



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**

**TEDAVİSİZ OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI
HASTALARDA HASTALIK ŞİDDETİNİN DUYGU DÜZENLEME
GÜÇLÜĞÜ, DÜRTÜSELLİK VE YAŞAM KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Sinem Yolcu Uzunoglu

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2023



T.C.

**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EğTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI**

**TEDAVİSİZ OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK TANILI
HASTALARDA HASTALIK şİDDETİNİN DUYGU DÜZENLEME
GüçLüğü, DÜRTÜSELLİK VE YAşAM KALİTESİ İLE
İLİşKİSİNİN DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Sinem Yolcu Uzunoğlu

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2023

TEŞEKKÜR

Psikiyatri uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden itibaren bana yol gösteren, hem mesleki hem de insani kimliğiyle örnek teşkil eden; varlığını, desteğini ve sevgisini her daim hissettiğim, tez çalışmam boyunca hiçbir zaman emeğini ve zamanını esirgemeyen, tez danışmanım olduğu için kendimi şanslı hissettiğim sevgili hocam Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe'ye öncelikli teşekkürlerimi sunmak isterim.

Tevfik Sağlam servisinde birlikte çalıştığımız, bilgi birikim ve deneyimleri ile yol gösterici olan, mesleki deneyimlerimi kazanmamda, öğrenme sürecimde katkıları olan değerli hocam Doç. Dr. Filiz İzci'ye;

Pul servisi ve sağlık kurulunda değerli bilgi ve becerilerini bizlerle paylaşan, engin mesleki tecrübelerinden faydalandığım değerli hocam Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e;

Farklı zamanlarda, farklı koşullarda bilgi ve becerilerimize katkı sağlayan değerli hocam Doç. Dr. Mihriban Dalkıran'a;

Psikoterapi merkezinde bizimle değerli mesleki bilgilerini, kıymetli yaklaşımlarını paylaşan, mesleki anlamda önemli gelişmelerimize katkıda bulunan Prof. Dr. Medine Yazıcı'ya;

Poliklinik toplantıları ve cinsel işlev bozuklukları süpervizyonumuzda değerli bilgi ve becerilerini bizlerle paylaşan, birlikte çalışma fırsatı yakaladığım için şanslı hissettiğim Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir'e;

Akbay Tugan servisinde birlikte çalıştığımız, engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yol gösterici olan Prof. Dr. Hüseyin Güleç, Doç. Dr. Onur Durmaz, Doç. Dr. Esra Aydın Sünbül, Doç. Dr. Neslihan Akkişi Kumsar'a;

AMATEM kliniğinde birlikte çalıştığımız, servis vizitleri ile bizlere hasta görüşmesi deneyimi kazandıran ve bu deneyimler ile öğrenmemizi sağlayan Doç. Dr. Merih Altıntaş'a;

Bir önceki Başhekimimiz Prof. Dr. Rabia Bilici ve Başhekimimiz Doç. Dr. Sema Baykara'ya;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan Uzm. Dr. Murat Yalçın, Uzm. Dr. Mine Ergelen, Uzm. Dr. Çiğdem Küçükali, Uzm. Dr. Haluk Usta, Uzm. Dr. Batuhan Ayık, Uzm. Dr. Sevilay Kunt,

Uzm. Dr. Gönül Yıldırım Üretme, Uzm. Dr. Alper Baş, Uzm. Dr. Muhsin Koray Kılıç başta olmak üzere hastanemizde çalışmış ve çalışmaya devam eden hastanemizin tüm uzman doktorlarına;

Nöroloji rotasyonum sırasında mesleki eğitimime çok değerli katkıları olan Prof. Dr. Füsün Mayda Domaç, Doç. Dr. Mustafa Ülker, Uzm. Dr. Rahşan Karacı başta olmak üzere nöroloji uzman doktorları ve uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma;

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. Cem Gökçen, Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Adak, Prof. Dr. Özalp Ekinci, çocuk psikiyatri uzman doktorları ve uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma;

Uzmanlık eğitimimize beraber başladığımız, neredeyse dört yıl yan yana çalıştığımız, tez çalışmamın başından sonuna kadar desteğini bir an olsun esirgemeyen Uzm. Dr. Merve Özdoğan ve Uzm. Dr. Samet Kurnaz'a, asistanlığım süresince hem beraber çalışmaktan çok mutlu olduğum, hem de kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli arkadaşlarım Dr. Ümit Yılmaz, Uzm. Dr. Pınar Kartal, Uzm. Dr. Mustafa Alp Şenel, Uzm. Dr. Hayrullah Can İnceman, Uzm. Dr. Muhammet Enes Özel'e ve tüm psikiyatri uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma;

Hastanemizde beraber çalıştığım tüm psikolog ve hemşire ekibine, sağlık memuru, personel ve güvenlik görevlilerine;

Bugünlere gelmemde emekleri büyük olan, maddi manevi desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen, çalışkanlıkları ile bana örnek olan, hayatımı kolaylaştıran, evlatları olmaktan gurur duyduğum annem Ayşe Yolcu, babam Kenan Yolcu ve kardeşim Emre Yolcu'ya;

Her koşulda varlığı, desteği, sevgisi ve neşesi ile yanımda olan, hayatıma anlam ve değer katan sevgilim Deniz Uzunoğlu'na ve sayesinde edindiğim ikinci aileme;

Burada adını sayamadığım ancak katkısı olan herkese,

En içten duygularım ve tüm samimiyetimle teşekkür ederim.

Dr. Sinem Yolcu Uzunoğlu

İstanbul - 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	3
2.1.2. Tanı ve Sınıflandırma.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Etiyoloji	6
2.1.4.1. Genetik	6
2.1.4.2. Nöroanatomi ve Nörogörüntüleme	7
2.1.4.3. Nörokimya	8
2.1.4.4. Psikososyal Kuramlar.....	9
2.1.5. Klinik Görünüm.....	10
2.2. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK.....	10
2.2.1. Duygu Düzenleme.....	10
2.2.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü	12
2.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatolojiler	12
2.2.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Obsesif Kompulsif Bozukluk...12	
2.3. DÜRTÜSELLİK VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK.....	13
2.4. YAŞAM KALİTESİ VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. ÖRNEKLEM.....	16
3.1.1. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	17
3.1.2. Gönüllülerin Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	17
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	17

3.2.1. Aydınlatılmış Onam Formu	17
3.2.2. DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme.....	18
3.2.3. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	18
3.2.4. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği.....	18
3.2.5. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği.....	19
3.2.6. Barratt Dürtsellik Ölçeği Kısa Formu	19
3.2.7. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü.....	19
3.2.8. Beck Anksiyete Ölçeği	20
3.2.9. Beck Depresyon Ölçeği	20
3.3. ETİK KURUL ONAYI.....	21
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	21
4. BULGULAR	22
4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ	22
4.2. İNTİHAR DAVRANIŞI VE SELF MUTİLATİF DAVRANIŞ İLE İLGİLİ VERİLER	25
4.3. ÖRNEKLEMİN PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLERİNE DAİR VERİLER.....	25
4.4. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLERİN İLİŞKİSİ	28
4.5. KLİNİK VERİLERLE PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLERİN İLİŞKİSİ...35	
4.6. İNTİHAR DAVRANIŞI VE SELF MUTİLATİF DAVRANIŞ İLE PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLERİN İLİŞKİSİ.....	42
4.7. PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLERİN BİRBİRİ İLE İLİŞKİSİ.....	46
5. TARTIŞMA.....	53
6. KISITLILIKLAR	65
7. SONUÇLAR.....	66
8. KAYNAKLAR	67
9. EKLER	78

KISALTMALAR

ANOVA	: Analysis of Variance
BDÖ-11-Kf	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11-Kısa formu
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BECK-A	: Beck Anksiyete Ölçeği
BECK-D	: Beck Depresyon Ölçeği
DDG	: Duygu Düzenleme Güçlüğü
DDZÖ	: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği
DSM-3	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-3
DSM-4	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-4
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FMRI	: Functional Magnetic Resonance Imaging
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
ICD-10	: International Classification of Disease
M-CPP	: Meta-Klorofenilpiperazin
MS	: Multiple Skleroz
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
GABA	: Gama Aminobütirikasit
SCID-5/CV	: DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SSGİ	: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü
WHOQOL-BREF TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü
WHOQOL-100	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Uzun Formu
YBOKÖ	: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği
5-HT1A	: Serotonin 1A Reseptörü
5-HT1D	: Serotonin 1D Reseptörü
5-HT2C	: Serotonin 2C Reseptörü

TABLÖLAR

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	22
Tablo 2: Katılımcıların alışkanlıklarına dair veriler	23
Tablo 3: Katılımcıların ek tıbbi hastalık varlığına dair özellikleri	23
Tablo 4: Katılımcıların klinik özellikleri	23
Tablo 5: Katılımcıların güncel psikiyatrik tedavi öyküsüne dair veriler	24
Tablo 6: Katılımcıların geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsüne dair veriler.....	24
Tablo 7: Katılımcıların psikiyatrik hastalık nedeniyle hastane yatış öyküsüne dair veriler	24
Tablo 8: Katılımcıların ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne dair veriler	25
Tablo 9: Katılımcıların intihar davranışı ve self mutilatif davranışlarına dair veriler.....	25
Tablo 10: Katılımcıların toplam ve alt ölçek skorları.....	26
Tablo 11: Katılımcıların Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği semptom listesine dair verileri.....	27
Tablo 12: Yaş değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması	28
Tablo 13: Cinsiyet değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması	29
Tablo 14: Eğitim düzeyi değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması.....	30
Tablo 15: Çalışma durumu değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması.....	31
Tablo 16: Medeni durum değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması.....	33
Tablo 17: Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması	34
Tablo 18: OKB tanı süresi açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması	35
Tablo 19: Hastalığın başlaması ile ilk defa psikiyatriye başvuru arasında geçen süre açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması.....	36

Tablo 20: Güncel psikiyatrik tedavi öyküsü açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması.....	37
Tablo 21: Güncel psikiyatrik ilaç tedavisi öyküsü açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması	38
Tablo 22: Geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsü açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması.....	39
Tablo 23: Geçmiş psikiyatrik ilaç tedavisi öyküsü açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması	40
Tablo 24: Geçmiş psikoterapi öyküsü açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması.....	41
Tablo 25: Self mutilatif davranış açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması	43
Tablo 26: İntihar davranışı açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması	45
Tablo 27: Hastaların psikometrik ölçümlerinin birbiri ile olan ilişkisinin incelenmesi	47
Tablo 28: Hastaların psikometrik ölçümlerinin birbiri ile olan ilişkisinin incelenmesi	49
Tablo 29: Hastaların psikometrik ölçümlerinin birbiri ile olan ilişkisinin incelenmesi	51
Tablo 30: Hastaların psikometrik ölçümlerinin birbiri ile olan ilişkisinin incelenmesi	52

ÖZET

Amaç: Obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) ortaya çıkması ve sürdürülmesinde, duygu düzenleme stratejilerinin işlevsel olarak kullanılamaması ve duygu düzenleme güçlüğü (DDG) önemli bir etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Diğer ruhsal hastalık çalışmalarında dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü ilişkili olduğu izlenmiş olup, OKB’de artmış dürtüsellik olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. OKB tanılı kişilerde yaşam kalitesinin birçok yönünün olumsuz etkilendiği bilinmektedir. OKB’de hastalık şiddeti ile DDG, dürtüsellik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların olduğu görülmüştür, ancak OKB tanılı hastalarda dürtüsellik ile DDG ve yaşam kalitesi, ve DDG ile yaşam kalitesi kavramlarının ilişkilerinin incelendiği bir çalışma, bildiğimiz kadarıyla literatürde bulunmamaktadır. Çalışmamızda, tedavisiz OKB tanılı hastalarda hastalık şiddetinin DDG, dürtüsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamıza dahil etme ve hariç tutma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 40 obsesif kompulsif bozukluk hastasının katılımı sağlanmıştır. Araştırmamız, kesitsel türde bir çalışmadır. Dışlama kriterlerinde bulunan durumların belirlenmesi için DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5) yapılmıştır. Çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik veri formu uygulanmış olup, araştırmacı tarafından Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) uygulanmış ve öz bildirim ölçekleri olan Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DDZÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BDÖ-11-Kf), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü (WHOQOL-BREF TR), Beck Anksiyete Ölçeği (BECK-A) ve Beck Depresyon Ölçeğinin (BECK-D) katılımcılar tarafından doldurulması istenmiştir.

Bulgular: Araştırmamızda obsesif kompulsif bozukluk hastalarının YBOKÖ total ve alt puanları ile WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü, DDZÖ total ve alt ölçek puanları arasında ise aynı yönlü ilişki bulunmuştur (sırası ile $p<0,05$, $p<0,05$). YBOKÖ total ve alt puanları ile BDÖ-

11-Kf total ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). BDÖ-11-Kf total ve alt ölçek puanları ile WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü, DDZÖ total ve alt ölçek puanları arasında ise aynı yönlü ilişki bulunmuştur (sırası ile $p<0,05$, $p<0,05$). WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanları ile DDZÖ total ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Sonuçlar: Çalışmamızın sonuçlarına göre, OKB tanılı hastalarda hastalık şiddetinin yaşam kalitesi ile ters yönlü, duygu düzenleme güçlüğü ile aynı yönlü ilişkili olduğu bulunmuştur. Hastalık şiddeti ile dürtüsellik arasında bir ilişki saptanmamıştır. Hastalarda dürtüsellik ile yaşam kalitesi arasında ters yönlü, duygu düzenleme güçlüğü ile arasında aynı yönlü ilişki tespit edilmiştir. Yaşam kalitesinin duygu düzenleme güçlüğü ile ters yönlü ilişkili olduğu bulunmuştur. Mevcut sonuçların daha ileri araştırmalarla desteklenmesinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Obsesif kompulsif bozukluk, hastalık şiddeti, duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik, yaşam kalitesi

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP OF DISEASE SEVERITY WITH EMOTION DYSREGULATION, IMPULSIVITY AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS DIAGNOSED WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER WITHOUT TREATMENT

Objective: It is thought that emotional dysregulation may have significant influence on the emergence and continuation of obsessive-compulsive disorder (OCD). In other mental illness studies, it has been observed that impulsivity and emotional dysregulation are related. Moreover, there are studies reporting increased impulsivity in OCD patients. It is known that OCD negatively affects many aspects of the quality of life. Although there are studies examining the relationship between disease severity and emotional dysregulation, impulsivity and quality of life in patients with OCD, to our knowledge a study examining the relationship between impulsivity and emotional dysregulation and quality of life, along with emotional dysregulation and quality of life has not been performed. In our study, we studied the relationship of disease severity to emotional dysregulation, impulsivity, and quality of life in patients with untreated OCD.

Materials and Methods: We ensured the participation of 40 OCD patients who met the inclusion and exclusion criteria and agreed to participate in our research. Our research is a cross-sectional type of study. A structured clinical interview for DSM-5 (SCID-5) was conducted to determine the conditions found in the exclusion criteria. Sociodemographic and clinical data form prepared by the researcher was applied in the study, Yale-Brown Obsession Compulsion Scale (YBOCS) was applied by the researcher and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), Barratt Impulsivity Scale Short Form (BIS-11-Sf), World Health Organization Quality of Life Scale Short Form Turkish Version (WHOQOL-BREF TR), Beck Anxiety Scale (BECK-A) and Beck Depression Scale (BECK-D) were requested to be filled in by the participants.

Results: In our study, a statistically significant inverse relationship was found between the total and subscale scores of YBOCS and WHOQOL-BREF TR subscale scores of obsessive compulsive disorder patients, and the same directional relationship was found between the total and subscale scores of DERS (respectively $p<0,05$, $p<0,05$). There was no statistically significant relationship between the total and subscale scores of YBOCS and the BIS-11-Sf total and subscale scores ($p>0,05$). BIS-11-Sf total and subscale scores and WHOQOL-BREF TR subscale scores were found to have a statistically significant inverse relationship, while a positive correlation was found between DERS total and subscale scores (respectively $p<0,05$, $p<0,05$). A statistically significant inverse relationship was found between WHOQOL-BREF TR subscale scores and DERS total and subscale scores ($p<0,05$).

Conclusions: According to the results of our study, it was found that the severity of the disease in patients diagnosed with OCD is negatively correlated with quality of life and positively correlated with difficulty regulating emotions. There is no relationship between the severity of the disease and impulsivity. A negative correlation between impulsivity and quality of life and a positive correlation between difficulty in emotion regulation were found in patients. It has been found that quality of life is negatively correlated with emotional dysregulation. We think it would be appropriate to support the current results with further research.

Key words: Obsessive compulsive disorder, disease severity, emotion dysregulation, impulsivity, quality of life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), yineleyici obsesyon ve/veya kompulsiyonların varlığı ile karakterize, sıklıkla kronik seyirli, zaman zaman ataklar ile izlenen psikiyatrik bir bozukluktur. Kişinin sosyal, akademik, mesleki ve aile ile ilgili işlevselliğinde önemli ölçüde bozulmaya neden olmaktadır (1).

Duygu düzenleme, kişinin uyarana ile karşılaştığında algı ve dikkati ile uyarana yorumlamasını ve yorumlama sonrasında duygusal tepki oluşturmalarını içeren bir süreçtir (2). Duygu düzenleme güçlüğü (DDG), duyguyu anlayamama, duygunun farkında olamama, duyguyu kabullenememe ve duygusal tepkinin kontrol edilememesi olarak düşünülmektedir. OKB'nin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde, duygu düzenleme stratejilerinin işlevsel olarak kullanılamaması ve duygu düzenleme güçlüğüne önemli bir etkisinin olabileceği düşünülmektedir (3).

Dürtüsellik, aşırı riskli veya ortama uygun olmayan şekilde, iyi planlanmamış ve sıklıkla istenmeyen sonuçlara neden olan davranışlardır. Dürtüsellik çeşitli psikiyatrik bozukluklara (alkol ve madde kullanım bozukluğu, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, duygudurum bozukluğu) eşlik ettiği bilinmektedir. OKB'de de artmış dürtüsellik olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (4,5).

Hem sık görülen bir bozukluk olması, hem de kişinin yaşam kalitesinin birçok yönünü olumsuz etkilemesi nedeniyle, OKB, birey ve toplum sağlığı açısından önemli bir yere sahiptir (6).

OKB'nin altında duygulardan kaçınma motivasyonunun yatabileceği, bu zorlamanın, kontrol edilemez olarak algılanan müdahaleci düşüncelerin yol açtığı duygusal sıkıntıyı azaltmak için kullanılabileceği tahmin edilmektedir (7). Bazıları tarafından olumsuz aciliyet olarak tanımlanan, olumsuz duygulara tepki olarak dürtüsel hareket etme eğiliminin, olumsuz duygusal deneyimleri azaltma veya bunlardan kaçınma girişimleri olarak kavramsallaştırılan uyumsuz davranışlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (8). Zayıf duygu düzenleme; karar vermede bozulma, hedefe yönelik davranışlarda eksiklikler ve günlük yaşantıya uyum sağlamakta güçlük ile ilişkilendirilmiştir. Bu güçlükler sosyal, akademik ve mesleki işlevselliği olumsuz etkileyebilir (9). Obsesif kompulsif belirtilerin başarılı tedavisi sonrasında dürtüsellikte azalma olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (10). Kişilerin mesleki,

sosyal ilişkiler, akademik alanlar ve günlük yaşantı olmak üzere hemen tüm yaşam alanlarında işlevsellik kaybı ve iyilik halinin bozulması olduğu belirtilmiştir (11,12).

Yapılan literatür taramalarında; OKB’de hastalık şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların olduğu görülmüştür (13–15). Ancak OKB tanılı hastalarda dürtüsellik ile duygu düzenleme güçlüğü ve yaşam kalitesi, ve duygu düzenleme güçlüğü ile yaşam kalitesi kavramlarının ilişkilerinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan diğer ruhsal hastalık çalışmalarında ilişkili olduğu görülen dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü OKB’de birlikte değerlendirilmesinin önemli olacağını düşünmekteyiz (16–18). Çalışmamızın amacı; tedavisiz OKB tanılı hastalarda hastalık şiddetinin duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik ve yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırmaktır. Sonuçların OKB ile ilgili tedavi hedeflerinin belirlenmesi ve hastaların yaşam kalitesinin artması açısından literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Araştırma Hipotezleri:

Hipotez 1: Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastalarda hastalık şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü pozitif ilişkilidir.

Hipotez 2: Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastalarda hastalık şiddeti ile dürtüsellik pozitif ilişkilidir.

Hipotez 3: Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastalarda hastalık şiddeti ile yaşam kalitesi negatif ilişkilidir.

Hipotez 4: Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastalarda duygu düzenleme güçlüğü ile yaşam kalitesi negatif ilişkilidir.

Hipotez 5: Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastalarda dürtüsellik ile yaşam kalitesi negatif ilişkilidir.

Hipotez 6: Obsesif Kompulsif Bozukluk tanılı hastalarda dürtüsellik ile duygu düzenleme güçlüğü pozitif ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB); obsesyon (saplantı) ve/ya da kompulsiyonların (zorlantı) varlığı ile tanımlanan, sıklıkla süregelen, kimi zaman da epizodik şiddetlenmelerin görüldüğü, kişinin günlük yaşantısını ve işlevselliğini belirgin olarak kısıtlayan bir bozukluktur (19).

Obsesyon, genellikle kaygı ile ilişkili olan, müdahaleci, istenmeyen ve tekrarlayıcı özellikte düşünce, imge veya dürtülerdir. Kompulsiyon ise kişinin obsesyonu uzaklaştırmak için gerçekleştirmek zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemlerdir (20).

OKB tıp literatüründe ilk kez Esquirol tarafından 19. yüzyılda tanımlanmıştır (21). Obsesyon terimi ise ilk kez Morel tarafından kullanılmıştır. Janet, 20. yüzyılın başlarında fobi, obsesyon ve kompulsiyonların oluşturduğu tabloyu “psikastenî” olarak adlandırmıştır. Freud, obsesif kompulsif nevroz ve fobik nevrozu ayrı rahatsızlıklar olarak incelemiştir (19).

OKB, 1980 yılında yayınlanmış olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-3) ile yapılandırılmış psikiyatrik sınıflamalara girmiştir. DSM-3’te obsesyon ve kompulsiyonların ayrımı net bir şekilde yapılırken, belirtilerin özellikleri ve en yaygın olarak görülenleri tanımlanmıştır. 2000 yılında DSM-4 TR’de “Anksiyete Bozuklukları” başlığı altında yer alan OKB, DSM-5 sınıflamasında bu başlıktan çıkarılarak “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar” olarak ayrı bir tanı başlığı altında yer almaktadır (19,22).

2.1.2. Tanı ve Sınıflandırma

Obsesif Kompulsif Bozukluk DSM-5’te “OKB ve İlişkili Bozukluklar” olarak ayrı bir tanı başlığı altında yer almaktadır.

DSM-5 Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı Kriterleri:

A. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

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

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

Kompulsiyonlar (1) ve (2) ile tanımlanır:

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

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

Not: Küçük çocuklar bu davranışların ya da zihinsel eylemlerin amaçlarını dile getiremeyebilirler.

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

C. Obsesyon – kompulsiyon belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

- İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını ya da gerçek olabileceğinin ya da olmayabileceğinin ayrımındadır.

- İçgörüsü kötü: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.
- İçgörüsü yok/sanrısaral inanışlar: Kişi, obsesif-kompulsif bozukluğu inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

- Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır (23).

