



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUKTA DÜŞÜNCE EYLEM
FÜZYONU, ŞİZOTİPİ VE OTİSTİK ÖZELLİKLER İLE İLİŞKİSİ**

HAZIRLAYAN

DR. VASFİYE ÖZEK GÖKBULAK

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK

AYDIN-2023

TEŞEKKÜR

Asistanlığımın başından bu günlere kadar bilgi ve deneyimleriyle yolumu aydınlatan , desteğini her daim hissettiğim , saygıdeğer tez danışmanı hocam Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK’a sonsuz teşekkür ve minnetlerimi borç bilirim .Ayrıca kıymetli zamanlarını ayırarak benimle bilgilerini ve tecrübelerini paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Vesile ALTINYAZAR, Dr. Öğretim Üyesi Yaşan Bilge ŞAİR, Doç. Dr. Bilge DOĞAN ve Doç. Dr. Çağdaş Öykü MERİÇ ‘e de çok teşekkür ederim .

Ortaokul, lise yıllarımda tanıştığım, o günlerden bu günlere her zaman yanımda olduklarını bildiğim, kardeşlerim diyebileceğim Gizem KABASAKAL ve Ayşe Betül DEMİRCİLER’e, başta uzmanlık eğitimi sürecimde unutulmaz anılar biriktirdiğim dostlarım Dr. Hülya MALALI , Dr. Elif Nur GÖKDUMAN ve Dr. Orkhan BABABAYLI ve Dr. Aslı AYDIN olmak üzere bu süreçte yanımda olan tüm asistan ve uzman doktor arkadaşlarıma ve Psk. Simel AYAR’a teşekkür ederim.

Beni yetiştiren, her zaman yanımda olduklarını bildiğim canım ailemin mucize insanlarına, hayatı bana öğreten, olduğum kişi olmamı sağlayan, idolüm, sevgili annem Habibe Ertuğrul ‘a, bir teyzeden çok daha fazlası olan sırdaşım Özlem Ertuğrul’a, her zaman yanımda olduğunu bildiğim canım kardeşim Osman Eren Özek ‘e ve beni bu günlere getiren babam Nabi Özek ‘e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak da desteğiyle beni hiç yalnız bırakmayan hayat arkadaşım , canım eşim Dr. Yiğit Gökbülak ‘ a çok teşekkür ederim .

Dr. Vasfiye ÖZEK GÖKBULAK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Tanı ve Sınıflandırma.....	5
2.1.4. Epidemiyoloji.....	8
2.1.5. Belirti Boyutları	10
2.1.6. Etiyoloji.....	14
2.1.6.1. Psikososyal Kuramlar.....	14
2.1.6.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Psikanalitik Teori	14
2.1.6.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Davranışçı Model	14
2.1.6.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel Davranışçı Model.....	15
2.1.6.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Metakognitif Model	16
2.1.6.2. Biyolojik Faktörler	17
2.1.6.2.1. Nörobiyolojik Faktörler	17

2.1.6.2.1.1. Nöropsikolojik Faktörler.....	17
2.1.6.2.1.2. Nörokimyasal Faktörler	18
2.1.6.2.1.2.1. Serotonerjik Sistem	18
2.1.6.2.1.2.2. Dopaminerjik Sistem.....	19
2.1.6.2.1.2.3. Glutamaterjik Sistem.....	20
2.1.6.2.1.2.4. GABAerjik Sistem	20
2.1.6.2.1.2.5. Noradrenerjik Sistem	20
2.1.6.3. Genetik Çalışmalar	21
2.1.6.3.1. Aile ve İkiz Çalışmaları	21
2.1.6.3.2. Moleküler Genetik Çalışmalar.....	21
2.1.6.3.2.1. Serotonerjik Sistem	21
2.1.6.3.2.2. Glutamaterjik Sistem	22
2.1.6.3.2.3. Dopaminerjik Sistem	22
2.1.6.4. Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	22
2.1.6.4.1. Yapısal Beyin Görüntüleme Çalışmaları	22
2.1.6.4.2. İşlevsel Beyin Görüntüleme Çalışmaları;.....	23
2.1.6.5. Nöroimmunolojik Faktörler	24
2.1.6.5.1. OKB ve COVID-19	24
2.1.6.6. Nöroendokrinolojik Faktörler.....	25
2.1.7. Seyir ve Prognoz	26
2.1.8. Eş tanı.....	26
2.1.9. Tedavi.....	28
2.2. Düşünce Eylem Kaynaşması	30
2.2.1. Düşünce Eylem Kaynaşması Tanımı	30
2.2.2. Düşünce Eylem Kaynaşması Kavramının Gelişimi	30

2.2.3. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Kaynaşması	31
2.2.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Düşünce Eylem Kaynaşması Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Çalışmalar.....	34
2.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu.....	34
2.3.1. Tanı ve Değerlendirme.....	35
2.3.2. Şizotipallik Kavramının Gelişimi	35
2.3.3. Şizotipiye Boyutsal Yaklaşım.....	37
2.3.4. Epidemiyoloji.....	37
2.3.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Çalışmalar.....	38
2.4. Otizm Spektrum Bozukluğu	39
2.4.1. Tanım ve Tarihçe	39
2.4.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Otizm Spektrum Bozukluğu Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Çalışmalar.....	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1. Örneklem	43
3.2. Veri Toplama Araçları	45
3.2.1. Sosyodemografik klinik veri formu:	45
3.2.2. Eksen I bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I (SCID-I)	45
3.2.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOCS)	45
3.2.4. Beck Depresyon Envanteri(BDE)	46
3.2.5. Beck Anksiyete Envanteri(BAE)	46
3.2.6. Otizm Spektrum Anketi (OSA).....	46
3.2.7. Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ)	47
3.2.8. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEKÖ)	47

3.3. İstatistiksel Analiz.....	48
4. BULGULAR	49
5. TARTIŞMA.....	66
5.1. Çalışmaya Katılan Grubun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri	66
5.2. Çalışmaya Katılan Grupta DEK ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerin Yorumlanması	69
5.3. Otizm ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerin Yorumlanması.....	72
5.4. Şizotipallik ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerin Yorumlanması	73
5.5. Çalışmaya Katılan Grupta DEK ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerin İleri Analizlerinin Yorumlanması.....	74
6. SONUÇ	79
KAYNAKLAR.....	82
EKLER	118
Ek 1. Etik Kurul Onay Formu.....	118
Ek 2.Sosyodemografik Klinik Veri Formu.....	119
Ek 3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)	121
Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği.....	137
Ek 5. Beck Anksiyete Ölçeği.....	138
Ek 6. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği	139
Ek 7. Şizotipal Kişilik Ölçeği	141
Ek 8. Otizm Spektrum Anketi.....	143
Ek 9. Eksen I bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I (SCID-I).....	147

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 4.1. Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri.....	50
Tablo 4.2. Örneklemin Klinik Ölçekler Yönünden Karşılaştırılması	50
Tablo 4.3. Düşünce Eylem Kaynaşması Skorları ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar.....	51
Tablo 4.4. Otizm Spektrum Anketi Skorları ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar.....	53
Tablo 4.5. Şizotipal Kişilik Ölçeği Skorları ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar.....	55
Tablo 4.6. DEKÖ ile İlgili Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	56
Tablo 4.7. DEKÖ Ahlak Boyutu ile İlgili Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	57
Tablo 4.8. DEKÖ Olabilirlik Kendisi Boyutu ile İlgili Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	58
Tablo 4.9. DEKÖ Olabilirlik Diğerleri Boyutu ile İlgili Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	59
Tablo 4.10. Bilişsel Algısal Şizotipik Kişilik Özelliğinin DEKÖ Toplam Skorları ile YBOCS-Obsesyon Skorları Arasındaki İlişkiye Aracılık Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	60
Tablo 4.11. Bilişsel Algısal Şizotipik Kişilik Özelliğinin DEKÖ Ahlak Skorları ile YBOCS-Kompulsiyon Skorları Arasındaki İlişkiye Aracılık Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi.....	61
Tablo 4.12. Bilişsel Algısal Şizotipik Kişilik Özelliğinin DEKÖ Olabilirlik Kendisi Skorları ile YBOCS-Obsesyon Skorları Arasındaki İlişkiye Aracılık Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi	63

Tablo 4.13. OSA Ayrıntıya Dikkat Etme Boyutunun DEKÖ Olabilirlik Diğerleri Skorları ile YBOCS-Obsesyon Skorları Arasındaki İlişkiye Aracılık Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi	65
---	----



ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Bilişsel Davranışçı Model	15
Şekil 2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Metakognitif Modeli	16



KISALTMALAR DİZİNİ

5-HIAA	: 5 Hidroksiindolasetik Asit.
5-HT	: Serotonin.
BAE	: Beck Anksiyete Envanteri.
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği .
BDE	: Beck Depresyon Envanteri.
BDÖ	:Beck Depresyon Ölçeği.
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi.
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı.
COMT	: Katekol-O-Metiltransferaz.
DBS	: Derin Beyin Stimülasyonu.
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.
DEK	: Düşünce Eylem Kaynaşması.
DEK	: Düşünce Eylem Kaynaşması.
DEKÖ	: Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği.
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı.
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi.
fMRG	: İşlevsel Manyetik Rezonans Görüntüleme.
HIV	: Human Immunodeficiency Virus.
ICD	: International Classification of Diseases.
IL	: Interlökin.
KTSK	: Kortiko-Talamo-Striatal-Kortikal.
MAOA	: Monoaminooksidaz.
MDB	: Majör Depresif Bozukluk.
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme.

NCS-R	: National Comorbidity Survey.
NK	: Doğal Öldürücü Hücre.
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk.
OKKB	: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu.
OSA	: Otizm Spektrum Anketi.
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu.
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu.
PANDAS	: Streptokoklarla İlişkili Pediatrik Otoimmün Nöropsikiyatrik Bozukluklar.
PB	: Panik Bozukluğu.
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi.
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu.
SCID-1	: Eksen I Bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme.
SD	: Standart Deviasyon.
SPECT	: Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi.
SSGI/SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü.
ŞK	: Şizotipal Kişilik.
ŞKÖ	: Şizotipal Kişilik Ölçeği.
ŞTKB	: Şizotipal Kişilik Bozukluğu.
TMS	: Transkranial Manyetik Stimülasyon.
TNF-α	: Tümör Nekroz Faktör Alfa.
TS	: Tourette Sendromu.
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu.
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu.
YBOCS	: Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği.

ÖZET

Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Füzyonu, Şizotipi ve Otistik Özellikler ile İlişkisi

Amaç: OKB'li hastalardaki DEK, şizotipallik ve otistik özellikler arasındaki ilişkiler uzun yıllardır ilgi çekmiştir. Biz çalışmamızda OKB ile DEK, şizotipallik ve otistik özellikler arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ayaktan başvuran ya da yataklı psikiyatri servisinde takip edilen, Eksen I bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I (SCID-I) ile OKB tanı ölçütlerini karşılayan, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) skoru ≥ 16 olan, çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan, dışlama kriterlerinden herhangi birini bulundurmeyen gönüllü hastalar dahil edilmiştir. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Eksen I bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I Ölçeği, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği, Beck Depresyon Derecelendirme Envanteri (BDE), Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEKÖ), Otizm Spektrum Anketi (OSA), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ) uygulanmıştır. Böylece OKB hastalarında düşünce eylem füzyonu, şizotipallik ve otistik özellikler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Bulgular: DEKÖ toplam ve her üç boyutu ile BAE, YBOCS toplam ve alt ölçek puanları arasında pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. DEKÖ toplam ve ahlak boyutu ile BDE arasında pozitif ilişki saptanmıştır. ŞKÖ toplam ve bilişsel algısal, dezorganize boyutları ile DEKÖ toplam ve her üç alt boyutu arasında; ŞKÖ kişiler arası boyutu ile DEKÖ toplam, ahlak boyutu arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır. DEKÖ toplam ve her üç boyutu ile OSA ayrıntıya dikkat etme boyutu arasında; DEKÖ toplam ve ahlak, olabilirlik kendisi boyutları ile OSA dikkati kaydırabilme boyutu arasında; DEKÖ toplam ve olabilirlik kendisi boyutu ile OSA toplam arasında pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. DEKÖ olabilirlik kendisi boyutu ile OSA iletişim boyutu arasında da pozitif ilişkiler bulunmuştur. OSA toplam ve dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim boyutları ile ŞKÖ toplam ve bilişsel algısal, dezorganize boyutları arası pozitif yönde

ilişkiler saptanmıştır. ŞKÖ kişiler arası boyutu ile OSA toplam ve iletişim, sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme boyutları arasında istatistiksel anlamlı pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. OSA toplam ve dikkati kaydırabilme boyutu ile BAE arasında; OSA toplam ve sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim boyutları ile BDE arasında pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. ŞKÖ toplam ve her üç boyutu ile BAE, BDE, YBOCS toplam, obsesyon ve kompulsiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

DEKÖ ile ilişkili değişkenleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizinde ŞKÖ bilişsel algısal boyutu ve YBOCS obsesyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. DEKÖ ahlak boyutu ile ilişkili değişkenleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizinde ŞKÖ'nün bilişsel algısal boyutu ve YBOCS kompulsiyon boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. DEKÖ olabilirlik kendisi boyutu ile ilişkili değişkenleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizinde ŞKÖ'nün bilişsel algısal boyutu ve YBOCS obsesyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur. DEKÖ olabilirlik diğerleri boyutu ile ilişkili değişkenleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizinde OSA ayrıntıya dikkat etme boyutu ve YBOCS obsesyon boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

Hastalarda bilişsel algısal şizotipik kişilik özellikleri ve YBOCS obsesyon skorlarının DEKÖ toplam skorlarına etkisi değerlendirilmiş; DEKÖ toplam skorları ile YBOCS obsesyon skorları arasındaki ilişkiye bilişsel algısal şizotipi skorlarının kısmi aracı etkisinin olduğu; YBOCS obsesyon skorundaki 1 birimlik artışın DEKÖ toplam skorunu 2.096 puan arttırdığı ve bilişsel algısal şizotipi skorundaki 1 birimlik artışın ise DEKÖ toplam skorunu 0.856 puan arttırdığı tespit edilmiştir. Hastalarda bilişsel algısal şizotipik kişilik özellikleri ve YBOCS kompulsiyon skorlarının DEKÖ ahlak skorlarına etkisi değerlendirilmiş; DEKÖ ahlak skorları ile YBOCS kompulsiyon skorları arasındaki ilişkiye bilişsel algısal şizotipi skorlarının kısmi aracı etkisinin olduğu; YBOCS kompulsiyon skorundaki 1 birimlik artışın DEKÖ ahlak skorunu 1.206 puan arttırdığı ve bilişsel algısal şizotipi skorundaki 1 birimlik artışın ise DEKÖ ahlak skorunu 0.588 puan arttırdığı tespit edilmiştir. Hastalarda bilişsel algısal şizotipik kişilik özellikleri ve YBOCS obsesyon skorlarının DEKÖ olabilirlik kendisi skorlarına etkisi değerlendirilmiş; DEKÖ olabilirlik kendisi skorları ile YBOCS obsesyon skorları arasındaki ilişkiye bilişsel algısal

şizotipi skorlarının kısmi aracı etkisinin olduğu; YBOCS obsesyon skorundaki 1 birimlik artışın DEKÖ olabilirlik kendisi skorunu 0.451 puan arttırdığı ve bilişsel algısal şizotipi skorundaki 1 birimlik artışın ise DEKÖ olabilirlik kendisi skorunu 0.138 puan arttırdığı tespit edilmiştir. Hastalarda OSA ayrıntıya dikkat etme skorları ve YBOCS obsesyon skorlarının DEKÖ olabilirlik diğerleri skorlarına etkisi değerlendirilmiş; bağımsız değişken olan YBOCS obsesyon skorunun mediatörü predikte etmediği anlaşılmıştır. DEKÖ olabilirlik diğerleri boyutunun bağımsız olarak OSA ayrıntıya dikkat etme ve YBOCS obsesyon puanına ayrı ayrı etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Sonuç: Bildiğimiz kadarıyla OKB’de DEK, şizotipi ve otistik özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgulara göre; OKB hastalarında DEK, şizotipal özellikler ve otistik özellikler arasında bazı ilişkiler bulunmuştur. DEK ve ahlak, olabilirlik kendisi boyutları üzerinde bilişsel algısal şizotipinin kısmi etkisi bulunmuştur. Ayrıca DEK olabilirlik diğerleri boyutu üzerinde OSA ayrıntıya dikkat etme boyutunun mediatör etkili olmadığı görülmüştür. Bu ilişkilerin bir kısmı literatür ile uyumlu olmakla birlikte, bir kısmının yeni verilerle doğrulanması ve desteklenmesi için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Obsesif Kompulsif Bozukluk, Düşünce Eylem Füzyonu, Şizotipal Kişilik Özelliği, Otistik Özellikler

ABSTRACT

Thought-Action Fusion In Obsessive-Compulsive Disorder And Its Relationship With Schizotypy And Autistic Traits

Objective: The relationship between mental disorders and thought-action fusion, schizotypality and autistic traits has attracted attention for many years. In this study, we aimed to investigate the relationships between OCD and thought-action fusion, schizotypality and autistic traits.

Method: Voluntary patients who were admitted to Aydın Adnan Menderes University Hospital Mental Health and Diseases Outpatient Clinic or followed up in inpatient psychiatry service, who met the diagnostic criteria of OCD with DSM-IV Structured Clinical Interview-I (SCID-I) for Axis I disorders, who had Yale-Brown Obsession Compulsion Rating Scale (Y-BOCS) score ≥ 16 , who met the inclusion criteria and who did not meet any of the exclusion criteria were included in the study. Sociodemographic data form, DSM-IV Structured Clinical Interview-I Scale for Axis I disorders, Yale-Brown Obsession Compulsion Rating Scale, Beck Depression Rating Inventory (BDI), Thought Action Fusion Scale (TAFS), Autism Spectrum Questionnaire (OSA), Beck Anxiety Inventory (BAI), Schizotypal Personality Questionnaire. (SPQ) applied to all participants. Thus, the relationships between thought-action fusion, schizotypality and autistic characteristics in OCD patients were analysed.

Results: Positive correlations were found between the total and all three dimensions of the TAFS and BAI, YBOCS total and subscale scores. A positive relationship was found between the total and morality dimensions of the TAFS and BDI. Positive correlations were found between the total and cognitive-perceptual, disorganised dimensions of the SPQ and the total and all three subscales of the TAFS, and between the interpersonal dimension of the SPQ and the total and moral dimension of the TAFS. Positive correlations were found between TAFS total and all three dimensions and OSA attention to detail dimension; between TAFS total and morality, contingency itself dimensions and OSA attention shifting dimension; between TAFS total and contingency itself dimension and OSA total. Positive correlations were also found between the TAFS self-possibility dimension and the OSA communication dimension. Positive correlations

were found between OSA total and shifting attention, attention to detail, communication dimensions and SPQ total and cognitive perceptual, disorganised dimensions. Statistically significant positive correlations were found between the interpersonal dimension of SPQ and the OSA total and communication, social skills, attention shifting, attention to detail dimensions. Positive correlations were found between the total and attention shifting dimensions of the SPQ and BAI, and between the total and social skills, attention shifting, attention to detail, and communication dimensions of the SPQ and BDI. Statistically significant positive correlations were found between the total and all three dimensions of the SPQ and BAI, BDI, YBOCS total, obsessions and compulsions scores.

In the linear regression analysis performed to determine the variables related to the TAFS, a statistically significant relationship was found between the cognitive perceptual dimension of the SPQ and the YBOCS obsession score. In the linear regression analysis performed to determine the variables associated with the morality dimension of the TAFS, a statistically significant relationship was found between the cognitive perceptual dimension of the SPQ and the YBOCS compulsion dimension. In the linear regression analysis performed to determine the variables related to the variables related to the self-likelihood dimension of the TAFS, a statistically significant relationship was found between the cognitive perceptual dimension of the SPQ and the YBOCS obsession score. In the linear regression analysis performed to determine the variables associated with the TAFS likelihood others dimension, a statistically significant relationship was found between the OSA attention to detail dimension and the YBOCS obsession dimension.

The effect of cognitive perceptual schizotypic personality traits and YBOCS obsession scores on TAFS total scores were evaluated; it was found that cognitive perceptual schizotypy scores had a partial mediating effect on the relationship between TAFS total scores and YBOCS obsession scores; 1 unit increase in YBOCS obsession score increased TAFS total score by 2.096 points and a 1-unit increase in the cognitive perceptual schizotypy score increased the total score of the TAFS by 0.856 points. The effect of cognitive perceptual schizotypic personality traits and YBOCS compulsion scores on TAFS morality scores was evaluated; it was found that cognitive perceptual schizotypy scores had a partial mediating effect on the relationship between TAFS morality scores and YBOCS compulsion scores; 1 unit increase in YBOCS compulsion score increased TAFS

morality score by 1.206 points and 1 unit increase in the cognitive perceptual schizotypy score increased the TAFS morality score by 0.588 points.

The effect of cognitive perceptual schizotypic personality traits and YBOCS obsession scores on TAFS likelihood self-scores were evaluated; it was found that cognitive perceptual schizotypy scores had a partial mediating effect on the relationship between TAFS likelihood self-scores and YBOCS obsession scores; 1 unit increase in YBOCS obsession score increased TAFS likelihood self-score by 0.451 points and a 1-unit increase in the cognitive perceptual schizotypy score increased the TAFS likelihood itself score by 0.138 points. The effect of OSA attention to detail scores and YBOCS obsession scores on TAFS likelihood others scores were evaluated; it was found that the independent variable YBOCS obsession score did not predict the mediator. It was concluded that the TAFS likelihood others dimension had an independent effect on the OSA attention to detail and YBOCS obsession scores separately.

Conclusion: To our knowledge, there is no study evaluating the relationship between thought-action fusion, schizotypy and autistic traits in obsessive-compulsive disorder. According to the findings of our study; some relationships were found between TAF, schizotypal characteristics and autistic characteristics in OCD patients. A partial effect of cognitive perceptual schizotypy was found on the dimensions of TAF and morality, likelihood itself. In addition, it was observed that the OSA attention to detail dimension was not mediator on the TAF likelihood others dimension. Although some of these relationships are compatible with the literature, further studies are needed to confirm and support some of them with new data.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder, Thought Action Fusion, Schizotypal Personality Trait, Autistic Traits.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) obsesyon ve/veya kompulsiyonların varlığı ile karakterize, çoğunlukla süregelen ilerleyen, alevlenmelerin de olabildiği, kişinin işlevselliğini belirgin biçimde etkileyen nörogelişimsel bir hastalıktır [1].

Obsesyonlar, bilince istenç dışı gelen, kişide huzursuzluk ve anksiyete yaratan, benliğe yabancı, yineleyici karakterde bazen de uygunsuz olabilen, zorlayıcı karakterli düşünce, dürtü, fikir, söz veya imgeler olarak; kompulsiyonlar ise obsesyonlara cevaben ortaya çıkan veya kişinin sıkıntıyı ortadan kaldıracı için katı kurallar çerçevesinde yapmak zorunda hissettiği, tekrarlayıcı nitelikte törensel davranışlar veya zihinsel uğraşlar olarak tanımlanmaktadır [2]. Hastalarda sadece obsesyon veya kompulsiyon olabilir ya da her ikisi birlikte de görülebilir [3]. Ayrıca obsesyon ve kompulsiyonların klinik prezentasyonu kişiden kişiye değişiklik gösterebilmekte ve farklı belirti boyutlarına sahip olabilmektedir [1].

Düşünce eylem füzyonu (DEF), düşünce ile eylemin eşdeğer görülmesi veya düşünceye verilen abartılmış olumsuz güç şeklinde tanımlanabilmektedir [4]. Bireyin obsesyonel düşünce, dürtü veya imgeyi ahlaki açıdan o eylemi gerçekleştirmekle eş tutması ya da obsesyonel düşüncenin, olayın gerçekleşme olasılığını artırdığına inanılması durumudur [5]. Düşünce eylem füzyonu, literatürde düşünce eylem kaynaşması (DEK) olarak da geçmektedir. Çalışmamızda düşünce eylem kaynaşması şeklinde kullanılacaktır.

OKB 'nin bilişsel teoremine göre, obsesyonel sıkıntılar bireyin düşüncelerini katastrofik bir biçimde yorumlamasından doğmaktadır. DEK katastrofik intruziv düşüncelerin gerçekleşme olasılığının arttığına dair oluşan inançtır [6]. Bu modele göre DEK, OKB'li bireylerin düşüncelerine aşırı önem vermelerine sebep olan faktörlerden bir tanesidir [6].

Şizotipal kişilik bozukluğu (ŞTKB); referans düşünceler, acayip inanışlar, büyüsel düşünceler, tuhaf algısal yaşantılar gibi bilişsel veya algısal çarpıklıkların olabildiği, yakın ilişkilerde rahatsız olma ve yakın ilişkiler kurmaktan çekinme ile gidebilen sürekli bir örüntü olarak tanımlanabilmektedir [1,7]. Literatüre bakıldığında OKB ile ŞTKB komorbiditesinin araştırıldığı çalışmalar göze çarpmaktadır [8][9].

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) sosyal ve iletişimsel alanlarda belirgin yetersizlikler görölen ve basmakalıp davranışlar ve/veya sınırlı ilgi alanları ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur [1].

Ruhsal bozukluklar ile DEK, şizotipallik ve otistik özellikler arasındaki ilişki uzun yıllar ilgi çekmiştir. Biz çalışmamızda OKB ile DEK, şizotipallik ve otistik özellikler arasında farklı ilişkiler olabileceğini düşündük ve bu çalışmayla OKB ile DEK, şizotipallik ve otistik özellikler arasındaki ilişkiyi incelemenin yanı sıra; OKB hastalarında cinsiyet, eğitim süresi, hastalık başlama yaşı, hastalık süresi gibi bazı klinik değişkenleri de incelemeyi amaçladık.

Çalışmanın Hipotezleri:

H0: OKB' li hastalardaki şizotipi ve otistik özellikler DEK üzerine doğrudan etkilidir.

H1: OKB 'li hastalarda DEK ve şizotipi arasındaki ilişkiye otistik özellikler aracılık eder.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk

2.1.1. Tanım

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) obsesyon ve/veya kompulsiyonların varlığı ile karakterize, çoğunlukla süregelen ilerleyen, ancak alevlenmelerin de olabildiği, kişinin işlevselliğini ve hayat kalitesini belirgin biçimde etkileyen nörogelişimsel bir hastalıktır [1].

Obsesyonlar, bilince istenç dışı gelen ve istemli olarak uzaklaştırılamayan, kişide anksiyete yaratan, benliğe yabancı, yineleyici karakterde bazen de uygunsuz olabilen, zorlayıcı düşünce, dürtü,fikir, söz veya imgeler olarak tanımlanmaktadır. Kompulsiyonlar ise obsesyonlara cevaben ortaya çıkan veya kişinin sıkıntıyı ortadan kaldıracı olmak için katı kurallar çerçevesinde yapmak zorunda hissettiği, tekrarlayıcı nitelikte törensel davranışlar veya zihinsel uğraşlar olarak bilinmektedir [2].

Kompulsiyonlarda amaç doyum sağlamak veya haz almak değildir. Bu törensel davranışlar veya zihinsel eylemler, yaşanan kaygıyı azaltmak ve /veya korkulan bir durumu önlemek için yapılmaktadır. Kompulsif davranışlar obsesyon sebebiyle hissedilen kaygıyı azaltmak için yapılsa da etkilemeyebilir veya zamanla arttırabilir. OKB'li bireylerde obsesyon veya kompulsiyon tek başına olabilir ya da her ikisi birlikte de görülebilir [3]. Ayrıca obsesyon ve kompulsiyonların klinik görünümü kişiden kişiye değişiklik de gösterebilmektedir [1].

OKB semptomları zamana, kültüre ve yere göre değişiklik gösterebilir[10] .Aynı şekilde baskın belirtiler de zaman içerisinde değişebilmektedir [11]. Semptomlar tiklerin eşlik edip etmeme durumuna göre de farklılaşabilir, bu durum biyolojik farklılıklar ile izah edilmektedir [12,13].

OKB 'de semptomların şiddeti hastadan hastaya değişkenlik gösterse de, uzun süreli iyileşme görülmesi veya hastanın tam remisyonda olması nadir bir durumdur. Yazarlar OKB seyrini farklı sayılarda gruplara ayırarak sınıflandırmışlardır. Hastaları Rasmussen ve Tsuang [1986] kronik, ilerleyici ve epizodik olmak üzere üç gruba; Demal ve arkadaşları ise [1993] daha kapsamlı bir şekilde beş ayrı gruba ayırmışlardır [14] .

Literatüre bakıldığında ise genellikle OKB, epizodik ve kronik olmak üzere iki şekilde görülebilir. Kronik seyir hastalık bulgularının kalıcı biçimde varlığı olarak tanımlanır. Kronik seyirli OKB’de semptomların şiddeti artış gösterebilir veya kısmi azalmalar olabilir; ancak hiçbir zaman tam bir düzelme görülmez. Epizodik seyirli gidişte ise, semptomlar yalnızca epizod sırasında mevcuttur ve geri kalan dönemde tedaviden bağımsız olarak semptomlar düzelir [15]. Perugi ve ark. çalışmalarında epizodik OKB diyebilmek için en az 6 ay boyunca tam semptomatik remisyon dönemi olması gerektiğini tanımlamışlardır [15] .

2.1.2. Tarihçe

OKB, yüz yıllardır bilinmekte olan ve psikiyatri tarihine bakıldığında ilk tanımlanan rahatsızlıklardan birisidir [16] .Eski din kitaplarında obsesyon ve kompulsiyonlara benzer davranışlar olduğu; büyüsel ve dinsel törenlerde obsesif kompulsif nevrozdaki gibi savunma mekanizmalarına rastlandığı görülmektedir[17] .

Milattan önce 2.yüzyılda Babil yazıtlarında birtakım nesnelerden korkan, dini tapınaklara girmekten ya da tapınaklardan ayrılmaktan endişe duyan, yaşanan korkunun sebebini bilemeyen ve çare arayan kişilerden bahsedilmektedir[18].

Malleus Malecifarum (Şeytanın Çekici) adlı bir din adamı tarafından yazılan kitapta, orta çağ zamanında bir papazın kiliselerin önünden geçerken ya da dua sırasında şeytanın etkisiyle sürekli dilini çıkardığından, rahibi dinlemeye çalıştıkça da bunun arttığından bahsedilir. Shakespeare’in Macbeth adlı eserinde OKB’nin tipik bir örneği görülmektedir. Eserde Lady Macbeth’in kocası kral Duncan’ı öldürmesinin ardından ellerini sürekli yıkadığından bahsedilmektedir. Özetle 19. yüzyıla kadar OKB tıbbi bir durum gibi değerlendirilmemiş, dini ve majik yorumlarla ele alınmıştır [17].

OKB tıp literatüründe ilk kez Jean Etienne Dominique Esquirol tarafından 1838 yılında tanımlanmıştır[19]. Esquirol ve ardından konuyla ilgili başka klinisyenler tanımlamalarında OKB’yi "içgörüsü olan delilik" olarak isimlendirmişlerdir[20].

Obsesyon terimi ise ilk kez Morel tarafından (1866) kullanılmıştır. Morel OKB’yi, otonom sinir sistemi ile ilgili karmaşık bir durum olarak açıklamıştır. OKB ‘yi psikozdan çok nevroz kapsamında değerlendirerek içgörüsü olduğundan da bahsetmiştir [17].

Freud (1935), obsesif-kompulsif davranışların klinik belirtilerini şu şekilde açıklamıştır: “Hastanın zihni kendisini ilgilendirmeyen farklı düşüncelerle doludur ve kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmektedir; arada bir, karşı duramadığı eylemlere geçmek zorunda kalır. Zihnine takılan bu düşünceler (obsesyonlar) hasta için hiçbir anlam taşımadığı için, çoğu kez kendisine de saçma gelir. Karşı koymayı bir türlü başaramadığı bu düşünceler onu bitkin düşürene dek oylar ve bir ölüm kalım sorunuyla karşılaşmışçasına kaygılandırır.” [21].

Freud, obsesif nevrozun gelişimini anal döneme saplanma ya da bu döneme gerileme olarak açıklamıştır. Laplanche ve Pontalis (1973), gerilemeyi zorlanma durumlarında ruhsal gelişimin vardığı noktadan daha önceki dönemlere geri dönülmesi olarak ifade ederler. Gerileme ile libidonun genital organizasyonu terk edilir; anal sadistik evreye gerilenir. Bu evrede libidinal dürtü nesnesine karşı hem sevgi, hem de nefretin birlikte taşındığı görülür. Anal sadistik döneme gerilemenin ön koşulu anal dönemde fiksasyonun olmasıdır[22].

20.yüzyılda Pierre Janet klinik tabloyu saplantılı düşünceler (obsesyon), tepkiler (kompulsiyon) ve fobiler üçlüsü şeklinde “psikastenî” terimi yani ruhsal zayıflık çerçevesi içinde ele almıştır [23]. Pierre Janet ve Kurt Schneider Obsesif Kompulsif Nevrozu üç madde ile açıklamıştır:

1. Belli bir şeyi düşünmeye, hissetmeye ya da yapmaya yönelik öznel bir zorlanmışlık hissinin varlığı
2. Obsesyon içeriğinin "saçma" ya da "benliğe yabancı (egodistonik)" olarak algılanması, içgörünün korunmuş olması
3. Obsesyona direncin eşlik etmesi [24]

2.1.3. Tanı ve Sınıflandırma

Obsesif Kompulsif Bozukluk DSM-5 Tanı Ölçütleri:

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

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

1.Kimi zaman zorla geliyor gibi yaşanan, çoğu kişide belirgin bir kaygıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, itkiler ve imgeler.

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

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

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

B. Takıntılar ya da zorlantılar 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. Takıntı-zorlantı belirtileri, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde ya da ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

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

Varsa belirtiniz:

1. İçgörüsü iyi ya da oldukça iyi
2. İçgörüsü kötü
3. İçgörüsü yok/sanrısız inanışlar
4. Tik ile ilişkili [1]

Obsesif kompulsif belirtiler 1952’de yayınlanan DSM I’de ‘‘ Psikonevrotik Bozukluklar ‘‘içerisinde ‘‘Obsesif-Kompulsif Reaksiyon’’ olarak belirtilmiş , zamanın ruhundan etkilenilerek görülen belirtiler tepki olarak düşünülmüş , biçim ve içerik

detaylandırılmadan kabaca tanımlanmıştır. 1968 yılında yayınlanan DSM II’de ise ‘‘Nevrozlar’’ başlığı altında ‘‘Obsesif Kompulsif Nevroz’’ şeklinde yer alırken ; günümüzde mevcut bakış açımıza en yakın tanımlama ilk kez 1980’de DSM-III ile yapılmıştır. DSM-III’de ‘‘Anksiyete Bozuklukları’’ başlığı altında ‘‘Obsesif Kompulsif Bozukluk’’ adıyla yer verilmiştir[25].

DSM-III’de obsesyon ve kompulsiyon ayrımı, belirtilerin biçim ve içerik açısından özellikleri tanımlanmıştır. Ayrıca obsesif kompulsif belirtilerin sanrı, ruminasyon veya diğer zihin meşguliyetleri gibi fenomenlerden ayrımı da ilk kez açıklanmıştır [25].

OKB 1987’de yayımlanan DSM-III-R’de ise; günde bir saatten fazla süren, kişinin normal rutinini, sosyal ve mesleki alandaki etkinliklerini ve başkalarıyla ilişkilerini önemli ölçüde etkileyen, kişide belirgin sıkıntıya neden olan obsesyonlar ya da kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı olarak tanımlanmıştır [26].

DSM-IV ve DSM-IV-TR’de ‘‘Anksiyete Bozuklukları’’ içerisinde, ICD-10 sınıflandırmasında ise ‘‘Nevrotik, Strese Bağlı ve Somatoform Bozukluklar’’ başlığı altında yer verilmiştir. DSM-5’te ise OKB, yeni ve ayrı bir başlık şeklinde ‘‘Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve ilişkili Bozukluklar’’ başlığı altında sınıflandırılmıştır [1,27][28] .

DSM-IV-TR’de somatoform bozukluklar başlığının altında yer alan ‘‘Beden Dismorfik Bozukluk’’ ve dürtü kontrol bozukluğu başlığının altında yer alan ‘‘Trikotillomani’’, DSM-V’ sınıflandırma sisteminde ‘‘Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar’’ başlığına dahil edilmiştir. Ayrıca DSM-V ‘de başlık altında OKB haricinde; beden dismorfik bozukluk, biriktiricilik bozukluğu, saç yolma bozukluğu (trikotillomani), deri yolma bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, başka bir tıbbi duruma bağlı obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar, tanımlanmış diğer bir obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ve tanımlanmamış obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar da bulunmaktadır [1].

ICD-10 sisteminde OKB tanısı konulabilmesi için; kompulsif hareketlerin veya obsesyonel belirtilerin bireyin günlük hayatını engelleyici nitelikte olması gerektiği, bu semptomların en az iki hafta süreyle günün çoğunda bulunması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca semptomların rahatsız edici biçimde yineleyici özellikte, bireyin karşı koyamadığı tarzda vb. olması gerektiğinden bahsedilmiştir [29].

2.1.4. Epidemiyoloji

OKB, tüm psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülen dördüncü ruhsal hastalık olarak depresif bozukluk, fobik bozukluk ve madde kullanım bozukluğundan sonra gelmektedir [30]. Ayrıca, ruhsal ve fiziksel hastalıklar arasında da Dünya Sağlık Örgütü verilerince onuncu sırada yer almaktadır[31].

Kişilerin hastalık belirtilerini utandığı için saklaması veya kliniğe başvurmaması sebebiyle, 1980'lere kadar OKB'nin nadir bir ruhsal hastalık olduğu düşünülmüştür [32]. Semptom ve belirtiler OKB 'li bireyler tarafından yakınma olarak getirilmedikçe muayenede saptanması güçtür. Bu sebeplerle tablonun sıklığının ve yaygınlığının belirlenmesi de son derece zorlaşmaktadır [30].

Amerika'da Ulusal Komorbidite Anketi (NCS-R) 2005 yılı çalışmasına göre, nüfusun yaklaşık %1.6'sı yaşam boyu OKB kriterlerini karşılamakta ve örneklemin %1'i de son bir sene içerisinde belirti göstermektedir [33,34]. 2014 yılında yapılan bir araştırmada mevcut dünya nüfusuna dayanarak, dünya çapında 114 milyondan fazla kişinin OKB olduğu tahmin edilmiştir [35]. Angst ve arkadaşları tarafından 2004 yılında farklı bir çalışma bu hasta grubunda yaşam boyu yaygınlık oranını %3.5 olarak belirlemiştir [36].

Daha yakın zamanlı ulusal düzeyde yapılan araştırmalar ise, OKB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının yaklaşık %2-3 olduğunu; ancak verilen rakamların bölgelere göre değişiklik gösterdiğini doğrulamıştır [37].

OKB genellikle yaşamın erken dönemlerinde başlamaktadır. Ulusal Komorbidite Anketi (NCS-R) çalışmasına göre, erkek hasta popülasyonunda yaklaşık dörtte bir oranında başlangıç yaşı on yaşın altındadır [38]. Semptomlar kadınların bazılarında peripartum veya postpartum dönemde alevlense de, kadınlarda başlangıç yaşı çoğu zaman ergenlik dönemindedir[39]. Erken başlangıç yaşıyla uyumlu olarak, yaşam boyu OKB'nin en güçlü sosyodemografik öngörücüsü yaştır ve başlama olasılığı en yüksek yaş aralığı 18-29 yaş olarak bilinmektedir [38].

OKB 'de başlangıç yaşının ergenlik döneminde (13-18 yaş) ve erken yetişkinlikte zirveye ulaşan bir dağılım izlediği görülmektedir[40] [41]. Bu çift modlu modele göre çocuklukta başlayan OKB belirli klinik özellikleri ve potansiyel olarak farklı etiyolojik faktörleri olan farklı bir alt tipi temsil etmektedir[42]. Ayrıca erken başlangıçlı OKB, daha güçlü bir genetik bileşen [43], tikle ilişkili bozukluklarla (genellikle OKB ile örtüşen klinik

semptomlara sahip olan) daha yüksek komorbidite oranı ile ilişkilendirilmiştir ve geç başlayan OKB' den daha fazla semptom şiddeti göstermektedir[44] [45].

OKB tiplerinin yaygınlığı da cinsiyetler açısından farklılık göstermektedir. Kadın hastalarda bulaş obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları daha yaygın görülürken; erkek hastalarda ise dini ve cinsel obsesyonlar ile kontrol kompulsiyonları daha fazla görülmektedir[46] [47] [48].

Ülkemizde yapılan bir araştırmada bekar OKB hastalarının oranı %64 olarak saptanmıştır. Farklı araştırmalarda kadın hastaların evli olma olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir [49,50].

COVID-19 salgını dünya çapında günlük yaşamın neredeyse her yönünü etkilediğinden dolayı birçok yönden ruhsal hastalıklar üzerinde de etkileri olmuştur. OKB'si olan; özellikle de kontaminasyon semptomları olan kişiler açısından ciddi sorun yaratmıştır. Çoğu çalışma, özellikle kontaminasyon belirtileri olan bireylerde, pandeminin erken evrelerinde daha fazla olmak üzere obsesif-kompulsif semptomların kötüleştiğini göstermiştir. Ancak sonrasında diğer semptom boyutlarının da kötüleştiği bulunmuştur. Genel popülasyon içerisindeki birçok birey ise bu süreçte COVID-19 temelli yeni OKB benzeri semptomlar yaşamışlardır[51–53].

İran'da OKB tanılı 270 hastanın dahil edildiği, ilk COVID-19 dalgası sırasında yapılan bir çalışmada YBOCS toplam puanında 19,6'dan 28,7'ye yükselme yani klinik açıdan kötüleşme saptanmıştır [54]. Sharma ve meslektaşlarının Hindistan'da çoğunlukla stabil seyreden ve tedavi görmekte olan, pandemi sırasında takipli 240 OKB hastası ve öncesinde takip edilen 207 OKB hastası ile yürüttüğü bir çalışmada; iki grubun da yaklaşık %20'sinin ilk ve takip değerlendirmesi arasında semptomlarının nüksettiği görülmüştür[55]

Alonso ve arkadaşlarının 2021 yılında İspanya'da 127 OKB tanılı ilaç tedavisi ile stabil katılımcı ile yürüttüğü çalışmada hastaların %65,3'ünde pandemi sırasında OKB semptomlarında kötüleşme görülmüş, %31,4'ünde ise pandemi öncesi YBOCS skorlarına göre >%25 artış yaşanmıştır[56].

2.1.5. Belirti Boyutları

Belirti boyutları ile alakalı yapılmış olan araştırmaların sonuçlarında Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği belirti listesi kapsamında belirti kümeleri tanımlanmıştır. Bunlar;

- 1.Saldırganlık obsesyonları ve ilişkili kompulsiyonlar,
2. Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları,
3. Cinsel/dini obsesyonlar ve ilişkili kompulsiyonlar,
4. Simetri-düzen obsesyonları ve sayma, tekrarlama, sıralama kompulsiyonları,
5. İstifleme obsesyon ve kompulsiyonları,
6. Diğer obsesyon ve kompulsiyonlar, şeklindedir [57] [58].

Bilişsel teori açısından değerlendirildiğinde ise obsesyonlar otojen ve reaktif obsesyonlar şeklinde gruplanmaktadır. Otojen obsesyonlar çoğunlukla söz edilmekten kaçınılan, bireyi diğer obsesyon türlerine kıyasla daha fazla sıkıntıya sokan ve bireyin daha fazla rahatsızlık duyabileceği, benliğe yabancı obsesyonlardır. Bu grup içerisinde dini, cinsel obsesyonlar ve saldırganlık obsesyonları bulunmaktadır. Reaktif türde obsesyonlar ise otojen gruba kıyasla daha az rahatsız edici ve kişinin daha az saçma bularak daha az gizlediği obsesyonlardır. Somatik, istifleme, simetri-sıralama-sayma ve bulaş obsesyonları bu gruptadır[59].

Belirti boyutlarının sıklığı açısından ülkemizde yapılan en büyük örneklemli çalışmada (351 hasta ile), olguların %76'sında bulaşma, %68 'sinde simetri, %44 'ünde saldırganlık, %26 'sında dini, %17 sinde bedensel , %16 sında cinsel ve %34 ' ünde ise diğer türlü OKB belirtileri olduğu saptanmıştır. Ayrıca görüşmelerde hastalardaki ortalama belirti boyutu sayısı 1.3 ile 4.1 arasında olduğu bulunmuştur. Buradan yola çıkılarak OKB hastalarının genellikle birden fazla belirti boyutuna aynı anda sahip olduğu söylenebilmektedir [60].

Bulaşma Obsesyonları ve Temizlik Kompulsiyonları

Bakteriler ve virüsler gibi mikroorganizmalar, banyo malzemeleri, yiyecekler, sıvılar gibi evde kullanılan ürünler, bedensel sekresyon ve atıklar, çevresel atıklar, hayvanlar ve hayvansal maddeler , yapışkan , yağlı maddeler vb. bulaşması ya da bulaşma

ihtimali olan malzemeler ile alakalı obsesyonlardır. Kişi obsesyonunun sonucunda tekrar tekrar yıkama, yıkanma, tekrarlayıcı temizleme gibi kompulsiyonlar geliştirebilir veya bu tarz kirliliğe ve bulaşa sebep olabilecek maddelere temas etmekten kaçınabilir.

Bazı hastalarda ise mental kontaminasyon denilen içsel bir kirlilik hissi, suçluluk duygusu veya rahatsız edici düşünce, hayal, kötü bir anı sebebiyle ortaya çıkan fiziksel bir temas olmaksızın oluşan temizlik davranışları da olabilir [61].

Bu grup obsesyon ve kompulsiyonların oluşumunda bazı yazarlar anksiyeteden ziyade “tiksinme” ve “iğrenme” duygularının etkili olabileceğini söylemişlerdir. Bu tür hastalarda anksiyete ritüeller veya kaçınma davranışları gerçekleştirilemediğinde ortaya çıkabilir. Ayrıca yazarlar “zarar görme” düşüncesinden kaynaklanan bulaşma korkusu ile ilgili alt tipler olabileceğini de ifade etmişlerdir [61]. Bu alt tipte kişi zararı net bir biçimde açıklayamaz ancak pis bir şeyden geçen özelliğin kendisine zarar vereceğini düşündüğünden dolayı yoğun sıkıntı duyar [62].

Saldırganlık Obsesyonları ve İlişkili Kompulsiyonlar

Bu tür obsesyon ve kompulsiyonlar birtakım eylemler ya da eylemsizlik sebebiyle kişinin kendisine veya herhangi bir başkasına zarar vermeyi önleyebilmek için yaptığı dua, sayma, tekrarlayıcı kelimeler gibi zihinsel eylemler ve kontrol etme davranışlarıdır. Obsesyonlar bir kişiye veya kendisine istemli ya da istemsiz olarak zarar verebileceği, hakaret edebileceği, korkunç bir şeye sebep olabileceği, saldırgan davranışlarda bulunabileceği vb. ile alakalıdır. Zararın olup olmadığından net bir şekilde emin olabilmek veya olma olasılığını engelleyebilmek amacıyla yapılan kontrol davranışları da gerçekleşmemiş zarar ile alakalı sürekli helallik isteme, özür dileme, tuhaf, animistik ritüeller veya uğurlu sayılar, dua etme gibi kompulsiyonlardır. Cinsel nitelikli obsesyonların çoğunlukla saldırganlık obsesyonlarına eşlik ettiği görülmektedir [63].

Dini-Cinsel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

Cinsel içerikli obsesyonlar eşcinsellik, çocuklar ile alakalı cinsel içerikli düşler veya zorlama, yasak sevi vb. olarak karşımıza çıkabilmektedir. Birey bu düşüncelerden kurtulamadıkça günaha girdiğini, eylemi yapma olasılığının da arttığını düşünebilmektedir. Obsesyonlar bireyin sosyokültürel yapısına ve ahlaki değerlerine göre kendisine yasak olarak gördüğü bir cinsellik teması şeklinde de olabilmektedir. Örneğin karşı cinsin cinsel

bölgesine kazara bakmak zina yapmak kadar kötüdür diye düşünen birey, karşı cins ile aynı ortama girmekten dahi endişe duyabilir. [62]

Cinsel tür obsesyonlar, parafilili veya eşcinsellikten belirgin farklılık göstermektedir. Heteroseksüel OKB ‘si olan kişi, eşcinsel olma ihtimali temalı bir obsesyonu olduğunda (örneğin ‘‘Ya eşcinsel isem?’’) bu durumu düşünmekten, böyle bir şeyin gerçekleşme olasılığından oldukça rahatsızlık duymaktadır. Parafilide bu düşünce haz sebebidir. OKB ‘de keyif almanın tersine birey kendisini günahkar hissedebilir [62].

Alanda yapılmış faktör analitik çalışmalar, cinsel ve dinsel obsesyon ve ilişkili kompulsiyonları genellikle birlikte gruplandırmaktadır [52].

Dinsel içerikli obsesyonlar kronolojik açıdan bakıldığında tarihte ilk tanımlanan obsesyon türüdür [64]. Dini değerlere hürmetsizlik, bu değerlere hürmetsizlikten dolayı ceza almaktan korkma, ahlaki doğru ve yanlış kavramları; tanrıya inanmama, küfretme gibi düşünceleri olduğunu düşünme ve bundan kaygılanma vb. durumlar bu gruba örnek gösterilebilir. Bu kişiler sürekli dua etme, sayı sayma, tövbe etme gibi obsesyonlarını telafi etmek amacıyla kompulsiyonlar geliştirebilmektedir [25,65].

Cinsel ve dinsel içerikli obsesyonlara bazı yazarlar tarafından ‘‘saf (pure) obsesyon’’ adı verilmektedir. Ayrıca zihinsel kompulsiyonlar olmadan görülme ihtimallerinin olmadığı da belirtilmiştir. Zihinsel kompulsiyonlar örtük olması sebebiyle OKB ‘si olan kişi tarafından ifade edilmediğinde veya gizlendiğinde fark edilmeyebilir [66].

Simetri, Sıralama, Sayma, Düzenleme Obsesyon ve Kompulsiyonları

Bu tür obsesyonlar genellikle düzgün, kesin bir biçimde, sırasıyla ve tam ayarında işlerin yapılması, nesnelerin simetrik bir biçimde sıralanması veya hesap yapma, bir metin okuma ya da yazma sırasında hata yapılmaması vb. ile ilgilidir. Bu grup obsesyonlar zarar verme veya bir başkasından zarar görme kaygısı olduğunda diğer türlerle birlikte de bulunabilir[62] . Ayrıca bu tür obsesyonların diğer obsesyonlardan farkı benliğe yabancı olmamasıdır [67] .Kompulsiyonlar ise düzenleme, sıraya koyma, eşitleme, tekrar tekrar okuma- yazma gibi rutinler oluşturma veya zihinsel birtakım ritüeller olarak karşımıza çıkabilmektedir [62].

Hastalar oluşturmaya çalıştıkları düzen sağlanamayınca yoğun şekilde hoşnutsuzluk hissederler. Belli başlı hareketleri tekrar tekrar yapma, plaka veya tabela sayma, çizgilere basmadan yürüme şeklinde zihinsel eylemleri kliniğe yansıyabilir [67].

Bedensel Obsesyonlar ve İlişkili Kompulsiyonlar

Bu tür obsesyonlar ve kompulsiyonlar, hipokondriyak ve beden dismorfik bozukluk ile ilişkili semptomlar hariç tutularak, kişinin sağlığı ile alakalı yaşadığı yoğun kaygıları içeren obsesyon ve ilişkili ritüeller, kompulsiyonlardan oluşur [62].

Bedensel obsesyonları olan kişiler bulaşma ve zarar görme vb. belirti boyutuna sahip hastalar gibi durumun gerçekleşme ihtimalinden korkmazlar. Bu ihtimalin gerçekleşmiş olması (ya bulaşmışsa, ya geçmişse gibi) ile alakalı sıkıntı hissi yaşarlar [62]. Bireyler bu hastalıklara yakalanmamak için çeşitli önlemler alırlar. Belirtiler doğası gereğince hastalık anksiyetesi bozukluğu (hipokondriyazis) ile ortak özellikler gösterdiğinden dolayı ayırıcı tanıda karışabilmektedir [67].

Hastalık anksiyetesi bozukluğu olan kişiler hasta olduklarına daha çok inanma eğiliminde olup; tedaviden ziyade açıklama ararlar ve psikiyatrik sorunlarını reddederler, içgörülerini daha kötüdür. OKB’de ise örneğin HIV enfeksiyonu olduğu hakkında bir obsesyonu varsa kişinin; bu duruma dair araştırmalar yapsa da, düşüncesinin saçma olduğuna inanır. İçgörü nispeten daha iyi olduğundan dolayı OKB ‘sini kabul ederek psikiyatrik tedavi arayışına yönlenebilir [62].

İstifleme Obsesyon ve Kompulsiyonları

DSM-5 öncesinde OKB türü olarak değerlendirilen istifleme obsesyon ve kompulsiyonları, tedavi cevabının daha kötü, içgörünün daha az olması ve daha geç başlaması vb. gibi farklı özellikleri sebebiyle ayrı bir ruhsal hastalık olarak obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar (OKİB) başlığı altına alınmıştır[68].

Diğer Obsesyon ve Kompulsiyonlar

Batıl inanışlar, uğurlu veya uğursuz sayılar, özel anlamlı renkler, bir şeyleri hatırlama gereksinimi gibi türlerden hiçbirisine dahil edilemeyen obsesyon ve kompulsiyonlardır [62].

2.1.6. Etiyoloji

OKB etiyojisi üzerinde psikoanalitik, davranışsal ve bilişsel görüşler gibi psikososyal kuramların, nöroanatomik, nörokimyasal, nöroimmunolojik ve genetik faktörler gibi nörobiyolojik etkenlerin, ayrıca nöropsikolojik faktörlerin etkili olduğu bildirilmiştir [25].

2.1.6.1. Psikososyal Kuramlar

2.1.6.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Psikanalitik Teori

OKB klasik psikanalitik teori bağlamında obsesif kompulsif nevroz şeklinde isimlendirilerek, bireyin ödipal dönemden anal psikoseksüel döneme regresyonu ile açıklanmaktadır[69].

Teoriye göre birey bilinçaltı dürtülerine karşıt tepki olarak veya sevgi nesnesinin kaybı sonucu olarak kaygı ve tehdit altında hissederse, ödipal pozisyonundan ambivalan emosyonel bir dönem olan anal döneme regrese olur. Ambivalansın saldırgan ve cinsel dürtüler ile karakterize olan ödipal dönemin çözülmesi ile ilişkisi bulunmaktadır [70]. Regresyon OKB oluşumu için temel savunma mekanizmasıdır. OKB ‘si olan birey regresyonla birlikte, anal-sadistik dürtüleri bastırmak için,yalıtma, karşıt tepki oluşturma ve yapma-bozma gibi savunma düzenekleri de geliştirebilmektedir [62].

2.1.6.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Davranışçı Model

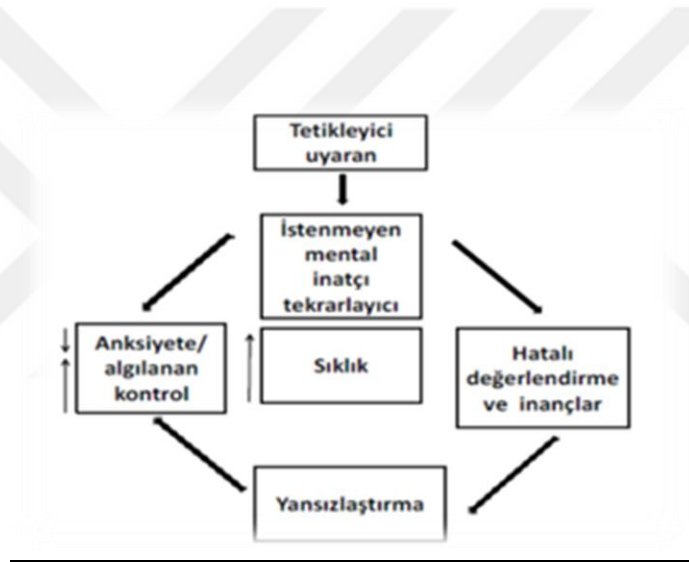
OKB semptomlarının gelişimi ve devam etmesi ile alakalı farklı davranışçı modeller oluşturulmuştur [71]. Ve bu modeller açıklanırken Mowrer’in fobik korku oluşumu hakkındaki iki aşamalı öğrenme kuramı kullanılmaktadır. Kuramda klasik koşullanmayla öğrenilen korkunun, edimsel koşullanma ile pekiştiğinden bahsedilmektedir [72]

Mowrer nötr bir olayın (koşullu uyarıcı), ağrıya veya sıkıntıya sebep olan bir olayla (koşulsuz uyarıcı) tekrar tekrar yaşandığında korku yaratmaya başladığını savunur. Koşullu uyarıcıya yönelik korku/endişe/sıkıntı sonrası kaygıyı azaltmak amacıyla veya kaçınmak için, tekrarlanan zorlamalar veya ritüeller şeklinde davranışlar geliştirilir. Mowrer’e göre

diğer kaçınma davranışlarında olduğu gibi kompulsif davranışlar da sıkıntı hissini azalttıkları için sürdürülür [71].

2.1.6.1.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Bilişsel Davranışçı Model

Bilişsel davranışsal bakış açısına göre; obsesyonlar ile kişiyi zorlayıcı sıradan düşüncelerin arasındaki fark, bu düşünceleri kişinin kendisine ve/veya çevresine zarar verebileceği şeklinde hatalı olarak yorumlamasıdır. Ayrıca OKB'li birey bu zarardan kendisini ve düşüncelerini sorumlu tutar ve zararın önlenmesi için çabalar. Kişinin yaşadığı aşırı sorumluluk hissi, kaygıyı tetikler ve artan sorumluluk hissini giderebilmek amacıyla kompulsif davranışlarda bulunur [73].



Şekil 2.1. Bilişsel Davranışçı Model

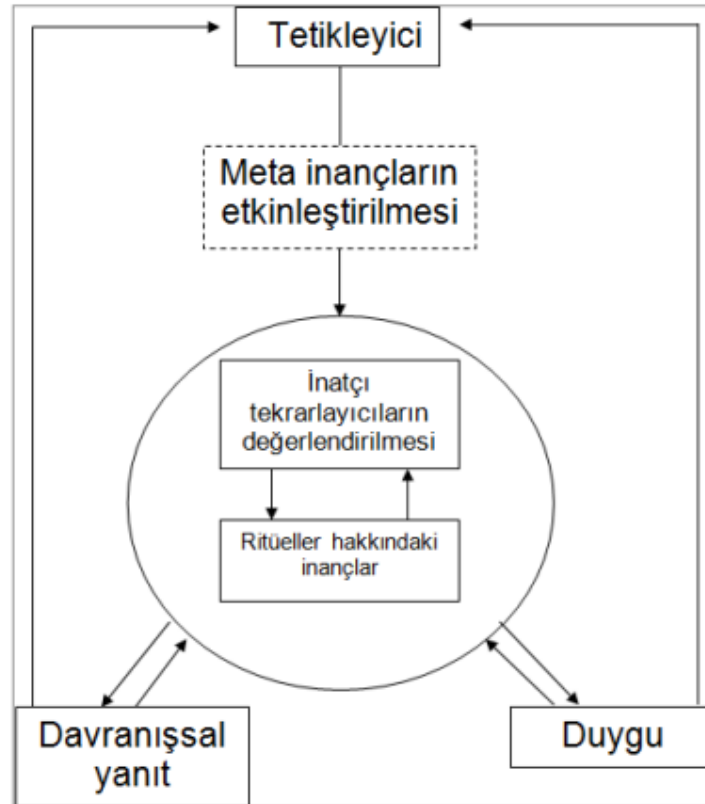
Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (Occwg, 1997) tarafından OKB belirtilerinin temelini oluşturabileceğine inanılan işlevsel olmayan inançlar altı farklı yanlış değerlendirme alanı olarak maddelendirilmiştir :

- 1) Abartılı sorumluluk algısı,
- 2) Düşüncenin önemsenmesi,
- 3) Düşüncelerin kontrolü,
- 4) Abartılı tehdit algısı,
- 5) Belirsizliğe tahammülsüzlük,

6) Mükemmeliyetçilik [74,75]

2.1.6.1.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Metakognitif Model

Bireyin kognitif süreçleri ile ilgili kognisyonları anlamına gelen metakognisyon kavramı Flavell tarafından tanımlanmıştır. Wells ve Matthews ise OKB'nin metakognitif modelini geliştirmişlerdir. Model düşüncelerin gücü ve anlamı ile ilgili inançları konu alan iki metakognitif inanç bölgesine odaklanmıştır. Obsesif Kompulsif belirtilerin metakognitif modelinin birinci alanında kaynaşma inançları bulunur ve düşünce eylem kaynaşması, düşünce olay kaynaşması, düşünce nesne kaynaşması şeklinde üç tipe ayrılmaktadır. Metakognitif modelin ikinci alanında ritüellerin gerçekleştirilmesi ile alakalı inançlar bulunmaktadır. Bahsedilen inançlar iki bileşenden oluşmaktadır. İlki, 'ritüellerimi mutlaka gerçekleştirmeliyim yoksa asla rahat hissedemem' gibi ritüellerin gerçekleştirilmesi ile alakalı olan bildirimsel inançlardır (declarative beliefs). İkincisi ise yapılan eylemi izlemek ve kontrol etmek için yapılan plan ya da programlardır (Şekil 2.2) [76,77].



Şekil 2.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Metakognitif Modeli

Metakognitif model OKB'yi inatçı tekrarlayıcı karakterde davranışlar, ritüeller ve durma sinyalleri ile alakalı inançlar çerçevesinde değerlendirirken; OKB ile ilişkilendirilen diğer inanç alanlarını da metakognisyonların bir çeşit ürünü olarak görür. Örneğin abartılmış sorumluluk tekrarlayıcı düşüncelerin önemine dair metakognitif inançlar tarafından tetiklenen ruminasyonların bir sonucu olabilir [78–81].

2.1.6.2. Biyolojik Faktörler

2.1.6.2.1. Nörobiyolojik Faktörler

OKB nörobiyolojisi alanında yürütülen çalışmalar ağırlıklı olarak nörokimyasal , genetik , nöropsikolojik ve beyin görüntüleme çalışmaları üzerinden yapılmıştır. Yapılan çalışmalardan yola çıkılarak OKB'de beyin döngü modeli oluşturulmuştur .[82]

2.1.6.2.1.1. Nöropsikolojik Faktörler

OKB'de bilişsel işlevler ile alakalı birçok çalışma yapılmış ve yürütücü işlevler, sözel olmayan bellek, görsel mekânsal işlevler gibi bilişsel alanlarda bozulmaların olduğu saptanmıştır. Ardından OKB' li bireylerde frontostriatal devrede işlev bozukluğu olduğunu gösteren birtakım kanıtlar bulunmuş, bu popülasyonda yürütücü işlevler de araştırılmaya başlanmıştır [83].

OKB hastaları ve kontrol grubu kurulumu değiştirmeyi değerlendiren çalışmalar içerisinde orbitofrontal işlev bozukluğunu gösteren testleri yaptıklarında; OKB 'lerin sağlıklı kontrollere göre daha düşük performans gösterdiği görülmüştür [84][85].

Ayrıca OKB 'li kişilerin yanıt inhibisyonunu değerlendirmek amacıyla yapılan bas/basma testindeki performansı da kontrollere kıyasla daha bozuk saptanmıştır [86]. Aynı şekilde bu hasta popülasyonunun sorun çözebilme ve planlama yeteneğini değerlendiren testlerde de kontrollere göre daha bozuk performans gösterdikleri bulunmuştur [87].

Sonuç olarak nöropsikolojik çalışmalarda, OKB'si olan kişilerde yürütücü işlev kaybı saptanmıştır. Bu hasta grubunda planlama, yürütme, bilişsel esneklik, ödül-korku işleme, tepki engelleme, duyu değişiklikleri gibi işlevsel kayıplar olmakla birlikte bu

duyusal işlemedeki sorunlara nöral devre değişikliklerinin sebep olduğu görülmektedir [88].

2.1.6.2.1.2. Nörokimyasal Faktörler

2.1.6.2.1.2.1. Serotonerjik Sistem

OKB patofizyolojisini açıklamak için ortaya atılan serotonin (5-HT) hipotezi, bu bozuklukta SSGİ ilaca yanıt alınması fikrinden ortaya çıkmıştır[89] . OKB patofizyolojisini açıklama amaçlı varsayımlardan birisi serotonerjik sistem anormalliği özellikle post sinaptik 5-HT reseptörlerinde aşırı duyarlılıktır[90].

Bölgesel 5-HT dengesizliğine yönelik kanıtlar, talamus ve orta beyinde azalmış 5 – HT taşıyıcısı olması, kaudatta 5HT2A reseptör artışı ve prefrontal bölgede 5HT2A reseptör azalmasıdır [91][92][93][94].

Serotonin agonistleri kullanılarak yapılan çalışmalarda OKB’de bazı davranışsal farklılıklar saptanmıştır. 5HT1A, 5HT1D, 5HT2C reseptör agonisti olan mklorofenilpiperazinin (m-CPP) obsesif kompulsif belirtilerde artışa sebep olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [95] .

BOS’ta serotonin metaboliti olan 5-hidroksiindolasetik asit (5-HIAA) düzeylerinin OKB’si olan bireylerde artış gösterdiği bulunmuştur. Klomipramin tedavisi ile belirtilerde düzelme olduğunda BOS 5-HIAA seviyesinde de azalma olmaktadır[96]. Bu bulgulardan yola çıkarak OKB ‘de KTSK devresinde sinaptik aralıkta düşük serotonin rezervi olduğu söylenebilir[97].

Serotonerjik reseptörler çalışılırken ilk araştırmalarda postsinaptik serotonerjik reseptörlerde aşırı duyarlılık mekanizmalarına önem verilirken, sonrasında presinaptik mekanizmalar da çalışılmaya başlanmıştır [98].

Tedavi almayan OKB’ li kişilerde presinaptik yolak mekanizmalarıyla alakalı bir çalışmada presinaptik serotonin taşıyıcısının periferik bir belirteci olan trombosit 3-H-imipramin bağlanma bölgelerinin sayısında azalma olduğu saptanmış ve bu popülasyona SSGİ tedavisi verildikten sonra bağlanma bölgelerinin sayısının olması gereken sayıya ulaştığı görülmüştür [99]. OKB ‘si olan hastalarda yürütülen bazı nöroendokrin

alışmalarında 5-HT1A, 5-HT1D ve 5-HT2C reseptörlerinde değişiklikler olduğu saptanmıştır [100].

5-HT1D reseptörü, presinaptik bir otoresseptör olup serotoninin geri alımını azaltmaktadır. Teorik olarak OKB 'li bireylerde 5-HT1D reseptörünün aşırı duyarlı olabileceği düşünölmektedir. Ayrıca bahsedilen reseptör postsinaptik bölgede de bulunmaktadır. Reseptörün hem presinaptik hem postsinaptik olması, bu reseptörün obsesyonlar ve kompulsiyonlar ile alakalı olabileceği düşöncesini desteklemektedir [101].

2.1.6.2.1.2.2. Dopaminerjik Sistem

Dopaminin OKB etiyolojisinde yeri ile alakalı araştırmalar çoğunlukla hayvanlar üzerinde yapılmıştır. Yapılan bir çalışmada, sıçanlar D2/3 reseptör agonisti quinpirole maruz bırakıldıklarında OKB'li bireylerdeki benzer şekilde kontrol etme davranışlarının oluştüğü ve quinpirolün kesilmesiyle bu davranışların geriye döndüğü saptanmıştır [102]. Bromokriptin kullanılarak yapılan başka bir çalışmada da dopaminerjik agonistin etkisi ile stereotipik hareketlerde artma olduğu görölmüştür [103].

Postmortem hayvan çalışmalarında nükleus akumbens ve sağ prefrontal kortekste dopamin seviyesinin yüksek olduğu ortaya koyulmuştur [104].

OKB tedavisinde serotonerjik ajanın yeterli olmaması durumunda antipsikotiklerin mevcut tedaviye eklenmesi de OKB patofiziyoöojisinde dopamin artışının etkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Sydenham Koresi, Huntington Koresi, Tourette sendromu gibi bazal ganglion bozukluklarında da benzer semptomların olması mevcut hipotezi destekleyen bir bulgudur[105,106].

Yapılan alışmalar OKB'de nükleus akumbens ve sağ prefrontal korteks bölgelerinde dopamin miktarının arttığını ve bu hasta popöülasyonunda sağ bazal gangliyonda taşıyıcı bağlanma oranlarının fazla olduğunu göstermektedir[104].

Tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) ve pozitron emisyon tomografisi (PET) ile değerlendirilen OKB 'li kişilerde, artmış striatal dopamin taşıyıcı yoğunluğu [107] , azalmış striatal D2/3 [108] [109] ve azalmış striatal [110]ve anterior singulat korteks [111] D1 reseptör bağlanması gösterilmiştir

Obsesif kompulsif belirtiler üzerinde dopaminerjik sistemin etkisi direkt (apomorfin, bromokriptin) ve dolaylı (kokain ve amfetamin) yollardan da değerlendirilmektedir. Metilfenidat ve amfetamin ile yapılan çalışmaların sonuçları çelişkili bulgular vermektedir [112]. Kokain dopamin taşıyıcı blokörü olup sinaptik aralıkta dopamin miktarını ve taşıyıcı yoğunluğunu arttırmaktadır [112] . Kokain kötüye kullanımı olan kişilerin OKB gelişimi açısından risk altında olduğu [113] ve kronik kokain kullanımının OKB semptomlarında artışa neden olduğu gösterilmiştir [114].

2.1.6.2.1.2.3. Glutamaterjik Sistem

Glutamaterjik aktivite artışı olan transjenik fareler ile yapılan hayvan çalışmasında, yaygın davranışsal perseverasyon, kompulsif sıçrama, tımar davranışı, deri ve saçın yolunması, ısırılması ve tikler gibi OKB benzeri tabloların görülebildiği gözlenmiştir [115].

Çeşitli çalışmalardan elde edilen kanıtlar ile OKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre anterior singulatta [116] [117]azalmış, orbitofrontal kortekste artmış glutamat ve glutamin düzeyleri saptanmıştır. Bu hasta grubunda aşırı glutamaterjik aktivite olduğuna dair en doğru kanıt, BOS ‘ta glutamat düzeyinin artmış olmasıdır [118] [119] .

2.1.6.2.1.2.4. GABAerjik Sistem

Bu hasta popülasyonunda GABA ilişkisi ile yapılmış az miktarda çalışma olmakla birlikte, OKB ‘de yetersiz GABAerjik inhibisyon tespit edilmiştir. Bu durum prefrontal inhibitör nörotransmisyonunda anormalliğe sebep olmaktadır [120].

2.1.6.2.1.2.5. Noradrenerjik Sistem

Klonidin gibi presinaptik noradrenalin salınımını azaltan ilaçların OKB semptomlarında kısmi azalma yaptığı bilinmekte olsa da noradrenerjik sistem OKB ilişkisine dair veriler sınırlıdır [121].

2.1.6.3. Genetik Çalışmalar

2.1.6.3.1. Aile ve İkiz Çalışmaları

OKB ‘li kişiler ve birinci derece akrabaları ile yapılan aile çalışmaları arasında anlamlı bir bağlantı olduğu görülmektedir. Çalışmalarda OKB’si olanların birinci derece akrabalarında genetik yatkınlık olmayanlara göre 4 kat daha fazla bulunmuştur. Ayrıca erken başlangıçlı OKB hastalarının ailelerinde OKB riski geç başlangıç gösterenlerden yaklaşık iki kat daha fazla saptanmıştır[122,123].

2.1.6.3.2. Moleküler Genetik Çalışmalar

OKB geçiş paternini anlayabilmek amacıyla yapılan analiz çalışmalarında, genetik geçiş olduğu yönünde kanıtlar elde edilmiştir. Aday gen araştırmalarında özellikle serotonerjik, dopaminerjik ve glutamaterjik sistem gibi patofizyolojide rolü olduğu kanıtlanan sistemlere yoğunlaşmıştır. Çalışmaların sonucunda OKB’nin oluşumunda çeşitli genlerin etkili olduğu oligogenik bir bozukluk olduğu düşünülmüştür [124].

2.1.6.3.2.1. Serotonerjik Sistem

5-HT taşıyıcı gen polimorfizmi ilişkilendirme çalışmalarını değerlendiren bir meta-analiz , OKB ‘nin SS genotipi ile alakalı olup , LS genotipi ile ters ilişkili olduğunu ve LL genotipinin ise OKB oluşumunda etkili olmadığını saptamıştır [125].

113 adet genetik ilişkilendirme çalışmasındaki 230 polimorfizmin dahil edildiği bir diğer meta- analiz çalışmasında ise 20 polimorfizme tam bir meta-analiz, geri kalanlara ise sınırlı ikincil meta –analiz uygulanmıştır [126] .Meta-analiz verilerine göre OKB’nin ; insan serotonin taşıyıcı promoter bölgesi geni (SLC6A4) polimorfizmi (5-HTTLPR) ve serotonin 2A reseptör geni polimorfizmi (HTR2A) ile ilişkisi gösterilmiştir. Ayrıca çalışmalar , 5-HTTLPR için LA aleli ve HTR2A için rs6311’ in A aleli veya rs6313 için T alelinin , OKB patogenezini açıklamak açısından en güçlü kanıtları olan genler olduğunu ortaya koymuştur [127,128].

2.1.6.3.2.2. Glutamaterjik Sistem

Glutamaterjik sistem anormalliklerinin OKB etiyolojisi üzerinde etkili olduğuna dair bulgulardan yola çıkılarak bu sistem genleri çalışılmış ve nöronal glutamat taşıyıcı geni olan SLC1A1 üzerine yoğunlaşmıştır[129,130]. Çocuk hasta popülasyonda yapılan iki çalışmada, 9p24 kromozomunun üzerindeki SLC1A1 ‘nin OKB ile alakalı olduğu saptanmıştır [131]. Ayrıca kompulsif istilemenin eşlik ettiği OKB ‘si olan hastalarda yapılan bir çalışma, 9p kromozomunun üzerindeki SLC1A1 ile 14q kromozomu arasında ilişki olduğunu saptamıştır [132].

2.1.6.3.2.3. Dopaminerjik Sistem

OKB katekol- O- metiltransferaz (COMT) ilişkisinin araştırıldığı bir meta-analiz çalışmasında, COMT met 158 alelinin OKB ile alakalı olduğu gösterilmiştir [133]. COMT met 158 alelinin OKB ile ilişkisinde; met- COMT’ un enzim etkinliğinin düşük olması ve val COMT’ a göre kortikal dopamin sinyallerinin artışının gösterilmesi kanıt olarak sunulmaktadır [133].

Başka bir meta-analizde ise; OKB etiyolojisinde sadece erkek cinsiyette katekolamin düzenlenmesinde rol olan polimorfizmler (COMT ve MAOA) ile anlamlı ilişkiler saptanmış, DAT1 ve DRD3 genlerinde anlamlı ilişki gösterilememiştir[126].

2.1.6.4. Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Şimdiye kadar OKB patogenezi açıklamak için yapılan beyin görüntüleme çalışmaları KTSK devrelerinin patogeneze rolü olduğunu ortaya koymuştur[82].

2.1.6.4.1. Yapısal Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında, OKB hastalarında prefrontal-striatal- talamik devre içerisinde bir bölgede, özellikle de anterior singulatta ve bazal ganglionlarda anormallik olduğu görülmüştür [134].

371 OKB hastası ve 407 sağlıklı kontrolün katıldığı 14 yapısal MRG çalışması sonuçlarının meta analizi, OKB hastalarında sol anterior singulat korteks ve iki taraflı orbitofrontal kortekste hacim azalması, iki taraflı talamusta ise hacim artışı olduğunu göstermektedir[134].

Bu hasta grubunda gerçekleştirilen voksel tabanlı meta-analiz çalışmalarından elde edilen bulgular, OKB ‘de frontal /parietal bölgeler ve anterior singulat girus ağırlıkta olmak üzere gri madde hacminde azalma, bazal ganglionlar da ise artma olduğunu destekler niteliktedir [135][136].

2.1.6.4.2. İşlevsel Beyin Görüntüleme alışmaları;

Tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT)/ pozitron emisyon tomografisi (PET) alışmaları, belirti provakasyonu ile yapılan fMRG (işlevsel manyetik rezonans görüntüleme) alışmaları, dinlenim durumu fMRG çalışmaları ve manyetik rezonans spektroskopisi (MRS) alışmaları bu grupta yer almaktadır [82].

İşlevsel MRG (iMRG), SPECT ve PET kullanılarak yürütülen alışmalar, OKB patofizyolojisinde prefrontal bölge, anterior singulat korteks, striatum ve talamusun içinde bulunduğu beyin devrelerinin etkin olduğunu öne sürmektedir [137,138] .

PET alışmaları OKB hastalarında serebral hemisferler, kaudat nükleus başı ve orbital girus bölgelerinde metabolik aktivitenin arttığını ortaya koymuştur [137,138].

Anterior singulat korteks çalışmalarında anlamlı sonuçlar alınan bir diğer beyin bölgesidir. Bir SPECT çalışmasında, singulat perfüzyonunun tüm korteks akımına oranı kontrollere kıyasla OKB ‘lerde daha yüksek saptanmıştır[139]. Bazal ganglion alanlarında yürütülen işlevsel beyin görüntüleme alışmaları OKB hastaları için çelişkili sonuçlar vermektedir. OKB ‘de bazal ganglionların metabolizma oranlarını yüksek [138] veya düşük[140] bulan farklı çalışmalar bulunmaktadır.

Belirti provakasyonu ile yapılan fMRG çalışmalarında, anterior singulat girusta aktivite artışı olduğu saptanmıştır [141] [142] [143] [144]. OKB ‘de farklı gruplarda yürütülen belirti provakasyonu ile fMRG çalışmalarından birisinde bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları olanlarda iki taraflı sağ kaudat nukleus ve prefrontal kortekste, emin olamama obsesyonu ve kontrol etme kompulsiyonları olanlarda talamus, globus pallidus, putamen, dorsal kortikal alanlarda, istiflemesi olanlarda sağ orbito-frontal girusta ve sol pre-santral girusta aktivitenin arttığı bulunmuştur[145]. Bu bulgulardan yola çıkararak farklı belirti boyutlarının beyinde farklı bölgelerle ilişkili olduğu söylenebilir. [146]

OKB grubunda yapılan dinlenme durumu fMRG çalışmalarında kortiko-striato-talamokortikal yolak işlevselliğinde anormallik olduğu bulunmuş ve hastalık belirtilerinin şiddetine göre işlevsel bağlantısallığın arttığı veya azaldığı belirtilmiştir [146].

Bu hasta popülasyonunda yapılan işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarının sonuçlarına baktığımızda orbitofrontal ve anterior singulat kortekslerin de dahil olduğu KTSK devresinde aktivite artışı olduğunu söylenebilir [147] .

2.1.6.5. Nöroimmunolojik Faktörler

OKB ‘nin patofizyolojisinde immun mekanizmaların da etkin rol oynadığına dair son yıllarda yapılan çalışmalar birtakım kanıtlar ortaya koymaktadır. Özellikle çocukluk çağı başlangıçlı OKB ve tik bozuklukları patogenezinde otoimmunité üzerinde durulmaktadır. Bu modele göre, A grubu β -hemolitik streptokoklara bağılı bir enfeksiyon oluştuğunda, bazal ganglionların doku antiijenleri ile antikorların etkileşimi sonucunda kortikostriatal yolakta kesinti olmakta ve obsesif kompulsif semptomlar ile giden otoimmun bir reaksiyon görölmektedir. OKB ve tik bozuklukları görölebilen bu tabloya PANDAS (Streptokoklarla İlişkili Pediatrik Otoimmun Nöropsikiyatrik Bozukluklar) ismi verilmektedir [148].

Yapılan çalışmalarda OKB ‘li hasta gruplarında tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α) üretiminin azaldığı saptanmıştır[149] .Bir başka çalışmada ise bu grupta sağılıklı kontrollere kıyasla, TNF-alfa ve NK aktivitesinde düşüş olduğu görölmüştür [150].

2.1.6.5.1. OKB ve COVID-19

OKB, COVID-19 pandemisi ile insidansında ciddi artış görölen psikiyatrik bozukluklardan biridir [151]. Enfeksiyonu önlemek için önerilen prosedürler, OKB için tetikleyici etki gösterebilir. Ayrıca COVID-19'un nöroinflamatuvar ve nörotrofik etkileri de OKB'nin başlangıcına neden olabilir [152].

Halkı sık sık ellerini yıkamaya ve kontaminasyon riskini azaltmak için başkalarıyla teması en aza indirmeye teşvik eden pandemi süreci, OKB semptomlarını alevlendirebilir [153]. COVID-19 ile ilgili infodemi, anksiyete yaratması sebebiyle kişiler üzerinde zararlı bir etkiye neden olarak mevcut kliniğin semptomlarını anlamlı bir düzeyde kötüleştirebilir

[154]. COVID-19, kontaminasyon semptomları olan OKB hastalarında daha zorlayıcı olabilmektedir [155].

Bu süreçte literatürde bazı OKB'lerin, önerilen önlemleri almalarına rağmen, COVID-19'un evlerini kirlettiğini hissetmeye devam ettiklerini ve duvar kağıdını ve zemini kaldırmak gibi ciddi yöntemler ile evlerini tamamen arındırma ihtiyacı hissettiklerini bildirilmiştir. OKB'si olmayan çoğu insan, artan kaygı hissi ve güvenlik arama davranışları sebebiyle tipik OKB semptomatolojisine dönüşebilmektedir [156].

Bazı çalışmalar pandemi sürecinde temizlik ritüelleri, kalabalıklardan kaçınma ve enfekte olma korkusu yaygın görülebildiği için şiddetli OKB'lerin davranışlarının [157] toplum tarafından daha kabul edilebilir olduğunu ve bir miktar klinik iyileşme gösterdiklerini belirtmektedir[156]. Ancak çoğu çalışmaya göre bu süreçte OKB'lerde iyileşmeden ziyade klinik semptomlarda kötüleşme olmuştur [156].

COVID-19 pandemisi kaynaklı OKB oluşumunun patofizyolojisi henüz netlik kazanmasa da, enfeksiyonun nöroinflamatuvar etkilerinin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. COVID-19, doğrudan orbitofrontal korteksi etkiler [157] ve enflamatuvar yollar üzerinden koku ve tat kaybına yol açar [158] [159] [160] [161] [162]. OKB hastalarında artmış IL-1 β , IL-6 ve TNF- α plazma seviyeleri mevcuttur[163].

2.1.6.6. Nöroendokrinolojik Faktörler

Netlik kazanmasa da bazı olgu sunumları OKB ile hormonal dengesizlik arasında nedensel bir ilişki olabileceğine değinmektedir. Kadın hastaların bazılarında menstrüel dönemde OKB semptomlarında artış olabilmektedir. Ayrıca antiandrojen tedaviye yanıt alınması ve postmenopozal dönemde hastalığın daha sık görülmesi de hormonal bozukluk hipotezini destekleyen bulgulardır [164][165].

Serotonin salınımı üzerinde östrojen ve progesteron hormonlarının etkisi bilinmektedir [166] . Buradan yola çıkılarak, OKB'si olan bireylerde doğumun hastalık belirtilerini arttıran bir faktör olarak etiyolojideki rolü ile araştırılmaktadır. Doğum sonrası gonadal steroid hormonların düşmesine bağlı ortaya çıkan serotonerjik düzensizliğin hastalığın aniden başlamasına sebep olan durumlardan olabileceği düşünülmektedir. Mc Dougle ve arkadaşları ise puerperium döneminde yükselen oksitosin seviyesinin, OKB'nin başlamasına veya şiddetinin artmasına neden olabileceğini belirtmişlerdir [167]. OKB

etiyojisinde prolaktin ve gonadotropin salgılatıcı hormon gibi reprodüktif hormonların değışikliklerinin de etkili olduğu bildirilmiştir[168].

2.1.7. Seyir ve Prognoz

OKB kronik ve dirençli, sabit seyir gösteren veya dönemsel (epizodik) ilerleyebilen ruhsal bir rahatsızlıktır [3]. Başlangıcı değışkenlik göstermektedir. Bazı insanlarda sinsi bir şekilde ilerleyerek yıllar sonra klinik olarak anlamlı seviyeye gelirken, bazen stres ile tetiklenmenin ardından aniden de başlayabilir [2].

Yapılan izlem çalışmaları verilerine göre OKB'nin %55 oranında kronik seyrettiği, %10- 15 oranında ilerleme gösterdiği ve %10 gibi bir oranla ise tamamen iyileştiği söylenebilir. [169] Stresör sonrası aniden belirtilerin başlaması, işlevselliğin ve tedavi uyumunun fazla olması OKB 'de iyi prognostik faktörlerdir [170] [3].

Kötü prognoz belirtileri ise erken başlangıç, şiddetli belirtilerin olması, işlevselliğin kötü olması, uzun ve inatçı geçen hastalık dönemleri,çoklu obsesyon ve kompulsiyon tiplerinin olması , komorbid psikiyatrik hastalıkların varlığı, bekar olmak, büyüsel düşüncenin olması, psikotik belirtilerin eşlik etmesi, hastaneye yatış öyküsü olması , şizotipal özellikler ve OKKB başta olmak üzere kişilik bozukluğu eşlik etmesi , içgörü azlığıdır [3][171].

2.1.8. Eştanı

OKB'de psikiyatrik ek tanı eşlik etmesi, hem tedaviye yanıtı etkilemekte, hem de hastalığın gidişatını değıştirmektedir [172]. Komorbidite durumunda işlevselliğin daha kötü, tedavi uyumunun ve tedaviye yanıtın daha az olduğu, yaşam kalitesinin de düştüğü gösterilmiştir [38] [173] [174] [175].

OKB 'ye en sık eşlik eden ruhsal hastalık %30-43 komorbidite oranıyla majör depresif bozukluktur [46] . OKB 'si olan kişilerde herhangi bir anksiyete bozukluğunun ömür boyu eşlik etme oranı %76 olarak saptanmış olup OKB anksiyete bozukluğu eş tanısının da sık olduğu belirtilmiştir [1]. OKB'ye en sık eşlik eden anksiyete bozuklukları ise sırasıyla panik bozukluğu, özgül fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğudur [46].

Bipolar bozukluk ile OKB komorbidite ilişkisinin araştırıldığı epidemiyolojik çalışmalarda eş tanı oranının %7-21, klinik örneklemli araştırmalarda ise %10-35 arasında olduğu saptanmıştır. Ve epizodik gidişli OKB olgularında bipolar bozukluğun anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür[176].

Şizofreni OKB komorbiditesi yıllardır bilinmektedir. Bazı hastalarda Obsesif Kompulsif belirtilere psikotik belirtiler eşlik edebilirken bazılarında şizofreninin özellikle prodromal dönemlerinde obsesyon ya da kompulsiyonlar saptanabilmektedir [177]. Yapılan bir çalışmada OKB olgularında şizofreni birlikteliği %12- 14, şizofreniform bozukluk komorbiditesi ise %1,3 oranında bulunmuştur [178].

TSSB ile ilişkisine bakıldığında özellikle tedaviye dirençli OKB hastalarının yaklaşık %82'sinin travma öyküsü olduğu görülmüş ve %39'dan fazlasında TSSB saptanmıştır [179].

Yapılan araştırmalarda OKB madde kullanım bozukluğu komorbidite sıklığı %13.5-30, yaşam boyu alkol kullanım bozukluğu sıklığı ise % 14-24 düzeylerinde tespit edilmiştir [180][181] . OKB'si olan bireylerin bazılarının alkolü, self-medikasyon amacıyla obsesif kompulsif belirtileri azaltmak ve anksiyolitik ve hipnotik etki yaratmak için kullandıkları görülmüş olup; OKB 'ye sekonder gelişen alkol kullanım bozukluğu vakalarının olduğu da literatürde bildirilmiştir [182].

Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalar DEHB tanılı kişilerde OKB riskinin artmış olduğunu ve komorbidite durumunda işlevsellikte bozulmanın arttığını desteklemektedir [183–185]. Alanda yapılan nörobiyoloji çalışmaları her iki bozuklukta da frontal ve/veya striatal bilişsel fonksiyonlarda bozulmalar saptamıştır [185] DEHB ve tik bozukluğu tanısı olan hasta grubunda, tik bozukluğu olmayanlara göre OKB anlamlı olarak daha yüksek (%12, %2) bulunmuştur [186].

Tourette Sendromunda DEHB, öğrenme güçlüğü ve OKB sıklıkla eş zamanlı olarak görülmektedir. Özellikle yapılan çalışmalarda TS ile OKB arasındaki ilişkinin üzerinde durulmuştur[187] Tüm bu eş tanıların benzer nöroanatomik patolojilerden kaynaklandığı düşünülmektedir[188] .

Komorbidite çalışmalarında OKB 'si olan bireylerin yaklaşık yarısında kişilik patolojileri olduğu görülmüş ve kişilik bozuklukları arasında OKB'ye en sık eşlik eden patolojilerin pasif agresif (%12), çekingen (%28) ve OKKB (% 30) olduğu saptanmıştır .

Yapılan farklı bir araştırmada ise kişilik bozukluğu komorbiditeleri OKKB (%6), histrionik (%9), bağımlı (%12) olarak saptanmıştır [189][190].

2.1.9. Tedavi

OKB birincil basamak tedavisinde SSRI grubu ilaçlar, trisiklik antidepresanlardan olan klomipramin ve bilişsel davranışsal terapi bulunmaktadır [191]. Klomipramin SSRI'lara göre daha etkili bir tercih olmasına rağmen yan etkilerinden dolayı ilk aşamada tercih edilmemekte; tedavi uyumu açısından ilk SSRI'lar, ardından klomipramin seçilmektedir [192]. Farmakoterapide, SSRI'lar tedavide kullanılan ilk ilaçlar olarak %50-60 oranında etkili olmaktadır. OKB genellikle tedaviye dirençli bir rahatsızlık olduğundan dolayı ilaç dozlarını yüksek dozlarda kullanmak gerekebilir. Tedaviye yanıtız diyebilmek için, kullanılan ilaç için kabul edilen en yüksek doz SSRI tedavisinin, en az 12 hafta olacak şekilde devam edilmiş olması gerekir. Nüksleri önlemeyebilmek amacıyla da tedaviye uygun dozda yaklaşık 2 yıl kadar kullanılması gerekmektedir[193].

Yeterli tedavi denemelerinden sonra hastaların yaklaşık %40 ile %60 'ında ilk tedavi sonrası şikayetler devam etmektedir. Bundan dolayı güçlendirme stratejileri önem kazanmaktadır[194]. Hasta bir SSRI, BDT veya kombine tedavi denediğinde yeterli sürede rahatlama sağlanamazsa, farklı bir SSRI veya klomipramine geçilmesi veya ek ilaçların takviye edilmesi stratejileri denenebilir [195]. Tedaviye dirençli hasta gruplarında D2 dopamin reseptör antagonize edici ilaçlarla güçlendirme amaçlı ekleme tedavisi yapılabilir [196] [197].

Dirençli hastalarda güçlendirmede ilk tercih edilen ilaçlar antipsikotiklerdir. Tipik ya da atipik ajanların kullanımında etkinlik açısından fark görünmemekle birlikte , bu güçlendirme tedavisinin komorbid tikleri olan hasta grubunda daha etkili olduğu söylenebilir [198].

Serotonerjik ve dopaminerjik sistem üzerinden ilerleyen tedaviler çoğu zaman yetersiz kalmakta ve tam remisyon sağlanan hastaların büyük bir kısmında belli bir süre sonra nüksler olmaktadır [197][199]. Bundan dolayı hastalık tedavisinde anatomik, fonksiyonel ve nörokimyasal anormalliklere yönelik yeni tedavi stratejileri geliştirilmeye gereksinim duyulmuş ve özellikle KSTK devresi üzerinde glutamat nörotransmisyonunu

hedef alan ilaçların OKB tedavisine katkı sağlayabileceğine dair araştırmalar yapılmıştır [199].

OKB tedavisinde semptomları azalttığına dair ön kanıtlara sahip spesifik ajanlar arasında ketamin [200,201], riluzol [202,203], n- asetil sistein[204], memantin [205], lamotrijin[206] , selekoksib [207] ve ondansetron [208] bulunmaktadır.

Benzodiazepinlerin, OKB tedavisinde yeri sınırlıdır [209]. Genellikle tedavinin erken dönemlerinde farmakoterapi veya BDT etkisini göstermeden önce anksiyete veya uykusuzluğu kontrol etmek amacıyla kullanılmaktadır [210].

İlaç tedavisine direnç SSRI ve bilişssel davranışsal terapiye yanıtızsızlık anlamına gelmektedir. Bu hastalar için güçlendirme tedavileri ve /veya non-invaziv , invaziv teknikler kullanılabilir. Derin Beyin Stimülasyonu (DBS), Elektrokonvülsif Tedavi (EKT),Transkranial Manyetik Stimülasyon (TMS) gibi uygulamalar da kullanılabilmektedir [211].

TMS; nöronları tetiklemek amacıyla yapılan, invaziv olmayan beyin stimülasyon yöntemidir ve aksonları depolarize ederek, sinir devrelerini aktive eden elektriksel akımını tetikler[212]. OKB ‘de farklı beyin bölgelerinin uyarılabilmesi tedavinin özelleştirilip nöroanatomiye, nöral bölge disfonksiyonuna göre gerekli alanın stimüle edilmesi açısından önemli bir tedavi yöntemi olarak kullanılabilir [213]. Değişen frekanslarda bu tedavi tekrarlanarak hedeflenen beyin bölgesindeki beyinsel aktivitede değişiklik yapılabilir, buna Tekrarlayan Transkranial Manyetik Stimülasyon (rTMS) denilmektedir.

Dirençli OKB tedavisinde kullanılan ablatif prosedürler arasında anterior singulotomi ,kapsülotomi ,subkau- date traktotomi ve limbik lobotomi bulunmaktadır [214].

Kullanılan diğer bir invaziv işlem Derin Beyin Stimülasyonu (DBS)’dir. DBS, implante edilmiş elektrotlar ile beynin stimülasyonuna dayanmakta olup uyarılan bölgeler korteksten daha çok derin beyin yapılarıdır [215]. EKT ise OKB ‘ye spesifik olmayıp eşlik eden ciddi depresyonu olan veya intihar riski olan kişilerde kullanılan bir yöntemdir[216,217].

OKB ‘de en etkili kanıta dayalı psikoterapi tekniği bilişsel davranışsal terapidir. Bu hasta popülasyonunda BDT bilişsel yeniden değerlendirme veya yeniden yapılandırma ve tipik olarak maruz kalma – tepki önleme şeklinde temel iki bileşen içermektedir[218,219] .

OKB için maruz bırakma – tepki önleme, kişiyi obsesyonları ve eşlik eden kaygıyı tetikleyecek uyaranlara maruz bırakmayı ve ilişkili kompulsiyonları veya kaçınma davranışlarını engellemeyi amaçlayan yapılandırılmış psikoterapi yöntemidir. Uygunsuz bilişlerin yeniden değerlendirilerek yapılandırılmasına odaklanmaktadır[220]. Son zamanlarda araştırmalar BDT ‘nin internet tabanlı yapılan uygulamalarına odaklanmıştır. Meta-analizlerden elde edilen kanıtlar çevrimiçi bir platform kullanılarak yapılan BDT uygulamalarının yüz yüze tedavilere benzer bir etkinlik sağladığını göstermektedir [221].

2.2. Düşünce Eylem Kaynaşması

2.2.1. Düşünce Eylem Kaynaşması Tanımı

Düşünce eylem kaynaşması (DEK), düşünce ile eylemin eşdeğer görülmesi veya düşünceye verilen abartılmış olumsuz güç şeklinde tanımlanabilmektedir [4]. Yani, bireylerin birtakım düşüncelerinin olumsuz olarak değerlendirilmesindeki altta yatan sürece işaret etmektedir [222]. Örneğin kişi için yakınına zarar verdiği düşüncesinin aklına gelmesi, bu durumun gerçekleşmiş olması ile eşdeğerdir. Bir başka deyişle DEK intruziv düşüncelere aşırı önem verme eğilimi şeklinde de açıklanabilir[223].

Temel olarak, DEK‘in olasılık ve ahlak şeklinde iki bileşeni bulunmaktadır .DEK olasılık kavramı bir eylemin düşünülmesinin gerçekleşme olasılığını arttırdığını ifade ederken , DEK ahlak ise ahlaka aykırı bir eylemin düşünülmesinin ahlak dışı eylemi gerçekleştirme ile eş değer görülmesi anlamına gelmektedir[224].

2.2.2. Düşünce Eylem Kaynaşması Kavramının Gelişimi

DEK kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için gelişimine bakıldığında Bleuler sevdiklerine düşünceleriyle zarar vereceğine inanan kişilerin bu özelliklerini “düşüncenin omnipotansı” terimi ile ifade etmiştir [225].

Freud'un DEK benzeri fenomenlere ilişkin ilk gözlemi, ünlü obsesif nevroz vakası olan ‘Fare Adam’ olarak da geçen ‘Sıçan Adam ‘vakasıdır. Hasta, eşine yönelik yıkıcı

düşüncelerinin ona gerçek hayatta zarar verebileceğini düşünmektedir. Hasta deneyimini "düşüncenin her şeye gücü yetmesi" olarak adlandırmaktadır[226] . Sıçan Adam ayrıca Freud'a, birini düşündüğünde veya birine beddua ettiğinde, o kişinin yakında öleceğini ve ölümden onun sorumlu olacağını anlatmaktadır. Yerli toplumlarda kaygıyı gidermek için yapılan büyüsel faaliyetler ile zorlayıcı obsesif nevrotiklerin semptomlarının azalması, Freud'un düşüncenin her şeye gücünün yettiğini öne sürmesine yol açmıştır[227].

Tarihsel süreçte kuramsal bir kavram olarak ilk ortaya çıkışı Salkovskis (1985) ve Rachman (1993)'ın görüşleri ve hastaların obsesif tarzda düşüncelerinin klinik gözlemleri sonucu olmuştur. Salkovskis (1985)'e göre DEK kavramı zarar verme düşüncesi hakkında “abartılmış sorumluluk” duygusunun açık bir örneğidir ve obsesyonel düşüncelerden kaynaklanan sıkıntıların kaynağında bahsedilen abartılmış sorumluluk yatmaktadır [228].

Rachman (1993) ise obsesyonlar, sorumluluk ve hissedilen suçluluk arasındaki ilişkiyi değerlendirerek, sorumluluk duygusunun yoğun yaşanılarak psikolojik düşünce ve eylemin kaynaşmasına sebep olabileceğini ortaya atmış ve zarar vermeye dair algılanan sorumluluğu araştırdığı ilk çalışmasında DEK'in obsesyonla tutarlı ve anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu saptamıştır [229]. Sonrasında yapılan çalışmaların da anlamlı sonuç vermesinden yola çıkılarak DEK'in daha geniş kapsamlı araştırılabilmesi amacıyla Shafran ve ark. (1996) tarafından DEK ölçeği geliştirilmiştir [223] [230].

2.2.3. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Düşünce Eylem Kaynaşması

Bilişsel kuramlar kaygı bozukluklarının tehlikeli bir takım durumların, hislerin abartılı şekilde algılanması durumundan kaynaklandığına dair vurgu yapar [231]. OKB 'nin bilişsel teoremine göre, obsesyonel sıkıntılar bireyin düşüncelerini katastrofik bir biçimde yorumlamasından doğmaktadır. DEK katastrofik intruziv düşüncelerin gerçekleşme olasılığının arttığına dair oluşan inanıştır fakat tek başına geçerli veya yeterli değildir. Kişi bu durumu kontrolü kaybedeceğine ya da aklını yitireceğine dair bir işaret gibi görerek aşırı önem atfetmektedir [6]. Bu modele göre DEK, OKB 'li bireylerin düşüncelerine aşırı önem vermelerine sebep olan faktörlerden bir tanesidir [6]. Rachman, Thordarson, Shafran ve Woody (1995) OKB hastalarında sorumluluk duygusunu ölçmek için Sorumluluk Değerlendirme Ölçeği'ni geliştirmiştir. Ölçek zarar sorumluluğu, sosyal bağlamlarda sorumluluk, DEK ve sorumluluğa dair olumlu bakış açısı şeklinde dört faktöre sahiptir.

Araştırmacılar sonraki çalışmalarında yalnızca DEK alt ölçeğinin OKB'nin çeşitli alt boyutları (temizlik, kontrol ve şüphecilik), depresyon ve suçluluk (Rachman, 1995) ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir[232].

Salkovskis (1989), Van Oppen ve Arntz (1994) yaptıkları araştırmalardan yola çıkarak benzer bilişsel modeller önermişler ve intruziv düşünceler hakkındaki inancın OKB döngüsünü başlattığını ortaya koymuşlardır. Salkovskis, “eylem hakkında düşünce sahibi olmak o eylemi yapmakla eşdeğerdir” diyerek; intruziv katastrofik düşüncüyü, obsesyonel problemlerin devam etmesinde kritik bir nokta olarak değerlendirmekte, OKB hastalarının intruziv düşüncelerini araştırdığı analiz çalışmasında bu duruma değinmektedir [6] [233,234].

Güncel çalışmalar ise aracı model çerçevesinde bir inceleme yapmış ve DEK’e OKB ‘nin etiyolojisinde ilişkisel bir rol vermiştir. Bahsi geçen güncel çalışmalar, DEK’in özellikle iki kavram ile ilişkisi üzerine değinmektedir; bu kavramlar abartılmış sorumluluk kavramı ve düşünce baskılama kavramıdır. Güncel görüşe göre abartılmış sorumluluk kavramı ile DEK arasındaki ilişki OKB’de kritik bir öneme sahiptir. Örneğin bazı kişiler intruziv düşüncelerinden diğerler insanlara göre daha fazla rahatsızlık duymaktadır. Bu durum kişilerin intruziv düşüncelerini daha farklı şekilde yorumlamalarından kaynaklanıyor olabilir. Shafran (1997) ve Rachman (1993)’a göre intruziv düşünceleri hakkında sorumluluk duyanlar düşünceler ortaya çıktığında sorumluluk duymayan kişilere göre daha fazla rahatsız olmaktadır ve yaşanan abartılmış sorumluluk hissi klinik olarak obsesyonun gelişmesine yol açmaktadır. Shafran ve ark. (1996) DEK’in sorumluluk hissinin daha yoğun hissedilmesine sebebiyet veren bir etken olduğunu savunurlar [235][229] [223].

Düşünce baskılama kavramı, DEK ‘in OKB oluşması açısından önemli olduğu düşünülen ikinci kavramıdır ve Wegner ve ark (1987)’ın düşünce baskılama paradigmalarına bağlı olarak kişi üzerindeki etkilerinin anlaşılabilceği düşünülmektedir[236].

Wegner (1989)’ın klinik obsesyonun sürdürücü etkeni olarak katkıda bulunduğuna inandığı bu paradigma “beyaz ayı” paradigması olarak geçmektedir. İntruziv düşüncüyü baskılamaya çalışmanın tam tersi etkiye yol açarak daha fazla sıkıntı vereceğinden bahsedilmektedir. Ancak Rassin ve ark. (1999) bu paradigmada düşünce baskılamanın

tetikleyicisinin yetersiz olduğunu düşünerek, DEK'in düşünce baskılamasının tetikleyicisi olabileceğini belirtmişlerdir [237].

2001 yılında üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklem üzerinde abartılmış sorumluluk algısı ve düşünce baskılamasının zorlayıcı intruziv düşünce ile obsesif kompulsif belirtiler arasında aracı bir rol üstlendiği modelinden kaynak olarak yapılan bir araştırmada OKB semptomlarıyla ilişkili intruziv düşünceler, sorumluluk tutumu, DEK ve kronik düşünce baskılama kavramları arası ilişkiler değerlendirilmiştir. Bahsi geçen çalışmada DEK'in OKB semptomlarına abartılmış sorumluluk tutumuna benzer şekilde etki ettiği ileri sürülmüş, DEK 'in özellikle düşünce baskılama ve sorumluluk algısı ile yakın ilişkili olduğu saptanmıştır [238]. OKB tanısı almış olan ergen grupta DEK, OKB ve abartılmış sorumluluk algısı kavramları arasındaki ilişkilerin değerlendirildiği 2006 yılında yapılan bir başka çalışmada ise, abartılmış sorumluluk algısının DEK ile OKB arasında aracı değişken rolünde olabileceği sonucu saptanmıştır [239].

Son yıllarda ilgi odağı olan metakognitif yaklaşım OKB etiyolojisinde DEK'in rolüne büyük önem vermektedir. Bu yaklaşıma göre kişide sahip olduğu intruziv düşünceler, bu düşüncelerin anlamı ile alakalı metakognitif inanışları aktive etmektedir. Sonrasında intruziv düşünceler hakkında ortaya çıkan metakognitif inanışlar düşünceler ve eylemler arasındaki sınırın belirsizleşmesine neden olabilmektedir [240].

Ayrıca hatalı metakognitif inanışın aktiflenmesi mevcut düşüncelerin bir tehdit işareti olarak algılanarak, olumsuz duygulanıma neden olabilir ve kişi bu duygudan kurtulabilmek için farklı başa çıkma yolları aramaya başlar. Yani örtük veya açık şekilde kompulsiyonlar tehdit hissini azaltma ihtiyacından doğmaktadır. Kompulsif davranışlar kişinin rahatlaması konusunda yardımcı olsa da hatalı inanışlarını ve yanlış ritüellerini fark etmesini engeller [241].

Özetle OKB'nin bilişsel modeli kişilerin intruziv karakterdeki düşüncelerin anlamına verdikleri önem ve yanıtların hastalığın oluşumu ve devam etmesinde etkili olduğundan bahsetmektedir ve abartılmış sorumluluk ve mükemmeliyetçiliğe büyük önem verilmektedir [242][243]. Metakognitif model ise iki alandaki inanışı özellikle vurgulamaktadır. Bunlar düşüncelerin gücü ve anlamı hakkındaki genel inanışlar ve ritüeller hakkındaki inanışlardır [241].

2.2.4. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Düşünce Eylem Kaynaşması Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Çalışmalar

Rachman ve arkadaşları tarafından 1995 senesinde yapılan zarar verme ile alakalı abartılmış sorumluluk hissi ile DEK arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmaların ardından OKB’de DEK araştırılması hız kazanmıştır [244]. Rachman ve arkadaşları DEK ölçeğinden yüksek skor alan bireylere sevdikleri bir kişinin kaza yapmasını istedikleri ile alakalı yarım kalan bir cümleyi tamamlamalarını istedikleri bir çalışmada bu bireylerin sorumluluk bilincinin, suçluluk hissinin ve huzursuzluk duygusunun yüksek olduğunu görmüşler ve olumsuz hislerini nötrlemek için duaya başvurduklarını saptamışlardır [230].

Yorulmaz ve arkadaşlarının 2004 yılında Türk hasta grubunda yaptığı çalışmada (s = 251) DEK Ahlak ile OKB semptomları arasında (DEK Olabilirliğe kıyasla) daha yüksek korelasyonlar bulmuştur. Yazarlar, bu farkın Orta Doğu kültürlerindeki popülasyonlarda dini obsesyonların fazla temsil edilmesinden kaynaklanabileceği yorumunu yapmıştır. Bailey ve arkadaşları (2014) da DEK Ahlak ile OKB semptomları arasındaki daha güçlü korelasyonlara ilişkin benzer bulgular elde etmiştir [245].

Türkiye ‘de OKB ‘si olan hasta grubu ile anksiyete bozukluğu olan popülasyonun ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada ise sorumluluk duygusu, DEK ve düşünce bastırma parametreleri değerlendirilmiş ve OKB hastalarının DEK puanları kontrol grubundan yüksek bulunsa da anksiyete grubu ile farklılık saptanmamıştır [246].

Ayrıca DEK ölçekleri alt puanları karşılaştırılan çalışmalarda OKB, panik bozukluk, major depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve sağlıklı kontroller karşılaştırılmış ve DEK-A puanının depresyon ile, DEK-O puanının da endişe boyutuyla ilişkisinin belirgin olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir. Yine aynı çalışma içerisinde DEK-Olabilirlik alt boyutunun OKB ‘li bireylerde diğer ruhsal rahatsızlıklara sahip olan kişilere kıyasla daha yüksek olduğu ve bu kişilerin DEK-OD alt boyutundan aldıkları puanların da kontrol grubundan , sosyal fobisi olan hastalardan ve depresif hastalardan fazla olduğu yönünde bulgular saptanmıştır [247].

2.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Şizotipal Kişilik Bozukluğu (ŞTKB); referans düşünceler, acayip inanışlar, büyüsel düşünceler, tuhaf algısal yaşantılar gibi bilişsel veya algısal çarpıklıkların olabildiği, yakın

ilişkilerde rahatsız olma ve yakın ilişkiler kurmaktan çekinme ile gidebilen sürekli bir örüntü olarak tanımlanabilmektedir. ŞTKB A kümesi kişilik bozukluklarına dahil olup, şizofreni yelpazesi içerisinde bulunmaktadır [7].

Kişilik Bozuklukları içerisinde DSM 5 Alternatif Modeli “Araştırılması Gereken Alanlar” başlığı altında üçüncü bölümde yer almaktadır ve kişilik bozuklukları bu bölümde boyutsal olarak tanımlanmıştır. Kişilik kuramı kimlik, kendini yönlendirme, empati ve yakınlık boyutlarında belirgin yetersizlik, psikotizm (bilişsel-algısal, tuhaf deneyim/inanç ve eksantriklik) ve kopma (sığ duygulanım, içe çekilme, şüphecilik) boyutlarında artış ile karakterize beş faktörlü olarak açıklanmaktadır [1].

2.3.1. Tanı ve Değerlendirme

Şizotipal bozukluk bilişsel, davranışsal, algısal ve konuşma kümelerine dahil olan belirtilerden en az 4’ünün 2 yıl veya daha fazla süreyle bulunduğu sabit bir örüntü şeklinde tanımlanmıştır. DSM-5’e göre ŞTKB diyebilmek için 9 maddeden 5’inin karşılanması gerekmektedir. ICD-10’da ise ŞTKB tanımlaması yapılmamış olup benzeri bir tanım olarak şizotipal bozukluk geçmektedir. ŞTKB sadece bir kişilik bozukluğu olarak değil, aynı zamanda şizofreni spektrum bozukluğu başlığı altında da değerlendirilmektedir [1,248].

ŞTKB tanımlı hastaların 2 yıl boyunca takip edildiği geniş örneklemli bir çalışmanın sonunda %40’ının psikotik bir bozukluk tanısı aldığı saptanmıştır [249]. Ancak stabil devam eden olguların yoğunlukta olması sebebiyle şizofreni prodromu olmadığı da düşünülebilmektedir [250].

2.3.2. Şizotipallik Kavramının Gelişimi

Şizotipi kavramı, ilk defa Sandor Rado (1953) tarafından tuhaf düşünceler ve davranışlar, şüphecilik, sosyal izolasyon, büyüsel düşünme gibi özellikleri barındıran şizofreni ilişkili olan ancak psikotik olmayan bir fenotipi tanımlamak amacıyla kullanılmıştır [251,252]. Sonrasında 1962 yılında Meehl kavramı şizofreniye genetik yatkınlık gösteren kişilik organizasyonu şeklinde açıklamıştır. Meehl psikoza sebep olan dominant bir gen (şizogen) varlığında beyinde nöronal entegrasyon kusuru olan hipokrisisin oluştuğundan ve şizotaksiye sebep olduğundan bahseder [248,253]. Şizogenin

etkisini arttıran diğer genlerin ve /veya çevresel faktörlerin etkisiyle şizotaksik kişilerden bazıları şizotipal kişilik örüntüsü göstermektedir [254].

Daha sonra Tsuang ve ark. (2002) şizotaksi modelini geliştirip güncellemişler ve temel belirtilerde negatif belirti ve nörolojik (nörobiliş, silik nörolojik belirtiler) belirtilerin olduğundan bahsetmişlerdir [255]. Meehl şizotipiyi, toplumda oransal olarak %10 civarında görülebilen, görülen kişilerden de %10'unun şizofreniye ilerlediği klinik tablo olarak tanımlamıştır[256]. Ancak günümüzde şizofreninin poligenik kalıtım gösterdiği, çok sayıda gen ve allel arasındaki etkileşim ile gen-çevre etkileşiminin fenotipi etkilediği bilinmektedir [257].

Şizotaksi kavramı psikoz spektrumunun etiyopatogenezini açıklamada yeterli olmamakla birlikte “şizotipal kişilik bozukluğu”nun DSM- III'te var olmasına aracılık etmiştir [258].

Eysenck kişiliğin tüm boyutlarının kalıtılabilir olduğunu ve normal-hastalık arasında bir yelpazede süreklilik gösterdiğini savunarak şizotipiyi şu üç madde ile tanımlamıştır [259]:

- 1) Psikotisizm,
- 2) Ekstraversiyon,
- 3) Nörotisizm

Eysenck modeli genetik açıdan bakıldığında günümüz bakış açısına daha uygun olmakla birlikte, özellik (trait) ve hastalık ayrımını belirtmemiş olması sebebiyle eleştiri alabilmektedir. [260] Claridge (1997) de şizotipiyi psikozun sürekliliği bağlamında Eysenck modeline benzer şekilde tanımlamıştır [260] [261]. Şizotipinin genetik, çevresel özellikler ve mizaç özelliklerinin bileşkesini yansıttığını ve hem klinik hem de subklinik düzeyde normal dağılıma uyan bir süreklilik gösterdiğini savunmaktadır. Şizotipinin uyum sağlayıcı özelliklerle de ortaya çıkabileceğini öne süren Claridge , bu tabloya mutlu şizotip (happy schizotype) adını vermiştir. Mutlu şizotipler, işlevsellikte bozulma görülmeyen, kişiler arası ilişkilerde sorunların ve bilişsel dezorganizasyonun olmadığı ancak pozitif boyutun baskın görüldüğü bireyleri tanımlamak için kullanılmaktadır [261].

Kişilik yapısı için normal ve psikopatoloji açısından ayrımların net tanımlanamaması sebebiyle boyutsal değerlendirme anlayışı DSM 5'e de yansiyarak

ŞTKB “Şizofreni ve ilişkili diğer psikotik bozukluklar” başlığı altında gruplandırılmıştır [1].

2.3.3. Şizotipiye Boyutsal Yaklaşım

Raine ve arkadaşlarına göre ŞTKB, yaş ve cinsiyet özelliklerinden bağımsız bir şekilde bilişsel-algisal şizotipi, kişiler arası şizotipi ve dezorganize şizotipi olmak üzere üç ayrı kategoriye ayrılmaktadır[262] . Bilişsel-algisal şizotipi, referansiyel düşünceler, garip inanış/büyüsel düşünce, sıradışı algısal yaşantı ve şüphecilik özelliklerinin belirgin olduğu grubu temsil ederken; kişiler arası şizotipi, sosyal anksiyete, yakın arkadaş yokluğu, kısıtlı duygulanım ve şüphecilik belirtilerinden oluşmaktadır. Dezorganize şizotipi ise genellikle garip davranış ve garip konuşma belirtilerinin görüldüğü alt tiptir. Şizotipal özellikleri çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre şizofreniye benzer şekilde pozitif, negatif ve dezorganizasyon olmak üzere üç boyutta incelemek mümkündür [263].

DSM – IV ŞTKB 9 madde ile tanımlamakta olup; bu maddeler bilişsel algısal boyut (büyüsel düşünce, tuhaf algısal yaşantılar, referans ve paranoid düşünceleri), dezorganizasyon boyutu (tuhaf konuşma ve tuhaf davranışlar) ve kişilerarası boyut (yakın arkadaş ilişkilerinin yokluğu, sınırlı affekt, yersiz sosyal anksiyete ve paranoid düşünceler) olmak üzere üç boyutta gruplandırılabilir [28].

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda farklı görüşler ortaya atılarak; şizotipiye sadece bilişsel-algisal ve dezorganizasyon boyutlarının açıklamasının daha geçerli olduğu savunulmaktadır. Bu durum yakın arkadaş yokluğunun şizoid kişilik bozukluğu, paranoid düşünceler ve şüpheliğin paranoid kişilik bozukluğu ile açıklanabilmesi, sosyal anksiyetenin özgül bir belirti olmaması nedeniyle kişilerarası boyutun kullanışlı olmadığı şeklinde açıklanmaktadır. Bu çalışmalara göre boyutlar arasında ŞTKB’ye en spesifik olanın ise dezorganizasyon boyutu olduğu bulunmuştur [7] .

2.3.4. Epidemiyoloji

ŞTKB yaşam boyu prevalansının %4 civarında olduğu tahmin edilmekte olup, yüksek oranda diğer ruhsal hastalıklar ile komorbidite göstermektedir. Borderline kişilik bozukluğu (%36,7), paranoid kişilik bozukluğu (%20,2), şizoid kişilik bozukluğu (%20),

bipolar bozukluk tip 1 ve tip 2 (%22,1; %14,2), OKB (%13,5) ve major depresif bozukluk (%6,6) en sık birlikte olduğu ruhsal hastalıklardır[264].

2.3.5. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Şizotipal Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Çalışmalar

OKB ile ŞTKB komorbiditesinin ‘Şizotipal Kişilik Ölçeği’ kullanılarak yapılan araştırmalar sonucunda %5-%33 arasında olduğu saptanmıştır [8].

Şizofreni hastalarında obsesif kompulsif belirtilerin araştırıldığı Whitton ve ark. (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlıklı kontrol grubunda obsesif kompulsif belirtilerin düzeyi ile şizotipal kişilik özellik şiddeti arasında pozitif yönde korelasyon olduğu görülmüştür [9].

Ayrıca OKB'ye şizotipi eşlik eden kişilerde obsesif kompulsif belirtilerin daha şiddetli, prognozun daha kötü , başlangıç yaşının daha erken olduğu görülmüş ve gri cevher hacminde azalma, dorsolateral ve frontal korteks disfonksiyonuna işaret eden nörobilişsel işlevlerde bozulma olduğu bulunmuştur [265] [266].

Tedavi açısından bakıldığında yüksek düzey şizotipal özellikler gösteren OKB ‘li bireylerde tedavi reddi daha fazla olmakta ve bireyler serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) tedavisine düşük doz antipsikotik ekleme tedavisine daha iyi yanıt vermektedir [267].

Obsesyon ve kompulsiyon türleri ile şizotipi ilişkisinin değerlendirildiği bazı çalışmalarda yüksek düzey şizotipi varlığının kontrol etme kompulsiyonu, sıralama kompulsiyonu, simetri obsesyonu ve istiflemecilikle ilişki olduğu bulunmuş olsa da [268] [269,270]; OKB ,DEK ve şizotipal özelliklerin araştırıldığı 2005 tarihli bir araştırmada; şizotipal özellikler DEK-Olabilirlik alt boyutu arası ilişkinin , obsesif belirtilerin etkileri kontrol edildikten sonrasında da devam etmekte olduğu görülmüştür [343].

Benzer şekilde 2003 yılında yapılan Murriss ve Merkelbach’ın araştırmasında da yüksek şizotipi düzeyinin artmış DEK puanları ile ilişkili bulunmuştur [272].

2.4. Otizm Spektrum Bozukluğu

2.4.1. Tanım ve Tarihçe

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) sosyal ve iletişimsel alanlarda belirgin yetersizlikler görülen ve basmakalıp davranışlar ve/veya sınırlı ilgi alanları ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur [1].

Otizm kelimesi antik Yunanda “kendi” anlamı taşıyan “authos” kelimesinden köken almakta olup ilk kez 1911 senesinde Bleuler tarafından şizofreni hastalarının dış dünyadan kopukluğunu ifade edebilmek amacıyla kullanılmıştır [273].

Otizm kavramının güncel kullanım şeklini alması ise 1943 yılında Leo Kanner ile olmuştur. “Çocukluk çağı şizofrenisi”, “erken başlangıçlı şizofreni” veya “çocukluk çağı psikozu” şeklinde tanımlanan otizm, Kanner ile ilk kez şizofreniden ayrı bir bozukluk olarak değerlendirilmiştir. 1943 tarihli “Affektif İletişimin Otistik Bozuklukları” başlıklı yazısında, ortak özelliklere sahip 8 erkek ve 3 kız toplam 11 vakayı “infantil otizm” olarak adlandırmış, benzer özelliklerinin diğer insanlarla iletişim kurma ile ilgili yetersizlikler, ekolali, değişime direnç, ipuçlarını ön görmede zorlanma, gecikmeli konuşma, zamirlerin uygunsuz kullanımı ve yineleyici davranışlar olduğunu tanımlamıştır [274,275].

Uluslararası tanımlama sistemi içerisinde ilk kez ICD- 8 (International Classification of Diseases 8th Edition) şizofreni alt başlıklarından birisi olarak otizmden bahsetmiştir.

DSM tanılama sisteminde ise otizmden ilk kez, çocukluk çağı şizofrenisinden ayrı bir başlık olarak, 1980 yılında yayınlanan DSM- III ‘de bahsedilmiştir. “Yaygın Gelişimsel Bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılarak ,belirtilerin başlangıcı için 30 ay sınırı getirilmekle birlikte diğer insanlara tepki vermede yetersizlik, dil gelişiminde belirgin gerilik, tuhaf konuşma kalıpları, değişime direnç ve çevreye tuhaf tepkiler olmak üzere altı tanı kriteri belirtilmiş ve tüm kriterlerin karşılanması gerektiği şartı konulmuştur.DSM-III-R’de ise “Erken Bebeklik Otizmi”, “Çocukluk Başlangıçlı Yaygın Gelişimsel Bozukluklar” ve “Atipik Yaygın Gelişimsel Bozukluklar” alt kategorileri getirilmiştir. [276]Sonrasında DSM-IV 1994 yılında yayınlandığında otizm “Yaygın Gelişimsel Bozukluklar” başlığı altına alınarak; Otistik Bozukluk, Asperger Sendromu, Rett Sendromu, Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu ve Başka Türü Adlandırılmayan

Yaygın Gelişimsel Bozukluk olarak beş ayrı alt kategoriye ayrılmış ve her bir kategori için ayrı tanı kriterleri belirlenmiştir [276]

Güncel kılavuz olan DSM-V'te (2013) çarpıcı değişiklikler olmuştur. Spektrum kavramı anlayışı temel alınarak, otizmin çeşitli etiyolojik faktörlere ilişkin görülebilen, ortak klinik semptomları olan, şiddeti değişkenlik gösteren bir tablo olduğu vurgulanmıştır. Bu yaklaşım ile DSM-IV'te ayrılmış şekilde olan Otistik Bozukluk, Asperger Sendromu, Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu ve Başka Türü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanıları "Otizm Spektrum Bozuklukları" yelpazesi altında birleştirilerek "Nörogelişimsel Bozukluklar" ana başlığı içerisine dahil edilmiştir. Rett Sendromu ise diğer Yaygın Gelişimsel Bozukluklar'dan farklı bir klinik prezentasyonu olması ve MECP2 gen mutasyonu ile ilişkisinin gösterilmesi sebebiyle kılavuza dahil edilmemiştir. DSM-V kılavuzunda yapılan bir diğer yenilik de tanımlanan üç temel kriterin iki ana kritere indirgenmesi olmuştur. Buna göre sosyal etkileşimdeki kısıtlılık ve sosyal iletişim bozukluğu alt kriterleri A kriteri içerisinde, tekrarlayıcı ilgi alanları ve kısıtlayıcı davranışlar ise B kriteri içerisinde olacak şekilde iki ana grup tanımlanmıştır [1].

DSM-5 Tanı Ölçütleri:

Otizm Spektrum Bozukluğu Tanı Ölçütleri:

A. Şimdiki durumda ya da öyküsünde var olan, birden çok ortamda aşağıda gösterildiği gibi toplumsal iletişim ve karşılıklı toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler

1. Toplumsal-duygusal karşılıktaki eksiklikler;
2. Toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarındaki eksiklikler;
3. İlişki geliştirme, sürdürme ya da ilişkileri anlamadaki eksiklikler.

Ağırlık düzeyini belirleyin;

Ağırlık düzeyi toplumsal iletişim yetersizlikleri ile kısıtlı ve yineleyici davranış örüntüsüne dayanır.

B. Şimdiki durumda ya da öyküsünde var olan aşağıdakilerden en az ikisinde kısıtlı, yineleyici davranış, ilgi alanı ya da aktivite örüntüsü:

1.Devinimlerde, nesnelerin kullanımında ya da konuşmada stereotipi veya yineleyicilik olması.

2.Aynılıkta ısrar etme, rutinlere esneklik göstermeden yapışıp kalma ya da sözel veya sözel olmayan davranışın törenselleşmiş örüntüsü.

3.Yoğunluk düzeyi ya da odağı anormal olan, oldukça kısıtlı ve değişmez hale gelmiş ilgi alanları.

4. Çevredeki duygusal uyaranlara aşırı ya da yetersiz tepki verme ya da alışılmadık ilgi gösterme.

Şimdiki ağırlık düzeyini belirleyin:

Ağırlık düzeyi toplumsal iletişim yetersizlikleri ile kısıtlı ve yineleyici davranış örüntüsüne dayanır.

C. Belirtilerin erken gelişim döneminden itibaren görülmesi gerekir.

D. Belirtiler toplumsal, uğraşsal ya da güncel işlevlere ait diğer önemli alanlarda klinik olarak önemli bozulmaya yol açar.

E. Bu bozukluklar anlıksal gelişim bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.

Belirtiniz:

Eşlik eden anlıksal gelişim bozukluğu bulunuyor ya da bulunmuyor.

Eşlik eden konuşma bozukluğu bulunuyor ya da bulunmuyor.

Bilinen medikal, ya da genetik bir durum veya çevresel etken ile ilişkili,

Diğer bir nörogelişimsel, zihinsel ya da davranışsal bozuklukla ilişkili,

Katatoni var [1]

2.4.2. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile Otizm Spektrum Bozukluğu Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Çalışmalar

Yapılan çalışmalarda OSB'li kişilerin akrabalarında depresyon, şizofreni, OKB, anksiyete bozukluğu gibi komorbid psikiyatrik durumların ve tik bozukluklarının sık görüldüğü bildirilmiştir [277] [278][279].

Bolton ve arkadaşlarının 1994 yılında yaptığı çalışmada obsesyon, kompulsiyon ve yineleyici davranışlar gibi belirtilerin otistik bireylerin birinci derece akrabalarında kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülerek aralarında anlamlı ilişki olduğu öne sürülmüştür [280].

Kısıtlı ilgi alanları, tekrarlayan davranışlar OSB’de görülen karakteristik semptomlardır. Örneğin Christensen ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada OSB ‘li bebeklerin kardeşlerinin sağlıklı kontrollere göre daha fazla yineleyici tarzda oyunlarla vakit geçirdiği saptanmıştır [281].

2010-2011 yılları arasında OKB ‘li 81 Japon hastanın otizm spektrum anketi kullanılarak değerlendirildiği bir izlem çalışmasında otistik özelliklerin fazlalığı ile daha depresif ve / veya daha anksiyöz olma arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ancak yüksek otistik özellikler OKB fenomenolojisi üzerinde tedavi sonucu açısından araştırıldığında beklenildiği kadar etkili olmadığı anlaşılmıştır [282].

2017 senesinde Birleşik Krallık’ta yapılmış, OKB’si olan erişkinlerde otizm spektrum bozukluklarının değerlendirildiği bir araştırmada; otistik özelliklere sahip popülasyonun, obsesif kompulsif belirti şiddetinde anlamlı yükseklik ve belirgin iç görü azlığı olduğu görülmüştür [283].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Araştırmamız prospektif bir vaka çalışmasıdır. Çalışmaya Adnan Menderes Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 07.10.2021 tarihinde 2021/168 protokol numarası ile onay alınmasının ardından başlanmıştır. 02.01.2022-02.01.2023 tarihleri arasında çalışma hakkında bilgilendirilen ve katılmayı kabul ederek onam formunu imzalayan, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ayaktan başvuran ya da yataklı psikiyatri servisinde takip edilen, Eksen I bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I (SCID-I) ile OKB tanı ölçütlerini karşılayan, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) skoru ≥ 16 olan, çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan, dışlama kriterlerinden herhangi birini bulundurmeyen gönüllü hastalar dahil edilmiştir.

Çalışmaya alınan OKB tanılı hastalarda tam iyilik halinde olma şartı aranmamıştır. Toplam 83 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır. 7 hasta çalışmaya katılmaktan vazgeçtiği için ,1 hasta eşlik eden psikotik semptomları olduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalara çalışma ile alakalı bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Çalışmaya dahil olmayı kabul eden katılımcılar yüz yüze klinik görüşmeye alınmıştır. Bilinen OKB tanılı çalışmaya katılan hastalara OKB ve diğer psikiyatrik eş tanılar için DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Kılavuzu (SCID-I) temelli görüşme uygulanmıştır.

Ayrıca katılımcılara obsesyon ve kompulsiyonlarının tiplerini, şiddetini, zamanlamasını vb. özelliklerini değerlendirebilmek amacıyla yapılandırılmış Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği (YBOCS) görüşmesi yüz yüze olacak şekilde yapılmıştır.

Görüşme sonrasında çalışmaya katılan tüm hastalar öz bildirim ölçeklerinden Beck Depresyon Derecelendirme Envanteri (BDE), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEKÖ), Otizm Spektrum Anketi (OSA), Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ) ölçeklerini doldurmuştur. Sosyodemografik verileri ve hastalıklarının klinik özelliklerine ilişkin bilgileri için hazırladığımız yarı yapılandırılmış bir form kullanılmıştır. Bu veri formunda katılımcıların yaşı, toplam eğitim yılı, medeni hali, hastalığın başlangıç

yaşı, hastalık süresi, varsa ek psikiyatrik hastalık öyküsü, hastaneye yatış sayısı, intihar girişimi öyküsü, kronik hastalıkları, ilaç kullanımına ilişkin bilgileri, sigara-alkol ve madde kullanımlarına ilişkin sorular bulunmaktadır. OKB 'ye ek olarak anksiyete bozukluğu ve/veya majör depresif bozukluk tanısı bulunan hastalar çalışmadan dışlanmamıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 1- 18 ile 65 yaş aralığında olmak
- 2- Primer OKB tanısına sahip olmak
- 3- Dışlama kriterlerinden herhangi birisinin olmaması
- 4- Kişinin okur-yazar olması
- 5- Bilgilendirmenin ardından çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak ve onam formunu imzalayarak belgelemek

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- 1- Çalışmada kullanılacak bilgi formu ve ölçekleri eksik doldurmak veya bırakmak
- 2- Şizofreni ve benzeri herhangi bir psikotik spektrum bozukluğuna sahip olmak
- 3- Kişide psikiyatrik muayeneyi engelleyecek fiziksel ya da mental retardasyon olması
- 4- Alkol/Madde bağımlılığı
- 5- Deliryum, demans, epilepsi, kafa travması, serebrovasküler hastalık, inme gibi organik beyin bozukluğu yapacak nörolojik hastalık varlığı
- 6- Tik Bozukluğu ve/veya Tourette Sendromu varlığı
- 7- Herhangi bir affektif bozukluk varlığı
- 8- Klinik düzeyde ve işlevselliğini bozacak şekilde, tedavisi o bozukluk için planlanan ve yürütülen ek anksiyete bozukluğu olan hastalar
- 9- Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay verilmemesi ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formunun imzalanmaması
- 10- Çalışmadan çıkmak istemek
- 11- Türkçe'yi okuyup anlamada problem yaşamak

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik klinik veri formu:

Sosyodemografik bilgi formu ile çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılardan yaş, cinsiyet, eğitim durumları, hastalık başlangıç yaşı, ek psikiyatrik hastalık öyküsü, geçmiş ve varsa devam eden tedavi öyküleri, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vb. klinik özellikleri içeren bilgiler edinilmiştir.

3.2.2. Eksen I bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I (SCID-I)

SCID-I First ve arkadaşları tarafından 1997’de DSM-IV Eksen I bozukluklarını değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş klinik bir görüşmedir[284]. SCID- I tanısal değerlendirmenin standart bir şekilde uygulanmasını sağlamak ve bu şekilde tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin değerlendirilmesini kolaylaştırarak geçerliliğini arttırmak amacıyla geliştirilmiştir. SCID-I görüşmesinin Türkiye’ de geçerlik ve güvenilirlik araştırmaları 1999 senesinde Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır[285].

3.2.3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (YBOCS)

Obsesif-kompulsif belirtilerin türü ve şiddetini ölçmek amacıyla Goodman ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir [286]. Görüşmeci tarafından uygulanır. Ölçek toplam 19 maddeden oluşmaktadır; ancak toplam puanın hesaplanması amacıyla yalnızca ilk 10 madde (madde 1b ve 6b dışında) kullanılmaktadır. YBOCS’un puanlanmasında obsesyon ve kompulsiyonlarla ilgili beşer maddenin her biri 0-4 puan arasında ayrı ayrı puanlanarak obsesyon ve kompulsiyon alt toplam puanlarının toplamı sonunda en fazla toplam 40 puan elde edilmektedir. İçgörü, kaçınma, kararsızlık, patolojik sorumluluk, yavaşlama, patolojik kuşku, 0-4 puan arasında olsa da toplam puana dahil edilmemektedir. Ayrıca ölçeğin yanında geçmişteki ve şu andaki semptomların tanınmasını sağlayan YBOCS Belirti Kontrol Listesi bulunmaktadır. (285,286).

Ölçek puanları kendi içerisinde 0-7 subklinik; 8-15 hafif; 16-23 orta; 24-31 şiddetli olarak kategorize edilmektedir [287]. Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik-güvenilirlik

çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları (1993) ve Tek ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır[287,288].

3.2.4. Beck Depresyon Envanteri(BDE)

Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş olan, hastada var olan depresif semptomların incelendiği 21 maddeden oluşan ölçekte bireyin son bir haftada kendisini nasıl hissettiğini tanımlayan cümleyi seçmesi istenmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir[289]. Her bir maddede dört seçenek vardır ve 0-3 arası puanlama yapılmaktadır. Toplam puanı 0-63 arasında değişmektedir. Ölçeğin toplam puanı 0-9 arasında ise kişinin depresif belirtilerinin olmadığını, 10- 16 puan hafif şiddette olduğunu, 17-24 puan orta, 25 ve üzeri puan şiddetli düzeyde depresif semptomlarının olduğunu belirtir. Hisli ve ark. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına göre depresyon tanısı için kesme puanının 17 olduğu belirtilmiştir [290].

3.2.5. Beck Anksiyete Envanteri(BAE)

Beck ve ark. tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması Ulusoy ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir[291]. Kişiye sorulan sorularla sıkıntı duygusunun kendisini son bir haftadır ne ölçüde rahatsız ettiği sorgulanır. Puan Aralığı 0- 63'tür. Beck anksiyete derecelendirmesi: Hafif düzeyde anksiyete 8-15 puan, orta düzeyde anksiyete 16-25 puan, şiddetli düzeyde anksiyete 26-63 puandır[292].

3.2.6. Otizm Spektrum Anketi (OSA)

Geniş Otizm Fenotipini (GOF) değerlendirmede en sık kullanılan puanlama ölçeğidir [293]. OSA yetişkin formu, bireyin kendisinin bildirdiği; 'sosyal beceri', 'dikkati kaydırma', 'ayrıntıya dikkat etme', 'iletişim' ve 'hayal gücü' olmak üzere beş alt başlıktan oluşan 50 maddelik bir ölçektir. Normal zekâdaki yetişkinler arasında OSB tanımlamak için geliştirilmiştir. Kesme puanı 32 olarak belirlenmiştir. Köse ve arkadaşları (2010) tarafından 406 üniversite öğrencisi (%58 kadın, %42 erkek) üzerinde yapılmış olan araştırmada OSA'nın yetişkin versiyonunun Türkçe formu için güvenilirlik ve yapı geçerliği gösterilmiştir. Ölçeğin Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0,64 olarak ve 90

öğrenciye tekrar uygulama sonucunda test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0,72 olarak bulunmuştur. OSA Türkçe formunun toplam puan ve sosyal beceri, iletişim ve hayal gücü alt ölçek puanlarının erkeklerde kadınlardan yüksek olduğu ve bu bulgunun diğer kültürlerde bildirilen kadın-erkek farkı ile uyumlu olduğu bildirilmiştir[294] .OSB’li kişilerin akrabalarında ve genel toplumda OSA’yı otizm geniş fenotipi için indeks olarak kullanan araştırmalarda OSB’li çocuğu olan ebeveynlerin farklı otizm başlıklarında daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür[295,296] .

3.2.7. Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ)

Şizotipi literatüründe en yaygın kullanılan ölçek Raine tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir. Bir self-bildirim ölçeği olan ŞKÖ toplam 74 sorudan oluşmaktadır. ŞKÖ’nün DSM-III-R şizotipal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerine denk düşen 9 alt ölçeği vardır. Bu ölçek esas olarak toplumda ve risk gruplarında şizotipal özellikleri tarayabilmek için kullanılmaktadır. Raine, ŞKÖ’nin 22 soruluk kısa bir versiyonunu (ŞKÖ-K) geliştirmiştir. Bu kısa formun Türkçe’ye uyarlanması ve güvenirliği gösterilmiş ve bazı çalışmalarda kullanılmıştır. Hem ŞKÖ hemde ŞKÖ-K kişilerarası, bilişsel algısal ve dezorganize şizotipi olarak adlandırılan üç puan verirler. ŞKÖ’de ayrıca 9 alt ölçek için puan hesaplanırken ŞKÖ-K’ da bu yapılamamaktadır [297].

3.2.8. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği (DEKÖ)

DEKÖ, düşünce ve eylemlerin psikolojik kaynaşmasını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek 19 maddeden oluşmakta ve 0’ın “hiç katılmıyorum”, 4’ün “tamamen katılıyorum”u ifade ettiği beş dereceli ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçeğin, orijinal olarak, DEKÖ Ahlak, DEKÖ Olabilirlik Diğerleri ve DEKÖ Olabilirlik Kendisi olmak üzere üç alt ölçeği bulunmaktadır. Toplam puan 0 ile 76 arasında değişmektedir. Alınan daha yüksek puanlar, daha güçlü düşünce eylem kaynaşmasını göstermektedir. [298]

Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması Yorulmaz ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0.88 olduğu belirlenmiştir[299]

3.3. İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri SPSS 18.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows version 18) istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak araştırılmıştır. Araştırmadaki tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma (minimum maksimum değer) ile gösterilirken, kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) olarak gösterilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki normal dağılıma uyduğu için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. İlgili değişkenler ile klinik değişkenler ve ölçekler arasındaki ilişkiyi saptayabilmek için 3 adet korelasyon tablosu yapılmıştır. Bağımlı değişkenler ile ilişkili değişkenleri saptamak amacıyla lineer regresyon testleri kullanılmıştır. Bağımlı değişken olarak DEK toplam puanı , DEK ahlak , olabilirlik kendisi ve diğerleri alınmış ;toplamda 4 regresyon analizi yapılmıştır. Değişkenler arasında çoklu bağıntı olmaması için VIF değerinin 3'ün altında olması koşulu aranmıştır. Otokorelasyon açısından Durbin Watson değerinin 2 civarında olması koşulu aranmıştır. Değişkenler arasındaki aracılık ilişkilerini analiz etmek için ‘‘Mediasyon (Aracılık) Analizleri ‘‘ uygulanmıştır. 4 adet mediasyon tablosu mevcuttur .İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0.05'ten küçük olması koşulu aranmıştır.

4. BULGULAR

Örneklemin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza dahil edilen 83 OKB tanılı hastanın sosyodemografik özellikleri **Tablo 4.1**'de sunulmuştur. Hastaların yaş ortalaması 30.6 ± 9.6 , ortalama eğitim süresi 13 ± 3.7 yıl olarak bulunmuştur. OKB'nin ortalama başlangıç yaşı 20.4 ± 8.7 , ortalama hastalık süresi de 9.9 ± 8 yıldır.

Hastaların 58'i kadın (% 69.9), 25'i erkektir (%30.1). 46 hasta (%55.4) bekar, 35 'i (%42.2) evli ve 2 kişi dul/ayrı/boşanmıştır. Hastaların 67'si (%80.7) şehir merkezinde, 16'sı kırsal bölgede yaşamaktadır.

Hastalar yaşam boyu ek psikiyatrik hastalık açısından değerlendirildiğinde ,46'sının (%55.4) ek hastalığı olduğunu belirlenmiş; 25 'inde (%30.1) unipolar depresyon, 15'inde (%18.1) yaygın anksiyete bozukluğu ,3'ünde (%3.6) panik bozukluk , 2'sinde (%2.4) sosyal anksiyete bozukluğu ,1'inde (%1.2) DEHB öyküsü saptanmıştır . 36 hastanın (%43.4) birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü vardır. 14 (%16.9) hastada hastane yatış öyküsü olduğu ,65'inin de (%78.3) da halen psikiyatrik ilaç tedavisi almakta olduğu saptanmıştır. Ayrıca 14 hastada (%16.9) yaşam boyu intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır.

Tablo 4.1. Örneklem Sosyodemografik Özellikleri

	Örneklem (s=83)	
	Ortalama	Standart Sapma (SS)
Yaş	30.6	±9.6
Eğitim Süresi (Yıl)	13	±3.7
OKB Başlangıç Yaşı	20.4	±8.7
OKB Süresi (Yıl)	9.9	±8
	S	%
Cinsiyet		
Kadın	58	69.9
Erkek	25	30.1
Medeni hal		
Bekar	46	55.4
Evli	35	42.2
Dul/Ayrı /Boşanmış	2	2.4
İş Durumu		
Çalışıyor	27	32.5
İşsiz	3	3.6
Ev Hanımı	23	27.7
Emekli	1	1.2
Öğrenci	29	34.9
Yaşadığı Yer		
Şehir Merkezi	67	80.7
Kırsal	16	19.3
Ek Psikiyatrik Hastalık		
MDB	46	55.4
YAB	25	30.1
PB	15	18.1
SAB	3	3.6
DEHB	2	2.4
	1	1.2
Birinci Derece Yakınlarında Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	36	43.4
Hastane Yatış Öyküsü	14	16.9
Halen Tedavi Alanlar	65	78.3
İntiharGirişimi Öyküsü	14	16.9

Tablo 4.2. Örneklem Klinik Ölçekler Yönünden Karşılaştırılması

	Ort (s=83)	SS	Min-Max
BAE	22.7	14.2	1-60
BDE	21.5	12.6	0-57
OSA toplam	23.5	5.8	9-36
DEKÖ toplam	30.9	17.9	0-76
ŞKÖ toplam	37.1	18.8	0-67
YBOCS toplam	23.8	5.4	16-36
YBOCS obsesyon	12.6	2.9	8-19
YBOCS kompulsiyon	11.2	2.9	6-19

OKB:obsesif kompulsif bozukluk,MDB :major depresif bozukluk, YAB :yaygın anksiyete bozukluğu, PB:panik bozukluk ,SAB :sosyal anksiyete bozukluğu ,DEHB:dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

Çalışmamıza dahil edilen 83 OKB tanılı hastanın klinik ölçekler yönünden karşılaştırılması **Tablo 4.2** de sunulmuştur.

Hastaların BAE ortalama skoru 22.7 (SS=14.2) , BDE skoru 21.5(SS=12.6) ‘tir. Hastaların ortalama OSA puanı 23.5(SS=5.8), DEKÖ puanı 30.9(SS=17.9) , ŞKÖ ortalama puanı 37.1 (SS=18.8) olarak bulunmuştur . Hastaların YBOCS ortalama toplam puanı 23.8 (SS =5.4) ,obsesyon ortalama puanı 12.6 (SS=2.9), kompulsiyon puanı 11.2(SS=2.9) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3. Düşünce Eylem Kaynaşması Skorları ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar

	DEKÖ Toplam	DEKÖ- Ahlak	DEKÖ- Olabilirlik Kendisi	DEKÖ- Olabilirlik Diğerleri
OKB Başlangıç Yaşı	r=0.01 p=0.93	r=0.04 p=0.72	r= -0.15 p=0.17	r=0.05 p=0.61
BAE	r=0.37** p<0.001	r=0.40** p<0.001	r=0.32** p=0.003	r=0.24* p=0.02
BDE	r=0.28* P=0.01	r=0.31** P=0.004	r= 0.19 P= 0.08	r=0.18 P=0.08
ŞKÖ Toplam	r=0.38** P<0.001	r=0.39** p<0.001	r=0.33** p=0.002	r=0.27* p=0.01
ŞKÖ-Bilişsel Algısal	r=0.46** p<0.001	r=0.46** p<0.001	r=0.41** p<0.001	r=0.33** p=0.002
ŞKÖ-Kişiler Arası	r=0.21* p=0.05	r=0.23* p=0.03	r=0.14 p=0.19	r=0.14 p=0.19
ŞKÖ -Dezorganize	r=0.36** p=0.001	r=0.37** p=0.001	r=0.33** p=0.002	r=0.25* p=0.02
OSA Toplam	r=0.23* p=0.03	r=0.21* p=0.05	r=0.28* p=0.009	r=0.16 p=0.13
OSA- Sosyal Beceri	r=0.06 p=0.57	r=0.03 p=0.73	r=0.13 p=0.23	r=0.04 p=0.66
OSA- Dikkati Kaydırabilme	r=0.22* p=0.04	r=0.22* p=0.04	r=0.25* p=0.01	r=0.12 p=0.27
OSA- Ayrıntıya Dikkat Etme	r=0.26* p=0.01	r=0.21* p=0.04	r=0.28* p=0.009	r=0.27* p=0.01
OSA-İletişim	r=0.12 p=0.27	r=0.10 p=0.35	r=0.21* p=0.04	r=0.05 p=0.63
OSA -Hayal Gücü	r=0.01 p=0.91	r=0.05 p=0.65	r=-0.07 p=0.49	r=-0.01 p=0.88
YBOCS	r=0.47** p<0.001	r=0.45** p<0.001	r=0.46** p<0.001	r=0.36** p=0.001
YBOCS- OBSESYON	r=0.45** p<0.001	r=0.41** p<0.001	r=0.46** p<0.001	r=0.38** p<0.001
YBOCS-Kompulsiyon	r=0.41** p<0.001	r=0.41** p<0.001	r=0.38* p<0.001	r=0.29* p=0.007

OKB: obsesif kompulsif bozukluk, BAE: beck anksiyete envanteri, BDE:beck depresyon envanteri, ŞKÖ: şizotipal kişilik ölçeği , OSA: otizm spektrum anketi ,YBOCS:yalebrown obsesyon kompulsiyon ölçeği

r=0.00 ilişki yok, r= 0.01-0.29 arası zayıf(*), r= 0.30-0.70 arası orta(**), r= 0.71-0.99 arası yüksek(***), r=1.00 mükemmel korelasyonu(****) gösterir. p değeri için <0.05 anlamlı kabul edilir [300] .

Tablo 4.3'de DEKÖ toplam skorları ile OKB başlangıç yaşı, BAE, BDE, ŞKÖ toplam skorları ,OSA toplam skorları ,YBOCS ve obsesyon , kompulsiyon skorları arasındaki korelasyon analizi sunulmuştur. Tablo incelendiğinde DEKÖ toplam ile BDE ($r = 0.28^*$, $p = 0.01$), ŞKÖ kişiler arası ($r=0.21^*$, $p=0.05$) boyutu , OSA toplam ($r = 0.23^*$, $p=0.03$) ile dikkati kaydırabilme ($r=0.22^*$, $p= 0.04$), ayrıntıya dikkat etme ($r = 0.26^*$, $p= 0.01$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde zayıf pozitif korelasyon ; BAE ($r= 0.37^{**}$, $p = <0.001$), ŞKÖ toplam ($r=0.38^{**}$, $p<0.001$), bilişsel algısal ($r=0.46^{**}$, $p = <0.001$) ve dezorganize ($r=0.36^{**}$, $p=0.001$) boyutları , YBOCS toplam skoru ($r = 0.47^{**}$, $p=<0.001$) ile obsesyon ($r = 0.45^{**}$, $p=< 0.001$) ve kompulsiyon ($r= 0.41^{**}$, $p<0.001$) alt ölçek boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. DEKÖ toplam ile OSA hayal gücü boyutu arasında ($r= 0.01$, $p=0.91$) beklediğimiz aksine istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır.

DEKÖ 'nün ahlak alt boyutu ile BDE ($r = 0.31^{**}$, $p = 0.004$), ŞKÖ toplam ($r=0.39^{**}$, $p=<0.001$) ile dezorganize ($r=0.37^{**}$, $p=0.001$) boyutu arasında istatistiksel anlamlı orta düzeyde pozitif korelasyon ; ŞKÖ kişiler arası boyutu ($r=0.23^*$, $p=0.03$), OSA toplam puanı ($r=0.21^*$, $p = 0.05$) ve dikkati kaydırabilme ($r=0.22^*$, $p=0.04$), ayrıntıya dikkat etme ($r=0.21^*$, $p=0.04$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır.

DEKÖ 'nün ahlak alt boyutu ile BAE ($r=0.40^{**}$, $p=<0.001$), ŞKÖ bilişsel algısal alt boyutu ($r=0.46^{**}$, $p=<0.001$), YBOCS toplam puanı ($r=0.45^{**}$, $p=<0.001$), obsesyon ($r=0.41^{**}$, $p=<0.001$) ve kompulsiyon ($r=0.41^{**}$, $p=<0.001$) alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzey pozitif korelasyon ilişkisi saptanmıştır.

DEKÖ'nün olabilirlik kendisi alt boyutu ile BAE ($r=0.32^{**}$, $p=0.003$), ŞKÖ toplam puanı ($r=0.33^{**}$, $p=0.002$) ile dezorganize alt boyutu ($r=0.33^{**}$, $p=0.002$) arasında orta düzeyde anlamlı pozitif korelasyon ; OSA toplam puanı ($r=0.28^*$, $p=0.009$) ve dikkati kaydırabilme ($r=0.25^*$, $p=0.01$), ayrıntıya dikkat etme ($r=0.28^*$, $p= 0.009$), iletişim ($r=0.21^*$, $p= 0.04$) alt boyutları arasında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır.

DEKÖ 'nün olabilirlik kendisi alt boyutu ile ŞKÖ'nün bilişsel algısal alt boyutu ($r=0.41^{**}$, $p=<0.001$), YBOCS toplam puanı, ($r=0.46^{**}$, $p=<0.001$) obsesyon ($r=0.46^{**}$,

$p < 0.001$) ve kompulsiyon ($r = 0.38^{**}$, $p < 0.001$) alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

DEKÖ olabilirlik diğerleri alt boyutu ile BAE ($r = 0.24^*$, $p = 0.02$), ŞKÖ toplam puanı ($r = 0.27^*$, $p = 0.01$) ve bilişsel algısal ($r = 0.33^{**}$, $p = 0.02$), dezorganize ($r = 0.25^*$, $p = 0.02$) alt boyutları , OSA ayrıntıya dikkat etme boyutu ($r = 0.27^*$, $p = 0.01$), YBOCS toplam puanı ($r = 0.36^{**}$, $p = 0.001$), obsesyon ($r = 0.38^{**}$, $p < 0.001$) ve kompulsiyon ($r = 0.29^*$, $p = 0.007$) alt puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.4. Otizm Spektrum Anketi Skorları ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar

	OSA Toplam	OSA- Sosyal Beceri	OSA-Dikkati Kaydırabilme	OSA- Ayrıntıya Dikkat Etme	OSA- İletişim	OSA- Hayal Gücü
OKB Başlangıç Yaşı	$r = -0.03$ $p = 0.75$	$r = -0.04$ $p = 0.71$	$r = -0.06$ $p = 0.58$	$r = -0.06$ $p = 0.58$	$r = -0.05$ $p = 0.62$	$r = 0.12$ $p = 0.24$
ŞKÖ Toplam	$r = 0.39^{**}$ $p < 0.001$	$r = 0.16$ $p = 0.13$	$r = 0.37^{**}$ $p < 0.001$	$r = 0.34^{**}$ $p = 0.001$	$r = 0.36^{**}$ $p = 0.001$	$r = -0.10$ $p = 0.34$
ŞKÖ- Bilişsel Algısal	$r = 0.31^{**}$ $p = 0.004$	$r = 0.05$ $p = 0.61$	$r = 0.37^{**}$ $p = 0.001$	$r = 0.37^{**}$ $p < 0.001$	$r = 0.24^*$ $p = 0.02$	$r = -0.15$ $p = 0.17$
ŞKÖ Kişiler Arası	$r = 0.48^{**}$ $p < 0.001$	$r = 0.35^{**}$ $p = 0.001$	$r = 0.33^{**}$ $p = 0.002$	$r = 0.23^*$ $p = 0.03$	$r = 0.46^{**}$ $p < 0.001$	$r = 0.02$ $p = 0.82$
ŞKÖ- Dezorganize	$r = 0.30^{**}$ $p = 0.005$	$r = 0.06$ $p = 0.56$	$r = 0.31^{**}$ $p = 0.003$	$r = 0.32^{**}$ $p = 0.003$	$r = 0.31^{**}$ $p = 0.004$	$r = -0.15$ $p = 0.17$
BAE	$r = 0.22^*$ $p = 0.04$	$r = 0.18$ $p = 0.09$	$r = 0.27^*$ $p = 0.01$	$r = 0.09$ $p = 0.39$	$r = 0.18$ $p = 0.09$	$r = -0.08$ $p = 0.43$
BDE	$r = 0.39^{**}$ $p < 0.001$	$r = 0.28^*$ $p = 0.009$	$r = 0.29^*$ $p = 0.006$	$r = 0.25^*$ $p = 0.02$	$r = 0.43^{**}$ $p < 0.001$	$r = -0.12$ $p = 0.26$
YBOCS- Obsesyon	$r = 0.10$ $p = 0.32$	$r = 0.10$ $p = 0.34$	$r = 0.09$ $p = 0.41$	$r = 0.11$ $p = 0.29$	$r = 0.06$ $p = 0.54$	$r = -0.07$ $p = 0.51$
YBOCS- Kompulsiyon	$r = 0.03$ $p = 0.75$	$r = -0.05$ $p = 0.63$	$r = -0.05$ $p = 0.60$	$r = 0.15$ $p = 0.16$	$r = 0.16$ $p = 0.14$	$r = -0.11$ $p = 0.29$
YBOCS Toplam	$r = 0.07$ $p = 0.48$	$r = 0.02$ $p = 0.80$	$r = 0.01$ $p = 0.87$	$r = 0.14$ $p = 0.18$	$r = 0.12$ $p = 0.26$	$r = -0.10$ $p = 0.35$

OKB: obsesif kompulsif bozukluk, DEKÖ: düşünce eylem kaynaşması ölçeği , BAE: beck anksiyete envanteri , BDE: beck depresyon envanteri , ŞKÖ: şizotipal kişilik ölçeği , OSA: otizm spektrum anketi , YBOCS : yalebrown obsesyon kompulsiyon ölçeği

$r = 0.00$ ilişki yok, $r = 0.01-0.29$ arası zayıf(*), $r = 0.30-0.70$ arası orta(**), $r = 0.71-0.99$ arası yüksek(***), $r = 1.00$ mükemmel korelasyonu(****) gösterir. p değeri için < 0.05 anlamlı kabul edilir [300] .

Tablo 4.4'te OSA toplam skorları ile OKB başlangıç yaşı, ŞKÖ toplam skorları, BAE, BDE ile YBOCS toplam ve obsesyon, kompulsiyon puanları arasındaki korelasyon analizi sunulmuştur.

Tablo incelendiğinde OSA toplam ile ŞKÖ toplam ($r=0.39^{**}$, $p<0.001$) ve bilişsel algısal ($r=0.31^{**}$, $p=0.004$) , dezorganize boyutları ($r=0.30^{**}$, $p=0.005$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak orta düzeyde ilişki saptanmıştır. OSA dikkati kaydırabilme boyutu ile ŞKÖ toplam ($r=0.37^{**}$, $p<0.001$) ve bilişsel algısal ($r=0.37^{**}$, $p<0.001$), dezorganize boyutları ($r=0.31^{**}$, $p=0.003$) arasında da pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ilişki saptanmıştır.

OSA ayrıntıya dikkat etme boyutu ile ŞKÖ toplam ($r=0.34^{**}$, $p=0.001$) ve bilişsel algısal ($r=0.37^{**}$, $p<0.001$), dezorganize boyutları ($r=0.32^{**}$, $p=0.003$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak orta düzeyde ilişki saptanmıştır. OSA iletişim boyutu ile ŞKÖ toplam ($r=0.36^{**}$, $p=0.001$) ve bilişsel algısal ($r=0.24^{*}$, $p=0.02$), dezorganize boyutları ($r=0.31^{**}$, $p=0.004$) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

ŞKÖ kişiler arası boyutu ile OSA toplam puanı ($r=0.48^{**}$, $p<0.001$) ve iletişim ($r=0.46^{**}$, $p<0.001$) boyutu arasında orta düzey pozitif korelasyon saptanmıştır. ŞKÖ kişiler arası boyutu ile OSA sosyal beceri ($r=0.35^{**}$, $p=0.001$) ,dikkati kaydırabilme ($r=0.33^{**}$, $p=0.002$) ve ayrıntıya dikkat etme ($r=0.23^{*}$, $p=0.03$) boyutları arasında da pozitif korelasyon saptanmıştır.

BAE ile OSA toplam ($r=0.22^{*}$, $p=0.04$) ve dikkati kaydırabilme ($r=0.27^{*}$, $p=0.01$) alt boyutu arasında zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır.

BDE ile OSA sosyal beceri ($r=0.28^{*}$, $p=0.009$) , dikkati kaydırabilme ($r=0.29^{*}$, $p=0.006$) , ayrıntıya dikkat etme ($r=0.25^{*}$, $p=0.02$) boyutları arasında zayıf düzeyde pozitif ; OSA toplam ($r=0.39^{**}$, $p<0.001$) ve iletişim boyutu ($r=0.43^{**}$, $p<0.001$) ile arasında orta düzeyde pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Şizotipal Kişilik Ölçeği Skorları ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar

	ŞKÖ Toplam	ŞKÖ-Bilişsel Algısal	ŞKÖ-Kişiler Arası	ŞKÖ-Dezorganize
OKB Başlangıç Yaşı	r=-0.14 p=0.18	r=-0.11 p=0.29	r=-0.12 p=0.27	r=-0.16 p=0.12
BAE	r=0.56** p= <0.001	r=0.55** p= <0.001	r=0.47** p= <0.001	r=0.51** p= <0.001
BDE	r=0.64** p= <0.001	r=0.58** p= <0.001	r=0.60** p= <0.001	r=0.58** p= <0.001
YBOCS Toplam	r=0.30** p=0.005	r=0.31** p=0.004	r=0.23* p=0.031	r=0.28* p= 0.01
YBOCS- Obsesyon	r=0.30** p=0.005	r=0.31** p=0.004	r=0.23* p=0.03	r=0.29* p=0.008
YBOCS- Kompulsiyon	r=0.25* p=0.01	r=0.26* p=0.01	r=0.20 p=0.06	r=0.22* p=0.03

OKB: obsesif kompulsif bozukluk, BAE: beck anksiyete envanteri, BDE: beck depresyon envanteri, ŞKÖ: şizotipal kişilik ölçeği, YBOCS :yalebrown obsesyon kompulsiyon ölçeği

r=0.00 ilişki yok, r= 0.01-0.29 arası zayıf(*), r= 0.30-0.70 arası orta(**), r= 0.71-0.99 arası yüksek(***), r=1.00 mükemmel korelasyonu(****) gösterir. p değeri için <0.05 anlamlı kabul edilir [300] .

Tablo 4.5'te ŞKÖ toplam skorları ile OKB başlangıç yaşı, BAE, BDE, YBOCS toplam ve obsesyon, kompulsiyon puanları arasındaki korelasyon analizi sunulmuştur. Tablo incelendiğinde BAE ile ŞKÖ toplam (r=0.56**, p = <0.001) ve bilişsel algısal (r=0.55** , p = <0.001) , kişiler arası (r= 0.47** , p=<0.001) , dezorganize (r=0.51 ** , p=<0.001) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

ŞKÖ toplam ile YBOCS toplam (r=0.30**,p=0.005), obsesyon puanı (r=0.30**,p=0.005) arasında orta düzeyde ; kompulsiyon(r=0.25*p=0.01) puanı arasında da zayıf düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

ŞKÖ bilişsel algısal boyutu ile YBOCS toplam (r=0.31**,p=0.004), obsesyon(r=0.31**,p=0.004) puanı arasında orta düzey; kompulsiyon(r=0.26*,p=0.01) puanı ile arasında da zayıf düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

ŞKÖ kişilerarası boyutu ile YBOCS toplam (r=0.23*p=0.031), obsesyon (r=0.23*p=0.03) puanları arasında zayıf düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. ŞKÖ dezorganize boyutu ile YBOCS toplam (r=0.28*p=0.01), obsesyon(r=0.29*p=0.008) ve

kompulsiyon ($r=0.22$, $p=0.03$) puanları arasında zayıf düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır.

BDE ile ŞKÖ toplam ($r=0.64^{**}$, $p= <0.001$) ve kişiler arası ($r=0.60^{**}$, $p= <0.001$), bilişsel algısal ($r=0.58^{**}$, $p= <0.001$) ve dezorganize ($r=0.58^{**}$, $p= <0.001$) alt boyutları arasında da istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6. DEKÖ ile İlgili Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	DEKÖ Toplam Puanı						Durbin-Watson
	B	Beta	GA (%95CI)	SE	P	VIF	
ŞKÖ-Bilişsel Algısal	0.856	0.356	0.391-1.320	0.234	<0.001	1.109	2.272
YBOCS-Obsesyon	2.096	0.343	0.916 – 3.276	0.593	0.001	1.109	
BDE	-0.196	-0.139	-0.573-0.180	0.189	0.302	2.121	
BAE	0.160	0.127	-0.119 – 0.438	0.140	0.257	1.469	
OSA-Dikkati Kaydırabilme	0.620	0.069	-1.310-2.549	0.969	0.524	1.367	
OSA- Ayrıntıya Dikkat Etme	1.056	0.122	-0.674 -2.787	0.869	0.228	1.195	
YBOCS-Kompulsiyon	0.818	0.136	-0.739 -2.374	0.781	0.299	2.013	

DEKÖ: düşünce eylem kaynaşması ölçeği, OSA: otizm spektrum anketi BAE: beck anksiyete envanteri, BDE: beck depresyon envanteri, ŞKÖ: şizotipal kişilik ölçeği, YBOCS: yalebrown obsesyon kompulsiyon ölçeği

DEKÖ ile ilişkili değişkenleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizi **Tablo 4.6**'da sunulmuştur. Bağımsız değişkenler olarak ŞKÖ bilişsel algısal boyutu, BDE, BAE, OSA dikkati kaydırabilme ve ayrıntıya dikkat etme boyutları ve YBOCS obsesyon ve kompulsiyon değişkenleri kullanılmıştır. VIF değerleri 3'ün altında (1.109-2.121) saptandığı için, değişkenler arasında anlamlı bir çoklu bağıntı olmadığı varsayılmıştır.

DEKÖ toplam ile ŞKÖ bilişsel algısal alt boyutu ($B=0.856$, $GA=[(-0.391)-(1.320)]$ $p<0.001$) ve YBOCS obsesyon puanı ($B=2.096$ $GA=[(0.916)-(3.276)]$ $p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bilişsel algısal alt boyutundaki 1 birimlik artışın DEKÖ toplam puanını 0.356 puan arttırdığı ve YBOCS obsesyon puanındaki 1 birimlik artışın ise DEKÖ toplam puanını 0.343 arttırdığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.7. DEKÖ Ahlak Boyutu ile İlgili Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	DEKÖ Ahlak Puanı						
	B	Beta	GA (%95CI)	SE	P	VIF	Durbin-Watson
ŞKÖ- Bilişsel Algısal	0.588	0.385	0.296 – 0.880	0.147	<0.001	1.076	2.326
YBOCS-Kompulsiyon	1.206	0.316	0.476-1.936	0.367	0.001	1.076	
BDE	-0.105	-0.117	-0.346 -0.136	0.121	0.389	2.130	
BAE	0.105	0.132	-0.076 -0.285	0.091	0.251	1.521	
OSA- Dikkati Kaydırabilme	0.514	0.090	-0.653 -1.681	0.586	0.384	1.234	
OSA -Ayrıntıya Dikkat Etme	0.221	0.040	-0.962-1.405	0.594	0.710	1.348	
YBOCS- Obsesyon	0.615	0.159	-0.383 – 1.612	0.501	0.224	1.958	

DEKÖ: düşünce eylem kaynaşması ölçeği, OSA: otizm spektrum anketi BAE: beck anksiyete envanteri, BDE: beck depresyon envanteri, ŞKÖ: şizotipal kişilik ölçeği, YBOCS: yalebrown obsesyon kompulsiyon ölçeği

DEKÖ ahlak boyutu ile ilişkili değişkenleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizi **Tablo 4.7**'de sunulmuştur. Bağımsız değişkenler olarak ŞKÖ 'nün bilişsel algısal boyutu, BDE, BAE,OSA dikkati kaydırabilme ve ayrıntıya dikkat etme alt boyutları ile YBOCS obsesyon ve kompulsiyon skorları kullanılmıştır. VIF değerleri 3'ün altında (1.076-2.130) saptandığı için, değişkenler arasında anlamlı bir çoklu bağıntı olmadığı varsayılmıştır.

DEKÖ 'nün ahlak boyutu ile ŞKÖ'nün bilişsel algısal boyutu (B=0.588 GA=[(0.296)-(0.880)] p=<0.001) ve YBOCS kompulsiyon boyutu (B=1.206 GA=[(0.476)-(1.936)] p=0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. ŞKÖ bilişsel algısal boyutu ve YBOCS kompulsiyon puanlarındaki 1 birimlik artışın ahlak alt boyutu puanını sırasıyla 0.385, 0.316 puan arttırdığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. DEKÖ Olabilirlik Kendisi Boyutu ile İlgili Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	DEKÖ Olabilirlik Kendisi Alt Boyutu						Durbin-Watson
	B	Beta	GA (%95CI)	SE	P	VIF	
ŞKÖ- Bilişsel Algısal	0.138	0.292	0.045 – 0.231	0.047	0.004	1.109	2.375
YBOCS-Obsesyon	0.451	0.376	0.215 – 0.686	0.119	<0.001	1.109	
BAE	0.025	0.102	-0.031- 0.081	0.028	0.374	1.511	
OSA-Dikkati Kaydırabilme	0.142	0.081	- 0.228 - 0.513	0.186	0.446	1.273	
OSA-Ayrıntıya Dikkat Etme	0.256	0.151	-0.85 – 0.597	0.171	0.139	1.167	
OSA-İletişim	0.211	0.120	-0.124 – 0.546	0.168	0.213	1.069	
YBOCS-Kompulsiyon	0.071	0.060	-0.257– 0.399	0.164	0.667	2.211	

DEKÖ: düşünce eylem kaynaşması ölçeği, OSA: otizm spektrum anketi BAE: beck anksiyete envanteri, ŞKÖ: şizotipal kişilik ölçeği, YBOCS: yalebrown obsesyon kompulsiyon ölçeği

DEKÖ olabilirlik kendisi boyutu ile ilişkili değişkenleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizi **Tablo 4.8** 'de sunulmuştur. Bağımsız değişkenler olarak ŞKÖ 'nün bilişsel algısal boyutu, BAE, OSA dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme ve iletişim boyutları ile YBOCS obsesyon ve kompulsiyon skorları kullanılmıştır. VIF değerleri 3'ün altında (1.109- 2.211) saptandığı için, değişkenler arasında anlamlı bir çoklu bağıntı olmadığı varsayılmıştır.

DEKÖ 'nün olabilirlik kendisi boyutu ile ŞKÖ 'nün bilişsel algısal boyutu ($B = 0.138$ $GA=[(0.045)-(0.231)]$ $p=0.004$) ve YBOCS obsesyon puanı ($B=0.451$ $GA=[(0.215)- (0.686)]$ $p=<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bilişsel algısal boyutu ve YBOCS obsesyon puanlarındaki 1 birimlik artışın olabilirlik kendisi puanını sırasıyla 0.292 ve 0.376 puan arttırdığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.9. DEKÖ Olabilirlik Diğerleri Boyutu ile İlgili Değişkenlerin Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	DEKÖ Olabilirlik Diğerleri Alt Boyutu						
	B	Beta	GA (%95CI)	SE	P	VIF	Durbin-Watson
OSA- Ayrıntıya Dikkat Etme	0.504	0.231	0.066 – 0.942	0.220	0.025	1.014	1.905
YBOCS -Obsesyon	0.554	0.359	0.245 – 0.862	0.155	0.001	1.014	
ŞKÖ-Bilişsel Algısal	0.107	0.176	-0.028 – 0.242	0.068	0.120	1.277	
BAE	0.020	0.063	-0.057 – 0.097	0.039	0.608	1.503	
YBOCS-Kompulsiyon	-0.004	-0.003	-0.431 – 0.423	0.214	0.986	1.993	

DEKÖ: düşünce eylem kaynaşması ölçeği, OSA: otizm spektrum anketi BAE: beck anksiyete envanteri, ŞKÖ: şizotipal kişilik ölçeği, YBOCS: yalebrown obsesyon kompulsiyon ölçeği

DEKÖ olabilirlik diğerleri boyutu ile ilişkili değişkenleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizi **Tablo 4.9**'da sunulmuştur. Bağımsız değişkenler olarak ŞKÖ bilişsel algısal boyutu, BAE , OSA ayrıntıya dikkat etme alt boyutu , YBOCS obsesyon ve kompulsiyon puanları kullanılmıştır. VIF değerleri 3'ün altında (1.014 – 1.993) saptandığı için, değişkenler arasında anlamlı bir çoklu bağıntı olmadığı varsayılmıştır.

DEKÖ 'nün olabilirlik diğerleri boyutu ile OSA ayrıntıya dikkat etme alt boyutu ($B=0.504$ $GA=[(0.066)-(0.942)]$ $p=0.025$) ve YBOCS obsesyon boyutu($B=0.554$ $GA=[(0.245)-(0.862)]$ $p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. OSA ayrıntıya dikkat etme boyutu ve YBOCS obsesyon boyutunda 1 birimlik artışın olabilirlik diğerleri puanını sırasıyla 0.231, 0.359 puan arttırdığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.10. Bilişsel Algısal Şizotipik Kişilik Özelliğinin DEKÖ Toplam Skorları ile YBOCS-Obsesyon Skorları Arasındaki İlişkiye Aracılık Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	B	SE		B(%95CI)	P
Step 1 Bağımlı Değişken: Bilişsel Algısal Şizotipi (Mediatör) Prediktör: YBOCS-Obsesyon	0.796	0.268		0.263-1.329	0.004
Step 2 Bağımlı Değişken: DEKÖ Toplam Prediktör: Bilişsel Algısal Şizotipi (Mediatör)	1.115	0.237		0.643-1.586	P<0.001
Step 3 Bağımlı Değişken: DEKÖ-Toplam Prediktör: YBOCS-Obsesyon	2.778	0.605		1.575-3.981	P<0.001
Step 4 Bağımlı Değişken: DEKÖ-Toplam Mediatör: Bilişsel Algısal Şizotipi Prediktör: YBOCS-Obsesyon	0.856 2.096	0.242 0.673	Bias -0.003 0.003	0.359 – 1.321 0.714 – 3.437	0.001 0.003

DEKÖ: düşünce eylem kaynaşması ölçeği, YBOCS: yalebrown obsesyon kompulsiyon ölçeği

Bilişsel algısal şizotipik kişilik özelliklerinin DEKÖ toplam skorları ile YBOCS obsesyon skorları arasındaki ilişki üzerindeki aracılık etkisini değerlendirmek amacıyla 5000 örneklemlili bootstrap yöntemiyle mediasyon analizi uygulanmıştır. Analize, DEKÖ toplam bağımlı değişken, bilişsel algısal şizotipi mediatör, YBOCS obsesyon puanı bağımsız değişken olarak eklenmiştir.

1. Adım: Bilişsel algısal şizotipi skorları YBOCS obsesyon puanını anlamlı düzeyde yordamaktadır.(B = 0.796 , %GA (0.263- 1.329) , p=0.004)

2. Adım: Bilişsel algısal şizotipi skorları DEKÖ toplam skorlarını önemli ölçüde yordamaktadır. (B =1.115 , %GA (0.643-1.586 , p<0.001)

3. Adım: YBOCS obsesyon puanı skorları , DEKÖ toplam puanını önemli ölçüde yordamaktadır. ($B = 2.778$, %GA (1.575- 3.981 , $p < 0.001$)

4. Adım: Bilişsel algısal şizotipi skorlarının DEKÖ toplam puanı üzerinde kısmi mediatör etkisinin ise YBOCS obsesyon varlığında 5000 örnekleme yapılan bootstrap analizinde de devam ettiği saptanmıştır. ($B = 0.856$, %GA [(0.359) - (1.321)] , Bias = - 0.003 , $p = 0.001$).

Bu sonuçlara göre, DEKÖ toplam skorları ile YBOCS obsesyon skorları arasındaki ilişkiye bilişsel algısal şizotipi skorlarının kısmi aracı etkisinin olduğu; YBOCS obsesyon skorundaki 1 birimlik artışın DEKÖ toplam skorunu 2.096 puan arttırdığı ve bilişsel algısal şizotipi skorundaki 1 birimlik artışın ise DEKÖ toplam skorunu 0.856 puan arttırdığı tespit edilmiştir.

Dolayısıyla YBOCS obsesyon puanının DEKÖ toplam skorları üzerindeki etkisinin dolaylı olduğu, bu etkinin kısmen bilişsel algısal şizotipi aracılığıyla gerçekleştiği düşünülmüştür.

Tablo 4.11. Bilişsel Algısal Şizotipik Kişilik Özelliğinin DEKÖ Ahlak Skorları ile YBOCS-Kompulsiyon Skorları Arasındaki İlişkiye Aracılık Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	B	SE		B(%95CI)	P
Step 1 Bağımlı Değişken: Bilişsel Algısal Şizotipi (Mediatör)	0.666	0.268		0.133-1.198	0.015
Prediktör: YBOCS-Kompulsiyon					
Step 2 Bağımlı Değişken: DEKÖ-Ahlak	0.716	0.150		0.418-1.014	$P < 0.001$
Prediktör: BilişselAlgısalŞizotipi (Mediatör)					
Step 3 Bağımlı Değişken: DEKÖ-Ahlak					
Prediktör: YBOCS-Kompulsiyon	1.597	0.385		0.831-2.363	$P < 0.001$

Tablo 4.11. Bilişsel Algısal Şizotipik Kişilik Özelliğinin DEKÖ Ahlak Skorları ile YBOCS-Kompulsiyon Skorları Arasındaki İlişkiye Aracılık Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi (Devamı)

	B	SE		B(%95CI)	P
Step 4			Bias		
Bağımlı Değişken: DEKÖ-Ahlak					
Mediatör: Bilişsel Algısal Şizotipi	0.588	0.151	0.001	0.289-0.880	<0.001
Prediktör: YBOCS-Kompulsiyon	1.206	0.387	-0.010	0.457 – 1.939	0.002

DEKÖ: düşünce eylem kaynaşması ölçeği, YBOCS: yalebrown obsesyon kompulsiyon ölçeği

Bilişsel algısal şizotipik kişilik özelliklerinin DEKÖ ahlak skorları ile YBOCS kompulsiyon skorları arasındaki ilişki üzerindeki aracılık etkisini değerlendirmek amacıyla 5000 örneklemlili bootstrap yöntemiyle mediasyon analizi uygulanmıştır. Analize, DEKÖ ahlak bağımlı değişken, bilişsel algısal şizotipi mediatör , YBOCS kompulsiyon puanı bağımsız değişken olarak eklenmiştir.

1. Adım: Bilişsel algısal şizotipi skorları YBOCS kompulsiyon puanını anlamlı düzeyde yordamaktadır. (B = 0.666 , %GA (0.133- 1.198) , p=0.015)

2. Adım: Bilişsel algısal şizotipi skorları DEKÖ ahlak skorlarını önemli ölçüde yordamaktadır. (B = 0.716 , %GA (0.418-1.014 , p<0.001)

3. Adım: YBOCS kompulsiyon puanı skorları , DEKÖ ahlak skorlarını önemli ölçüde yordamaktadır. (B = 1.597, %GA (0.831- 2.363 , p<0.001)

4. Adım: Bilişsel algısal şizotipi skorlarının DEKÖ ahlak puanı üzerinde kısmi mediatör etkisinin ise YBOCS kompulsiyon puanı varlığında 5000 örneklemlili yapılan bootstrap analizinde de devam ettiği saptanmıştır. (B = 0.588 , %GA [(0.289) - (0.880)] , Bias = 0.001 , p = <0.001).

Bu sonuçlara göre, DEKÖ ahlak skorları ile YBOCS kompulsiyon skorları arasındaki ilişkiye bilişsel algısal şizotipi skorlarının kısmi aracı etkisinin olduğu ; YBOCS kompulsiyon skorundaki 1 birimlik artışın DEKÖ ahlak skorunu 1.206 puan arttırdığı ve

bilişsel algısal şizotipi skorundaki 1 birimlik artışın ise DEKÖ ahlak skorunu 0.588 puan arttırdığı tespit edilmiştir.

Dolayısıyla YBOCS kompulsiyon puanının DEKÖ ahlak skorları üzerindeki etkisinin dolaylı olduğu, bu etkinin kısmen bilişsel algısal şizotipi aracılığıyla gerçekleştiği düşünülmüştür.

Tablo 4.12. Bilişsel Algısal Şizotipik Kişilik Özelliğinin DEKÖ Olabilirlik Kendisi Skorları ile YBOCS-Obsesyon Skorları Arasındaki İlişkiye Aracılık Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	B	SE		B(%95CI)	P
Step 1 Bağımlı Değişken : Bilişsel Algısal Şizotipi(Mediatör)	0.796	0.268		0.263-1.329	0.004
Prediktör : YBOCS-Obsesyon					
Step 2 Bağımlı Değişken: DEKÖ- Olabilirlik Kendisi	0.193	0.048		0.098-0.289	P<0.001
Prediktör: Bilişsel Algısal Şizotipi (Mediatör)					
Step 3 Bağımlı Değişken : DEKÖ-Olabilirlik Kendisi					
Prediktör: YBOCS-Obsesyon	0.560	0.118		0.326-0.795	P<0.001
Step 4 Bağımlı Değişken : DEKÖ -Olabilirlik Kendisi			Bias		
Mediatör : Bilişsel Algısal Şizotipi	0.138	0.050	-0.001	0.036-0.233	0.007
Prediktör: YBOCS-Obsesyon	0.451	0.128	0.001	0.202- 0.699	0.001

DEKÖ: düşünce eylem kaynaşması ölçeği, YBOCS: yalebrown obsesyon kompulsiyon ölçeği

Bilişsel algısal şizotipik kişilik özelliklerinin DEKÖ olabilirlik kendisi skorları ile YBOCS obsesyon skorları arasındaki ilişki üzerindeki aracılık etkisini değerlendirmek

amacıyla 5000 örneklemlili bootstrap yöntemiyle mediasyon analizi uygulanmıştır. Analize, DEKÖ olabilirlik kendisi boyutu bağımlı değişken, bilişsel algısal şizotipi mediatör, YBOCS obsesyon puanı bağımsız değişken olarak eklenmiştir.

1. Adım: Bilişsel algısal şizotipi skorları YBOCS obsesyon puanını anlamlı düzeyde yordamaktadır. ($B = 0.796$, %GA (0.263- 1.329) , $p=0.004$)

2. Adım: Bilişsel algısal şizotipi skorları DEKÖ olabilirlik kendisi skorlarını önemli ölçüde yordamaktadır. ($B = 0.193$, %GA (0.098-0.289 , $p<0.001$)

3. Adı: YBOCS obsesyon puanı skorları , DEKÖ olabilirlik kendisi skorlarını önemli ölçüde yordamaktadır. ($B = 0.560$, %GA (0.326 – 0.795 , $p<0.001$)

4. Adım: Bilişsel algısal şizotipi skorlarının DEKÖ olabilirlik kendisi puanı üzerinde kısmi mediatör etkisinin ise YBOCS obsesyon puanı varlığında 5000 örneklemlili yapılan bootstrap analizinde de devam ettiği saptanmıştır. ($B = 0.138$, %GA [(0.036) - (0.233)] , Bias = -0.001 , $p = 0.007$).

Bu sonuçlara göre, DEKÖ olabilirlik kendisi skorları ile YBOCS obsesyon skorları arasındaki ilişkiye bilişsel algısal şizotipi skorlarının kısmi aracı etkisinin olduğu; YBOCS obsesyon skorundaki 1 birimlik artışın DEKÖ olabilirlik kendisi skorunu 0.451 puan arttırdığı ve bilişsel algısal şizotipi skorundaki 1 birimlik artışın ise DEKÖ olabilirlik kendisi skorunu 0.138 puan arttırdığı tespit edilmiştir.

Dolayısıyla YBOCS obsesyon puanının DEKÖ olabilirlik kendisi skorları üzerindeki etkisinin dolaylı olduğu, bu etkinin kısmen bilişsel algısal şizotipi aracılığıyla gerçekleştiği düşünülmüştür.

Tablo 4.13. OSA Ayrıntıya Dikkat Etme Boyutunun DEKÖ Olabilirlik Diğerleri Skorları ile YBOCS-Obsesyon Skorları Arasındaki İlişkiye Aracılık Etkisinin Bootstrap Mediasyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	B	SE		B(%95CI)	P
Step 1 Bağımlı Değişken: OSA Ayrıntıya Dikkat Etme (Mediatör)	0,082	0,078		-0,073 – 0,236	0,296
Prediktör : YBOCS Obsesyon Puanı					

OSA: otizm spektrum anketi, YBOCS :yalebrown obsesyon kompulsiyon ölçeği

OSA ayrıntıya dikkat etme skorlarının DEKÖ olabilirlik diğerleri skorları ile YBOCS obsesyon skorları arasındaki ilişki üzerindeki aracılık etkisini değerlendirmek amacıyla 5000 örneklemlili bootstrap yöntemiyle mediasyon analizi uygulanmıştır. Bu analizde DEKÖ olabilirlik diğerleri için 1. adımda bağımsız değişken olan YBOCS obsesyon skorunun mediatörü predikte etmediği anlaşıldığından ileri analizlere devam edilmedi. Bu durumda DEKÖ olabilirlik diğerleri boyutunun bağımsız olarak OSA ayrıntıya dikkat etme ve YBOCS obsesyon puanına ayrı ayrı etkisi olduğu sonucuna varıldı.

5. TARTIŞMA

5.1. Çalışmaya Katılan Grubun Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Bu çalışma, OKB’de DEK, şizotipal kişilik özellikleri ve otistik özellikler arasındaki ilişkileri değerlendirmeyi amaçlayan kesitsel bir araştırmadır. Bildiğimiz kadarıyla, literatür içerisinde bu kavramlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Araştırmamızı yürütürken temel sorularımız zemininde kurduğumuz hipotezlerimiz; OKB tanılı hastalardaki şizotipi ve otistik özelliklerin DEK üzerine doğrudan etkili olduğu ve DEK ile şizotipi arasındaki ilişkiye otistik özelliklerin aracılık ettiği.

Bu amaçla yola çıkılarak psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran veya serviste yatarak tedavi gören, OKB tanılı ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş hastalar; DEK, şizotipal kişilik özellikleri ve otistik özellikler açısından ilgili ölçekler ile değerlendirilmiştir. OKB tanı ölçütlerini karşılayan, YBOCS skoru ≥ 16 olan hastalara Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği, Otizm Spektrum Anketi, Şizotipal Kişilik Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri uygulanmıştır.

Bulgularımızın doğrultusunda çalışmamızın 2. hipotezinin doğrulanmadığını korelasyon ve regresyon analizlerinde gördük. Ancak bu analizler sırasında DEK ve alt boyutları ile bir takım ilişkiler saptayarak bu değişkenler arası aracılık etkisini inceledik.

Araştırmamıza OKB tanılı 83 kişi dahil edilmiştir. Örneklemimizin 58’i (%69.9) kadın, 25’i erkektir (%30.1). Literatür incelendiğinde OKB hastalarında cinsiyet dağılımı açısından farklı veriler bulunmaktadır. Bazı çalışmalar cinsiyetler arası benzer dağılım oranları olduğunu gösterirken [301–303] ; bazı çalışmalar hastalığın kadınlarda [304][49] veya erkeklerde [305] daha sık görüldüğünü bildirmiştir. Yedi adet uluslararası epidemiyolojik araştırmanın sonuçları, OKB’ nin yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %0.9 ile %3.4 arasında, erkeklerde ise %0.5 ile %2.5 arasında olduğunu ve bu sonuçlara göre kadın /erkek oranının 0.8 ile 3.8 arasında değiştiğini belirtmiştir [48] .Çalışmamızda da bu sonuca uygun olarak kadın/erkek oranı 2.32 olarak bulunmuştur. Erkek hastalarda damgalanma korkusu, ruhsal rahatsızlıklara karşı önyargı, tutum vb. sebepler nedeniyle daha az tıbbi yardım arayışı bu farklılığa katkı sağlıyor olabilir.

Literatür incelendiğinde OKB'nin genellikle erken erişkin çağda başladığı ve ortalama başlangıç yaşının 20'li yaşların başı olduğu görülmektedir [307,41]. 3-4 yaş kadar küçük çocuklardan [309,310] 70 yaş üstü gruba kadar geniş yaş grubunu [311] etkileyebilen OKB'nin görülme sıklığı; ergenlik öncesi (ortalama başlangıç 11 yıl) ve erken yetişkinlik döneminde (ortalama başlangıç 23 yıl) daha yüksek bulunmuştur [40,45] . Çalışmamızda katılımcıların ortalama hastalık başlangıç yaşı literatür ile uyumlu olarak 20.4 ± 8.7 olarak bulunmuştur.

OKB medeni durum ilişkisi açısından ilgili literatür incelendiğinde hastalığın bekarlarda görülme oranının evlilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir[314].Yapılan bir araştırmada uyumsuzluk, sadakatsizlik ve içki ya da uyuşturucu kullanımı en sık görülen boşanma nedenleri olarak tanımlanırken; OKB semptomlarının da evlilikte sıkıntının artmasına katkıda bulunabildiği bildirilmiştir [315] .Ayrıca semptomlara istifçilik vb. durumların eşlik etmesi evli kalamama ile ilişkilendirilirken [316] ; kirlenme, kutsala saygısızlık veya zarar görme korkularının ise cinsel temastan kaçınmaya neden olabileceği ve böylece yakın ilişkilerin kalitesini etkileyebileceği belirtilmiştir[317] .Literatüre uyumlu olarak hastalarımızın 46'sının (%55.4) bekar, 35 'inin (%42.2) evli ve 2 'sinin dul/ayrı/boşanmış olduğu görülmüştür.

Literatür incelendiğinde, OKB ve diğer psikiyatrik bozuklukların yaygın birliktelik gösterdiği görülebilmektedir. Bu alanda Hindistan'da yapılan bir çalışma en az bir başka psikiyatrik bozukluğun komorbidite oranını % 65 [318] , Türkiye'de bir çalışma %69 [319], Brezilya'da bir çalışma ise %92 [320] saptamıştır. Çoğu araştırmada anksiyete ve duygudurum bozuklukları (özellikle majör depresif bozukluk) OKB'de en yaygın komorbid durumlar olarak ortaya çıkmaktadır[38][321][322] . Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak katılımcıların %55.4'ünde komorbid en az bir eksen I tanısı mevcut olduğu görülmüştür ve en sık görülen eş tanılar sırasıyla unipolar depresyon (%30.1) ve anksiyete (%24 .1) bozukluklarıdır.

Literatüre bakıldığında birinci derece akrabalarda majör psikiyatrik hastalık oranları ve ailesel geçiş ile alakalı heterojen ve tutarsız veriler olsa da ; yapılan çoğu aile çalışması birinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü için %5 ile %22 arasında değişen bir oran vermektedir [323–325]. OKB'li birçok kişinin semptomlarının şiddetine rağmen farklı sebeplerden dolayı profesyonel yardım almaktan kaçındığı ve bu nedenle, mevcut aile

alışmalarından elde edilen sonuçların heterojen olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda 36 (%43.4) hastanın birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır. Sonucumuzun literatürdeki çoğu çalışmadan daha yüksek olmasına psikiyatrik hastalıklar ile alakalı bilinçli çevrenin, kişiye tedaviye başvurmak için desteklemesi katkı sağlamış olabilir.

Literatür incelendiğinde diğer ruhsal hastalıklarla karşılaştırıldığında, OKB için hastaneye yatış oranının genel olarak daha düşük olduğu görülmektedir. OKB'li hastaların yaklaşık %25'i hayatlarının bir döneminde hastaneye yatırılmıştır[326]. Çalışmamızda ise hastaların 14 'ünün (%16.9) hastane yatış öyküsü bulunmaktadır. Çalışmadaki yüz yüze görüşme ve anketleri uygun bir şekilde tamamlayabilmek için işlevselliğin iyi olması gerekmekte olup şiddetli OKB' nin daha düşük işlevsellik ile ilişkisi bilinmektedir. Bu durum çalışmaya dahil edilen katılımcılarda ayaktan tedavinin daha fazla olmasına, örneklemenin genel popülasyonu yansıtmamasına ve literatüre göre daha düşük hastane yatışı görülmesine katkı sağlamış olabilir.

OKB işsizlik, iş kaybı ve üretkenliğin azalmasına sebep olabilmektedir. İsveç ulusal anket verileri, OKB'li hastaların %11'inin uzun süredir işsiz olduğunu (yilda ≥ 180 gün), OKB'li Asyalı hastaların 1 yilda ortalama 25,4 gün işsiz kaldığını göstermektedir[327,328]. Bizim alışmamızda hastaların büyük çoğunluğu ğrenci (%34.9) ve çalışanlardan (%32.5) oluşmaktadır. Bu sonuç literatür ile ters düşüyor gibi görünse de niversite ğrencilerinin ve kampüste çalışan kesimin daha kolay başvurabilmesi sebebiyle bulgumuz genel örneklemini yansıtmıyor olabilir.

Literatür incelemeleri, OKB ile intihar düşüncesi ve girişimleri arasında tutarlı bir ilişki olduğunu göstermektedir [329,330]. Bu bulguları özetleyen, yakın tarihli bir meta-analiz, OKB'si olan hastaların %10'undan fazlasının intihar girişiminde bulunduğunu ve hastaların yaklaşık %50'sinin intihar düşünceleri bildirdiğini göstermektedir.[331] çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak hastaların %16.9'unda yaşam boyu intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır.

5.2. Çalışmaya Katılan Grupta DEK ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerin Yorumlanması

DEK ile BAE, BDE arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Literatür incelendiğinde sonucumuza benzer şekilde DEK ile unipolar depresyon [332,333] ve anksiyete bozukluklarının pozitif ilişkili olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. MDB hastaları depresyonun doğası gereği olumsuz ve suçlayıcı; anksiyete hastaları ise endişe verici düşüncelere sahiptir ve bu durum davranışlarına da yansiyarak DEK'e aracılık edebilmektedir[334]. Bir çalışma da yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan hastaların, endişelerinin dünyadaki olayları etkileyebileceğine inandıkları gösterilmiştir[335]. Rassin ve arkadaşları OKB hastaları ile diğer anksiyete bozuklukları (örneğin panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal fobi) olan hastaları karşılaştırdıkları iki çalışmada, her iki grupta benzer DEK puanları bulmuşlardır[336,337].

Literatür incelendiğinde şizotipik kişilik özelliği ile DEK arasında pozitif ilişki olduğu görülmektedir [338]. Ancak DEK ve şizotipi arasındaki bağlantıyı hayal gücü ve büyüsel düşünmesi yüksek, fantaziye yatkın bireylerin olağandışı deneyimleri bildirme eğilimlerinin yan ürünü olarak değerlendiren yayınlar da mevcuttur [272]. DEK'in büyüsel düşüncenin özel bir formu olabileceği hipotezi [5] bu düşüncüyü destekler niteliktedir ve bu alanda ülkemizde de yapılan çeşitli araştırmalar mevcuttur.[340]. 2011 yılında Yorulmaz ve ark. çalışmalarında obsesyonlar ile büyülmü inançların ilişkili olduğundan bahsedilerek; büyülmü inançların, obsesyonel düşüncelerin ve kontrol etme davranışlarının üzerinde anlamlı düzeyde etkili olabileceği belirtilmiştir[341].

DEK olabilirlik boyutu, düşüncelerin olaylara sebep olduğu veya olayların gerçekleşme olasılığını artırdığı şeklinde tanımlanarak büyüsel düşünmenin özel bir türü olabilir. DEK ahlak boyutu ise büyüsel düşünceyle yakından ilişkili olmayabilir çünkü mantıksız bir nedensellik çıkarımı yapılmamakta, bunun yerine belirli bir düşünceye sahip olmaya aşırı bir kişisel alaka duygusu atfedilmektedir [222]. Bu durumu destekler şekilde, Lee ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı bir çalışmada DEK olabilirlik boyutunun şizotipal özelliklerle ilişkisinin DEK ahlak boyutuna kıyasla daha güçlü olduğu bulunmuştur (olabilirlik için $r=0.37$, ahlak için $r=0.07$).[343] Bu durumu araştırmacılar DEK ahlak boyutunun dindarlık gibi yapılarla daha ilişkili olması ile açıklamıştır [344].

Bizim çalışmamızda da DEK toplam ve ahlak boyutu ile ŞK her üç boyutu arasında pozitif ilişki saptanmıştır. DEK olabilirlik kendisi ve diğerleri ile ŞK toplam, dezorganize, bilişsel algısal boyutları arasında da anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca DEK boyutları arası şizotipal kişilik özelliği ile bağlantı açısından da anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durum literatür ile çelişiyor gibi görünse de batıl inanç, büyüsel düşünce ve dindarlık kavramları sonuçlar açısından karıştırıcı faktörler olmuş olabilir. Bulgularımızın gelecek çalışmalar ile desteklenmesini umarak bu alanda ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Literatür incelendiğinde otizm kavramı açıklanırken sosyo-iletişimsel zorluklara, tekrarlayan davranış kalıplarına ve kısıtlı ilgi alanlarına odaklanıldığı[1,345] ; baskın teorik modellerin ve ardından gelen ampirik araştırmaların, otistik deneyimlerin doğasından çok kalıplaşmış toplumsal otizm anlayışlarını merkez aldığı görülmektedir [346] . Zayıf merkezi uyum (the weak central coherence) [347] ,zihin körlüğü (mindblindness)[348] ve empati kurma-sistemleştirme (empathising-systemising theories)[349,350] teorileri bu duruma örnek gösterilebilir. Biz de mevcut bulgularımız doğrultusunda DEK toplam ve ahlak boyutu ile OSA toplam, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme boyutları arasında; DEK olabilirlik kendisi ile OSA toplam, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim boyutları arasında ve DEK olabilirlik diğerleri ile OSA ayrıntıya dikkat etme boyutu arasında pozitif ilişki olabileceğini düşündük ancak bu hipotezimizin araştırılması açısından yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Literatür incelendiğinde DEK'in OKB'nin merkezi bir özelliği olan istenmeyen, müdahaleci düşüncelerle ilgili bir bilişsel yapı ve bireylerin takıntılı düşüncelerinin varlığının olayların gerçek oluşumunu etkileyebileceğine inandıkları bir olgu olduğundan bahsedilmektedir [6] .OKB ile DEK ilişkisini inceleyen birçok çalışma aralarında güçlü bir korelasyon olduğunu ortaya koymaktadır [75,244,246,334] Çalışmamızda mevcut literatür ile uyumlu olarak DEK ile YBOCS toplam, obsesyon ve kompulsiyon boyutları arasında pozitif ilişkiler saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde DEK ahlak boyutu ile anksiyete ilişkisi açısından farklı görüşler dikkat çekmektedir. Abramowitz ve ark. OKB, anksiyete bozukluğu ve depresyon tanımlı gruplar ile yaptığı çalışmada DEK ahlak boyutu açısından fark bulamamıştır [334] . Stevens ve ark. yaptıkları çalışmada endişe ile DEK ahlak boyutu arasında bir ilişki bulunmamıştır. Yazarlar bu durumun, patolojik endişenin meta-bilişsel teorileriyle

[352,353]tutarlı olduğunu belirtmiş ve endişelerin daha egosintonik, gerçekçi ve istemli olarak nitelendirildiği [354,355]ve dolayısıyla birey tarafından ahlaka aykırı olarak değerlendirilme olasılığının daha düşük olması ile açıklamıştır. Bununla birlikte, başka araştırmalarda da ahlak alt boyutu ile kaygı arasında önemli korelasyonlar bildirilmiştir [336] [356] .Bizim çalışmamızda ise DEK ahlak boyutuyla BAE arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Bulduğumuz sonucun kişinin ahlak anlayışına aykırı düşüncelere sahip olmasının ahlak dışı davranış (örneğin şiddet uygulamak) kadar kötü olduğuna inanması halinde yaşayabileceği endişe verici his ile alakalı olabileceği düşünülmüştür.

Literatür incelendiğinde DEK ahlak boyutu ile depresyonun ilişkili olduğu görülmektedir [334,357]. Çalışmamızda DEK ahlak boyutu ile BDE arasında anlamlı pozitif ilişkiler saptanmıştır ve bu sonuç önceki araştırmalarla da tutarlıdır [336] [357].Mevcut korelasyon sonucumuz DEK ahlak boyutu ile depresif semptomların altında yatan bilişsel süreçler arasında benzer bir ilişki olduğunu düşündürebilir.Örnek vermek gerekirse; DEKÖ ahlak alt ölçeği maddesi olan “Bir arkadaşım hakkında kötü düşündüğümde, bu neredeyse kaba bir davranışta bulunmak kadar sadakatsizdir” ifadesi, insanların suçlu olmadıkları olumsuz olaylardan kendilerini sorumlu tuttukları bilişsel çarpıtmalarını yansıtmaktadır.

Literatür gözden geçirildiğinde Shafran ve Rachman (2004), DEK olabilirlik boyutu ile obsesif kompulsif semptomlar arasındaki ilişkilerin çalışmalar arasında tutarlılık gösterdiği; ancak ahlak boyutu ile böyle bir ilişki saptanamadığı sonucuna varılmıştır. Yazarlar mevcut durumun DEK ahlak boyutu ile dindarlık kavramlarının bazı yönlerden örtüşmesinden kaynaklanabileceğini düşünmüştür [358]. Bu düşüncüyü destekler şekilde Nelson ve arkadaşları (2006) ile Rassin ve Koster (2003)’ de ahlak boyutu ve dine katılım derecesi arasında pozitif bir korelasyon olduğunu belirtmiştir [359] .2004 yılında yapılan bir çalışmada Müslüman bir örnekleme, OKB semptomlarında DEK ahlak boyutunun belirgin etkisini vurgulamıştır [299]. Başka bir çalışmada (2007) dindarlığın Hristiyanlar arasında DEK ahlak boyutu ile ilişkili olduğu saptanmıştır [361] .

Bizim çalışmamızda DEK’in her üç boyutu ile YBOCS toplam puanı, obsesyon ve kompulsiyon alt puanları arasında da pozitif düzeyde ilişki saptanmış ve olabilirlik, ahlak boyutları açısından belirgin farklılık bulunmamıştır. Örnekleminizin Müslüman olması, literatür içerisindeki farklı dinlerdeki hastalar ile yapılan çalışmalarla bulgularımız

arasındaki farklılığı dindarlık kavramı üzerinden açıklamaya katkı sağlayabilir. Ayrıca dinsel veya ahlaki konulardaki obsesyonlar karıştırıcı olmuş olabilir.

5.3. Otizm ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerin Yorumlanması

Şizotipal ve otistik özellikler yüz ifadelerini, bedensel ipuçlarını anlamakta zorlanma [362–364] ,azalan duyu algısı vb. sosyal işlev bozuklukları [364], iletişim becerilerinde azalma [365]ve zihin kuramı eksiklikleri [366] gibi ortak özellikler taşımakta olup; bu iki kavramın ilişkisinin ilgi çekici olduğu düşünülmüştür.

Literatür incelendiğinde otistik ve şizotipal özellikler arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar mevcuttur. Çoğu çalışma otistik ve pozitif şizotipal özellikler arasında zayıf [367,368] veya güçlü[369,370][371] pozitif ilişkiler olduğunu göstermekteyken; bazı çalışmalarda anlamlı ilişki saptanamamıştır[372,373]. Bazı araştırmalar da otistik ve şizotipal özellikler arasında karşıt bilişsel ve davranışsal modeller olduğunu[369] [368] veya bu iki kavramın negatif ilişkili olduğunu savunmuşlardır [374,375] .

Crespi ve Badcock otizm ve şizotipiye bir sosyal biliş ekseninin zıt uçları olarak değerlendiren ' çapsal bozukluklar' hipotezini ileri sürerek; otizm spektrumunda az gelişmiş sosyal biliş, şizofreni spektrumunda paranoya gibi aşırı gelişmiş sosyal biliş olduğunu ileri sürmüşlerdir[376]. Literatür bu iki kavramın boyutları açısından derinlemesine incelendiğinde, dezorganize şizotipi ile otizm sosyal beceri ve iletişim boyutları arasında pozitif ilişkiler;[374,377] otizm sosyal beceri boyutu ile kişiler arası şizotipi arasında da güçlü pozitif ilişkiler saptanmıştır [370].

Bizim çalışmamızda OSA toplam, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme ve iletişim boyutları ile ŞKÖ toplam ve dezorganize , bilişsel algısal boyutları arasında zayıf pozitif ilişki saptanmıştır. Ayrıca ŞKÖ kişiler arası boyutu ile OSA toplam puanı ve iletişim boyutu arasında orta düzeyde pozitif ilişki; sosyal beceri, dikkati kaydırabilme ve ayrıntıya dikkat etme boyutları arasında da zayıf düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır. Otizm ile şizotipinin iletişimde kısıtlılık, ifade zorlukları [378,379], sosyal geri çekilme, duygulanımda azalma vb. ortak sorunları sonucumuza katkı sağlamış olabilir [380]. Bu alanda gelecekte daha fazla çalışma yapılmasını umuyoruz.

Otizimli bireylerin yaklaşık yarısının yaşamları boyunca en az bir kere anksiyete bozukluğu yaşadıkları tahmin edilmektedir. Anksiyete, bu popülasyonun yaşamakta olduğu sosyal işlevsellikle ilgili zorlukları artırmakta ve yaşam kalitesini de azaltmaktadır [381,382]. Ayrıca, literatürde otizimli bireylerin anksiyete ilaç tedavilerine yanıt verme oranının daha düşük olduğunu gösteren yayınlar da mevcuttur [383,384]. Örneğin, çocuklarda ve yetişkinlerde anksiyete bozukluğunun oranı değerlendirilen meta-analizler, OSB'li çocukların %40'ında [385] ve yetişkin bireylerin ise %42'sinde yaşam boyu bir anksiyete bozukluğu olduğunu bildirmiştir [386]. Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak BAE ile OSA toplam ve dikkati kaydırabilme boyutları pozitif ilişkili saptanmıştır.

Unipolar depresyon otizimli kişilerde en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar arasında olup [387,388] ;son yapılan çalışmalar komorbidite yaygınlığının %40,2'lerde olduğunu ortaya koymaktadır [389,390] Ayrıca depresyon öyküsü olan yetişkinlerde, sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla otistik özellik bildiren çalışmalar da (sırasıyla %31 ve %2,6) mevcuttur [391] . Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak BDE ile OSA toplam ve sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme boyutları arasında zayıf; iletişim boyutu ile orta düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır.

5.4. Şizotipallik ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerin Yorumlanması

Literatür incelendiğinde şizotipallik boyut özelliklerin tümünün kaygı ile ilişkisi olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur [392]. Çalışmalarda sosyal kaygılar, tuhaf veya eksantrik davranışlar, yakın arkadaş yokluğu, tuhaf konuşma şüphecilik özellikleri daha fazla olmak üzere ; referans fikirler, olağan dışı algısal deneyimler gibi şizotipallik boyutlarının anksiyete ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir [393–395]. Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak BAE ile ŞKÖ ve her üç boyutu arasında orta düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde birçok çalışmada obsesif kompulsif ve şizotipal belirtilerin örtüştüğü görülmektedir [396] [397]. Sobin ve ark. 119 OKB hastası ile yaptığı araştırmada örneklemin yaklaşık yarısının orta derecede şizotipal semptomlara sahip olduğunu ve şizotipal özellikli OKB hastalarında hastalığın daha erken başladığını, daha fazla komorbid durum, daha yüksek öğrenme güçlüğü oranları, daha şiddetli agresif ve somatik

obsesyonlar ve sayma kompulsiyonları olduğunu bildirmiştir [398]. Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu şekilde ŞKÖ toplam ve her üç boyutu ile YBOCS toplam, obsesyon ve kompulsiyon arasında zayıf düzeyde pozitif ilişki saptanmıştır.

Çalışmamızda literatürdeki çoğu yayın ile benzer şekilde BDE ile ŞK ve her üç boyutu arasında güçlü pozitif ilişki bulunmuştur [399–402] Şizotipi, çok boyutlu bir kavram olup [403], pozitif şizotipi algısal sapmalar, paranormal inançlar, ve referansiyel düşünceleri [404] ;negatif şizotipi ise fiziksel ve sosyal aktivitelerden zevk almamayı ve sosyal geri çekilmeyi içerir.Yüksek pozitif şizotipal özellikler depresyondaki olumsuz üstbilişsel inançlarla bağlantılıdır [399] .Ayrıca literatüre bakıldığında depresyon, pozitif veya negatif şizotipiye kıyasla dezorganize şizotipi ile daha bağlantılı görünmektedir[400]. Dezorganize şizotipinin "kafa karışıklığına bağlı sinirlilik" içermesi[405] , anksiyeteye çökkün ruh halinin çoğu zaman eşlik etmesi[401] saldırganlıkla ilişkili olması [402] gibi durumlar bu hipotezi destekler niteliktedir. Ayrıca ödül ve/veya cezalara duyarlı olmaktan kaynaklanan sosyal kaygı, şizotipinin depresyon ve saldırganlıkla ilişkisine aracılık edebilir [406].

5.5. Çalışmaya Katılan Grupta DEK ile Bazı Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerin İleri Analizlerinin Yorumlanması

DEK ile ilişkili değişkenler (ŞKÖ bilişsel algısal boyutu, BDE, BAE, OSA dikkati kaydırabilme ve ayrıntıya dikkat etme boyutları ve YBOCS obsesyon ve kompulsiyon) lineer regresyon analizi ile hesaplandığında ŞK bilişsel algısal boyutu ve YBOCS obsesyon puanı ile ilişkili olduğu görülmüştür, diğer değişkenler ile olan ilişki anlamını kaybetmiştir. Literatür incelendiğinde Coles ve ark. üniversite öğrencilerinde obsesif özellikler, patolojik endişe ve DEK ilişkisi üzerine yaptığı bir çalışmada obsesif özellikler ve DEK toplam şiddeti ile her üç alt boyutu arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve endişenin etkileri kontrol edildikten sonra da obsesif özellikleri ile DEK ve her alt boyutunun ilişkili olduğu gösterilmiştir [407].

Obsesif düşüncelerin DEK üzerindeki etkisinin doğrudan mı yoksa bilişsel algısal şizotipi boyutu aracılığıyla mı olduğu ilgi çekici bir konu olarak düşünülmüştür. Bu amaçla yapılan mediasyon analizinde bilişsel algısal şizotipi boyutunun YBOCS obsesyon skorlarının DEK toplam üzerindeki pozitif etkisine kısmen aracılık ettiği, bu etkinin 5000

örnekleme yapılan bootstrap analizinde de devam ettiği saptanmıştır. Çalışmamızda bu ileri analiz sonucundan yola çıkılarak; obsesyon puanının bu etkisinin doğrudan olamayacağı, bilişsel algısal şizotipi boyutunun bu ilişkiye kısmen aracılık edebileceği düşünülmüştür. Bu konuda ileride yapılacak güçlü araştırmalara ihtiyaç vardır.

DEK ahlak boyutu ile ilişkili bağımsız değişkenler (ŞKÖ bilişsel algısal boyutu, BDE, BAE, OSA dikkati kaydırabilme ve ayrıntıya dikkat etme boyutları ile YBOCS obsesyon ve kompulsiyon skorları) lineer regresyon analizi ile hesaplandığında sadece ŞK bilişsel algısal boyutu ve YBOCS kompulsiyon boyutu ile ilişkili olduğu görülmüştür, diğer değişkenler ile olan ilişki anlamını kaybetmiştir.

Genel olarak, DEK olabilirlik boyutu tutarlı biçimde OKB semptomlarıyla ilişkilendirilirken, çalışmalar ahlak boyutu için değişkenlik göstermektedir[351]. Ahlak alt boyutunun dini veya ahlaki korkularla alakalı OKB'si olan bireylerde daha sık olabileceği belirtilmiştir [351,408]. DEK ahlak boyutu ve OKB belirtileri arasındaki ilişkiler, takıntılı ve ruminatif eğilimlere dokunan alt ölçeklerin yanı sıra vicdan kavramı ile alakalı ölçümler için de bulunmuştur [409,410].

Özetle, DEK ahlak boyutu OKB ilişkisi dini gruplara göre farklılık gösterebilmekte, bundan dolayı obsesif kompulsif semptomlar ile ilişkisi tutarsızlık gösterebilmekte ve daha çok dini saplantılarla bağlantılı olabilir. Çalışmamızda DEK ahlak boyutu ile kompulsif belirtiler arasında saptanan ilişki dini ve ahlaki saplantıların DEK aracılığıyla yaratmış olduğu huzursuzluğun geçmesi amacıyla yapılan tekrarlayıcı karakterde davranışlar sebebiyle olabilir.

YBOCS kompulsiyon puanının DEK ahlak boyutu üzerindeki etkisinin doğrudan mı yoksa bilişsel algısal şizotipi boyutu aracılığıyla mı olduğu ilgi çekici bir konu olarak düşünülmüştür. Bu amaçla yapılan mediasyon analizinde bilişsel algısal şizotipi boyutunun YBOCS kompulsiyon skorlarının DEK ahlak boyutu üzerindeki pozitif etkisine kısmen aracılık ettiği bu etkinin 5000 örnekleme yapılan bootstrap analizinde de devam ettiği saptanmıştır. Bu şekilde YBOCS kompulsiyon puanının bu etkisinin doğrudan olamayacağı, bilişsel algısal şizotipi boyutunun bu ilişkiye kısmen aracılık edebileceği düşünülmüştür.

Literatür incelendiğinde DEK olabilirlik boyutu şizotipal özellikle daha ilişkili bulunmuş, ahlak boyutu şizotipallikle daha az ilişkilendirilmiştir. Bu hipotezi destekleyen

veriler de şu şekildedir. İlk olarak, ahlak boyutu klinik olmayan popülasyonlarda da dindarlık vb. kavramlar ile ilişkisinden dolayı sıklıkla gözlenirken, DEK olabilirlik gözlenmemektedir[357]. İkincisi klinik olmayan denekler ve OKB hastaları DEK ahlak boyutu açısından pek farklılık göstermezken, OKB hastaları DEK olabilirlik boyutunda klinik olmayan deneklerden daha yüksek puan almaktadır[337] [357]. Üçüncüsü ve son olarak da DEK olabilirlik boyutunun OKB belirtileri ile ilişkisi, ahlak boyutundan daha güçlüdür[224,357,407].

Literatür incelendiğinde bildiğimiz kadarıyla şizotipik kişilik özelliği ve DEK ilişkisini her iki boyutuyla değerlendiren çalışmalar mevcut olmasına rağmen [340,343]; bilişsel algısal şizotipi boyutu ile DEK ve boyutları ilişkisi değerlendirilmemiştir. Bu konuda ileride yapılacak güçlü araştırmalara ihtiyaç vardır.

DEK olabilirlik kendisi ile ilişkili bağımsız değişkenler (ŞKÖ bilişsel algısal boyutu, BAE, OSA dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme ve iletişim boyutları ile YBOCS obsesyon ve kompulsiyon boyutları) lineer regresyon analizi ile hesaplandığında sadece ŞK bilişsel algısal boyutu ve YBOCS obsesyon skoru ile ilişkili olduğu görülmüştür, diğer değişkenler ile olan ilişki anlamını kaybetmiştir.

DEK olabilirlik diğerleri ile ilişkili bağımsız değişkenler (ŞKÖ bilişsel algısal boyutu, BAE, OSA ayrıntıya dikkat etme boyutu, YBOCS obsesyon ve kompulsiyon puanları) lineer regresyon analizi ile hesaplandığında sadece OSA ayrıntıya dikkat etme boyutu ve YBOCS obsesyon boyutu ile ilişkili olduğu görülmüştür, diğer değişkenler ile olan ilişki anlamını kaybetmiştir.

DEK olabilirlik kendisi ve diğerleri boyutu ile alakalı literatür gözden geçirildiğinde obsesif kompulsif semptomlar ile ilişkisini gösteren çalışmalar mevcuttur[351,358]. Sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda DEK olabilirlik kendisi ile bilişsel algısal şizotipi arasındaki ilişki literatürdeki çoğu çalışma ile uyumlu görünmektedir [223,337,339,407]. Ancak bahsi geçen araştırmalarda şizotipallik alt boyutları ile ilişki belirtilmediğinden dolayı bulgularımızın ileriki çalışmalar ile desteklenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Şizotipal özelliklerin OKB 'deki rolü daha fazla çalışmayı hak etmektedir. Lee ve arkadaşları tarafından yapılan 968 lisans öğrencisinin katıldığı bir çalışmada, şizotipal özelliklerin OKB semptomlarını güçlü bir şekilde yordadığı ortaya çıkmıştır. Bu veriler,

OKB ve şizotipi arasında bir bağlantı olduğunu gösteren önceki bulgularla tutarlıdır[398,396] .Bununla birlikte, şizotipal özelliklerin OKB semptomlarına nasıl katkıda bulunduğu bakılmış ve ilk olarak, şizotipi ile OKB semptomları arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur. İkinci olarak da DEK olabilirlik boyutu ile de anlamlı ilişki saptanmıştır. Şizotipi ile OKB semptomları arasındaki ilişki, DEK olabilirlik kontrol edildiğinde anlamını kaybetmiştir. Bu son bulgu, şizotipi ile OKB semptomları arasındaki ilişkiyi açıklamada DEK olabilirlik boyutunun aracılık rolü için bazı öneriler sunmaktadır. İlginç bir şekilde ne DEK olabilirlik ne de DEK ahlak boyutu, OKB semptomları ile şizotipi boyutları arasındaki ilişkiyi önemli ölçüde zayıflatmamıştır; bu da şizotipi özelliklerinin OKB semptomlarıyla birden fazla yolla bağlantılı olabileceğini düşündürmektedir [398,396].

YBOCS obsesyon puanının DEK olabilirlik kendisi boyutu üzerindeki etkisinin doğrudan mı yoksa bilişsel algısal şizotipi boyutu aracılığıyla mı olduğu ilgi çekici bir konu olarak düşünülmüştür. Bu amaçla yapılan mediasyon analizinde bilişsel algısal şizotipi boyutunun YBOCS obsesyon skorlarının DEK olabilirlik kendisi boyutu üzerindeki pozitif etkisine kısmen aracılık ettiği, bu etkinin 5000 örnekleme yapılan bootstrap analizinde de devam ettiği saptanmıştır. Bu şekilde YBOCS obsesyon puanının bu etkisinin doğrudan olamayacağı, bilişsel algısal şizotipi boyutunun bu ilişkiye kısmen aracılık edebileceği düşünülmüştür.

OSA ayrıntıya dikkat etme boyutunun DEK olabilirlik diğerleri boyutu üzerinde mediatör etkisini değerlendirmek amacıyla 5000 örneklemlili bootstrap yöntemiyle mediasyon analizi uygulanmıştır. Bu analizde DEKÖ olabilirlik diğerleri boyutu için 1. adımda bağımsız değişken olan YBOCS obsesyon skorunun mediatörü predikte etmediği anlaşıldığından analizlere devam edilmedi. Bu sonuçtan yola çıkılarak DEKÖ olabilirlik diğerleri boyutunun bağımsız iki ayrıntıya OSA ayrıntıya dikkat etme ve YBOCS obsesyon puanı tarafından ayrı ayrı etkisi olduğu yorumunda bulunulabilir.

Özetle araştırmamıza başlarken temel sorularımız zemininde kurduğumuz hipotezlerimiz; OKB tanılı hastalardaki şizotipi ve otistik özelliklerin DEK üzerine doğrudan etkili olduğu ve düşünce eylem füzyonu ile şizotipi arasındaki ilişkiye otistik özelliklerin aracılık ettiği şeklindeydi. Çalışmamızın sonucunda DEK ve ahlak, olabilirlik kendisi boyutları üzerinde bilişsel algısal şizotipinin kısmi etkisi bulunmuştur. DEK

olabilirlik diğlereri boyutu üzerinde OSA ayrıntıya dikkat etme boyutunun aracılık etkisi olmadığı görölmüştür. Hipotezimizde bahsedilen şizotipik özelliklerin DEK üzerine etkisi doğrulansa da; doğrudan değil kısmi etki saptanmıştır. Ayrıca bir diğler hipotezimizin aksine DEK ve şizotipi arasındaki ilişkiye otistik özelliklerin aracılık etkisi saptanamamıştır.

Sonuçlarımızın bu alanda gelecekte yapılacak güçlü araştırmalar ile desteklenmesi gerektiğini düşünöyoruz.



6. SONUÇ

Bildiğimiz kadarıyla OKB’de DEK, şizotipi ve otistik özellikler arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda OKB tanılı hastalar ilgili ölçekler ile değerlendirilerek mevcut popülasyonda DEK ,şizotipi ve otistik özellikler incelenmiştir.

DEKÖ toplam ve her üç boyutu ile BAE, YBOCS toplam ve alt ölçek puanları arasında pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. DEKÖ toplam ve ahlak boyutu ile BDE arasında pozitif ilişki saptanmıştır.

ŞKÖ toplam ve bilişsel algısal, dezorganize boyutları ile DEKÖ toplam ve her üç alt boyutu arasında; ŞKÖ kişiler arası boyutu ile DEKÖ toplam, ahlak boyutu arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

DEKÖ toplam ve her üç boyutu ile OSA ayrıntıya dikkat etme boyutu arasında; DEKÖ toplam ve ahlak, olabilirlik kendisi boyutları ile OSA dikkati kaydırabilme boyutu arasında; DEKÖ toplam ve olabilirlik kendisi boyutu ile OSA toplam arasında pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. DEKÖ olabilirlik kendisi boyutu ile OSA iletişim boyutu arasında da pozitif ilişkiler bulunmuştur.

OSA toplam ve dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim boyutları ile ŞKÖ toplam ve bilişsel algısal, dezorganize boyutları arası pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. ŞKÖ kişiler arası boyutu ile OSA toplam ve iletişim, sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme boyutları arasında istatistiksel anlamlı pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır.

OSA toplam ve dikkati kaydırabilme boyutu ile BAE arasında; OSA toplam ve sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim boyutları ile BDE arasında pozitif yönde ilişkiler saptanmıştır. ŞKÖ toplam ve her üç boyutu ile BAE, BDE, YBOCS toplam, obsesyon ve kompulsiyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde ilişki saptanmıştır.

DEKÖ ile ilişkili değişkenleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizinde ŞKÖ bilişsel algısal boyutu ve YBOCS obsesyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

DEKÖ ahlak boyutu ile ilişkili değişkenleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizinde ŞKÖ'nün bilişsel algısal boyutu ve YBOCS kompulsiyon boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

DEKÖ olabilirlik kendisi boyutu ile ilişkili değişkenleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizinde ŞKÖ 'nün bilişsel algısal boyutu ve YBOCS obsesyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

DEKÖ olabilirlik diğerleri boyutu ile ilişkili değişkenleri belirlemek için yapılan lineer regresyon analizinde OSA ayrıntıya dikkat etme boyutu ve YBOCS obsesyon boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunmuştur.

Hastalarda bilişsel algısal şizotipik kişilik özellikleri ve YBOCS obsesyon skorlarının DEKÖ toplam skorlarına etkisi değerlendirilmiş; DEKÖ toplam skorları ile YBOCS obsesyon skorları arasındaki ilişkiye bilişsel algısal şizotipi skorlarının kısmi aracı etkisinin olduğu; YBOCS obsesyon skorundaki 1 birimlik artışın DEKÖ toplam skorunu 2.096 puan arttırdığı ve bilişsel algısal şizotipi skorundaki 1 birimlik artışın ise DEKÖ toplam skorunu 0.856 puan arttırdığı tespit edilmiştir.

Hastalarda bilişsel algısal şizotipik kişilik özellikleri ve YBOCS kompulsiyon skorlarının DEKÖ ahlak skorlarına etkisi değerlendirilmiş; DEKÖ ahlak skorları ile YBOCS kompulsiyon skorları arasındaki ilişkiye bilişsel algısal şizotipi skorlarının kısmi aracı etkisinin olduğu; YBOCS kompulsiyon skorundaki 1 birimlik artışın DEKÖ ahlak skorunu 1.206 puan arttırdığı ve bilişsel algısal şizotipi skorundaki 1 birimlik artışın ise DEKÖ ahlak skorunu 0.588 puan arttırdığı tespit edilmiştir.

Hastalarda bilişsel algısal şizotipik kişilik özellikleri ve YBOCS obsesyon skorlarının DEKÖ olabilirlik kendisi skorlarına etkisi değerlendirilmiş ;DEKÖ olabilirlik kendisi skorları ile YBOCS obsesyon skorları arasındaki ilişkiye bilişsel algısal şizotipi skorlarının kısmi aracı etkisinin olduğu; YBOCS obsesyon skorundaki 1 birimlik artışın DEKÖ olabilirlik kendisi skorunu 0.451 puan arttırdığı ve bilişsel algısal şizotipi skorundaki 1 birimlik artışın ise DEKÖ olabilirlik kendisi skorunu 0.138 puan arttırdığı tespit edilmiştir.

Hastalarda OSA ayrıntıya dikkat etme skorları ve YBOCS obsesyon skorlarının DEKÖ olabilirlik diğerleri skorlarına etkisi değerlendirilmiş; bağımsız değişken olan YBOCS obsesyon skorunun mediatörü predikte etmediği anlaşılmıştır. DEKÖ olabilirlik

diğerleri boyutunun bağımsız olarak OSA ayrıntıya dikkat etme ve YBOCS obsesyon puanına ayrı ayrı etkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Özetle araştırmamızı yürütürken temel sorularımız zemininde kurduğumuz hipotezlerimiz OKB tanılı hastalardaki şizotipi ve otistik özelliklerin DEK üzerine doğrudan etkili olduğu ve DEK ile şizotipi arasındaki ilişkiye otistik özelliklerin aracılık ettiği şeklindeydi. Çalışmamızın sonucunda DEK ve ahlak, olabilirlik kendisi boyutları üzerinde bilişsel algısal şizotipinin kısmi etkisi bulunmuştur. DEK olabilirlik diğerleri boyutu üzerinde OSA ayrıntıya dikkat etme boyutunun aracılık etkisi olmadığı görülmüştür. Hipotezimizde bahsedilen şizotipik özelliklerin DEK üzerine etkisi doğrulansa da; doğrudan değil kısmi etki saptanmıştır. Ayrıca bir diğer hipotezimizin aksine DEK ve şizotipi arasındaki ilişkiye otistik özelliklerin aracılık etkisi saptanamamıştır.

Literatürde konumuz ile alakalı yeterli çalışma olmadığından dolayı, bazı bulguların yazarlar tarafından yorumlanması nedeniyle literatür desteğinin zayıf kalması, örneklem azlığı, sağlıklı kontrol bulunmaması, otistik özellikler değerlendirilirken Rett, Asperger , Otizm , Atipik Otizm ayrımı yapılmamış olması , eşlik eden OKKB tanılı kişilerin dışlanmaması, obsesif kompulsif belirti tiplerinin analize katılmamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarından sayılabilir. Bu alanda güçlü çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgularımızın bir kısmı literatür ile uyumlu olmakla birlikte, bir kısmının ileriki daha geniş örneklemli çalışmalarla doğrulanması ve desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- [1] American Psychiatric Association. DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Ed. Koroğlu E, editor. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2014.
- [2] Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapları, 2015.
- [3] Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed. Lippincott Williams&Wilkins. Güneş Tıp Kitabevi, 2016.
- [4] Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting Faulty Appraisals Of Obsessional Thoughts. Behaviour Research and Therapy. 1996;34:433–46.
- [5] Amir N, Freshman M, Ramsey B, Neary E, Brigidi B. Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. Behav Res Ther. 2001;39(7):765-776.
- [6] Shafran R, Rachman S. Thought-action fusion: A review. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2004;35:87–107.
- [7] Rosell DR, Futterman SE, McMaster A, Siever LJ. Schizotypal personality disorder: a current review. Curr Psychiatry Rep. 2014;16.
- [8] Raine A. The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. Schizophr Bull. 1991;17:555–64.
- [9] Aardema F, Wu KD. Imaginative, dissociative, and schizotypal processes in obsessive-compulsive symptoms. J Clin Psychol. 2011;67:74–81.
- [10] Stein DJ, Rapoport JL. Cross-Cultural Studies and Obsessive-Compulsive Disorder. CNS Spectr. 1996;1:42–6.
- [11] Swedo SE, Schapiro MB, Grady CL, Cheslow DL, Leonard HL, Kumar A, Friedland, R, Rapoport SI, Rapoport JL. Cerebral Glucose Metabolism in Childhood-Onset Obsessive-Compulsive Disorder. Arch Gen Psychiatry. 1989;46:518–23.
- [12] Miguel EC, do Rosário-Campos MC, Shavitt RG, Hounie AG, Mercadante MT. The tic-related obsessive-compulsive disorder phenotype and treatment implications. Adv Neurol. 2001;85:43-55.

- [13] Ames D, Cummings JL, Wirshing WC, Quinn B, Mahler M. Repetitive and compulsive behavior in frontal lobe degenerations. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1994;6(2):100-113.
- [14] López-Ibor Aliño JJ, Saiz Ruiz J, López-Ibor Alcocer MI, Viñas Pifarre R. Obsessive-Compulsive Disorder and Depression A Retrospective Study on Course and Interaction. *Psychopathology* 1993;26:145–50.
- [15] Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, Pfanner C, Presta S, Milanfranchi A, Lensi P, Ravagli S, Maremmanni I, Cassano GB. Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998;248:240–4.
- [16] Maj M, Sartorius N, Okasha A, Zohar J. Obsessive-Compulsive Disorder, 2nd Edition. England. John Wiley & Sons, Ltd: 2002.
- [17] Günaydın SAE. Obsesif kompulsif tanısı olan ergenlerde ebeveyn-çocuk metakognisyonlarının hastalık şiddeti, komorbidite ve psikolojik sağlamlık ile ilişkisi. İstanbul, Sağlık Bilimleri Üniversitesi. 2021.
- [18] Reynolds EH, Kinnier Wilson JV. Neurology and psychiatry in Babylon. *Brain* 2014;137:2611–9.
- [19] Jenike MA. Obsessive Compulsive Disorder. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, I. Cilt, 6. Baskı. Kaplan HI, Sadock BJ (Ed), Baltimore. Williams&Wilkins. 1995.
- [20] Insel, TR. Phenomenology of obsessive compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1990. 51(2, Suppl), 4–8.
- [21] Geçtan, E. Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar. İstanbul: Remzi Kitabevi. 1997.
- [22] Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler. *Klinik Psikiyatri*, 6, 2003, p. 46–50.
- [23] Okasha A, Saad A, Khalil AH, El Dawla AS, Yehia N. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: a transcultural study. *Compr Psychiatry* 1994;35:191–7.

- [24] Solyom L, DiNicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry* 1985;30:372–80.
- [25] Tükel R. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2017.
- [26] American Psychiatric Association. DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Ed. Washington, DC. 1987.
- [27] Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. 2014.
- [28] American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Ed. Washington, DC. 2000.
- [29] Çuhadaroğlu F. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması. 1993.
- [30] Lochner C, Du Toit PL, Zungu-Dirwayi N, Marais A, Van Kradenburg J, Seedat S, Niehaus DJH, Stein DJ. Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depress Anxiety* 2002;15:66–8.
- [31] Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Yılmaz E, Ağargün MY, Aşkın R. Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8,2007:5-13.
- [32] Köroğlu E. psikiyatri temel kitabı. 2007.
- [33] Kessler RC, Wai TC, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617–27.
- [34] Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593–602.
- [35] Population Clock <https://www.census.gov/popclock> (accessed July 27, 2023).

- [36] 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;254:156–64.
- [37] Fontenelle LF, Mendlowicz M V., Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30:327–37.
- [38] Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010;15:53–63.
- [39] Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013;74:377–85.
- [40] Albert U, Manchia M, Tortorella A, Volpe U, Rosso G, Carpiniello B, et al. Admixture analysis of age at symptom onset and age at disorder onset in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2015;187:188–96.
- [41] Anholt GE, Aderka IM, Van Balkom AJLM, Smit JH, Schruers K, Van Der Wee NJA, et al. Age of onset in obsessive-compulsive disorder: admixture analysis with a large sample. *Psychol Med* 2014;44:185–94.
- [42] Geller D, Biederman J, Jones J, Park K, Schwartz S, Shapiro S, et al. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:420–7.
- [43] Nicolini H, Arnold P, Nestadt G, Lanzagorta N, Kennedy JL. Overview of genetics and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2009;170:7–14.
- [44] Stewart SE, Geller DA, Jenike M, Pauls D, Shaw D, Mullin B, et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:4–13.
- [45] Taylor S. Early versus late onset obsessive-compulsive disorder: evidence for distinct subtypes. *Clin Psychol Rev* 2011;31:1083–100.
- [46] Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1094–9.

- [47] Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, et al. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry* 2006;163:1978–85.
- [48] Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Chung Kyoon Lee, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1994;55 Suppl:5–10.
- [49] Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atli H. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2004;45:362–6.
- [50] Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry* 1999;14:434–41
- [51] Banerjee DD. The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding. *Psychiatry Res* 2020;288:112966.
- [52] Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-Analysis of the Symptom Structure of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165:1532.
- [53] Storch EA, Schneider SC, Guzik A, McKay D, Goodman WK. Impact of COVID-19 on exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: Present and post-pandemic considerations. *Psychiatry Res* 2020;292.
- [54] Khosravani V, Aardema F, Samimi Ardestani SM, Sharifi Bastan F. The impact of the coronavirus pandemic on specific symptom dimensions and severity in OCD: A comparison before and during COVID-19 in the context of stress responses. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2021;29.
- [55] Sharma LP, Balachander S, Thamby A, Bhattacharya M, Kishore C, Shanbhag V, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Short-Term Course of Obsessive-Compulsive Disorder. *J Nerv Ment Dis* 2021;209:256–64.
- [56] Grant JE, Drummond L, Nicholson TR, Fagan H, Baldwin DS, Fineberg NA, et al. Obsessive-compulsive symptoms and the Covid-19 pandemic: A rapid scoping review. *Neurosci Biobehav Rev* 2022;132:1086.

- [57] Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1997;154:911–7.
- [58] Mataix-Cols D, Do Rosario-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:228–38.
- [59] Lee HJ, Kwon SM. Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy* 2003;41:11–29.
- [60] Tükel R, Demet MM. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar, 2021, p. 9–10.
- [61] Olatunji BO, Moretz MW, Wolitzky-Taylor KB, McKay D, McGrath PB, Ciesielski BG. Disgust vulnerability and symptoms of contamination-based OCD: descriptive tests of incremental specificity. *Behav Ther* 2010;41:475–90.
- [63] Bayraktar E. Obsesif Kompulsif Bozukluk. . *Psikiyatri Dünyası*, 1, , 1997, p. 25–32.
- [64] Berrios GE. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century. The Press Syndicate of the University of Cambridge. 1996.
- [65] Sayar K, Uğurad IK, Acar B. Obsessif kompulsif bozuklukta fenomenoloji. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 9(3), 1999:142–7.
- [66] Williams MT, Farris SG, Turkheimer E, Pinto A, Ozanick K, Franklin ME, et al. Myth of the pure obsessional type in obsessive--compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2011;28:495–500.
- [67] Şahin A. Obsesif-Kompulsif Bozukluk. In: E. Güleç (Ed.), *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara. Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2007.
- [68] Beşiroğlu L. Obsesif Kompulsif bozuklukta fenomenoloji :Tedavi yanıtı için önemli mi ? *Psikiyatride Güncel*. 2014. 4 :221- 9.
- [70] Freud S. Freud's Psycho-analytic Procedure. *Theory Psychol* 1953;7:47–67.
- [71] Foa EB. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder, *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2010;12:2, 199-207.
- [72] Şenormancı Ö, Konkan R, Güçlü OG, Sungur MZ. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Metakognitif Modeli. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012;4:335–49.

- [73] Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 1985;23:571–83.
- [74] Ertekin E. Obsesif kompulsif bozuklukta bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim / Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi* 2014;290–305.
- [75] Matthews L, Reynolds S, Derisley J. Examining cognitive models of obsessive compulsive disorder in adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2007;35:149–63.
- [76] Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *J Anxiety Disord* 2009;23:436–42.
- [77] Merckelbach H. A. Wells and G. Matthews (1994) *Attention and emotion: A clinical perspective* Hove (UK): Lawrence Erlbaum. (402 pp.). *Clin Psychol Psychother* 1995;2:134–134.
- [79] Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *J Anxiety Disord* 2009;23:436–42.
- [80] Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord* 2008;22:475–84.
- [81] Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clin Psychol Psychother* 2004;11:137–44.
- [82] Vahip Simavi AÖOT. Klinisyen için Nörobiyolojiden Kliniğe çeviri . *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim /Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi* 2019;9:76–88.
- [83] Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U. Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Biol Psychol* 2004;65:185–236.
- [84] Okasha A, Rafaat M, Mahallawy N, Nahas G El, Dawla AS El, Sayed M, et al. Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:281–5.

- [85] Lucey J V., Burness CE, Costa DC, Gacinovic S, Pilowsky LS, Ell PJ, et al. Wisconsin Card Sorting Task (WCST) errors and cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Br J Med Psychol.* 1997;70 (Pt 4):403–11.
- [86] Aycicegi A, Dinn WM, Harris CL, Erkmén H. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder: Effects of comorbid conditions on task performance. *European Psychiatry* 2003;18:241–8.
- [87] Tükel R, Gürvit H, Ertekin BA, Oflaz S, Ertekin E, Baran B, et al. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2012;53:167–75.
- [88] Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, et al. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5.
- [89] Barr LC, Goodman WK, Price LH, McDougle CJ, Charney DS. The serotonin hypothesis of obsessive compulsive disorder: implications of pharmacologic challenge studies. *J Clin Psychiatry.* 1992;53 Suppl:17-28.
- [91] Hesse S, Müller U, Lincke T, Barthel H, Villmann T, Angermeyer MC, et al. Serotonin and dopamine transporter imaging in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2005;140:63–72.
- [92] Reimold M, Smolka MN, Zimmer A, Batra A, Knobel A, Solbach C, et al. Reduced availability of serotonin transporters in obsessive-compulsive disorder correlates with symptom severity - a [11C]DASB PET study. *J Neural Transm.* 2007;114:1603–9.
- [93] Hasselbalch SG, Hansen ES, Jakobsen TB, Pinborg LH, Lønborg JH, Bolwig TG. Reduced midbrain-pons serotonin transporter binding in patients with obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:388–94.
- [94] Stengler-Wenzke K, Müller U, Angermeyer MC, Sabri O, Hesse S. Reduced serotonin transporter-availability in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254:252–5.
- [95] Hollander E, Decaria CM, Nitsescu A, Gully R, Suckow RF, Cooper TB, et al. Serotonergic function in obsessive-compulsive disorder. Behavioral and neuroendocrine responses to oral m-chlorophenylpiperazine and fenfluramine in patients and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:21–8.

- [96] El Mansari M, Blier P. Responsiveness of 5-HT_{1A} and 5-HT₂ receptors in the rat orbitofrontal cortex after long-term serotonin reuptake inhibition. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2005;30:268.
- [97] Dougherty DD, Brennan BP, Stewart SE, Wilhelm S, Widge AS, Rauch SL. Neuroscientifically Informed Formulation and Treatment Planning for Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *JAMA Psychiatry* 2018;75:1081–7.
- [98] Zohar J, Sasson Y, Chopra M, Amiaz R, Nakash N. Obsessive - compulsive disorder. In: *Anxiety Disorders*. Nutt D, Ballenger J. (Eds.), Massachusetts. Blackwell Science Ltd; 2003. p.83-89.
- [99] Marazziti D, Pfanner C, Palego L, Gemignani A, Milanfranchi A, Ravagli S, et al. Changes in platelet markers of obsessive-compulsive patients during a double-blind trial of fluvoxamine versus clomipramine. *Pharmacopsychiatry* 1997;30:245–9.
- [100] Sasson Y, Zohar J. New developments in obsessive-compulsive disorder research: implications for clinical management. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11 Suppl 5:3–12.
- [101] Zohar J, Kennedy JL, Hollander E, Koran LM. Serotonin-1D hypothesis of obsessive-compulsive disorder: an update. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 14:18-21.
- [102] Szechtman H, Sulis W, Eilam D. Quinpirole induces compulsive checking behavior in rats: a potential animal model of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behavioral Neuroscience* 1998;112:1475–85.
- [103] Ceccherini-Nelli, A., & Guazzelli, M. Treatment of refractory OCD with the dopamine agonist bromocriptine. *The Journal of Clinical Psychiatr*. 1994. 55(9), 415–416.
- [104] Sullivan RM, Talangbayan H, Einat H, Szechtman H. Effects of quinpirole on central dopamine systems in sensitized and non-sensitized rats. *Neuroscience* 1998;83:781–9.
- [105] Işıklı S, Gönül AS. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Nörobiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri*, 2012, p. 24–32.

- [106] Karslıoğlu EH and NJKPY. Obsesif kompulsif bozukluğun nörobiyolojisi.10(3): , 2007, p. 3–13.
- [107] Van Der Wee NJ, Stevens H, Hardeman JA, Mandl RC, Denys DA, Van Megen HJ, et al. Enhanced dopamine transporter density in psychotropic-naïve patients with obsessive-compulsive disorder shown by [¹²³I]{beta}-CIT SPECT. *Am J Psychiatry* 2004;161:2201–6.
- [108] Perani D, Garibotto V, Gorini A, Moresco RM, Henin M, Panzacchi A, et al. In vivo PET study of 5HT(2A) serotonin and D(2) dopamine dysfunction in drug-naïve obsessive-compulsive disorder. *Neuroimage* 2008;42:306–14.
- [109] Denys D, Van Der Wee N, Janssen J, De Geus F, Westenberg HGM. Low level of dopaminergic D2 receptor binding in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2004;55:1041–5.
- [110] Olver JS, O’Keefe G, Jones GR, Burrows GD, Tochon-Danguy HJ, Ackermann U, et al. Dopamine D1 receptor binding in the striatum of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2009;114:321–6.
- [111] Olver JS, O’Keefe G, Jones GR, Burrows GD, Tochon-Danguy HJ, Ackermann U, et al. Dopamine D(1) receptor binding in the anterior cingulate cortex of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2010;183:85–8.
- [112] Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 14:11-17.
- [113] Rosse RB, McCarthy MF, Alim TN, Deutsch SI. Saccadic distractibility in cocaine dependent patients: a preliminary laboratory exploration of the cocaine-OCD hypothesis. *Drug Alcohol Depend* 1994;35:25–30.
- [114] Satel SL, McDougall CJ. Obsessions and compulsions associated with cocaine abuse. *Am J Psychiatry* 1991;148:947
- [115] Arnold PD, Sicard T, Burroughs E, Richter MA, Kennedy JL. Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:769–76.

- [116] Rosenberg DR, Mirza Y, Russell A, Tang J, Smith JM, Banerjee SP, et al. Reduced anterior cingulate glutamatergic concentrations in childhood OCD and major depression versus healthy controls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1146–53.
- [117] Yücel M, Wood SJ, Wellard RM, Harrison BJ, Fornito A, Pujol J, et al. Anterior cingulate glutamate-glutamine levels predict symptom severity in women with obsessive-compulsive disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:467–77.
- [118] Chakrabarty K, Bhattacharyya S, Christopher R, