



T.C

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, ÜST BİLİŞ VE
SİLİK NÖROLOJİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Arş. Grv. Dr. Hilal YAVUZ

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Bengü YÜCENS

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ÜZER

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

AFYONKARAHİSAR 2019

T.C
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK HASTALARINDA
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, ÜST BİLİŞ VE
SİLİK NÖROLOJİK BELİRTİLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Arş. Grv. Dr. Hilal YAVUZ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Bengü YÜCENS
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ÜZER

AFYONKARAHİSAR 2019

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLolar	ii
ŞEKİLLER	iii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1.OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)	2
2.1.1.TANIM	2
2.1.2.TARİHÇE	2
2.1.3.EPİDEMİYOLOJİ	3
2.1.4.ETİYOLOJİ	4
2.1.4.1.BİYOLOJİK ETMENLER	4
2.1.4.1.1.GENETİKÇALIŞMALAR	4
2.1.4.1.2.NÖROİMMUNOLOJİ	5
2.1.4.1.3. NÖROANATOMİ	6
2.1.4.1.4. NÖROKİMYASAL ETKENLER	7
2.1.4.1.4.a. SERATONİN	7
2.1.4.1.4.b. DOPAMİN	7
2.1.4.1.4.c.NORADRENERJİK SİSTEM	8
2.1.4.1.4.d. GLUTAMİNERJİK, GABAERJİK SİSTEM	8
2.1.4.2. PSİKOSOSYAL ETKENLER	8
2.1.4.2.1. PSİKODİNAMİK ETKENLER	9
2.1.4.2.2. OKB'NİN DAVRANIŞÇI MODELİ	9
2.1.4.2.3.OKB'NİN BİLİŞSEL MODELİ	9
2.1.5. KLİNİK ÖZELLİKLER	12
2.1.6. TANI VE SINIFLANDIRMA	15
2.1.7. PROGNOZ	17
2.1.8. KOMORBİDİTE	18
2.1.9. TEDAVİ	19
2.2. OKB VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI	20
2.3. OKB VE ÜSTBİLİŞLER	22
2.4. OKB VE SİLİK NÖROLOJİK BELİRTİLER	26
3.GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. ÖRNEKLEM	32

3.1.1. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ	32
3.1.2. ÇALIŞMADAN DIŞLANMA KRİTERLERİ	32
3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER	32
3.2.1. ÇTÖ	32
3.2.2 ÜBÖ-30	33
3.2.3.SNB	33
3.2.4.BOKÖ	34
3.2.5.Y-BOKÖ	34
3.2.6.BAÖ	35
3.2.7.BDÖ	35
3.3.İSTATİSTİKSEL ANALİZ	35
4.BULGULAR	36
5.TARTIŞMA	47
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER	55
7.ÖZET	56
8.SUMMARY	58
9.KAYNAKLAR	60
10.EKLER	80

TABLolar

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler

Tablo 2: Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

Tablo 3: OKB grubu ile kontrol grubunun çocukluk çağı travma puanları karşılaştırılması

Tablo 4: OKB grubu ile kontrol grubunun üst bilişsel özellikler açısından karşılaştırılması

Tablo 5: OKB grubu ile kontrol grubunun silik nörolojik belirtiler açısından karşılaştırılması

Tablo 6: ÇTÖ ile ÜBÖ arasındaki korelasyon

Tablo 7: ÇTÖ ile SNB arasındaki korelasyon

Tablo 8: OKB Süresi ile SNB arasındaki korelasyon

Tablo 9: ÇTÖ ile BOKÖ arasındaki korelasyon

Tablo 10: ÇTÖ ile Y-BOKÖ arasındaki korelasyon

Tablo 11: SNB ile Y-BOKÖ arasındaki korelasyon

Tablo 12: OKB grubu ile kontrol grubunun anksiyete puanları açısından karşılaştırılması

Tablo 13: OKB grubu ile kontrol grubunun depresyon puanları açısından karşılaştırılması

ŞEKİLLER

Şekil 1: OKB'nin Kognitif Davranışçı Modeli

Şekil 2: En sık görülen silik ve belirgin nörolojik bulgular

1.GİRİŞ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) obsesyon ve kompulsiyonlarla seyreden, kişinin işlevselliğini bozan, yaşam alanını sınırlandıran heterojen bir psikiyatrik hastalıktır. Bazen epizodik olmakla beraber genelde süregündür. Etiyolojisinde genetik, immünolojik, nörokimyasal ve psikodinamik nedenler olduğu kabul edilmekle beraber kesin etiyojisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır.

Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmalarınının fazla olduğunu bildiren çalışmalar olmakla beraber farklı olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (1,2). Bireyin savunmasız olduğu ve en çok korunmaya ihtiyacı olduğu dönemde yaşadığı travmatik olayların nörobiyolojik değişiklikler oluşmasında ve ileri yaşlarda psikiyatrik hastalık gelişmesinde risk faktörü olduğu bilinmektedir (3,4) . OKB de bu hastalıklardan biridir.

Üst biliş yani metakognisyon “düşünmeyi kontrol eden, izleyen ve değerlendiren” iç bilişsel faktörler olarak tanımlanır (5). Üst bilişsel sistemdeki sapmaların birçok psikopatolojisinin gelişmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. OKB de bu hastalıklardan biridir. OKB'nin üst bilişsel modeline göre üst bilişsel inançlardaki değişikliklere ağırlık vermek tedavideki başarıyı arttıracaktır (6).

Silik nörolojik belirtiler (SNB) nörogelişim sürecindeki bir patolojiye bağlı olarak geliştiği öngörülen, belirli bir yerleşim alanı olmayan, görüntüleme yöntemleri ile görüntülenemeyen ve tanımlı bir nörolojik hastalığa bağlı olmadığı düşünülen belirtilerdir (7,8). SNB şizofreni hastalarında nispeten daha çok çalışılmış olmakla beraber OKB'de de çalışmalar giderek artmaktadır. Ve yapılan çalışmalarda OKB hastalarında silik nörolojik belirtilerin topluma göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda amacımız OKB hastalarını çocukluk çağı travmaları, üst bilişsel özellikler ve silik nörolojik belirtileri ayrı ayrı ve birbiri ile ilişkisini incelemek, OKB'nin patofizyolojisinin aydınlatılmasına, tedavi başarısını arttırmaya yönelik çalışmalara katkı sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.1.1. TANIM

Obsesif kompulsif bozukluk, obsesyon ve/veya kompulsiyonlar ile seyreden, genellikle süreğen bazen de epizodik özellik gösteren, kişide sıkıntıya neden olan, işlevselliğini bozan psikiyatrik bir hastalıktır.

OKB'nin ana özellikleri obsesyon ve kompulsiyonlardır (9). Kelime anlamı olarak obsesyon Latince kuşatma anlamında olan “obsideratum” / “obsidere” ‘den gelmektedir. Çoğu kez anksiyeteyi tetikleyen, kişinin baskılayamadığı, rahatsız edici, tekrarlayıcı, kişinin anlamsız olduğunu bilmesine rağmen istemli çaba ile zihninden uzaklaştıramadığı, egodistonik düşünce, dürtü ya da imgelerdir (9). Kompulsiyon ise, kelime anlamı olarak bir şey yapmaya zorlanmak anlamına gelen “compellere” kelimesinden gelmektedir (10). Kompulsiyonlar obsesyonlara tepki olarak ortaya çıkan, bu düşünceleri zihinden uzaklaştırmak, obsesyonların yol açtığı sıkıntıyı azaltmak, yok etmek amacıyla yineleyen motor ve zihinsel eylemlerdir.

2.1.2. TARİHÇE

OKB tarihi insanlığın varoluşu kadar eskidir. Eski din eserlerinde buna dair davranış şekillerinin olması bunu desteklemektedir. Din ve büyü temalı seramonilerin temelinde genelde obsesif kompulsif nevrozdakine benzeyen savunma sistemlerinin etkisi olduğu düşünülmektedir. Shakespeare'in Macbeth eserinde obsesif kompulsif özelliklerini görürüz. Macbeth karısının iktidar hırsı nedeniyle onun etkisi altında kral Duncan'ı öldürür. Lady Macbeth'de suçluluk duygusu ile sürekli el yıkama başlar, “Arabistan'ın tüm kokulu sabunları gelse de bu elin kirleri temizlenemez” der (11).

OKB tıp tarihinde ilk olarak 1838'de Esquirol tarafından tanımlanmıştır. “Mental Hastalıklar” eserinde mental olarak stabil durumdaki kişilerde olan istek dışı, engel olunamayan dürtüsel eylemler şeklinde bir çeşit

‘dürtü monomanisi’ olarak ifade edilmiştir (12). Daha sonra Morel 1866’da ‘delire emotif’ yani içgörülü delilik şeklinde otonom sisteminin karmaşık bir yansıması olduğu şeklinde tanımlamıştır (11). Carl Frederich Westphal da obsesyonu irade dışı düşünceler olarak tanımlamıştır. Fransız hekim P. Janet 20. yy’ın başında fobiler, obsesyon ve kompulsiyonları ortak bir başlık altında ‘psikastenî’ yani irade zayıflaması olarak tanımlamıştır (11). Freud ise obsesif kompulsif nevrozu fobik nevrozdan farklı olarak değerlendirmiş ve obsesyonların saldırgan ve cinsel dürtüler kaynaklı olduğunu ifade etmiştir. Bu dürtülerin tetiklediği anksiyeteden gerileme ve karşıt tepki kurma gibi savunma mekanizmaları kullanılarak kurtulmaya çalışıldığını ileri sürmüştür (13).

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (American Psychiatric Association, APA) 1952’de yayınladığı Ruh Hastalıkları I.Tanı ve İstatistik Kılavuzunda (DSM-I) Obsesif-Kompulsif Reaksiyon; 1968’de DSM-II’de Obsesif-Kompulsif Nevroz ve 1978’de DSM-III’de Obsesif Kompulsif Bozukluk olarak ifade edilmiştir (14). DSM-IV-TR’de ise OKB, anksiyete bozuklukları başlığı altında tanımlanmaktadır. Obsesyonların anksiyeteyi tetiklemesi, kompulsiyonlarla anksiyeteden uzaklaşmaya çalışılması bu başlık altında olmasını açıklamaktadır. En son 2013’te yayınlanan DSM-5’te bu başlık içinden çıkarılmış “obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar” başlığı altında farklı olarak sınıflandırılmıştır.

2.1.3. EPİDEMİYOLOJİ

Hastalığın bazen hafif seyretmesi, bazen gizleme isteği, bazı hastaların hastalık belirtilerini benimsemesi gibi nedenlerle hekime başvuru oranlarındaki düşüklük nedeni ile OKB sıklık ve yaygınlığını saptamak güçtür (11).

OKB 1980’li yılların ortasına kadar %0,05 gibi bir oranla nadir olarak görülen bir hastalık olarak düşünülmekteydi (15). OKB ile ilgili güvenilir tanı kriterlerine dayanan ilk epidemiyolojik bilgiler 1984 yılında ABD’de yapılan Epidemiyolojik Alan Çalışması ile elde edildi. Bu çalışmalarla yaşam boyu prevalansı için %1,9-3,3 gibi bir oran sonucuna varılmıştır (16). OKB’nin sıklık

olarak fobiler, madde bağımlılığı ve major depresyondan sonra 4. sırada yer aldığı bulunmuştur (11). Sıklık açısından astım ve diabete benzerdir (17).

Türkiye’de yapılan Ruh Sağlığı Profili Araştırması’na göre OKB’nin 1 yıllık yaygınlığı %0,5 olarak bulunmuştur. Farklı çalışmalarla da yaşam boyu yaygınlık %2,5-6,2; 1 yıllık yaygınlık ise %0,5-5,6 olarak bulunmuştur (18).

Çalışmalar OKB’nin başlangıç yaşının 18-26 arasında olduğu, ortalama olarak da 20,3 olduğunu göstermektedir (19). Başlangıç yaşı kadınlarda 21-24 yaşları arasında iken erkeklerde 15-23 olup biraz daha erkendir (20). Kadınlarda ortalama 22, erkelerde ise ortalama olarak 19 olarak bulunmuştur. Geriye dönük yapılan çalışmalarla ise erişkin dönemde OKB tanısı konulanların 1/3-1/2 sinin semptomlarının çocukluk ya da ergenlik çağında başladığını göstermiştir (18). 35 yaş sonrası hastalık başlangıcının oranı ise %15 civarındadır.

Medeni durum açısından karşılaştırıldığında bekarlarda daha sık görüldüğü saptanmış olup bunun hastaların ilişki devamlılığını sağlamakta yaşadıkları güçlüklerle ilgili olabileceği üzerinde durulmaktadır (21).

Cinsiyet dağılımı ile ilgili yapılan çalışmalarda çocukluk ve ergenlik öncesi dönemde erkeklerde fazla görüldüğü, ilerleyen yaşlarda oranların birbirine yaklaştığı bulunmuştur (22).

2.1.4. ETİYOLOJİ

2.1.4.1. BİYOLOJİK ETMENLER

2.1.4.1.1. GENETİK ÇALIŞMALAR

OKB’nin genetik geçişi ile ilgili araştırmalar 1930’dan günümüze kadar devam etmektedir (22). Bununla ilgili olarak aile ve ikiz çalışmaları, linkage (bağlantı), segresyon (ayırışma) ve moleküler genetik çalışmalar bulunmaktadır (23).

Aile çalışmaları göstermektedir ki OKB hastalarının biyolojik akrabalarında genel topluma göre OKB görülme sıklığı 5-10 kat daha fazladır (23). Nestad ve ark. yaptıkları çalışmada OKB tanısı olan birinci derece akrabaları sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslandığında 5 kat civarı fazla oranda OKB tanısı aldıkları belirlenmiştir (24). Yapılan farklı bir çalışmada obsesyonlar için %33, kompulsiyonlar için %26 oranında genetik geçişin olduğu belirlenmiştir (25). Yapılan aile çalışmalarında genetik geçiş olduğu düşünülen vakaların özellikle erken başlangıçlı ve tik bozukluğu eş tanısı olan vakalar olduğu belirlenmiştir (11). Ailesel geçişin başlangıç yaşından bağımsız olduğunu düşündüren araştırmalar da mevcuttur (11). OKB tanılı hastaların biyolojik yakınlarında tik bozuklukları, beden dismorfik bozuklukları, hipokondriazis, yeme bozuklukları gibi başka bozuklukların ve tırnak yeme gibi alışkanlıkların genel popülasyona göre daha çok görüldüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (21).

Carey ve Gottesman'ın 30 ikiz çifti üzerinde yürüttükleri çalışmada monozigotik ikizlerde saptanan konkordans (eş hastalanma) oranı %75 iken, dizigotik ikizlerde %47 olup anlamlı olarak yüksek konkordans (eşhastalanma) oranı olduğunu bulmuşlardır (26).

2.1.4.1.2. NÖROİMMUNOLOJİ

OKB etiyojisinde nöroimmunolojik mekanizmaların etkisinin olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Çocuklarda OKB gelişiminde streptokok enfeksiyonlarının etkisi araştırılan faktörlerden birisidir. PANDAS (Streptokok Enfeksiyonuna Bağlı Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Hastalık), A grubu beta hemolitik streptokoklara bağlı olarak ortaya çıkan ayrılma endişesi, duygudurumda dalgalanma, dikkat sorunları ve obsesif kompulsif semptomların olabildiği otoimmün bir hastalıktır (27). İlk defa 1998'de tanımlanmıştır (28). İnflamasyon, etkene karşı gelişen antikorlar vasıtası ile bazal ganglionlarda, putamen, globus pallidus ve kaudat nukleusta hacimsel genişlemeye neden olmaktadır (Morer ve ark, 2006). Erişkin dönemde başlayan OKB'ye göre çocukluk dönemi başlayan OKB'de çocukluk çağında daha fazla tonsillit hikayesi, daha fazla Antistreptolizin Antikor (ASO) yüksekliği olduğu belirlenmiştir (29).

Yine A grubu beta hemolitik streptokokların akut romatizmal ateşe neden oldukları ki bu hastalıkta komplikasyon olarak %10-30 oranında nöropsikiyatrik bir sendrom olan Sydenham koresi gelişebildiği bilinmektedir. Bu sendromda sıklıkla ve öncelikle bulunan psikiyatrik semptomların obsesif kompulsif belirtiler olması ve semptomların antibakteriyel ve steroid tedavisine yanıt vermesi OKB ile immunoloji arasındaki ilgiyi destekler niteliktedir (30).

2.1.4.1.3. NÖROANATOMİ

OKB'de yumuşak nörolojik belirtilerin görülmesi (31), bazal gangliyon tutulumu ile giden Sydenham koresi, Huntington hastalığı ve Tourette sendromu (TS) gibi hastalıklarla komorbiditesi (32) OKB'nin nöroanatomik modeli üzerine çalışmalara yönelmiştir. Çalışmalar manyetik rezonans görüntüleme (MRG), bilgisayarlı tomografi (BT) fonksiyonel görüntüleme üzerinedir. Bu nörogörüntüleme çalışmaları orbitofrontal-kortikostriatal devreler ayrıca özellikle singulat girus, temporal amigdala gibi limbik devreler çevresindedir (10). Birçok çalışmada orbito-frontal korteks (OFK), medial frontal girus ve anterior singulat korteks (ASK) gri ve beyaz cevherde hacimce azalma, ventral putamende ise hacimce artış olduğu belirlenmiştir (33). Garber ve arkadaşları, OKB hastalarının MRG görüntülerini sağlıklı kişilerinki ile kıyasladığında frontal korteks, lentikuler nukleus ve singulat girusta anormallikler olduğunu saptamıştır (34).

Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında benzer bölgelerle ilgilenilmiş ve çoğunda orbitofrontal-kortikostriatal sistemde metabolik aktivite artışı olduğu belirlenmiştir. Bu aktivasyonun semptomolojide önemli olduğu ayrıca farmakolojik ve psikoterapotik yaklaşımlara duyarlı olduğu belirlenmiştir (10).

Pozitron emisyon tomografisi (PET) ile 15 OKB hastası ile yapılan bir çalışmada sağlıklılarla kıyaslandığında OFK, dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), singulat girus, insula ve parietal girusta glikoz metabolizması ve aktivasyonunda artış olduğu belirlenmiştir (35).

OKB hastalarında normal populasyona göre daha fazla nonspesifik elektroensefalografi (EEG) değişiklikleri görülmektedir. Sağlıklılar ile 14 OKB hastasının uyku EEG'lerinin kıyaslandığı bir çalışmada; hastalarda toplam uyku süresinin ve evre 4 uykunun azaldığı, rapid eye movement (REM) latansı ve etkinliğinin azaldığı belirlenmiştir (36).

2.1.4.1.4. NÖROKİMYASAL ETKENLER

2.1.4.1.4.a. SEROTONİN

OKB'de serotoninin etkisini düşündüren hipotezler klomipramin ve SSGİ (selektif serotonin geri alım inhibitörü)'lerinin tedavide etkinliğinin olduğu gösterilmesiyle oluşmaya başlamıştır (37). Yapılan bir çalışmada klomipramin ile beyin omirilik sıvısı (BOS) 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) konsantrasyonunun düşüş göstermesi serotonin sistemine dikkatleri çekmiştir (38). Yapılan PET ve single photon emission computerized tomography (SPECT) çalışmalarında OKB hastalarında DLPFK, OFK ve temporoparietal kortekslerinde post sinaptik 5-HT_{2A} reseptörlerinin uygunluğunda ve striatumda serotonin geri alım taşıyıcılarının yoğunluğunda düşüş olduğu saptanmıştır (10). Bu değişiklikler OKB şiddeti ile korelasyon göstermektedir. Ancak yapılan birçok çalışmaya rağmen OKB patofizyolojisinde serotonin etkisi ile ilgili birçok yanıt bekleyen sorular mevcuttur. Çünkü SSGİ'lere yanıt ancak OKB hastalarının yarısında alınabilmekte olup önemli bir hasta grubunda yanıt alınamamaktadır (37). Aynı ilaçlara depresyon tedavisinde alınan yanıtın düşüktür (10).

2.1.4.1.4.b. DOPAMİN

Dopaminin OKB'deki rolünü gösteren klinik gözlem dirençli hastalarda kullanılan antipsikotiklere yanıt alınabilmesidir. Bir diğer gösterge de dopaminin fazlaca bulunduğu bazal gangliyonları etkilenmesi sonucu gelişen Huntington hastalığı, Sydenham koresi gibi hastalıklarda obsesif kompulsif belirtilerin görülmesidir (37). Dopamin fazlalığında obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıktığını gösteren bilgiler mevcuttur. Neale ve Oltmanns tardiv diskinezisi olan levodopa kullanılan hastalarda obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıktığı belirlemiştir (39). OKB hastalarında sol putamen ve sol kaudat nukleusta dopamin

taşıyıcısı konsantrasyonunda artma olduğunu saptanması da dopamin varsayımını destekler niteliktedir. Bromokriptin, apomorfin, amfetamin, kokain gibi ajanlarla dopamin reseptörleri uyarıldığında kompulsiyon benzeri davranışların ortaya çıktığı, var olan belirtilerin ise aktive olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaların yanı sıra birbiri ile çelişen çalışmalar da mevcuttur. Yani OKB patofizyolojisinde dopaminin etkisi olduğu kesindir ancak hala cevap aranılan sorular mevcuttur (37).

2.1.4.1.4.c. NORADRENERJİK SİSTEM

OKB’de noradrenerjik sistem ile bilgiler kısıtlıdır. Presinaptik uçtan norepinefrin salınımını azaltan klonidin gibi ajanların obsesif kompulsif belirtilerde kısmi düzelmeye neden olduğu gözlemlenmiştir (40).

2.1.4.1.4.d. GLUTAMİNERJİK, GABAERJİK SİSTEM

Bazı çalışmalarda OKB hastalarında BOS glutamin yoğunluğunun artış gösterdiğine dair bulgular saptanmıştır (41). Striatumdaki glutamin seviyesinin obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile korelasyonu olduğunu gösteren az sayıda çalışma mevcuttur (42).

OKB’de GABA’nın rolünü belirlemek adına çok az çalışma mevcuttur. Yapılan manyetik rezonans spektroskopi çalışmalarında prefrontal kortekste GABA düzeyinde düşme olduğu belirlenmiştir (43).

2.1.4.2. PSİKOSOSYAL ETKENLER

2.1.4.2.1. PSİKODİNAMİK ETKENLER

OKB ile ilgili olarak psikodinamik yaklaşımlar Freud tarafından ortaya atılmıştır. Obsesif kompulsif bozukluğu, obsesyonel nevroz olarak adlandırmış ve histeri ile nevrozların prototipi olarak tanımlamıştır. Freud obsesyonları anlatmak amacıyla ilk olarak cinsel travmalar çevresinde çalışmalarını sürdürürken, sonraları ise bilinçaltı dürtüleri bastırmaya yönelik psikolojik cevaplar şeklinde olduğu üzerinde durmaya devam etmiştir. Çalışmaları özellikle tuvalet eğitimi dönemindeki anne ile çocuk ilişkisi üzerinde yoğunlaştırmıştır. Ödipal dönemdeki

çatışmalarla ortaya çıkan anksiyete nedeniyle anal döneme gerileme olarak açıklamıştır (44).

Psikanalitik yaklaşıma göre obsesif kompulsif kişi saldırgan ve cinsel dürtülerle başa çıkmak için yalıtma (izolasyon), yapboz (undoing), karşıt tepki oluşturma (reaksiyon formasyon) olmak üzere 3 temel savunma mekanizmasını kullanmaktadır. Yalıtma ile dürtü duygusal yönünden arındırılır ve sadece düşünce içeriği olarak bilinçte yer alır. Yap-boz ile kompulsif eylem bir diğer eylem ile ortadan kaldırılır ve bu eylemler aracılığıyla ego için tehditkar olan korkutucu obsesif düşüncelerden uzaklaşılması ve süperego tarafından cezalandırma riski bulunan egonun bu dürtleri yok kabul etmesi sağlanır. Karşıt tepki oluşturma ile dürtü baskısı altında olan ego, bu durum kronik hal bir almışçasına, sürekli tehlike geleceği gibi hazırlıklı olunan ve çoğunlukla dürtüsel içeriğin tersi yönünde bir tutum geliştirir. Dürtünün kabul edilmeyen içeriği bilinç dışında kalırken, tersi bilinçte bulunur (45).

2.1.4.2.2. OKB’NİN DAVRANIŞÇI MODELİ

Davranışçı kuram obsesyon ve kompulsiyonları Mowrer’in (1960) iki basamaklı öğrenme kuramı üzerinde açıklar. Buna göre korku klasik koşullanma ile öğrenilir, artarak pekişmesi ise edimsel koşullanmayla olur. Obsesyonlar bu ilkelere göre koşullanmış uyaranlardır, anksiyeteye neden olurlar. Anksiyetenin uzaklaşmak için kaçınma, kaçma ve tekrarlama gibi yöntemler devreye girer. Sonunda yıkılması güç bir döngü oluşur. Anksiyeteden uzaklaşmak için kullanılan yöntemler kişinin yaşam alanındaki hareketlerini kısıtlar ve işlevselliği bozulur. Davranışçı terapideki maruz bırakma tedavisi (exposure) ve tepki engelleme (response prevention) bu görüş sayesinde gelişmiştir (46,47).

2.1.4.2.3. OKB’NİN BİLİŞSEL MODELİ

Bilişsel modellerden OKB’nin etiyolojisinin aydınlatılmasında uzun süredir sıklıkla yararlanılmaktadır (48). Güncel bilgiler ışığında OKB’nin temelinde irade dışı yaşanan düşüncelerin yanlış şekilde yorumlanmasının yer aldığı belirtilmektedir (49).

1980'li yıllarda Foa, Steketee ve Ozarow, OKB hastalarına uygulanan davranışçı yaklaşım sonuçlarını incelediklerinde tedaviye devam edenlerin yaklaşık %50'sinin herhangi bir belirtisi olmadığını ya da tedaviden en az %70 fayda gördüğünü, %39'unun kısmen iyileşme (semptom şiddetinde %31-69 azalma) gösterdiğini ve %10'unun da tedaviden fayda görmediğini (semptom şiddetinde %30'dan az azalma) belirlemişlerdir (50). Maruz bırakma (exposure), tepki engelleme (response prevention) ve maruz bırakarak tepki engelleme (ERP) özellikle yıkama ve daha az oranda kontrol etme obsesyonları için oldukça başarılıdır. Tedavi sonrası hastaların %70-80 oranında belirtilerinde düzelme olurken %20-30'unun tedaviyi reddettikleri veya bıraktıkları (drop out) görülmüştür.

Clark, ERP'deki %20-30'luk tedaviyi reddetme, bazı obsesyonlar ile örtülü kompulsiyonlar ve istifleme gibi bazı alt tiplerde etkisinin kısıtlı olması, tedaviye direnç, tedavide işbirliğinin az olması, motivasyonun düşük olması, hatalı bilişler ve inançların öne çıkması gibi nedenlerden dolayı bilişsel komponentin de tedavide olması gerektiğini belirtmiştir (51).

Obsesyonlar ile aynı içeriğe sahip istemsiz düşünceler normal popülasyonun %90'ında görülebilmektedir (52). Obsesyonların normal girici düşüncelerle başladığını, girici düşünceler ile arasındaki farkın onların oluşumu ve kontrol edilebilirliği olmadığını ilk kez Salkovskis (1985) ileri sürmüştür. Bilişsel modelde bu istemsiz düşünceler aslında duygusal bir cevap oluşturmazlar. Normal popülasyonda görülen bu düşünceler ile OKB'li kişilerde olan düşünceler arasındaki fark bu düşüncelere verilen anlamdır. Düşüncelerin duygusal bir cevap oluşturması ancak bilişsel bir değerlendirme ile olabilmektedir. Hastalık tablosu kişinin neden olabileceği olası bir zararın oluşumu ya da engel olunmasından kendini sorumlu hissetmesi ile ortaya çıkar. Aşırı değerlendirilmiş olan sorumluluk duygusu kişide anksiyeteye neden olurken diğer taraftan da sorumluluğu azaltmak amacıyla etkisizleştirme (kompulsiyon, kaçınma, sorumluluğu paylaşırma ya da geçiştirme, güvence arama, tam olarak emin olma

mücadelesi) çabalarına neden olur. Artmış sorumluluk düşüncesi daha derinlerdeki ara inançlar (kurallar, tutumlar) ve şemalarla ile bağlantılıdır (46,53).

Obsesyonların oluşmasında işlevsel olmayan inanışların da etkili olduğu düşünülmektedir. Normal popülasyonun %90'ında bu istemsiz düşünceler görülebilmekteyken çok azında obsesyonların gelişmesine bu kişilerin diğer insanlardan farklı olarak bazı inançlara sahip olmasının neden olduğu düşünülmektedir (54). Bununla ilgili yapılan çalışmalarda altı yanlış değerlendirme ve biliş alanı belirtilmiştir (55).

1) Düşüncenin Önemsizliği:

Düşünce-eylem kaynaşması bir düşünce varsa bu önemlidir düşüncesi olarak tanımlanabilir. Bu inanışa göre ahlak olarak kabul edilemez bir düşünceye sahip olmanın bunu yapmaktan farkı yoktur yani düşünmek demek istemek demektir. Anlamı olmasaydı tekrar tekrar akla gelmeyeceği ve düşünmenin gerçekleşme olasılığını arttıracığı inancı olur (48).

2) Artmış Sorumluluk:

Bu biliş alanında kişi olumsuz sonuç ortaya çıkarabilme ve olmasına engel olma gücüne sahip olduğuna inanmakta, olası olumsuz sonucu engellemek adına tüm tedbirleri almak için zorunluluk hissetmektedir (55).

3) Düşüncenin Kontrol Edilebilirliğine İlişkin İnanç:

Sıkıntı verici düşünce, dürtü ve imgeleri denetleyebilmenin gerekli ve mümkün olduğuna inanılması ve bunlara fazlaca değer verilmesidir.

4) Mükemmeliyetçilik:

Her sorunun mükemmel bir çözümü olduğu düşüncesi, her şeyi mükemmel yapmanın gerektiği ve yapılabileceği, yapılacak en ufak bir hatanın önemli sonuçları olabileceği yönündeki inançtır (Frost & Steketee, 1997). Kişi mükemmel bir sonuç bir defa oluştuysa bu mükemmel sonuca ulaşmak için her zaman gayret sarf edilmeli inanışını benimser (56).

5) Abartılı Tehdit Algısı:

Olası zarar ihtimalinin veya ciddiyetinin abartılı olarak düşünülmesidir (55). Bu inanışa sahip OKB'li bireylerin genel düşünce yapısı ' kötü durumlar diğer insanlara göre benim başıma daha çok gelir, benim dahil olduğum durumlar daha

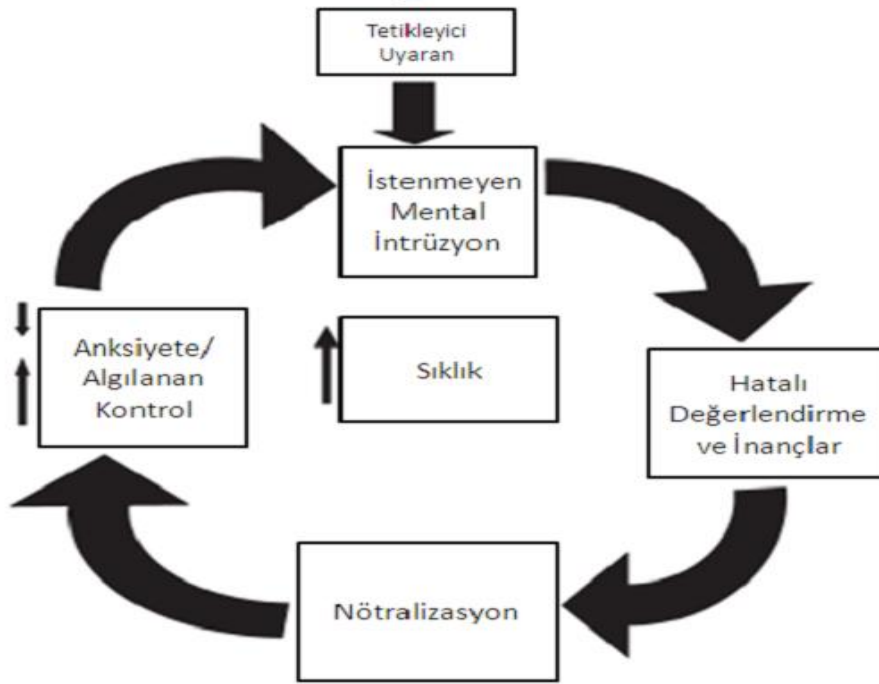
kötü ilerler, sonucun kötü olma olasılığı iyi olma olasılığından her zaman daha fazladır' şeklindedir (48).

6) Belirsizliğe Tahammülsüzlük:

Bu biliş alanında kişi önceden belirli olmayan durumlarda işlevsellikte azalma, her türlü belirsizliğe tahammül edememe, değişimlerle başa çıkmada yeteneksizlik inancına sahiptir (55). Birey durumlarla baş edebilmek için her türlü ayrıntıyı bilmesi gerektiği düşüncesine sahiptir.

Bilişsel terapiler ile davranış terapilerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda bilişsel terapilerin davranış terapilerine göre az da olsa daha etkili ve tedaviyi sürdürme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (57).

Şekil 1* OKB'nin Kognitif Davranışçı Modeli



*Clark DA: Cognitive-Behavioral Therapy For OCD. New York: The Guilford Press, 2004' den Türkçe'ye uyarlanmıştır.

2.1.5. KLİNİK ÖZELLİKLER

OKB'li hastaların genel olarak giyim kuşamları düzgün olur. Tavrı ve davranışlarına resmiyet hakim olup, konuşurken detaylı, uzun cümleler kullanırken, kalıplaşmış ifadeler, resmi terimler ve deyimler kullandıkları dikkati çeker. Düşünce içeriğindeki ambivalans konuşmalarında fark edilir. Majik düşünce içeriğine sık rastlanır (58). OKB'li hastalar fazlasıyla düzenli, kontrollü ve titiz davranış sergilerler. Fazla temizlik uğraşlarından dolayı ellerinde kontakt dermatit olabilmektedir. Hiçbir şeyin eksik olmasını istememeleri nedeniyle ayrıntıcı yaklaşırlar her şeye. Sosyal ilişkilerinde kuralcı davrandıkları için sıkıcı oldukları düşünülebilir. Travmatik hayat olaylarını anlatırken sanki başka birinin başından geçiyor gibi duygusuz bir şekilde anlatırlar (izolasyon düzeneği). Çoğunlukla hafızaları güçlü olduğu savunulmakla birlikte tam tersini iddia eden araştırmalar da vardır. Yineleyen obsesyonlar nedeniyle dikkatleri dağınık olabilir ve buna bağlı performansları düşebilir (11).

Semptom açısından OKB oldukça çeşitlilik gösterir ve bu zenginlik hastalığın heterojen olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalara göre hastaların % 40'ında yalnızca obsesyon, %30'unda yalnızca kompulsiyon, geri kalan kısmında obsesyon ve kompulsiyonların bir arada bulunmasına rağmen klinik başvurularda bu oran %75'ten fazladır. Bunun nedeni olarak bu gruptaki hastaların daha fazla yardım arayışı içinde olarak sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurmalarına bağlı olduğu düşünülmektedir (28) .

Obsesyonlar

1) Kirlenme/Bulaşma Obsesyonları:

Yapılan çalışmalarda %45-55 ile en sık karşılaşılan obsesyon kirlenme/bulaşma obsesyonlarıdır (59). İnsanların çok temas ettiği yerlere dokunmakla idrar, dışkı, sperm bulaşabileceği şeklinde düşüncelerdir. Çevresindekilerle yakın temas kurmazlar. Bu tip obsesyonlara karşı cevap olarak temizleme kompulsiyonları ortaya çıkar (60).

2) Kuşku Obsesyonları:

Bir fiilin yapıp yapılmadığı konusunda emin olamamadır. Ütüyü prizden çekip çekmeme, kapıyı kilitleyip kilitlememe gibi fiillerin yapıldığından emin

olamama düşünceleri şeklinde ortaya çıkar. Çoğunlukla kişi için tehlike arz eden bir durumun habercisi olarak değerlendirildiğinden bu obsesyonlara karşı tehlikeyi öncesinde engellemek için kontrol etme kompulsiyonları gelişir. İkinci en sık karşılaşılan obsesyon tipidir (60)

3) Somatik Obsesyonlar:

Genellikle bir hastalığa yakalanma endişesi şeklinde oluşan obsesyonlardır. Kanser, AIDS, diğer cinsel yollarla geçen hastalıklara yakalanma korkusu şeklindedir. Bu korku ile birçok tedbir almaya çalışılır. Bu tip obsesyonlara hastalığın ilgili olduğu beden kısmının kontrol edilmesi, hastalık olmadığına dair onaylanma arayışı gibi kompulsiyonlar eşlik eder (23).

4) Simetri/Düzenleme Obsesyonlar:

Olayların ve nesnelerin istenilen belli bir düzenlilik ve konumda yerleştirilmesi veya eşyaların simetrik bir şekilde düzenlenmesi ile ilgili obsesyonlardır. Bu tip obsesyonlara cevap olarak simetri ve denge oluşturmak için eşyaları belli bir düzen ve sıra içinde muhafaza etme gayreti şeklinde simetri/düzenleme kompulsiyonları ortaya çıkar (60).

5) Cinsel Obsesyonlar:

Çoğunlukla utanç verici, toplum tarafından kabul edilemez cinsel düşünceler, dürtü ve görüntülerle ilgilidir. Genellikle ebeveyn, çocukları veya hemcinsiyle cinsel içerikli düşünceler şeklindedir ve genellikle kontrol ya da yıkanma kompulsiyonları beraberinde görülmektedir. Görülme sıklığı %13-26 arasındadır (59).

6) Saldırganlık Obsesyonları:

Bu obsesyon tipinde kendisine ya da çevresindekilere karşı yaralama, öldürme gibi şekillerde zarar verme düşünceleri yer alır. Bu kişiler sevdikleri ile yalnız olmak istemezler, kesici-delici aletlerden kaçınırlar. Görülme sıklığı %10-20 arasındadır (59).

7) Dinsel Obsesyonlar:

Ahlaki ve dini değerlere karşı çıkmak, küfür etme ve doğru/yanlış kavramları ile aşırı uğraşma ile ilgilidir. Bu obsesyonların kültürlere göre sıklığı değişkenlik gösterebilir. Batı toplumlarına göre Türkiye’de daha sık görülür. Batı ülkelerinde

%4-10 arasında görülürken, Arap ve Yahudi yoğunluğu fazla olan ülkelerde %40-60 arasında görülebilmektedir (60,61)

Kompulsiyonlar

1) Temizleme Kompulsiyonları:

Kirlenme/bulaşma obsesyonlarına cevap olarak ortaya çıkar. Görülme sıklığı %45-52 arasında değişmektedir (60). Bireyin kendisinin ve çevresinin kirli olduğu düşüncesinden kurtulmak için tekrarlayan el yıkama, banyo yapma, eşyaları sürekli yıkama şeklinde olan eylemlerdir.

2) Kontrol Etme Kompulsiyonları:

Genel olarak güvenli hissetmek için ortaya çıkan kapının kilitli olup olmadığını, ütüyu prizden çıkarıp çıkarmadığını kontrol etme şeklinde olan eylemlerdir. Görülme sıklığı %28-45 arasındadır (60).

3) Tekrarlama Kompulsiyonları:

Belirli bazı davranışların aynı şekilde ve belli bir sayıda tekrarlanması şeklinde eylemlerdir. Görülme oranı %11,1' dir.

4) Sayma Kompulsiyonları:

Sayısal herhangi bir ögeyi sayma ya da belirli bir sayıya kadar sayma şeklinde olan eylemlerdir. Yürürken taşları sayma, kitapları sayma veya herhangi bir iş yaparken sayı sayma şeklinde olabilir. Görülme sıklığı %8'dir (62).

5) Sıralama veya simetri kompulsiyonları:

Uzun süreler harcayarak eşyaları düzenleme, simetrik bir şekle sokma, sıraya koyma şeklindeki eylemlerdir. Sıralama kompulsiyonu sıklığı %5,9 iken simetri kompulsiyonlarının sıklığı %13,5 şeklinde bulunmuştur (62)

6) Diğer Kompulsiyonlar:

Dokunma kompulsiyonları, belirli eşyalara dokunma gerekliliği hissetme; istifleme kompulsiyonları, ihtiyacı olmadığı herhangi bir nesneyi, eşyayı atamama şeklinde olan kompulsiyonlardır.

2.1.6. TANI VE SINIFLAMA

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı DSM-5'te ve Dünya Sağlık Örgütü

(WHO) tarafından yayınlanan Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması ICD-10'da OKB için farklı tanı kriterleri mevcuttur.

DSM-5'e göre OKB Tanı Kriterleri:

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin varlığı:

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

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

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

- 1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).
 - 2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.
- B.** Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.
- C.** Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
- D.** Başka bir eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme

üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geviş getirircesine düşünme).

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi: Kişi inanışlarının gerçek olmadığını farkındadır.

İç görüşü kötü: Kişi inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

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

Varsa belirtiniz:

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

ICD-10 OKB tanı ölçütleri (63)

Kesin tanısı için, obsesyonlar ve kompulsiyonlar kesintisiz en az 2 hafta süre ile çoğu günler bulunmalı ve sıkıntı verici, günlük aktiviteleri aksatıcı nitelikte olmalıdır. Obsesyonlar aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

- (1) Kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar
- (2) Bu düşüncelerden ya da hareketlerden en az birine kişi direnç gösteriyor olmalıdır. Hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ya da hareketler olabilir.
- (3) Kompulsiyonlar haz verici olmamalıdır. Yalnızca gerginlik ya da bunaltının giderilmesi söz konusudur.
- (4) Düşünceler imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

ICD-10'da obsesif kompulsif belirtilerin 5 tipi tanımlanmıştır:

- (a) Obsesyonel düşünceler ya da ruminasyonların baskın olduğu tip
- (b) Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip
- (c) Obsesyonel düşüncelerin, hareketlerin birlikte olduğu karışık tip
- (d) Başka obsesif kompulsif bozukluklar
- (e) Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş

2.1.7. PROGNOZ

OKB semptomları zaman içerisinde değişim gösteren heterojen bir hastalıktır. Çalışmalar %55 oranında artma-azalma ile kronik seyir gösterdiği, %10-15 gibi oranla progresyon gösterdiği, %10 gibi az bir oranla ise tam iyileşme olduğunu göstermektedir. OKB heterojen bir tablo olduğu için semptomlar zamanla değişiklik gösterebilmektedir (64).

Kompulsiyonlara karşı koyamama, sadece obsesyonların olması, çocukluk döneminde başlangıç göstermesi, acayip kompulsiyonlar, hastaneye yatış gerekliliği olmuş olması, depresyonun birlikte bulunması, aşırı değer verilmiş düşünceler, sanrılı inanışlar, kişilik patolojileri (şizotipal kişilik bozukluğu) kötü prognostik faktörlerdir. Sosyal ve iş hayatının iyi olması, zemin hazırlayıcı stresör varlığı, belirtilerin epizodik seyir göstermesi iyi prognostik faktörlerdir.

2.1.8. KOMORBİDİTE

OKB'de komorbidite oldukça sık karşılaşılan bir tablodur. Kötü prognostik faktör olarak kabul edilir. Çeşitli araştırmalarda OKB hastalarının sağlık kuruluşuna başvurduğunda %48-68 gibi bir oranla komorbid bir psikiyatrik hastalığı olduğu gösterilmiştir. Hayat boyu eş tanı oranının %86-92 gibi oranlara kadar çıkabildiği belirlenmiştir (65,66). Çalışmalarda OKB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar depresyon (1/3) ve anksiyete bozukluklarıdır (67). Eş tanı olarak bipolar bozukluk görülme oranının %21,5 şeklinde olduğu bildirilmiştir (68).

OKB'de psikotik belirtiler olabildiği gibi, şizofreni hastalarında da obsesif kompulsif semptomlar görülebilmektedir. Şizofreninin prodromal döneminde öncelikle obsesif kompulsif semptomlar görülebilmektedir. OKB hastalarında şizofreni görülme oranı %10-12 olarak olduğu gösterilmiştir (69).

Yapılan çalışmalarda TS ve OKB arasında yakın ilişki olduğu belirlenmiştir. OKB'de yaşam boyu TS sıklığı %5-10 iken; TS'de hayat boyu OKB sıklığı %30-40 olarak gösterilmiştir (21).

OKB'de %9-75 gibi değişken oranlarda eksen-II patolojileri görülebilmektedir. Bunun örneklem ve tanısal araç farklılığından kaynaklandığı düşünölmektedir. Diğer kişilik bozukluklarına göre C kümesi kişilik bozukluklarının (kaçıngan, bağımlı, obsesif kompulsif) daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (66).

Psikiyatrik olmayan bazı hastalıklarda da OKB belirtileri görülebilir. Sydenham koresi ve Huntington hastalığı gibi bazal ganliyon tutulumu giden nörolojik hastalıklarla OKB arasında fenomenolojik açıdan benzerlikler olduğu bildirilmiştir. OKB'nin başlangıç yaşı genellikle 30'dan önce olması nedeniyle özellikle geç başlangıçlı olgularda nörolojik değerlendirme açısından daha dikkatli olunmalıdır (21).

2.1.9. TEDAVİ

OKB uzun bir süre tedaviye dirençli bir hastalık olarak bilinmekteyken son 20-30 yıldır gelişen psikofarmakoloji ve bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi tedavi seçenekleri ile bu konudaki düşöncelerde değişiklik olmaya başlamıştır. SSGİ ve klomipramin gibi seçeneklerle tedavi oranı %55-60 iken BDT ile %70 düzeyine çıkmaktadır (70).

OKB tedavisinde potent etkili olan trisiklik antidepresan (TSA) klomipramindir (71). Patofizyolojisinde seratonin rolünün olması nedeniyle fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitalopram ve essitalopram gibi serotonerjik ajanların da tedavi seçenekleri arasına girmesine neden olmuştur. Yapılan çalışmalarda klomipraminin SSGİ'lerden daha etkin olduğu bulunmuştur (72). Antidepresan özellikli ilaçların OKB tedavisinde etkilerinin görülebilmesi için 10 haftadan fazla ve çoğunlukla 16-18 hafta devam edilmesi gerekmektedir. Klomipramin SSGİ'lerden daha etkili olmasına rağmen olası yan etki profili nedeniyle tedavide ilk seçenek SSGİ'lerdir (14).

OKB tedavisinde etkili olduğu bilinen diğer seçenekler bilişsel ve davranışçı terapilerdir. Bilişsel terapi ile hedef, artmış tehlike ihtimali düşöncesi ve

tehlikenin sonuçlarına dair abartılmış düşünceler gibi işlevsel olmayan inançların değiştirilerek tekrar uyarlanmasıdır. Terapide irdelenen alanlar, düşüncelerin fazla önemsenmesi, aşırı sorumluluk, belirsizliğe karşı tolerans eksikliği, tehdit tahmini, mükemmeliyetçilik ve düşünceleri kontrolde tutma şeklinde sıralanabilir. Davranışçı terapi ile maruz bırakma (exposure) ve tepki önlenmesi (response prevention) bir arada kullanılır. Hastanın anksiyetesinin ve kompulsiyonlarının artmasına neden olan durumların aşamalı olarak üzerine gidilir, kaygı kontrol altına alınır (73).

OKB tedavisinde nadir de olsa cerrahi yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunlar bazal ganglion ve frontal korteks arasındaki bağlantıların koparılması amacıyla anterior singulotomi, anterior kapsülötomisi, subkaudatraktomi, limbik lökotomi gibi yöntemlerdir (62).

2.2. OKB VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Travma, kişinin bedensel ya da ruhsal bütünlüğünü bozan, sarsan durumlar olarak tanımlanmaktadır. Dinamik psikiyatrik yaklaşıma göre ise benliğin baş edemeyeceği derecede uyarılar ile karşılaşması travmatik yaşantı olarak tanımlanmaktadır (11). Travmatik yaşantılar, bireyin içinde bulunduğu durumları değerlendirmesini, denetlemesini, aralarındaki ilişki kurabilmesini, bunlara uyum gösterebilmesini sağlayan mücadele etme mekanizmalarını çalışmaz hale getirebilir (74). Bireyin savunmada yetersiz olduğu ve korunmaya en çok ihtiyaç duyduğu çocukluk dönemindeki travmalar belki de bunlardan sonuçları en ağır olanlarından biridir.

Çocuk istismarı çocuğun bakımını üstlenen kişinin fiziksel ve psikososyal gelişimini bozma ihtimali olan engellenebilir nitelikte olan tavır ve davranışları olarak tanımlanmaktadır (75). Çocuk istismarı; duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve ihmal olmak üzere dört grupta incelenir. İhmal ayrıca duygusal ve fiziksel olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (76). Duygusal istismar, çocuğun ruh sağlığını bozabilecek dalga geçme, aşağılama ve tehdit etme gibi sözlü davranışlarda bulunma; fiziksel istismar, tokat atma gibi çocuğun bedensel bütünlüğünü bozan saldırılar; cinsel istismar, çocuğun özel bölgelerine temas

etme, tecavüz ve izleme gibi her türlü davranış; duygusal ihmal sevgi, ilgi ve bağlanma gibi çocuğun en temel psikolojik gereksinimlerinin karşılanmaması; fiziksel ihmal ise barınma, beslenme, temizlik ve eğitim gibi temel bakım gereksinimlerinin karşılanmaması şeklinde tanımlanmaktadır (77,78). Çocukluk dönemindeki travmalar çocuğun gelişimini birçok yönden olumsuz etkilemektedir. Kişinin savunmasının yetersiz olduğu ve korunmaya en çok ihtiyaç duyduğu çocukluk çağında travmalara maruz kalmanın nörobiyolojik değişiklikler oluşmasında ve yetişkinlikte psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasında risk faktörü olduğu bilinmektedir (3,4). Yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmalarının obsesif kompulsif bozukluk ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (2). Obsesif kompulsif belirtilerin ilk ortaya çıkış nedeni olabileceği, öncesinde rahatsız etmeyen düşüncelerin obsesif nitelikte düşüncelere dönüşmesinde rolünün olabileceği (79,80), düşüncelerin yoğunluğunun ve sıklığının artış göstermesine neden olabileceği (81) ve ayrıca düşüncelerin içeriğine de etkisi olabileceği (82) düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmalarının OKB dışında depresif bozukluk, psikotik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), borderline kişilik bozukluğu, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile de ilişkili olabileceği gösterilmiştir (83).

OKB hastalarında çocukluk çağı travmalarının normal popülasyona göre daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte (1,2) farklı olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (84) . Carpenter ve Chung'ın OKB hastalarında yaptığı bir çalışmada kontrol grubuna göre fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal puanlarının yüksek, cinsel istismar puanları açısından ise fark olmadığını bulmuşlardır (85). Özellikle duygusal ihmal puanlarının yüksek bulunduğu bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının obsesif belirtiler gelişiminde etkisi olabileceği bildirilmiştir (2). Üniversite öğrencileri üzerinde çalışma yapan Mathews ve ark. OKB'nin duygusal istismar ve fiziksel ihmal ile alakalı olduğunu, fiziksel istismar ve duygusal istismarın tek başına semptomların şiddetinde artış ile alakalı olduğunu gözlemlemişlerdir (3). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan benzer bir çalışmada çocukluk çağı

travmalarının OKB'den çok disosiyatif bozukluklar ile alakalı olduğu, düşüncelere kapılma ve dürtü puanları üzerinde çocukluk çağı travmalarının etkili olduğu, temizlik, kontrol ve kesinlik puanları üzerinde ise etkili olmadığı görülmüştür (82). Farklı bir çalışmada ise çocukluk çağı travmalarının özellikle düşüncelere kapılma ve dürtü puanları ile ilişkisinin olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada duygusal ihmal puanı yüksek olan kişilerde dürtüler, düşüncelere kapılma, kontrol ve padua envaterinin (PE) toplam puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Duygusal istismar puanı fazla olanlarda düşüncelere kapılma ve dürtü puanlarının yüksek olduğu görülmüş olup aralarında anlamlı ilişki gözlemlenmiştir. Fiziksel istismar ile obsesif belirtiler arasındaki korelasyon anlamlı kabul edilmemiştir (75).

OKB üzerinde çocukluk çağı travmalarının yordayıcı etkisine bakıldığında ise travma puanlarının PE toplam puanı üzerinde etkisiz olduğu belirlenmiştir ki bu da ilişkinin yaş, depresyon gibi faktörlerden etkileneceği şeklinde değerlendirilmiştir. Demirci'nin yaptığı bu çalışmada bulduğu çocukluk çağı travmaları ölçeği (ÇTÖ) toplam, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanlarının PE kontrol puanını tek başına yordayabilmesi ise yeni bir bilgi olarak literatüre girmiştir (75). Farklı bir çalışmada çocukluk çağı travmaları ve OKB arasındaki ilişkinin depresyon, anksiyete ve işlevsel olmayan inançlar üzerinden dolaylı olarak ilişkili olduğu belirlenmiştir (86).

2.3. OKB VE ÜST BİLİŞLER

Metakognisyon yani üst biliş “düşünmeyi kontrol eden, izleyen ve değerlendiren” iç bilişsel faktörler olarak tanımlanabilir (5) . Üst bilişler, birbiriyle ilişki halinde olan ancak kavramsal açıdan birbirinden ayrı beş faktörden oluşmaktadır. Bunlar olumlu inançlar, bilişsel güven, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık ve düşünce kontrol ihtiyacı şeklindedir (87).

Üst biliş ilk defa 1970 yılında John Flavell tarafından tanımlanmıştır. Flavell'in yaptığı çalışmaların sonucu olarak araştırmacılar üst bilişi incelemeye

başlamış ve birçok araştırmacı üst bilişi çeşitli şekillerde tanımlamıştır. Flavell'den sonra üst bilişle ilgili araştırma yapan Brown, öğrencilerin planlanmış öğrenme ve problemleri çözme aşamasında kullandıkları, düşünce süreçlerinin farkındalığı ve düzenlenmesi şeklinde tanımlamıştır (88). Forrest biliş tanımını; kişilerin kullandığı gerçek işlem ve stratejiler olarak; üst bilişi ise, bireyin bilişi hakkında bildikleri ve bu bilişleri kontrol yeteneğini ifade eden bir terim olarak tanımlamıştır (89). Wellman ise düşünme hakkında düşünme veya bireyin biliş hakkındaki bilişi olarak tanımlamıştır (90). Başka bir tanımda ise düşünceler hakkında düşünce, bilgi hakkında bilgi ve eylemler hakkında düşünme olarak yapılmıştır (91). Hacker ise tüm bu tanımları geliştirerek üst biliş tanımını; kişinin bilgisinin, süreçlerinin, bilişsel ve duygusal durumlarının bilgisi ve bu durumlarını amaçlı biçimde takip etme ve düzenleme şeklinde yapmıştır (92). Hanten ise 2004 yılında üst bilişi; mevcut görüşlerin farkında olma bu görüşleri değerlendirme ve yeniden düzenlemenin gerekli olduğu durumları bilip düzenleyebilme olarak tanımlamıştır (93).

Kişinin bilişsel aşamalarının işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük önemi olan üst biliş devresinde oluşabilecek olan bir sapmanın, birçok psikopatolojinin gelişmesi ve devam etmesinde etkili olduğu düşünülmektedir (94). Bu demektir ki psikiyatrik bozukluklardaki bazı işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tutumlarına üst bilişsel işlevler neden olmaktadır. Kişi, üst bilişsel arşivinden aldığı etikete göre belirlediği, içinde bulunduğu (üst bilişsel izleme yoluyla) duygudurum ile olması istenen duygudurum arasında bir karşılaştırma yapar. Arada bir tutarsızlık olduğunda üst bilişsel kontrol devreye girer ve üst bilişsel bir strateji ile olması arzulanan duruma gelene kadar üst bilişsel kontrol devam ettirilir. Bu devrede duygunun etiketlenmesi ve/veya strateji seçiminde uyumsuz bir örüntü oluşmaya başladığında gelişebilecek psikopatoloji için üst bilişsel bir zemin oluşmuş olacaktır (95). Papageorgiou ve Wells depresyonun üst bilişsel (metakognitif) modelini; depresyon hastalarında hastalığın devamında önemi olan ve tedavide de önemsenmesi gereken tekrarlayıcı ve dirençli olumsuz ruminasyonlar şeklinde yapmışlardır (96).

Üst bilişlerin psikiyatrik hastalıklar ile ilişkisi incelenirken kişilerin bilişlerine dair olumlu ve olumsuz üst bilişsel inançları ve bunlara dair beş boyut ele alınmıştır (95). İlki; bilişlere dair “endişelenmek gelecekte problemlerden kaçınmama yardım eder”, “iyi çalışabilmek için endişelenmem gereklidir” gibi düşüncelerin oluşturduğu “Olumlu İnançlar” boyutudur. Bu boyutta, bireyin problem çözme yöntemi olarak bilişlerini görmesi, normal veya iyi olarak değerlendirmesiyle ilgilidir. İkinci boyut; “Kontrol Edilmezlik ve Tehlike” boyutu olup; “düşüncelerimi kontrol etmeyi zor buluyorum”, “endişelenmeye başlayınca durduramıyorum” ve “benim için endişelenmek tehlikelidir” gibi üst bilişsel inançlardan oluşmaktadır. Bu boyuta göre kişiler kendi düşüncelerinin tehlikeli olduğu ve kontrol edilmesi gerektiği düşünmektedirler. Üçüncü boyut; “Bilişsel Güven” boyutu olup ; “kötü bir hafızam vardır”, “belli bir şeyi uzun süre aklımda tutmakta zorlanıyorum” gibi üst bilişsel inançlardan oluşmaktadır. Diğer boyut; “Kontrol İhtiyacı” boyutudur. Bireyin sahip olduğu bazı düşünceler nedeniyle oluşabilecek sonuçlardan korkması ve bunların sorumluluğunu aşırı derecede yüklenmesi ile ilgilidir; “endişeli düşüncelerimi kontrol etmezsem ve bu gerçekleşirse bu benim hatamdır”, “belli düşüncelere sahip değilsem cezalandırılırım” gibi üst bilişsel inançları içermektedir. Beşinci boyut ise; kişinin kendi düşüncelerini izlemesi ve düşünce sürecine odaklanmasına dair olan “Bilişsel Farkındalık” boyutudur. Bu boyut da “düşüncelerim hakkında çok düşünürüm”, “düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm” gibi görüşleri içerir (95).

Son yıllarda psikiyatrik hastalıklarda üst bilişsel inançların arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Yapılan birçok araştırma göstermiştir ki üst bilişsel inançlar OKB, TSSB, madde bağımlılığı, hipokondriasis, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), depresyon gibi psikiyatrik hastalıklarla alakalıdır.

OKB'nin düşüncelerin gücü ve anlamı hakkındaki inançlar ve ritüeller hakkındaki inançlarla ilgili iki metakognitif bölümü kapsayan metakognitif modeli Wells ve Matthews tarafından geliştirilmiştir. Birinci boyutunda bir düşüncenin bireyi bir fiile yönlendirebileceği veya düşüncenin varlığının fiili

gerçekleştirmeye eşdeğer olduğu anlamına gelen düşünce eylem kaynaşması, düşüncenin olmasının bir olayın nedeni olabileceği veya düşüncenin zihinde olmasının gerçekleşmiş bir olay olduğu ile ilgili inanç anlamına gelen düşünce olay kaynaşması ve düşünce ile ilgili inanç veya duyguların nesneye aktarılabilmesi anlamına gelen düşünce nesne kaynaşması gibi kaynaşma inançları bulunur. İnatçı tekrarlayıcılar bu inançları harekete geçirir ve tekrarlayıcıların önemli ve tehlikeli şekilde yorumlanmasına neden olur (97,98).

Metakognitif modelin diğer boyutunda ritüelleri gerçekleştirme ile ilgili inançlar bulunur. Bu inançlar başatme davranışlarına aracılık eder. İki bileşeni bulunur. İlki ‘ritüellerimi gerçekleştirmeliyim yoksa asla rahatlayamacağım’ şeklinde olan ritüelleri gerçekleştirmeyle alakalı olan bildirimsel inançlardır (declarative beliefs). Diğeri ise fiili izleme ve kontrol etmeye yönelik plan veya programlardır. Bu planlar ‘artık durmalıyım’ kararının alınmasına neden olan durma sinyalinde (stop signal) belirlenir (97,98).

Cartwright-Hatton ve Wells (1997)’in yaptıkları bir çalışmada YAB ve OKB hastalarında klinik ve klinik olmayan kontrol grubuna göre düşüncenin kontrol edilemezliği ve tehlike alt ölçeğinin anlamlı şekilde farklı olduğunu belirlemişlerdir. Bilişsel güven alt ölçeği OKB ve YAB hastalarında klinik kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulmuşlardır. OKB hastalarında diğeri üç gruba göre yüksek bulunan tek alt ölçek bilişsel farkındalıktır. (95).

Hermans ve arkadaşları (2003), OKB hastaları ile sağlıklı kontrol grubuna karşılaştırdıkları bir çalışmada bazı üst biliş inanç alanlarında farklılıklar olduğunu bulmuşlardır. OKB hastalarının zihinsel olayların kontrol edilemezliği, tehlikesi ve belirli düşüncelerinin olması üzerine zararlı sonuçların ortaya çıkacağı ile ilgili olumsuz inançlarının daha fazla olduğunu, düşüncelerini daha çok izlediklerini ve bilişsel becerilerine daha az güvendiklerini gözlemlemişlerdir (99).

Doğan ve ark. (2013) OKB hastaları ile sağlıklı kontrol grubu ve ayrıca

OKB'nin otojen ve reaktif obsesyon alt tiplerinde üst bilişsel inançların farklı olup olmadığını araştırmak için yaptıkları bir çalışmada üst bilişsel inançların OKB hastalarında kontrol grubuna göre farklılık gösterdiği, alt tipler arasında ise fark olmadığını bulmuşlardır (100).

Üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilen bir çalışmada üst bilişlerin obsesif kompulsif belirtiler ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki olumsuz inanç ve bilişsel güven hakkındaki üst bilişlerinin obsesif kompulsif belirtilerin şiddetini arttırdığı görülmüştür (101). Panik bozukluk (PB) hastaları, OKB hastaları ve sağlıklı kontrol grubunun karşılaştırıldığı İtalya'da yapılan bir çalışmada OKB ve PB hastalarının kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilişkili olumsuz inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı hakkındaki olumsuz inançlar boyutlarından aldıkları puanların kontrol grubunun aldığı puandan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (102).

2.4. OKB VE SİLİK NÖROLOJİK BELİRTİLER

SNB nörogelişimsel bozukluğa sekonder olarak oluştuğu düşünülen, beyinde özel bir yerleşim alanı olmayan, görüntüleme yöntemleri ile kaynaklandığı bölge gösterilemeyen ve daha önce tanımlanmış bir nörolojik bozukluğa ait olmadığı düşünülen ancak bütün olarak değerlendirildiğinde organik bir bozukluğun olduğunu düşündüren minör nörolojik bulgulardır (7,8). Nörolojik muayene ile tespit edilebilen ve duyuşsal-motor bilgi işleme kapasitesini gösteren bu minör bozukluklar vücudun bozulmuş bir işlevinin ya da rahatsızlığının herhangi bir nesnel kanıtı ya da görünümü şeklinde tanımlanmıştır (103,104). Diğer açık nörolojik bulgular kadar objektif değerlendirilmezler.

İlk olarak "equivocal signs" olarak adlandırılan bu işaretler daha sonra "soft signs", "soft neurological signs", "nonfocal neurologic signs", "minor neurologic signs" gibi çeşitli isimlerle ifade edilmiştir. Şu an daha çok "neurologic soft signs" şeklinde kullanılmaktadır (105,106).

Yapılan çalışmalar SNB'nin etiyolojisinde genetik, intrauterin faktörlerin ve perinatal komplikasyonların etkisinin olduğunu düşündürmektedir. Ancak hastalık süreci ve tedavideki ilaçların da etkisi göz ardı edilmemelidir (107).

SNB nöroanatomik lokalizasyonla ilgili alt bölümlere bölünerek değerlendirilir. Sıklıkla kullanılan alt bölümler; duyuşal bütünleştirme (parietal lob ile ilişkili), motor koordinasyon (frontal lob ve serebellum ile ilişkili), karmaşık motor davranışların sıralanması (prefrontal korteks ile ilişkili) ve ilkel reflekslerdir (frontal lob ile ilişkili) (108).

Silik nörolojik belirtileri değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçekler içinde en sık kullanılan ve en kapsamlı olanı Buchanan ile Heinrichs'in geliştirdiği Nörolojik Değerlendirme Ölçeği'dir (Neurological Evaluation Scale) (7). .

Nörolojik belirti kümesi	Varsayılan lokalizasyon	Belirlenen özgün işaretler
Duyusal entegrasyon	Parietal lob	<ul style="list-style-type: none"> • Bilateral söndürme • Görsel işitsel bütünleştirme • Grafestezi • Streognosis • Sağ-sol karıştırma • Söndürme
Motor koordinasyon	Frontal lob Serebellum	<ul style="list-style-type: none"> • İntensiyel tremor • Denge • Yürüyüş sekme • Parmak-başparmak testi • Disdiadokinezi • Parmak-burun testi
Ardışık karmaşık motor davranışlar	Prefrontal lob	<ul style="list-style-type: none"> • Yumruk-kenar-avuç testi • Yumruk-halka testi • Özeretski testi • Git/gitme testi • Ritim-vuruş testi
İlkel refleksler	Frontal lob	<ul style="list-style-type: none"> • Glabellar refleks • Çene vurma • Palmomenta • Korneomandibular • Pout (dudak bükme) / snout, Yakalama tepkisi • Emme tepkisi
Belirgin nörolojik belirtiler	Kranial sinirleri içeren Santral sinir sistemi	<ul style="list-style-type: none"> • Ayna davranışları • Konverjans • Bakışı sabit tutma güçlüğü • Ekstrapiramidal belirtiler • Piramidal belirtiler • Diskinezi • Dil • Konuşma

Şekil 2: En sık görülen silik ve belirgin nörolojik bulgular (108)

SNB'ler az oranda sağlıklı kişilerde de olabilir. Şizofreni, öncelikle bipolar bozukluk olmak üzere duygudurum bozuklukları, OKB, kişilik bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu, DEHB gibi psikiyatrik hastalıklarda sağlıklı kişilere daha çok görüldüğü tespit edilmiştir. Görülme oranının hastalık şiddeti ve bilişsel işlev bozukluğunun derecesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir (109,110).

SNB'ler psikiyatride diğer hastalıklara göre şizofrenide daha çok çalışılmıştır. Çalışmalarda SNB'lerin prevalansının %50-65 olduğu bulunmuştur. Yine yapılan çalışmalarda SNB'lerin hastalığa ikincil olarak oluşmadığı, hastalık öncesi başladığı ve tedaviden etkilenmediği tespit edilmiştir (111,112) . Prodromal dönem, ilk atak ve kronik izlemde olduğu gözlenmiştir. Ayrıca şizofreni açısından yüksek riskli olduğu düşünülen sağlıklı kişilerde de olduğu belirlenmiştir (113).

Yapılan sosyodemografik çalışmalarda genel olarak yaş ve cinsiyet açısından bir ilişki saptanmamıştır (107). SNB'de ırkın etkisi için yapılan çalışmalarda fark olmadığını gösteren çalışmalar olması yanında özellikle siyah ırk olmak üzere beyaz ırk dışındaki ırklarda daha çok görüldüğünü gösteren çalışmalar da mevcuttur (108, 114). Eğitim seviyesi ile ilgili olarak ise bazı çalışmalarda ters orantı olduğu gösterilirken, bazı çalışmalarda ise ilişki saptanmamıştır (115). Sosyoekonomik düzeyi ile ilgili olarak da net bilgilere ulaşılammış olup ilişki olmadığını gösteren çalışmalar olduğu gibi; düşük sosyoekonomik düzeyin SNB ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (116).

Yapılan çok sayıda görüntüleme çalışmaları sonucunda SNB'nin beynin bir bölgesi ile ilgili bozukluktan ziyade, farklı bölümlerinin bir arada çalışması ile ilgili olduğu ve beyinde organik bir varlığının olduğunu göstermiştir (107,114). Görüntüleme çalışmaları sıklıkla şizofreni hasta gruplarında yapılmış olup sulkus ya da ventriküllerin genişlemesi; frontal alanlar, serebellum, bazal gangliyonlar ve talamus boyutlarında küçülme ve duysal-motor kortekste yapısal değişikliklerle ilişkili bulunduğu gösterilmiştir. SNB ile alakalı olduğu gösterilen bölgeler kortiko-serebellar-talamik-kortikal döngünün bölümleridir (107,108,117).

SNB ile ilgili olarak OKB alışmaları nispeten azdır. alışmalar sonucunda silik nörolojik belirtilerin beyinde lokalizasyonu yapılamasa da Stein ve ark. yaptığı bir çalışmada, daha fazla SNB olan OKB hastalarında ventriküler hacim artışı olduğu; sağlıklılar ile kaudat hacmi ve ventrikül/beyin hacim oranları arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir. Sol kaudat hacim azalması ile nöropsikolojik test performansındaki bozulma ve silik nörolojik belirti yüksekliğini ise ilişkili bulmuşlardır (118).

OKB ile SNB incelenen çalışmalarda özellikle duysal entegrasyon, motor koordinasyon ve primitif refleksler bölümlerinde yetersizlik olduğu dşnlmektedir (119). Bir çalışmada obsesif kompulsif belirtileri olanlarda motor koordinasyon, duysal entegrasyon, primitif refleksler, ekstrapiramidal belirtiler ve baskılama yetersizliği gibi silik nörolojik belirtilerin kontrol grubuna göre daha şiddetli olduğu görülmüştür (120). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise OKB hastalarında kontrol grubuna göre SNB’nin daha yüksek olduğu, özellikle de duysal bütünleştirme, iki nokta ayrımı ve grafestezi bölümlerinde patoloji olduğu gözlemlenmiştir (105). OKB ve şizofreni nörobiyolojisi ile ilgili araştırmalar giderek artmaktadır. Araştırmaların sonucunda nörogörüntüleme, nörofizyolojik ve biyokimyasal alanları içeren patofizyolojik bir süreç olduğu görülmüştür (121) alışmalarda genel olarak SNB şiddeti şizofreniye göre OKB’de daha düşük bulunmuştur. OKB ve şizofreninin karşılaştırıldığı bir çalışmada duysal entegrasyon açısından birbirlerine yakın olduğu, diğer bölümlerde ise şizofreni hastalarında daha şiddetli SNB olduğu görülmüştür (120). Yapılan başka bir çalışmada ise OKB ve şizofreni hastalarındaki SNB açısından benzerliğin karmaşık motor hareketler bölümlerinde olduğu bildirilmiştir (122). Araştırmalardan edinilen bilgiler grafestezi yetersizliğinin OKB ile ilişkisinin anlamlı olabileceğini, OKB ve şizofreni bazı alt tiplerinin benzer nörogelişimsel kusurları olduğunu düşündürmüştür. Tümkaya ve ark. OKB’si olan ve olmayan şizofreni hastalarında yaptıkları bir çalışmada OKB’si olan grupta daha şiddetli grafestezi yetersizliği olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada grafestezi bozukluğunun OKB patofizyolojisi ve OFK disfonksiyonu ile ilgili olabileceği bildirilmiştir. şizoobsesif grubun, sadece grafestezi alanında

şizofreni grubundan daha kötü performans gösterdiği görülmüştür. Bu grubun grafestezi puanının OKB grubuna göre de kötü olduğu bildirilmiştir. İçgörüsü az olan OKB grubunun da şizoobsesif grupla benzer şekilde grafestezi alanındaki performansının kötü olduğu görülmüştür. Bu çalışmalar neticesinde grafestezi yetersizliğinin hem OKB hem de şizofreni ile alakalı olduğunu ve bu bozukluğa yol açan nörogelişimsel kusurun ortak olabileceğini düşünmüşlerdir (123). Ancak tüm bu sonuçların çelişkili olduğu ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu da belirtilmiştir (8). İçgörüsü olan-olmayan OKB hastalarında Karadağ ve ark. yaptığı çalışmada içgörüsü az olan grubun, motor koordinasyon ve duyuşal bütünleştirme alanlarında içgörüsü iyi olan gruba göre daha kötü performans gösterdikleri bildirmişlerdir (124).

Hollander ve ark. yaptığı bir çalışmada, tedaviye cevabı yetersiz olan obsesif kompulsif bozukluk hastalarında görsel uzamsal belirtilerin, tedaviye iyi yanıtı olanlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (125) . Bolton ve arkadaşlarının OKB hastaları üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise SNB'nin düşük nöropsikolojik test performansı ve belirti şiddetinin korelasyon gösterdiği bildirmiştir. SNB ile davranışçı tedaviye cevap arasında alaka olmadığı bildirilmiştir (126). Erkek ve içgörüsü az olan OKB hastalarının kadın hastalara göre daha fazla SNB gösterebildiği, OKB hastalarında SNB'nin OKB için endofenotip olabileceğini ve bu belirtilerin endofenotip olup olmadığının tespit edilebilmesi için hastaların etkilenmemiş 1. derece akrabalarında yapılacak çalışmalara gereksinim duyulduğunu bildirilmiştir (8,127).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Çalışmaya Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran yatarak ya da ayaktan tedavi gören OKB tanılı, çalışma kriterlerini karşılayan 40 hasta dahil edildi. Kontrol grubu ise yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş 40 kişiden oluşturuldu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri :

1. DSM 5 tanı ölçütlerine göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı olmak
2. 18-65 yaş aralığında olmak
3. Çalışmada kullanılacak ölçekleri doldurabilecek düzeyde okuma-yazma bilmek
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
5. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamış olmak
6. Psikiyatrik görüşmeyi sağlıklı şekilde sürdürebilecek bilişsel kapasiteye sahip olmak

Çalışmadan dışlama kriterleri :

1. Primer nörolojik hastalık veya mental retardasyonu bulunması
2. Nörobilişsel bozukluk (demans, deliryum) bulunması
3. DSM-5 tanı ölçütlerine göre Şizofreni, Bipolar Bozukluk, Psikotik Bozukluk tanısı bulunması
4. Alkol-madde kullanım bozukluğu olması
5. Anketleri doldurmaya engel olabilecek işitme-görme sorunu olması

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN GEREÇLER

1. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇTÖ)

Çocukluk döneminde fiziksel, duygusal, cinsel istismar, fiziksel ve duygusal ihmalin değerlendirildiği 28 sorudan oluşan, beşli likert tipi, kendini değerlendirme ölçeğidir (Bernstein ve ark, 1994). Her travma tipi için puanlar 5 ile 25 arasında değişkenlik gösterir. Toplam puan ise 25 ile 125 arasındadır. 3 soru ile travmanın reddi (minimizasyon) değerlendirilmektedir. Travmanın minimizasyonu puanının, toplam puana etkisi yoktur. Ülkemizde ölçek puanlarının kesim noktaları ile alakalı olarak herhangi bir düzey bildirilmemiştir.

Fakat Şar ve arkadaşları (2012) cinsel ve fiziksel istismar için 5 puan, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puan, duygusal ihmal için 12 puan, toplamda 35 puan üzerinde olması pozitif bildirim olarak değerlendirilmesini belirtmişlerdir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır (128).

2. Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ-30)

Orijinal adı “Meta-Cognitions Questionnaire-30” olan ölçek Wells ve Cartwright-Hatton tarafından geliştirilmiştir. 30 sorudan oluşan ölçek olumlu ve olumsuz üst bilişsel inançlar (yapılar) ve üst bilişsel süreçler (seçici dikkat, içsel bilişsel süreçlerin gözlenmesi) olmak üzere iki ortak bileşen altında 5 alt boyutta değerlendirmektedir. Bu boyutlar; (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. Sorular dörtlü likert tipidir 1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum). Toplam puan 30-120 arasında değişkenlik göstermektedir. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Puanının artması üst bilişsel inanç ve süreçlerin patolojik yönde artabileceğini göstermektedir (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Ölçeğin Türk toplumunda uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Tosun ve Irak tarafından gerçekleştirilmiştir (129).

3. Silik Nörolojik Bulguları Değerlendirme Ölçeği (NES)

Bu ölçek 1989 yılında Buchanan ve Heinrichs tarafından geliştirilmiştir (Buchanan & Heinrichs, 1989). Ülkemizde henüz geçerlik ve güvenirlik araştırması yapılmış değildir. Görüşmeci tarafından değerlendirilen 4 ayrı başlık ve 26 maddeden oluşur. Her bir madde puanlaması 0-2 arasındadır. 0=bozukluk yok, 1=hafif bozukluk, 2=belirgin bozukluk). 14 madde sağ ve sol şeklinde ayrı ayrı değerlendirilir.

- 1. Duyusal Entegrasyon:** Söndürme, grafestezi, sterognozi, sağ sol karıştırma ve işitsel görsel bütünlük maddelerinden oluşmaktadır.

2. **Motor koordinasyon:** Ardı sıra yürüyüş, hızlı değişen hareketler, başparmak oppozisyonu ve parmak burun maddelerinden oluşmaktadır.
3. **Karmaşık motor hareketler:** Yumruk halka testi, yumruk-kenar-avuç içi testi, Ozeretski testi ve ritim tutma testi B' den oluşmaktadır.
4. **Diğer Belirtiler:** Romberg testi, tasma hareketleri, tremor, 5 dakikalık bellek,10 dakikalık bellek, ritim tutma testi A, konverjans, bakışı sabit tutma güçlüğü, glabella refleksi, dudak uzatma refleksi, yakalama refleksi ve emme refleksinden oluşur.

4.Boyutsal Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (BOKÖ)

Bu ölçek 20 maddeden oluşan Abramowitz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir kendi bildirim ölçeğidir (130). OKB hastalarındaki belirti içeriklerine göre şiddet ve verdiği sıkıntı üzerinden hastalık için şiddet değerlendirilmesi yapılmaktadır. Belirti kontrol listesi obsesyon ve kompülsiyonların sınıflanması amacıyla kullanılmaktadır. Her bir madde kendi içinde genel açıklamaları ve örnekleri olan dört ayrı obsesyon kompülsiyon belirti boyutunu değerlendirmektedir. Her bir belirti boyutunda obsesyon kompülsiyon ve kaçınma davranışı arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmakta ve obsesyon ve kompülsiyonların türünden bağımsız olarak belirtilerin şiddetini ölçmektedir. Dört OKB belirti boyutunun her biri için belirlenmiş beş madde içermektedir. Bu boyutlar; 1) bulaş, 2) zarar verme ve hata yapma hakkında sorumluluk, 3) simetri ve sıralama, 4) kabul edilemez düşüncelerdir. Her bir boyutta yer alan özgül belirtileri listelemekten daha çok her bir boyut için tipik bir takım düşünce örnekleri, ritüel ve kompülsiyonlar tespit edilir. Her bir belirti boyutu içerisinde şiddeti değerlendiren beş madde bulunur. Bu maddeler: a) belirtilerle meşgul olunan zaman, b) kaçınma davranışı, c) yaşanan sıkıntı, d) işlevsellikte bozulma, e) belirtileri kontrol etmekte zorluk şeklindedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Şafak ve ark. tarafından yapılmıştır (131).

5. Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ)

1989 yılında Godman, Price ve Rasmussen tarafından geliştirilen ölçek OKB hastalarında belirtilerin çeşidi ve şiddetini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Görüşmeci tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. 19 maddeden

oluşmakla birlikte semptom şiddetini ölçmek amacı ile sadece ilk 10 madde kullanılır. Her madde 4 puan olarak ele alınmak üzere ayrı ayrı hesaplanmakta, obsesyon (1-5) ve kompülsiyon (6-10) alt toplam puanları ve OKB toplam puanı (1-10) olarak değerlendirilmektedir. En yüksek puan 40'tır (Goodman ve ark, 1989). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Karamustafalıoğlu ve ark. tarafından 1993 yılında yapılmıştır (132).

6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Anksiyete semptomlarının şiddet ve sıklığını ölçen 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Her bir madde 0-3 arası değişen likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (133). Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1998 yılında Ulusoy ve ark. tarafından çalışılmıştır (134).

7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Depresif semptomların şiddetini değerlendiren 21 soruluk kendini değerlendirme ölçeğidir. 1961 yılında Beck ve ark. tarafından geliştirilmiştir (135). Her sorunun puanı 0-4 arasında olmakla birlikte toplam puan 0-63 arasında değişkenlik göstermektedir. 1988 yılında Hisli tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (136).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler "Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 for Windows" programı ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, bağımsız grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında (normallik dağılım sağlanmadığından) Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin bağıntı analizi spearman korelasyon analizi ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

5. BULGULAR

1. OKB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Çalışmamıza OKB tanılı 40 hasta ve 40 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Gruplar için yaş ortalaması hasta grubunda 29.22 ± 8.91 , kontrol grubunda ise 29.55 ± 8.95 idi. Cinsiyet açısından her iki grup eşleştirilmiş olup her iki grupta da 13 (%32.5) kadın, 27 (%67.5) erkek vardı. Eğitim süresi OKB grubunda 11.02 ± 4.45 yıl iken kontrol grubunda 12.65 ± 5.37 yıldır. OKB grubunda evli/bekar sayısı eşit olup 20 (%50) iken, kontrol grubunda bekar sayısı 23 (%57.5), evli sayısı 17 (%42.5) idi. OKB grubunda 17 (%42.5) işsiz, 11 (%27.5) memur/işçi, 12 (%30) öğrenci bulunmaktaydı. Kontrol grubunda ise 11 (%27.5) işsiz, 14 (%35) memur/işçi ve 15 (%37.5) öğrenci bulunmaktaydı. OKB ile sağlıklı kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo-I).

Tablo-I: OKB hastalarının ve sağlıklı kontrollerin sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		OKB grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	χ^2	P*
Cinsiyet	Erkek	13 (32.5)	13 (32.5)	<0.001	1.000
	Kadın	27 (67.5)	27 (67.5)		
Medeni durum	Bekar	20 (50)	23 (57.5)	0.453	0.501
	Evli	20 (50)	17 (42.5)		
Eğitim	İlköğretim	13 (32.5)	13 (32.5)	<0.001	1.000
	Lise	23 (57.5)	23 (57.5)		
	Yüksekokul	4 (10.0)	4 (10.0)		
İş	İşsiz	17 (42.5)	11 (27.5)	1.979	0.372
	Memur/İşçi	11 (27.5)	14 (35.0)		
	Öğrenci	12 (30.0)	15 (37.5)		
		Ortalama\pmSS	Ortalama\pmSS	Z	P**
Yaş	Yıl	29.22 \pm 8.91	29.55 \pm 8.95	-0.207	0.836
Eğitim Süresi	Yıl	11.02 \pm 4.45	12.65 \pm 5.37	-1.641	0.101

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, SS: Standart Sapma, n: Sayı, * Ki-kare Testi, ** Mann Whitney-u Test

2. OKB ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin Karşılaştırılması

Gruplar özgeçmiş özellikleri açısından karşılaştırıldığında sigara kullanımı benzer özellikte olup OKB grubunda 23 (%57.5) kişi hayır cevabı verirken kontrol grubunda 25 (%62.5) kişi hayır cevabı verdi. Sigara kullanımına evet yanıtı ise OKB grubunda 17 (%42.5), kontrol grubunda 15 (%37.5) evet şeklinde oldu. Tıbbi hastalık öyküsü açısından da benzer oranlar bulunmuş olup OKB grubunda 37 (%92.5) kişinin, kontrol grubunda ise 36 (%90) kişinin herhangi ek hastalık öyküsü olmadığı belirlendi. İntihar girişim öyküsü olarak her iki gruptan sadece 1 kişinin 1 defa girişim öyküsü olduğu, onun da OKB grubunda olduğu belirlendi. Soygeçmiş özellikleri açısından karşılaştırıldığında ise ailede psikiyatrik hastalık öyküsü OKB grubunda 6 (%15) kişinin varken, kontrol grubunda 2 (%5) kişinin olduğu belirlendi. Özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri açısından iki grup arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı (Tablo-II).

Tablo-II: OKB hastalarının ve sağlıklı kontrollerin özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılması

		OKB grubu n (%)	Kontrol grubu n (%)	χ^2	p*
Sigara	Yok	23 (57.5)	25 (62.5)	0.208	0.648
	Var	17 (42.5)	15 (37.5)		
Tıbbi Hastalık Ek Tanı	Yok	37 (92.5)	36 (90.0)	0.157	0.692
	Var	3 (7.5)	4 (10.0)		
İntihar Girişim Öyküsü	Yok	39 (97.5)	40 (100)	1.013	0.314
	Var	1 (2.5)	0 (0)		
Ailede Alkol/Madde Kullanımı	Yok	39 (97.5)	40 (100)	1.013	0.314
	Var	1 (2.5)	0 (0)		
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	34 (85.0)	38 (95.0)	2.222	0.136
	Var	6 (15.0)	2 (5.0)		

*p<0.05, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, n: Sayı, X²: Ki kare testi

3.OKB Grubu ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Açısından Karşılaştırılması

OKB grubu ile kontrol grubu ÇTÖ toplam puanı açısından karşılaştırıldığında OKB grubunda ÇTÖ puan ortalaması 37.90 ± 12.05 , kontrol grubunda ise 27.77 ± 2.31 idi ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p < 0.001$). Alt ölçeklerin karşılaştırılmasına bakıldığında ise dört alt ölçekte gruplar arasındaki farklılık anlamlı saptanmışken, sadece cinsel istismar alt ölçeğinde anlamlı saptanmadı. Fiziksel istismar alt ölçeğinde ortalama puan OKB grubunda 5.67 ± 1.52 , kontrol grubunda ise 5.02 ± 0.15 olarak belirlendi ve $p = 0.012$ ile iki grup arasındaki fark anlamlı olarak saptandı. Duygusal istismar alt ölçeğinde ortalama puan hasta grubunda 8.10 ± 3.52 ve kontrol grubunda 5.50 ± 1.33 şeklinde bulundu ve fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p < 0.001$). Cinsel istismar alt ölçeğinde ise ortalama puan hasta ve kontrol grubunda sırasıyla 5.60 ± 4.14 ve 5.05 ± 0.22 şeklinde bulundu, iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ($p = 0.209$). Fiziksel ihmal alt ölçeğinde ortalama OKB grubunda 7.02 ± 2.93 , sağlıklı grupta 5.40 ± 0.74 olarak bulundu ve fark anlamlı olarak saptandı ($p = 0.02$). Son alt ölçek olan duygusal ihmal açısından kıyaslandığında ise hasta grupta ortalama puan 11.50 ± 5.16 , sağlıklı grupta 6.80 ± 1.36 olduğu görüldü ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı (Tablo-III).

Tablo-III: OKB grubu ile sağlıklı kontrol grubunun çocukluk çağı travmaları açısından karşılaştırılması

	OKB grubu (n=40)	Kontrol grubu (n=40)		
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Z	p**
Fiziksel İstismar	5.67 ± 1.52	5.02 ± 0.15	-2.517	0.012*
Duygusal İstismar	8.10 ± 3.52	5.50 ± 1.33	-4.319	<0.001*
Cinsel İstismar	5.60 ± 4.14	5.05 ± 0.22	-1.257	0.209
Fiziksel İhmal	7.02 ± 2.93	5.40 ± 0.74	-3.042	0.002*
Duygusal İhmal	11.50 ± 5.16	6.80 ± 1.36	-4.372	<0.001*
ÇTÖ Toplam	37.90 ± 12.05	27.77 ± 2.31	-4.676	<0.001*

* $p < 0.05$, ** Mann Whitney-u Test, SS: Standart Sapma, n: Sayı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, ÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.

4.OKB Grubu ile Kontrol Grubunun Üst Biliş Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

OKB grubu ile sağlıklı kontrol grubu üst bilişsel özellikler açısından karşılaştırıldı. Olumlu inançlar alt ölçeğinde OKB grubunda ortalama puan 12.12 ± 4.13 , kontrol grubunda 12.42 ± 3.18 olduğu belirlendi ve aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0.476$). Kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu açısından kıyaslandığında OKB grubunda ortalama puan 15.95 ± 4.24 , kontrol grubunda 14.10 ± 4.13 olarak saptandı. İstatistiksel açıdan iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p=0.057$). Bilişsel güven alt boyutu açısından kıyaslandığında hasta grubunda ortalama 13.70 ± 5.26 , kontrol grubunda 11.65 ± 3.42 olarak iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı saptandı ($p=0.058$). Düşünce kontrol ihtiyacı alt ölçeğinde ortalama puan OKB grubunda 17.77 ± 4.17 , kontrol grubunda 11.60 ± 4.21 bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.001$). Son alt ölçek olan bilişsel farkındalık açısından karşılaştırıldığında hasta grubunda ortalama puan 17.75 ± 4.08 , kontrol grubunda 14.92 ± 3.81 olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0.004$) (Tablo-IV).

Tablo-IV: OKB grubu ile kontrol grubunun üst bilişsel özellikler açısından karşılaştırılması

	OKB grubu (n=40)	Kontrol grubu (n=40)	Z	p**
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
Olumlu İnançlar	12.12±4.13	12.42±3.18	-0.713	0.476
Kontrol Edilemezlik Tehlike	15.95±4.24	14.10±4.13	-1.904	0.057
Bilişsel Güven	13.70±5.26	11.65±3.42	-1.892	0.058
Düşünce Kontrol İhtiyacı	17.77±4.17	11.60±4.21	-5.390	<0.001*
Bilişsel Farkındalık	17.75±4.08	14.92±3.81	-2.912	0.004*

* $p < 0.05$, ** Mann Whitney-u testi, SS: Standart Sapma, n: Sayı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk.

5.OKB Grubu ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Silik Nörolojik Belirtiler Açısından Karşılaştırılması

OKB grubu ile sağlıklı kontrol grubu silik nörolojik belirtiler açısından kıyaslandı. Motor koordinasyon alt ölçeği ortalama puanı OKB grubunda

2.22±1.77, kontrol grubunda 1.63±1.36 bulundu ve aralarındaki fark anlamlı saptanmadı. Duyusal entegrasyon alt ölçeğinde OKB grubunda ortalama puan 1.60±1.21, sağlıklı grupta 0.52±0.59 olarak bulundu ve gruplar arasındaki fark anlamlı saptandı (p<0.001). Ardışık motor hareketler açısından karşılaştırıldığında ortalama puan OKB grubunda 1.50±1.95 ve kontrol grubunda 0.75±0.98 olarak bulundu ve gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.102). İlkel refleksler alt ölçeğinde ortalama puan OKB grubunda 0.77±0.76, sağlıklı grupta 0.87±0.60 şeklinde bulunmuş olup gruplar arasındaki farklılık anlamlı saptanmadı (p=0.414). Bir diğer anlamlı farklılık diğer nörolojik belirtiler alt ölçeğinde saptanmış (p=0.024) olup ortalama puan OKB grubunda 8.31±5.73, sağlıklı grupta 8.31±5.73 olarak bulundu. SNB toplam puanı açısından karşılaştırıldığında ise OKB grubunda ortalama puanın 8.31±5.73, sağlıklı grupta 5.08±3.53 bulundu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0.011) (Tablo-V).

Tablo-V: OKB grubu ile sağlıklı kontrol grubunun silik nörolojik belirtiler açısından karşılaştırılması

	OKB grubu (n=40)	Kontrol grubu (n=40)	Z	p**
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
Motor Koordinasyon	2.22±1.77	1.63±1.36	-1.319	0.187
Duyusal Entegrasyon	1.60±1.21	0.52±0.59	-4.555	<0.001*
Ardışık Motor Hareketler	1.50±1.95	0.75±0.98	-1.633	0.102
İlkel Refleksler	0.77±0,76	0.87±0.60	-0.817	0.414
Diğer Nörolojik Belirtiler	2.21±0.60	1.30±1.34	-2.262	0.024*
SNB Toplam Puan	8.31±5.73	5.08±3.53	-2.541	0.011*

* p < 0.05, ** Mann Whitney-u Test, SS: Standart Sapma, n: Sayı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, SNB: Silik Nörolojik Belirtiler

6. ÇTÖ ve ÜBÖ Arasındaki Korelasyon

OKB grubunda üst bilişsel özellikler ile çocukluk çağı travmalarının korelasyonuna bakıldı. Çocukluk çağı travma ölçeğinin sadece duygusal istismar alt ölçeği puanı ile üst bilişsel özelliklerden olumlu inançlar (p=0.012), bilişsel güven (p=0.016) ve düşünce kontrolü ihtiyacı (p=0.031) arasında korelasyon

olduğu saptandı. ÇTÖ toplam puanı ile üst bilişsel özelliklerden sadece bilişsel güven ile aralarında anlamlı korelasyon saptandı (p=0.040). Diğer alt ölçekler arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı (Tablo-VI).

Tablo-VI: Üst biliş ile çocukluk çağı travma puanları arasındaki korelasyon

		Olumlu İnançlar	Kontrol Edilemezlik ve Tehlike	Bilişsel Güven	Düşünce Kontrolü İhtiyacı	Bilişsel Farkındalık
Fiziksel İstismar	rho	0.220	0.197	-0.031	0.057	0.071
	p	0.172	0.223	0.848	0.729	0.664
Duygusal İstismar	rho	0.395	0.286	0.378	0.341	0.226
	p	0.012*	0.074	0.016*	0.031*	0.160
Cinsel İstismar	rho	0.165	0.284	0.305	0.282	0.237
	p	0.309	0.076	0.056	0.078	0.141
Fiziksel İhmal	rho	0.078	0.081	0.171	-0.245	-0.185
	p	0.631	0.619	0.290	0.128	0.252
Duygusal İhmal	rho	0.095	0.050	0.266	0.178	-0.075
	p	0.560	0.758	0.098	0.272	0.647
ÇTÖ Toplam	rho	0.179	0.326	0.326	0.142	-0.025
	p	0.589	0.589	0.040*	0.380	0.876

* p < 0.05, rho: Korelasyon Katsayısı.

7. ÇTÖ ile SNB Arasındaki Korelasyon

OKB grubunda çocukluk çağı travmaları ölçeği ile SNB arasındaki yapılan korelasyon analizi sonucunda ÇTÖ toplam puanı ile SNB hem alt ölçekler hem de toplam puanı arasındaki korelasyon anlamlı saptandı. Alt ölçekler aralarında ayrıca karşılaştırıldığında fiziksel istismar ile sadece ilkel refleksler arasındaki korelasyon anlamlı saptandı (p=0.028). Duygusal istismar alt ölçeği ile motor koordinasyon (p=0.026), ardışık motor hareketler (p=0.004) alt ölçekler ve SNB toplam puanı arasındaki (p=0.013) korelasyon anlamlı saptandı. Cinsel istismar alt

ölçeği ile SNB alt ölçekleri ya da toplam puanı arasındaki korelasyon anlamlı saptanmadı. Fiziksel ihmal alt ölçeği duygusal entegrasyon alt ölçeği arasındaki korelasyon anlamlı saptandı (p=0.031). Alt ölçekler arasında SNB alt ölçekleri arasında en fazla anlamlı korelasyon bulunan alt ölçeğin duygusal ihmal olduğu saptandı. Duygusal ihmal ile motor koordinasyon arasında p=0.028, duygusal entegrasyon arasında p=0.029, ardışık motor hareketler arasında p=0.015 ve SNB toplam puanı arasında p=0.003 olarak anlamlı pozitif ilişki saptandı (Tablo-VII).

Tablo-VII: Çocukluk çağı travmaları ile silik nörolojik belirtiler arasındaki korelasyon

		Motor Koord.	Duyusal Ent.	Ardışık Motor H.	İlkel Refleks.	Diğer Belirtiler	SNB Toplam
Fiziksel İstismar	rho	0.137	0.128	0.070	0.348	0.031	0.160
	p	0.398	0.432	0.670	0.028*	0.850	0.324
Duygusal İstismar	rho	0.353	0.259	0.446	0.151	0.194	0.388
	P	0.026*	0.107	0.004*	0.354	0.230	0.013*
Cinsel İstismar	rho	-0.016	-0.025	0.111	-0.058	0.277	0.110
	P	0.921	0.877	0.494	0.721	0.084	0.499
Fiziksel İhmal	rho	0.170	0.342	0.306	0.072	0.243	0.290
	P	0.295	0.031*	0.055	0.660	0.130	0.069
Duygusal İhmal	rho	0.347	0.345	0.383	0.273	0.306	0.460
	P	0.028*	0.029*	0.015*	0.088	0.055	0.003*
ÇTÖ	rho	0.405	0.395	0.510	0.286	0.376	0.544
Toplam	P	0.009*	0.012*	0.001*	0.074	0.017*	<0.001*

* p < 0.05, rho: Korelasyon Katsayısı, SNB: Silik Nörolojik Belirtiler, ÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

8. OKB Süresi ile SNB Arasındaki Korelasyon

OKB hastalarında hastalığın süresi ile silik nörolojik belirtilerinin korelasyonuna bakıldığında sadece duygusal entegrasyon ile arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (p=0.001). Diğer alt ölçeklerle korelasyonu anlamlı bulunmadı (Tablo-VIII).

Tablo-VIII: OKB Süresi ile silik nörolojik belirtiler arasındaki korelasyon

		Motor Koordinasyon	Duyusal Entegrasyon	Ardışık Motor H.	İlkel Refleks.	Diğer Belirtiler	SNB Toplam
OKB Süresi	rho	0.208	0.511	0.309	0.031	0.051	0.269
	p	0.197	0.001*	0.053	0.847	0.755	0.093

* p < 0.05, rho: Korelasyon Katsayısı, SNB: Silik Nörolojik Belirtiler, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

9. ÇTÖ ile BOKÖ Arasındaki Korelasyon

OKB grubunda çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtilerin çeşidi arasında yapılan korelasyon analizinde fiziksel istismar ile sadece kabul edilemez düşünceler arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı (p=0.003). Duygusal istismar alt ölçeği puanı ile kabul edilemez düşünceler alt ölçeği (p<0.001) ve simetri alt ölçeği puanı (p=0.016) arasındaki korelasyon anlamlı saptandı. Cinsel istismar ve fiziksel ihmal alt ölçekleri ile hiçbir BOKÖ alt ölçeği arasında korelasyon anlamlı saptanmadı. Duygusal ihmal ile kabul edilemez düşünceler arasındaki korelasyon anlamlı saptandı (p=0.005). Son olarak da ÇTÖ toplam puanı ile kabul edilemez düşünceler arasında korelasyon anlamlı saptandı (p=0.004) (Tablo-IX).

Tablo-IX: Çocukluk çağı travmaları ile boyutsal obsesif kompulsif özellikler arasındaki korelasyon

		Bulaş ve Temizleme	Sorumluluk, Zarar ve Kontrol	Kabul Edilemez Düşünceler	Simetri, Sıralama, Düzenleme
Fiziksel İstismar	rho	-0.071	-0.078	0.388	-0.179
	p	0.661	0.633	0.033*	0.269
Duygusal İstismar	rho	0.299	0.280	0.593	0.377
	P	0.060	0.081	<0.001*	0.016*
Cinsel İstismar	rho	0.116	0.288	0.304	0.130
	P	0.475	0.072	0.056	0.423
Fiziksel İhmal	rho	0.133	0.053	0.287	0.116
	P	0.413	0.747	0.073	0.477
Duygusal İhmal	rho	0.246	0.079	0.439	0.165
	p	0.125	0.627	0.005*	0.310
ÇTÖ	rho	0.272	0.109	0.447	0.258
Toplam	p	0.090	0.502	0.004*	0.108

* p < 0.05, rho: Korelasyon Katsayısı, ÇTÖ: Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

10. ÇTÖ ile Y-BOKÖ Arasındaki Korelasyon

OKB grubunda çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasındaki korelasyon analizinde Y-BOKÖ ile ÇTÖ toplam puanı arasındaki korelasyon anlamlı saptandı (p=0.010). ÇTÖ alt ölçeklerinden sadece duygusal istismar (p=0.005) ve duygusal ihmal (p=0.007) alt ölçek puanları ile Y-BOKÖ toplam puanı arasındaki korelasyon anlamlı saptandı. ÇTÖ' nün diğer alt ölçekleri ile Y-BOKÖ arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (Tablo-X).

Tablo-X: Çocukluk çağı travmaları ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasındaki korelasyon

		Fiziksel İstismar	Duygusal İstismar	Cinsel İstismar	Fiziksel İhmal	Duygusal İhmal	ÇTÖ Toplam
	rho	0.124	0.433	0.080	0.199	0.422	0.400
Y-BOKÖ	p	0.444	0.005*	0.622	0.219	0.007*	0.010*

* p < 0.05, rho: Korelasyon Katsayısı, Y-BOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği

11. SNB ile Y-BOKÖ Arasındaki Korelasyon

OKB grubunda belirtilerin şiddeti ile SNB arasında bakılan korelasyon analizinde sadece duygusal entegrasyon alt ölçeği ile arasındaki korelasyon anlamlı saptandı (p=0.017). SNB diğer alt ölçekleri ile Y-BOKÖ arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (Tablo-XI).

Tablo-XI: Silik nörolojik belirtiler ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasındaki korelasyon

		Motor K.	Duyusal Entegrasyon	Ardışık Motor H.	İlkel Refleksler	Diğer Belirtiler	SNB Toplam
Y-BOKÖ Puan	rho	0.175	0.376	0.275	0.065	0.173	0.304
	p	0.279	0.017*	0.086	0.692	0.285	0.056

* p < 0.05, rho: Korelasyon Katsayısı, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, SNB: Silik Nörolojik Belirtiler

12. OKB Grubu ile Kontrol Grubunun Anksiyete Puanları Açısından

Karşılaştırılması

OKB grubu ile sağlıklı kontrol grubu anksiyete semptomları açısından karşılaştırıldığında ortalama 17.87±14.52 ve 4.35±4.48 olarak saptandı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0.001) (Tablo-XII).

Tablo-XII. OKB grubu ile kontrol grubunun anksiyete puanları açısından karşılaştırılması

	OKB grubu (n=40)	Kontrol grubu (n=40)		
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Z	p
BAÖ Puan	17.87±14.52	4.35±4.48	-5.136	<0.001*

* p < 0.05, SS: Standart Sapma, n: Sayı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

13.OKB Grubu ile Kontrol Grubunun Depresyon Puanları Açısından Karşılaştırılması

OKB grubu ile sağlıklı kontrol grubu depresyon semptomları açısından karşılaştırıldığında ortalamalar 19.05±15.47 ve 5.30±4.68 olarak saptandı ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0.001) (Tablo-XIII).

Tablo XIII. OKB grubu ile kontrol grubunun depresif semtomlar açısından karşılaştırılması

	OKB grubu (n=40)	Kontrol grubu (n=40)		
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Z	p
BDÖ Toplam Puan	19.05±15.47	5.30±4.68	-4.207	<0.001*

* p < 0.05, SS: Standart Sapma, n: Sayı, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

6. TARTIŞMA

Çalışmamızda OKB ve kontrol grubunu çocukluk çağı travmaları, üst bilişler ve silik nörolojik belirtiler açısından karşılaştırdık ayrıca bu özellikler arasındaki ilişkiyi inceledik. OKB hastalarında çocukluk çağı travmalarından fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmalin, üst bilişsel özelliklerden düşünce kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalığın, silik nörolojik bulgulardan duyusal entegrasyon, diğer nörolojik belirtilerin sağlıklılardan farklılık gösterdiği saptandı. Bunun yanısıra çocukluk çağı travmaları ile silik nörolojik bulguların ve olumlu inanç, bilişsel güven ve kontrol ihtiyacı üst bilişsel özelliklerin, OKB boyutlarından kabul edilemez düşüncelerin ve OKB semptom şiddeti ile pozitif korelasyonu olduğunu gördük.

Kişinin savunmasız olduğu ve en çok korunması gereken dönem olan çocukluk döneminde maruz kaldığı travmalar çocuğun gelişimini birçok yönden olumsuz etkilemekte, nörobiyolojik değişiklikler oluşmasında ve yetişkinlikte psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasında risk faktörü olmaktadır (3). OKB de bu hastalıklardan biridir. Çocukluk çağı travmalarının OKB dışında depresif bozukluk, psikotik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, posttravmatik stres bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi birçok psikiyatrik hastalıkla ilişkili olabileceği de saptanmıştır (83). Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları açısından OKB hastaları ile sağlıklıları karşılaştırdığımızda 2011 yılında Carpenter ve ark. (85) yaptığı çalışma ile benzer şekilde OKB hastalarında fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmalin daha yüksek, cinsel istismarın benzer olduğunu gördük. Literatürde çocukluk çağı travmaları ile OKB ilişkisini araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır ki çocukluk çağı tavlalarının OKB hastalarında daha fazla olduğunu gösteren çalışmaların yanısıra fark olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. 2008 yılında Mathews ve ark. yaptıkları çalışma ile benzer olarak en anlamlı ilişki duygusal ihmal alt ölçeğinde bulunmuştur (3). Özgündüz ve ark. yaptığı bir çalışmada yine ÇTÖ toplam puan, duygusal ihmal, duygusal istismar ve fiziksel istismar puanlarının OKB grubunda

kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptandığı görülmüştür (137). 74 OKB, 36 trikotillomani ve 31 sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptanmış olup alt ölçeklerden duygusal ihmal puanı iki hasta grubunda da sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptanırken, fiziksel istismar puanı yalnız trikotillomani hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (2). Çocukluk çağında maruz kalınan travmatik olayların bireydeki savunma mekanizmalarını harekete geçirdiği, uyum tepkisi geliştirmesine ve obsesif kompulsif kişilik özelliklerine, davranışlarına neden olduğu düşünülmektedir (3). De Silva ve Marks'ın yaptığı OKB'de travma etkisini araştırdıkları çalışmalarında travma hakkındaki düşüncelerinin zamanla obsesyonlara dönüşebileceğini belirtmişlerdir (80). Bu çalışma travmatik olaylar neticesinde gelişen istenmeyen düşüncelerin klinik olarak anlamlı obsesyona dönüşmesi ya da klinik açıdan anlamlı obsesyonun daha az zorlayıcı bir düşünceden gelişebileceğini ifade eden bilişsel yaklaşımı desteklemektedir (86). Bireylerin çocukluk döneminde maruz kaldıkları travmaların işlevsel olmayan inançlarını da harekete geçirdiği kabul edilmektedir. Travma öyküsü olan çocukların yaşam tecrübelerini algılamaları ve bunlara karşı verdikleri tepkileri daha farklı olabilmektedir (138). Bireylerin yaşamları ile ilgili denetimlerinin olmadığını düşünmeleri buna örnek olarak verilebilir (139,140). Kaybetmiş olduğunu düşündüğü kontrol ya da daha fazla kontrolü kaybedeceği ile ilgili korkuları stres etkisi oluşturarak obsesif inançların gelişmesine neden olabilir. Bu denetimi tekrar elde edebilmeyi yaşamına amaç olarak yerleştirmeye çalışıyor olabilir. Bunların dışında travmalar nedeniyle belki de kendisini suçlaması ve tehlikelere karşı duyarlılıkların artmasının da bu kişilerde fazlaca olabilen tepkiler olduğu söylenebilir (141). Bu bağlamda çocukluk çağı travmaları daha fazla olanlarda obsesif kompulsif belirtilerin şiddetinin de daha fazla olması beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda duygusal istismar ve duygusal ihmalin belirtilerin şiddetinde artışa neden olduğunu ancak fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar ile korele olmadığını saptadık. Farklı bir çalışmada ise obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti ile duygusal ve fiziksel istismar arasındaki korelasyon anlamlı bulunmuştur (3). Çocukluk döneminde maruz kalınan travmaların olumsuz

etkilerinin verilebilecek sosyal bir destekle azalabileceği bulunmuştur (142). Travmaya uğrayanların duygusal destek göremediği ve bununla alakalı olarak belirtilerin şiddetinde artış olduğu öne sürülmüştür (143). Belirtilerde şiddetlenmenin yanısıra bu çalışmada çocukluk çağı travmalarının belirti boyutları ile de korele olduğunu gördük. Kabul edilemez düşünceler boyutunun fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ile simetri boyutunun ise sadece duygusal istismar ile koreleydi. Bu konuda yapılmış benzer bir çalışmada çocuklukta travmaların obsesif düşüncelerin içeriğinde belirleyici olabileceği ve sıklığını arttırabileceği belirtilmiştir (81). Sadece cinsel istismar puanlarının iki grup arasında anlamlı olarak farklı bulunmaması dikkat çekiyor. Önceki çalışmalarla uyumlu olarak bu durum sayı azlığı, non-parametrik test, ya da kültürel olarak bu durumun daha fazla gizleniyor olabileceği ile açıklanabilir.

Myers ve ark. OKB hastalığının metakognitif modelini açıkladıkları çalışmasında üst bilişsel patolojilerin hastalığın gelişmesinde ve sürmesinde önemli rol oynadığını göstermişlerdir (98). Bu çalışmada da OKB hastalarının üst bilişsel özelliklerinden sadece düşünce kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık alanlarında sağlıklılardan farklılık gösterdiği saptandı. Literatürde de bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur. 2013 yılında yapılan bir çalışmada OKB hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre düşünce kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık dışında kontrol edilemezlik ve tehlike ile bilişsel güven alt ölçeklerinde anlamlı fark saptanmıştır (100). 2016 yılında yapılan farklı bir çalışmada da OKB hastalarında kontrol edilemezlik ve tehlike ile düşünce kontrol ihtiyacı sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (87). Üst Biliş Ölçeği'nin düşünce kontrol ihtiyacı alt ölçeğinin klinik olmayan gruplarda obsesif belirtileri öngördüğü düşünülen tek alt ölçek olduğu, OKB olanları sağlıklı kontrollerden ayırt ettiği düşünülmektedir (51).

Düşünce kontrol ihtiyacı, kişilerin zihnindeki düşünceleri sürekli olarak kontrol etmeleri ve sabit şeylerin sürekli düşünülmesinin kötü sonuçlar doğuracağı ile ilgili inançlarını sorgulamaktadır. Yılmaz ve ark. yaptıkları bir çalışmada da düşünce kontrol ihtiyacının OKB'li hastalarda majör depresif bozukluk (MDB)

hastalarından farklılık gösterdiği saptanmıştır (144). OKB ve sanrılı bozukluk (SB) hastalarında yapılan başka bir çalışmada da OKB hastalarında SB hastalarından yüksek bulunmuş ve hastaların birçok şeyi sürekli kontrol etmesi ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (87). Gwilliam ve ark. yaptıkları çalışmada düşünce kontrol ihtiyacının obsesyonların katılık derecesi ile ilişkili olduğunu, düşünce kontrol ihtiyacı ve bilişsel güven üst bilişinin obsesif kompulsif semptomların şiddetinde artışa neden olduklarını saptamışlardır (145).

Çalışmamızda kişilerin zihninden geçen düşüncelerin farkında olması ve onları sürekli gözden geçirmesinin değerlendirildiği bilişsel farkındalık üst biliş boyutu sağlıklı kontrollerden farklılık gösteriyordu. Cartwright-Hatton ve Wells'in OKB ve YAB tanılı hastalar üzerinde yaptıkları bir çalışmada da bilişsel farkındalık OKB grubunda YAB grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. (95). Yapılan başka çalışmalarda bilişsel farkındalık alt boyutunun endişe duyma, sosyal kaçınma ile pozitif korelasyonun bulunduğu (146), obsesyonlar ve bilişsel farkındalık ile sorumluluk ve mükemmeliyetçilik duygusu arasında olan ilgi ortaya konmuştur (5).

Olumlu inançlar alt ölçeği kişide endişelenmenin kendisi için olumlu olup olmadığını sorgulamaktadır. Biz çalışmamızda bu alt ölçekte farklılık saptamadık ki bu da hastalarımızın kaygılanmanın kendileri için kurtarıcı bir eylem olmadığını düşündüklerinden kaynaklanıyor olabilir. Nieto ve ark. OKB ve YAB olan hastalarda yaptıkları bir çalışmada da bu alt ölçekte farklılık bulmamışlardır (147). OKB ve Panik Bozukluk (PB) hastalarında yapılan farklı bir çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde olumlu inançlar alt boyutunda farklılık bulunmamıştır (148). Çağlar ve ark. OKB ve SB hastalarında yaptıkları çalışmada her iki grup arasında farklılık saptamamışlardır (87).

Bilişsel güven ile kişinin belleğine olan güvensizliği, bellek sorunlarını değerlendirilmektedir. Çalışmamızda OKB grubunda bilişsel güven sağlıklılarla benzerdi. Yılmaz ve ark. OKB ve MDB hastalarında yaptıkları bir çalışmada OKB grubunda bilişsel güvenin MDB hastalarından yüksek olduğunu

saptamışlardır (144). Hermans ve ark. yaptıkları çalışmada OKB hastaları ile sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış olup OKB hastalarında bilişsel güven alt ölçeğini sağlıklılardan daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (99). Bizim çalışmamızdaki sonuç örneklem sayısının az olmasına ya da hastaların tedavi altında olmasına bağlanabilir.

Kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu ile kişiler kendi düşüncelerinin tehlikeli olduğu ve kontrol edilmesi gerektiği düşüncelerine yönelik inançları değerlendirilmektedir. Çalışmamızda OKB hastalarında kontrol edilemezlik ve tehlike üst bilişsel işlevi sağlıklılarla benzerdi. Moritz ve ark. yaptığı çalışmada bu alt boyutun yüksekliğinin obsesyonların ciddiyeti ile ilişkili olduğunu vurgulamışlardır (149). Irak ve Tosun Türkiye'de 850 üniversite öğrencisiyle yaptıkları çalışmada kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili üst bilişsel işlevlerin obsesif kompulsif semptomlar ve devam eden endişeyi birbiri ile ilgisiz olarak güçlü bir şekilde yordadığını saptamışlardır (129). Cuchii ve ark. yaptıkları çalışmada OKB hastalarında bu alt ölçeğin puanını OKB grubunda sağlıklı kontrollere göre anlamlı yüksek bulmuştur ve hastaların endişelenmek ile ilgili kontrol grubundan daha olumsuz inançlarının olduğunu göstermişlerdir (148). Sica ve ark. ise obsesif semptomlar ve patolojik endişe ile kontrol edilemezlik ve tehlike, ritüeller ile de düşünce kontrol ihtiyacı arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir (150). Literatürdeki sonuçlar çalışmamızla benzer şekilde OKB hastalarında düşünce kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık üst bilişlerine vurgu yapmış olsa da farklı sonuçların açıklanması için daha geniş örneklemlerli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

OKB hastalarında üst bilişsel özellikler ile çocukluk çağı travmalarının ilişkisini değerlendiren bir çalışma yer almamaktadır. Bu çalışmada çocukluk çağı travmalarından sadece duygusal istismarın olumlu inançlar, bilişsel güven, düşünce kontrol ihtiyacı üst bilişsel özellikleriyle pozitif korelasyonu olduğunu gördük. Bu bilgi literatürde yer almayan yeni bir katkı olarak eklenmiştir. Çocukluk çağı travmalarının bireyin üst bilişlerinde sapmalara neden olduğunu ve OKB psikopatolojisinde doğrudan veya dolaylı etkili olduğunu söyleyebiliriz.

OKB'nin metakognitif modelinin iyi anlaşılması tedavi sürecine katkıda bulunabileceğinden dolayı önemlidir. OKB'de metakognitif terapinin amacı obsesyonel tetikleyicinin işlenmesi ve bunu takip eden davranışları yönlendirebilmesi için işlevsel bir plan oluşturmasını sağlamaktır (151).

Bu çalışmada OKB hastalarının sağlıklılardan daha fazla SNB gösterdiğini, özellikle de duyuşal entegrasyon açısından farklılık olduğunu saptadık. SNB daha çok şizofreni hastalarında çalışılmış olmakla beraber OKB, DEHB, duyudurum bozukluğu gibi diğer hastalıklarda da çalışılmıştır. OKB hastalarında SNB'nin hastalık şiddeti, tedavi yanıtı ve nöropsikolojik patolojilerle ilişkili olduğu düşünölmekte olup sayıca fazla bir hasta grubunda bununla ilgili yapılan bir çalışmada tedavi yanıtı düşük olan OKB hastalarında tedavi yanıtı daha iyi olan hastalara göre SNB'nin daha çok olduğu bulunmuştur (125). Diğer alanlarda farklılık görülmezken sadece duyuşal entegrasyonun OKB hastalarında daha bozuk saptanması OKB patofizyolojisinde önemli olan OFK'in duyuşal uyarıcıların birleşke noktası olması ve OKB'de duyuşal uyarınları denetleme bozukluğu olması ile ilişkilendirilebilir. Karadağ ve ark. içgörüsü az OKB hastalarında iyi içgörölü gruba göre duyuşal entegrasyon ve motor koordinasyon puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (124). SNB ile ilgili olarak OKB ve şizofreni diğer hastalıklara göre daha fazla çalışılmıştır. OKB hastalarındaki psikotik belirtiler, şizofreni hastalarındaki obsesif kompulsif belirtiler ve iki hastalığın eştanı olarak bulunması ile ilgili çalışmalar giderek artmaktadır. OKB ve şizofreninin aynı spektrum içinde iki uç noktada yer aldığı düşünölmektedir ve buna yönelik çalışmalar yapılmaktadır (152). SNB'nin bu spektrumdaki hastalıkların patofizyolojisinin anlaşılması noktasında katkı sağlayacağı düşünölmektedir (8). Genel olarak çalışmalarda bulunan sonuç OKB hastalarında şizofreni hastalarına göre daha hafif silik nörolojik belirtiler bulunduğu yönündedir. Bununla ilgili yapılan bir çalışmada sadece duyuşal entegrasyon alanında iki hastalığın benzer özellik gösterdiği diğer alt ölçeklerle ilgili şizofreni hastalarında daha yüksek puanlar bulunduğu saptanmıştır (123). Benzer başka bir çalışmada ise bu benzerliğin motor koordinasyon alanında olduğu bulunmuştur (122). Sevinçok ve ark. yaptığı çalışmada obsesif kompulsif belirtileri olan

şizofreni hastalarında duyuşal entegrasyon alanında daha şiddetli silik belirtiler olduğunu saptamışlardır (153). Literatürde birbiriyle çelişen bilgiler OKB'nin heterojen bir hastalık olmasına ve çalışmaların genel olarak küçük örnekleme yapılmasına bağlanabilir.

OKB hastalarında çocukluk çağı travmaları ile silik nörolojik bulgular arasındaki ilişkiye baktığımızda fiziksel istismar ile ilkel refleksler; duyuşal istismar ile motor koordinasyon, ardışık motor hareketler; fiziksel ihmal ile duyuşal entegrasyon; duyuşal ihmal ile motor koordinasyon, duyuşal entegrasyon, ardışık motor hareketler ve SNB toplam puanı; ÇTÖ toplam puanı ile motor koordinasyon, duyuşal entegrasyon, ardışık motor hareketler, diğer belirtiler ve SNB toplam puanı arasındaki korelasyonun anlamlı olduğunu saptadık. SNB ile ilgili bilgiler daha çok genetik ve perinatal dönemde belirlendiği yönünde olmasından dolayı çocukluk çağı travmalarının silik nörolojik belirtilere neden olduğunu iddia etmek çok akılcı olmamakla birlikte sonrasında oluşan nörobiyolojik değişiklikler SNB ilişkili olabilir. Ancak bu konuda yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. 2016 yılında Real ve ark., 124 OKB hastası ve 112 sağlıklı kontrol grubu üzerinde yaptıkları bir çalışmada, OKB hastalarında bilateral dorsal putamende ve beyin sapının merkezi tegmental kanalda gri madde hacminde artış olduğu görülürken stresli yaşam olayları olan OKB hastalarının ayrıca sağ anterior serebellum gri maddede artış olduğu saptanmış olup OKB hastalarının nöroanatomik değişikliklerinin kısmen bozukluğun başlangıcında stresli yaşam olaylarının varlığına bağlı olduğu fikrini desteklemektedir şeklinde bildirmişlerdir (154).

OKB grubunda SNB ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasındaki ilişki incelendiğinde sadece duyuşal entegrasyonla pozitif korelasyonu olduğunu saptadık. Bolton ve arkadaşlarının OKB hastaları ile yaptıkları bir çalışmada ise SNB'nin düşük nöropsikolojik test performansı ve belirti şiddeti ile ilişkili olduğu, davranışçı tedaviye cevap ile arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (126). SNB'lerin OKB'de tedaviye cevabı olumsuz etkilediği, tedavi ile bu belirtilerin değişmediği bildirilmiş olup, farklı seyir ve farklı tedavi cevabı olan alt tiplerin belirlenmesinde SNB'lerden faydalanılabileceği düşünölmektedir.

Anksiyete ve depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında ise literatürde sıkça belirtildiği üzere OKB hastalarında sağlıklı kontrollerden anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görüldü. OKB ile en sık birlikteliği olan psikopatolojilerin depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve bipolar bozukluk olduğu görülmüştür (155,156). Bu hastalıkların %30-75 gibi bir oranda görüldüğü yapılan çalışmalarda saptanmıştır (156,157).



7.SONUÇ VE ÖNERİLER

OKB literatürde çocukluk çağı travmaları, üst bilişsel özellikler ve silik nörolojik belirtiler açısından ayrı ayrı ele alınmıştır. Çalışmamızın farklılığı bu özelliklerin birlikte değerlendirilmesidir. Çalışmamızda çocukluk çağı travmalarının, silik nörolojik belirtilerin ve üst bilişsel işlevlerin OKB hastalarında sağlıklılarından farklılık gösterdiği, çocukluk çağı travmalarının üst bilişsel işlevlerle, silik nörolojik belirtilerle ve semptom şiddeti ile ilişkili olduğu, üst bilişsel işlevlerin ve silik nörolojik belirtilerin de obsesif kompulsif belirtiler boyutları ve şiddetiyle ilişkili olduğu, SNB'nin her ne kadar daha çok genetik ve perinatal dönemle ilişkili olduğu düşünülse de çocukluk çağı travması yüksek olanlarda SNB'nin de daha fazla olduğu saptandı. Bu bulgular OKB'nin patofizyolojik süreçleri konusunda bilgi vermektedir ancak OKB hastalarında çocukluk çağı travmaları, üst bilişler ve silik nörolojik belirtiler arasındaki ilişkiye yönelik daha geniş örneklemlerli çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmalarına yönelik farkındalık kazanılması, OKB'nin patofizyolojik sürecinin anlaşılması, OKB'nin üst bilişsel modelinin iyi anlaşılması planlanacak medikal tedavi yöntemleri ve OKB'nin psikoterapötik sürecine katkıda bulunabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; kesitsel olması, tek merkezde yürütülmesi, örneklem sayısının görece az olması, hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerin bulunması ile tüm toplumu yansıtmaması ve hasta grubunun tama yakınının tedavi altında olması şeklinde sıralanabilir. Daha net sonuçlara ulaşabilmek için daha büyük örneklem grupları ile daha ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

ÖZET

Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travması, Üst Bilişler ve Silik Nörolojik Belirtiler Arasındaki İlişki

Amaç: Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlar ile karakterize heterojen bir psikiyatrik hastalıktır. OKB hastalarında, çocukluk çağı travmaları, üst bilişsel işlevler ve silik nörolojik belirtilerin araştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmada önceki çalışmalardan farklı olarak OKB hastalarında çocukluk çağı travmaları, üst bilişsel özellikler ve silik nörolojik belirtiler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: OKB tanısı ile takip edilen 40 hasta ile yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş 40 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇTÖ), Üst Biliş Ölçeği (ÜBÖ), Silik Nörolojik Belirti Ölçeği (SNB), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı. Hasta grubuna ayrıca Boyutsal Obsesyon Kompulsiyon ölçeği (BOKÖ), Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) uygulandı. İstatistiksel analizlerde ki-kare, mann whitney-u test ve spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: OKB hastalarında çocukluk çağı travmalarından fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam puanı, üst bilişlerden düşünce kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalık, silik nörolojik bulgulardan duyusal entegrasyon, diğer nörolojik belirtiler ve toplam puanının sağlıklılardan yüksek olduğu saptandı. Bunun yanısıra çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar ile üst bilişlerden olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven ve düşünce kontrol ihtiyacı arasında pozitif korelasyon olduğu, duygusal istismar ile silik nörolojik belirtilerden motor koordinasyon, ardışık motor hareketler ve toplam puanı arasında pozitif korelasyon olduğu, fiziksel ihmal ile duyusal entegrasyon arasında ilişki olduğu, duygusal ihmal ile motor koordinasyon, duyusal entegrasyon, ardışık motor hareketler ve SNB toplam puanı arasında pozitif korelasyon olduğu, ÇTÖ toplam puanı ile SNB tüm alt ölçekleri ve toplam puanı arasında pozitif korelasyon olduğu saptandı.

ÇTÖ'lerden duygusal istismar, duygusal ihmal ve toplam puanın belirtilerin şiddetinde etkili olduğu, kontrol edilemez düşünceler alt boyutunun ÇTÖ'lerden fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal ve ÇTÖ toplam puanı, simetri alt boyutunun ise duygusal istismar ile pozitif korelasyon olduğu saptandı. SNB'lerden duygusal entegrasyonun hastalık süresinden etkilendiği saptandı. OKB hastalarında anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğu saptandı.

Sonuç: OKB literatürde çocukluk çağı travmaları, üst bilişsel özellikler ve silik nörolojik belirtiler açısından ayrı ayrı ele alınmıştır. Çalışmamızın farklılığı bu özelliklerin birlikte değerlendirilmesidir. Sonuç olarak çocukluk çağı travmalarının, silik nörolojik belirtilerin ve üst bilişsel işlevlerin OKB hastalarında sağlıklılarından farklılık gösterdiğini, çocukluk çağı travmalarının üst bilişsel işlevlerle, silik nörolojik belirtilerle ve semptom şiddeti ile pozitif korelasyonu olduğunu, üst bilişsel işlevlerin ve silik nörolojik belirtilerin de obsesif kompulsif belirti boyutları ve şiddetiyle pozitif korelasyonu olduğu, SNB'nin her ne kadar daha çok genetik ve perinatal dönemle ilişkili olduğu düşünülse de çocukluk çağı travması yüksek olanlarda SNB'nin de daha şiddetli olduğu saptandı. Bu bulgular OKB'nin patofizyolojik süreçleri konusunda bilgi vermektedir ancak OKB hastalarında çocukluk çağı travmaları, üst bilişler ve silik nörolojik belirtiler arasındaki ilişkiye yönelik daha geniş örneklemlerle çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmalarına yönelik farkındalık kazanılması, OKB'nin üst bilişsel modelinin iyi anlaşılması planlanacak tedavi yöntemleri ve OKB'nin psikoterapötik sürecine katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Obsesyon, Kompulsiyon, Üst Biliş, Çocukluk Çağı Travmaları, Silik Nörolojik Belirtiler

8.SUMMARY

The Relationship Between Childhood Trauma, Metacognitions and Neurological Soft Signs in Obsessive Compulsive Disorder

Objective: Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is a heterogeneous psychiatric disorder characterized by obsessions and/or compulsions. There are studies investigating childhood traumas, metacognitive functions and neurologic soft signs in OCD patients. In this study, it was aimed to evaluate the relationship between childhood traumas, metacognitive characteristics and neurologic soft signs in OCD patients.

Method: The study included 40 patients with OCD and 40 healthy control groups who matched with patient group for age, sex and education. Sociodemographic Data Form, Childhood Trauma Scale (CTS), Metacognition Scale (MCQ), Neurological Evaluation Scale (NES), Beck Anxiety Scale (BAI) and Beck Depression Scale (BDI) were applied to the participants. The Dimensional Obsessive Compulsive Scale (DOCS) and Yale-Brown Obsession Compulsion Scale (Y-BOCS) were also applied to the patient group. Chi-square, mann whitney-u test and spearman correlation analysis were used for statistical analysis.

Results: In OCD patients physical abuse, emotional abuse, physical neglect, emotional neglect and total scores of CTS; thought control need and cognitive awareness of metacognitions; sensory integration, other neurological symptoms, total score of neurologic soft signs were higher than healthy subjects. In addition, there was a positive correlation between emotional abuse of CTS and positive beliefs, uncontrollability danger, cognitive confidence, need for thought control of MCQ; emotional abuse of CTS and motor coordination, consecutive motor movements, total score of NES. There was a positive correlation between emotional neglect of CTS and motor coordination, sensory integration, consecutive motor movements, total score of NES. Emotional abuse, emotional neglect and total score of CTS were found to be effective in the severity of symptoms. Uncontrollable thoughts sub-dimension was positively correlated with physical abuse, emotional abuse, emotional neglect and total scores of CTS and symmetry sub-dimension was positively correlated with emotional abuse of CTS. Sensory integration of neurologic soft signs was affected by disease duration. Anxiety and depression scores were found to be high in OCD patients.

Conclusion: OCD has been discussed separately in the literature in terms of childhood traumas, metacognitive characteristics and neurologic soft signs. The difference of our study is the evaluation of these features together. In conclusion, in OCD patients childhood traumas, neurologic soft signs and metacognitive

functions differ from healthy controls. It was found that childhood traumas were positively correlated with metacognitive functions, neurologic soft signs and symptom severity; metacognitive functions and neurologic soft signs were positively correlated with obsessive-compulsive symptom dimensions and severity. Although SNB was thought to be more related to genetic and perinatal period, it was more severe in children with high childhood traumas. These findings provide information about the pathophysiological processes of OCD, but larger studies are needed to investigate the relationship between childhood traumas, metacognitions and neurologic soft signs in OCD patients. Gaining awareness about childhood traumas, understanding the metacognitive model of OCD may contribute to the treatment methods to be planned and the psychotherapeutic process of OCD.

Keywords: Obsession, Compulsion, Childhood Trauma, Metacognition, Neurological Soft Signs

9.KAYNAKLAR

- 1- Hartl, T. L., Duffany, S. R., Allen, G. J., Steketee, G. S. & Frost, R. O. Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Behavior Research And Therapy* 2005; 43(2), 269–276.
- 2- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-dirwayi, N., Marais, A., Kradenburg, J. Van, Curr, B., Ph, D. Childhood Trauma in Obsessive Compulsive Disorder, Trichotillomania and Controls. *Depression&Anxiety* 2002; 15, 66–68.
- 3- Mathews, C. A., Kaur, N., & Stein, M. B. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety* 2008; 25(9), 742–751.
- 4- Diaz, F. J., Gurpegui, M., Ferrin, M., Luisa, M., Dolores, M., Moreno-granados, J., Ruiz-veguilla, M. Childhood trauma as a risk factor for psychosis : A sib-pair study, *Journal of Psychiatric Research* 2015; 70, 130–136.
- 5- Grøtten, T., Solem, S., Vogel, P. A., Güzey, I. C., Hansen, B., & Myers, S. G. Metacognition, Responsibility, and Perfectionism in Obsessive–Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research* 2014; 39(1), 41–50.
- 6- Fisher, P. L., & Wells, A. Experimental modification of beliefs in obsessive compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy* 2005; 43(6), 821–829.
- 7- Buchanan, R. W., & Heinrichs, D. W. The neurological evaluation scale (NES): A structured instrument for the assessment of neurological signs in schizophrenia. *Psychiatry Research* 1989; 27(3), 335–350
- 8- Sözeri Varma, G., Tümkaya, S. & Karadağ, F. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Silik Nörolojik Belirtiler. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri* 2012; 5(3), 33-37.

- 9-** Villegas, C. E. R., André, M.-C., Arauz, J., & Coyne, L. W. Obsessive-Compulsive Disorder. In *Cognitive and Behavioral Interventions in the Schools*, 2014; 119–136.
- 10-** Gökçen, C., & Karadağ, M. Obsesif Kompulsif Bozuklukların Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi* 2016; 2(3), 14–19.
- 11-** Öztürk, M O, & Uluşahin, N. A. Obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar. In *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara, 2016; 364-379.
- 12-** Zayman, E. P. DSM-5'te obsesif kompulsif bozukluk. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2016; 41(2), 360-2.
- 13-** Freud, S. *Collected Papers Vol. III Basic Books*, 1959.
- 14-** Bayraktar, E. Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatri Dünyası* 1997; 1(1), 25-32.
- 15-** Stein, D J. Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet* 2002; 360(9330), 397–405
- 16-** Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Five US Communities. *Archives of General Psychiatry* 1988; 45(12), 1094–1099.
- 17-** Bayar, R. Obsesif kompulsif bozukluk 2008; 62:185–192.
- 18-** Selvi, Y. & Atlı, A. Van İl Merkezi Lise Son Sınıf Öğrencilerinde Obsesif Kompulsif Bozukluk Yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2010; 13(1), 5–13.
- 19-** Çilli, A. S., Telcioğlu, M., Aşkın, R., Kaya, N., Bodur, S., & Kucur, R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey.

Comprehensive Psychiatry 2004; 45(5), 367–374.

20- Rasmussen, S. A.& Eisen, J. K. The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1992; 15(4), 743–775.

21- Sadock, B. J., Sadock, V. A.& Ruiz, P. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. (A. Bozkurt, Ed.), (11. Baskı). Ankara: Güneş Kitabevi, 2016; 418-436.

22- Lenane, M. C., Swedo, S. E., Leonard, H., Pauls, D. L., Sceery, W., & Rapoport, J. L. Psychiatric Disorders in First Degree Relatives of Children and Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990; 29(3), 407–412.

23- Köroğlu, E., & Güleğ, C. Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara, 2007; 343-352.

24- Nestad, G., Samuels, J., Riddle, M., Bienvenu III, J., Liang, K. Y., Labuda, M., Saric, R. H. A Family Study of Obsessive-compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 358–362

25- Demet, M. M. Obsesif-kompulsif bozuklukta genetik çalışmalar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2005; 15(1), 45–52.

26- Carey, G., & Gottesman. II. Twin and family studies of anxiety, phobia, and obsessive-compulsive disorder. In D. Klein & J. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New Research and Changing Concepts*. New York: Raven Press, 1981; 117-136.

27- Giedd, J. N., Rapoport, J. L., Garvey, M. A., Perlmutter, S., & Swedo, S. E. MRI assessment of children with obsessive-compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. *The American Journal of Psychiatry*, 2000; 157(2), 281–283.

- 28-** Işık, U., & Şener, Ş. Obsesif Kompulsif Bozukluk. In A. S. Aysev & Y. I. Taner (Eds.), *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları*. İstanbul, 2007; 507-519.
- 29-** Morer, A., Viñas, O., Lázaro, L., Calvo, R., Andrés, S., Bosch, J., Castro, J. Subtyping obsessive-compulsive disorder: Clinical and immunological findings in child and adult onset. *Journal of Psychiatric Research* 2006; 40(3), 207–213.
- 30-** Otto, M. W. Normal and abnormal information processing: A neuropsychological perspective on obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1992; 15(4), 825–848.
- 31-** Susan, E., Pietrini, P., Leonard, H. L., Schapiro, M. B., David, C., Rapoport, S. I., Grady, C. L. Cerebral Glucose Metabolism in Childhood Onset Obsessive Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1989; 46(6), 518–523.
- 32-** Cummings, J. L. & Cunningham, K. Obsessive-compulsive disorder in Huntington’s disease. *Biological Psychiatry* 1992; 31(3), 263–270.
- 33-** Pena-Garijo, J., Ruiperez-Rodriguez, M., & Barros-LoCERTALES, A. The neurobiology of obsessive-compulsive disorder: new findings from functional magnetic resonance imaging. *Revista de Neurologia* 2010; 50(8), 477–485.
- 34-** Garber, J. H., Griswold, J., Chiu, L. C., Oldendorf, H., Sachs, L., & Osborn, D. Nuclear magnetic resonance study of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry* 1989; 146(8), 1001–1005.
- 35-** Millet, Bruno, Dondaine, T., Reymann, J. M., Bourguignon, A., Naudet, F., Jaafari, N., Le Jeune, F. Obsessive Compulsive Disorder Networks: Positron Emission Tomography and Neuropsychology Provide New Insights .*PLoS ONE* 2013; 8(1).

- 36-** Insel, T. R., Gillin, J., Moore, A., Mendelson, W. B., Loewenstein, R. J., & Murphy, D. L. The sleep of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 1982; 39(12), 1372–1377
- 37-** Işıklı, S., & Gönül, A. S. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal Psychiatry-Special Topics* 2012; 5(3), 24–32.
- 38-** Thorén, P., Asberg, M., Borje, C., Jornestedt, L., & Traskman, L. Clomipramine Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37(11), 1289–1294.
- 39-** Neale, J. M., & Oltmanns, T. F. *Schizophrenia*. New York, Wiley, 1988.
- 40-** Hollander, Eric, DeCaria, C., Nitsescu, A., Cooper, T., Stover, B., Gully, R., Liebowitz, M. R. Noradrenergic function in obsessive-compulsive disorder: Behavioral and neuroendocrine responses to clonidine and comparison to healthy controls. *Psychiatry Research* 1991; 37(2), 161–177.
- 41-** Ting, J. T., & Feng, G. Glutamatergic Synaptic Dysfunction and Obsessive-Compulsive Disorder. *Current Chemical Genomics* 2008; 2: 62–75.
- 42-** Starck, G., Ljungberg, M., Nilsson, M., Jönsson, L., Lundberg, S., Ivarsson, T. & Forssell-Aronsson, E. A 1H magnetic resonance spectroscopy study in adults with obsessive compulsive disorder: relationship between metabolite concentrations and symptom severity. *Journal of Neural Transmission* 2008; 115:1051.
- 43-** Simpson, H. B., Shungu, D. C., Jr, J. B., Mao, X., Xu, X., Slifstein, M. & Kegeles, L. S. Investigation of cortical glutamate-glutamine and γ -aminobutyric acid in obsessive-compulsive disorder by proton magnetic resonance spectroscopy. *Neuropsychopharmacology* 2012; 37(12), 2684–2692.

- 44-** Freud, S. Ketlenmeler, semptomlar ve kaygı. (S. Çev: Budak, Ed.). Ankara: Öteki Yayınları, 1997.
- 45-** Türkel, R. Nevrotik bir fenomen olarak yineleme kompulsiyonu. In Psikanaliz Yazıları. Bağlam Yayınları, 2004; 43-51.
- 46-** Sungur, M. Z. OKB'nin Anlaşılması ve Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar. In Anksiyete bozukluklarında son gelişmeler. Ankara: Pozitif Matbaacılık, 2006; 107-123.
- 47-** Salzman, L. & Thaler, F. H. Obsessive-compulsive disorders: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 1981; 138(3), 286–296
- 48-** Clark, D. A. Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders: A commentary. *Cognitive and Behavioral Practice* 1999; 6(4), 408–415
- 49-** Sharp, M. Understanding obsessive-compulsive disorder. *Nursing Made Incredibly Easy* 2013; 11(5), 44–52.
- 50-** Foa, E., Steketee, G., & Ozarow, B. Behavior therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment. In *Obsessive-compulsive disorder*, Plenum Pres, Newyork, 1985; 49-120
- 51-** Clark, D. A., & Purdon, C. L. The assessment of unwanted intrusive thoughts: A review and critique of the literature. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33(8), 967–976.
- 52-** Rachman, S., & De Silva, P. Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 1978; 16(4), 233–248.
- 53-** Salkovskis, P. Obsessive compulsive problems: A cognitive behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy* 1985; 23(5), 571–583

54- Rachman, S. A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy* 1998; 36(4), 385-401.

55- Frost, R., & Steketee, G. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. *Behaviour Research and Therapy* 1997; 35(7), 667–681.

56- Libby, S., Reynolds, S., Derisley, J., & Clark, S. Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45(6), 1076–1084.

57- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* 2005; 34(3), 140–147.

58- Karaca, E. & Doksat, M. Klinik açıdan obsesif-kompulsif bozukluk. *Yeni Sempozyum* 1998; 36(3–4), 59–68

59- Sayar, K., Uğurad, I. K., & Acar, B. Obsesif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1999; 9(3), 142–147.

60- Matsunaga, H., Kiriike, N., & Matsui, T. Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41(4), 266–272.

61- Tükel, R., Polat, A., Özdemir, Ö., Aksüt, D., & Türksoy, N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2002; 43(3), 204–209.

62- Baer, L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry* 1994; 55(3), 18–23.

- 63-** Öztürk, M.Orhan, Uluğ, Berna, Çuhadaroğlu, F., Kaplan, İ., Özgen, G., & Rezaki, M. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Ankara, 1993
- 64-** Erkmen, H. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları. In Güncel Klinik Psikiyatri. (E. Işık, E. Taner, & U. Işık, Eds.) (2nd ed.). Ankara, 2008.
- 65-** Jakubovski, E., Diniz, J., Valerio, C., Fossaluza, V., Belotto-Silva, C., Gorenstein, C., Shavitt, R.. Clinical predictors of long term outcome in obsessive compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 2013; 30:763–772
- 66-** Tamam, L., Saygılı, M., & Ünal, M. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4(2), 69–80.
- 67-** Viswanath, B., Narayanaswamy, JC Rajkumar, R., Cherian, A., Kandavel, T., & Math, S. Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2012; 53(6), 775–782.
- 68-** D’Ambrosio, V., Albert, U., Bogetto, F. & Maina, G. Obsessive-compulsive disorder and cyclothymic temperament: An exploration of clinical features. *disorders. Journal of Affective* 2010; 127(1–3), 295–299.
- 69-** Hollander, Eric. Anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder. In R. Hales, S. Yudofsky & G. Gabbard (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, (5th ed.). Arlington, American Psychiatric Press Inc., 2008; 505-581.
- 70-** Zohar, J., Zohar-Kadouch, R. C., & Kindler, S. Current Concepts in the Pharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Drugs* 1992;

43(2), 210–218.

71- Karshoğlu, E. H., & Yüksel, N. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Tedavisinde Paroksetin. *Klinik Psikiyatri* 2001; 10(3), 14–19.

72- Geller, D. A., Biederman, J., Stewart, S. E., Mullin, B., Martin, A., Spencer, T., & Faraone, S. V. Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry* 2003; 160, 1919–1928.

73- Sharp, M. Understanding obsessive-compulsive disorder. *Nursing Made Incredibly Easy* 2013; 11(5), 44–52.

74- Türksoy, N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. In T. Aker & E. M. Önder (Eds.), *Psikolojik Travma ve Sonuçları*. İstanbul: 5US Yayınları, 2003; 9-18.

75- Demirci, K. The investigation of relationship between childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Mood Disorders* 2016; 6(1),7–13.

76- Yargıç, İ., Ersoy, E., & Oflaz Batmaz, S. Çocukluk Çağı Travmalarının İntihar Girişimi ve Kendine Zarar Verme Davranışı İle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012; 13: 277–284.

77- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Zule, W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse&Neglect* 2003; 27(2), 169–190.

78- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes, *The Journal of Nervous Mental Disease* 2013; 201(12), 1007–1020.

79- Silva, P. D. E., & Marks, M. Traumatic experiences , post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder. *International Review of Psychiatry* 2001; 13(3), 172–180.

80- Silva, P. De, & Marks, M. The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research And Therapy* 1999; 37(10), 941–951.

81- Dinn, W. M., Harris, C. L., & Raynard, R. C. Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: A three-factor model. *Psychiatry* 1999; 62(4), 313–324.

82- Sasson, Y., Dekel, S., Nacasch, N., Chopra, M., Zinger, Y., Amital, D. & Zohar, J. Posttraumatic obsessive-compulsive disorder : A case series. *Psychiatry Research* 2005; 135(2), 145–152

83- Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. The role of specific early trauma in adult depression : A meta-analysis of published literature. *Childhood trauma and adult depression. European Psychiatry* 2015; 30(6), 665–680

84- Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Spitzer, C., Josepeit, J., Ettelt, S., Buhtz, F., Freyberger, H. J. Obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder. *Psychopathology* 2008; 41(2), 129–134.

85- Carpenter, L., & Chung, M. Childhood trauma in obsessive compulsive disorder: The roles of alexithymia and attachment. *Psychology and Psychotherapy* 2011; 84(367), 88.

86- Çelikel, H., & Beşiroğlu, L. Klinik olmayan örneklemede çocukluk çağı travmatik yaşantıları, dissosiasyon ve obsesif kompulsif belirtiler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008; 9(2), 75-83.

87- Çağlar, N., Özsoy, F., & Mermi, O. Sanrılı Bozukluk ve Obsesif Kompulsif

Bozukluk Hastalarında Üstbiliş İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *The Journal of Contemporary Medicine* 2016; 6(4), 300–309.

88- Brown AL. Knowing when, where and how to remember: A problem of metacognition. (Galaser, Ed.), *Adv Inst Psychol*, 1978.

89- Forrest, P., & Waller, T. Cognition, metacognition and reading. In Springer-Verlag. New York, 1984.

90- Wellman, H. The child's theory of mind: The development of conscious cognition. The growth of reflection in children. San Diego: Academic Pres., 1985.

91- Weinert, F. Introduction and overview: Metacognition and motivation as determinants of effective learning and understanding, In F. E. Weinert, & R. H. Kluwe (Eds.), *Metacognition, motivation and understandin*. Hillsdale : Erlbaum, 1987; 1-16.

92- Hacker, D. Definitions and Empirical Foundations. In *Metacognition in Educational Theory and Practice*, Hacker J. H., Dunlosky, J., Graesser A., C. (Ed.), Orlando: Academic Pres, 1998; 1-24

93- Hanten, G., Dennis, M., Zhang, L., Barnes, M., Roberson, G., Archibald, J., Levin, H. S. Childhood Head Injury and Metacognitive Processes in Language and Memory. *Developmental Neuropsychology* 2004; 25(1–2), 85–106.

94- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy* 2004; 42(4), 385–396.

95- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *The Journal of Anxiety Disorders* 1997; 11(3), 279–296

- 96-** Papageorgiou, C., & Wells, A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research* 2003; 27(3), 261–273.
- 97-** Wells, A., & Matthews, G. Attention and emotion: a clinical perspective. (E. Lawrence, Ed.). Hove, 1994.
- 98-** Myers, S. G., Fisher, P. L. & Wells, A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders* 2009; 23(4), 436–442.
- 99-** Martens, K., Cort, K. De, & Pieters, G. Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research And Therapy* 2003; 41(4), 383–401.
- 100-** Doğan, K., Solak, Ö. S., Özdel, K. & Türkçapar, M. H. Obsesif Kompulsif Bozukluk Alt Tiplerinde ve Sağlıklı Kontrol Grubunda Üstbilişlerin Karşılaştırılması. *Journal of Behavioral Psychoteraphy and Research* 2013; 2, 34–40.
- 101-** Nedeljkovic, M., Moulding, R., Kyrios, M., & Doron, G. The relationship of cognitive confidence to OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders* 2009; 23(4), 463–468.
- 102-** Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann, R., & Hill, C. The Yale-Bown obsessive compulsive scale: Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(11), 1006–1011.
- 103-** Tupper, D. E. The issues with “soft signs”. In *Soft neurological signs*. Orlando, Florida, 1987; 399.
- 104-** Rossi, A., De Cataldo, S., Di Michelle V., Manna, V., Ceccoli, S., Stratta, P.,

& Casacchia, M. Neurological soft signs in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 1990; 157(5), 735-739.

105- Güz, H., & Aygün, D. Neurological soft signs in obsessive compulsive disorder. *Neurology India* 2004; 52(1), 72–75.

106- Savrun, B. M., Özertürk, S., Akışık, G. & Duran, A. Silik Nörolojik Belirti Gösteren ve Göstermeyen Şizofren Hastaların Nöropsikolojik Yönden Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Dergisi* 2000; 13(3), 146–154.

107- Bachmann, S., Bottmer, C., & Schroder, J. Neurological soft signs in firstepisode schizophrenia: a follow-up study. *The American Journal of Psychiatry* 2005; 165(12), 2337–2343.

108- Bombin, I., Arango, C., & Buchanan, R. Significance and meaning of neurological signs in schizophrenia: two decades later. *The Journal of Psychoses and Related Disorders. Schizophrenia Bulletin* 2005; 31(4), 962–977.

109- Gardner, D., Lucas, P. B., & Cowdry, R. W. Soft sign neurological abnormalities in borderline personality disorder and normal control subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1987; 175(3), 177–180

110- Hollander, E., Schiffman, E. & Cohen, B. Signs of central nervous system dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry* 1990; 47(1), 27–32

111- Sanders, R. D., Keshavan, M. S., Formana, S. D., Pieri, J. N., McLaughlin, N., Allen, D. N., Van Kammen, D. P. & Goldstein, G. Factor structure of neurologic examination abnormalities in unmedicated schizophrenia. *Psychiatry Research* 2000; 95(3), 237–243.

112- Heinrichs, D. W., & Buchanan, R. W. Significance and meaning of neurological signs in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 1988;

145(1), 11–18.

113- Schroder, J., Niethammer, R. & Geider, F. J. Neurological soft signs in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 1992; 6(1), 25–30.

114- Keshavan, M., Sanders, R., Sweeney, J., Diwadkar, V., Goldstein, G., Pettegrew, J. & Schooler, N. Diagnostic specificity and neuroanatomical validity of neurological abnormalities in first-episode psychoses. *The American Journal of Psychiatry* 2003; 160(7), 1298–1304.

115- Whitty, P., Clarke, M., McTigue, O., Browne, S., Gervin, M., Kamali, M., O’Callaghan, E. Diagnostic specificity and predictors of neurological soft signs in schizophrenia, bipolar disorder and other psychoses over the first 4 years of illness. *Schizophrenia Research* 2006; 86(1–3), 110–117.

116- Griffiths, T., Sigmundsson, T., Takei, N., Frangou, S., Birkett, P., Sharma, T., Murray, R. Minor physical anomalies in familial and sporadic schizophrenia: the Maudsley family study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1988; 64(1), 56–60.

117- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Ruggiero, J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry* 1994; 151(8), 1132–1136.

118- Stein, Dan J., Coetzer, R., Lee, M., Davids, B. & Bouwer, C. Magnetic resonance brain imaging in women with obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 1997; 74(3), 177–182.

119- Mergl, R. & Hegerl, U. Neurologische Soft Signs bei Patienten mit Zwangsstörung (Übersichtsreferat). *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 2005; 73(9), 504–516.

120- Bolton, D., Gibb, W., Lees, A., & Raven, P. Neurological soft signs in obsessive compulsive disorder: Standardised assessment and comparison with schizophrenia. *Behavioural Neurology* 1999; 11(4), 197–204.

121- Kaplan, O., Dar, R., Rosenthal, L., Hermesh, H., Fux, M. & Lubow, R. E. Obsessive-compulsive disorder patients display enhanced latent inhibition on a visual search task. *Behaviour Research and Therapy* 2006; 44(8), 1137-1145

122- Poyurovsky, M., Faragian, S., Pashinian, A., Levi, A., Viosburd, A., Stryjer, R., Weizman, A. Neurological Soft Signs in Schizophrenia Compulsive Disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2007; 19(2), 145-150.

123- Tumkaya, S., Karadag, F., & Oguzhanoglu, N. K. Neurological soft signs in schizophrenia and obsessive compulsive disorder spectrum. *European Psychiatry* 2012; 27(3), 192–199.

124- Karadag, F., Tumkaya, S., Kirtaş, D., Efe, M., Alacam, H., & Oguzhanoglu, N. K. Neurological soft signs in obsessive compulsive disorder with good and poor insight. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2011; 35(4), 1074–1079.

125- Hollander, E., Kaplan, A., Schmeidler, J., Yang, H., Li, D., Koran, L. M. & Barbato, L. M. Neurological Soft Signs as Predictors of Treatment Response to Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Obsessive-Compulsive Disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2005; 17(4), 472–477.

126- Bolton, D., Raven, P., Madronal-luque, R., & Marks, I. M. Neurological and neuropsychological signs in obsessive compulsive disorder: interaction with behavioural treatment. *Behavior Research and Therapy* 2000; 38(7), 695–708.

127- Jaafari, N., de la Cruz, L. F., Grau, M., Knowles, E., Radua, J., Wooderson, S., Segalas, C., Alonso, P., Phillips, M. L., Menchon, J. M., Mataix-Cols, D.

Neurological soft signs in obsessive-compulsive disorder : Two empirical studies and meta-analysis. *Psychological Medicine* 2013; 43(5), 1069–1079.

128- Şar, V., Öztürk, E. & İkikardeş, E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2012; 32(4), 1054–1063.

129- Tosun, A., & Irak, M. Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(1), 67–80.

130- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., Hale, L. R. Assessment of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions: Development and Evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment* 2010; 22(1), 180–198.

131- Şafak, Y., Say Öcal, D., Özdel, K., Kuru, E. & Örsel, S. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Boyutsal Yaklaşım: Boyutsal Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği Türkçe' nin Psikometrik Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2018; 29(2), 122-130.

132- Karamustafalıoğlu, O., Üçok, A., Ulusoy, M. & Erkmen, H. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. In 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı 1993; 36.

133- Beck, Aaron T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *The Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56(6), 893–897.

134- Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1998; 12(2), 163–172.

135- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 1969; 4, 561–571.

136- Hisli, N. Beck Depresyon Ölçeğinin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6:118–122.

137- Özgündüz, C. M., Tekin, A., Özer, Ö. A.& Karamustafalıoğlu, O. Obsesif-kompulsif bozukluk hastalarında dissosiyasyon ve çocukluk çağı travmalarının sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2019; 20(3), 287-295.

138- Stein, M. B., Walker, J., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A. & Eldridge, G. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *American Journal of Psychiatry* 1996; 152(2), 275-277.

139- Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment* 2004; 9(3), 223–238.

140- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M. & Giles, W. H. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine* 2005; 28(5), 430–438

141- Ellenbogen, S., Trocmé, N., Wekerle, C. & McLeod, K. Aggression in youth: An exploratory study of physical abuse-related shame, guilt, and blame in a sample of youth receiving child protective services: Links to maltreatment, anger, and aggression. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 2015; 24(5), 532–551.

142- Zajac, K., Ralston, M. E., & Smith, D. W. Maternal support following

childhood sexual abuse: Associations with children's adjustment post-disclosure and at 9-month follow-up. *Child Abuse and Neglect* 2015; 44: 66–75.

143- Alsancak, C. Çocukluk Çağı Travmaları Ve Bağlanma Özellikleri İle Obsesif İnanışlar Ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerin İlişkisinde Dünyaya İlişkin Varsayımların Aracılık Rolü: Üniversite Öğrencilerinde Bir Değerlendirme. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi 2016; 77.

144- Yılmaz, S., İzci, F., Mermi, O., & Atmaca, M. Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2016; 17(6), 451–458.

145- Gwilliam, P., & Wells, A. Does Meta-cognition or Responsibility Predict Obsessive-Compulsive Symptoms : A Test of the Metacognitive Model. *Clinical Psychology&Psychotherapy* 2004; 11:137–144.

146- Safrancı, B. The association between metacognitions and psychological symptoms: moderator role of coping strategies. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 2010.

147- Nieto, P., Delgado, R., Mateos, L., & Bueno, N. Cognitive Control and Anxiety Disorders : Metacognitive Beliefs and Strategies of Control Thought in GAD and OCD. *Clinical and Health* 2010; 21(2), 159–166.

148- Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. ***Comprehensive Psychiatry* 2012; 53(5), 546–553.**

149- Moritz, S., Peters, M. J. V., Larøi, F.& Lincoln, T. M. Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: A comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognitive Neuropsychiatry* 2010; 15(6), 531–548.

- 150-** Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L. R. & Franceschini, S. Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2007; 14(4), 258–268.
- 151-** Fisher, P. L., & Wells, A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder : A case series, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2008; 39, 117–132.
- 152-** Poyurovsky, M., Weizman, A., Weizman, R., & Tiqva, P. Obsessive-Compulsive Disorder in Schizophrenia. *Clinical Characteristics and Treatment* 2004; 18(14), 989–1010.
- 153-** Sevincok, L. & Akoglu, A. Schizo-obsessive and obsessive-compulsive disorder : Comparison of clinical characteristics and neurological soft signs. *Psychiatry Research* 2006; 145(2–3), 241–248.
- 154-** Real, E., Subirà, M., Alonso, P., Segalàs, C., Labad, J., Orfila, C., Menchón, J. M. Brain structural correlates of obsessive–compulsive disorder with and without preceding stressful life events. *World Journal of Biological Psychiatry* 2016; 17(5), 366–377.
- 155-** Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., & Hantouche, E. Obsessive-compulsive syndromes and disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2005; 255(1), 65–71.
- 156-** Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry* 2010; 15(1), 53–63.
- 157-** Millet, B, Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M. O., Demonfaucon, F., & Barrot, I. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-

compulsive disorder : influence of age of onset. *Journal of Affective Disorders*
2004; 79(1-3), 241–246.



10. EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih:

Adı – soyadı:

Telefon:

1. Cinsiyeti: (1) erkek (2) kadın

2. Yaşı:

3. Doğum tarihi:/..../.....

4. Eğitim durumu: (1) okuryazar değil (2) ilkokul (3) ortaokul (4) lise
(5) yüksekokul

5. Eğitim süresi (yıl):

6. Medeni durumu: (1) bekar (2) evli (3) boşanmış/ayrı

7. İşi: (1) İşsiz (2) memur/işçi (3) Ticaret (4) Emekli (5) Öğrenci

8. Alkol/madde sorunu var mı? : hayır evet

Evet ise: süre/miktar:

9. Sigara kullanıyor mu?: hayır evet

Evet ise: süre/miktar

10. Diğer psikiyatrik ek tanılar: hayır evet

Evet ise:.....

11. Bilinen başka bir tıbbi hastalık var mı? : hayır evet

Evet ise tanısı / tedavisi / süresi:.....

12. Hastalık süresi (yıl):

13. Hastalığın başlama yaşı:

14. Tedavisiz geçen süre:

15. Kaç yıldır tedavi görüyor:

16. Hastaneye yatış sayısı:

17. Hastaneye son yatış tarihi:

18. Kullandığı ilaçlar (son 3 aydır):

19. İntihar girişimi öyküsü var mı? hayır evet

Evet ise sayısı ve yöntemi:.....

20. Ailede İntihar girişimi öyküsü var mı? hayır evet

Evet ise kim olduğu, sayısı ve yöntemi:.....

21. Ailede alkol/ madde bağımlılık öyküsü var mı? hayır evet

Evet ise kim olduğu, madde cinsi ve kullanım miktarı.....

22. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı? hayır evet

Evet ise kim olduğu ve teşhis:.....

EK 2. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (ÇTÖ)

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

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
Kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
Sevdiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
Ailedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

EK 3. ÜST BİLİŞ ÖLÇEĞİ-30 (ÜBÖ-30)

Bu ölçek kişilerin kendi düşüncelerine ilişkin inançlarını incelemektedir. Aşağıda bireyler tarafından ifade edilmiş bazı inanç maddeleri listelenmiştir. Lütfen her bir maddeyi okuyarak her birine ne kadar katıldığınızı uygun rakamı işaretleyerek belirtiniz. Lütfen tüm maddeleri cevaplandırınız. Bu ölçekte doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır.

(1: kesinlikle katılmıyorum; 2: kısmen katılmıyorum; 3 kısmen katılıyorum; 4: kesinlikle katılıyorum)

1. Endişelenmek gelecekteki problemlerden kaçınmama yardımcı olur. (1) (2) (3) (4)
2. Endişelenmem benim için tehlikelidir. (1) (2) (3) (4)
3. Akıldan 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 gelemezdim (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 etmediğim 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 pek güvenmem. (1) (2) (3) (4)
25. Belirli şeyleri düşünmek kötüdür. (1) (2) (3) (4)
26. Belleğime 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 4. SİLİK NÖROLOJİK BULGULARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1. Burun topuk yürüyüşü (tandem walk)

Yönerge: Düz bir çizgi üzerinde topuğunu ayakucuna değdirerek 12 adım atar.

Değerlendirme:

0. İlk adım tamamlandıktan sonra hiç yanlış adım yok.
1. İlk adım tamamlandıktan sonra 1 ya da 2 yanlış var.
2. 3 ya da daha fazla yanlış adım, düşme ya da sendeleme var.

2. Romberg testi

Yönerge: Hasta elleri ve kolları yere paralel, parmakları gerili, ayakları bitişik, gözleri kapalı ayakta durur. Bu pozisyonda 15 saniye kalmalıdır.

Değerlendirme:

0. Nispeten stabil, minimal sallanma mevcut.
1. Belirgin sallanma var.
2. Hasta dengesini sağlamak için adım atar ya da düşer.

3. Kol ve Ellerdeki Hareketler (sağ ve sol)

Yönerge: Romberg testindeki gibi.

Değerlendirme:

0. Parmaklar eller veya kollarda hareket yok.
1. Sadece parmaklarda düzensiz hareketler var.
2. Elleri veya kolları da kapsayan düzensiz hareketler var.

4. Tremor (sol ve sağ)

Yönerge: Romberg testindeki gibi.

Değerlendirme:

0. Tremor yok.
1. İlimli ince tremor var.
2. Belirgin veya kaba tremor var.

5. Stereognosis (sol ve sağ)

Yönerge: Hastadan gözleri kapalıyken eline konan nesneyi (para, anahtar ve kalem) tanıması. Hastaya eline konan cisim hissetmesi söylenir ve bunun için gerekli zaman bırakılır. Hasta nesnenin ismini hatırlayamazsa hastadan nesnenin ne için kullanıldığını söylemesi istenir. Önceden değerlendirilmiş olan baskın

elini, eğer belirgin bir el baskınlığı yoksa yazı yazdığı elini kullanması istenir. Yönerge ikinci denemenin başında tekrarlanır.

Değerlendirme:

0. Hata yok **1.**Tek hata **2.**Tek hatadan fazla

6.Grafestezi (sol ve sağ)

Yönerge: Hastadan gözleri kapalıyken işaret parmağının ucuna yazılan sayıyı ayırt etmesi istenir. Ellerinin sırası stereognosisteki gibi saptanmalıdır.

Değerlendirme: 0. Hata yok **1.**Tek hata **2.**Tek hatadan fazla

7.İşitsel görsel bütünleştirme

Yönerge: Hastadan vuru seslerinden birisini 5-7 inçlik indeks kartın üzerindeki üç farklı noktalama işaretlerinden birisiyle karşılaştırması istenir. Hastanın yönergeyi anladığından emin olmak için 3 kez tekrarlanır.

Değerlendirme: 0. Hata yok **1.**Tek hata **2.** İki veya daha fazla hata

8.İşaret parmağı yüzük parmağı testi (sol ve sağ)

Yönerge: Hastadan masanın üstündeki elini sırasıyla değiştirmesi istenir. İşaret parmağı durumunda başparmak ya distal falanksların ya da orta falanksların üzerindedir. Hasta, eli masadayken yüzük parmağı durumuna geçmelidir. Bu durumda başparmak ve işaret parmağının uçları birbirine değmekte, diğer üç parmak masada düz olarak durmaktadır. Elin her pozisyon değişiminde kolunu sabit tutmalıdır. Eğer hasta tam olarak hareketiyapamıyorsa hareket durdurulmalı ve yönerge tekrarlanmalıdır. Her elpozisyonunu 15 kez tekrar etmelidir.

Değerlendirme:

0.İlk tekrardan sonra belirgin bir hareket bozulması yok. Hatalar yüzük pozisyonunda parmakların biraz havada kalmasıyla sınırlıdır ve pozisyon değişimlerinde 2'den fazla tereddüt yoktur ve bir kereden daha fazla işaret parmağıyla yüzük parmağını karıştırma yoktur.

1.İlk tekrardan sonra belirgin bir bozulma veya harekette tam bir durma yoktur, parmak değiştirmede 2'den fazla tereddüt, hareketi düzgün olarak başlatıp sürdürmede zorluk, 3-4 kez parmak karıştırma veya tüm harekette 3 kezancak 4 kezden fazla olmayan karıştırma vardır.

2. Harekette belirgin bir bozukluk veya tam durma veya 4'den fazla parmak karıştırma vardır.

9.İşaret parmağı-tenar-el ayası testi (sol ve sağ)

Yönerge: Hastaya düzgün ve ritmik bir şekilde sürekli masaya işaret parmağının kenarıyla ve elinin ayasıyla dokunması söylenir. Hastanın her el pozisyonunun değişiminde masanın yüzeyiyle teması kesilmelidir. Ancak kol tam fleksiyon haline gelmemelidir. Hasta bu pozisyon değişimini 15 kez tekrar etmelidir.

Değerlendirme:

0. İlk tekrardan sonra harekette büyük bir bozulma yoktur. Hatalar bir pozisyondan diğerine geçişte 2 kere tereddüt etmeden fazla değildir ve el pozisyonunda 1'den fazla yanlış yoktur.

1.İlk tekrardan sonra harekette bozukluk yoktur ya da hareket tamamen durmaz, bir pozisyondan diğerine geçişte tereddüt iki kezden fazladır. Düzgün ve seri hareket geliştirmede ve sürdürmede zorluk vardır. 3-4 pozisyon karıştırılır ya da toplam 3 ya da 4 hata vardır.

2. Harekette belirgin bir bozulma ya da hareketin tamamen durması ya da 4'ten fazla tereddüt veya pozisyon karıştırma vardır.

10.Ozeretski testi

Yönerge: Hasta her iki elini de masaya koyar, bir elin ayası aşağıya dönüktür ve diğeri yumruk biçimindedir. Düzgün ve sert biçimde aynı anda ellerinin pozisyonunu değiştirmesi söylenir. Bu hareketi 15 kere tekrar etmesi istenir.

Değerlendirme:

0.İlk tekrardan sonra harekette bozukluk yoktur. Hatalar bir pozisyondan diğerine geçişte iki kere tereddüt etmeden fazla değildir ve el pozisyonunda fazla hata yoktur.

1.İlk tekrardan sonra harekette büyük bir bozulma yoktur. Hareket tamamen durmaz, bir pozisyondan diğerine geçişte tereddüt ikiden fazladır. Düzgün ve seri hareket geliştirmede ve sürdürmede zorluk vardır. 3-4 pozisyon karıştırılır ya da toplam 3 ya da 4 hata vardır.

2. Harekette belirgin bir bozulma ya da hareketin tamamen durması ya da 4'ten fazla tereddüt veya pozisyon karıştırma mevcut.

11.Bellek (5 dk.)

Yönerge: Hastaya 4 sözcük söylenir ve hepsi söylendikten hemen sonra bunları tekrar etmesi söylenir. Eğer 4 sözcüğü hatırlayamazsa yeniden söylenir. Eğer

hasta sözcüklerin 3 kez tekrarlanmasından sonra da sözcükleri tekrarlayamıyorsa test sonlandırılır ve hastaya maddenin her iki adımında da 2 skoru verilir. Eğer hasta başlangıçta ya da sözcükler iki kere hatırlatıldıktan sonra 4 sözcüğü de tekrar edebiliyorsa sözcükleri unutmaması istenir ve görüşme süresince 2 kez daha bunları tekrar edeceği söylenir. Hastadan 5 ve 10 dakika sonra bu sözcüleri tekrarlaması istenir.

Değerlendirme:

0.Hasta tüm sözcükleri hatırlıyor.

1. Hasta 3 sözcük hatırlıyor.

2. Hasta 3 sözcükten daha azını hatırlıyor.

12.Bellek (10 dk.)

Yönerge: Bu sözcükleri 10 dakika sonra tekrarlaması istenir.

Değerlendirme:

0.Hasta tüm sözcükleri hatırlıyor.

1.Hasta 3 sözcüğü hatırlıyor.

2.Hasta 3 sözcükten daha azını hatırlıyor.

13.Ritim vuruş testi (A)

Yönerge: Hastaya gözleri kapalıyken işittiği vuruş seslerini tam olarak yapması söylenir. Hasta vuruşları yinelenirken gözlerini açabilir.

Değerlendirme:

0. Hata yok 1. Tek hata 2. Tek hatadan fazla

14.Ritim vuruş testi (B)

Yönerge: Hastaya belirtilen bir vuruş sesini yapması söylenir.

Değerlendirme:

0. Hata yok 1.Tek hata 2.Tek hatadan fazla

15.Hızlı değişen hareketler (ardışık sıra hareketler) (sol ve sağ)

Yönerge: Hastaya avucu aşağı bakacak biçimde ellerini bacaklarına koyması söylenir. Hasta baskın eliyle başlayarak avucuyla ve ardından elinin arkasıyla değişmeli bir tarzda bacağına vurur. Baskınlığın değerlendirilmesi yukarıdaki gibidir (madde 8'e bakınız).

Değerlendirme:

0. Harekette belirgin bir bozulma, el değiştirmede tereddüt ya da yanlış yoktur.

1.Harekette belirgin bir bozulma yoktur ve el değiştirmede 1-2 tereddüt ya da yanlışlık vardır.

2.Harekette belirgin bir bozulma veya el değiştirmede daha fazla tereddüt ya da yanlışlık vardır.

16.Parmak-başparmak oppozisyonu (sol ve sağ)

Yönerge: Hastaya avuçları yukarıya bakacak biçimde parmaklarını tam olarak açarak her iki elini bacağına koymasını söylenir. Hasta baskın olan eliyle teste başlar ve parmaklarının ucuyla başparmağının ucuna dokunur. 10 kez yinelemek suretiyle işaret parmağından serçe parmağına doğru en son işaret parmağına dönülerek test tamamlanır.

Değerlendirme:

0. Harekette belirgin bir bozukluk ve 1'den fazla yanlış yok.

1. Harekette belirgin bir bozukluk yoktur ve 2 ya da 3 hata var.

2. Harekette belirgin bir bozukluk veya 4 ya da daha fazla hata var.

17.Söndürme (yüz-el testi)

Yönerge: Hasta avuçları aşağıda olmak üzere elleri dizlerinde ve gözleri kapalı oturtulur. Yanağına, eline ya da her ikisine birden dokunulacağı söylenir ve nereye dokunulduğunu söylemesi istenir. Hasta sadece tek bir dokunmayı hissederse dokunuşu nerede hissettiği sorulur. Eş zamanlı dokunuşlar şu biçimde yapılır, sağ yanak-sol el, sol yanak-sağ el, sol yanak-sol el, her iki el e her iki yanak.

Değerlendirme:

0. Hata yok 1. Tek hata 2. Tek hatadan fazla

18.Sağ sol karıştırma.

Yönerge: Hastaya sol elini, sağ ayağını göstermesi, sağ elini sol omzuna koymasını, sol elini sağ kulağına götürmesi, görüşmecinin sol dizini, sağ dirseğini göstermesi, görüşmecinin kolları kavuşurken görüşmecinin sol elini kendi sağ eliyle göstermesi ve görüşmecinin kolları kavuşurken görüşmecinin sağ elini kendi sol eliyle göstermesi söylenir.

Değerlendirme:

0. Hata yok 1. Tek hata 2. Tek hatadan fazla

19.Sinkinezi (sağ ve sol)

Yönerge: Hastaya horizontal bakışın iki uç yanı arasında hareket eden bir kalemin ucunu izlemesi öğretilir. Eğer hasta başını oynatırsa başını tutması ve kalemin ucunu yalnız gözleriyle izlemesi söylenir.

Değerlendirme:

0. Baş hareketi yok.

1. İlk dönemde baş hareketlidir ancak başını sabit tutması söylendikten sonra hareket olmaz.

2. Başını sabit tutması söylendikten sonra da başı oynar.

20. Konverjans (sol ve sağ)

Yönerge: Hastaya kalemin ucu buruna doğru ilerlerken onu izlemesi öğretilir.

Değerlendirme:

0. Her iki göz nesneye uyum sağlar.

1. Tek veya her iki göz tam olarak uyum sağlayamaz ancak mesafenin yarısından fazlasına kadar kalemi izleyebilir

2. Tek ya da her iki gözü birden kalemi yarı mesafeden daha fazla uyum sağlamada yetersizlik var.

21. Bakışı sabit tutma güçlüğü (sol ve sağ)

Yönerge: Hastaya sağ ve sol görsel alanlarına horizontal planda 45 derece açıdan bir kalemin ucuna bakması ve bakışlarını 30 saniyeden fazla odaklaması istenir.

Değerlendirme:

0. Odaklamada sapma yok.

1. 20 sn'den sonra odaklamada sapma var

2. 20 sn'den önce odaklamada sapma var

22. Parmak-burun testi (sol ve sağ)

Yönerge: Hastaya gözlerini kapaması ve burnunun ucuna işaret parmağının ucuyla dokunması söylenir.

Değerlendirme:

0. İntensiyonel tremor ya da burnunu tutturamama yok.

1. İlimli intensiyonel tremor veya burnunu tutturamama var.

2. Belirgin intensiyonel tremor veya burnunu tutturamama var.

23. Glabellar tepki

Yönerge: Hastaya odanın karşı duvarında bir noktaya gözlerini dikmesi söylenir.

Hastaya görüş alanına girmeden yukarisından yaklaşılr ve görüşmeci işaret parmağıyla glabellar bölgeye 10 kez vurur.

Değerlendirme:

0. 3 ya da daha az göz kırpma mevcut.
1. 4 ya da 5 tam göz kırpma veya 6 kısmi göz kırpmadan fazla mevcut.
2. 6 ya da daha fazla göz kırpma mevcut.

24.Snout tepkisi

Yönerge: Hastaya gevşemesi söylenir ve görüşmeci hastanın filtrumuna parmağıyla basınç uygular.

Değerlendirme:

0. Orbikularis orisde kontraksiyon yok.
1. Orbikularis orisde herhangi bir kontraksiyon var.

25.Yakalama tepkisi (sol ve sağ)

Yönerge: Hastaya yakalama hareketi yapmaması söylenir ve görüşmeci hastanın işaret parmağıyla başparmağı arasında bölgeye vurur. Bu hareketi bir saniye aralarla yinelenirken hastaya “ımdat” sözcüğünün harfleri geriden tek tek söylenir.

Değerlendirme:

- 0.Hastanın parmaklarında fleksiyon yok.
- 1.İlk dönemde ılımlı fleksiyon veya ikinci dönemde herhangi bir fleksiyon var.
- 2.İlk dönemde hastanın parmaklarında belirgin fleksiyon var.

26.Emme tepkisi

Yönerge: Görüşmeci işaret parmağının eklem yerini ya da dil basacağını hastanın dudakları arasına koyar.

Değerlendirme:

- 0.Hareket yok
- 1.Hastanın dudakları arasında herhangi bir emme hareketi var.

EK 5. YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOKÖ)

YBOCS ÖLÇEĞİ

Tarih: _____

Şu andaki rahatsızlık düzeyinizi saptamak amacıyla oluşturulmuş olan aşağıdaki liste üzerinde son bir haftanızı düşünerek zihninize takılan takıntılar (obsesyon) ve tekrar tekrar yapmak zorunda hissettiğiniz zorlantılarınızı (kompulsiyon) puanlamanız istenmektedir. Puanlama yaparken her sorunun karşısındaki açıklamaları okuyarak size uygun gelen puanı takıntılar ve zorlantılar için ayrı ayrı altlarında yer alan boşluğa yazınız.

Takıntılar (obsesyon): Tekrar tekrar zihninize giren istenmeyen düşünceler, hayaller veya istekler. Siz istemeden gelirler ve sıklıkla sıkıntıya neden olurlar. Örneğin: bulasma oldu mu, ... kir var mı? kapyı açık bıraktım mı, zarar verebilir miyim?, farkında olmadan ... yapmış olabilir miyim?, hata yaptım mı?, eksiklik var mı? ... istedim mi? istiyorum mu?.

Zorlantılar (Kompulsiyon): Aşırı veya mantıksız bulmanıza rağmen yapmaktan kendinizi alamadığınız davranışlar. El yıkama, silme, kapyı kontrol etme, musluğu kontrol, dönüp tekrar bakma, başkasına sorma, aynı düşünce veya istek akla gelmeden hareketi tekrar yapma veya belli sayıda bazı hareketleri tekrarlama veya zihinsel işlemler sayı sayma, dua etme, tersini söyleme, rahatlatıcı kelimeler tekrarlama, konuyu zihinde tekrar canlandırarak inceleme, konu üzerinde düşünerek analiz etme, soruya cevap bulmaya çalışma gibi.

Geçen Hafta Boyunca		Takıntı (Obsesyon)	Zorlantı (Kompulsiyon)
1.Zaman-- Ne kadar zaman bunlarla meşgul oldunuz (Gün/ saat)	<p>0-Hiç</p> <p>1-Hafif (günde toplam 1 saatten az)veya kısa sürelerle gelip gidiyor (günde 8 kereden az)</p> <p>2-Orta (günde toplam 1-3 saat) veya sık sık gelen ama kısa süren (günde 8 kereden fazla ama günün büyük kısmı bunlar yok)</p> <p>3-Ağır (günde toplam 3-8 saat) veya çok sık bir şekilde kısa süreli olarak gelip geçen (günde 8 kereden fazla ve günün büyük bölümünü bunlar işgal ediyor)</p> <p>4-Çok ağır (günde 8 saatten fazla) veya neredeyse sürekli bir şekilde gelip giden (sayılamayacak kadar çok ve arada çok nadiren 1 saat ara veren)</p>		
2.Engel-- Sosyal yaşantınızı ve işinizi ne kadar engellediğini derecelendirin	<p>0-Hiç</p> <p>1-Hafif Sosyal hayatı veya işi çok hafif olarak etkileyen ancak performansın tümü göz önüne alındığında pek bir değişikliğe neden olmayan bir etki</p> <p>2-Orta Sosyal hayatı veya iş hayatını etkilediği kesin olarak gözlenen ancak halen üstesinden gelinebilir bir durumda olan bir etki</p> <p>3-Ağır Sosyal hayatı veya iş verimini belirgin olarak olumsuz etkileyen bir durum</p> <p>4-Çok ağır iş görmez bir durum</p>		
3.Rahatsızlık-- Sizde ne kadar sıkıntıya neden oldu?	<p>0-Hiç</p> <p>1-Hafif Obsesyonlar: Ara sıra ve çok rahatsız edici değil.</p> <p>Kompulsyonlar: engellendiğinde çok az sıkıntı duyuyorum; kompulsif davranış gerçekleşirken çok az sıkıntı duyuyorum</p> <p>2-Orta Obsesyonlar sık olarak çok rahatsızlık veriyor ancak halen baş edebiliyorum</p> <p>Kompulsyonlar: engellendiğinde sıkıntım artabilir ancak baş edebiliyorum; kompulsiyonu yaparken sıkıntı duyuyorum ancak baş edebiliyorum</p> <p>3-Ağır Obsesyonlar Çok sık olarak çok rahatsızlık veriyor</p> <p>Kompulsyonlar Eğer kompulsiyonu yapmazsam veya engellenirse belirgin bir şekilde çok sıkıntı duyuyorum; kompulsiyonu yaparken belirgin şekilde çok sıkıntı duyuyorum</p> <p>4-Çok ağır Obsesyonlar neredeyse sürekli ve beni iş göremez duruma getiren bir rahatsızlık veriyor</p> <p>Kompulsyonlarımı yapmazsam veya engellenirse çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum; kompulsiyonu yaparken çok şiddetli ve beni iş göremez duruma getiren bir sıkıntı duyuyorum</p>		
4. Direnme-- Direnebilmek için ne kadar çaba sarfediyorsunuz?	<p>0- Her zaman direniyorum veya zaten o kadar az ki direnmeye gereksinim duymuyorum</p> <p>1-Çoğu zaman direnmeye çalışıyorum</p> <p>2- Direnmek için bir miktar çaba yapıyorum</p> <p>3- Hepsine teslim olmuş durumdayım; direnmiyorum ancak bu durumdan hoşnut değilim</p> <p>4-Hiç direnmiyorum Tam ve gönüllü olarak boyun eğmiş durumdayım</p>		
5.Kontrol-- Ne kadar kontrol edebildiğinizi derecelendirin -- durdurabilme veya başka yöne çevirebilme düzeyiniz nedir?.	<p>0- Tam olarak kontrol edebiliyorum</p> <p>1-Büyük oranda kontrol edebiliyorum Obsesyonu genellikle bir miktar çaba ve dikkatle durdurabiliyorum veya unutabiliyorum</p> <p>Kompulsif davranış yapmak için baskı hissetmeme rağmen genellikle istemli olarak kontrol edebiliyorum</p> <p>2-Orta derecede kontrol edebiliyorum. Obsesyonu bazen durdurabiliyorum veya unutabiliyorum. Kompulsif hareketleri yapmak için kuvvetli bir baskı var ancak güçlükle kontrol edebiliyorum</p> <p>3-Az miktarda kontrol edebiliyorum. Obsesyonu durdurmada nadiren başarılı olabiliyorum veya sadece zorlukla dikkatimi başka şeylere yönlendirebiliyorum</p> <p>Kompulsyonları durdurmak için çok fazla çaba harcamam gerekiyor, engelleyemiyorum sadece zorlukla yapmayı geciktirebiliyorum</p> <p>4-Kontrol edemiyorum. Obsesyon İrademin dışında. Çok nadiren dikkatimi başka bir şeye vebildiğim oluyor.</p> <p>Kompulsyonları sürekli yapıyorum yapmamak benim gücümü aşar, ancak anlık olarak geciktirebiliyorum</p>		

YBOCS'e dayalı kendi kendini değerlendirme ölçeği M. Hakan Türkçapar tarafından Türkçeye çevrilmiş ve uyarlanmıştır. Ankara 2005 Lütfen izinsiz çoğaltmayınız ve kullanmayınız Compos Mentis Psikiyatri Eğitim ve Araştırma Merkezi Billur S. 5/3 K.Dere Ankara

EK 6. BOYUTSAL OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (BOKÖ)

Bu anket sizin 4 farklı konudaki (sizin yaşadığınız veya yaşamadığınız) endişelerinizle ilgili sorular sormaktadır. Her bir tip için; o tipe özgü düşüncelerin (bazen obsesyon olarak adlandırılır) ve davranışların (bazen ritüel ya da kompulsiyon olarak adlandırılır) tanımı vardır. Tanımların ardından bu düşünce ve davranışlarla ilgili sizin yaşadıklarınız hakkında 5 soru gelmektedir. Lütfen her açıklamayı dikkatlice okuyun ve her kategorideki sorulara son bir ay içerisindeki yaşantılarınıza dayanarak cevap verin.

Kategori 1: Mikroplar ve kirlenme (bulaşma) hakkındaki endişeler

Örnekler...

Belirli bir nesne ya da kişi ile temas ettiğiniz (ya da yakın olduğunuz) zaman kirlendiğiniz şeklindeki düşünce veya hisleriniz.

Belirli bir yerde (banyo gibi) bulunduğunuzdaki kirlenme hissiniz.

Mikropların, hastalığın ya da kirliliğin yayılma olasılığı hakkındaki düşünceleriniz.

Kirlenme ile ilgili endişelerinizden dolayı el yıkama, el dezenfektanı kullanma, banyo yapma, kıyafetlerinizi değiştirme ya da nesnelere yıkama gibi davranışlarınız.

Kirlenme nedeniyle belli bir düzeni takip etmeniz (ör: banyoda, giyinirken).

Kirlenme nedeniyle belli insanlardan, nesnelere ya da yerlerden kaçınmanız.

Bundan sonra gelecek sorular son bir ay içinde kirlilikle ilişkili düşünce ve davranışlarınız hakkındadır. Yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın:

- Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını kirlenme hakkında düşünerek ve kirlilikten dolayı yıkama veya temizleme davranışları ile meşgul olarak geçirirsiniz?
0 Hiç
1 Her gün bir saatten az
2 Her gün 1 ila 3 saat arasında
3 Her gün 3 ila 8 saat arasında
4 Her gün için 8 saat ya da daha fazla
- Kirlenme hakkındaki endişelerinizi önlemek için ya da yıkama, temizleme veya duş almaya zaman harcamak zorunda kalmamak için bu durumlardan ne ölçüde kaçınırsınız?
0 Hiç kaçınmam
1 Biraz kaçınırım
2 Orta derecede kaçınırım
3 Çok kaçınırım
4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınırım
- Kirlenme hakkında düşünceleriniz olsaydı ama yıkama, temizleme veya duş alma (veya başka şekilde kirleri temizleme) davranışlarını yapmasaydınız, ne kadar sıkıntılı veya kaygılı-endişeli olurdu?
0 Hiç sıkıntılı/endişeli olmam
1 Hafif sıkıntılı/endişeli olurum
2 Orta derecede sıkıntılı/endişeli olurum
3 Çok sıkıntılı/endişeli olurum
4 İleri derecede sıkıntılı/endişeli olurum
- Kirlenme kaygıları ve aşırı derecede temizleme, yıkama, duş alma ya da kaçınma davranışları nedeniyle günlük işleriniz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne ölçüde bozulmuştur?
0 Hiç bozulmadı.
1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliğim iyi.
2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlükle idare ediyorum.
4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.
- Sizin için kirlenme ile ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve yıkama, duş alma, temizleme ve diğer arınma davranışlarını yapmayı bırakmak ne kadar zordur?
0 Hiç zor değil
1 Biraz zor
2 Orta derecede zor
3 Çok zor
4 Aşırı derecede zor

Kategori 2: Zarardan, Yaralanmadan veya Talihsizlikten Sorumlu Olma Konusundaki Endişeler

Örnekler...

Zararlı ya da korkunç bir şeyin olmasına neden olabilecek bir hata yapmış olma şüphesi.

Korkunç bir kaza, felaket, yaralanma veya başka bir talihsiz olayın meydana gelebileceği ve sizin bunu önlemek için yeterince dikkatli olmadığınız düşüncesi.

Bir şeyleri belli bir düzende yaparak, belirli sayıları sayarak ya da uğursuz sayı ve kelimelerden kaçınarak tehlike veya talihsizliği engelleyebileceğiniz düşüncesi.

Kaybedilmesi pek muhtemel olmayan önemli şeyleri kaybetme düşüncesi (ör; cüzdan, kimlik kartı, evraklar).

Elektrik düğmeleri, kilit ve cüzdan gibi eşyaları gereğinden fazla kontrol etmek.

Kötü bir şey olmadığı (veya olmayacağı) konusunda güvence almak için bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek ya da tekrar tekrar sormak.

Yanlış bir şey yapmadığınızdan emin olmak için geçmiş olayları zihinsel olarak gözden geçirmek.

Zarar veya felaketlerin meydana gelmesini önleyebilmek için özel bir rutini takip etmeye ihtiyaç duymak.

Zarara yol açma korkusu nedeniyle bazı uğursuz sayılardan kaçmaya ve ya belli sayıları saymaya ihtiyaç duymak.

Bundan sonraki sorular son bir ay içinde felaket ve zararlı ilgili düşünce ve davranışlarınız hakkındadır. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını zarar ya da felaketlerin meydana gelme olasılığı hakkında düşünerek ve böyle şeylerin meydana gelip gelmediği ile ilgili güvence için efor sarf ederek veya kontrol ederek geçirirsiniz?
0 Hiç
1 Her gün bir saatten az
2 Her gün 1 ile 3 saat arasında
3 Her gün 3 ile 8 saat arasında
4 Her gün 8 saat ya da daha fazla
2. Olası zarar veya felaketler hakkında endişelenmenize ya da tehlikeyi kontrol etmenize gerek kalmaması için bu durumlardan ne ölçüde kaçınırsınız?
0 Hiç kaçınmam
1 Biraz kaçınıyorum
2 Orta derecede kaçınıyorum
3 Çok kaçınıyorum
4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınıyorum
3. Zarar veya felaketlerin olma olasılığı hakkında düşündüğünüz zaman veya eğer bu konular hakkında güvence alamıyor veya kontrol edemiyorsanız ne kadar sıkıntılı veya kaygılı-endişeli olursunuz?
0 Hiç sıkıntılı/ endişeli olmam
1 Biraz sıkıntılı/ endişeli olurum
2 Orta derecede sıkıntılı/ endişeli olurum
3 Çok sıkıntılı/ endişeli olurum
4 Aşırı sıkıntılı/ endişeli olurum
4. Zarar ve ya felaketleri düşünmekten, güvence almaktan veya aşırı kontrol etmekten dolayı günlük rutin işleriniz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?
0 Hiç bozulmadı.
1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliğim iyi.
2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlüklerle idare ediyorum.
4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.
5. Olası zarar ve felaketle ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve güvence arama davranışlarından veya kontrol etmekten vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?
0 Hiç zor değil
1 Biraz zor
2 Orta derecede zor
3 Çok zor
4 Aşırı derecede zor

Kategori 3: Kabul Edilemez Düşünceler

Örnekler...

Cinsellik, ahlaksızlık veya şiddetle ilgili isteğiniz dışında zihninize gelen rahatsız edici düşünceler.

Gerçekte yapmak istemediğiniz çirkin, uygunsuz veya utandırıcı şeylerle ilgili düşünceler.

Kötü bir düşünceden dolayı özel bir rutini uygulamak veya bir eylemi tekrar etmek.

İstenmeyen veya rahatsız edici bir düşünceden kurtulmak için zihinsel olarak belli işlemleri gerçekleştirmek veya dua etmek.

İstenmeyen veya rahatsız edici düşünceleri tetikleyen belli kişilerden, yerlerden veya durumlardan kaçınmak.

Bundan sonraki sorular son bir ay içinde aklınıza istemeden gelen düşünceleri ve bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığımız davranışları değerlendirir. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını istenmeyen, rahatsız edici düşüncelerle ve bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığımız davranışsal veya zihinsel eylemlerle geçirirsiniz?
0 Hiç
1 Her gün bir saatten az
2 Her gün 1 ile 3 saat arasında
3 Her gün 3 ile 8 saat arasında
4 Her gün 8 saat ya da daha fazla
2. İstenmeyen ve rahatsız edici düşünceleri tetikleyen durumlar, yerler, nesnelere ve diğer hatırlatıcılardan (sayılar, kişi) ne ölçüde kaçınırsınız?
0 Hiç kaçınmam
1 Biraz kaçınırım
2 Orta derecede kaçınırım
3 Çok kaçınırım
4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınırım
3. İradeniz dışında aklınıza istenmeyen ve rahatsız edici düşünceler geldiğinde ne kadar sıkıntı ya da kaygı-endişe yaşarsınız?
0 Hiç sıkıntı / endişe yaşamam
1 Biraz sıkıntı / endişe yaşarım
2 Orta derecede sıkıntı / endişe yaşarım
3 Çok sıkıntı / endişe yaşarım
4 Aşırı sıkıntı / endişe yaşarım
4. İstenmeyen rahatsız edici düşünceler ve bu düşüncelerle başa çıkma, kaçınma çabaları yüzünden günlük rutin işleriniz (iş, okul, öz bakım, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?
0 Hiç bozulmadı.
1 Biraz bozuldu fakat çoğunlukla işlevselliğim iyi.
2 Birçok şey bozuldu fakat hala idare edebiliyorum.
3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve güçlükle idare ediyorum.
4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.
5. İstenmeyen rahatsız edici düşüncelere aldırış etmemek veya bu düşüncelerle başa çıkmak için yaptığımız davranış ya da zihinsel eylemleri kullanmaktan vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?
0 Hiç zor değil
1 Biraz zor
2 Orta derecede zor
3 Çok zor
4 Aşırı derecede zor

Kategori 4: Simetri, eksiksizlik ve Bir Şeylerin “Tam Olması” Gereksinimiyle İlgili Endişeler

Örnekler...

- Simetri, düzgünlük, eşitlik veya kesinlik ihtiyacı.
- Bir şeylerin “tam” olmadığı hissi.
- “Tam” veya “eşit” olduğunu hissedene kadar belli bir eylemi tekrarlamak.
- Anlamsız şeyleri saymak (örn., tavan panelleri, bir cümledeki kelimeler).
- Gereksiz yere eşyaları “düzenlemek”.
- “Tam doğru” hissettirene kadar bir şeyleri tekrar tekrar aynı şekilde söylemek.

Bundan sonraki sorular son bir ay içinde bir şeylerin tam olmadığı ile ilgili hisleriniz ve simetri, düzen ve eşitlik sağlamak üzere yaptığınız davranışlarınız hakkındadır. Sizin yaşadıklarınızın yukarıda verilen örneklerden farklı olabileceğini unutmayın. Lütfen cevabınızın yanındaki numarayı yuvarlak içine alın.

1. Her gün zamanınızın yaklaşık ne kadarını simetri, düzen veya eşitlik ile ilgili istenmeyen düşüncelerle ve simetri, düzen, eşitlik sağlamak amacıyla yaptığınız davranışlarla geçirirsiniz?
0 Hiç
1 Her gün bir saatten az
2 Her gün 1 ila 3 saat arasında
3 Her gün 3 ila 8 saat arasında
4 Her gün 8 saat ya da daha fazla
2. Bazı şeylerin simetrik veya tam doğru olmadığını hissettiren nesne, durum ve yerlerden ne derecede kaçınırsınız?
0 Hiç kaçınmam
1 Biraz kaçınırım
2 Orta derecede kaçınırım
3 Çok kaçınırım
4 Neredeyse her şeyden aşırı derecede kaçınırım
3. Bazı şeylerin “tam doğru” olmadığı ile ilgili hisleriniz olduğu zaman ne kadar sıkıntılı ve kaygılı-endişeli olursunuz?
0 Hiç sıkıntılı/ endişeli olmam
1 Biraz sıkıntılı/ endişeli olurum
2 Orta derecede sıkıntılı/ endişeli olurum
3 Çok sıkıntılı/ endişeli olurum
4 Aşırı sıkıntılı/ endişeli olurum
4. Bir şeylerin “tam doğru” olmadığı hissi nedeniyle ve tam olarak doğru olması için düzeltme ve sıraya koymaçabaları nedeniyle günlük rutin işleriniz (iş, okul, özbakım, sosyal yaşam) ne derecede bozulmuştur?
0 Hiç bozulmamıştır
1 Biraz bozulmuştur fakat çoğunlukla işlevselliğim iyidir.
2 Birçok şey bozulmuştur fakat hala idare edebilirim.
3 Hayatım birçok yönden bozuldu ve çok sıkıntılı idare ediyorum.
4 Hayatım tamamen bozuldu ve hiç işlevsel değilim.
5. Simetri ve düzenin olmadığıyla ilgili düşüncelere aldırış etmemek ve düzenlemekten veya belli davranışları tekrarlamaktan vazgeçmek sizin için ne kadar zordur?
0 Hiç zor değil
1 Biraz zor
2 Orta derecede zor
3 Çok zor
4 Aşırı derecede zor

EK 7. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişelilerden zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.
Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR siz ne kadar rahatsız ettiğini yansıtlarına uygun yere (x) işaretli koyarak belirtiniz.

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

Toplam BECK-A skoru:.....

EK 8. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

BECK DEPRESYON ENVANTERİ-BDE

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

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

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

Toplam BECK-D skoru:.....

