. Bu bileşenler şunlardır: 1) İkna olma: Kişinin inancının doğruluğuna ne kadar ikna olduğudur. 2) Diğerlerinin görüşlerinin algılanışı: Kişinin, çoğu kişinin inanışını mantıklı bulduğundan ne kadar emin olduğudur. 3) Farklı görüşlerin açıklanışı: Kişinin kendi inancı ve diğerlerinin inancıyla ilgili görüşleri arasındaki farkı açıklayışıdır. 4) Sabitlik: Kişinin inancının yanlışlığı konusunda ikna edilip edilemeyeceğidir. 5) İnancını çürütme girişimi: Kişinin inancını çürütmeyi ne kadar etkin olarak denediğidir. 6) İçgörü: Kişinin, inancının psikiyatrik ya da psikolojik bir nedeni olduğunun farkında olup olmadığıdır. 7) Referans düşüncesi: Referans fikirlerini ya da sanrılarını değerlendiren, isteğe bağlı uygulanan bir maddedir. BİDÖ ile geçmiş haftaya yönelik değerlendirme yapılır. Her madde 0-4 arasında puanlanır. Puanın yükselmesi içgörünün kötüleştiğini gösterir. Maddelerin hepsinin 0 olması mükemmel içgörüyü, maddelerin hepsinin 4 olması içgörünün olmadığını gösterir. İlk 6 maddenin toplanmasıyla toplam puan (0-24) elde edilir. Yedinci madde toplam puana dahil edilmez. Eisen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ölçeğin (142), Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özcan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (143).

5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAMD)

Hastalarda depresif belirtilerin şiddetini ölçmek üzere 1960 yılında Hamilton tarafından geliştirilmiş, 1967'de aynı araştırmacı tarafından gözden geçirilerek son şekli verilmiştir (144,145). Sorular yapılandırılmıştır ve görüşmeci tarafından uygulanmaktadır. Son bir hafta

içerisinde yaşanan depresif belirtileri sorgulayan 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, bedensel belirtiler (gastrointestinal ve genel), cinsel belirtiler, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. En yüksek 52 puan alınır. 0-7 puan depresyon olmadığını, 8-15 arası puan hafif derecede depresyonu, 16-28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (146).

6. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAMA)

Anksiyete düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek, belirti dağılımını belirlemek amacıyla geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış ve görüşmeci tarafından uygulanan beşli likert tipi bir ölçektir. Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiş olan bu ölçek, ruhsal ve bedensel belirtileri sorgulayan toplam 14 soru içermektedir. Her soru 0-4 arasında puanlandırılır ve en yüksek toplam puan 56'dır (147). Yüksek puanlar yüksek anksiyete düzeyine işaret eder. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmış olup Türkçe formunda kesme puanı hesaplanmamıştır; yalnızca karşılaştırmalı çalışmalarda anlam taşır (148).

7. Üstbiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Wells ve Cartwright-Hatton tarafından geliştirilen ve psikometrik çalışmaları yapılan ölçek, üstbilişsel süreçleri olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar ile üstbilişsel süreçler (seçici dikkat, içsel bilişsel süreçlerin gözlenmesi) şeklinde iki ortak bileşen altında beş alt boyutta değerlendirmektedir. Bu beş alt boyut; 1) endişeye dair olumlu inançlar, 2) kontrol edilemezlik ve tehlikeyi içeren endişeye karşı olumsuz inançlar, 3) bilişsel güven, 4) bilişsel farkındalık ve 5) düşünceleri kontrol ihtiyacı olduğuna dair inançlar başlıklarından oluşmaktadır. Katılımcılar her bir maddedeki ifadeleri okuduktan sonra kendilerine ne kadar uyduğunu, 1 (kesinlikle katılmıyorum) ile 4 (kesinlikle katılıyorum) puan arasında olacak şekilde derecelendirme ölçeği üzerinden işaretlerler. Ölçek puanının yükselmesi, işlevsel olmayan tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder (121). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Tosun ve Irak tarafından gerçekleştirilmiştir (120).

8. Yaşamdan Hoşnutluk ve Doyum Anketi Kısa Formu (YHDA)

Endicott ve arkadaşları tarafından yaşam niteliğini ölçmek için geliştirilen 93 maddelik anketin (149) genel etkinlikler bölümünden türetilmiş, 16 maddelik, hasta tarafından doldurulan bir ankettir (150). Her bir madde 1-5 puan arasında olacak şekilde puanlandırılır ve ilk 14 maddenin toplamı hesaplanır. Yüksek puanlar, yüksek hoşnutluk ve doyum düzeyini gösterir. Anketin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının Özer ve arkadaşları tarafından yürütüldüğü bildirilmiş; ancak psikometrik verileri belirtilmemiştir (151).

C- İşlemler

Çalışma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirildi ve etik yönden uygun bulundu (Ek 1). Hastalara, çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra, çalışmanın amacı ve yöntemi ile ilgili ayrıntılı bilgi içeren bilgilendirilmiş onam formu verildi (Ek 2) ve hastalar yazılı onayları alınarak çalışmaya dahil edildi. SCID-I ile, OKB ve şizofreni ile birlikte OKB tanıları konuldu ve eştanılar değerlendirildi. Araştırmacı tarafından, DSM-5 ölçütlerine göre geliştirilen yarı yapılandırılmış sosyodemografik veri formu (Ek 3) dolduruldu. YBOKÖ (Ek 4), BİDÖ (Ek 5), HAMD (Ek 6) ve HAMA (Ek 7) araştırmacı tarafından hastaya uygulandıktan sonra, özbildirim ölçekleri olan ÜBÖ-30 (Ek 8) ve YHDA'yı (Ek 9) hastalar kalem kağıt yöntemiyle doldurdu.

D- İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20 programı kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılımına Shapiro Wilk testi ile bakıldı. İkili grupların karşılaştırılmasında kategorik değişkenler için ki-kare testi ve Fisher kesinlik testi, sürekli değişkenlerden normal dağılıma uyanlar için t-testi, uymayanlar için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Klinik değişkenler arasındaki ilişki Pearson bağıntı analizi ile ölçüldü.

Tüm sonuçların değerlendirilmesinde p değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

IV- BULGULAR

A- Sosyodemografik Verilerin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması

Hasta grupları; 24'ü (%80) erkek, 6'sı (%20) kadın toplam 30 şizofreni+OKB hastası ve 10'u (%33,3) erkek, 20'si (%66,7) kadın toplam 30 saf OKB hastasından oluştu. Saf OKB hasta grubunda kadın hastaların sayısının şizofreni+OKB grubuna göre anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlemlendi ($p<0,0001$) (Tablo 3). Yaş ortalaması şizofreni+OKB grubunda 33,43 (SS=11,51), saf OKB grubunda 33,70 (SS=13,33) olarak bulundu ve iki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ($p=0,93$) (Tablo 4). Evli olma oranları her iki grupta da düşük olup şizofreni+OKB grubunda %13,3 (s=4), saf OKB grubunda %26,7 (s=8) idi ve gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0,17$) (Tablo 3).

Eğitim durumuna bakıldığında şizofreni+OKB grubu (ortalama 12,20 yıl, SS=3,99), saf OKB grubundan (ortalama 10,37 yıl, SS=3,83) istatistiksel olarak farklı bulunmadı ($p=0,075$) (Tablo 4). Şizofreni+OKB hasta grubunda hastalığa bağlı çalışmama oranı (%60, s=18), saf OKB hasta grubunda ise başka nedenlerle çalışmama oranı (%70, s=21) daha yüksek olarak saptandı ($p<0,0001$) (Tablo 3). Meslek dağılımı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,096$) (Tablo 5).

Tablo 3: Cinsiyet, Medeni Durum ve Çalışma Durumu

		Şizofreni+OKB (s=30)	Saf OKB (s=30)		
		s (%)	s (%)	χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	6 (%20)	20 (%66,7)	13,30	<0,0001
	Erkek	24 (%80)	10 (%33,3)		
Medeni durum	Evli	4 (%13,3)	8 (%26,7)	1,67	0,17
	Bekar	26 (%86,7)	22 (%73,3)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	7 (%23,3)	5 (%16,7)	19,09	<0,0001
	Hastalığı nedeniyle çalışmıyor	18 (%60)	4 (%13,3)		
	Başka nedenle çalışmıyor	5 (%16,7)	21 (%70)		

Tablo 4: Yaş ve Eğitim Yılı

	Şizofreni+OKB (s=30)	Saf OKB (s=30)		
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)		p
Yaş	33,43 (11,51)	33,70 (13,33)	t=0,083	0,93
Eğitim Yılı	12,20 (3,99)	10,37 (3,83)	t=-1,81	0,075

Tablo 5: Meslek Dağılımı

	Şizofreni+OKB (s=30)	Saf OKB (s=30)		
Meslek	s (%)	s (%)	χ^2	p
İşçi	1 (%3,3)	1 (%3,3)	10,75	0,096
Memur	2 (%6,7)	2 (%6,7)		
Esnaf/Tüccar	4 (%13,3)	1 (%3,3)		
Profesyonel/Serbest	2 (%6,7)	1 (%3,3)		
Ev kadını	0 (%0)	6 (%20)		
Öğrenci	4 (%13,3)	8 (%26,7)		
Yok	17 (%56,7)	11 (%36,7)		

B- Klinik Verilerin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması

Saf OKB grubunda, şizofreni+OKB grubuna göre, kirlenme obsesyonları ($p=0,03$) ve diğer obsesyonlar ($p=0,03$) ile temizleme/yıkama kompulsiyonları ($p=0,009$) anlamlı olarak daha yüksek oranda bulundu. Şizofreni+OKB grubunda ise, saf OKB grubuna göre, kuşku obsesyonlarının ($p=0,004$) daha yüksek oranda olduğu saptandı (Tablo 6).

Tablo 6: Obsesif Kompulsif Belirtiler

	Şizofreni+OKB (s=30)	Saf OKB (s=30)		
Obsesyonlar	s (%)	s (%)	x ²	P
Saldırganlık	10 (%33,3)	8 (%26,7)	0,32	0,39
Kirlenme	13 (%43,3)	21 (%70)	4,34	0,03
Cinsel	9 (%30)	5 (%16,7)	1,49	0,18
Biriktirme/Saklama	3 (%10)	3 (%10)	0,000	0,66
Dini	16 (%53,3)	11 (%36,7)	1,68	0,15
Simetri/Düzen	10 (%33,3)	10 (%33,3)	0,000	0,60
Somatik	3 (%10)	2 (%6,7)	0,22	0,50
Kuşku	24 (%80)	13 (%43,3)	8,53	0,004
Diğer	14 (%46,7)	22 (%73,3)	4,44	0,03
Kompulsiyonlar	s (%)	s (%)	x ²	p
Temizleme/Yıkama	12 (%40)	22 (%73,3)	6,79	0,009
Kontrol etme	24 (%80)	21 (%70)	0,80	0,28
Tekrarlayıcı törensel	4 (%13,3)	7 (%23,3)	1,002	0,25
Sayma	13 (%43,3)	11 (%36,7)	0,28	0,40
Sıralama/Düzenleme	9 (%30)	10 (%33,3)	0,077	0,50
Biriktirme/Toplama	3 (%10)	3 (%10)	0,000	0,66
Diğer	18 (%60)	16 (%53,3)	0,27	0,40

Şizofreni eştanısı olan grubun %46,7'sinde (s=14) şizofreninin OKB'den önce, %33,3'ünde (s=10) OKB'den sonra ve %20'sinde (s=6) de OKB ile birlikte başladığı saptandı. Bu grupta, şizofreni tipi hastaların %80'inde (s=24) paranoid, %13,3'ünde (s=4) ayrışmamış, %6,7'sinde (s=2) dezorganize tip olarak belirlendi. Katatonik tipte hasta yoktu.

Hastalık süresi şizofreni+OKB grubunda ortalama 11,30 yıl (SS=10,66), OKB grubunda ortalama 11,21 yıl (SS=8,73) olarak bulundu; gruplar arasında anlamlı farklılık görülmedi (p=0,65) (Tablo 7). OKB'nin gidiş boyutu değerlendirildiğinde, şizofreni+OKB grubunun %6,6 (s=2) oranında epizodik gidiş gösterdiği, OKB grubunda ise tüm hastaların sürekli gidiş gösterdiği, gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görüldü (p=0,62). İntihar girişimi öyküsü, şizofreni+OKB grubunda (%36,7, s=11), saf OKB grubuna göre (%13,3, s=4) anlamlı olarak daha yüksek oranda bulundu (p=0,036) (Tablo 8).

Tablo 7: Hastalık Süresi

	Şizofreni+OKB (s=30)	Saf OKB (s=30)		
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)		p
Hastalık Süresi	11,30 (10,66)	11,21 (8,73)	Z=-0,46	0,65

Tablo 8: İntihar Girişimi

	Şizofreni+OKB (s=30)	Saf OKB (s=30)		
	s (%)	s (%)	x ²	p
İntihar Girişimi	11 (%36,7)	4 (%13,3)	4,36	0,036

OKB grubuna %63,3 en az bir eştanının eşlik ettiği ve bu oranın şizofreni+OKB hasta grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,035). SCID-I ile saptanan eştanılar Tablo 9’da gösterilmiştir. Eşlik eden fiziksel hastalıklar incelendiğinde; metabolik hastalıklar (p=0,33), kardiyovasküler hastalıklar (p=0,50) ve diğer fiziksel hastalıklar (p=0,50) açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır (Tablo 10).

Tablo 9: Psikiyatrik Eştanılar

	Şizofreni+OKB (s=30)	Saf OKB (s=30)		
	s (%)	s (%)	x ²	p
1. eksen bozuklukları	11 (36,7)	19 (%63,3)	4,27	0,035
Agorafobi olmadan panik bozukluk	0 (%0)	0 (%0)		
Agorafobi ile birlikte panik bozukluk	1 (%3,3)	2 (%6,7)	0,35	0,50
Özgül fobi	6 (%20)	9 (%30)	0,80	0,28
Sosyal fobi	2 (%6,7)	3 (%10)	0,22	0,50
Yaygın anksiyete bozukluğu	2 (%6,7)	3 (%10)	0,22	0,50
Major depresyon	9 (%30)	13 (%43,3)	1,15	0,21
Distimi	0 (%0)	3 (%10)	3,16	0,12
Alkol kullanım bozukluğu	0 (%0)	0 (%0)		
Anoreksiya nervoza	0 (%0)	1 (%3,3)	1,017	0,50
Beden dismorfik bozukluk	0 (%0)	0 (%0)		
Hipokondriyazis	0 (%0)	0 (%0)		
Trikotillomani	0 (%0)	1 (%3,3)	1,017	0,50
Deri yolma bozukluğu	1 (%3,3)	1 (%3,3)	0,000	0,75
Biriktiricilik bozukluğu	0 (%0)	0 (%0)		
Kumar oynama bozukluğu	1 (%3,3)	0 (%0)	1,017	0,50
Tik Bozukluğu	2 (%6,7)	4 (%13,3)	0,74	0,33

Tablo 10: Eşlik Eden Fiziksel Hastalıklar

	Şizofreni+OKB (s=30)	OKB (s=30)		
	s (%)	s (%)	x ²	p
Metabolik hastalıklar	4 (%13,3)	2 (%6,7)	0,74	0,33
Kardiyovasküler hastalıklar	2 (%6,7)	3 (%10)	0,22	0,50
Diğer fiziksel hastalıklar	10 (%33,3)	11 (%36,7)	0,073	0,50

Soygeçmiş incelendiğinde, şizofreni+OKB grubunda hastaların akrabalarında şizofreni görülme oranı saf OKB hastalarının akrabalarına göre daha yüksek bulunmuş ($p=0,004$); akrabalarda OKB öyküsü açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,38$) (Tablo 11).

Tablo 11: Soygeçmiş

	Şizofreni+OKB (s=30)	OKB (s=30)		
	s (%)	s (%)	x ²	P
Ailede şizofreni öyküsü	13 (%43,3)	3 (%10)	8,52	0,004
Ailede OKB öyküsü	6 (%20)	8 (%26,7)	0,37	0,38

C- Hasta Gruplarının Klinik Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması

Şizofreninin eşlik ettiği OKB grubu ile saf OKB grubu arasında, YBOKÖ-obsesyon, YBOKÖ-kompulsiyon, YBOKÖ-toplam ve YBOKÖ-içgörü puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

BİDÖ ilk 6 maddesi ve ek madde olan 7. madde puanları arasında da iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Grupların HAMD, HAMA ve YHDA puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). ÜBÖ-30 alt boyut puanları ve toplam puanı ayrı ayrı değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Hasta gruplarının klinik ölçek puanlarının karşılaştırması Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Klinik Ölçek Puanları

	Şizofreni+OKB (s=30)	OKB (s=30)		
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)		p
YBOKÖ - obsesyon	12,63 (2,64)	13,23 (2,82)	Z=-0,30	0,32
YBOKÖ - kompulsiyon	12,06 (3,50)	13,37 (3,17)	Z=-0,46	0,21
YBOKÖ - toplam	24,70 (4,12)	26,63 (5,65)	t=1,51	0,14
YBOKÖ - içgörü	1,67 (1,49)	1,90 (1,45)	Z=-0,60	0,54
BİDÖ	7,50 (7,58)	9,40 (6,35)	t=1,052	0,30
BİDÖ - ek madde	0,87 (1,50)	0,53 (1,22)	t=-0,94	0,35
HAMD	6,27 (5,78)	7,50 (5,75)	Z=-0,92	0,36
HAMA	12,60 (9,49)	13,57 (8,74)	Z=-0,60	0,55
YHDA	49,93 (10,80)	48,10 (9,35)	t=-0,70	0,48
ÜBÖ-30 - endişeye dair olumlu inançlar	13,60 (5,16)	15,37 (5,08)	Z=-1,44	0,15
ÜBÖ-30 - kontrol edilemezlik ve tehlike	18,27 (5,17)	19,77 (3,34)	Z=-0,96	0,34
ÜBÖ-30 - bilişsel güven	15,33 (5,15)	14,93 (5,34)	Z=-0,43	0,67
ÜBÖ-30 - bilişsel farkındalık	20,13 (3,35)	18,93 (3,94)	Z=-1,27	0,20
ÜBÖ-30 - düşünceleri kontrol ihtiyacı	16,40 (4,27)	17,27 (3,40)	Z=-0,73	0,47
ÜBÖ-30 - toplam	83,73 (15,43)	86,60 (15,02)	t=0,73	0,47

D- İçgörü Düzeyine Göre Klinik Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması

Şizofreni+OKB grubundaki hastaların %53,3'ü (s=16) DSM-5'e göre "içgörüsü iyi ya da oldukça iyi" şeklinde belirlenen grupta, %26,7'si (s=8) "içgörüsü kötü" olan grupta, %20'si (s=6) "içgörüsü yok/sanrısız inanışlar" grubunda iken, saf OKB hastalarının %36,7'sinin (s=11) "içgörüsü iyi ya da oldukça iyi", %40'ının (s=12) "içgörüsü kötü", %23,3'ünün (s=7) "içgörüsü yok/sanrısız inanışlar" grubunda olduğu belirlendi. Bu oranlar açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p=0,41) (Tablo 13).

Tablo 13: DSM-5 İçgörü Belirtecine Göre Hastaların Dağılımı

	Şizofreni+OKB (s=30)	OKB (s=30)		
	s (%)	s (%)	x ²	p
İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi	16 (%53.3)	11 (%36.7)	1,80	0,41
İçgörüsü kötü	8 (%26.7)	12 (%40)		
İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar	6 (%20)	7 (%23.3)		

Çalışmamızın bu aşamasında “içgörüsü iyi ya da oldukça iyi” olan gruptaki hastalar diğerlerinden ayrılarak, şizofreninin eşlik edip etmemesine bakılmaksızın tüm hastalar “içgörüsü iyi” (s=27) ve “içgörüsü kötü ya da yok” (s=33) şeklinde iki gruba ayrıldı. Yaş ortalaması “içgörüsü iyi” olan grupta 32,07 (SS=12,58), “içgörüsü kötü ya da yok” grubunda 34,79 (SS=12,21) idi ve iki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p=0,28). Hastalık süresi “içgörüsü iyi” olan grupta ortalama 11,46 yıl (SS=11,33), içgörüsü kötü olan ya da olmayan grupta ortalama 11,09 yıl (SS=8,23) olarak bulundu; gruplar arasında anlamlı farklılık görülmedi (p=0,50). İki grup arasında YBOKÖ-obsesyon, YBOKÖ-kompulsiyon ve YBOKÖ-toplam ve HAMD puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05). YBOKÖ-içgörü puanı “içgörüsü kötü ya da yok” grubunda daha yüksek (p<0,0001) saptandı. Yine içgörüyü değerlendiren BİDÖ (p<0,0001) ve BİDÖ-ek madde (p=0,017) puanları bu grupta daha yüksekti. HAMA puanının “içgörüsü kötü ya da yok” grubunda daha yüksek (p=0,025) olduğu bulundu. YHDA puan ortalaması “içgörüsü iyi” olan gruptaki hastalarda 52,18 iken, içgörüsü kötü olan ya da olmayan hastalarda 46,42 olarak saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,026). Üstbilişler değerlendirildiğinde; ÜBÖ-30 “endişeye dair olumlu inançlar”, “kontrol edilemezlik ve tehlike” ve “düşünceleri kontrol ihtiyacı” puanları “içgörüsü iyi” olan grupta daha düşük bulundu (sırayla; p=0,044, p=0,002, p=0,007). ÜBÖ-30 toplam puanı “içgörüsü iyi” olan grupta 78,37 (SS=15,11), içgörüsü kötü olan ya da olmayan hasta grubunda 90,73 (SS=12,95) idi ve aradaki fark anlamlı bulundu (p=0,001). İki grubun ölçek puanlarının karşılaştırması Tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14: İçgörü Düzeyine Göre Klinik Ölçek Puanları

	İçgörüsü iyi (s=27)	İçgörüsü kötü ya da yok (n=33)		
	Ortalama (SS)	Ortalama (SS)		p
YBOKÖ - obsesyon	12,33 (2,79)	13,42 (2,62)	Z=-1,62	0,10
YBOKÖ - kompulsiyon	12,48 (2,91)	12,90 (3,74)	Z=-0,87	0,39
YBOKÖ - toplam	24,85 (5,01)	26,33 (4,97)	t=-1,14	0,26
YBOKÖ - içgörü	0,37 (0,49)	2,94 (0,83)	Z=-6,78	<0,0001
BİDÖ	2,37 (2,82)	13,42 (5,21)	t=10,45	<0,0001
BİDÖ - ek madde	0,26 (0,94)	1,06 (1,56)	t=-2,45	0,017
HAMD	5,74 (5,67)	7,82 (5,73)	Z=-1,62	0,10
HAMA	10,96 (9,85)	14,82 (8,09)	Z=-2,24	0,025
YHDA	52,18 (9,75)	46,42 (9,68)	t=2,28	0,026
ÜBÖ-30 - endişeye dair olumlu inançlar	13 (4,85)	15,70 (5,14)	Z=-2,01	0,044
ÜBÖ-30 - kontrol edilemezlik ve tehlike	16,89 (5,21)	20,76 (2,52)	Z=-3,02	0,002
ÜBÖ-30 - bilişsel güven	14,44 (5,04)	15,70 (5,35)	Z=-0,97	0,33
ÜBÖ-30 - bilişsel farkındalık	18,89 (3,92)	20,06 (3,43)	Z=-1,11	0,26
ÜBÖ-30 - düşünceleri kontrol ihtiyacı	15,15 (4,18)	18,21 (3,57)	Z=-2,69	0,007
ÜBÖ-30 - toplam	78,37 (15,11)	90,73 (12,95)	t=-3,36	0,001

E- Bağntı Analizleri

YBOKÖ toplam ve içgörü puanları, BİDÖ ve YHDA puanları arasındaki bağıntılar Pearson bağıntı testi ile incelendi, sonuçlar Tablo 15’te gösterildi.

Tablo 15: YBOKÖ, BİDÖ ve YHDA Puanlarının Birbirleri ile Bağntısı

		YBOKÖ - toplam	YBOKÖ - içgörü	BİDÖ	YHDA
YBOKÖ - toplam	r	1	0,094	0,087	-0,50
	p		0,47	0,50	<0,0001
YBOKÖ - içgörü	r	0,094	1	0,91	-0,29
	p	0,47		<0,0001	0,02
BİDÖ	r	0,087	0,91	1	-0,27
	p	0,50	<0,0001		0,04
YHDA	r	-0,50	-0,29	-0,27	1
	p	<0,0001	0,02	0,04	

YBOKÖ toplam ve içgörü puanları, BİDÖ ve YHDA puanları ile ÜBÖ-30 ölçeğinin beş alt boyut ve toplam puanları arasındaki bağıntılar Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16: YBOKÖ, BİDÖ ve YHDA Puanlarının ÜBÖ-30 Puanları ile Bağntısı

		YBOKÖ - toplam	YBOKÖ -içgörü	BİDÖ	YHDA
ÜBÖ-30 - endişeye dair olumlu inançlar	r	0,21	0,28	0,34	-0,27
	p	0,10	0,03	0,008	0,04
ÜBÖ-30 - kontrol edilemezlik ve tehlike	r	0,33	0,41	0,32	-0,46
	p	0,01	0,001	0,01	<0,0001
ÜBÖ-30 - bilişsel güven	r	0,04	0,20	0,22	-0,28
	p	0,75	0,13	0,09	0,03
ÜBÖ-30 - bilişsel farkındalık	r	0,12	0,25	0,13	-0,08
	p	0,36	0,055	0,32	0,55
ÜBÖ-30 - düşünceleri kontrol ihtiyacı	r	0,23	0,43	0,35	-0,36
	p	0,08	0,001	0,007	0,005
ÜBÖ-30 - toplam	r	0,28	0,46	0,41	-0,46
	p	0,03	<0,0001	0,001	<0,0001

V-TARTIŞMA

Çalışmamızda şizofreninin eşlik ettiği OKB hastaları ile saf OKB hastaları; sosyodemografik ve klinik özellikler, OKS'lere yönelik içgörü ve üstbiliş inançları açısından karşılaştırılmış, şizofreni ile birlikte OKB tanılı hastalardaki OKS'lere yönelik içgörü düzeyleri ve üstbilişler saf OKB tanılı hastalardan farklılık göstermemiştir. Tüm OKB hastalarında işlevsel olmayan üstbilişsel faaliyetin artmasının, OKS'lere yönelik içgörüdeki kötüleşme ile pozitif bağıntılı olduğu gösterilmiştir. Çalışmamız şizofreni+OKB ile saf OKB hastalarını üstbilişler açısından karşılaştıran ilk çalışmadır ve OKB hastalarında şizofreni eştanısı olduğunda OKS'lere yönelik içgörüde olduğu gibi üstbilişler üzerinde de, saf OKB grubundan farklı sonuçlar elde edilmediğini göstermiştir. Üstbilişlerde görülen farklılık, şizofreni eştanısı ile değil, tüm OKB hastalarında OKS'lere yönelik içgörü düzeyindeki farklılık ile ortaya çıkmıştır.

A- Sosyodemografik Veriler

Örneklem grubumuzda, literatürdeki çalışmalarla (23,152,153) benzer şekilde, şizofreni ile birlikte OKB grubunda saf OKB grubu ile kıyaslandığında erkek hastaların sayısının kadınlardan daha fazla olduğu gözlemlendi. Önceki çalışmalarda şizofreni ile birlikte OKB grubunda evli olma oranı düşük bulunmuşken (23,152), çalışmamızda gruplar arasında fark bulunmadı. Yaş ve eğitim durumu açısından çalışmamızda önceki çalışmalarda olduğu gibi (23,153) gruplar arasında fark saptanmadı. Meslek dağılımı açısından gruplar arasında fark bulunmamakla beraber şizofreni+OKB grubunda hastalığa bağlı çalışamama oranı, saf OKB grubunda ise öğrenci olma veya emekli olma gibi başka nedenlerle çalışamama oranı daha yüksek bulundu. Bu bulgu, şizofreni eştanısı olduğunda işlevsellikte bozulmanın arttığı şeklinde yorumlandı.

B- Klinik Veriler

Çalışmamızda, kirlenme, saldırganlık ve bedensel obsesyonların en sık bulunduğu çalışmalardan (25,106,107,153,154) farklı olarak, şizofreni+OKB hastalarında en sık kuşku obsesyonları ve dini obsesyonların olduğu saptandı. Önceki çalışmalarla (25,106,107,153) uyumlu olarak kontrol etme kompulsiyonları en sık bulunan kompulsiyonlardı. Çalışmamızda bu grupta ikinci sıklıkta diğer kompulsiyonların yer aldığı görüldü. Saf OKB hastalarında ise diğer obsesyonlar ve literatürle uyumlu olarak (23,154) kirlenme obsesyonları ile temizleme/yıkama ve kontrol etme kompulsiyonlarının en sık olduğu saptandı. İki grup karşılaştırıldığında, saf OKB grubunda, şizofreni+OKB grubuna göre, kirlenme obsesyonları ve diğer obsesyonlar ile temizleme/yıkama kompulsiyonları daha yüksek oranda, şizofreni+OKB grubunda ise saf OKB grubuna göre kuşku obsesyonları daha yüksek oranda bulundu. İki çalışmada şizofreni eştanısının obsesyon ve kompulsiyonların tipinde farklılığa neden olmadığı gösterilirken (23,154), bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde kirlenme obsesyonları ile temizleme/yıkama kompulsiyonları saf OKB hastalarında daha sık bulunmuştur (153). Aynı çalışmada, sonuçlarımızdan farklı olarak saf OKB hastalarında simetri obsesyonlarının da daha sık olduğu gözlenmiştir (152).

Şizofreni+OKB grubunda en sık görülen şizofreni tipi paranoid tipti ve bunu ayırmamış ve dezorganize tip takip etti; katatonik tipte hasta yoktu. Bu dağılım başka bir çalışmada saptanan sıralamayı destekler nitelikte idi (25). Çalışmamızda hastalık süresi açısından gruplar arasında farklılık görülmedi. Bu bulgu da önceki çalışmalarla (23,153,154) uyumlu idi.

Bir çalışmada şizofreninin eşlik ettiği OKB hastaları ile saf OKB hastalarında en sık görülen eştanının major depresyon olduğu; eştanı sıklığı, depresyon/anksiyete düzeyi ve intihar girişimi/planı oranı açısından gruplar arasında farklılık olmadığı gösterilmiştir (23). Çalışmamızda en sık saptanan eştanı yine her iki grupta da major depresyon olurken, ikinci sırada özgül fobiler yer aldı. Saf OKB grubuna %63,3 oranında en az bir eştanının eşlik ettiği ve bu oranın şizofreni+OKB hasta grubuna göre daha yüksek olduğu bulundu. Çalışmamızda ayrıca intihar girişimi öyküsü, şizofreni+OKB grubunda saf OKB grubuna göre daha yüksekti. Şizofreni+OKB grubunda %36,7, saf OKB grubunda %13,3 olarak bulduğumuz intihar girişimi oranları, epidemiyolojik çalışmalarda şizofreni hastalarında %29,2 (155), OKB hastalarında %14,6 (156) olarak bulunmuş oranlar ile uyumlu idi.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak (154), şizofreni+OKB grubundaki hastaların akrabalarında şizofreni görülme oranı saf OKB hastalarının akrabalarına göre daha yüksek bulunurken, akrabalarda OKB öyküsü açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı.

C- Hasta Gruplarının Karşılaştırılması

OKB hastalarında şizofreni eştanısı ile belirti şiddetinin değişmediğinin gösterildiği çalışmalar olduğu gibi (23,154), YBOKÖ toplam ve kompulsiyon alt ölçek puanlarının saf OKB grubunda daha yüksek bulunduğu bir çalışma da vardır (153). Çalışmamızda şizofreni+OKB ve saf OKB grupları arasında OKS'lerin şiddeti açısından fark bulunmadı.

İçgörü şizoobsesif spektrum içinde uzun süredir tartışılmalıdır. Matsunaga ve arkadaşları şizofreni eştanısı olan OKB hastalarında saf OKB hastalarına göre daha yüksek oranda kötü içgörü saptandığını göstermişlerdir (55). Bunun tersine, Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarında OKS'lere yönelik içgörünün, saf OKB hastalarına göre daha iyi olduğu bulunmuştur (23). Poyurovsky ve arkadaşlarının çalışmasında ise, şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarında kötü içgörü oranının, büyük örneklemli bir çalışma olan Brown Uzunlamasına OKB Çalışması'nda (24) saf OKB hastalarında saptanan kötü içgörü oranıyla (%12) uyumlu olduğu ve bu hastalarda OKS'lere yönelik içgörü ile sanrılara yönelik farkındalık arasında ilişki bulunmadığı gösterilmiştir (25). Çalışmamızda da, şizofreni+OKB grubu ile saf OKB grubu arasında YBOKÖ, BİDÖ ve BİDÖ-ek madde ile değerlendirilen içgörü puanları açısından anlamlı fark saptanmadı. Her iki gruptaki hastalar DSM-5'e göre "içgörüsü iyi ya da oldukça iyi", "içgörüsü kötü" ve "içgörüsü yok/sanrısız inanışlar" grupları arasında benzer dağılım gösterdiler. Bu, OKB'ye eşlik eden şizofreninin OKS'lere yönelik içgörü üzerinde bir etkisinin olmadığı yönünde yorumlandı. Bu sonuç, OKS'lere yönelik içgörünün OKB'nin bir çekirdek belirtisi ve şizofreni eştanısından bağımsız bir klinik fenomen olduğu yönünde değerlendirilmiştir.

Her iki hasta grubunda da en sık bulunan eştanı major depresyondur. Depresyon ve anksiyetenin şiddeti açısından gruplar karşılaştırıldığında, yine önceki çalışmalara (23,154) benzer şekilde gruplar arasında fark bulunmadı. Saf OKB hastalarında şizofreni/şizoafektif bozukluk+OKB tanılı hastalara kıyasla daha yüksek yaşam kalitesi bulunmuş olan bir

çalışmanın (157) aksine, çalışmamızda yaşam kalitesi açısından gruplar arasında fark saptanmadı.

OKB hastalarında üstbilişlerin sağlıklı kontrollere göre patolojik yönde artmış olduğu bildirilmiştir (158,159). Sağlıklı bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, varsanı ve sanrı yatkınlığı olan bireylerde patolojik üstbilişler herhangi bir yatkınlığı olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (160). Başka bir çalışmada, işitsel varsanı ve kötülük görme sanrıları olan şizofreni spektrum bozukluğu hastalarında patolojik üstbilişler sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmuştur (161). Şizofreni tanılı hastalar, OKB tanılı hastalar ve sağlıklı kontrollerin üstbilişler yönünden karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, iki hasta grubunun da sağlıklı gruba göre patolojik üstbilişsel inançları daha yüksek saptanmış, ancak bu iki grup arasında fark bulunmamıştır (129). Hagen ve arkadaşları klinik olmayan örnekleme uyguladıkları ölçeklerde psikotik belirtiler (paranoya ve varsanılar), OKB belirtileri ve üstbilişler arasında dikkate değer bir örtüşme olduğunu göstermişlerdir (162). Çalışmamızda şizofreninin eşlik ettiği OKB grubu ile saf OKB grubu arasında üstbilişler açısından anlamlı bir fark bulunmadı. Son yıllarda üzerinde sıklıkla durulan transdiagnostik yaklaşım ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında ve sürmesinde altta yatan ortak psikopatolojik süreçlere odaklanır. Bu yaklaşımla ruhsal bozuklukların kategorik açıdan farklı tanılar alsalar da birbirleriyle ne açıdan örtüştükleri ya da ayrıştıklarının tespit edilmesi ve bu yönleri kullanılarak tedavi edilmesi mümkün olmaktadır. Üstbilişsel inançların da bu transdiagnostik süreçler arasında yer aldığı bildirilmiştir (163). Çalışmamızın bulguları, OKB ve şizofreni hastalarında ortak psikopatolojik süreçler olarak üstbilişlerin rolünü ve transdiagnostik kullanımını destekler niteliktedir.

D- İçgörü Düzeyine Göre Grupların Karşılaştırılması

“İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi” olan gruptaki hastalar diğerlerinden ayrılarak, şizofreninin eşlik edip etmemesine bakılmaksızın tüm hastalar “içgörüsü iyi” ve “içgörüsü kötü ya da yok” şeklinde iki gruba ayrıldığında, YBOKÖ içgörü puanı ve yine içgörüyü değerlendiren BİDÖ ve BİDÖ-ek madde puanları, beklendiği gibi, “içgörüsü kötü ya da yok” grubunda daha yüksek saptandı. İki grup arasında yaş ve hastalık süresi açısından anlamlı farklılık bulunmadı. İçgörüsü kötü olan saf OKB hastalarında içgörüsü iyi olanlara göre daha uzun hastalık süresi saptamış çalışmaların (18,55) yanı sıra, bir çalışmada (27) çalışmamıza

benzer şekilde içgörüsü kötü ve iyi olan hastalar arasında hastalık süresi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda obsesif ve kompulsif belirti şiddeti açısından gruplar arasında fark saptanmadı. Daha önce saf OKB hastalarında yapılmış, elde ettiğimiz bulgularla uyumlu çalışmalar (19,164) olduğu gibi, kötü içgörünün obsesif ve kompulsif belirti şiddetinde artış ile ilişkili olduğunun gösterildiği çalışmalar da (18,53,55) vardır. Saf OKB hastalarında, obsesyon ve kompulsiyonların şiddeti ile BİDÖ puanları arasında bir çalışmada bağıntı bulunmazken (164), iki çalışmada pozitif bağıntı saptanmıştır (18,21). Çalışmamızda ise, YBOKÖ toplam puanı ile YBOKÖ içgörü, BİDÖ ve BİDÖ-ek madde puanları arasında bağıntı bulunmadı. Çalışmamıza benzer şekilde, Poyurovsky ve arkadaşları, şizofreni+OKB tanılı hasta grubunda OKS şiddeti ile OKS'lere yönelik içgörü arasında bağıntı bulunmadığını bildirmişlerdir (25).

OKB hastalarında kötü içgörü ile depresyonun ilişkini gösteren çalışmalar (18,21,53) olmakla birlikte, bu tür bir ilişki saptamayan çalışmalar da (19,47) bulunmaktadır. Çalışmamızda HAMD puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Literatürle uyumlu olarak (53,165), çalışmamızda HAMA puanı “içgörüsü kötü ya da yok” grubunda daha yüksek bulundu. Bu bulgu, anksiyete düzeyinin yüksekliğinin hastaların korktukları durumun gerçekleşeceğine dair inançlarının kesinliği ile ilişkili olduğu yönünde değerlendirildi.

“İçgörüsü iyi” olan hastaların yaşam kalitesinin, “içgörüsü kötü ya da yok” grubundaki hastalardan yüksek olduğu belirlendi. OKB hastalarında hem YBOKÖ hem BİDÖ ile değerlendirilen içgörü kötüleştikçe yaşam kalitesinin azaldığı saptandı. Ayrıca, OKB hastalarında patolojik üstbilişsel aktivite arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı gösterildi. Özellikle üstbiliş alt boyutlarından “endişeye dair olumlu inançlar”, “kontrol edilemezlik ve tehlike”, “bilişsel güven”, “düşünceleri kontrol ihtiyacı” arttıkça yaşam kalitesi düşmekteydi. Çalışmamızda OKS'lerin şiddeti ile yaşam kalitesi arasında, Kıvırcık ve arkadaşlarının çalışmasının (166) sonuçlarıyla uyumlu olarak negatif bağıntı saptandı.

Önen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, içgörüsü iyi olan OKB hastalarında patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin, içgörüsü kötü olan OKB hastalarından daha fazla olduğu saptanmıştır (27). Ekinci O. ve Ekinci A.'nın yaptığı bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (28). Bu bulgu, patolojik üstbiliş inançlarının OKS'lere yönelik kötü içgörü ile paralellik göstermeyebileceğini düşündürmüştür. Ancak çalışmamızda üstbilişler

değerlendirildiğinde; endişeye dair olumlu inançlara, düşüncelerin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna, düşünceleri kontrol ihtiyacına dair patolojik üstbilişsel aktivite ve toplam patolojik üstbilişsel aktivitenin, içgörüsü kötü olan ya da olmayan grupta daha yüksek bulunduğu; YBOKÖ ve BİDÖ ile değerlendirilen içgörünün kötüleşmesiyle patolojik üstbilişsel aktivitenin arttığı gösterildi.

Üstbilişlerin şizofreni+OKB grubunda saf OKB grubundan farklı olmayıp tüm hastalar beraber değerlendirildiğinde kötü içgörü ile patolojik üstbilişlerin ilişkili bulunması; hastaların bazı intruzif düşüncelerinin önemi ve etkilerine yönelik işlevsel olmayacak şekilde değerlendirme içeren inançlarının bu intruzif düşüncelerin doğruluğundan ya da gerçekleşeceğinden emin oldukça arttığı, bu bağlantının şizofreni eştanısından etkilenmediği şeklinde yorumlanmıştır. Bu durumun şizofreni eştanısının OKS'lere yönelik içgörü üzerinde bir değişiklik yapmaması ile de uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda OKS'lerin şiddeti arttıkça ÜBÖ-30 “kontrol edilemezlik ve tehlike” alt boyutu ve toplam puanlarının arttığı saptandı. Bu bulgunun, Sica ve arkadaşlarının OKB hastalarında OKS'lerin şiddeti ile üstbilişin “kontrol edilemezlik ve tehlike” alt boyutu yüksekliğinin ilişkili olduğunu buldukları çalışması (128) ile uyumlu olduğu görüldü. Moritz ve arkadaşları da OKB hastalarında “kontrol edilemezlik ve tehlike” ile “düşünceleri kontrol ihtiyacı” alt boyutlarının yüksekliğinin obsesyonların şiddeti ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır (129). Elde ettiğimiz sonuçlar, OKB hastalarında belirti şiddetinin artmasının hastaların düşüncelerini kontrol edilemez görmesine sebep olduğu şeklinde değerlendirilebilir. ÜBÖ ile ölçülen patolojik üstbilişlerin OKS'ler ile pozitif yönde ilişkili olduğu birçok çalışmada (123–127) gösterilmiştir.

Çalışmamız şizofreni+OKB tanılı hastalarda üstbilişlerin değerlendirildiği ilk çalışmadır. Şizofreni+OKB ve saf OKB hasta gruplarının sosyodemografik ve klinik özellikler açısından kapsamlı şekilde karşılaştırılmış olması, yüksek hasta sayısı, tanıların ve eştanıların SCID-I kullanılarak değerlendirilmiş olması, her iki gruba da OKS şiddeti belirli bir seviyenin üzerinde bulunan hastaların dahil edilmesi çalışmamızın güçlü yönlerindendir. Çalışmamızın önemli bir güçlü özelliği de içgörünün, DSM-5 sınıflandırması yanında hem YBOKÖ 11. maddesi hem de OKB'de içgörü değerlendirmesi için standart bir araç olan BİDÖ kullanılarak geniş kapsamlı bir incelemesinin yapılmış olmasıdır. Önceki çalışmalar çoğunlukla ya DSM-IV'e göre

“içgörüsü az olan” belirtecini (53) ya da yalnızca YBOKÖ 11. maddesini kullanmışlardır (19,55).

Çalışmamız bazı kısıtlılıklar taşımaktadır. İlk olarak, kesitsel bir çalışma olması sebebiyle bulgularımız yorumlanırken neden sonuç ilişkileri kurulamamış ve dalgalı bir gidiş gösterebilen OKS’lerin şiddeti ve OKS’lere yönelik içgörünün birbirleriyle ilişkisi ve üstbilişlere etkisi farklı zamanlarda değerlendirilmemiştir. Ayrıca, çalışmamızda şizofreni belirtileri, şiddeti ve seyrine yönelik bir değerlendirme yapılmamış olması da bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Kişilik bozukluklarının, özellikle de içgörü üzerine etkisi olduğu bilinen şizotipal kişilik bozukluğu (55) ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun (167) yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilmemiş olması, bir diğer kısıtlılık olarak görülmüştür. Son olarak, şizofreni hastalarında özellikle klozapinle daha sık olmak üzere (168) atipik antipsikotik ilaçların kullanımıyla ortaya çıkan obsesif kompulsif belirtilerin (169) dışlanamamış olması ve hastaların hangi grupta olduğunun görüşmeci tarafından bilinmesinin klinik ölçeklerin uygulanmasında önyargı yaratmış olma ihtimali de çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

VI- SONUÇ

Çalışmamızda şizofreninin eşlik etmesinin OKB hastalarındaki klinik özellikler, içgörü ve üstbiliş inançları üzerine olan etkisinin araştırılması ve ayrıca hem saf OKB hastalarında hem de şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarında OKS'lere yönelik içgörü düzeyi ile üstbilişlerin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda şizofreni+OKB grubu ile saf OKB grubu arasında içgörü düzeyleri ve üstbilişler açısından farklılık saptanmamıştır. OKS'lere yönelik içgörü, şizofreni eştanısından bağımsız bir klinik fenomen ve OKB'nin bir çekirdek belirtisi olarak yorumlanmıştır. Üstbilişlerin ise hem şizofrenide hem OKB'de ayrı ayrı değerlendirilebilecek bir klinik değişken olduğu ve iki hastalık grubunda üstbilişler açısından örtüşmelerin görülebileceği düşünülmüştür. Bununla beraber, tüm hastalar “içgörüsü iyi” ve “içgörüsü kötü ya da yok” şeklinde iki gruba ayrıldığında, “içgörüsü kötü ya da yok” grubundaki hastalarda diğer gruba göre işlevsel olmayan yönde üstbilişsel faaliyetin arttığı, içgörüdeki kötüleşme ile işlevsel olmayan üstbilişsel faaliyetin artması arasında pozitif bağıntı olduğu bulunmuş, böylece OKB hastalarında üstbilişlerin OKS'lere yönelik içgörü ile ilişkisinin şizofreni eştanısından bağımsız olarak mevcut olduğu düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 Jan;15(1):53–63.
2. Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum C, Gale T, Rössler W, Angst J. Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: Impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2013;17(3):188–96.
3. Hofmeijer-Sevink MK, Van Oppen P, Van Megen HJ, Batelaan NM, Cath DC, Van Der Wee NJA, et al. Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: The Netherlands OCD Association study. *J Affect Disord* [Internet]. 2013;150(3):847–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.014>
4. Bottas A, Cooke RG, Richter MA. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: Is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci*. 2005;30(3):187–93.
5. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*. 2005;2(5):0413–33.
6. Attademo L, De Giorgio G, Quartesan R, Moretti P. Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: from comorbidity to schizo-obsessive disorder. *Riv Psichiatr*. 2012;47(2):106–15.
7. Tibbo P, Warneke L. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: epidemiologic and biologic overlap. *J Psychiatry Neurosci*. 1999 Jan;24(1):15–24.
8. Ohta M, Kokai M, Morita Y. Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003 Feb;57(1):67–74.
9. Veale D. Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*. 2007 Jun 1;6:225–8.
10. Solyom L, DiNicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry*. 1985 Aug;30(5):372–80.
11. Robinson S, Winnik HZ, Weiss AA. Obsessive psychosis: Justification for a separate clinical entity. Vol. 14, *Israel Annals of Psychiatry & Related Disciplines*. 1976. p. 39–48.
12. Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry*. 1986 Dec;143(12):1527–33.
13. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edit. Association AP, editor. Washington DC; 2013.
14. Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, Hollander E, Jenike MA, Rasmussen SA. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995 Jan;152(1):90–6.
15. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*. 2001;34(2):62–8.
16. Jacob ML, Larson MJ, Storch EA. Insight in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2014;55(4):896–903. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.016>

17. De Berardis D, Campanella D, Serront N, Gambi F, Carano A, La Rovere R, et al. Insight and perceived expressed emotion among adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Pract*. 2008 May;14(3):154–9.
18. Kishore VR, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2004;19(4):202–8.
19. Marazziti D, Dell’Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F, et al. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry*. 2002 Nov;17(7):407–10.
20. Poyurovsky M, Kriss V, Weisman G, Faragian S, Schneidman M, Fuchs C, et al. Familial aggregation of schizophrenia-spectrum disorders and obsessive-compulsive associated disorders in schizophrenia probands with and without OCD. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005 Feb;133B(1):31–6.
21. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: a three-year prospective study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010 Mar;34(2):323–30.
22. Gross-Isseroff R, Hermesh H, Zohar J, Weizman A. Neuroimaging communality between schizophrenia and obsessive compulsive disorder: A putative basis for schizo-obsessive disorder? *World J Biol Psychiatry* [Internet]. 2003 Jan 1;4(3):129–34. Available from: <https://doi.org/10.1080/15622970310029907>
23. Özdemir Ö, Tükel R, Türksöy N, Üçok A. Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2003;44(4):311–6.
24. Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2006 May;67(5):703–11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16841619>
25. Poyurovsky M, Faragian S, Kleinman-Balush V, Pashinian A, Kurs R, Fuchs C. Awareness of illness and insight into obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(9):765–8.
26. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther*. 1996;34(11–12):881–8.
27. Önen S, Karakaş Uğurlu G, Çayköylü A. The relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2013;54(5):541–8.
28. Ekinci O, Ekinci A. The relationship between clinical characteristics, metacognitive appraisals, and cognitive insight in patients with obsessive-compulsive disorder. *Nord J Psychiatry*. 2016;70(8):591–8.
29. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Türütgen Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Hizmetleri TCSBTS, Müdürlüğü, editors. Ankara; 1997.
30. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Five US Communities. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 1988 Dec 1;45(12):1094–9. Available from: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360042006>
31. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1986 Mar;143(3):317–22.
32. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, et al. The

- cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*. 1994 Mar;55 Suppl:5–10.
33. Nestad G, Samuels JF, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1994;89(4):219–24. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01504.x>
 34. Degonda M, Wyss M, Angst J. The Zurich Study. XVIII. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1993;243(1):16–22.
 35. Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry*. 1997 Aug;154(8):1120–6.
 36. Geller DA, Biederman J, Faraone S, Agranat A, Craddock K, Hagermoser L, et al. Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *J Nerv Ment Dis*. 2001 Jul;189(7):471–7.
 37. Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 1999 Dec;14(8):434–41.
 38. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*. 1996 Jul;169(1):101–7.
 39. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sozen A, Aslantas B, et al. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2005;21(3):112–7.
 40. Fontenelle LF, Mendlowicz M V, Marques C, Versiani M. Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *J Psychiatr Res*. 2004;38(4):403–11.
 41. Tükel R, Polat A, Özdemir O, Aksut D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2002;43(3):204–9.
 42. Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, Dyck IR, Orlando ME, Rasmussen SA. A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010 Aug;71(8):1033–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20797381>
 43. Noshirvani HF, Kasvikis Y, Marks IM, Tsakiris F, Monteiro WO. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*. 1991 Feb;158:260–3.
 44. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 1999 Dec;89(3):229–38.
 45. Marková IS, Jaafari N, Berrios GE. Insight and obsessive-compulsive disorder: A conceptual analysis. *Psychopathology*. 2009;42(5):277–82.
 46. Bulut S, Fıstıkcı N, Topçuoğlu V. İçgörüsü Az Olan Obsesif-Kompulsif Bozukluk Obsessive-Compulsive Disorder with Poor Insight. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry*. 2014;6(2):126–41.
 47. Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: A regression model. *Psychiatry Res*. 2005;136(2–3):223–31.

48. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edit. Association AP, editor. Washington DC; 1987.
49. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edi. Association AP, editor. Washington DC; 1994.
50. Fontenelle JM, Santana L da S, Lessa L da R, Victoria MS da, Mendlowicz M V, Fontenelle LF. [The concept of insight in patients with obsessive-compulsive disorder]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010 Mar;32(1):77–82.
51. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1994;32(3):343–53.
52. Neziroglu F, McKay D, Yaryura-Tobias JA, Stevens KP, Todaro J. The overvalued ideas scale: Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999;37(9):881–902.
53. Türksoy N, Tükel R, Ozdemir O, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2002;16(4):413–23. Available from: doi:10.1016/s0887-6185(02)00135-4
54. Torres AR, Fontenelle LF, Ferrão YA, do Rosário MC, Torresan RC, Miguel EC, et al. Clinical features of obsessive-compulsive disorder with hoarding symptoms: A multicenter study. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2012;46(6):724–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.005>
55. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry*. 2002;43(2):150–7.
56. Organization WH. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Organization WH 46, editor. Geneva; 1992.
57. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Vol. 15, *Psychiatric Clinics of North America*. Netherlands: Elsevier Science; 1992. p. 743–58.
58. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PEJ, Frye MA, Denicoff KD, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2001 Mar;158(3):420–6.
59. Krüger S, Cooke RG, Hasey GM, Jorna T, Persad E. Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 1995 May;34(2):117–20.
60. Tükel R, Polat A, OÖzdemir OÖ, Aksuüt D, Tuürksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2002;43(3):204–9.
61. Diaferia G, Bianchi I, Bianchi ML, Cavedini P, Erzegovesi S, Bellodi L. Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 1997;38(1):38–42.
62. Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, Pauls DL, Cohen DJ. “Just right” perceptions associated with compulsive behavior in Tourette’s syndrome. *Am J Psychiatry*. 1994 May;151(5):675–80.
63. Laplane D, Levasseur M, Pillon B, Dubois B, Baulac M, Mazoyer B, et al. Obsessive-compulsive and other behavioural changes with bilateral basal ganglia lesions. A neuropsychological, magnetic resonance imaging and positron tomography study. *Brain*. 1989 Jun;112 (Pt 3):699–725.
64. Carey G, Gottesman II. Twin and family studies of anxiety, phobic and obsessive

- disorders In Klein DF, Rabkin JG (editor) *Anxiety New research and Changing Concepts*. Raven Pres, New York. 1981;
65. Pauls DL, Alsobrook JP 2nd, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995 Jan;152(1):76–84.
 66. Cavallini MC, Pasquale L, Bellodi L, Smeraldi E. Complex segregation analysis for obsessive compulsive disorder and related disorders. *Am J Med Genet* [Internet]. 1999;88(1):38–43. Available from: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-8628\(19990205\)88:1%3C38::AID-AJMG7%3E3.0.CO](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-8628(19990205)88:1%3C38::AID-AJMG7%3E3.0.CO)
 67. Hemmings SMJ, Kinnear CJ, Niehaus DJH, Moolman-Smook JC, Lochner C, Knowles JA, et al. Investigating the role of dopaminergic and serotonergic candidate genes in obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2003 Mar;13(2):93–8.
 68. Urraca N, Camarena B, Gomez-Caudillo L, Esmer MC, Nicolini H. Mu opioid receptor gene as a candidate for the study of obsessive compulsive disorder with and without tics. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2004 May;127B(1):94–6.
 69. Graybiel AM, Rauch SL. Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *Neuron*. 2000 Nov;28(2):343–7.
 70. Schwartz JM. Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioural therapy response in obsessive-compulsive disorder. An evolving perspective on brain and behaviour. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;(35):38–44.
 71. Rotge J-Y, Guehl D, Dilharreguy B, Cuny E, Tignol J, Bioulac B, et al. Provocation of obsessive-compulsive symptoms: a quantitative voxel-based meta-analysis of functional neuroimaging studies. *J Psychiatry Neurosci*. 2008 Sep;33(5):405–12.
 72. Whiteside SP, Port JD, Abramowitz JS. A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2004 Nov;132(1):69–79.
 73. Menzies L, Chamberlain SR, Laird AR, Thelen SM, Sahakian BJ, Bullmore ET. Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. *Neurosci Biobehav Rev*. 2008;32(3):525–49.
 74. Neel JL, Stevens VM, Stewart JE. Obsessive-compulsive disorder: identification, neurobiology, and treatment. *J Am Osteopath Assoc* [Internet]. 2002 Feb 1;102(2):81–6. Available from: <https://doi.org/10.7556/jaoa.2002.102.2.81>
 75. Haynes WIA, Clair A-H, Fernandez-Vidal S, Gholipour B, Morgieva M, Mallet L. Altered anatomical connections of associative and limbic cortico-basal-ganglia circuits in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2018 Jun;51:1–8.
 76. Hoehn-Saric R, Ninan P, Black DW, Stahl S, Greist JH, Lydiard B, et al. Multicenter double-blind comparison of sertraline and desipramine for concurrent obsessive-compulsive and major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Jan;57(1):76–82.
 77. Goodman WK, Price LH, Delgado PL, Palumbo J, Krystal JH, Nagy LM, et al. Specificity of serotonin reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Comparison of fluvoxamine and desipramine. *Arch Gen Psychiatry*. 1990 Jun;47(6):577–85.
 78. Insel TR, Mueller EA, Alterman I, Linnoila M, Murphy DL. Obsessive-compulsive disorder and serotonin: is there a connection? *Biol Psychiatry*. 1985 Nov;20(11):1174–88.

79. Thoren P, Asberg M, Bertilsson L, Mellstrom B, Sjoqvist F, Traskman L. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder. II. Biochemical aspects. *Arch Gen Psychiatry*. 1980 Nov;37(11):1289–94.
80. Tsaltas E, Kontis D, Chrysikakou S, Giannou H, Biba A, Pallidi S, et al. Reinforced spatial alternation as an animal model of obsessive-compulsive disorder (OCD): investigation of 5-HT_{2C} and 5-HT_{1D} receptor involvement in OCD pathophysiology. *Biol Psychiatry*. 2005 May;57(10):1176–85.
81. Satel SL, McDougle CJ. Obsessions and compulsions associated with cocaine abuse. Vol. 148, *The American journal of psychiatry*. United States; 1991. p. 947.
82. Koizumi HM. Obsessive-compulsive symptoms following stimulants. Vol. 20, *Biological psychiatry*. United States; 1985. p. 1332–3.
83. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman JF. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*. 2006 Jul;11(7):622–32.
84. McDougle CJ, Goodman WK, Price LH, Delgado PL, Krystal JH, Charney DS, et al. Neuroleptic addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1990 May;147(5):652–4.
85. Denys D, Zohar J, Westenberg HGM. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 1:11–7.
86. Rosenberg DR, MacMaster FP, Keshavan MS, Fitzgerald KD, Stewart CM, Moore GJ. Decrease in caudate glutamatergic concentrations in pediatric obsessive-compulsive disorder patients taking paroxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Sep;39(9):1096–103.
87. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*. 2005 Sep;30(9):1735–40.
88. Swedo SE. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). *Mol Psychiatry*. 2002;7 Suppl 2:S24-5.
89. Murphy TK, Sajid M, Soto O, Shapira N, Edge P, Yang M, et al. Detecting pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcus in children with obsessive-compulsive disorder and tics. *Biol Psychiatry*. 2004 Jan;55(1):61–8.
90. Denys D, Fluitman S, Kavelaars A, Heijnen C, Westenberg H. Decreased TNF- α and NK activity in obsessive-compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2004 Aug;29(7):945–52.
91. Freud S. Some Thoughts on Development and Regression - Aetiology. *Introductory Lectures on Psychoanalysis (Lecture 22)*. Standart E. London: Hogarth Press; 1917.
92. Freud S. Notes upon a Case of Obsessional Neurosis. Standart E. London: Hogarth Press; 1909.
93. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther*. 1978;16(4):233–48.
94. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999 Jul;37 Suppl 1:S29-52.
95. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther*. 1989;27(6):674–7.
96. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther*. 1985;23(5):571–83.

97. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural approaches to the understanding of obsessional problems. *Current Controversies in the Anxiety Disorders*. Rapee R, editor. New York: The Guilford Press; 1996. 103–33 p.
98. Mowrer OH. *Learning theory and behavior*. Learning theory and behavior. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 1960. xii, 555–xii, 555.
99. Poyurovsky M, Koran LM. Obsessive-compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *J Psychiatr Res*. 2005 Jul;39(4):399–408.
100. Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A. Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1999 Dec;156(12):1998–2000.
101. Swets M, Dekker J, van Emmerik-van Oortmerssen K, Smid GE, Smit F, de Haan L, et al. The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophr Res*. 2014 Feb;152(2–3):458–68.
102. Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroglu FA, Stockman R. Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2000;14(1):19–30.
103. Poyurovsky M, Fuchs C, Faragian S, Kriss V, Weisman G, Pashinian A, et al. Preferential aggregation of obsessive-compulsive spectrum disorders in schizophrenia patients with obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 2006;51(12):746–54.
104. Tibbo P, Kroetsch M, Chue P, Warneke L. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 2000;34(2):139–46.
105. Poyurovsky M, Kriss V, Weisman G, Faragian S, Kurs R, Schneidman M, et al. Comparison of clinical characteristics and comorbidity in schizophrenia patients with and without obsessive-compulsive disorder: schizophrenic and OC symptoms in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2003 Nov;64(11):1300–7.
106. Krüger S, Bräunig P, Höffler J, Shugar G, Börner I, Langkrär J. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12(1):16–24.
107. Poyurovsky M, Hramenkov S, Isakov V, Rauchverger B, Modai I, Schneidman M, et al. Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2001 May;102(1):49–57.
108. Porto L, Bermanzohn PC, Pollack S, Morrissey R, Siris SG. A Profile of Obsessive-Compulsive Symptoms In Schizophrenia. *CNS Spectr*. 1997;2(3):21–25.
109. Poyurovsky M, Weizman A, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: clinical characteristics and treatment. *CNS Drugs*. 2004;18(14):989–1010.
110. Hwang MY, Morgan JE, Losconzcy MF. Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12(1):91–4.
111. Berman I, Kalinowski A, Berman SM, Lengua J, Green AI. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 1995;36(1):6–10.
112. Sevincok L, Akoglu A, Kokcu F. Suicidality in schizophrenic patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Schizophr Res*. 2007 Feb;90(1–3):198–202.
113. Sevincok L, Akoglu A, Topaloglu B, Arslantas H. Neurological soft signs in schizophrenic patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*.

- 2004 Jun;58(3):274–9.
114. Lysaker PH, Bryson GJ, Marks KA, Greig TC, Bell MD. Association of obsessions and compulsions in schizophrenia with neurocognition and negative symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2002;14(4):449–53.
 115. Patel DD, Laws KR, Padhi A, Farrow JM, Mukhopadhyaya K, Krishnaiah R, et al. The neuropsychology of the schizo-obsessive subtype of schizophrenia: a new analysis. *Psychol Med*. 2010 Jun;40(6):921–33.
 116. Aoyama F, Iida J, Inoue M, Iwasaka H, Sakiyama S, Hata K, et al. Brain imaging in childhood- and adolescence-onset schizophrenia associated with obsessive-compulsive symptoms. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Jul;102(1):32–7.
 117. Goldstein JM, Goodman JM, Seidman LJ, Kennedy DN, Makris N, Lee H, et al. Cortical abnormalities in schizophrenia identified by structural magnetic resonance imaging. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Jun;56(6):537–47.
 118. Flavell J. Metacognitive aspects of problem solving in the nature of intelligence. In: Resnick I., editor. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum; 1976. p. 231–236.
 119. Dienes Z, Perner J. A theory of implicit and explicit knowledge. *Behav Brain Sci*. 1999 Oct;22(5):735–808.
 120. Tosun A, Irak M. Üstbiliş Ölçeği-30 'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. 2008;19(1):67–80.
 121. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*. 2004 Apr;42(4):385–96.
 122. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord*. 1997;11(3):279–96.
 123. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does Meta-cognition or Responsibility Predict Obsessive-Compulsive Symptoms: A Test of the Metacognitive Model. *Clin Psychol Psychother*. 2004;11(2):137–44.
 124. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther*. 1998 Sep;36(9):899–913.
 125. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2003;17(2):181–95.
 126. Hermans D, Martens K, De Cort K, Pieters G, Eelen P. Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2003 Apr;41(4):383–401.
 127. Cucchi M, Bottelli V, Cavadini D, Ricci L, Conca V, Ronchi P, et al. An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Compr Psychiatry*. 2012 Jul;53(5):546–53.
 128. Sica C, Steketee G, Ghisi M, Chiri LR, Franceschini S. Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. 2007;14(4):258–68. Available from: <https://doi.org/10.1002/cpp.520>
 129. Moritz S, Peters MJV, Larøi F, Lincoln TM. Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: A comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cogn Neuropsychiatry*. 2010;15(6):531–48.

130. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. Chichester, UK, Wiley; 1997.
131. Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behav Res Ther.* 2005 Jun;43(6):821–9.
132. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2008 Jun;39(2):117–32.
133. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *J Anxiety Disord.* 2009 May;23(4):436–42.
134. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York: Guilford Press; 2011.
135. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther.* 1993 Feb;31(2):149–54.
136. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord.* 2008;22(3):475–84.
137. Mather A, Cartwright-Hatton S. Cognitive Predictors of Obsessive–Compulsive Symptoms in Adolescence: A Preliminary Investigation. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2004 Nov 1;33(4):743–9. Available from: https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_9
138. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured Clinical Interview For DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington D.C.: American Psychiatric Press; 1997.
139. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu IV E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe’ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve tedavi Derg.* 1999;12(4):233–6.
140. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989 Nov;46(11):1006–11.
141. Karamustafalıoğlu O, Üçışık A, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Dercelendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Bursa: Savaş Ofset; 1993. 86 p.
142. Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry.* 1998 Jan;155(1):102–8.
143. Özcan T, Kuru E, Şafak Y, Karadere ME, Yavuz KF, Türkçapar MH. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg.* 2013;2(1):25–33.
144. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960 Feb;23:56–62.
145. Hamilton M. Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. *Br J Soc Clin Psychol* [Internet]. 1967;6(4):278–96. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x>
146. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar HM, İşcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)’nin Geçerliği, Güvenirliği ve Klinikte kullanımı. *Psikiyatr Psikol Psikofarmakol Derg.* 1996;4(4):251–9.

147. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50–5.
148. Yazıcı MK, DEMİR B, TANRIVERDİ N, KARAAĞAOĞLU E, YOLAÇ P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Değerlendiriciler Arası Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatr Derg*. 1998;9(2):114–7.
149. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacol Bull*. 1993;29(2):321–6.
150. Stevanovic D. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-short form for quality of life assessments in clinical practice: a psychometric study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011 Oct;18(8):744–50.
151. Kara Özer S, Uluşahin A, Kabakçı E. Bipolar Hastalarda Ataklar Arası Dönemde Tedavi ve Gidiş İlişkisi. *Türk Psikiyatr Derg*. 2001;12(2):111–20.
152. Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry*. 1993 Oct;54(10):373–9.
153. Sevincok L, Akoglu A, Arslantas H. Schizo-obsessive and obsessive-compulsive disorder: Comparison of clinical characteristics and neurological soft signs. *Psychiatry Res*. 2006;145(2–3):241–8.
154. Güleç G, Ş EG, Lmez YENİ. Obsesif Kompulsif Belir leri Olan Ş izofreni Hastalar ı n ı n Ş izofreni ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalar ı İ le Kar ş ı la ş ı r ı lmas ı . 2008;19(3):247–56.
155. Gupta S, Black DW, Arndt S, Hubbard WC, Andreasen NC. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 1998 Oct;49(10):1353–5.
156. Dell’Osso B, Benatti B, Arici C, Palazzo C, Altamura AC, Hollander E, et al. Prevalence of suicide attempt and clinical characteristics of suicide attempters with obsessive-compulsive disorder: a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *CNS Spectr*. 2018 Feb;23(1):59–66.
157. Frías Á, Palma C, Farriols N, Salvador A, Bonet J, Bernáldez I. Psychopathology and quality of life among patients with comorbidity between schizophrenia spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder: No evidence for a “schizo-obsessive” subtype. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2014;55(5):1165–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.016>
158. Solem S, Håland AT, Vogel PA, Hansen B, Wells A. Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behav Res Ther*. 2009 Apr;47(4):301–7.
159. Mavrogiorgou P, Bethge M, Luksnat S, Nalato F, Juckel G, Brüne M. Social cognition and metacognition in obsessive-compulsive disorder: an explorative pilot study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;266(3):209–16.
160. Larøi F, der Linden M. Metacognitions in proneness towards hallucinations and delusions. *Behav Res Ther* [Internet]. 2005;43(11):1425—1441. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.10.008>
161. Morrison AP, Wells A. A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behav Res Ther*. 2003 Feb;41(2):251–6.
162. Hagen K, Solem S, Opstad HB, Hansen B, Hagen R. The role of metacognition and

- obsessive-compulsive symptoms in psychosis: an analogue study. *BMC Psychiatry*. 2017 Jun;17(1):233.
163. Sun X, Zhu C, So SHW. Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *Eur Psychiatry*. 2017 Sep;45:139–53.
 164. Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2004;45(1):10–5.
 165. Elvish J, Simpson J, Ball LJ. Which clinical and demographic factors predict poor insight in individuals with obsessions and/or compulsions? *J Anxiety Disord* [Internet]. 2010;24(2):231–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618509002151>
 166. Kivircik Akdede BB, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. [Quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder: relations with cognitive functions and clinical symptoms]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2005;16(1):13–9.
 167. Rodrigues Torres A, Del Porto JA. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. A Brazilian controlled study. *Psychopathology*. 1995;28(6):322–9.
 168. Lin S-K, Su S-F, Pan C-H. Higher Plasma Drug Concentration in Clozapine-treated Schizophrenic Patients With Side Effects of Obsessive/Compulsive Symptoms. *Ther Drug Monit* [Internet]. 2006;28(3). Available from: https://journals.lww.com/drug-monitoring/Fulltext/2006/06000/Higher_Plasma_Drug_Concentration_in.6.aspx
 169. Schirmbeck F, Esslinger C, Rausch F, Englisch S, Meyer-Lindenberg A, Zink M. Antiserotonergic antipsychotics are associated with obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Psychol Med*. 2011 Nov;41(11):2361–73.

EKLER

EK 1: ETİK KURUL ONAYI



EK 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMLARI

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER

İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın yürütmekte olduğu “**Şizofreninin Eşlik Ettiği ve Etmediği Obsesif Kompulsif Bozukluğun İçgörü, Üstbiliş İnançları ve Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması**” isimli bu klinik araştırmada, ayrıca şizofreni tanısı olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk tanılı kişiler psikiyatrik açıdan incelenecek ve bulgular karşılaştırılacaktır. Bu araştırmayla bahsi geçen iki hastalık için de önemli olan içgörü kavramı konusundaki bilgilerimizin artırılması amaçlanmaktadır. Çalışmayı obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan 30 kişi ve şizofreni ve OKB tanılarının her ikisini de alan 30 kişi ile yapmayı planlıyoruz. Elde edeceğimiz sonuçlarla, bu hastalıkların özelliklerinin daha iyi tanınması ve böylece gelecekte daha etkin tedavi olanaklarının bulunmasına katkıda bulunmayı hedefliyoruz.

Sizi bu araştırmaya obsesif kompulsif bozukluğunuz olması nedeniyle örneklem grubunda yer almak üzere davet ediyoruz. Eğer bu araştırmada yer almayı kabul ederseniz, size İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda bir takım ölçekler uygulanacaktır.

2. GÖNÜLLÜNÜN HAKLARIYLA İLGİLİ BİLGİLER

Tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçları bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, isminiz saklı tutulacak; etik kurullar ve resmi makamlar gerekirse size ait araştırmayla ilgili tıbbi bilgilere ulaşabilecek; araştırmada sizi ilgilendirebilecek bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size bildirilecektir.

Araştırma amacıyla yapılacak yukarıda belirtilen tetkikler için sizden bir ücret talep edilmeyecek; eğer bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı iseniz, söz konusu kuruma bir araştırma gideri yüklenmeyecektir. Aynı zamanda da, çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya katılmaya yazılı onay vermeyi kabul etseniz dahi, araştırmanın herhangi bir döneminde araştırmadan çıkmakta özgür olduğunuzu bilmelisiniz.

Yapılacak olan incelemeler, beden ya da ruh sağlığınız açısından herhangi bir risk oluşturmamaktadır. Çalışmayla ilgili sorularınızı tetkikleri yapan araştırmacılara yöneltebilir; daha fazla bilgi almak isterseniz sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Raşit Tükel ile 02124142000 / 31335 numaralı telefondan bağlantı kurabilirsiniz.

3. KATILIMCININ BEYANI

Dr. Olcay Şenay tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya 'katılımcı' olarak kabul edildim. Eğer bu çalışmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Bu araştırmada elde edilecek bilgilerin resmi kurumlar ve etik kurullar tarafından gerekirse incelenebileceği konusunda bilgilendirildim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ek parasal sorumluluk altına girmiyorum ve bu masraflar kendi sosyal güvenlik kurumumdan da talep edilmeyecektir. Bu çalışma için bana herhangi bir ücret ödenmeyeceği bilgisine de sahibim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte 02124142000 / 31885 numaralı telefondan Dr. Olcay Şenay'ı veya mesai saatleri içinde 02124142000 / 31335 numaralı telefondan Prof. Dr. Raşit Tükel'i arayabileceğimi biliyorum.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir olumsuz yansıması olmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Belli bir düşünme süresi sonunda bu çalışmaya 'katılımcı' olarak katılma kararını aldım. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

4. GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adres:

Tel:

Araştırmacının

Adı-soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adres:

Tel:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER

İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın yürütmekte olduğu “**Şizofreninin Eşlik Ettiği ve Etmediği Obsesif Kompulsif Bozukluğun İçgörü, Üstbiliş İnançları ve Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması**” isimli bu klinik araştırmada, ayrıca şizofreni tanısı olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk tanılı kişiler psikiyatrik açıdan incelenecek ve bulgular karşılaştırılacaktır. Bu araştırmayla bahsi geçen iki hastalık için de önemli olan içgörü kavramı konusundaki bilgilerimizin artırılması amaçlanmaktadır. Çalışmayı obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan 30 kişi ve şizofreni ve OKB tanılarının her ikisini de alan 30 kişi ile yapmayı planlıyoruz. Elde edeceğimiz sonuçlarla, bu hastalıkların özelliklerinin daha iyi tanınması ve böylece gelecekte daha etkin tedavi olanaklarının bulunmasına katkıda bulunmayı hedefliyoruz.

Sizi bu araştırmaya şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluğunuz olması nedeniyle örneklem grubunda yer almak üzere davet ediyoruz. Eğer bu araştırmada yer almayı kabul ederseniz, size İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda bir takım ölçekler uygulanacaktır.

2. GÖNÜLLÜNÜN HAKLARIYLA İLGİLİ BİLGİLER

Tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçları bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, isminiz saklı tutulacak; etik kurullar ve resmi makamlar gerekirse size ait araştırmayla ilgili tıbbi bilgilere ulaşabilecek; araştırmada sizi ilgilendirebilecek bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size bildirilecektir.

Araştırma amacıyla yapılacak yukarıda belirtilen tetkikler için sizden bir ücret talep edilmeyecek; eğer bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı iseniz, söz konusu kuruma bir araştırma gideri yüklenmeyecektir. Aynı zamanda da, çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya katılmaya yazılı onay vermeyi kabul etmeniz dahi, araştırmanın herhangi bir döneminde araştırmadan çıkmakta özgür olduğunuzu bilmelisiniz.

Yapılacak olan incelemeler, beden ya da ruh sağlığınız açısından herhangi bir risk oluşturmamaktadır. Çalışmayla ilgili sorularınızı tetkikleri yapan araştırmacılara yoneltebilir; daha fazla bilgi almak isterseniz sorumlu araştırmacı Prof. Dr. Raşıt Tekel ile 02124142000 / 31335 numaralı telefonda bağlantı kurabilirsiniz.

3. KATILIMCININ BEYANI

Dr. Olcay şenay tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya 'katılımcı' olarak kabul edildim. Eğer bu çalışmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında büyük zen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Bu araştırmada elde edilecek bilgilerin resmi kurumlar ve etik kurullar tarafından gerekirse incelenebileceği konusunda bilgilendirildim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ek parasal sorumluluk altına girmiyorum ve bu masraflar kendi sosyal güvenlik kurumumdan da talep edilmeyecektir. Bu alışma için bana herhangi bir ücret ödenmeyeceği bilgisine de sahibim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte 02124142000 / 31885 numaralı telefonda Dr. Olcay şenay'ı veya mesai saatleri içinde 02124142000 / 31335 numaralı telefonda Prof. Dr. Raşıt Tekel'i arayabileceğimi biliyorum.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir olumsuz yansması olmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Belli bir düşünme süresi sonunda bu çalışmaya 'katılımcı' olarak katılma kararını aldım. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

4. GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adres:

Tel:

Araştırmacının

Adı-soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adres:

Tel:

EK 3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU****Ad ve soyad:****Tarih:****Adres:****Tel:**

1) Sıra No:

2) Cinsiyet

1) Kadın

2) Erkek

3) Yaş:

4) Kardeş sayısı (kendisi dahil):

5) Kendisi kaçınıcı kardeş:

6) Medeni durum:

1) Evli

2) Bekar

7) Eğitim:

1) Yok

2) İlk

3) Orta

4) Lise

5) Yüksek

8) Eğitim (yıl olarak):

9) Meslek:

1) Köylü/çiftçi

2) İşçi

3) Memur

4) Esnaf/tüccar

5) Profesyonel/serbest

6) Ev kadını

7) Öğrenci

8) Yok

10) Çalışma durumu:

1) Çalışıyor

2) Hastalığı nedeniyle çalışmıyor

3) Başka nedenlerle çalışmıyor (öğrenci, emekli vb.)

11) Psikiyatriste başvuru nedeni:

1) OKB

2) Şizofreni

3) Başka bir hastalık (belirtiniz)

12)

1) Daha önce OKB tanısı konulmuş

2) İlk başvuru

13) Klinik olarak anlamlı obsesif-kompulsif belirtilerin başladığı yaş:

14) DSM-IV'e göre obsesif-kompulsif bozukluk tanı ölçütlerinin karşılandığı yaş:

15) Hastalık süresi (klinik olarak anlamlı obsesif-kompulsif bozukluk belirtilerinin başladığı tarihten bugüne kadar geçen zaman):

16) Bugün itibariyle obsesif kompulsif belirtilerin kesintisiz olarak devam edegeldiği

süre:

17) Gidiş boyutu:

- 1) Epizodik (tam düzelme var) 2) Epizodik (kısmi remisyon var)
 3) Sürekli (arada düzelmeler görülen) 4) Sürekli (değişmeyen)
 5) Sürekli (giderek kötüleşen)

18) Epizodik gidişli ise:

- 1) Ailede duygudurum bozukluğu yok ()
 2) Ailede duygudurum bozukluğu var ()

Yakınlık derecesi (anne, baba, kardeşler, kuzenler, teyzeler, amcalar, büyükanneler ve büyükbabalar dahil olmak üzere) ve duygudurum bozukluğunun tipini belirtiniz:

..... /

19) DSM-5'e göre;

- 1) içgörüsü iyi ya da oldukça iyi
 2) içgörüsü kötü
 3) içgörüsü yok/sanrısız inanışlar

20) Eştanı açısından OKB: 1) Birincil 2) İkincil

21) Eştanı: Eştanı yok ()
 Agorafobi olmadan panik bozukluğu ()
 Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu ()
 Özgül fobi ()
 Sosyal anksiyete bozukluğu ()
 Yaygın anksiyete bozukluğu ()
 Major depresif bozukluk ()
 Distimik bozukluk ()
 Alkol kötüye kullanımı / bağımlılığı ()
 Diğer (belirtiniz):

22) Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları:

Yok ()
 Anoreksiya nervoza ()
 Beden dismorfik bozukluğu ()
 Hipokondriyazis ()
 Trikotilomani ()
 Patolojik kumar ()
 Diğer (belirtiniz):

23) Şizofreni: 1) Şizofreni yok
 2) Şizofreni var

24) Şizofreni varsa; tipi: 1) Paranoid
 2) Katatonik
 3) Dezorganize
 4) Ayrışmamış

- 25) Şizofreni varsa: 1) OKB'den önce
2) OKB'den sonra
3) OKB ile birlikte
- 26) Tik bozuklukları (şimdiki durum)
1) Tik / Tourette bozukluğu yok
2) Tik / Tourette bozukluğu var
- 27) Tik bozuklukları (geçirilmiş)
1) Tik / Tourette bozukluğu yok
2) Tik / Tourette bozukluğu var
- 28) Tik / Tourette bozukluğu varsa, başlama yaşı:
- 29) İntihar girişimi: 1) Yok
2) Var
- 30) Fiziksel hastalıkları:
- 31) OKB'si olan aile bireyleri (anne, baba, kardeşler, kuzenler, teyzeler, amcalar, büyükanneler ve büyükbabalar dahil olmak üzere):
- 32) Psikotik bozukluğu olan aile bireyleri (anne, baba, kardeşler, kuzenler, teyzeler, amcalar, büyükanneler ve büyükbabalar dahil olmak üzere) ve psikotik bozukluğun DSM-V tanısı:
- 33) Şimdiye kadar psikiyatrik tedavi gördü mü? 1) Evet 2) Hayır
- 34) Kullanılan antiobsesif ilaçların dozları ve süreleri:
- 35) Kullanılan antipsikotik ilaçların dozları ve süreleri:
- 36) Şimdiki ilaç tedavisi:
1) Özgül OKB ilaç tedavisi altında
2) Özgül OKB ilaç tedavisi + antipsikotik tedavi altında
3) İlaçsız
- 37) Bilişsel-davranışçı tedavi:
1) Uygulanmış 2) Uygulanmamış
Uygulanmış ise, tarih ve süre / seans sayısı:

Obsesyonlar

- 38) Saldırganlık 1) Yok 2) Var
- 39) Kirlenme 1) Yok 2) Var
- 40) Cinsel 1) Yok 2) Var
- 41) Biriktirme/saklama 1) Yok 2) Var

42) Dini	1) Yok	2) Var
43) Simetri/düzen	1) Yok	2) Var
44) Bedensel	1) Yok	2) Var
45) Diğer	1) Yok	2) Var

Kompulsiyonlar

46) Temizleme/yıkama	1) Yok	2) Var
47) Kontrol etme	1) Yok	2) Var
48) Tekrarlayıcı törensel	1) Yok	2) Var
49) Sayma	1) Yok	2) Var
50) Sıralama/düzenleme	1) Yok	2) Var
51) Biriktirme/toplama	1) Yok	2) Var
52) Diğer	1) Yok	2) Var

EK 4: YALE–BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

YALE–BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ

– 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 isteyipte 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 kovmaya ya da 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 kontrolünüz 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 sıklıkta 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 harcama 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 KONTROLUN DERECESESİ

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 ciddiyet 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 güçlüklerle 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. Örneğin, 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, sanrısız 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 ayırınız. 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 işlevlere başlama ve bitirmede olan yaygın ve belirgin zorlama. Genellikle işin uzaması.

4: Çok ağır, işlemin tümünde yardım görmeden olağan işlevlere 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.

17 ve 18. bölümler *Clinical Global Impression Scale*’den uyarlanmıştır. [Guy w:ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology : Publication 76 – 338. Washington, D.C., US. Department of Health and Welfare (1976)]

EK 5: BROWN İNANÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ ÖLÇEĞİ

BROWN İNANÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ ÖLÇEĞİ

1.Son hafta içinde sizin için önemli kaygı oluşturan belirli düşünce veya inançlarınız oldu mu? Bunlardan hangisini en fazla kaygı verici olarak işaretlersiniz? (asıl inanç):

2.Zihninizin aşırı meşgul olduğu/uğraştığı başka bir fikriniz (düşünce veya inanç) var mı?

Her bir madde için hastayı en iyi şekilde karakterize eden cevabı saptayarak daire içine alın. Hastanın spesifik inançları sorularla bütünleştirilebilir -- Örneğin “ Kapı kollarına dokunmanın sizi hasta yapacağına ne kadar inanıyordunuz”. Tercihe bağlı sorular parantez içinde belirtilmiştir; görüşmeciye yönelik yönergeler italik olarak yazılmıştır.

1.İkna olma

Bu fikirlere veya inançlara ne kadar inanıyordunuz? Fikirlerinizin veya inançlarınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz? (Bu eminliğiniz neye dayanıyor?)

- 0- Kesinlikle bu inançların yanlışlığına inanıyor(%0 emin olma)
- 1- İnançlar doğru değil ya da önemli derecede bir şüphe bulunmakta.
- 2- İnançlar doğru olabilir ya da olmayabilir veya inançların doğru olup olmadığına karar veremiyor.
- 3- Bu inançların doğru olduğuna oldukça inanmış durumda fakat bir parça şüphe bulunmakta.
- 4- Var olan inançların gerçekliğiyle ilgili tamamıyla ikna olmuş durumda(%100 emin)

2.Diğerlerinin inançla ilgili bakış açıları konusundaki algı

Diğer insanların inançlarınızla ilgili olarak ne düşündüklerini (düşünebileceklerini) düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] İnsanların çoğunun inançlarınızı anlamlı buldukları konusunda ne kadar eminsiniz? (Görüşmeci eğer gerekliyse hastaya bu soruyu cevaplarken diğer insanların dürüst bir şekilde fikrini açıkladığını varsayarak cevaplamasını söylemelidir)

- 0- İnsanların çoğunun bu inançları gerçek dışı düşündüğü konusunda tamamıyla emindir.
- 1- İnsanların çoğunun bu inançların gerçek dışı olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğer insanlar bu inançların gerçek dışı olduğunu düşünebilirler veya düşünmeyebilirler veya bu inançlara ilişkin diğer insanların bakış açıları konusunda emin değildir.
- 3- Çoğu insanın bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 4- Çoğu insanların bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda tamamen emindir.

3.Farlı bakış açılarının açıklanması

Demiştiniz ki (...1. maddedeki cevabı buraya koyarak....) fakat (2. maddedeki cevabı buraya yaz....) dediniz? [DURUP BEKLE] inançlarınızın doğruluyla ilgili olarak sizin düşündüklerinizle diğer insanların düşündükleri arasındaki farkı nasıl açıklarsınız? (Kimin doğru olması daha muhtemeldir?) (Görüşmeci eğer 1 ve 2. maddeler verilen cevaplar aynıysa bu soruyu sormamalıdır. Bu durumda 1 ve 2 deki skor ne ise o skoru vermelidir.

- 0- Bu inançların gerçek dışı veya absürd olduğu konusunda tamamıyla emindir. (ör. Zihnim bana oyun oynuyor.)
- 1- Bu inançların gerçek dışı olduğu konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğerlerinin neden onunla aynı fikirde olmadığı konusunda emin değildir.— inançlar gerçek dışı olabilir veya diğerleri yanılıyor olabilir.
- 3- İnançların doğru olduğu konusunda oldukça emindir; diğerlerinin bakış açıları daha az doğrudur.
- 4- İnançların doğru olduğu konusunda tamamıyla emindir; diğerlerinin inançları yanlıştır doğru değildir.

4.Fikirlerin sabitliği

Eğer inançlarınızın doğruluğunu sorgularsam (veya karşı çıkarsam) tepkiniz ne olur? [DURUP BEKLE] Sizi yanıldığınızın ikna edebilir miyim? (Eğer gerekliyse hastayı yüzleştirmeyen bir örnek veriniz.) (Hastanın ikna edilemeyeceğini esas alarak derecelendirin. Onun kendisinin ikna edilememesi konusundaki arzusunu dikkate almayın.)

- 0- İnançların yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya istekli; bu olasılıkla ilgili olarak herhangi bir hoşnutsuzluk sergilemiyor.
- 1- İncanın yanlış olabilme olasılığını dikkate almaya kolaylıkla istekli arzulu; buna olan hoşnutsuzluğu/isteksizliği minimal.
- 2- Bir şekilde inançların yanlış olabileceği olasılığını dikkate almaya istekli fakat orta derecede direnç var.
- 3- Çok açık bir şekilde incanın yanlış olabileceğini dikkate alma konusunda isteksiz; isteksizlik/hoşnutsuzluk belirgin.
- 4- İncanın yanlış olabileceği olasılığını dikkate alma konusunu dikkate almayı kesinlikle reddediyor—Ör: inanç sabit.

5.Fikri yanlışlama girişimleri

İnançlarınızın yanlışlığını kanıtlamaya veya reddetmeye ne kadar aktif bir biçimde çalışıyorsunuz.? İnançlarınızın yanlış olabileceğine kendinizi ikna etmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz? (Görüşmeci hastanın kendisini bu inançtan kurtarmaya dönük çabalarını derecelendirmelidir. Bu düşünce veya fikirleri zihninden atmaya dönük veya başka bir şey düşünmeye dönük girişimlerini dikkate almamalıdır.)

- 0- Bu incanın yanlışlığını hep kanıtlamaya çalışıyor veya inançlar yanlış olduğu için böyle bir kanıtlama çabasına gerek duymuyor.
- 1- Genellikle bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 2- Bazen bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 3- Nadiren bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 4- İnançların yanlışlığını kanıtlamak için her hangi bir girişimde bulunmuyor.

6.İçgörü

Bu inançlara neyin yol açtığını düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] Bunların psikiyatrik veya psikolojik her hangi bir nedeni olabilir mi veya bunlar gerçekten doğru mu?

(Görüşmeci hastanın gerçekten inanıp inanmadığı konusunda karar vermelidir. Ona söyleneni veya gerçek olmasını umduğu şeyi değil. Psikolojik etyoloji psikiyatrik hastalıkla eşdeğer olarak görülmelidir.)

(Düşüncelerin abartılı olduğunun bilinmesi—örneğin çok zaman aldığı- veya hasta için sorun oluşturduğunun bilinmesi psikiyatrik veya psikolojik etyolojiyle aynı şeymiş gibi değerlendirilmemelidir. Bunun yerine hastanın bu inançlarının psikiyatrik veya psikolojik kaynağı

veya nedeni olduğu konusundaki farkındalığını derecelendirin.)

- 0- İnançların kesinlikle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 1- İnançların büyük ihtimalle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.
- 2- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni olma olasılığı var.
- 3- Muhtemelen inançların psikiyatrik veya psikolojik nedeni yok.
- 4- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni kesinlikle yok.

TOPLAM BABS SKORU =1 DEN 6'YA KADAR OLAN SORULARIN TOPLAMI

EK MADDE (toplam puana katmayınız)

7.referans fikirleri veya hezeyanları

İnancınız yüzünden insanların sizinle ilgili konuştukları veya size dikkat ettikleri oluyor mu?

OPSİYONEL: (inancını yazın) çevreden özel mesajlar aldığınız oluyor mu? (Bundan ne kadar eminsiniz?)

(Bu soru sadece BABS görüşmecisi tarafından değerlendirilen inançlarla ilgilidir— değerlendirilen inançla alakasız bir nedenle kendisine dikkat edildiğini düşünüyorsa bununla ilgili değil. Görüşmeci bu soruyu cevaplarken gözlenebilir eylem veya kompulsiyonları değil, bunun yerine temel inancı puanlamalıdır.)

- 0- Hayır, diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat etmiyorlar.
- 1- Diğerleri muhtemelen bana özel bir dikkat göstermiyorlar.
- 2- Diğerleri bana özel bir dikkat gösteriyor da olabilir göstermiyor da olabilir.
- 3- Diğerleri muhtemelen bana özellikle dikkat ediyor.
- 4- Diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat ediyor

EK 6: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Her maddede, hastayı en iyi tanımlayan cevabı belirleyen numarayı seçin.

1. DEPRESİF RUH HALİ

(Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

0 = Yok.

1 = Bu duygularını ancak sorulduğunda gösteriyor.

2 = Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.

3 = Bu duygularını sözleriyle değil, yüz ifadesi, duruşu, sesi ve ağlama eğilimi ile gösteriyor.

4 = Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor.

2. SUÇLULUK DUYGUSU

0 = Yok.

1 = Kendini suçlu bularak, insanları üzdüğünü sanıyor.

2 = Eski yaptıklarından veya hatalarından dolayı suçluluk hissediyor.

3 = O anki hastalığını bir ceza olarak kabul ediyor ve suçluluk delüzyonları gösteriyor.

4 = Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve /veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3. İNTİHAR

0 = Yok.

1 = Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.

2 = Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.

3 = İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.

4 = İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim, 4 puanla değerlendirilir.)

4. UYKUYA DALAMAMAK

0 = Uykuya dalmada herhangi bir güçlük çekmiyor.

1 = Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.

2 = Her gece uyuma güçlüğü çekiyor.

5. GECEYARISI UYANMAK

0 = Herhangi bir sorunu yok.

1 = gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan yakınıyor.

2 = gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkmak, 2 puanla değerlendirilir. (Herhangi bir neden olmaksızın)

6. SABAH ERKEN UYANMAK

0 = Herhangi bir sorunu yok.

1 = Sabah erkenden uyanıyor fakat tekrar uykuya dalıyor.

2 = Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7. İŞ VE AKTİVİTELER

0 = Herhangi bir sorunu yok.

1= Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.

2 = Aktivite, hobi veya işe duyulan ilginin kaybolması; hasta bunu doğrudan kendi söyler veya dolaylı olarak kayıtsızlık ve kararsızlık ve kararsızlığı ile gösterir. (kendini iş veya aktiviteler için zorlaması gerektiğini hisseder)

3 = Aktivitelere ayrılan zamanda veya üretkenlikte azalma. Hastane değerlendirmesinde, eğer hasta en az 3 saatini aktivitelerine (hastane işi veya hobileri) ayırmıyorsa 3 puan verin.

4 = Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalar servisteki işlerin dışında hiçbir aktiviteye katılmıyorsa ya da servis işlerini yardım almadan yapıyorsa 4 puan ile değerlendirin.

8. RETARDASYON (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

0 = Normal konuşma ve düşünce.

1 = Örüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.

2 = Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.

3 = Görüşme yapmakta güçlük çekiliyor.

4 = Tam stupor.

9. AJİTASYON

0 = Yok.

1 = Yerde duramama

2 = Eller, saçlar v.b. ile oynama.

3 = Ayakta dolaşma, sakin oturamama.

4 = Ellerini ovuşturma, tırnak yeme, saç çekme, dudak yeme.

10. PSİŞİK ANKSİYETE

0 = Güçlük yok.

1 = Subjektif gerilim ve irritabilite.

2 = Küçük şeylerden kaygı duyma.

3 = Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.

4 = Korkularını, daha sorulmadan anlatıyor.

11. SOMATİK ANKSİYETE

0 = Yok.

1 = Hafif

2 = Orta

3 = Şiddetli

4 = Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik belirtiler: Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz çıkarma, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme, diyare.

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı. Solunumla ilgili: Hiperventilasyon. İç çekme. Sık idrara çıkma. Terleme.

12. BEDENSEL BELİRTİLER (Gastrointestinal)

0 = Yok

1 = İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.

2 = Personel zorlamasa yemek yemiyor. Hastanın yemek yemesi için teşvik edilmesi gerekiyor. Bağırsakları ya da gastrointestinal belirtileri için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13. SOMATİK SEMPTOMLAR (Genel)

0 = Yok

1 = Ekstremitelerinde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kas ağrıları. Enerji kaybı ve yorgunluk hissi.

2 = Herhangi bir kesin şikayet, 2 puanla değerlendirilir.

14. GENİTAL SEMPTOMLAR (Libido kaybı, menstrüel boz. gibi semp)

0 = Yok.

1 = Hafif

2 = Şiddetli

15. HİPOKONDRIASİS

0 = Yok.

1 = Evhamlılık

2 = Sağlıkla ilgili evhamlar

3 = Sık sık yakınmalar, yardım isteği vb.

4 = Hipokondriak delüzyonlar.

16. ZAYIFLAMA (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A. Anamneze göre değerlendirirken:

0 = Kilo Kaybı

1 = Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı

2 = Kesin (hastaya göre) Kilo kaybı

B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan, hastanın tartıldığı kontrollerde.

0 = Haftada 0.5 kg'dan daha az kilo kaybı

1 = Haftada 0.5 kg'dan daha fazla kilo kaybı

2 = Haftada 1 kg'dan daha fazla kilo kaybı

17. DURUMU HAKKINDA GÖRÜŞÜ

0 = Hasta ve depresyonda olduğunu farkında.

1 = Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklerle, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.

2 = Hasta olduğunu kabul etmiyor.

EK 7: HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

YOK: 0

HAFİF: 1

ORTA DERECE: 2

ŞİDDETLİ: 3

ÇOK ŞİDDETLİ: 4

		Puan			Puan
Anksiyeteli duygudurum	Endişeler, kötülük beklentisi, korkulu beklenti, çabuk sinirlenme		Bedensel (duyusal)	Kulak çınlaması, bulanık görme, soğuk-sıcak basması, güçsüzlük hissi, karıncalanma	
Gerginlik	Gerginlik hissi, yorgunluk, irkilme yanıtı, kolay ağlama, titreme, huzursuzluk hissi		Kalp-damar sistem belirtileri	Kalp atışlarının hızlanması, çarpıntı, göğüste ağrı, damarların atması, bayılma duygusu, kalp atışında vuru atlaması	
Korkular	Karanlık, yabancılar, yalnız bırakılma, hayvanlar, trafik, kalabalık		Solunum sistem belirtileri	Göğüste sıkışma ve baskı hissi, boğulma hissi, derin iç çekmeler, nefes darlığı	
Uykusuzluk	Uykuya dalma güçlüğü, bölünmüş uyku, uykudan yorgun kalkma, rüyalar, kabuslar, gece korkuları		Mide-barsak sistem belirtileri	Yutma güçlüğü, karında ağrı, midede yanma, karında dolgunluk hissi, bulantı, kusma, ishal, kilo kaybı, kabızlık, barsakta gaz	
Bilişsel	Dikkatini toplamada güçlük, bellek zayıflığı		Üreme-boşaltım sistem belirtileri	Sık idrar yapma, aniden idrar yapma isteği gelmesi, adet görememe, adet kanama süresinin artması, kadında cinsel soğukluk gelişmesi, erken boşalma, libido kaybı, ereksiyon güçlüğü	
Depresif duygudurum	İlgi kaybı, hobilerden zevk alamama, çökkünlük, erken uyanma, diurnal ritimde değişme		Otonomik belirtiler	Ağız kuruluğu, kızarma, solukluk, terlemeye eğilim, sersemlik hissi, gerginlik, baş ağrısı, tüylerin diken diken olması	
Bedensel (kaslarla ilgili)	Ağrılar, seyirmeler, miyoklonik atmalar, diş gıcırdatma, sesin tonunda değişmeler, kas gerginliğinde artma		Görüşme sırasındaki davranış	Tedirginlik, yerinde duramama, ellerde titreme, kaşların çatılması, gergin yüz, iç çekme ya da hızlı solunum, yüzde solukluk, yutkunma, geçirme, tendonlarda atmalar, genişlemiş göz bebekleri, gözlerin yuvalarından çıkması	

EK 8: ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30**ÜSTBİLİŞ ÖLÇEĞİ-30**

Bu anket kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançların incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz (1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3: kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Lütfen tüm maddelerini cevaplandırınız. Bu ankette doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Aklımdan geçenlerle çok uğraşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Endişe ede ede kendimi hasta edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bir problem üzerinde düşünürken zihnimin nasıl çalıştığının farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Eğer beni endişelendiren bir düşünceyi kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatam olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Düzenliliğimi sürdürebilmem için endişe etmeye ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kelimeler ve isimler konusunda belleğime güvenim pek yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Ne kadar engellemeye çalışırsam çalışayım, endişe verici düşüncelerim devam eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Endişelenmek kafamdaki düşünceleri düzene sokmama yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Endişe verici düşünceler aklıma geldiğinde onları görmezden gelemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Düşüncelerimi izlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Belleğim zaman zaman beni yanıltır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Belirli düşüncelerimi kontrol edemediğim için cezalandırılacağım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Endişelerim beni delirtebilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Düşündüğümün her an farkındayım.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Zayıf bir belleğim vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Dikkatim zihnimin nasıl çalıştığıyla meşguldür.	(1)	(2)	(3)	(4)

20. Endişelenmek bir şeylerin üstesinden gelmeme yardım eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık işaretidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Endişelenmeye başladığım zaman kendimi durduramam.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Endişelenmek problemleri çözmede bana yardımcı olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Belleğime pek güvenmem.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. İyi çalışabilmek için endişelenmeye ihtiyacım vardır	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Olayları hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 9: YAŞAMDAN HOŞNUTLUK VE DOYUM ANKETİ - KISA FORMU**YAŞAMDAN HOŞNUTLUK VE DOYUM ANKETİ - KISA FORMU**

Aşağıdaki soruları yanıtlarken lütfen herhangi bir durum ile ilgili duygularınızı en iyi tarif eden seçeneği işaretleyin. Her madde için sadece bir kutuyu seçin. Eğer fikrinizi değiştirecek olursanız işaretinizin üzerini karalayın ve yeni bir kutu seçin.

Herşeyi göz önüne alırsanız geçen hafta süresince aşağıda sayılan durumlardan ne kadar hoşnuttunuz?

	Çok kötü	Kötü	Orta	iyi	Çok iyi
Beden sağlığı					
Moral					
İş yaşamı					
Ev işleri					
Sosyal ilişkiler					
Aile ilişkileri					
Boş zaman faaliyetleri					
Günlük yaşam gereklerini yerine getirme					
Cinsel istek, cinsel ilgi, cinsel eylem*					
Ekonomik durum					
Mesken ve yaşam koşulları					
Rahat dolaşabilme, baş dönmesi, sersemlik ya da düşme olmadan					
Çeşitli işleri yapabilme, hobilerle uğraşabilme					
Genel olarak kendini iyi hissetme					
İlaç (ilaç kullanmıyorsanız işaret koyup boşluk bırakın)					
Geçen hafta boyunca hayatınızdan ne kadar memnundunuz?					

*Eğer bu durumla ilgili herhangi bir memnuniyetsizlik söz konusu ise hangisi/hangileri olduğunu altını çizerek belirtiniz.

ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Olcay ŞENAY ŞAHİN

Doğum Tarihi: 21/06/1990

Doğum Yeri: F.Almanya/Offenbach

Yabancı Dil: İngilizce (İleri seviye), Almanca (Orta seviye)

e-posta: olcaysenay8@gmail.com

EĞİTİM

Antalya Anadolu Lisesi (2004-2008)

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi (2008-2014, Tıp eğitimi)

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul (2015-2016, Tıpta uzmanlık eğitimi)

Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastakları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği (2016-2017, Tıpta uzmanlık eğitimi)

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı (2017-2020, Tıpta uzmanlık eğitimi)

ÇALIŞMA DENEYİMİ

Kaçkar Devlet Hastanesi, Rize (Ekim 2014 – Ocak 2015, Acil Tıp-Pratisyen hekim)

YURTDIŞI ARAŞTIRMA DENEYİMİ

Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi, Brigham ve Kadın Hastanesi, Psikiyatri Nörogörüntüleme Laboratuvarı (Ocak 2020 – Temmuz 2020, Araştırma görevlisi)

MESLEKİ KURS VE EĞİTİMLER

Aile ve Evlilik Terapisi Eğitimi. Prof. Dr. Hürol Fışıloğlu. Nisan 2016, İstanbul, Türkiye

Aile Terapisi Eğitimi. Uzm. Dr. Nuşin Sarımurat Baydemir. Mayıs 2016, İstanbul, Türkiye

Bağımlı Hasta Grubu ile Yapılan Sanatla Terapi Çalışmaları. 11. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi. Kasım 2017, Antalya, Türkiye.

Somatizasyon ve Somatik Belirtili Bozukluklar: Klinik Özellikler ve Tedavi Yaklaşımları. Türkiye Psikiyatri Derneği 23. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu. Nisan 2019, Antalya, Türkiye

Psikanalize Giriş Seminerleri. Psike İstanbul. 24 Eylül 2018 - 17 Haziran 2019, İstanbul, Türkiye

Kişilik, Kişilik Bozuklukları ve Dinamik Psikoterapi Eğitimi. Prof. Dr. Doğan Şahin. Ekim 2018 - Ocak 2020, İstanbul, Türkiye

SERTİFİKALAR

Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulayıcı Sertifikası. Türkiye Psikiyatri Derneği. 112 saat kuramsal - uygulama, 56 saat süpervizyon eğitimi; Ekim 2017 - Nisan 2019.

ÜYELİKLER

TPD - Türkiye Psikiyatri Derneği

BİLİMSEL ÇALIŞMALAR

1-Yayınlar:

Şenay 0, Balcıoğlu YH, İlnem MC. The Occurrence of Psychotic Manifestation Following the Initiation of Everolimus in a Patient with Tuberous Sclerosis: A Possible Involvement of Dysregulated mTOR Cascade. Psychiatry and Behavioral Sciences 2018;8(3):137-141

2-Sözlü Bildiler:

Alkol Kullanım Bozukluğu Tanısı Alan Kadın Hastalarda Sosyodemografik Verilerin ve Eşlik Eden Psikiyatrik Komorbiditelerin Erkek Hastalar ile Karşılaştırılması. Yeşim Can, **Olca Şenay**, Özlem Helin Çarkıcı, Doğan Yılmaz, Cüneyt Evren. 11. Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi. Kasım 2017, Antalya, Türkiye

Hastaneden Çıkışta Uzun Etkili Antipsikotik Reçetelenmesiyle İlişkili Klinik Değişkenler: Retrospektif Bir Değerlendirme. **Olca Şenay**, Zhala Mursalova, Shahriyar Gadimov, Alp Üçok. 55. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Ekim 2019, İstanbul, Türkiye

2-Poster Sunumları:

Sol Kolunda Çoklu Dikiş İğnesi Bulunan Bir Olgu. Tuba Gürbüz, Derya İpekçioğlu, Burcu Kök, **Olca Şenay**, Mehmet Cem İlnem. 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Kasım 2016, Antalya, Türkiye

Çok Geç Başlangıçlı Şizofreni Benzeri Psikoz: Bir Olgu Sunumu. **Olca Şenay**, Burçhan Sözer, Ersin Uygun, Şahap Erkoç. Türkiye Psikiyatri Derneği 21. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu. Nisan 2017, Antalya, Türkiye

Glioblastoma Multiforme: Bir Olgu Sunumu. **Olca Şenay**, Duru Saygın Gülbahar, Mehmet Cem İlnem. 53. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Ekim 2017, Bursa, Türkiye

Paylaşılmış Obsesif Kompulsif Bozukluk. **Olca Şenay**, Ekin Ezgi Pınar, Ezgi İnce Guliyev, Erhan Ertekin, Raşit Tükel. Türkiye Psikiyatri Derneği 22. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu. Nisan 2018, Antalya, Türkiye

Aripiprazol ile Tedavi Edilen Bir Monosemptomatik Hipokondriasis Olgusu. **Olca Şenay**, Sedat Özkan. 54. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Ekim 2018, İzmir, Türkiye

Mobbing Sonrası Psikiyatrik Değerlendirme Yapılan Vakaların Analizi. **Olca Şenay**, Mete Ercis, Sevim Öncül, Doğan Şahin. Türkiye Psikiyatri Derneği 23. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu. Nisan 2019, Antalya, Türkiye

Acute Psychosis After Steroid Withdrawal. **Olca Şenay**, Tuğçe Varlı, Irmak Polat. 11. Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi. Nisan 2019, Antalya, Türkiye

Possible Involvement of Inhibited mTOR Signaling in De Novo Psychosis Following The Initiation of Everolimus in A Patient with Tuberous Sclerosis: A Clinical Vignette. **Olçay Şenay**, Yasin Hasan Balcıoğlu, Mehmet Cem İnem. 11. Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi. Nisan 2019, Antalya, Türkiye

Relationship Between Formal Thought Disorder and Functioning In Individuals With Ultra High Risk For Psychosis. Alp Üçok, **Olçay Şenay**, Begum Karakaş. The 2019 Congress of the Schizophrenia International Research Society. Nisan 2019, Orlando, Florida, ABD

Analysis of Cases Referred for Psychiatric Evaluation after Mobbing. Mete Ercis, **Olçay Şenay**, Sevim Öncül, Doğan Şahin. 19. Dünya Psikiyatri Birliği Dünya Psikiyatri Kongresi. Ağustos 2019, Lizbon, Portekiz

The Association between MMP-9 and Choroid Plexus Volume in Schizophrenia. Magdalena Seethaler, Johanna Seitz, Nikros Makris, Jarrett Rushmore, Kang Ik Kevin Cho, Elizabeth Rizzoni, **Olçay Şenay**, Carina Heller, Ofer Pasternak, Filip Szczepankiewicz, Carl-Frederik Westin, Jan Losak, Libor Ustohal, Josef Tomandl, Lubomir Vojtisek, Peter Kudlicka, T. Wilson Woo, Tomas Kasperek, Zora Kikinis, Marek Kubicki. The 2020 Congress of the Schizophrenia International Research Society. Nisan 2020, Floransa, İtalya - E-poster

To Whom We Prescribe Long Acting Antipsychotics at Discharge from Hospital? Alp Üçok, **Olçay Şenay**, Zhala Mursalova, Shahriyar Gadimov. 2020 Congress of the Schizophrenia International Research Society. Nisan 2020, Floransa, İtalya – E-poster