Obsesif Kompulsif Bozukluk, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınladığı International Classification of Disease (ICD-10) ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırmasında F-42 kodu ile "Nevrotik, Stresle İlişkili ve Somatoform Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmıştır. ICD-10'a göre OKB'de temel özellik, tekrarlayan takıntılı düşünceler veya zorlayıcı eylemlerdir. Takıntılı düşünceler, hastanın zihnine tekrar tekrar basmakalıp bir biçimde giren fikirler, imgeler veya dürtülerdir. Neredeyse her zaman üzücüdürler ve hasta genellikle başarısız bir şekilde onlara direnmeye çalışır. Bununla birlikte, istemsiz ve çoğu zaman rahatsız edici olmalarına rağmen, kendi düşünceleri olarak tanınırlar. Zorlayıcı eylemler veya ritüeller, tekrar tekrar tekrarlanan kalıplaşmış davranışlardır. Doğası gereği zevkli değildirler ve yararlı görevlerin tamamlanmasına neden olmazlar. İşlevleri, genellikle hastaya zarar veren veya hastanın neden olduğu, aksi takdirde meydana gelebileceğinden korktuğu nesnel olarak olası olmayan bir olayı önlemektir. Genellikle bu davranış hasta tarafından anlamsız veya etkisiz olarak kabul edilir ve direnmek için tekrarlanan girişimlerde bulunulur. Kaygı neredeyse her zaman mevcuttur. Kompulsif eylemlere direnilirse kaygı daha da kötüleşir.

ICD-10'da OKB ile ilgili alt başlıklar:

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

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

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

F42.8 Başka obsesif kompulsif bozukluklar

F42.9 Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş (24).

2.1.3. Epidemiyoloji

OKB’de klinik belirtiler farklılık gösterdiği için, kişi tarafından tanımlanmadıkça ve bir şikayet olarak getirilmedikçe, görülme sıklığı ve yaygınlığının tespit edilmesi oldukça zordur. 1980’li yıllar öncesindeki çalışmalarda OKB sıklığı %0,88-4 olarak saptanmış ve seyrek görülen bir hastalık olduğu düşünülmüştür (25). Amerika Birleşik Devletleri’nde, 1980’lerde yapılan bir tarama çalışmasında yaşam boyu prevalans %1,9-3,3 bulunmuştur (26). Birçok ülkeden verilerin toplanarak gerçekleştirildiği bir epidemiyoloji çalışmasında, OKB’nin yaşam boyu prevalansı %2,3, 12 aylık prevalansı ise %1,4 olarak bulunmuştur (27). Çin’de ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi ile ilgili yapılan bir çalışmada OKB, özgül fobiden sonra en sık rastlanan anksiyete bozukluğu olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada yaşam boyu ve 12 aylık prevalans sırası ile %2,4 ve %1,6 olarak saptanmıştır (28). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre OKB prevalansı; Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması’nda 12 aylık %0,5 olarak bildirilmiş, Konya’da yürütülen başka bir çalışmada ise 12 aylık %3 olarak belirtilmiştir (29,30).

Literatürde OKB’nin görülme sıklığı açısından farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda erişkin dönemde kadın ve erkekler arasında fark olmadığı gösterilirken, kadınlarda daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da mevcuttur (31,32). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması’na göre kadınlarda erkeklere göre üç kat daha sık görüldüğü saptanmıştır (29).

OKB’de başlangıç yaşı yaygın olarak 18-25 yaşları olup, bazı çalışmalarda daha erken başlangıç olabileceği de gösterilmiştir (33–35). Profesyonel yardım amacıyla sağlık kurumlarına başvuruda gecikmeler olabildiği ve genellikle şikayetler başladıktan 7-16 yıl sonra başvuruların olduğu görülmüştür (26,36,37).

2.1.4. Etiyoloji

2.1.4.1. Genetik:

OKB’nin etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, yapılmış aile ve ikiz çalışmalarının sonuçlarına göre, genetik ve çevresel etkenlerin etkileşimi ile oluştuğu düşünülmektedir (38). Bir meta-analiz çalışmasında; obsesif kompulsif belirtilerin ortaya çıkmasında genetik faktörlerin ve paylaşılmayan çevrenin birlikte etkisinin

olduğu belirtilmiştir (39). Yürütülen ikiz çalışmalarında obsesif kompulsif belirtiler veya özelliklere bakıldığında, monozigot ikizlerde %80-87, dizigot ikizlerde %47-50 eş hastalanma oranları saptanmış; obsesif kompulsif belirtiler açısından kalıtılabilirlik ise %47 olarak belirtilmiştir (40). Aile çalışmalarında, ailesel kümelenmeyi destekleyen özellikte sonuçlar izlenmiş olup; erken başlangıçlı olgularda ailesel risk geç başlangıçlı olgulara kıyasla iki kat daha yüksek saptanmıştır (41).

OKB’de moleküler genetik çalışmalar yürütülmektedir. Hastalığın patofizyolojisi ve tedavi yanıtı mekanizmalarından yola çıkılarak, serotonerjik, glutamaterjik ve dopaminerjik sistem yollarında bulunan birtakım genlerin OKB’nin oluşumunda etkisi olduğu düşünülmektedir. Veriler, OKB’nin açığa çıkmasında poligenetik bir mekanizmanın yer aldığını göstermektedir (42).

2.1.4.2. Nöroanatomi ve Nörogörüntüleme:

Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları, OKB’nin nörobiyolojisinin daha iyi anlaşılmasına yol açmış ve hastalığın patofizyolojisinde fronto-subkortikal yolların işleyişine dair güçlü kanıtlar sağlamıştır (43).

Nörogörüntüleme çalışmaları ile kortiko-striato-talamo-kortikal yolların OKB patofizyolojisinde rolü olduğu gösterilmiştir. OKB’ye ilişkin kabul edilen nöroanatomik modelde, doğrudan ve dolaylı kortiko-striato-talamik zincirden bahsedilmektedir. Striatuma gelen uyarıların globus pallidus internadan substansiya nigra pars retikulataya ve ardından talamusa gönderildiği, talamusun uyarılmasını gerçekleştiren doğrudan halka aktivitesinin arttığı düşünülmektedir. Striatumdan globus pallidus eksterna ve subtalamik çekirdeğe uyarıları gönderen ve talamusun baskılanmasını gerçekleştiren dolaylı halka aktivitesinin azaldığı düşünülmektedir. Obsesif kompulsif bozuklukta yanıt inhibisyonu olmadığından, anterior-lateral orbitofrontal korteksten başlayıp ventromedial kaudata kadar devam eden yolaktaki bozukluğun bu hastalıktaki tekrarlayan nitelikteki belirtilere neden olduğu düşünülmektedir (44). OKB patofizyolojisinde orbitofrontal korteks, anterior singulat girus, kaudat ve talamusun rol aldığı gösterilmiştir (45). Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarının değerlendirildiği bir meta-analizde, sağlıklı

kontrollerle karşılaştırıldığında, OKB tanılı kişilerde orbitofrontal korteks ve kaudat başında metabolizma artışı olduğu saptanmıştır (46).

2.1.4.3. Nörokimya:

Serotonerjik sistem:

Selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) OKB’de hastalık belirtilerini azalttığı görülmüştür. Ancak bu etki, noradrenerjik sistem üzerinden etki gösteren ajanlarla elde edilememiştir. Yapılmış araştırmalarda, OKB tanılı kişilerde 5-HT1A, 5-HT1D ve 5-HT2C reseptör agonisti olan meta-klorofenilpiperazin (m-CPP) ile hastalık belirtilerinin arttığı, ancak 5-HT1D agonist etkiye sahip olmayan başka serotonin agonistleri ile bu etkinin görülmeyeceği bildirilmiştir. Bu durum, OKB patofizyolojisinde 5-HT1D reseptörünün rolü olduğunu düşündürmektedir (47). Diğer yandan, 5-HT1D agonisti olan sumatriptanın OKB tanılı kişilere verildiğinde hastalık belirtilerinin artması, bu görüşü destekler niteliktedir (48). 5-HT1D, serotonin transmisyonunu azaltan presinaptik bir otoresptördür, beyinde prefrontal bölgeler ve kaudat bölgesinde yoğun olarak bulunur. Bu reseptörün OKB’nin nöroanatomi yönünden önem taşıyan yerlerde yoğun olarak bulunması, OKB’nin tedavisinde 5-HT1D reseptörü desensitizasyonu için daha yüksek dozda ve daha uzun süre uyarı gerekliliği de patofizyolojideki rolünü destekleyen bulgulardandır (47).

Dopaminerjik sistem:

OKB’de dopaminerjik sistemin rolüne ilişkin veriler çoğunlukla hayvan çalışmalarından elde edilmiştir. Dopamin agonisti verilen sıçanların, OKB’deki kompulsiyonlara benzeyen tekrarlayan davranışlar gösterdiği izlenmiştir (49). Dopamin nörotransmisyonundaki artışın obsesif kompulsif bozukluktaki belirtilerle ilişkisinin olabileceği düşünülmektedir (50). Dopaminin prefrontal korteks ve amigdala arasındaki bağlantı üzerinden patofizyolojide rol aldığı düşünülmektedir (51). OKB tanılı kişilerle sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarında; OKB tanılı kişilerde bazal gangliyon bölgesinde dopamin taşıyıcı yoğunluğunun daha fazla olduğu izlenmiş ve SSGİ ile tedavi sonrasında dopamin taşıyıcı reseptör bağlanma oranlarında anlamlı azalma olduğu gözlenmiştir (52).

Glutamaterjik sistem:

Beyin omurilik sıvısında (BOS) artmış glutamat düzeylerinin izlenmesi OKB’de artmış glutamaterjik etkinliğin olduğunu düşündürmektedir (53). OKB’nin patofizyolojisinde rol aldığı düşünülen kortiko-striato-talamo-kortikal yolaklarda, primer eksitator nörotransmitter olan glutamattaki artışın OKB’deki kompulsif davranışlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Glutamat metabolizmasında artışa yol açan veya glutamat düzeyini azaltan bazı ilaçların kompulsif davranışlarda iyileşme sağladığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (54,55).

2.1.4.4. Psikososyal kuramlar:

Psikanalitik kuram:

Psikanalitik kurama göre, OKB’de rol alan temel faktör gerilemedir. Obsesif nevrozlarda libidonun anal-sadistik döneme gerilediği, bunun da ödipal dönemdeki dürtü ve isteklerden kaynaklanan çatışma sonucunda gerçekleştiği düşünülmektedir.

Anal döneme ait üç temel savunma düzeneğinden bahsedilmektedir. Bunlar yapma-bozma, yalıtma ve karşıt tepki oluşturmaz. OKB’de karşılaşılan belirtilerin özelliklerini bu düzenekler belirler. Dürtü kontrolü ve anksiyetenin azaltılmasını hedefleyen yapma-bozma düzeneği sonucunda kompulsiyonların olduğu düşünülmektedir. Yapma-bozma ile amaçlanan iki şey bulunmaktadır. Bunlardan ilki birtakım olayların gerçekleşmesi veya tekrarlamasını engellemek adına bazı önlemler almak, ikincisi ise mantıksız ve büyüsel bir biçimde, olmamış gibi düşünerek bir sıkıntıdan kurtulmaktır.

Obsesif nevrozlarda bahsedilen temel savunma düzeneklerinden biri de yalıtmadır. Düşüncelerin, kendilerine eşlik ediyor olan duygulardan yalıtılmasıdır. Bu düzenek ile kişi, duygudan arındırılmış olan düşüncenin bilinç düzeyinde farkına varmış olur.

Obsesif nevrozlar için bahsi geçen bir diğer savunma ise karşıt tepki oluşturmaz. Sürengen bir tehlike varmış gibi, kişi sürekli olarak bu tehlikeye karşı tetikte olma halini üstlenir. Kişi, iki-değerliliğe (ambivalans) bağlı olarak, çatışan duygulardan birine yoğunlaşır, diğer çatışan duygu ise kaybolmuş olur. Zıt duygunun mevcut duygu yanında bastırılmaya çalışıldığının göstergelerinden biri, abartılı duygu olarak yansır (56–58).

Bilişsel davranışçı kuram:

Mowrer'in kuramı; anksiyetenin oluşumuna dair iki aşamadan bahsetmektedir. Klasik koşullanma ile kazanılan korku, edimsel koşullanma ile devam ettirilir. Anksiyeteyi oluşturan koşullu yanıtlar obsesyon olarak, anksiyeteyi uzaklaştırmak amacıyla başlatılan ve anksiyete azaldıkça pekişen davranış ve eylemler ise kompulsiyon olarak adlandırılır (59,60).

'Anlamın Yanlış Yorumlanması Kuramı' Rachman tarafından bahsedilmiştir. Obsesyonların; kişinin müdahaleci düşünce, imge ve dürtülerinin yanlış ve felaketleştirici yorumlanmasından kaynaklandığını belirtmiştir (61).

2.1.5. Klinik Görünüm

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) şiddet skorlarının incelendiği bir çalışmada; OKB tanılı kişilerin %91'inde obsesyon ve kompulsiyonların birlikte görüldüğü belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastaların %28'inin yalnızca obsesyonlardan, %20'sinin yalnızca kompulsiyonlardan ve %50'sinin ise hem obsesyon hem de kompulsiyonlardan rahatsızlık duyduğu bildirilmiştir (62). Başka bir çalışmada, hastaların %33-60'ında birden fazla obsesyon, %38-48'inde ise birden fazla kompulsiyon izlendiği gösterilmiştir. Aynı çalışmada en sık rastlanan obsesyonların sırası ile kirlenme/bulaş, patolojik şüphe ve simetri olduğu, en sık rastlanan kompulsiyonların ise sırası ile kontrol ve temizlik/yıkama olduğu bildirilmiştir (63). Türkiye'de Tükel ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; en sık rastlanan obsesyonların kirlenme/bulaş ve kuşku/emin olamama olduğu, Karadağ ve arkadaşları tarafından yürütülen başka bir çalışmada ise en sık görülen obsesyonların kirlenme/bulaş ve saldırganlık olduğu bildirilmiştir (64,65).

Belirti boyutlarına göre OKB; bulaş obsesyonları ve ilişkili temizlik kompulsiyonları, saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar, cinsel-dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar, simetri, sıralama, sayma, düzenleme obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonları, bedensel obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar, istifleme obsesyonları ve kompulsiyonları ve diğer obsesyonlar ve kompulsiyonlar olarak sınıflandırılabilir (60).

2.2. DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

2.2.1. Duygu Düzenleme

Duygu farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Literatürde ilk tanım, duygunun nörobiyolojik bir süreç ile oluştuğu ve olaylara karşı gösterilen fizyolojik yanıtların sonucu olarak olduğu şeklindedir (66). İçsel ve dışsal uyaranlara verilen bilişsel, davranışsal ve psikolojik reaksiyonlar olarak da tanımlanabilmektedir (67). Plutchik'e göre duygunun tanımı, kişileri uyum ve denge sağlayan davranışlara yönlendirici iç faaliyetler şeklindedir (68,69).

Duygu düzenleme, kişinin amaçlı davranışlarını sürdürebilmek için duygusal yanıtlarını gözleme, kontrol etme, değerlendirme ve değiştirme becerileri şeklinde ifade edilmektedir (70). Duygu düzenleme süreçleri; kontrollü veya otomatik, bilinçli veya bilinçsiz olabilir ve duygu oluşum sürecinde birçok nokta etki gösterebilir (2).

Gross tarafından duygu düzenlemeye dair bir model tanımlanmıştır. Duygu düzenleme stratejilerini öncül odaklı ve yanıt odaklı olarak iki temel başlıkta sınıflandırmıştır. Duygusal yanıt oluşumu öncesinde öncül odaklı, duygusal yanıt oluşumu sonrasında ise yanıt odaklı stratejilerden bahsedilmiştir (71). Daha sonra, Gross tarafından duygu düzenlemenin beş aşamalı bir modeli önerilmiştir. Bunlar; durum seçimi, durumu değiştirme, dikkati verme, bilişsel değişim ve tepki değişimi olarak tanımlanmıştır. İlk dördü öncül odaklı, beşincisi ise yanıt odaklıdır. Aşamalardan ilki olan durum seçimi; duygu düzenlemesi için bazı kişilere, yerlere veya nesnelere yaklaşmayı veya uzaklaşmayı ifade eder. Durumu değiştirme; birincil kontrol veya sorun odaklı başa çıkma şeklinde ifade edilebilir ve duyguya sebep veren dış durumun değiştirilmesini ifade eder. Dikkati verme; konsantrasyon, ruminasyon veya dikkati değiştirme gibi dikkat odağının artırılması veya değiştirilmesi için yapılanları ifade eder. Bilişsel değişim; duygusal yanıtın azaltılmasında kullanılabilir. Tepki değişimi; duyguya yanıt olarak meydana gelen davranışsal, deneyimsel ve fizyolojik değişiklikleri etkiler (2).

Duygu düzenleme stratejileri içinde bazıları diğerlerine göre daha fazla öne çıkmaktadır. İlki bir bilişsel değişim olan bilişsel yeniden yapılandırma. İkincisi ise bir tepki değişimi olan baskılamadır. Bilişsel yeniden yapılandırma ile olumsuz bir duygunun ifade edilişi azalır ancak olumlu bir duygunun ifade edilişi azalmaz.

Diğer yandan bastırma hem olumlu hem de olumsuz bir duygunun ifade edilmesini etkileyebilir (72).

2.2.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme güçlüğü (DDG); duygunun farkında olamama, duyguyu anlayamama, kabullenememe ve duygusal yanıtın kontrol edilememesidir. Gratz'a göre duygu düzenlemenin altı önemli bileşeni bulunmaktadır. Bunlar; duygunun farkında olma, duyguyu anlayabilme, duyguyu kabullenme, olumsuz duygu yaşarken impulsif davranışları kontrol edebilme, hedeflenen amaca uygun davranma becerisi ve duruma uygun olarak duygusal yanıtı düzenleme becerisinin bulunmasıdır. Bu bileşenlerin yetersizliği veya kontrolsüzlüğü, duygu düzenlemede zorlukların varlığını gösterir. Gratz ve Roemer tarafından geliştirilen duygu düzenleme güçlükleri ölçeğinin altı alt başlığı bulunmaktadır; bunlar farkındalık, açıklık, kabullenme, strateji, amaçlar ve dürtü şeklindedir (3).

2.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Psikopatolojiler

İşlevsellik, psikolojik iyilik hali ve kişilerin baş etme mekanizmalarını etkilemesi nedeniyle, duygu düzenleme kritik bir öneme sahiptir (73). Duygu düzenleme güçlüğü, psikopatolojiler için önemli bir risk faktörü oluşturur (74).

Literatürde duygu düzenleme güçlüğü ile depresyon, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve duygu durum bozukluğu gibi pek çok psikopatoloji arasında ilişki bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (9,75–82). Yapılan çalışmalara göre; duygu düzenleme güçlüğü ile alkol ve madde kullanım bozukluğu, yeme bozuklukları, self-mutilatif davranışlar, intihar davranışı ve disosiyatif belirtiler arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (2).

2.2.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

OKB'nin ortaya çıkması ve sürdürülmesinde uygunsuz duygu düzenleme stratejileri kullanımı ve bu süreçte yaşanan zorlukların önemli etkisinin olduğundan bahsedilmektedir (3). OKB tanılı hastalar hastalığa ilişkin durum, düşünce veya nesneler ile karşılaştıklarında; tiksinti, korku, suçluluk veya kaygı gibi olumsuz

duygular ile yanıt verirler ve bu duygular ile baş etmek amacıyla tekrarlayıcı davranışlarda artış yaşarlar (83). Olumsuz duyguların obsesif kompulsif belirtileri şiddetlendirmesi kişilerin duygu düzenleme sürecinde daha fazla zorlanmasına neden olur, bu da OKB'nin hastalık şiddetinde artışa yol açar (84).

OKB'nin bilişsel-davranışçı modeline göre, obsesyonların felaketleştirici yorumlarının ve kompulsiyonların işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri olarak kullanılmasının, bu hastalığın sürdürülmesinde rolü olduğu gösterilmiştir (83). Duygu düzenleme güçlüğü ölçek puanları ile obsesif kompulsif belirtilerin şiddeti arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (7,9).

Sağlıklı kontrollerle OKB tanılı hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada; duygu düzenleme güçlüklerinin obsesif kompulsif belirtilerle ilişkili olduğu izlenmiştir (9). Fergus ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada; duygu düzenleme güçlüğü alt başlıkları arasında yer alan duygu baskılama, dürtü kontrol güçlükleri ve duygusal farkındalığın yetersiz olmasının obsesif kompulsif belirtileri öngörmede önemli faktörler olduğu belirtilmiştir (7). OKB tanılı hastalar ile sağlıklı gönüllülerin karşılaştırıldığı bir çalışmada; fMRI kullanılarak duygu düzenleme ile ilgili yollardaki aktivasyon değişikliği değerlendirilmiş ve OKB tanılı hastalarda duygu işleme sürecinde fronto-parietal ve fronto-limbik yollarda bozukluk izlendiği bildirilmiştir (83).

2.3. DÜRTÜSELLİK VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Dürtüsellik, aşırı riskli veya ortama uygun olmayan şekilde, iyi planlanmamış ve sıklıkla istenmeyen sonuçlara neden olan davranışlardır. Dürtüsellik; dikkatsizlik, tahammülsüzlük, risk alma, yenilik, heyecan ve zevk arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama ve dışa dönüklük gibi özelliklerle kendini göstermektedir (85).

Dürtüsellüğün farklı tanımları bulunmaktadır. Eysenck'e göre dürtüsellik risk alma, plan yapmada yetersizlik ve zihni toplamada güçlük ile ilişkili iken, Patton ve arkadaşları ise dürtüsellliği plan yapmadan, yeterince düşünmeden (plan eksikliği) ve elindeki işe odaklanmadan (dikkat) yapılan hazırlıksız, ani hareket (motor aktivasyon) olarak ifade etmiştir (86,87).

Deneyisel-davranışsal açıdan değerlendirildiğinde ise dürtüsellik; büyük ve gecikmiş ödüller yerine küçük fakat doğrudan ödülleri seçme şeklinde tanımlanabilir (88).

Hollander ve arkadaşları dürtüsellğe impulsivite ve kompulsivite spektrumu boyunca tanımlanan bir yaklaşım getirmiştir. Dürtüsel davranış ve kompulsiyonun benzer ve farklı özellikleri bulunmaktadır. Her ikisinde de tekrarlayıcı davranışlardan kendini alamama mevcuttur ancak davranışın motivasyonu farklılık göstermektedir. Dürtüsel davranışta haz ve ödül elde etme amacı bulunurken, kompulsiyonda anksiyetenin azaltılması amaçlanmaktadır. Dürtüsel davranış benliğe uyumlu iken, kompulsiyon benliğe yabancıdır (89).

Dürtüsellik çeşitli psikiyatrik bozukluklara eşlik etmektedir. Bunlar arasında alkol ve madde kullanım bozukluğu, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve duygudurum bozukluğu yer almaktadır. Ayrıca dürtüsellik, dürtü kontrol bozuklukları tanı kriterleri arasında yer almaktadır (90).

Dürtüsellikte bilinen ana nörotransmitterler arasında dopamin, noradrenalin, serotonin, glutamat ve GABA yer almaktadır. Beyinde serotonin düzeyindeki azalma ile davranış inhibisyonunun azalması arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (85).

OKB, DSM-5'te dürtüsellğin belirgin olduğu deri koparma ve trikotillomani gibi hastalıklar başlığında yer almıştır. OKB tanılı hastalarda daha yüksek dürtüsellik izlenmediğini belirten çalışmalar olmakla birlikte, birçok çalışmada da OKB tanılı hastalarda sağlıklı gönüllülere kıyasla daha yüksek oranda dürtüsellik izlendiği gösterilmiştir (4,5,91–93). Yapılan bir çalışmada, OKB tanılı hastalarda dikkat alanında dürtüsellik ön planda olmak üzere toplam BDÖ-11 ölçeği puanlarında yükseklik bildirilmiştir (94). BDÖ-11 ölçeği ile dürtüsellğin değerlendirildiği bir çalışmada; sağlıklı gönüllülerle karşılaştırıldığında, OKB tanılı hastaların BDÖ-11 total ve dikkat alt ölçeği puanlarında anlamlı derecede yüksek skorları olduğu bildirilmiştir (95). OKB tanılı hastaların BDÖ-11 dikkat, motor ve plan yapmama alt ölçek puanlarının tümünde daha yüksek skorlar saptayan çalışmalar olmakla birlikte, bazı çalışmalarda yalnızca BDÖ-11 planlama alt ölçeğinde bazı çalışmalarda ise yalnızca dikkat alt ölçeğinde anlamlı olarak yüksek skorlar bulunmuştur (14,95–98). OKB tanılı hastaların sağlıklı gönüllülere oranla daha fazla riskli karar verdiğini,

başlangıçta büyük ancak sonuçta dezavantaj oluşturan ödülleri daha fazla tercih ettiğini belirten çalışmalar bulunmaktadır (5,99–103).

2.4. YAŞAM KALİTESİ VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Yaşam kalitesinin pek çok farklı şekilde yapılmış tanımı bulunmaktadır. Yaşam kalitesi kavramında iki farklı boyuttan bahsedilebilir. Öznel boyutu açısından; kişinin yaşamdan memnuniyeti, kendisini iyi hissetmesi olarak ifade edilebilirken nesnel boyutu açısından ise işlevsellik, sosyal iletişim ve özgürce yaşayabilme şeklinde ifade edilebilir. Ruhsal bozukluklar kişinin yaşantısında pek çok farklı alanda etki yaratır. Bunlar özellikle fiziksel, sosyal, mesleki ve psikolojik alanlardır. Bu sebeple yaşam kalitesi, ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi açısından büyük bir önem taşır (23).

Bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri ile OKB, kişinin mesleki, akademik, ailevi ve sosyal alanlardaki işlevselliğinin olumsuz etkilendiği bir rahatsızlıktır (1). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre işlevselliği olumsuz etkilemesi yönünden OKB, ruhsal ve fiziksel hastalıklar arasında onuncu sırada, 15-44 yaş aralığındaki kadınlarda ise beşinci sırada bulunmaktadır (26,104).

OKB tanılı kişilerde sıklıkla sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık alanlarında etkilenmelerin olduğundan bahsedilmektedir. Yapılan araştırmalarda, OKB'de yaşam kalitesinde önemli ölçüde bozulma olduğu gösterilmiştir (15,105). Literatürde, fiziksel sağlık yönünden etkilenme olduğundan söz eden çalışmalar olmasına karşın, bu alanda herhangi bir farklılık olmadığından söz eden çalışmalar da mevcuttur (6). Yaşam kalitesinin değerlendirildiği, OKB tanılı kişiler ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı çalışmalarda, OKB tanılı kişilerde yaşam kalitesine ilişkin psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler skorlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (6,11,106). OKB'de hastalık şiddeti ile yaşam kalitesindeki bozulma arasında anlamlı ilişki bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (107). OKB'de obsesyon ve kompulsiyon skorları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, obsesyon puanları ile sosyal ilişkiler alanı dışındaki tüm yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (106). Elli sekiz çalışmanın dahil edildiği bir değerlendirme çalışmasında; OKB'de yaşam kalitesinin, genel

popölasyon ve diğler psikiyatrik ve tıbbi bozuklukları olan kişilerdeki yaşam kalitesi ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde bozulduğu gösterilmiştir (12).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Araştırmamız kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya, Ocak 2023 – Mart 2023 tarihleri arasında, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM-5'e göre Obsesif Kompulsif Bozukluk tanı kriterlerini ve dahil etme ve hariç tutma kriterlerini karşılayan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve aydınlatılmış gönüllü onam formu imzalayan 40 hasta dahil edilmiştir.

G Power 3.1.9.7 (Franz Faul, Germany) programı ile yürütölen, referans çalışmadaki (108) Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğı (YBOKÖ) ve Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeğı (DDZÖ) verileri kullanılarak yapılan hesaplamada etki büyüklüğü $r:0,49$ olarak bulunmuş olup, %95 güç, 0,05 alfa değeri ve %5 hata payı ile yapılan hesaplama sonuçlarına göre, 40 hasta ile çalışılması gerektiğı belirlenmiştir.

Etik kurul onayının alınması ardından Ocak 2023 tarihinde başlanan araştırmamıza, 40 hastanın katılması sağlanmıştır. Çalışmaya katılımcı alımı, Mart 2023'de sonlandırılmıştır.

İlk kez OKB tanısı alan veya daha önce OKB tanısı aldıysa psikiyatrik tedavi almıyor olan veya tedavi alıyorsa; antidepresan tedavi başladıktan sonra geçen süre en fazla bir ay olan, okuma-yazma bilen, 18-65 yaş aralığında olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil etme, hariç tutma kriterlerine uygun kişilerin alınması planlanmıştır. OKB tanısı DSM-5 tanı kriterlerine göre konulmuştur.

Obsesif Kompulsif belirti şiddeti Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğı (YBOKÖ) ile, duygu düzenlemede güçlük düzeyi Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeğı (DDZÖ) ile, dürtüsellik düzeyi Barratt Dürtüsellik Ölçeğı Kısa Formu (BDÖ-11-Kf) ile, yaşam kalitesi düzeyi Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğı Kısa Formu Türkçe Sürümü (WHOQOL-BREF TR) ile, anksiyete belirtileri düzeyi Beck Anksiyete Ölçeğı (BECK-A) ile ve depresyon belirtileri düzeyi Beck Depresyon

Ölçeği (BECK-D) ile değerlendirilmiştir. Tedavi kılavuzları, OKB tedavisinde ilaç tedavisine başlandıktan 4-6 hafta sonrasına kadar önemli bir iyileşme yaşanmadığını ve tedaviye yanıt vermesi beklenen bazı hastalarda 10-12 haftaya kadar çok az iyileşme görüldüğünü belirtmektedir (109). Farmakoterapinin karıştırıcı etkisini önlemek için, 1 aydan daha uzun süredir OKB tanısıyla antidepresan ilaç kullanımı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.1.1. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 18-65 yaş aralığında olması,
2. Okur-yazar olması,
3. DSM-5'e göre OKB tanı ölçütlerini karşılamış olması,
4. Çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü olur formunu imzalamış olması,
5. Ölçeklerin uygulanması için yeterli bilişsel kapasiteye sahip olması,
6. Psikiyatrik tedavi almıyor olması veya tedavi alıyorsa; antidepresan tedavi başlandıktan sonra geçen sürenin en fazla 1 ay olması.

3.1.2. Gönüllülerin Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. Geçirilmiş kafa travması, kognisyonu ve motor fonksiyonları bozabilecek genel duruma bağlı nörolojik ve/veya tıbbi hastalığı (amnestik bozukluklar, MS, romatolojik hastalıklar, HIV, mental retardasyon) bulunması,
2. Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu veya bilişsel kusuru olması,
3. Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalığı olması,
4. Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olması,
5. SCID-5'e göre OKB dışında Eksen-1'e ait ruhsal bozukluk tanısının olması,
6. Aktif psikiyatrik tedavi (psikoterapi, antipsikotik ilaç, duygudurum dengeleyici ilaç, anksiyolitik ilaç) alıyor olması (antidepresan tedavinin ilk 1 ayı hariç).

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Aydınlatılmış Onam Formu

Tüm katılımcılara, klinik görüşme ve planlanan ölçekler uygulanmadan önce etik kurul tarafınca uygun bulunan bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Tüm

katılımcıların çalışma hakkında anlaşılır bir dil ile detaylı bilgilendirilmesi sonrasında imzalı onamları alınmıştır.

3.2.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen İçin (SCID-5-CV)

Görüşmeci tarafından uygulanan bir klinik görüşme ölçeğidir ve tanı koyma aracı olarak oluşturulmuştur. Bu yapılandırılmış görüşmede 32 tanısal kategori ayrıntılı tanı ölçütleriyle, 16 tanısal kategori ise yalnızca araştırmacı sorularıyla yer almaktadır. Toplam 10 modülden oluşmaktadır: duygudurum dönemleri, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozuklukları. Ülkemizde yaygın olarak kullanılan, DSM-5 için hazırlanmış, DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonunun (SCID-5/CV) Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmıştır (110,111). Araştırmamızda SCID-5, dışlama kriterlerinde bulunan durumların belirlenmesi amacıyla kullanılmıştır.

3.2.3. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanmış formdur. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı, ek tıbbi hastalık öyküsü, aile öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik tedavi öyküsü, self mutilatif davranış ve intihar davranışı öyküsü gibi bilgileri içermektedir.

3.2.4. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ)

OKB tanılı hastalarda obsesif kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla, psikopatoloji bilen bir görüşmeci tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir (110). Toplam 19 maddeden oluşmaktadır, ancak semptom şiddetini ölçmek amacıyla yalnızca ilk 10 madde kullanılmaktadır. Ölçeğin yanında, geçmişteki ve şu andaki semptomların tanınmasına yardımcı olan YBOKÖ Semptom Kontrol Listesi bulunmaktadır. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması;

Karamustafalıoğlu ve ark. (1993) ve Tek ve ark. (1995) tarafından yapılmıştır (112,113).

3.2.5. Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği (DDZÖ)

Duygu düzenlemede yaşanan zorlukları değerlendirmek için Gratz ve Roemer tarafından geliştirilmiştir (3). Ölçek 36 maddeden oluşmuştur ve netlik, farkındalık, kabul, dürtü, amaç ve strateji olmak üzere altı alt boyut içermektedir. Yüksek puanlar bu alanlarda daha fazla zorluk yaşandığını gösterir. DDZÖ'nün tüm ölçek için iç tutarlılık katsayısı 0,93 ve alt boyutlar için 0,80-0,89 arasındadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Rugancı ve Gençöz tarafından yapılmıştır (114). Bu çalışmada tüm ölçek için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,8 ve alt faktörleri için 0,67-0,84 arasındadır.

3.2.6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BDÖ-11-Kf)

Barratt tarafından 1959 yılında bireylerin dürtüselliklerini ölçmek amacıyla geliştirilen (Patton, Stanford ve Barratt, 1995) Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Güleç ve ark. (2008) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik – güvenilirlik çalışması yapılmıştır (86,115). Ölçek, 4'lü Likert tipinde toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddenin seçenekleri şu şekildedir; 1 – nadiren, 2 – bazen, 3 – sıklıkla ve 4 – her zaman. 4 yüksek dürtüsellığe işaret etmektedir. Ölçeğin cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı öğrenciler için 0,78, hastalar için ise 0,81 olarak bulunmuştur. BDÖ-11-Kf ölçeğinin üç alt boyutu bulunmaktadır. İlk boyut olan dikkatsel dürtüsellik, ikinci boyut olan devinimsel (motor) dürtüsellik ve son boyut olan plansızlık dürtüselliklerinden oluşmaktadır. Ölçekte, ölçeğin geneli ve alt boyutlarına yönelik olmak üzere dört farklı puan (toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik) elde edilmektedir. Ölçekte yer alan bazı maddeler, cevap yanlışlığından kaçınmak için ters kodlanmıştır. Ölçek puanı hesaplanırken maddelerde elde edilen puanlar toplanır. Toplam puan yükseldikçe dürtüsellik derecesi de artmaktadır.

3.2.7. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü (WHOQOL-BREF TR)

WHOQOL-BREF, çeşitli ülkelerden başlangıçta 15 merkezin katkısıyla DSÖ tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır (116). WHOQOL-BREF, orijinal ölçekteki (WHOQOL-100) genel bölümden iki, geri kalan 24 bölümden de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 26 soruluk bir ölçektir. WHOQOL-BREF, uzun ölçeğin aksine 4 boyuttan oluşmuştur. Bu boyutlar: fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre boyutlarıdır. Ölçeğin WHOQOL-100'de olduğu gibi ayrı ayrı 34 bölümü yoktur. Bu ölçeğin de toplam skoru yoktur. Her bir boyut maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Bu skorlamalardan hangisinin kullanılacağı araştırmacının tercihidir. Skorların herhangi bir kesme noktası yoktur. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Türkçe sürümün geçerlilik ve güvenilirliği, Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (117).

3.2.8. Beck Anksiyete Ölçeği (BECK-A)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen likert tipi bir öz bildirim ölçeği olan Beck Anksiyete Ölçeği, anksiyete düzeyini, belirti dağılımını ve şiddetini belirlemek için kullanılmakta ve 21 maddeden oluşmaktadır (118). Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (119). Puanlama 0-63 arasındadır. 0-7 puan minimal, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta ve 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri olduğunu göstermektedir.

3.2.9. Beck Depresyon Ölçeği (BECK-D)

Beck ve arkadaşları tarafından, depresyonda görülen bilişsel, duygusal, bedensel ve motivasyonel belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir (120). Beck Depresyon Ölçeği'ni dolduran kişi, uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi işaretler. BECK-D'de 21 belirti kategorisinin her biri 0-3 arasında puanlanır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Depresyonun şiddeti 4 derecede değerlendirilir; 5-9 puanlar arası normal, 10-18 puanlar arası hafif, 19-29 puanlar arası orta ve 30-63 puanlar arası şiddetli depresyonu göstermektedir. Türkçe'ye uyarlaması Hisli tarafından yapılmış, kesme puanı

17 olarak kabul edilmiştir (121).

3.3. ETİK KURULU ONAYI

Bu araştırma, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.01.2023 tarihli kararı ile onaylanmıştır.

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 25.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Kategorik değişkenler Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. Normal dağılım gösteren (parametrik) değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Bağımsız T testi, ikiden fazla grup arasında değerlendirilirken ANOVA kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Pearson korelasyon testinden faydalanılmıştır. P-değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

4.1. ÖRNEKLEMİN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Tablo 1’ de katılımcıların sosyodemografik verileri incelenmiştir. Çalışmaya yaşları 18 ile 52 arasında değişen 40 kişi katılmıştır. Yaş ortalamaları $29,23 \pm 9,32$ olup katılımcıların %65’i kadın, %35’i erkektir. Katılımcıların %70’i lise mezunu ve altı eğitim düzeyine sahipken, %30’u üniversite mezunu ve üzeri eğitim düzeyi bildirmiştir. Katılımcıların %47,50’si aktif olarak çalıştığını bildirmiştir. Katılımcıların %55’i gelirinin 5000 TL veya altı olduğunu, %25’i 10000 TL veya üzeri olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %42,50’si evli olup, %27,50’sinin çocuğu vardır. Katılımcıların %7,50’si tek başına yaşadığını, %40’ı anne ve babası ile birlikte yaşadığını, %27,50’si eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığını bildirmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n/ort $\pm$ s.s.	%/Medyan (Min-Max)
*Yaş		29,23 $\pm$ 9,32	27 (18-52)
Cinsiyet	Kadın	26	(65,00)
	Erkek	14	(35,00)
Eğitim düzeyi	İlköğretim/Lise	28	(70,00)
	Üniversite/Yükseklisans/Doktora	12	(30,00)
Çalışma durumu	Çalışmıyor	11	(27,50)
	Çalışıyor	19	(47,50)
	Diğer	10	(25,00)
Ortalama aylık gelir	5000 TL veya altı	22	(55,00)
	5000-10000 TL arası	8	(20,00)
	10000 TL veya üstü	10	(25,00)
Medeni durum	Bekar	23	(57,50)
	Evli	17	(42,50)
Çocuğunuz var mı?	Hayır	29	(72,50)
	Evet	11	(27,50)
Birlikte yaşadığı kişiler	Tek başına yaşıyor	3	(7,50)

	Anne ve baba ile birlikte yaşıyor	16	(40,00)
	Eşi ve çocukları ile birlikte yaşıyor	11	(27,50)
	Eşi ile birlikte yaşıyor	6	(15,00)
	Diğer	4	(10,00)

*N yerine ort $\pm$ ss, % yerine Medyan (Minimum-Maksimum) kullanılmıştır.

Tablo 2’de katılımcıların alışkanlıklarına ait özellikler incelenmiştir. Katılımcıların %42,50’sinde sigara kullanımı, %5’inde alkol kullanımı vardır. Katılımcıların hiçbiri madde kullanımı veya bağımlılık düzeyinde alkol kullanımı tariflememiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların alışkanlıklarına dair veriler

	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
Sigara kullanımınız var mı?	23	(57,50)	17	(42,50)
Alkol kullanımınız var mı?	38	(95,00)	2	(5,00)
Psikoaktif madde kullanımınız var mı?	40	(100,00)	0	(,00)

Katılımcıların %30’u bedensel bir hastalığının olduğunu bildirmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların ek tıbbi hastalık varlığına dair özellikleri

	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
Bilinen tıbbi bir hastalığınız var mı?	28	(70,00)	12	(30,00)

Tablo 4’te hastaların klinik özellikleri incelenmiştir. Katılımcıların ortalama OKB tanı süresi 4,54 $\pm$ 6,27 yıldır. Katılımcıların %80’inin daha önceden bilinen OKB tanısı bulunuyordu. Hastalığın başlaması ile ilk defa psikiyatriye başvurmaları arasında geçen süre ortalama 10,8 $\pm$ 7,23 yıldır (Tablo 4).

Tablo 4: Katılımcıların klinik özellikleri

		n/ort $\pm$ s.s.	%/Medyan (Min-Max)
*OKB tanınız ne kadar süredir (yıl olarak) var?		4,54 $\pm$ 6,27	2 (0-23)
İlk başvuru ile mi OKB tanısı aldınız?	Hayır	32	(80,00)
	Evet	8	(20,00)

*Hastalığınızın başlaması ile ilk defa psikiyatriye başvurmanız arasında geçen süre (yıl olarak) ne kadar?	10,8±7,23	9 (2-28)
--	-----------	----------

**N yerine ort±ss, % yerine Medyan (Minimum-Maksimum) kullanılmıştır. OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk*

Tablo 5'te hastaların güncel psikiyatrik tedavi öyküsüne dair veriler incelenmiştir. Şu anda herhangi bir psikiyatrik tedavi alıyor olduğunu bildiren katılımcıların %100'ü ilaç tedavisi alıyor olduğunu bildirmiştir. Şu anda psikoterapi alıyor olduğunu bildiren katılımcı yoktur (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların güncel psikiyatrik tedavi öyküsüne dair veriler

	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
Şu anda herhangi bir psikiyatrik tedavi alıyor musunuz?	23	(57,50)	17	(42,50)
Şu anda ilaç tedavisi alıyor musunuz?	23	(57,50)	17	(42,50)
Şu anda psikoterapi alıyor musunuz?	40	(100,00)	0	(,00)

Tablo 6'da hastaların geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsüne dair veriler incelenmiştir. Hastaların %70'i daha önce herhangi bir psikiyatrik tedavi öyküsü olduğunu, %67,50'si daha önce ilaç tedavisi kullandığını, %25'i daha önce psikoterapi öyküsü olduğunu bildirmiştir (Tablo 6).

Tablo 6: Katılımcıların geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsüne dair veriler

	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
Daha önce herhangi bir psikiyatrik tedavi öykünüz oldu mu?	12	(30,00)	28	(70,00)
Daha önce ilaç tedavisi öykünüz oldu mu?	13	(32,50)	27	(67,50)
Daha önce psikoterapi öykünüz oldu mu?	30	(75,00)	10	(25,00)

Psikiyatrik hastalık sebebiyle hastanede yatış öyküsü olduğunu hastaların %2,50'si (n=1) bildirmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Katılımcıların psikiyatrik hastalık nedeniyle hastane yatış öyküsüne dair veriler

	Hayır		Evet	
	n	%	n	%

Psikiyatrik hastalık sebebiyle hastanede yatışınız oldu mu?	39	(97,50)	1	(2,50)
---	----	---------	---	--------

Tablo 8’de katılımcıların ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne dair veriler incelenmiştir. Katılımcıların %50’si birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık tanısı olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %25’inde birinci derece akrabalarında OKB tanısı vardır (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların ailede psikiyatrik hastalık öyküsüne dair veriler

	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
Birinci derece akrabalarınızda psikiyatrik tedavi gören bir kimse var mı?	20	(50,00)	20	(50,00)
Birinci derece akrabalarınızda depresif epizod tanısı olan bir kimse var mı?	34	(85,00)	6	(15,00)
Birinci derece akrabalarınızda anksiyete bozukluğu tanısı olan bir kimse var mı?	34	(85,00)	6	(15,00)
Birinci derece akrabalarınızda OKB tanısı olan bir kimse var mı?	30	(75,00)	10	(25,00)
Birinci derece akrabalarınızda bipolar bozukluk tanısı olan bir kimse var mı?	39	(97,50)	1	(2,50)

4.2. İNTİHAR DAVRANIŞI VE SELF MUTİLATİF DAVRANIŞ İLE İLGİLİ VERİLER

Tablo 9’da katılımcıların intihar davranışı ve self mutilatif davranışlarına dair veriler incelenmiştir. Katılımcıların %27,50’si şimdiye kadar intihar amacı olmaksızın fiziksel olarak kendine zarar verme davranışı olduğunu, %12,50’si daha önce intihar girişimi olduğunu bildirmiştir (Tablo 9).

Tablo 9: Katılımcıların intihar davranışı ve self mutilatif davranışlarına dair veriler

	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
Şimdiye kadar intihar amacı olmaksızın fiziksel olarak kendinize zarar verme davranışınız oldu mu?	29	(72,50)	11	(27,50)
Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?	35	(87,50)	5	(12,50)

4.3. ÖRNEKLEMİN PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLERİNE DAİR VERİLER

Katılımcıların YBOKÖ, BDÖ-11-Kf, WHOQOL-BREF TR, DDZÖ, Beck-A, Beck-D ortalama skorları Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların toplam ve alt ölçek skorları

	Ort±s.s./n	Medyan (Min-Max)/%
YBOKÖ		
Obsesyon	10,28±3	10 (3-17)
Kompulsiyon	9,85±2,73	10 (3-15)
Total	20,12±5,37	20 (6-31)
BDÖ-11-Kf		
Plan yapmama	10,02±2,54	10 (5-15)
Dikkat dürtüselliği	9,95±3,41	9 (5-18)
Motor dürtüsellik	9,75±3,09	9,5 (5-17)
Total	29,72±6,79	29 (17-46)
WHOQOL-BREF TR		
Genel sağlık	33,44±24,9	25 (0-75)
Fiziksel sağlık	56,43±18,81	55,36 (21,43-96,43)
Psikolojik	45±20,04	45,83 (12,5-87,5)
Sosyal ilişkiler	43,13±27,66	41,67 (0-100)
Çevre	54,86±16,13	54,29 (25,71-82,86)
DDZÖ		
Farkındalık	14,37±3,62	14 (6-24)
Açıklık	13,28±4,36	13 (5-25)
Kabul etmeme	16,2±7,59	14,5 (6-30)
Dürtü kontrolü	17,25±6,2	17,5 (7-29)
Amaçlar	18,25±5,21	19 (8-25)
Stratejiler	23,83±8,46	23,5 (8-40)
Total	103,18±29,78	106,5 (47-163)
Beck-Anksiyete Ölçeği		
<i>Düşük</i>	6	(15,00)
<i>Hafif</i>	8	(20,00)
<i>Orta</i>	8	(20,00)
<i>Yüksek</i>	18	(45,00)

Beck-Depresyon Ölçeği	24,1±11,9	23,5 (1-50)
Minimal	5	(12,50)
Hafif	7	(17,50)
Orta	14	(35,00)
Şiddetli	14	(35,00)

YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Katılımcıların YBOKÖ semptom listesine dair verileri aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği semptom listesine dair verileri

YBOKÖ semptom listesi	Yok		Var	
	n	%	n	%
Şimdi/geçmişte saldırganlık obsesyonları	15	(37,50)	25	(62,50)
Şimdi/geçmişte kirlenme obsesyonları	11	(27,50)	29	(72,50)
Şimdi/geçmişte cinsel obsesyonlar	33	(82,50)	7	(17,50)
Biriktirme/saklama obsesyonları	29	(72,50)	11	(27,50)
Dini obsesyonlar	18	(45,00)	22	(55,00)
Eşyaların simetrikliği ve düzeni ile ilgili obsesyonlar	17	(42,50)	23	(57,50)
Diğer obsesyonlar	10	(25,00)	30	(75,00)
Şüphe/emîn olamama	18	(45,00)	22	(55,00)
Somatik obsesyonlar	31	(77,50)	9	(22,50)
Şimdi/geçmişte temizleme/yıkama kompulsiyonları	13	(32,50)	27	(67,50)
Kontrol etme	18	(45,00)	22	(55,00)
Tekrarlayıcı törensel davranışlar	16	(40,00)	24	(60,00)
Sayma kompulsiyonları	21	(52,50)	19	(47,50)
Sıralama/düzenleme kompulsiyonları	30	(75,00)	10	(25,00)
Biriktirme/toplama kompulsiyonları	33	(82,50)	7	(17,50)

Diğer kompulsiyonlar	18	(45,00)	22	(55,00)
----------------------	----	---------	----	---------

4.4. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLERİN İLİŞKİSİ

Hasta yaşı ile ölçekler arasındaki korelasyon incelenmiştir. Yaş ile YBOKÖ total skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) aynı yönlü ilişki saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12: Yaş değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Hasta yaşı	
	r	p
YBOKÖ		
Obsesyon	0,306	0,055
Kompulsiyon	0,284	0,075
Total	0,315	0,048
BDÖ-11-Kf		
Plan yapmama	0,106	0,515
Dikkat dürtüselliği	-0,117	0,474
Motor dürtüsellik	-0,243	0,132
Total	-0,130	0,425
WHOQOL-BREF TR		
Genel sağlık	-0,285	0,075
Fiziksel sağlık	-0,295	0,065
Psikolojik	-0,262	0,103
Sosyal ilişkiler	-0,180	0,265
Çevre	-0,213	0,187
DDZÖ		
Farkındalık	0,035	0,828
Açıklık	-0,184	0,256
Kabul etmeme	0,080	0,626
Dürtü kontrolü	-0,053	0,745
Amaçlar	-0,124	0,447
Stratejiler	0,010	0,950
Total	-0,032	0,844
Beck-Anksiyete Ölçeği	0,043	0,792
Beck-Depresyon Ölçeği	0,303	0,057

$p < 0,05$ düzeyinde anlamlıdır. $r < 0,29$ çok zayıf, $0,30 \leq r < 0,50$ zayıf, $0,50 \leq r < 0,70$ orta, $0,70 \leq r < 0,90$ yüksek, $r \geq 0,90$ çok yüksek ilişki derecesini gösterir.

Pearson Korelasyon Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Cinsiyet değişkeni açısından kadınlar ile erkekler arasında psikometrik ölçeklerin total ve alt ölçek skorları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Cinsiyet değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Kadın		Erkek		p
	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	
YBOKÖ					
Obsesyon	10,62±2,43	10 (9-12)	9,64±3,86	10 (8-12)	0,334
Kompulsiyon	9,92±2,13	10 (9-11)	9,71±3,69	10 (10-12)	0,821
Total	20,54±4,14	20 (18-24)	19,36±7,25	20 (17-22)	0,514
BDÖ-11-Kf					
Plan yapmama	10,15±2,78	10,5 (9-12)	9,79±2,08	9,5 (8-11)	0,667
Dikkat dürtüsellliği	9,65±3,19	9 (8-11)	10,5±3,86	9,5 (7-14)	0,462
Motor dürtüsellik	9,46±3,02	9 (7-11)	10,29±3,27	10,5 (8-12)	0,429
Total	29,27±6,49	29 (25-35)	30,57±7,48	29 (26-36)	0,569
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	29,33±24,73	25 (12,5-50)	41,07±24,23	43,75 (25-62,5)	0,157
Fiziksel sağlık	53,43±18,86	50 (39,29-67,86)	61,99±18,08	62,5 (46,43-78,57)	0,173
Psikolojik	42,63±20,08	43,75 (25-58,33)	49,4±19,94	47,92 (33,33-66,67)	0,314
Sosyal ilişkiler	48,4±25,93	50 (33,33-66,67)	33,33±29,05	33,33 (0-50)	0,101
Çevre	53,74±17,67	52,86 (40-71,43)	56,94±13,14	58,57 (42,86-68,57)	0,556
DDZÖ					
Farkındalık	14,92±4,22	14,5 (12-18)	13,36±1,82	13 (12-15)	0,112
Açıklık	12,81±3,2	13 (11-15)	14,14±6,01	13,5 (9-21)	0,449
Kabul etmeme	15,92±6,87	15 (9-20)	16,71±9,02	14 (8-27)	0,777
Dürtü kontrolü	17,92±5,66	18,5 (14-23)	16±7,15	14,5 (11-21)	0,356
Amaçlar	18,92±5,07	19 (16-25)	17±5,42	18 (13-22)	0,271
Stratejiler	24,19±8,54	24,5 (19-30)	23,14±8,6	22,5 (15-29)	0,714
Total	104,69±28,73	109 (91-123)	100,36±32,57	99 (75-126)	0,666
Beck-Anksiyete Ölçeği	24,69±12,96	24,5 (14-36)	20,21±13,92	21 (6-30)	0,316
Beck-Depresyon Ölçeği	25,15±10,08	25 (16-33)	22,14±14,92	21,5 (9-26)	0,452

Bağımsız T Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Eğitim düzeyi değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Lise mezunu ve altı eğitim düzeyinde olanların BDÖ-11-Kf plan yapmama alt ölçek puanları üniversite mezunu ve üzeri eğitim düzeyinde olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksektir (Tablo 14).

Tablo 14: Eğitim düzeyi değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Hasta eğitim düzeyi				p
	İlköğretim/Lise		Üniversite/Yükseklisans/Doktora		
	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	
YBOKÖ					
Obsesyon	10,32±3,29	10 (9-12)	10,17±2,29	10 (8,5-11,5)	0,883
Kompulsiyon	9,82±3,12	10 (8,5-12)	9,92±1,62	10 (9-10,5)	0,921
Total	20,14±5,99	20 (17,5-24)	20,08±3,75	20 (17,5-21)	0,975
BDÖ-11-Kf					
Plan yapmama	10,61±2,5	11 (9-12,5)	8,67±2,15	9 (7-10)	0,025
Dikkat dürtüsellığı	9,71±3,3	8,5 (7-12)	10,5±3,75	10 (7,5-13)	0,512
Motor dürtüsellik	9,43±2,87	9 (7-11)	10,5±3,58	10 (8-13)	0,322
Total	29,75±6,6	29 (25,5-33)	29,67±7,51	28,5 (24,5-36,5)	0,972
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	32,59±26,43	25 (12,5-56,25)	35,42±21,87	25 (25-50)	0,747
Fiziksel sağlık	55,1±20,02	50 (39,29-69,65)	59,52±16	60,71 (44,64-69,65)	0,503
Psikolojik	44,94±20,55	47,92 (31,25-58,33)	45,14±19,69	41,67 (25-64,59)	0,977
Sosyal ilişkiler	41,07±27,3	41,67 (20,84-58,33)	47,92±29,11	50 (29,17-70,84)	0,480
Çevre	54,49±15,41	52,86 (42,86-70)	55,72±18,38	62,86 (38,58-70)	0,829
DDZÖ					
Farkındalık	14,11±3,83	14 (11-16)	15±3,13	14,5 (12,5-18)	0,482
Açıklık	13,39±4	13,5 (11,5-15)	13±5,29	12,5 (8,5-16)	0,798
Kabul etmeme	16,89±7,67	15 (9-24,5)	14,58±7,46	12,5 (8-19)	0,384
Dürtü kontrolü	17,36±6,03	17,5 (12,5-21)	17±6,84	16,5 (10,5-23)	0,870
Amaçlar	18,39±5,43	19 (14,5-23)	17,92±4,87	17,5 (14,5-22)	0,795
Stratejiler	24,21±8,96	23,5 (19,5-30,5)	22,92±7,46	24 (16,5-28,5)	0,663
Total	104,36±30,8	106,5 (91-123)	100,42±28,36	106,5 (75-125,5)	0,707
Beck-Anksiyete Ölçeği	24±12,91	27 (14,5-34)	21,08±14,54	20,5 (8,5-29,5)	0,532
Beck-Depresyon Ölçeği	25,79±12,29	24,5 (19-33,5)	20,17±10,35	18 (10-30,5)	0,174

Bağımsız T Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Çalışma durumuna göre YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon ve total skorları, BDÖ-11-Kf total skoru ve alt ölçek puanları, WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanları, DDZÖ total skoru ve alt ölçek puanları, BECK-A ve BECK-D puanları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15: Çalışma durumu değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

		Hasta çalışma durumu			p
		Çalışmıyor	Çalışıyor	Diğer	
YBOKÖ					
Obsesyon	Ort±s.s.	10,45±2,34	10,58±3,2	9,5±3,37	0,648
	Medyan (IQR)	11 (9-12)	10 (9-13)	9,5 (8-12)	
Kompulsiyon	Ort±s.s.	9,82±1,89	10,42±3,08	8,8±2,74	0,323
	Medyan (IQR)	10 (9-11)	10 (9-13)	9,5 (8-10)	
Total	Ort±s.s.	20,27±4,05	21±6,04	18,3±5,33	0,445
	Medyan (IQR)	21 (19-21)	20 (18-25)	19 (17-20)	
BDÖ-11-Kf					
Plan yapmama	Ort±s.s.	10,73±2,49	9,05±2,41	11,1±2,33	0,062
	Medyan (IQR)	11 (10-12)	9 (7-11)	11,5 (9-13)	
Dikkat dürtüselliği	Ort±s.s.	10,18±3,54	9,37±3,02	10,8±4,08	0,554
	Medyan (IQR)	9 (8-11)	9 (7-12)	8,5 (8-14)	
Motor dürtüsellik	Ort±s.s.	8,45±1,86	10,26±3,05	10,2±4,02	0,270
	Medyan (IQR)	9 (6-10)	10 (8-12)	10 (6-13)	
Total	Ort±s.s.	29,36±5,26	28,68±6,77	32,1±8,27	0,438
	Medyan (IQR)	29 (25-33)	28 (22-36)	28 (26-40)	
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	Ort±s.s.	25±23,72	34,87±25,2	40±25,55	0,374
	Medyan (IQR)	25 (0-50)	25 (12,5-50)	50 (12,5-62,5)	
Fiziksel sağlık	Ort±s.s.	50,65±16,35	56,2±20,58	63,21±17,26	0,318
	Medyan (IQR)	42,86 (39,29-67,86)	57,14 (39,29-71,43)	64,29 (50-78,57)	
Psikolojik	Ort±s.s.	38,64±21,58	47,59±19,9	47,08±19,05	0,476
	Medyan (IQR)	33,33 (20,83-58,33)	45,83 (33,33-62,5)	50 (37,5-58,33)	
Sosyal ilişkiler	Ort±s.s.	39,39±30,53	47,81±26,91	38,33±27,27	0,605

	Medyan (IQR)	33,33 (25-50)	50 (33,33-66,67)	41,67 (16,67-58,33)	
Çevre	Ort±s.s.	50,91±17,23	57,14±15,45	54,86±17,03	0,606
	Medyan (IQR)	42,86 (37,14-71,43)	62,86 (42,86-68,57)	51,43 (42,86-71,43)	
DDZÖ					
Farkındalık	Ort±s.s.	14,55±3,42	14,26±3,46	14,4±4,45	0,980
	Medyan (IQR)	15 (11-17)	14 (12-16)	13 (11-16)	
Açıklık	Ort±s.s.	11,91±3,96	13,37±4,74	14,6±3,98	0,376
	Medyan (IQR)	11 (9-15)	14 (9-15)	13,5 (12-17)	
Kabul etmeme	Ort±s.s.	15,73±4,54	16,68±8,65	15,8±8,72	0,932
	Medyan (IQR)	17 (12-20)	14 (8-25)	11,5 (8-27)	
Dürtü kontrolü	Ort±s.s.	17±4,52	16,95±7,2	18,1±6,24	0,887
	Medyan (IQR)	18 (14-21)	17 (10-24)	17 (12-23)	
Amaçlar	Ort±s.s.	18,36±4,08	17,47±5,47	19,6±6	0,590
	Medyan (IQR)	19 (17-21)	18 (13-22)	20,5 (18-25)	
Stratejiler	Ort±s.s.	23,55±6,86	23,32±8,78	25,1±10,08	0,864
	Medyan (IQR)	24 (20-29)	23 (15-30)	27 (15-31)	
Total	Ort±s.s.	101,09±22,5	102,05±32,67	107,6±33,4	0,866
	Medyan (IQR)	103 (91-119)	105 (73-127)	109 (75-126)	
Beck-Anksiyete	Ort±s.s.	23,36±9,94	21,11±15,34	26,7±12,76	0,571
	Medyan (IQR)	25 (16-31)	17 (8-30)	32 (15-38)	
Beck-Depresyon	Ort±s.s.	27,36±10,47	22,95±13,72	22,7±9,86	0,576
	Medyan (IQR)	30 (16-34)	24 (10-33)	21,5 (19-26)	

ANOVA, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği, Beck-Anksiyete: Beck Anksiyete Ölçeği, Beck-Depresyon: Beck Depresyon Ölçeği

Bekar ile evli olanlar arasında YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon ve total skorları, BDÖ-11-Kf total skoru ve alt ölçek puanları, WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanları, DDZÖ total skoru ve alt ölçek puanları, BECK-A ve BECK-D puanlarının farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Evli olanlarda YBOKÖ obsesyon ve YBOKÖ total puanları bekar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (sırasıyla p=0,037, p=0,042) daha yüksek bulunmuştur. Evli olanlarda BDÖ-11-Kf total skoru ve dikkat dürtüsellliği, motor dürtüsellik alt ölçek puanları bekar olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (sırasıyla p=0,026, p=0,020, p=0,049)

daha düşük bulunmuştur. Bekar olanlarda WHOQOL-BREF TR fiziksel sağlık alt ölçek puanları evli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksektir (Tablo 16).

Tablo 16: Medeni durum değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Hasta medeni durum				p
	Bekar		Evli		
	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	
YBOKÖ					
Obsesyon	9,43±2,76	10 (8-11)	11,41±3	12 (9-13)	0,037
Kompulsiyon	9,22±2,54	10 (8-10)	10,71±2,82	10 (9-13)	0,089
Total	18,65±4,79	19 (17-21)	22,12±5,6	21 (20-26)	0,042
BDÖ-11-Kf					
Plan yapmama	10,17±2,48	10 (9-12)	9,82±2,67	10 (8-11)	0,672
Dikkat dürtüsellliği	10,96±3,74	10 (8-14)	8,59±2,4	8 (7-10)	0,020
Motor dürtüsellik	10,52±3,5	11 (7-13)	8,71±2,11	9 (6-10)	0,049
Total	31,65±7,33	31 (26-38)	27,12±5,09	29 (24-29)	0,026
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	36,96±24,27	25 (25-50)	28,68±25,68	25 (12,5-50)	0,305
Fiziksel sağlık	61,65±17,86	60,71 (50-78,57)	49,37±18,22	42,86 (39,29-67,86)	0,040
Psikolojik	45,83±20,22	50 (25-58,33)	43,87±20,36	45,83 (29,17-58,33)	0,764
Sosyal ilişkiler	40,22±27,6	41,67 (16,67-58,33)	47,06±28,1	41,67 (33,33-66,67)	0,447
Çevre	54,16±17	54,29 (42,86-71,43)	55,8±15,32	57,14 (42,86-68,57)	0,755
DDZÖ					
Farkındalık	14,78±4,02	14 (12-18)	13,82±3,03	14 (12-16)	0,415
Açıklık	14,13±4,55	14 (12-17)	12,12±3,94	13 (9-14)	0,151
Kabul etmeme	15,22±7,66	12 (8-21)	17,53±7,5	17 (13-24)	0,347
Dürtü kontrolü	17,74±6,21	18 (12-23)	16,59±6,31	17 (11-21)	0,568
Amaçlar	19,09±5,32	19 (17-24)	17,12±5	17 (13-20)	0,242

Stratejiler	24±8,22	25 (18-29)	23,59±9,04	23 (19-30)	0,881
Total	104,96±29,4	110 (77-124)	100,76±31,02	99 (86-123)	0,666
Beck-Anksiyete Ölçeği	23,57±13,97	25 (10-36)	22,53±12,74	23 (11-30)	0,811
Beck-Depresyon Ölçeği	21,83±10,56	23 (16-30)	27,18±13,2	26 (15-34)	0,162

Bağımsız T Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü değişkeni açısından psikometrik ölçeklerin total ve alt ölçek skorları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17: Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü değişkeni açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Birinci derece akrabalarınızda psikiyatrik tedavi gören bir kimse var mı?				p
	Hayır		Evet		
	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	
YBOKÖ					
Obsesyon	10,05±3,66	10 (8-12)	10,5±2,21	10 (9-12)	0,641
Kompulsiyon	9,8±3,12	10 (8,5-12)	9,9±2,36	10 (9-11)	0,910
Total	19,85±6,63	20 (17-24)	20,4±3,89	20 (17,5-21,5)	0,751
BDÖ-11-Kf					
Plan yapmama	10,15±2,43	11 (8,5-12)	9,9±2,69	10 (7,5-12)	0,760
Dikkat dürtüselliği	10,2±3,49	9 (7-13)	9,7±3,4	9 (7,5-11,5)	0,649
Motor dürtüsellik	9,9±3,54	10 (6,5-11,5)	9,6±2,66	9 (7,5-11,5)	0,764
Total	30,25±7,68	28 (24,5-37)	29,2±5,91	29 (26,5-34)	0,631
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	37,5±25,97	50 (12,5-56,25)	29,38±23,74	25 (12,5-43,75)	0,308
Fiziksel sağlık	58,03±19,24	55,36 (41,08-76,79)	54,82±18,73	55,36 (39,29-67,86)	0,596
Psikolojik	47,5±19,79	43,75 (33,33-62,5)	42,5±20,48	47,92 (25-58,33)	0,437
Sosyal ilişkiler	45±30,4	41,67 (25-70,84)	41,25±25,29	50 (20,84-58,33)	0,674
Çevre	53,72±13,74	48,57 (42,86-65,72)	56±18,5	58,57 (40-71,43)	0,660
DDZÖ					
Farkındalık	14,25±3,45	14 (11,5-16)	14,5±3,87	14 (12,5-17,5)	0,830
Açıklık	13,6±4,88	15 (10,5-16,5)	12,95±3,87	12,5 (11-14)	0,644
Kabul etmeme	16,4±8,89	14,5 (8-27)	16±6,24	15,5 (11,5-20,5)	0,870
Dürtü kontrolü	16,55±6,92	16 (10,5-22)	17,95±5,47	18,5 (13-22)	0,482
Amaçlar	17,9±5,03	18,5 (14,5-21,5)	18,6±5,5	19,5 (14,5-23,5)	0,677

Stratejiler	23,75±9,26	23 (16,5-29,5)	23,9±7,83	24,5 (19-29,5)	0,956
Total	102,45±33,46	102 (76-126)	103,9±26,45	109 (88,5-123)	0,880
Beck-Anksiyete Ölçeği	23,8±13,9	23,5 (13-34)	22,45±13	25 (9,5-33)	0,753
Beck-Depresyon Ölçeği	23,2±13,37	22,5 (13-32)	25±10,49	25,5 (15,5-33,5)	0,638

Bağımsız T Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

4.5. KLİNİK VERİLERLE PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLERİN İLİŞKİSİ

OKB tanı süresi ile psikometrik ölçekler arasındaki korelasyon araştırılmıştır. Analiz sonucunda, OKB tanı süresi ile WHOQOL-BREF TR psikolojik alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ters yönlü ilişki saptanmıştır. OKB tanı süresi ile Beck Depresyon Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) aynı yönlü ilişki saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18: OKB tanı süresi açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	OKB tanınız ne kadar süredir (yıl olarak) var?	
	r	p
YBOKÖ		
Obsesyon	0,119	0,463
Kompulsiyon	0,106	0,515
Total	0,121	0,459
BDÖ-11-Kf		
Plan yapmama	0,100	0,539
Dikkat dürtüsellliği	0,002	0,991
Motor dürtüsellik	0,014	0,930
Total	0,045	0,783
WHOQOL-BREF TR		
Genel sağlık	-0,283	0,076
Fiziksel sağlık	-0,166	0,306
Psikolojik	-0,333	0,036
Sosyal ilişkiler	-0,307	0,054
Çevre	-0,252	0,116
DDZÖ		
Farkındalık	-0,005	0,977
Açıklık	0,049	0,765
Kabul etmeme	0,127	0,434
Dürtü kontrolü	0,067	0,680
Amaçlar	-0,005	0,977

Stratejiler	0,162	0,318
Total	0,098	0,547
Beck-Anksiyete Ölçeği	0,202	0,212
Beck-Depresyon Ölçeği	0,333	0,036



p<0,05 düzeyinde anlamlıdır. $r<0,29$ çok zayıf, $0,30\leq r<0,50$ zayıf, $0,50\leq r<0,70$ orta, $0,70\leq r<0,90$ yüksek, $r\geq 0,90$ çok yüksek ilişki derecesini gösterir.

Pearson Korelasyon Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Hastalığın başlaması ile ilk defa psikiyatriye başvuru arasında geçen süre ile psikometrik ölçekler arasındaki korelasyon araştırılmıştır. Analiz sonucunda, hastalığın başlaması ile ilk defa psikiyatriye başvuru arasında geçen süre ile WHOQOL-BREF TR genel sağlık, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı (sırasıyla $p=0,005$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,009$) ters yönlü ilişki bulunmuştur. Hastalığın başlaması ile ilk defa psikiyatriye başvuru arasında geçen süre ile Beck Depresyon Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) aynı yönlü ilişki saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 19: Hastalığın başlaması ile ilk defa psikiyatriye başvuru arasında geçen süre açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Hastalığınızın başlaması ile ilk defa psikiyatriye başvurmanız arasında geçen süre (yıl olarak)	
	r	p
YBOKÖ		
Obsesyon	0,134	0,410
Kompulsiyon	0,180	0,266
Total	0,166	0,305
BDÖ-11-Kf		
Plan yapmama	0,281	0,079
Dikkat dürtüsellliği	0,158	0,331
Motor dürtüsellik	0,099	0,545
Total	0,229	0,155
WHOQOL-BREF TR		
Genel sağlık	-0,439	0,005
Fiziksel sağlık	-0,200	0,215
Psikolojik	-0,548	<0,001
Sosyal ilişkiler	-0,544	<0,001
Çevre	-0,406	0,009
DDZÖ		
Farkındalık	0,107	0,512
Açıklık	0,118	0,468
Kabul etmeme	0,109	0,502
Dürtü kontrolü	0,124	0,447
Amaçlar	0,142	0,384
Stratejiler	0,255	0,112
Total	0,181	0,263
Beck-Anksiyete Ölçeği	0,186	0,250
Beck-Depresyon Ölçeği	0,326	0,040

$p < 0,05$ düzeyinde anlamlıdır. $r < 0,29$ çok zayıf, $0,30 \leq r < 0,50$ zayıf, $0,50 \leq r < 0,70$ orta, $0,70 \leq r < 0,90$ yüksek, $r \geq 0,90$ çok yüksek ilişki derecesini gösterir.

Pearson Korelasyon Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Güncel psikiyatrik tedavi öyküsü değişkeni açısından psikometrik ölçeklerin total ve alt ölçek skorları karşılaştırılmış ve şu anda herhangi bir psikiyatrik tedavi alanlarda DDZÖ farkındalık ve stratejiler alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (sırasıyla $p=0,028$, $p=0,044$) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 20).

Tablo 20: Güncel psikiyatrik tedavi öyküsü açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Şu anda herhangi bir psikiyatrik tedavi alıyor musunuz?				p
	Hayır		Evet		
	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	
YBOKÖ					
Obsesyon	9,7±3,28	10 (8-12)	11,06±2,44	10 (10-13)	0,157
Kompulsiyon	9,65±3,13	10 (8-12)	10,12±2,15	10 (9-10)	0,601
Total	19,35±6,12	20 (16-24)	21,18±4,1	20 (19-21)	0,293
BDÖ-11-Kf					
Plan yapmama	9,39±2,33	9 (8-11)	10,88±2,62	11 (9-13)	0,065
Dikkat dürtüselliği	9,3±3,1	8 (7-11)	10,82±3,71	10 (8-13)	0,167
Motor dürtüsellik	9,65±2,95	9 (7-11)	9,88±3,37	10 (7-12)	0,820
Total	28,35±6,32	27 (24-33)	31,59±7,13	31 (27-36)	0,137
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	35,33±25,74	25 (12,5-50)	30,88±24,25	25 (12,5-50)	0,584
Fiziksel sağlık	56,99±20,16	57,14 (39,29-71,43)	55,67±17,41	53,57 (42,86-67,86)	0,830
Psikolojik	46,74±20,26	41,67 (33,33-62,5)	42,65±20,12	50 (20,83-58,33)	0,530
Sosyal ilişkiler	43,12±28,16	41,67 (25-66,67)	43,14±27,83	50 (16,67-58,33)	0,998
Çevre	54,54±17,25	54,29 (42,86-71,43)	55,29±14,98	54,29 (42,86-68,57)	0,885
DDZÖ					
Farkındalık	13,3±3,31	13 (11-15)	15,82±3,61	16 (13-18)	0,028
Açıklık	13,13±4,66	13 (9-15)	13,47±4,05	13 (11-16)	0,811
Kabul etmeme	14,65±7,67	12 (8-22)	18,29±7,16	18 (15-24)	0,135
Dürtü kontrolü	15,7±5,8	15 (11-21)	19,35±6,25	19 (16-25)	0,064
Amaçlar	17,39±4,91	18 (13-22)	19,41±5,53	21 (17-24)	0,230
Stratejiler	21,52±7,2	23 (15-28)	26,94±9,24	29 (20-32)	0,044
Total	95,7±26,65	93 (75-124)	113,29±31,56	117 (99-123)	0,064
Beck-Anksiyete Ölçeği	22,43±13,03	24 (10-32)	24,06±14	28 (11-34)	0,708
Beck-Depresyon Ölçeği	22,48±12,37	23 (15-31)	26,29±11,21	25 (19-34)	0,322

Bağımsız T Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Güncel psikiyatrik ilaç tedavisi öyküsü değişkeni açısından psikometrik ölçeklerin total ve alt ölçek skorları karşılaştırılmış ve şu anda psikiyatrik ilaç tedavisi alanlarda DDZÖ farkındalık ve stratejiler alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (sırasıyla $p=0,028$, $p=0,044$) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 21).

Tablo 21: Güncel psikiyatrik ilaç tedavisi öyküsü açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Şu anda ilaç tedavisi alıyor musunuz?	p
--	---------------------------------------	---

	Hayır		Evet		
	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	
YBOKÖ					
Obsesyon	9,7±3,28	10 (8-12)	11,06±2,44	10 (10-13)	0,157
Kompulsiyon	9,65±3,13	10 (8-12)	10,12±2,15	10 (9-10)	0,601
Total	19,35±6,12	20 (16-24)	21,18±4,1	20 (19-21)	0,293
BDÖ-11-Kf					
Plan yapmama	9,39±2,33	9 (8-11)	10,88±2,62	11 (9-13)	0,065
Dikkat dürtüselliği	9,3±3,1	8 (7-11)	10,82±3,71	10 (8-13)	0,167
Motor dürtüsellik	9,65±2,95	9 (7-11)	9,88±3,37	10 (7-12)	0,820
Total	28,35±6,32	27 (24-33)	31,59±7,13	31 (27-36)	0,137
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	35,33±25,74	25 (12,5-50)	30,88±24,25	25 (12,5-50)	0,584
Fiziksel sağlık	56,99±20,16	57,14 (39,29-71,43)	55,67±17,41	53,57 (42,86-67,86)	0,830
Psikolojik	46,74±20,26	41,67 (33,33-62,5)	42,65±20,12	50 (20,83-58,33)	0,530
Sosyal ilişkiler	43,12±28,16	41,67 (25-66,67)	43,14±27,83	50 (16,67-58,33)	0,998
Çevre	54,54±17,25	54,29 (42,86-71,43)	55,29±14,98	54,29 (42,86-68,57)	0,885
DDZÖ					
Farkındalık	13,3±3,31	13 (11-15)	15,82±3,61	16 (13-18)	0,028
Açıklık	13,13±4,66	13 (9-15)	13,47±4,05	13 (11-16)	0,811
Kabul etmeme	14,65±7,67	12 (8-22)	18,29±7,16	18 (15-24)	0,135
Dürtü kontrolü	15,7±5,8	15 (11-21)	19,35±6,25	19 (16-25)	0,064
Amaçlar	17,39±4,91	18 (13-22)	19,41±5,53	21 (17-24)	0,230
Stratejiler	21,52±7,2	23 (15-28)	26,94±9,24	29 (20-32)	0,044
Total	95,7±26,65	93 (75-124)	113,29±31,56	117 (99-123)	0,064
Beck-Anksiyete Ölçeği	22,43±13,03	24 (10-32)	24,06±14	28 (11-34)	0,708
Beck-Depresyon Ölçeği	22,48±12,37	23 (15-31)	26,29±11,21	25 (19-34)	0,322

Bağımsız T Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsü değişkeni açısından psikometrik ölçeklerin total ve alt ölçek skorları karşılaştırılmış ve psikiyatrik tedavi öyküsü olanlarda WHOQOL-BREF TR psikolojik ve sosyal ilişkiler alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha düşük olduğu görülmüştür. Psikiyatrik tedavi öyküsü olanlarda Beck Depresyon Ölçeği puanının, tedavi öyküsü olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 22).

Tablo 22: Geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsü açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Daha önce herhangi bir psikiyatrik tedavi öykünüz oldu mu?				p
	Hayır		Evet		
	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	
YBOKÖ					
Obsesyon	9,58±2,15	9,5 (8-11,5)	10,57±3,28	10 (9-12,5)	0,346
Kompulsiyon	9,5±2,5	9 (8-11)	10±2,85	10 (9-11,5)	0,602
Total	19,08±3,7	19 (17-21,5)	20,57±5,95	20 (18-24)	0,429
BDÖ-11-Kf					
Plan yapmama	10,08±2,87	11 (8,5-12)	10±2,43	10 (8-12)	0,926
Dikkat dürtüselliği	8,92±3	8 (7-9)	10,39±3,53	10 (7,5-12,5)	0,214
Motor dürtüsellik	8,58±2,47	8,5 (6-11)	10,25±3,24	10 (8-11,5)	0,120
Total	27,58±6,3	26,5 (23,5-29)	30,64±6,89	30 (26,5-36)	0,195
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	40,63±27,24	50 (18,75-62,5)	30,36±23,68	25 (12,5-50)	0,237
Fiziksel sağlık	60,42±21,93	55,36 (46,43-80,35)	54,72±17,47	55,36 (39,29-67,86)	0,387
Psikolojik	56,25±14,38	56,25 (50-68,75)	40,18±20,39	37,5 (22,92-56,25)	0,018
Sosyal ilişkiler	58,33±25,38	58,33 (33,33-79,16)	36,61±26,38	41,67 (16,67-50)	0,021
Çevre	61,43±14,08	61,43 (48,57-74,29)	52,04±16,36	48,57 (40-67,14)	0,092
DDZÖ					
Farkındalık	13,17±4,02	13 (10,5-16)	14,89±3,38	14 (12,5-16,5)	0,170
Açıklık	13,25±3,86	13,5 (12-15)	13,29±4,63	13 (10-15,5)	0,981
Kabul etmeme	14,42±6,35	13,5 (8,5-17,5)	16,96±8,04	17 (9-24,5)	0,337
Dürtü kontrolü	16,33±5,99	16 (11,5-22)	17,64±6,35	18 (11,5-22)	0,547
Amaçlar	17,92±5,95	19 (12,5-23,5)	18,39±4,98	18,5 (15,5-22)	0,795
Stratejiler	20,33±7,64	20,5 (15-27)	25,32±8,48	25 (18,5-31)	0,088
Total	95,42±29,12	95,5 (77-122,5)	106,5±29,96	109 (81,5-125)	0,287
Beck-Anksiyete Ölçeği	20,42±11,31	16,5 (10,5-31,5)	24,29±14,1	25,5 (12-35,5)	0,406
Beck-Depresyon Ölçeği	19,25±6,81	20,5 (15,5-24,5)	26,18±13,06	27,5 (15,5-35)	0,035

Bağımsız T Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Geçmiş psikiyatrik ilaç tedavisi öyküsü değişkeni açısından psikometrik ölçeklerin total ve alt ölçek skorları karşılaştırılmış ve psikiyatrik ilaç tedavisi öyküsü olanlarda WHOQOL-BREF TR psikolojik alt ölçek puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha düşük olduğu görülmüştür. Psikiyatrik ilaç tedavisi öyküsü olanlarda Beck Depresyon Ölçeği puanının, tedavi öyküsü olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 23).

Tablo 23: Geçmiş psikiyatrik ilaç tedavisi öyküsü açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Daha önce ilaç tedavisi öykünüz oldu mu?				p
	Hayır		Evet		
	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	
YBOKÖ					
Obsesyon	9,54±2,07	9 (8-11)	10,63±3,33	10 (9-13)	0,286
Kompulsiyon	9,54±2,4	9 (8-10)	10±2,91	10 (9-12)	0,623
Total	19,08±3,55	19 (18-21)	20,63±6,05	20 (17-24)	0,399
BDÖ-11-Kf					
Plan yapmama	10±2,77	11 (9-12)	10,04±2,47	10 (8-12)	0,966
Dikkat dürtüselliği	9±2,89	8 (7-9)	10,41±3,6	10 (7-13)	0,226
Motor dürtüsellik	8,54±2,37	8 (6-10)	10,33±3,27	10 (8-12)	0,086
Total	27,54±6,04	27 (24-29)	30,78±6,98	31 (26-36)	0,160
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	41,35±26,21	50 (25-62,5)	29,63±23,81	25 (12,5-50)	0,166
Fiziksel sağlık	60,44±21	60,71 (50-75)	54,5±17,76	53,57 (39,29-67,86)	0,356
Psikolojik	55,13±14,35	54,17 (50-62,5)	40,12±20,77	37,5 (20,83-58,33)	0,025
Sosyal ilişkiler	53,85±29,19	58,33 (33,33-75)	37,96±25,87	41,67 (16,67-50)	0,089
Çevre	61,54±13,48	62,86 (51,43-74,29)	51,64±16,53	48,57 (40-68,57)	0,068
DDZÖ					
Farkındalık	13,31±3,88	13 (11-16)	14,89±3,45	14 (12-17)	0,200
Açıklık	12,85±3,98	13 (12-15)	13,48±4,59	13 (11-16)	0,672
Kabul etmeme	13,85±6,41	13 (8-15)	17,33±7,95	17 (9-25)	0,176
Dürtü kontrolü	15,85±6	16 (10-21)	17,93±6,29	18 (12-23)	0,326
Amaçlar	18±5,7	19 (13-22)	18,37±5,07	18 (15-22)	0,836
Stratejiler	20,15±7,35	20 (18-25)	25,59±8,52	25 (19-31)	0,056
Total	94±28,34	92 (77-122)	107,59±29,95	110 (86-126)	0,180
Beck-Anksiyete Ölçeği	19,31±11,54	16 (10-31)	24,96±13,89	26 (14-37)	0,212
Beck-Depresyon Ölçeği	18,46±7,11	20 (15-23)	26,81±12,86	30 (16-36)	0,012

Bağımsız T Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

Geçmiş psikoterapi öyküsü değişkeni açısından psikometrik ölçeklerin total ve alt ölçek skorları araştırılmıştır. Analiz sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24: Geçmiş psikoterapi öyküsü açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Daha önce psikoterapi öykünüz oldu mu?		p
	Hayır	Evet	

	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	
YBOKÖ					
Obsesyon	10,4±3,04	10 (8-12)	9,9±3	10 (9-11)	0,654
Kompulsiyon	9,97±2,85	10 (8-12)	9,5±2,46	10 (9-11)	0,646
Total	20,37±5,48	20 (17-24)	19,4±5,23	20 (19-21)	0,628
BDÖ-11-Kf					
Plan yapmama	10,07±2,64	11 (8-12)	9,9±2,33	9,5 (9-11)	0,860
Dikkat dürtüselliği	9,57±3,53	8 (7-12)	11,1±2,88	11 (9-14)	0,223
Motor dürtüsellik	9,6±3,02	9 (7-11)	10,2±3,43	10 (8-13)	0,602
Total	29,23±6,75	29 (25-33)	31,2±7,04	29 (27-37)	0,435
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	32,08±25,57	25 (12,5-50)	37,5±23,57	37,5 (25-50)	0,558
Fiziksel sağlık	54,05±19,91	50 (39,29-67,86)	63,57±13,45	62,5 (57,14-71,43)	0,169
Psikolojik	47,5±19,22	50 (33,33-58,33)	37,5±21,61	33,34 (20,83-58,33)	0,175
Sosyal ilişkiler	48,06±25,59	45,84 (33,33-66,67)	28,33±29,71	20,84 (0-50)	0,050
Çevre	56,48±14,35	55,72 (42,86-71,43)	50±20,7	41,43 (31,43-68,57)	0,376
DDZÖ					
Farkındalık	14,33±3,38	14 (12-16)	14,5±4,48	14 (11-15)	0,902
Açıklık	13,2±3,9	13,5 (11-15)	13,5±5,78	12,5 (8-17)	0,853
Kabul etmeme	17,23±7,55	16 (9-24)	13,1±7,17	11,5 (8-17)	0,138
Dürtü kontrolü	17,3±5,9	17,5 (12-23)	17,1±7,37	16 (11-21)	0,931
Amaçlar	17,87±5,33	19 (13-22)	19,4±4,93	18,5 (17-25)	0,428
Stratejiler	23,83±8,8	24 (19-30)	23,8±7,79	23,5 (18-28)	0,992
Total	103,77±29,93	110 (91-123)	101,4±30,84	98,5 (77-124)	0,831
Beck-Anksiyete Ölçeği	22,63±13,65	23,5 (10-32)	24,6±12,75	25 (15-37)	0,691
Beck-Depresyon Ölçeği	24±11,16	23,5 (16-32)	24,4±14,55	25,5 (9-37)	0,928

Bağımsız T Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

4.6. İNTİHAR DAVRANIŞI VE SELF MUTİLATİF DAVRANIŞ İLE PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLERİN İLİŞKİSİ

Self mutilatif davranış değişkeni açısından psikometrik ölçeklerin total ve alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. Self mutilatif davranış öyküsü olanlarda YBOKÖ obsesyon puanı ve BDÖ-11-Kf motor dürtüsellik alt ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (sırasıyla p=0,032, p=0,041) daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca self mutilatif davranış öyküsü olanlarda DDZÖ total puanı ve farkındalık, dürtü kontrolü, amaçlar ve stratejiler alt ölçek puanları öyküsü olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (sırasıyla p=0,006, p=0,022, p=0,016, p=0,03, p=0,009) daha yüksek bulunmuştur. Self mutilatif davranış öyküsü olanlarda Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı

düzeyde (sırasıyla $p=0,024$, $p=0,008$) daha yüksek iken, WHOQOL-BREF TR genel sağlık alt ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha düşüktür (Tablo 25).



Tablo 25: Self mutilatif davranış açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Şimdiye kadar intihar amacı olmaksızın fiziksel olarak kendinize zarar verme davranışınız oldu mu?				p
	Hayır		Evet		
	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	
YBOKÖ					
Obsesyon	9,66±2,92	10 (8-11)	11,91±2,66	12 (10-13)	0,032
Kompulsiyon	9,72±2,93	10 (8-11)	10,18±2,23	10 (9-12)	0,642
Total	19,38±5,58	20 (17-21)	22,09±4,41	21 (19-26)	0,156

BDÖ-11-Kf					
Plan yapmama	9,97±2,43	10 (8-12)	10,18±2,93	10 (8-13)	0,813
Dikkat dürtüselliği	9,59±3,36	8 (7-11)	10,91±3,51	12 (8-14)	0,279
Motor dürtüsellik	9,14±2,85	9 (7-11)	11,36±3,26	11 (9-14)	0,041
Total	28,69±6,28	28 (25-31)	32,45±7,61	35 (27-38)	0,118
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	38,36±26,29	50 (12,5-62,5)	20,45±15,08	25 (12,5-25)	0,011
Fiziksel sağlık	59,73±18,89	60,71 (42,86-71,43)	47,73±16,31	50 (35,71-64,29)	0,071
Psikolojik	48,13±20,79	50 (33,33-66,67)	36,74±15,9	33,33 (20,83-50)	0,109
Sosyal ilişkiler	39,66±28,67	41,67 (16,67-58,33)	52,27±23,6	50 (33,33-75)	0,202
Çevre	56,85±15,2	57,14 (42,86-71,43)	49,61±18,04	48,57 (31,43-68,57)	0,209
DDZÖ					
Farkındalık	13,34±2,68	14 (12-15)	17,09±4,46	18 (13-20)	0,022
Açıklık	12,72±4,92	12 (9-15)	14,73±1,79	15 (13-16)	0,067
Kabul etmeme	15,03±7,09	14 (8-21)	19,27±8,33	17 (12-28)	0,116
Dürtü kontrolü	15,83±6,16	16 (11-19)	21±4,71	21 (18-25)	0,016
Amaçlar	16,79±5,02	18 (13-21)	22,09±3,62	25 (18-25)	0,003
Stratejiler	21,72±8,16	22 (15-26)	29,36±6,8	29 (23-35)	0,009
Total	95,45±28,88	94 (73-117)	123,55±22,23	123 (108-133)	0,006
Beck-Anksiyete Ölçeği	19,79±12,22	17 (9-30)	31,91±12,43	32 (25-41)	0,008
Beck-Depresyon Ölçeği	21,52±11,98	21 (15-31)	30,91±8,93	30 (24-37)	0,024

Bağımsız T Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

İntihar davranışı değişkeni açısından psikometrik ölçeklerin total ve alt ölçek skorları karşılaştırılmıştır. İntihar davranışı öyküsü olanlarda WHOQOL-BREF TR genel sağlık, psikolojik ve çevre alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (sırasıyla p=0,001, p=0,001, p=0,012) daha düşük iken, DDZÖ stratejiler alt ölçek puanı ile Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları intihar davranışı öyküsü olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (sırasıyla p=0,016, p=0,012, p=0,003) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 26).

Tablo 26: İntihar davranışı açısından hastaların psikometrik ölçümlerinin kıyaslanması

	Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?				p
	Hayır		Evet		
	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	Ort±s.s.	Medyan (IQR)	
YBOKÖ					
Obsesyon	9,97±2,94	10 (8-12)	12,4±2,79	13 (10-15)	0,090
Kompulsiyon	9,66±2,83	10 (8-11)	11,2±1,48	11 (11-12)	0,242
Total	19,63±5,4	20 (17-22)	23,6±4,04	24 (20-27)	0,123
BDÖ-11-Kf					
Plan yapmama	9,86±2,46	10 (8-12)	11,2±3,03	9 (9-14)	0,274
Dikkat dürtüselliği	9,66±3,51	8 (7-12)	12±1,58	12 (11-13)	0,153

Motor dürtüsellik	9,43±2,79	9 (7-11)	12±4,47	13 (9-15)	0,082
Total	28,94±6,64	28 (25-33)	35,2±5,59	35 (31-38)	0,053
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	37,14±24,16	37,5 (12,5-62,5)	7,5±11,18	0 (0-12,5)	0,001
Fiziksel sağlık	57,86±19,34	60,71 (39,29-71,43)	46,43±11,3	42,86 (39,29-50)	0,208
Psikolojik	48,69±18,43	50 (33,33-62,5)	19,17±8,64	16,67 (12,5-20,83)	0,001
Sosyal ilişkiler	46,19±27,14	50 (25-66,67)	21,67±23,27	16,67 (0-41,67)	0,063
Çevre	57,23±15,63	60 (42,86-71,43)	38,29±8,23	40 (31,43-42,86)	0,012
DDZÖ					
Farkındalık	14,23±3,28	14 (12-16)	15,4±5,9	15 (10-18)	0,506
Açıklık	13,26±4,58	13 (9-15)	13,4±2,61	13 (11-15)	0,946
Kabul etmeme	15,34±7,3	14 (8-21)	22,2±7,5	22 (20-28)	0,058
Dürtü kontrolü	16,74±6,28	16 (11-23)	20,8±4,6	19 (19-19)	0,174
Amaçlar	17,89±5,28	19 (13-22)	20,8±4,27	21 (17-25)	0,247
Stratejiler	22,63±8,14	23 (15-29)	32,2±5,89	31 (31-35)	0,016
Total	100,09±29,49	99 (75-123)	124,8±24,21	117 (108-133)	0,082
Beck-Anksiyete Ölçeği	21,17±12,3	23 (10-31)	36,8±13,07	38 (37-41)	0,012
Beck-Depresyon Ölçeği	22,09±11,27	22 (15-30)	38,2±3,96	38 (37-39)	0,003

Bağımsız T Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği

4.7. PSİKOMETRİK ÖLÇÜMLERİN BİRBİRİ İLE İLİŞKİSİ

YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon ve total skorları ile WHOQOL-BREF TR genel sağlık, fiziksel sağlık ve psikolojik alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) ters yönlü ilişki vardır. Ayrıca YBOKÖ total skoru ile WHOQOL-BREF TR çevre alt ölçek puanı arasında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) ters yönlü ilişki vardır. YBOKÖ obsesyon skoru ile DDZÖ total puanı ve farkındalık, kabul etmeme, dürtü kontrolü, amaçlar ve stratejiler alt ölçek puanları arasında, YBOKÖ kompulsiyon skoru ile DDZÖ total puanı ve kabul etmeme, dürtü kontrolü ve stratejiler alt ölçek puanları arasında, YBOKÖ total skoru ile DDZÖ total ve dürtü kontrolü, amaçlar ve stratejiler alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) aynı yönlü ilişki vardır. YBOKÖ

obsesyon, kompulsiyon ve total skorları ile Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) aynı yönlü ilişki vardır (Tablo 27).

Tablo 27: Hastaların psikometrik ölçümlerinin birbiri ile olan ilişkisinin incelenmesi

		YBOKÖ-Obsesyon	YBOKÖ-Kompulsiyon	YBOKÖ-Total
BDÖ-11-Kf				
Plan yapmama	r	,127	,004	,073
	p	,434	,979	,654
Dikkat dürtüsellliği	r	,154	,197	,187
	p	,341	,222	,249
Motor dürtüsellik	r	,171	,226	,210
	p	,292	,161	,193
Total	r	,203	,204	,217
	p	,209	,207	,179
WHOQOL-BREF TR				
Genel sağlık	r	-,612	-,452	-,571
	p	,000	,003	,000
Fiziksel sağlık	r	-,495	-,373	-,466
	p	,001	,018	,002
Psikolojik	r	-,594	-,529	-,601
	p	,000	,000	,000

Sosyal ilişkiler	r	-,067	-,155	-,116
	p	,682	,338	,475
Çevre	r	-,302	-,307	-,325
	p	,058	,054	,041
DDZÖ				
Farkındalık	r	,357	,060	,230
	p	,024	,712	,154
Açıklık	r	,273	,285	,297
	p	,089	,074	,062
Kabul etmeme	r	,506	,389	,480
	p	,001	,013	,002
Dürtü kontrolü	r	,409	,337	,400
	p	,009	,033	,011
Amaçlar	r	,339	,249	,316
	p	,033	,121	,047
Stratejiler	r	,510	,341	,458
	p	,001	,031	,003
Total	r	,502	,359	,462
	p	,001	,023	,003
Beck-Anksiyete	r	,367	,355	,386
	p	,020	,024	,014
Beck-Depresyon	r	,716	,613	,711
	p	,000	,000	,000

$p < 0,05$ düzeyinde anlamlıdır. $r < 0,29$ çok zayıf, $0,30 \leq r < 0,50$ zayıf, $0,50 \leq r < 0,70$ orta, $0,70 \leq r < 0,90$ yüksek, $r \geq 0,90$ çok yüksek ilişki derecesini gösterir.

Pearson Korelasyon Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği, Beck-Anksiyete: Beck Anksiyete Ölçeği, Beck-Depresyon: Beck Depresyon Ölçeği

BDÖ-11-Kf plan yapmama ile DDZÖ farkındalık ve dürtü kontrolü alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p < 0,05$) aynı yönlü, BDÖ-11-Kf total skoru, dikkat dürtüsellliği ve motor dürtüsellik alt ölçek puanları ile WHOQOL-BREF TR psikolojik ve çevre alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p < 0,05$) ters yönlü, BDÖ-11-Kf dikkat dürtüsellliği alt ölçek puanı ile DDZÖ total skoru ve açıklık, kabul etmeme, dürtü kontrolü, amaçlar ve stratejiler alt ölçek puanları ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p < 0,05$) aynı yönlü, BDÖ-11-Kf motor dürtüsellik alt ölçek puanı ile DDZÖ total ve açıklık, kabul etmeme, dürtü kontrolü, amaçlar, stratejiler alt ölçek puanları ve Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p < 0,05$) aynı yönlü, BDÖ-11-Kf total skoru ile DDZÖ total ve farkındalık, açıklık, kabul etmeme, dürtü kontrolü, amaçlar,

stratejiler alt ölçek puanları ve Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) aynı yönlü ilişki vardır (Tablo 28).

Tablo 28: Hastaların psikometrik ölçümlerinin birbiri ile olan ilişkisinin incelenmesi

		BDÖ-11-Kf-Plan yapmama	BDÖ-11-Kf- Dikkat dürtüsellliği	BDÖ-11-Kf- Motor dürtüsellik	BDÖ-11-Kf- Total
WHOQOL-BREF TR					
Genel sağlık	r	-,115	-,172	-,238	-,238
	p	,480	,288	,139	,139
Fiziksel sağlık	r	,043	,071	-,193	-,037
	p	,794	,664	,232	,822
Psikolojik	r	-,218	-,330	-,367	-,415
	p	,176	,037	,020	,008
Sosyal ilişkiler	r	-,177	-,171	-,155	-,223
	p	,274	,291	,338	,166
Çevre	r	-,178	-,450	-,391	-,471
	p	,273	,004	,013	,002
DDZÖ					
Farkındalık	r	,337	,286	,253	,385

	p	,034	,074	,115	,014
Açıklık	r	,196	,587	,604	,644
	p	,225	,000	,000	,000
Kabul etmeme	r	,141	,436	,504	,502
	p	,386	,005	,001	,001
Dürtü kontrolü	r	,332	,597	,552	,676
	p	,036	,000	,000	,000
Amaçlar	r	,267	,503	,475	,569
	p	,096	,001	,002	,000
Stratejiler	r	,286	,576	,564	,654
	p	,074	,000	,000	,000
Total	r	,303	,608	,606	,695
	p	,058	,000	,000	,000
Beck-Anksiyete	r	,033	,284	,539	,401
	p	,842	,076	,000	,010
Beck-Depresyon	r	,139	,322*	,366	,381
	p	,391	,043	,020	,015

Pearson Korelasyon Testi, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği, Beck-Anksiyete: Beck Anksiyete Ölçeği, Beck-Depresyon: Beck Depresyon Ölçeği

WHOQOL-BREF TR genel sağlık alt ölçek puanı ile DDZÖ total ve farkındalık, kabul etmeme, dürtü kontrolü, amaçlar, stratejiler alt ölçek puanları ve Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında, WHOQOL-BREF TR fiziksel sağlık alt ölçek puanı ile DDZÖ total ve stratejiler alt ölçek puanı ve Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında, WHOQOL-BREF TR psikolojik alt ölçek puanı ile DDZÖ total ve farkındalık, açıklık, kabul etmeme, dürtü kontrolü, amaçlar, stratejiler ve Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında, WHOQOL-BREF TR sosyal ilişkiler alt ölçek puanı ile DDZÖ açıklık, amaçlar alt ölçek puanları ve Beck Depresyon Ölçeği puanı arasında, WHOQOL-BREF TR çevre alt ölçeği ile DDZÖ total ve açıklık, dürtü kontrolü, amaçlar, stratejiler, Beck-Anksiyete, Beck-Depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) ters yönlü ilişki vardır (Tablo 29).



Tablo 29: Hastaların psikometrik ölçümlerinin birbiri ile olan ilişkisinin incelenmesi

		WHOQOL-BREF TR-Genel sağlık	WHOQOL-BREF TR-Fiziksel sağlık	WHOQOL-BREF TR-Psikolojik	WHOQOL-BREF TR-Sosyal ilişkiler	WHOQOL-BREF TR-Çevre
DDZÖ						
Farkındalık	r	-,384	-,282	-,321	,022	-,302
	p	,014	,078	,043	,892	,058
Açıklık	r	-,285	-,073	-,495	-,326	-,519
	p	,075	,652	,001	,040	,001
Kabul etmeme	r	-,393	-,302	-,374	-,143	-,226
	p	,012	,058	,017	,379	,161
Dürtü kontrolü	r	-,421	-,280	-,504	-,212	-,457
	p	,007	,080	,001	,190	,003
Amaçlar	r	-,385	-,264	-,545	-,342*	-,404
	p	,014	,099	,000	,031	,010
Stratejiler	r	-,498	-,315	-,611	-,304	-,518
	p	,001	,047	,000	,057	,001
Total	r	-,485	-,316	-,581	-,272	-,483
	p	,002	,047	,000	,090	,002
Beck-Anksiyete	r	-,556	-,433	-,557	-,304	-,480
	p	,000	,005	,000	,057	,002
Beck-Depresyon	r	-,705	-,617	-,815	-,327	-,687
	p	,000	,000	,000	,039	,000

Pearson Korelasyon Testi, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği, Beck-Anksiyete: Beck Anksiyete Ölçeği, Beck-Depresyon: Beck Depresyon Ölçeği

DDZÖ total ve farkındalık, açıklık, kabul etmeme, dürtü kontrolü, amaçlar, stratejiler alt ölçek puanları ile Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) aynı yönlü ilişki vardır (Tablo 30).

Tablo 30: Hastaların psikometrik ölçümlerinin birbiri ile olan ilişkisinin incelenmesi

		DDZÖ- Farkındalık	DDZÖ- Açıklık	DDZÖ- Kabul etmeme	DDZÖ- Dürtü kontrolü	DDZÖ- Amaçlar	DDZÖ- Stratejiler	DDZÖ- Total
Beck-	r	,231	,480	,574	,505	,516	,631	,619
Anksiyete	p	,152	,002	,000	,001	,001	,000	,000
Beck-	r	,325	,495	,543	,617	,497	,644	,649
Depresyon	p	,041	,001	,000	,000	,001	,000	,000

Pearson Korelasyon Testi, YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği, BDÖ-11-Kf: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, WHOQOL-BREF TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Sürümü, DDZÖ: Duygu Düzenlemede Zorluklar Ölçeği, Beck-Anksiyete: Beck Anksiyete Ölçeği, Beck-Depresyon: Beck Depresyon Ölçeği

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alan hastalar duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik ve yaşam kalitesi ile ilgili olarak öz bildirim ölçekleri aracılığıyla araştırılmış ve bu değişkenlerin obsesif kompulsif belirti şiddeti ile ilişkisi incelenmiştir. OKB tanılı hastalarda, hastalık şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik ve yaşam kalitesinin ilişkisi araştırılmış ve ayrıca anksiyete ve depresif belirti düzeyleri öz bildirim ölçekleri ile araştırılmıştır. Ek olarak, duygu düzenleme güçlüğü ile dürtüsellik ve yaşam kalitesi arasında ve dürtüsellik ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

Çalışmaya İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran ve DSM-5 kriterlerine göre OKB tanısı konulan 40 kişi katılmıştır.

Ülkemizde OKB tanılı hastalar ile yapılmış çalışmalarda; Demet ve arkadaşları katılımcıların yaş ortalamasını $33,19 \pm 12,52$, Yiğittürk ve arkadaşları $32,93 \pm 9,82$, Eğrilmez ve arkadaşları kadınlarda $37,62 \pm 13,02$, erkeklerde $31,58 \pm 10,37$, Tükel ve arkadaşları $28,50 \pm 9,80$ olarak saptamış, uluslararası çalışmalarda Juang ve arkadaşları $28,90 \pm 12,80$, Lensi ve arkadaşları kadınlar için $34,70 \pm 13,20$, erkekler için $30,80 \pm 11,60$ olarak saptamıştır (64,122). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak hastaların yaş ortalaması $29,23 \pm 9,32$ bulundu. Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması, obsesif kompulsif bozukluğun erken ve orta erişkinlik dönemi hastalığı olduğu bilgisini destekler niteliktedir.

OKB tanılı hastalarda kadın / erkek oranına dair veriler açısından, literatürde ülkemizde ve dünyada yapılmış çalışmalar incelendiğinde; Demet ve arkadaşları bu oranı 3, Yiğittürk ve arkadaşları 1,52, Eğrilmez ve arkadaşları 2,6, Tükel ve arkadaşları 1,29, Juang ve arkadaşları 0,88, Lensi ve arkadaşları 1,34 olarak saptamıştır (122). Çalışmamızda hastaların kadın / erkek oranı (1,85) literatürde bildirilen sonuçlar ile uyumluluk göstermektedir. Erkeklerde erken başlangıcın kadınlara oranla daha fazla görüldüğü, erişkin dönemde iki cinsiyette de eşit görüldüğü, ancak kadınlarda tedavi arayışının daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (123).

Ülkemizde OKB tanılı hastalar ile yürütülmüş bir çalışmada hastaların %36,5'i lise mezunu, %29,2'si üniversite mezunu olarak bulunmuş olup, başka bir

çalışmada hastaların ortalama eğitim düzeyi yıl olarak $11,55 \pm 3,42$ saptanmıştır (124). Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyi incelendiğinde; hastaların %70'i lise mezunu ve altı eğitim düzeyinde iken, %30'u üniversite mezunu ve üzeri eğitim düzeyinde idi. Çalışmamızda 10 katılımcının üniversite öğrencisi olması göz önünde bulundurularak değerlendirildiğinde eğitim düzeyi görece yüksek bir grup ile çalıştığımız söylenebilir. Çalışmaya dahil etme kriterleri açısından; öz bildirim ölçeklerini tamamlayabilecek kişilerin çalışmaya dahil edilmesi de bu sonuç üzerinde etkili olabilir.

Çalışma durumuna bakıldığında; 81 OKB tanılı hasta ile yapılan sosyodemografik verilerin ve klinik özelliklerin incelendiği bir araştırmada; katılımcıların %49,4'ünün çalışıyor olduğu bildirilmiştir (125). Catapano ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hastaların %50'sinin çalışıyor olduğu saptanmıştır (126). Araştırmamızda hastaların yaklaşık yarısı (%47,50) çalışıyordu.

Çalışmamıza katılan hastaların %55'inin aylık gelir düzeyi asgari ücretin altındaydı (5000 TL ve altı). Bu sonuç ülkemizde Konya'da yürütülen bir çalışmanın sonucu ile benzer özellik göstermektedir (30).

Ülkemizde Demet ve arkadaşları tarafından yürütülen, OKB tanılı hastalarda sosyo-demografik özellikler ve fenomenolojinin incelendiği bir araştırmada, örneklemin %39,6'sının bekar olduğu, Yiğittürk ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada bu oranın %31,8, Eğrilmez ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada ise %29,5 olduğu bildirilmiş olup, uluslararası çalışmalarda bekar hasta oranları daha fazla saptanmıştır. Lensi ve arkadaşları ve Juang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda bekar hasta oranları daha yüksek bulunmuştur (63,122,123). Çalışmamızda örneklemin %57,50'sinin bekar, %72,50'sinin çocuğu olmadığı ve %40'ının anne ve babası ile birlikte yaşıyor olduğu belirlendi. Çalışmamızda da bekar hasta oranının daha yüksek olması örneklemin yaş ortalamasının düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

OKB tanılı kişilerde sigara kullanımının global prevalansının incelendiği bir meta-analiz çalışmasında; hastaların %30'unda sigara kullanımı saptanmıştır (127). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar (%42,5) ilgili araştırma ile uyumluydu.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda; Tükel ve arkadaşları ortalama hastalık süresini $8,29 \pm 7,16$ yıl ($99,5 \pm 86$ ay), Ekinci ve arkadaşları $7,88 \pm 4,72$ yıl

(94,56±56,64 ay) olarak bulmuşlardır. Uluslararası çalışmalarda ise Grabbe ve arkadaşları tarafından 16±12 yıl (192±144 ay), Karno ve arkadaşları tarafından 11,8 yıl (141,6 ay), Ruscio ve arkadaşları tarafından 8,9 yıl (106,8 ay) bulunmuştur (26,34,37,64,128). Hollander ve arkadaşları tarafından obsesif kompulsif belirtilerin ilk ortaya çıkışından psikiyatriste başvurana kadar geçen süre ortalama 10 yıl (120 ay) bulunmuştur (1). Albert ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada OKB tanılı hastalarda belirtilerin başlaması ile profesyonel yardım almak için başvurana kadar geçen süre 6,85±9,35 yıl (82,27±112,3 ay) olarak bulunmuştur (129). Demet ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu süre 6,25±7,6 yıl (75±91,2 ay) olarak bulunmuştur (122). Çalışmamızda ortalama hastalık süresi 4,54±6,27 yıl (54,48±75,24 ay) olup katılımcıların %20'si ise yeni tanı konulmuş hastalardır. Hastalığın ilk belirtilerinin ortaya çıkmasından psikiyatriste başvurana kadar geçen süre literatür ile uyumlu olarak 10,8±7,23 yıldır (129,6±86,76 ay).

Obsesif kompulsif bozukluk sıklıkla kronik seyirli olduğu kabul edilen, kişide önemli miktarda sıkıntı ile işlevsellikte bozulmaya neden olan bir rahatsızlıktır. Melkonian ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, OKB'nin kronik gidişli olduğu ve tedavi olmaksızın belirtilerde iyileşme izlenmeyen bir rahatsızlık olduğu bildirilmiştir (130). Shapiro ve arkadaşları, OKB tanılı hastaların %35'inden azının psikiyatrik yardım aldığını bildirirken, Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında OKB tanılı hastaların %32,4'ünün tedavi amacı ile başvurduğu bildirilmiştir (29,122). Erken tanı ve doğru tedavi sonuçları iyileştirebilir. Reddy ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada, OKB hastalarının 1/3'ünden azının uygun ve yeterli farmakoterapi aldığı ve bu oranın daha azının kanıta dayalı psikoterapi aldığı bildirilmiştir (131). Çalışmamızda, katılımcıların %70'inin geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsü bulunuyordu, %67,5'i geçmişte ilaç tedavisi kullandığını, %25'i geçmişte psikoterapi aldığını bildirdi. Bu kişiler çalışmaya dahil edildiğinde en az 6 aydır herhangi bir psikiyatrik tedavi almamakta idi. Ruscio ve arkadaşları OKB tanılı hastalarda hastane yatış oranını %6,4 olarak saptamış olup, ülkemizde yapılan çalışmalarda bu oran %8,1 olarak bulunmuştur (34,132). Çalışmaya katılanların %2,5'inin (n=1) hastane yatış öyküsü (1 kez) bulunuyor idi. Çalışmamızda bu oranın düşük olması; örneklemin küçük olması, hastaların yaş ortalamasının düşük olması ve katılımcıların %20'sinin yeni tanı konulmuş hastalar olması ile ilişkili olabilir.

Demet ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, hastaların %28'inin, Eğrilmez ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hastaların %17,8'inin, Okasha ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hastaların %20'sinin birinci derece akrabalarında OKB tanısı olduğu saptanmış olup, çalışmamızın sonuçları (%25) literatürdeki veriler ile uyum göstermektedir (122).

Obsesif kompulsif bozuklukta kronik gidiş, tedavi direnci ve eşlik eden psikiyatrik hastalık sıklığı nedeniyle, normal popülasyona kıyasla daha sık intihar girişimi ile karşılaşıldığı yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir (133). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Hollander ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada OKB tanılı hastalarda intihar girişimi öyküsü %12,2 olarak bulunmuştur (1). Torres ve arkadaşları bu oranı %10 olarak saptamıştır (134). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında; ek psikiyatrik hastalık tanısı bulunmayan OKB hastalarında intihar girişimi öyküsü %13,5 olarak bulunmuştur (135). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bu oran %15,7 bulunmuştur. OKB'de yüksek intihar riskinin yordayıcıları; hastalık şiddeti, kabul edilemez düşüncelerin belirti boyutu, eşlik eden Eksen 1 patolojisi, depresyon ve anksiyete bozukluğu eş tanıları, geçmiş intihar öyküsü ve aleksitimi ve mutsuzluk gibi bazı faktörlerdir (136). Araştırmamızın verileri incelendiğinde; geçmiş intihar davranışı %12,5, intihar amaçlı olmayan geçmiş kendine zarar verme davranışı %27,5 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda intihar girişimi öyküsü ile literatürdeki veriler uyumlu olup, literatürde bu oranın daha yüksek bulunduğu çalışmalar da mevcuttur. Çalışmamızda, literatürde yüksek intihar girişimi oranlarının bulunduğu çalışmalardan daha düşük bir oran saptanması, ek psikiyatrik hastalık tanısı varlığının dışlanması ile ilişkili olabilir.

Psikometrik ölçümler değerlendirildiğinde; YBOKÖ; OKB'de obsesyon ve kompulsiyonların niteliğinden bağımsız olarak hastalık şiddetini ölçmek için geliştirilmiştir (110). OKB değerlendirmesi için "altın standart" olarak geniş kullanımı ve kabulüne rağmen, çocuklar için semptom şiddetini ölçmek ve derecelendirmek için kullanılmasına rağmen, yetişkinlerde bu şekilde belirlenmiş ölçütler bulunmamaktadır. Storch ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada; YBOKÖ ölçeğinde, 0-13 puan aralığı hafif şiddette semptomlar, 14-25 puan aralığı orta şiddette semptomlar, 26-34 puan aralığı orta-şiddetli şiddette semptomlar ve 35-40 puan aralığı ise şiddetli ve üzerinde şiddette semptomlar olarak tanımlanmış ve

kullanılmıştır (137). Tükel ve arkadaşları tarafından yapılan, ek psikiyatrik hastalık tanısı olmayan OKB tanılı örneklemde YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon ve total skorları sırası ile $11\pm3,9$, $10,7\pm5$ ve $21,7\pm7,3$ olarak saptanmıştır (64). Cordeiro ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon ve total puanları sırası ile $12,18\pm2,78$, $10,29\pm4,06$ ve $22,37\pm5,22$ olarak bulunmuştur (138). Çalışmamızda örneklem YBOKÖ obsesyon, kompulsiyon ve total puanları sırası ile $10,28\pm3$, $9,85\pm2,73$ ve $20,12\pm5,37$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları literatürdeki veriler ile uyum göstermektedir.

Obsesif kompulsif belirti dağılımı açısından literatür incelendiğinde; ülkemizde Tükel ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada, en sık saptanan obsesyonlar kirlenme-bulaş (%74,1) ve saldırganlık (%60,5), en sık saptanan kompulsiyonlar ise kontrol (%72,1) ve temizleme-yıkama (%65,3) olarak bildirilmiştir (64). Yiğittürk ve arkadaşları en sık obsesyonları kirlenme-bulaş ve kuşku, en sık kompulsiyonları ise temizleme-yıkama ve kontrol olarak saptamıştır (122). Ruscio ve arkadaşları, geniş örneklemli bir tarama çalışmasında en sık obsesyon ve kompulsiyonları kontrol etme, biriktirme ve düzenleme olarak bildirmiştir (34). Bizim çalışmamızda en sık görülen obsesyonlar sırası ile kirlenme-bulaş (%72,5) ve saldırganlık (%62,5), kompulsiyonlar ise temizleme-yıkama (%67,5) ve tekrarlayıcı törensel davranışlar (%60) olarak bulundu. Bu sonuçlar ülkemizde yürütülen araştırma sonuçları ile benzerlik göstermekte iken yurtdışı çalışma bulgularından farklılık göstermektedir. Bu bilgiler doğrultusunda; OKB'de semptom boyutunun kültürel farklılıklar ile değişkenlik gösterebileceği akla gelmektedir.

Sosyodemografik verilerin psikometrik ölçümlerle ilişkisi incelendiğinde; Dell'Osso ve arkadaşlarının yürüttüğü üçüncü basamak bir klinikte yapılan çalışmada; görece daha genç yaş grubunda hastalık şiddetinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Okasha ve arkadaşları daha yaşlı hasta grubunda YBOKÖ puanlarını daha yüksek saptamışlardır (139). Çalışmamızda yaşlı hasta grubunda hastalık şiddetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Storch ve arkadaşları tarafından, 955 OKB hastası ile yapılan ve hastalık şiddetinin değerlendirildiği bir çalışmada; hasta yaşı ile YBOKÖ skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aynı çalışmada; kadınlarda hastalık şiddetinin erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (137).

OKB’de cinsiyetin rolünün araştırıldığı bir çalışmada; hastalık şiddeti açısından kadın ve erkek grubu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (140). OKB belirti düzeyinin cinsiyete göre farklılık göstermediğini bildiren farklı çalışmalar da mevcuttur (141,142). Çalışmamızda kadın ve erkek grubunda hastalık şiddeti yönünden anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada; Sayar ve arkadaşları evli veya bekar olmanın OKB’de hastalık şiddeti yönünden anlamlı bir fark göstermediğini bildirirken, ülkemiz dışında Ruscio ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada bekarlarda hastalık şiddetinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (34,143). Çalışmamızda evli olanlarda hastalık şiddetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde hasta yaşı, cinsiyet ve medeni durum ile hastalık şiddeti ilişkisi arasında farklı sonuçların olması çalışmaların örneklem büyüklüğüne, özelliğine ve farklılığına bağlı olabilir.

YBOKÖ skoruna göre gruplanan bir örneklem ile yapılan bir çalışmada; ailede psikiyatrik hastalık veya OKB tanısı varlığı ile hastalık şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (144). Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile hastalık şiddeti arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda dürtüsellik ile eğitim düzeyi arasında anlamlı fark saptanmıştır. Lise mezunu ve altı eğitim düzeyine sahip grupta dürtüsellik plan yapmama skorları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Dikkat dürtüsellliği ile motor dürtüsellik skorları medeni durum yönünden karşılaştırıldığında evlilerde dürtüsellik daha düşük saptanmıştır. Literatürü incelediğimizde; OKB hasta grubunda dürtüsellik ile eğitim düzeyi ve medeni durum ilişkisini inceleyen bir çalışmaya bilgilerimiz dahilinde ulaşamamıştır.

Klinik çalışmalar OKB hastalarının daha az evlendiğini, evlendiğinde ise genel popülasyona kıyasla daha fazla marital sorun yaşadığını belirtmektedir (30). Eisen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, medeni durumun OKB’li hastalarda yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu bulunmuştur (15). Çalışmamızda bekarlarda yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alt başlığı, evlilere kıyasla daha iyi bulunmuştur. Literatürde OKB’de medeni durum ile yaşam kalitesi ilişkisine dair farklı sonuçlara rastlanması; yaşam kalitesi değerlendirmesinde kullanılan ölçüm araçlarının farklılığına bağlı olabilir.

Klinik verilerin psikometrik ölçümlerle ilişkisi incelendiğinde; 80 OKB hastası ile yürütülen bir çalışmada; hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (128). Velosso ve arkadaşları tarafından OKB’de yaşam kalitesinin klinik belirleyicilerinin araştırıldığı bir çalışmada; hastalık süresinin yaşam kalitesi alt ölçekleri ile negatif ilişkili olduğu saptanmış olup, eşlik eden depresyon ve anksiyete semptom şiddetinin düşük yaşam kalitesi açısından önemli klinik belirleyiciler olduğu bildirilmiştir (145). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hastalarda OKB tanı süresi arttıkça yaşam kalitesi psikolojik alt ölçek puanlarının azaldığı izlenmiştir. Hastaların tedavisiz geçen süresinin net olarak bilinmemesi çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir. Bu çalışmada tanı süresi ile hastaların Beck-Anksiyete ve Beck-Depresyon ölçeği puanlarının pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Hastaların ek psikiyatrik hastalık tanısı olmasa da obsesif kompulsif belirtilerin kişinin yaşantısını, ilişkilerini ve işlevselliğini kısıtlaması ile ilişkili olarak depresif yakınmalar ve anksiyete yakınmalarına yol açtığı şeklinde yorumlanabilir (146).

Tedavisiz hastalık süresi genellikle belirli bir psikiyatrik bozukluğun başlangıcı ile ilk farmakolojik tedavinin standart dozlarda yeterli bir süre boyunca uygulanması veya yeterli ve uygun şekilde BDT uygulanması arasındaki süre olarak tanımlanır. OKB’de tedavisiz hastalık süresi diğer psikiyatrik hastalıklardan daha uzundur. Japonya’da yürütülen, OKB’de tedavisiz hastalık süresinin araştırıldığı, 2017-2019 yılları arasında yapılan bir çalışmada; tedavisiz hastalık süresindeki azalmanın, yaşam kalitesinde daha erken iyileşme ile sonuçlanan daha iyi tedavi sonuçlarına yol açabileceği bildirilmiştir (147). Hastaneye ilk başvuruya kadar geçen süre, OKB’nin başlangıcı ile tedavi için hastaneye ilk başvuru arasındaki süre olarak tanımlanmaktadır. Literatürde birçok çalışma tedavisiz hastalık süresinin, hastalık süresinin yaklaşık yarısı kadar olduğunu belirtmektedir (147,148). Moritz ve arkadaşları OKB’de yaşam kalitesini incelediği bir çalışmada; uzun hastalık süresinin fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler ve psikolojik sağlık ile negatif ilişkili olduğunu saptamıştır (149).

Çalışmamızda ilaç kullanımı olan hastaların, kullanmayanlara göre duygu düzenleme güçlüğü farkındalık ve stratejiler alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. OKB’de ilaç tedavisine başlandıktan 4-6 hafta sonrasına kadar

önemli bir iyileşme yaşanmadığı belirtilmektedir (109). Çalışmamıza katılan hastalardan ilaç kullananların en fazla 3 haftadır SSRI (fluoksetin veya sertralin) kullanıyor olduğu izlenmiş ve tedavi yanıtı açısından bu sürenin tedaviye yanıt ve belirtilerde iyileşme açısından kısa olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda ilaç kullanan gruptaki kişilerde duygu düzenleme güçlüğü farkındalık ve stratejiler alt ölçek puanlarının daha yüksek saptanması; bu kişilerin kendisini etiketleme, olumsuz değerlendirme ve bunlarla ilişkili olarak ilaç kullanım sürelerinin olumlu değişiklikler için yetersiz kalması, antidepresan kullanımı ile ilgili olumsuz etkileri ortaya çıkarmış olabilir veya bu kişiler daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşıyor olduğu için ilaç kullanımına ihtiyaç duymuş olabilir şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda geçmişte psikiyatrik tedavi öyküsü olan kişilerin; geçmiş psikiyatrik ilaç kullanımı olanlarda yaşam kalitesi psikolojik sağlığının daha bozuk olduğu ve depresif belirtilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılanların geçmiş psikiyatrik tedavi öyküleri ilaç kullanımı ve psikoterapi açısından ne kadar süre, hangi dozda, hangi ilacın kullanıldığı veya hangi terapinin, hangi koşullarda ve ne kadar süre uygulandığı bilinmemekle birlikte tedavinin herhangi bir nedenle yarım bırakıldığı durumlarda fayda sağlanamadığı ve yaşam kalitesinde beklenen iyileşmenin olmadığının düşünülmüştür. Bu durum geçmişte tedavi öyküsü olanlarda kendini etiketleme, olumsuz tedavi deneyimi ve bunlarla ilişkili olarak hastalık şiddeti ve eşlik eden mutsuzluk düşünceleri ve depresif yakınmalarla ilişkili olabilir. Çalışmamızda geçmişte psikoterapi alan hastalarda yaşam kalitesi yönünden anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durum geçmişte alınan terapinin niteliği, süresi ve koşulları gibi değişkenler ile veya çalışmamızın kesitsel özellikte olması ile ilişkilendirilebilir.

İntihar davranışı ve self mutilatif davranışların psikometrik ölçümlerle ilişkisi incelendiğinde; intihara meyil OKB'li hastalarda normal popülasyona göre daha yaygındır (150). Kamath ve arkadaşları, OKB hastalarında suisid girişimi olanların olmayanlara kıyasla daha kötü yaşam kalitesi olduğunu bildirmiştir (151). Velloso ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur. Aynı çalışmada; suisid girişimi öyküsü olan OKB hastalarının depresyon ve anksiyete belirtileri de daha yüksek bulunmuştur (152). Torres ve arkadaşlarının OKB'de intihar davranışı ve ilişkili faktörleri araştırdığı bir çalışmada; intihar öyküsü ile

depresif belirtiler arasında ilişki saptanmıştır (153). OKB hastalarında intihar davranışı ile yaşam kalitesinde azalma arasında önemli bir ilişkinin saptandığı çalışmalar mevcuttur (145,152). Çalışmamıza katılan hastalardan daha önce intihar girişim öyküsü olanların yaşam kalitesi genel sağlık, psikolojik sağlık ve çevre skorları, daha önce intihar girişimi olmayanlara göre daha düşük iken, duygu düzenleme güçlüğü stratejiler skoru, Beck-Depresyon ölçeği ve Beck-Anksiyete ölçeği puanları daha yüksektir; intihar girişimi olanlarda yaşam kalitesinin daha bozuk olduğu, duygu düzenleme güçlüğüne daha fazla olduğu, depresif belirtiler ve anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Yakın zamanlı bir sistematik değerlendirmede, OKB’de artmış intihar davranışının duygu-bilişsel faktörlerle (umutsuzluk, aleksitimi) ilişkisine değinilmiştir (154). Literatürde, OKB hastalarında stresör ile hastaların duygu düzenleme ve başa çıkma güçlükleri ile artmış intihar davranışı arasındaki ilişkiden bahseden çalışmalar mevcuttur (35,155,156). OKB hastalarında duygu düzenleme güçlüğü ile obsesif kompulsif belirtiler ve bu belirtilerin şiddetinin ilişkisinin yanında, duygu düzenleme güçlüğü ile artmış intihar riskinin varlığını belirten yayınlara literatürde rastlanmaktadır (35). Çalışmamızda, intihar davranışı olanlarda duygu düzenleme güçlüğü stratejiler skoru daha yüksek bulunmuştur.

İntihar amacı olmaksızın kendine zarar verme davranışı öyküsü olan kişilerde OKB sıklığı ile ilgili çalışmalar oldukça azdır (157). Yakın zamanda yapılan, Patel ve arkadaşları tarafından psikiyatrik hastalıklarda intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışının tanısallık ilişkili faktörlerinin araştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında; yaşam boyu intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışı ile OKB arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, OKB’nin tipik olarak bu davranışın başlangıcından önce mi yoksa tam tersi mi olduğunun belirlenemediği belirtilmiştir (158). Çalışmamızda, şimdiye kadar intihar amacı olmaksızın kendisine zarar verme öyküsü olanlarda; obsesif belirti şiddetinin daha fazla olduğu, motor dürtüsellik daha fazla olduğu, duygu düzenleme güçlüğüne daha fazla olduğu, anksiyete ve depresif belirtilerin daha fazla olduğu ve yaşam kalitesi genel sağlığının daha bozuk olduğu bulunmuştur.

Hastalık şiddeti, duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik ve yaşam kalitesinin birbirleri ile olan ilişkisi incelenmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, OKB

hastalarında yaşam kalitesi incelenmiş ve YBOKÖ puanları ile yaşam kalitesi ölçeği psikolojik, fiziksel, psikolojik sağlık ve çevre skorları arasında ters yönlü bir ilişki saptanmış olup, obsesif kompulsif belirti şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir (106). İkinci ve arkadaşları tarafından yürütülen OKB hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği (WHOQOL-BREF TR) bir çalışmada; OKB hastalarında yaşam kalitesinin hastalık şiddetinden olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (128). Velosso ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (145). Eisen ve arkadaşlarının yaptığı, 5 yıllık bir OKB izlem çalışmasında; YBOKÖ obsesyon puanı ile yaşam kalitesinin hemen tüm alanları arasında, YBOKÖ kompulsiyon puanı ve yaşam kalitesi alanları arasındakinden daha yüksek bir korelasyon saptanmış, obsesif kompulsif belirti şiddeti ile tüm yaşam kalitesi alanları arasında önemli ilişki bulunmuştur (15). Çalışmamızda, hastalık şiddetinin belirleyicisi olan YBOKÖ puanları ile WHOQOL-BREF TR yaşam kalitesi genel sağlık, fiziksel sağlık, çevre ve psikolojik sağlık puanları arasında ters yönlü ilişki saptanmış olup hastalık şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir.

Fergus ve arkadaşları, OKB hastalarından oluşan örnekleme yaptıkları bir çalışmada; hastalık belirti şiddetinin, duygu düzenlemede zorluklar ölçeği ve duygu düzenleme anketi kullanılarak ölçülen duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğunu saptamıştır (84). Çalışmamızda hastalık şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü total ve farkındalık, kabul etmeme, dürtü kontrolü, araçlar ve stratejiler alt başlıkları arasında aynı yönlü ilişki saptanmıştır. Bu bulgular literatür ile uyumlu gözükmektedir.

Duygu düzenleme ile hastalık şiddeti arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda; hastalık şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü arasında aynı yönlü ilişki olduğu, duygu düzenleme güçlüklerinin OKB hastalık sürecinde semptom şiddeti ve seyrini olumsuz etkilediğine dair bulgular saptanmıştır (159). OKB'nin ortaya çıkması ve sürmesinde uygunsuz duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı ve duygu düzenleme güçlüğü'nün etkisi olduğundan bahsedilmiştir (3). OKB'de hastalık şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü'nün ilişkili olması; duygu düzenleme güçlüklerinin obsesif kompulsif belirti şiddeti üzerinde negatif bir etkisi olduğunu öne süren OKB'nin bilişsel modeli ile örtüşmektedir.

OKB hastalarının yaklaşık %60 ila %80'inin yaşam boyu en az 1 kez majör depresif epizod geçirdiği ve OKB ile yaygın anksiyete bozukluğunun yaşam boyu

komorbidite prevalansının %30 olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (160). Duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkilendirildiğinden, OKB’de duygu düzenleme güçlüğüne OKB’den mi yoksa eşlik eden depresif belirtiler veya anksiyete belirtilerinden mi kaynaklandığının tespiti önem taşımaktadır. Yap ve arkadaşları tarafından yapılan OKB’de duygu düzenleme güçlüğüne incelendiği bir çalışmada; duygu düzenleme güçlüğüne kabul etmeme, amaçlar ve stratejiler alt başlıkları ile hastalık şiddeti arasında ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada OKB grubunda hastalık şiddeti ile anksiyete bulguları arasında ilişki saptanmamıştır (7,9,84,161,162). Çalışmamızın verileri literatürdeki bulgularla uyumludur.

OKB’de yaşam kalitesinin araştırıldığı, 75 OKB hastası ile yapılan bir çalışmada; komorbid depresyon tanısı olmayan örnekleme, depresif semptomlar ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki saptanmıştır (163). Aynı çalışmada en çok psikolojik sağlık alt ölçek (WHOQOL-BREF TR) puanının etkilendiği belirtilmiş, 2.sırada fiziksel sağlık bulunmuştur. Çalışmamızda yaşam kalitesi ile depresif belirtiler arasında negatif ilişki saptanmış, depresif belirtilerin fazla olduğu kişilerde yaşam kalitesi tüm alt başlıklarında bozulma bulunmuştur.

Çalışmamızda OKB’de hastalık şiddeti ile dürtüsellik skorları arasında ilişki bulunmamıştır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; bu alanda farklı sonuçlar olduğu görülmektedir, dürtüsellik ile hastalık şiddeti arasında ilişki saptanan çalışmalar olduğu gibi anlamlı bir ilişki saptanmayan, ya da dürtüsellik OKB semptom seyrinde etkisi olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmaktadır (14,95,164). Literatürde bu konuda farklı sonuçlar bildiren çalışmalar olması, bu alanda daha geniş örneklem ile daha fazla çalışma yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda dürtüsellik skorları ile duygu düzenleme güçlüğü skorları arasında aynı yönlü ilişki saptanmıştır. Literatürü incelediğimizde; OKB hasta grubunda dürtüsellik ile duygu düzenleme güçlüğü ilişkisini inceleyen bir çalışmaya bilgilerimiz dahilinde ulaşamadık (Pubmed, Clinical Key ELSEVIER, Wiley taranarak). Bipolar Bozukluk tanılı hastalarla yapılan, intiharın araştırıldığı bir çalışmada duygu düzenleme güçlüğü ile dürtüsellik arasında ilişki saptanmıştır (16). Çoklu motorlu araç kazası geçiren ergenlerle yapılan bir çalışmada ve üniversite öğrencilerinde aşırı içki içmenin araştırıldığı bir çalışmada önceki çalışmanın

sonucuna benzer şekilde duygu düzenleme güçlüğü ile dürtüsellik arasında ilişki saptanmıştır (17,18). Çalışmamızın sonuçlarına göre; OKB’de dürtüsellik ile duygu düzenleme güçlüğü arasında aynı yönlü ilişki olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda dürtüsellik skorları ile yaşam kalitesi skorları arasında ters yönlü ilişki saptanmıştır. Literatürü incelediğimizde; OKB hasta grubunda dürtüsellik ile yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen bir çalışmaya bilgilerimiz dahilinde ulaşamamıştır (Pubmed, Clinical Key ELSEVIER, Wiley taranarak). Literatürde; Parkinson tanılı hastalarla yapılan, yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada ve Çin’de intihar girişimi olan hastalarda yaşam kalitesi ve dürtüsellik araştırıldığı çalışmalarda, dürtüsellik yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür (165,166). Çalışmamızın sonuçlarına göre; OKB’de dürtüsellik ile yaşam kalitesi arasında ters yönlü ilişki olduğu düşünülmektedir.

Saric ve arkadaşları tarafından OKB hastalarında dürtüsellik araştırıldığı bir çalışmada; dürtüsellik ile anksiyete bulguları arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur (167). Çalışmamızda dürtüsellik ile anksiyete belirtileri ve depresif belirtiler arasında aynı yönlü ilişki bulunmuştur. Bu bulgu literatür ile uyumlu gözükmektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi skorları ile duygu düzenleme güçlüğü skorları arasında ters yönlü ilişki saptanmıştır. Literatürü incelediğimizde; OKB hasta grubunda yaşam kalitesi ilişkisi ile duygu düzenleme güçlüğü inceleyen bir çalışmaya bilgilerimiz dahilinde ulaşamamıştır (Pubmed, Clinical Key ELSEVIER, Wiley taranarak). Literatürde; kronik hastalık tanısı olan ergenlerle yapılan bir çalışmada ve epilepsi tanılı hastalarda duygu düzenleme güçlüğü yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği araştırmalarda, aralarında negatif ilişki saptanmıştır (168,169). Çalışmamızın sonuçlarına göre; OKB’de yaşam kalitesi ile duygu düzenleme güçlüğü arasında ters yönlü ilişki olduğu düşünülmektedir.

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın tek merkezli olup, katılımcıların yalnızca dal hastanesine başvuran kişilerden oluşması kısıtlılıklardan biridir. Çalışmamızın örneklem büyüklüğü ve daha büyük örneklemle çalışılmamış olması önemli kısıtlılıklardan biridir. Katılımcıların dürtüselliklerinin, yaşam kalitelerinin, duygu düzenleme güçlüklerinin, anksiyete ve depresif belirti şiddetlerinin öz bildirim dayalı ölçekler ile değerlendirilmesi kısıtlılıklarımızdan bir diğeridir. Öz bildirim dayalı ölçek maddelerini yanıtlayan kişilerin o anki yanıtları, pek çok faktörden etkilenebilir. Ek psikiyatrik hastalık tanısı bulunan katılımcılar çalışmamıza dahil edilmemiştir, ancak tanı düzeyinde olmayan anksiyete belirtileri ve depresif belirtiler sonuçların yorumlamasını güçleştirebilmektedir. Çalışmamızda kontrol grubunun olmaması bir diğer kısıtlılık olarak düşünülebilir. Çalışma tasarımının kesitsel nitelikte olması, analiz edilen değişkenlerin ilişkisinin yönünü ve neden sonuç ilişkisini belirleyememize neden olmaktadır. Bulgularımızın doğrulanması için ileriye dönük, uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

7. SONUÇLAR

1. Hastalık şiddeti belirleyicisi olan YBOKÖ total ve alt puanları ile WHOQOL-BREF TR yaşam kalitesi alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü ilişki bulunmuştur.
2. Hastalık şiddeti belirleyicisi olan YBOKÖ total ve alt puanları ile DDZÖ total ve alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı aynı yönlü ilişki saptanmıştır.
3. Hastalık şiddeti belirleyicisi olan YBOKÖ total ve alt puanları ile BDÖ-11-Kf total ve alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.
4. BDÖ-11-Kf dürtüsellik total ve alt ölçek skorları ile WHOQOL-BREF TR yaşam kalitesi alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü ilişki tespit edilmiştir.
5. BDÖ-11-Kf dürtüsellik total ve alt ölçek puanları ile DDZÖ total ve alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı aynı yönlü ilişki saptanmıştır.
6. WHOQOL-BREF TR yaşam kalitesi alt ölçek puanları ile DDZÖ total ve alt ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönlü ilişki bulunmuştur.
7. OKB tanılı hastalarda, sosyodemografik veriler açısından psikometrik ölçümler (YBOKÖ, BDÖ-11-Kf, WHOQOL-BREF TR, DDZÖ) kıyaslandığında; yaş ile obsesif kompulsif belirti şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde aynı yönlü, eğitim düzeyi ile dürtüsellik arasında ters yönlü ilişki bulunmuş olup; medeni durum açısından evlilerde hastalık şiddeti daha yüksek iken dürtüsellik ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Diğer sosyodemografik veriler açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.
8. OKB tanılı hastalarda, klinik veriler açısından psikometrik ölçümler kıyaslandığında; OKB tanı süresi uzun olanlarda yaşam kalitesi psikolojik sağlık düzeyi daha düşük saptanmış olup, hastalığın başlaması ile ilk defa psikiyatriye başvurusu arasında geçen sürenin daha uzun olduğu hastalarda yaşam kalitesi düzeyi daha düşük bulunmuştur.

9. Self mutilatif davranış öyküsü olan hastalarda; yaşam kalitesi genel sağlık düzeyi daha düşük, DDZÖ total ve alt ölçek skorları daha yüksek, YBOKÖ obsesyon puanı ve motor dürtüsellik alt ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.
10. İntihar davranışı öyküsü olanlarda; yaşam kalitesi daha düşük iken, DDZÖ stratejiler alt ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur.

8. KAYNAKLAR

1. Hollander E, Stein DJ, Kwon JH, Rowland C, Wong CM, Broatch J, et al. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 1997;2(10):16–25.
2. Gross JJ, Feldman Barrett L, John O, Lane R, Larsen R, Pennebaker J. The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. Vol. 2, Review of General Psychology. 1998.
3. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. In: *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2004. p. 41–54.
4. Grassi G, Pallanti S, Righi L, Figee M, Mantione M, Denys D, et al. Think twice: Impulsivity and decision making in obsessive-compulsive disorder. *J Behav Addict*. 2015 Dec 1;4(4):263–72.
5. Kashyap H, Fontenelle LF, Miguel EC, Ferrão YA, Torres AR, Shavitt RG, et al. “Impulsive compulsivity” in obsessive-compulsive disorder: A phenotypic marker of patients with poor clinical outcome. *J Psychiatr Res*. 2012;46(9):1146–52.
6. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Yılmaz E, Ağargün MY, Aşkın R. Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2007;8(1):5–13.
7. Fergus TA, Bardeen JR. Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2014;3(3):243–8.
8. Cyders MA, Smith GT. Emotion-Based Dispositions to Rash Action: Positive and Negative Urgency. *Psychol Bull*. 2008 Nov;134(6):807–28.
9. Stern MR, Nota JA, Heimberg RG, Holaway RM, Coles ME. An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2014;3(2):109–14.
10. Lopez-Ibor JJ'. Impulse control in obsessive-compulsive disorder: A biopsychopathological approach. Vol. 14, *Pmg. Neum-Psychopharmacol. b Bird. Psychiat*. 1990.
11. Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of Life for Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. 1996.
12. Macy AS, Theo JN, Kaufmann SCV, Ghazzaoui RB, Pawlowski PA, Fakhry HI, et al. Quality of life in obsessive compulsive disorder. Vol. 18, *CNS spectrums*. 2013. p. 21–33.

13. Berman NC, Shaw AM, Wilhelm S. Emotion Regulation in Patients with Obsessive Compulsive Disorder: Unique Effects for Those with “Taboo Thoughts.” *Cognit Ther Res*. 2018 Oct 1;42(5):674–85.
14. Boisseau CL, Thompson-Brenner H, Caldwell-Harris C, Pratt E, Farchione T, Harrison Barlow D. Behavioral and cognitive impulsivity in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Psychiatry Res*. 2012 Dec 30;200(2–3):1062–6.
15. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry*. 2006 Jul;47(4):270–5.
16. Kulacaoglu F, Izci F. The Effect Of Emotional Dysregulation and Impulsivity on Suicidality in Patients with Bipolar Disorder. *Psychiatr Danub*. 2022;33(4):706–14.
17. Cimino S, Di Vito P, Cerniglia L. The Role of Emotional Dysregulation, Impulsivity Traits and Aggressive Behaviors in Adolescents Who Sustain Multiple Motor-Vehicle Crashes. *Brain Sci*. 2022 Dec 1;12(12).
18. Benzerouk F, Djerada Z, Naassila M, Barrière S, Kaladjian A, Gierski F. Role of Impulsivity and Emotion Dysregulation Dimensions on Core Characteristics of Binge Drinking among University Students. *Psychol Belg*. 2022 Dec 22;62(1):286–96.
19. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14th ed. Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. 364–378 p.
20. Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, et al. Obsessive–compulsive disorder. Vol. 5, *Nature Reviews Disease Primers*. Nature Publishing Group; 2019.
21. Özerdem A. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Psikoz Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 1998;1(2):98–102.
22. Tükel R, Demet MM. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. 2017.
23. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5). Köroğlu E. (Çev. Ed.), editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013. 129–140 p.
24. Zivetz L. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization. Vol. 1. World Health Organization; 1992.
25. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994 Nov;55:5–10.
26. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam ; M Audrey. The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Five US Communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1094–9.
27. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, Newman SC, Oakley-Browne MA, Rubio-Stipec M, Wickramaratne PJ, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry*. 1994 Mar;55:5–10.
28. Huang Y, Wang Y, Wang H, Liu Z, Yu X, Yan J, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *Lancet Psychiatry*. 2019 Mar 1;6(3):211–24.

29. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiştirimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 1998;77–98.
30. Cilliçilli AS, Telcioğlu M, Aşkin R, Kaya N, Bodur S, Kucur R. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. *Compr Psychiatry*. 2004;45(5):367–74.
31. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*. 1992;15(4):743–58.
32. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Obsessive-Compulsive Disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89:24–35.
33. Tükel R, Demet MM, Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. *Anksiyete Bozuklukları* (Eds R Tükel, T Alkın). 2006;277:298.
34. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 Jan;15(1):53–63.
35. Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Brown C, Ferrao YA, Fontenelle LF, et al. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Compr Psychiatry*. 2017 Jul 1;76:79–86.
36. Veale D. Psychopathology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*. 2004;3(6):65–8.
37. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, John U. Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;250(5):262–8.
38. Taylor S, Jang KL, Asmundson GJG. Etiology of Obsessions and Compulsions: A Behavioral-Genetic Analysis. *J Abnorm Psychol*. 2010;119(4):672–82.
39. Taylor S. Etiology of obsessions and compulsions: A meta-analysis and narrative review of twin studies. Vol. 31, *Clinical Psychology Review*. 2011. p. 1361–72.
40. Inouye E. Similar and Dissimilar Manifestations of Obsessive-Compulsive Neurosis in Monozygotic Twins. *Am J Psychiatry*. 1965;121:1171–5.
41. Hetttema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Anxiety Disorders in Men and Women. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(2):182–9.
42. Nestadt G, Grados M, Samuels JF. Genetics of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010 Mar;33(1):141–58.
43. Saxena S, Rauch SL. Functional Neuroimaging and The Neuroanatomy of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23(3):563–86.
44. Karamustafalıoğlu O. Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2018. 379–404 p.
45. Alexander GE, DeLong MR, Strick PL. Parallel Organization of Functionally Segregated Circuits Linking Basal Ganglia and Cortex. *Annu Rev Neurosci*. 1986;9:357–81.

46. Whiteside SP, Port JD, Abramowitz JS. A meta-analysis of functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2004 Nov 15;132(1):69–79.
47. Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(14):18–21.
48. Koran LM, Pallanti S, Quercioli L. Sumatriptan, 5-HT1D receptors and obsessive-compulsive disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2001;11(2):169–72.
49. Ben-Pazi A, Szechtman H, Eilam D. The morphogenesis of motor rituals in rats treated chronically with the dopamine agonist quinpirole. *Behav Neurosci*. 2001 Dec;115(6):1301–17.
50. Denys D, Zohar J, Westenberg HGM. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(14):11–7.
51. Koo MS, Kim EJ, Roh D, Kim CH. Role of dopamine in the pathophysiology and treatment of obsessive - Compulsive disorder. *Expert Rev Neurother*. 2010 Feb;10(2):275–90.
52. Kim CH, Cheon KA, Koo MS, Ryu YH, Lee JD, Chang JW, et al. Dopamine transporter density in the basal ganglia in obsessive-compulsive disorder, measured with [123I]IPT SPECT before and after treatment with serotonin reuptake inhibitors. *Neuropsychobiology*. 2007 Oct;55(3–4):156–62.
53. Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology*. 2005 Sep;30(9):1735–40.
54. Karthik S, Sharma LP, Narayanaswamy JC. Investigating the role of glutamate in obsessive-compulsive disorder: Current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:1003–13.
55. Sheshachala K NJ. Glutamatergic augmentation strategies in obsessive- compulsive disorder. *Indian J Psychiatry*. 2019;61:58–65.
56. Freud S. Notes upon a Case of Obsessional Neurosis (1909). Standard Edition. Hogarth Press, editor. Vol. Volume X. London; 1986.
57. Freud S. Some thoughts on development and regression-aetiology. Introductory Lectures on Psychoanalysis (Lecture 22) (1917). Standard Edition. Vol. Volume XVI. London: Hogarth Press; 1986.
58. Freud S. Inhibitions, Semptoms and Anxiety. (1926). Standard Edition. Vol. Volume XX. London: Hogarth Press; 1986.
59. Salkovskis PM. Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. In: *Current controversies in the anxiety disorders*. 1996. p. 103–33.
60. Tükel R, Demet MM. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*; 2017.
61. Rachman S. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour research and therapy*. 1998;36(4):385–401.
62. Foa EB, Kozak MJ. DSM-IV field trial: Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1.

63. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;55(6):623–7.
64. Tükel R, Polat A, Özdemir O, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2002;43(3):204–9.
65. Karadağ F, Oguzhanoglu NK, Özdel O, Ateşçi FÇ, Amuk T. OCD symptoms in a sample of Turkish patients: A phenomenological picture. *Depress Anxiety*. 2006;23(3):145–52.
66. Ellsworth PC. William James and Emotion: Is a Century of Fame Worth a Century of Misunderstanding? *Psychol Rev*. 1994;101(2):449–50.
67. Denollet J, Nyklicek I, Vingerhoets AJJM. Introduction: Emotions, Emotion Regulation, and Health. . In: *Emotion Regulation*. Boston, MA: Springer; 2008. p. 3–11.
68. Koçak R. Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları Ve İlgili Araştırmalar. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2002;35(1):183–212.
69. Jackson DB, Testa A, Vaughn MG. Low Self-control and Legal Cynicism among At-Risk Youth: An Investigation into Direct and Vicarious Police Contact. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 2020 Nov 1;57(6):741–83.
70. Thompson R A. Emotional regulation and emotional development. *Educ Psychol Rev*. 1991;3(4):269–307.
71. Gross JJ, John OP. Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *J Pers Soc Psychol*. 2003 Aug;85(2):348–62.
72. John OP, Gross JJ. Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *J Pers*. 2004;72(6):1301–4.
73. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Mennin DS, Nolen-Hoeksema S. Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*. 2011 Sep;49(9):544–54.
74. Beauchaine TP. Future Directions in Emotion Dysregulation and Youth Psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2015 Sep 3;44(5):875–96.
75. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The Borderline Diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure. *Biol Psychiatry*. 2002;51(12):936–50.
76. Manber Ball T, Ramsawh HJ, Campbell-Sills L, Paulus MP, Stein MB. Prefrontal dysfunction during emotion regulation in generalized anxiety and panic disorders. *Psychol Med*. 2013 Jul;43(7):1475–86.
77. Michopoulos V, Powers A, Moore C, Villarreal S, Ressler KJ, Bradley B. The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*. 2015 Aug 1;91:129–36.
78. Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, Sim L. Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol*. 2011 Apr;39(3):389–400.

79. Gratz KL. Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *J Clin Psychol*. 2007 Nov;63(11):1091–103.
80. Preyde M, Watson J, Remers S, Stuart R. Emotional dysregulation, interoceptive deficits, and treatment outcomes in patients with eating disorders. *Soc Work Ment Health*. 2016 May 3;14(3):227–44.
81. Weiss NH, Tull MT, Viana AG, Anestis MD, Gratz KL. Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *J Anxiety Disord*. 2012 Apr;26(3):453–8.
82. Spence S, Courbasson C. The role of emotional dysregulation in concurrent eating disorders and substance use disorders. *Eat Behav*. 2012 Dec;13(4):382–5.
83. Thorsen AL, de Wit SJ, de Vries FE, Cath DC, Veltman DJ, van der Werf YD, et al. Emotion Regulation in Obsessive-Compulsive Disorder, Unaffected Siblings, and Unrelated Healthy Control Participants. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2019 Apr 1;4(4):352–60.
84. Yap K, Mogan C, Moriarty A, Dowling N, Blair-West S, Gelgec C, et al. Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol*. 2018 Apr 1;74(4):695–709.
85. Yazıcı K, Ertekin Yazıcı A. Dürtüselliliğin Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(2):254–80.
86. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor Structure of The Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol* 51:768-774.
87. Eysenck SBG, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1977;16(1):57–68.
88. Ainslie G. Specious Reward: A Behavioral Theory of Impulsiveness and Impulse Control. *Psychological Bulletin* . 1975;82(4):463–96.
89. Hollander E, Stein DJ. *Clinical Manual of Impulse-Control Disorders*. *Am J Psychiatry*. 2007;164.
90. Ozdemir P, Selvi Y, Aydin A. Impulsivity and Its Treatment. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*. 2012;4(3):293.
91. Tavares H, Gentil V. Pathological gambling and obsessive-compulsive disorder: towards a spectrum of disorders of volition. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(2):107–17.
92. Alonso P, Menchón JM, Jiménez S, Segalàs J, Mataix-Cols D, Jaurrieta N, et al. Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables. *Psychiatry Res*. 2008 Jan 15;157(1–3):159–68.
93. Shoval G, Zalsman G, Sher L, Apter A, Weizman A. Clinical characteristics of inpatient adolescents with severe obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2006;23(2):62–70.
94. Benatti B, Dell’Osso B, Arici C, Hollander E, Altamura AC. Characterizing impulsivity profile in patients with obsessive-compulsive disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2014;18(3):156–60.

95. Summerfeldt LJ, Hood K, Antony MM, Richter MA, Swinson RP. Impulsivity in obsessive-compulsive disorder: Comparisons with other anxiety disorders and within tic-related subgroups. *Pers Individ Dif*. 2004 Feb;36(3):539–53.
96. Ettelt S, Ruhrmann S, Barnow S, Buthz F, Hochrein A, Meyer K, et al. Impulsiveness in obsessive-compulsive disorder: Results from a family study. *Acta Psychiatr Scand*. 2007 Jan;115(1):41–7.
97. Sohn SY, Kang JI, Namkoong K, Kim SJ. Multidimensional measures of impulsivity in obsessive-compulsive disorder: Cannot wait and stop. *PLoS One*. 2014 Nov 5;9(11).
98. Stein D J, Hollander E, Simeon D, Cohen L. Impulsivity Scores in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1994;182(4):240–1.
99. Cavedini P, Riboldi G, D’annucci A, Belotti P, Cisima M, Bellodi L. Decision-making heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: ventromedial prefrontal cortex function predicts different treatment outcomes. *Neuropsychologia*. 2002;40:205–11.
100. Cavedini P, Zorzi C, Piccinni M, Cavallini MC, Bellodi L. Executive Dysfunctions in Obsessive-Compulsive Patients and Unaffected Relatives: Searching for a New Intermediate Phenotype. *Biol Psychiatry*. 2010 Jun 15;67(12):1178–84.
101. Starcke K, Tuschen-Caffier B, Markowitsch HJ, Brand M. Dissociation of decisions in ambiguous and risky situations in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2010 Jan 30;175(1–2):114–20.
102. Kodaira M, Iwadare Y, Ushijima H, Oiji A, Kato M, Sugiyama N, et al. Poor performance on the Iowa gambling task in children with obsessive-compulsive disorder. *Ann Gen Psychiatry*. 2012;11:11–25.
103. Zhang S, Hu S, Hu J, Wu PL, Chao HH, Li CSR. Barratt impulsivity and neural regulation of physiological arousal. *PLoS One*. 2015 Jun 16;10(6).
104. World Health Organization. The newly defined burden of mental problems. *East Mediterr Health J*. 1999;5(2):394–401.
105. Kugler BB, Lewin AB, Phares V, Geffken GR, Murphy TK, Storch EA. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: The role of mediating variables. *Psychiatry Res*. 2013 Mar 30;206(1):43–9.
106. Kıvrıkcık Akdede BB, Alptekin K, Akvardar Y, Kitiş A. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Bilişsel İşlevler ve Klinik Bulgular ile İlişkisi *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(1):13-19. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2005;16(1):13–9.
107. Beşiroğlu L, Ağargün MY. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sağlık Yardımı Arama Davranışı İle İlişkili Etmenler: Hastalık İle İlişkili ve Genel Etmenlerin Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(3):213–22.
108. Eichholz A, Schwartz C, Meule A, Heese J, Neumüller J, Voderholzer U. Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2020 Sep 1;27(5):630–9.

109. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(7):5–53.
110. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:1006–11.
111. Elbir M, Alp Topbas O, Bayad S, Kocabas T, Topak OZ, Cetin S, et al. Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2019;30(1).
112. Karamustafalıoğlu OK, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Bursa: Savaş Ofset; 1993. p.86.
113. Tek C, Uluğ B, Rezaki BG, et al. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and US National Institute of Mental Health Global Obsessive Compulsive Scale in Turkish: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91:410–3.
114. Ruganci RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish Version of the difficulties in emotion regulation scale. *J Clin Psychol*. 2010 Apr;66(4):442–55.
115. Tamam L, Güleç H, Karataş. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013;50:130–4.
116. Group TW. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569–85.
117. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Yalçın Eser S, Elbi H, ?Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 1999;7(2):23–40.
118. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:893.
119. Ulusoy M, Hisli Sahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother*. 1998;12:163.
120. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561–71.
121. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji dergisi*. 1989;7(23):3–13.
122. Demet MM, Deveci A, Deniz F, Taşkın EO, Şimşek E, YurtSever F. Obsesif-kompulsif bozuklukta sosyodemografik özellikler ve fenomenoloji. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2005;6(3):133–44.
123. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*. 1996;Vol. 169:101–7.

124. Karagüzel EÖ, Arslan CF, Aykut SD, Uysal E, Demir S, Tat M, et al. Blood levels of interleukin-1 beta, interleukin-6 and tumor necrosis factor-alpha and cognitive functions in patients with obsessive compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2019;1(89):61–6.
125. Guillén-Font MA, Cervera M, Puigoriol E, Foguet-Boreu Q, Arrufat FX, Serra-Millàs M. Insight in Obsessive-Compulsive Disorder: Relationship With Sociodemographic and Clinical Characteristics. *J Psychiatr Pract*. 2021 Nov 5;27(6):427–38.
126. Catapano F, Perris F, Fabrazzo M, Cioffi V, Giacco D, De Santis V, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight: A three-year prospective study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2010 Mar;34(2):323–30.
127. Akbari M, Seydavi M, Chasson GS, Leventhal AM, Lockwood MI. Global prevalence of smoking among individuals with obsessive-compulsive disorder and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*. 2022;6:1–15.
128. Ekinici EA, Ekinici O. Relation of quality of life with clinical and demographic features in patients with obsessive-compulsive disorder: the effect of insight and suicidality. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2019;32(3):194.
129. Albert U, Barbaro F, Bramante S, Rosso G, De Ronchi D, Maina G. Duration of untreated illness and response to SRI treatment in Obsessive-Compulsive Disorder. *European Psychiatry*. 2019 May 1;58:19–26.
130. Melkonian M, McDonald S, Scott A, Karin E, Dear BF, Wootton BM. Symptom improvement and remission in untreated adults seeking treatment for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. Vol. 318, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2022. p. 175–84.
131. Janardhan Reddy YC, Sundar AS, Narayanaswamy JC, Math SB. Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian J Psychiatry*. 2017;59(1):74–90.
132. Altıntaş EY, Ozcurumez G. Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanılı Hastaların Cinsiyet Farklılığı Açısından Değerlendirilmesi . *Cukurova Medical Journal*. 2015;Vol. 40.
133. De La Vega D, Giner L, Courtet P. Suicidality in Subjects With Anxiety or Obsessive-Compulsive and Related Disorders: Recent Advances. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 Apr 1;20(4).
134. Adewuya AO, Ola BA, Coker OA, Atilola O, Zachariah MP, Olugbile O, et al. Prevalence and associated factors for suicidal ideation in the Lagos State Mental Health Survey, Nigeria. *BJPsych Open*. 2016 Nov;2(6):385–9.
135. Pellegrini L, Maietti E, Rucci P, Casadei G, Maina G, Fineberg NA, et al. Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2020 Nov 1;276:1001–21.
136. Albert U, Ronchi DD, Maina G, Pompili M. Suicide Risk in Obsessive-Compulsive Disorder and Exploration of Risk Factors: A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol*. 2019;17(8):681–96.

137. Storch EA, De Nadai AS, Conceição Do Rosário M, Shavitt RG, Torres AR, Ferrão YA, et al. Defining clinical severity in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2015 Nov 1;63:30–5.
138. Cordeiro T, Sharma M, Thennarasu K, Janardhan Reddy Y. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder and obsessive beliefs. *Indian J Psychol Med*. 2015 Oct 1;37(4):403–8.
139. Okasha A, Saad A, Khalil AH, Seif A, Dawla E, Yehia N. Phenomenology of Obsessive-Compulsive Disorder: A Transcultural Study. *Compr Psychiatry*. 1994;35(3):191–7.
140. Benatti B, Girone N, Celebre L, Vismara M, Hollander E, Fineberg NA, et al. The role of gender in a large international OCD sample: A Report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) Network. *Compr Psychiatry*. 2022 Jul 1;116.
141. Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D, et al. Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: Prevalence, comorbidity, and course. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2004 Jun;254(3):156–64.
142. Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Jaurieta N, et al. Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depress Anxiety*. 2008 Oct;25(10):832–8.
143. Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsessif Kompulsif Bozuklukta Fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 1999;9:142–7.
144. Dell’Osso B, Benatti B, Hollander E, Altamura AC. Clinical features associated with increased severity of illness in tertiary clinic referred patients with obsessive compulsive disorder. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2017 Apr 3;21(2):131–6.
145. Velloso P, Piccinato C, Ferrão Y, Perin EA, Cesar R, Fontenelle LF, et al. Clinical predictors of quality of life in a large sample of adult obsessive-compulsive disorder outpatients. *Compr Psychiatry*. 2018 Oct 1;86:82–90.
146. Fontenelle LF, Nicolini H, Brakoulias V. Early intervention in obsessive-compulsive disorder: From theory to practice. *Compr Psychiatry*. 2022 Nov 1;119.
147. Matsumoto Y, Nakamae T, Abe Y, Watanabe A, Narumoto J. Duration of untreated illness of patients with obsessive-compulsive disorder in Japan. *Early Interv Psychiatry*. 2021 Dec 1;15(6):1644–9.
148. Dell’Osso B, Benatti B, Grancini B, Vismara M, De Carlo V, Cirnigliaro G, et al. Investigating duration of illness and duration of untreated illness in obsessive compulsive disorder reveals patients remain at length pharmacologically untreated. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2019 Oct 2;23(4):311–3.
149. Moritz S, Rufer M, Fricke S, Karow A, Morfeld M, Jelinek L, et al. Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Compr Psychiatry*. 2005 Nov 1;46(6):453–9.
150. Osborn D, Levy G, Nazareth I, King M. Suicide and severe mental illnesses. Cohort study within the UK general practice research database. *Schizophr Res*. 2008 Feb;99(1–3):134–8.

151. Kamath P, Janardhan Reddy YC, Kandavel T. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(11):1741–50.
152. Velloso P, Piccinato C, Ferrão Y, Aliende Perin E, Cesar R, Fontenelle L, et al. The suicidality continuum in a large sample of obsessive-compulsive disorder (OCD) patients. *European Psychiatry*. 2016 Oct 1;38:1–7.
153. Torres AR, Ramos-Cerqueira ATDA, Torresan RC, Domingues MDS, Hercos ACR, Guimarães ABC. Prevalence and associated factors for suicidal ideation and behaviors in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2007;12(10):771–8.
154. Khosravani V, Samimi Ardestani SM, Sharifi Bastan F, McKay D, Asmundson GJG. The associations of obsessive-compulsive symptom dimensions and general severity with suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: The role of specific stress responses to COVID-19. *Clin Psychol Psychother*. 2021 Nov 1;28(6):1391–402.
155. Shi L, Que JY, Lu ZA, Gong YM, Liu L, Wang YH, et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation among the general population in China during the COVID-19 pandemic. *European Psychiatry*. 2021;64(1).
156. Kim H, Seo J, Namkoong K, Hwang EH, Sohn SY, Kim SJ, et al. Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2016 Mar 1;192:50–5.
157. Claes L, Buelens T, Depestele L, Dierckx E, Schoevaerts K, Luyckx K. Obsessive-compulsive symptoms in female patients with an eating disorder with or without impulsive non-suicidal self-injury. *European Eating Disorders Review*. 2021 Jul 1;29(4):663–9.
158. Patel TA, Mann AJD, Blakey SM, Aunon FM, Calhoun PS, Beckham JC, et al. Diagnostic Correlates of Nonsuicidal Self-Injury Disorder among Veterans with Psychiatric Disorders. *Psychiatry Res*. 2021 Feb 1;296.
159. Paxos C. Moving beyond first-line treatment options for OCD. *Mental Health Clinician*. 2022 Oct 1;12(5):300–8.
160. Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia ED, Cantisani A, Pellegrini M. Obsessive-compulsive disorder comorbidity: Clinical assessment and therapeutic implications. *Front Psychiatry*. 2011;2(DEC).
161. Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(3):256–71.
162. Smith AH, Wetterneck CT, Hart JM, Short MB, Björgvinsson T. Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2012;1(1):54–61.
163. Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of Life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2003;48(2):72–7.

164. Prochazkova L, Parkes L, Dawson A, Youssef G, Ferreira GM, Lorenzetti V, et al. Unpacking the role of self-reported compulsivity and impulsivity in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr*. 2018 Feb 1;23(1):51–8.
165. Jeyadevan A, Bakeberg M, Byrnes M, Kenna J, McGregor S, Ghosh S, et al. Quality of life implications for elevated trait impulsivity in people with Parkinson’s disease. *Quality of Life Research*. 2023;
166. Chen G, Mo Q, Chen X, Yu B, He H, Wang G, et al. Quality of Life, Hopelessness, Impulsivity, and Suicide in the Rural Elderly in China: A Moderated Mediation Analysis of Psychological Autopsy Data. *Front Public Health*. 2022 Jun 16;10.
167. Saric RH, Barksdale VC. Impulsiveness in Obsessive-Compulsive Patients. *Brit J Psychiat*. 1983;143:177–82.
168. Cserép M, Szabó B, Tóth-Heyn P, Szabo AJ, Szumska I. The Predictive Role of Cognitive Emotion Regulation of Adolescents with Chronic Disease and Their Parents in Adolescents’ Quality of Life: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 1;19(23).
169. Gurkan ZM, Sengul Y, Ekiz TG, Pak AT. Effect of alexithymia and difficulty of emotion regulation, neuroticism, low extraversion, and suicidality on quality of life in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2022;135.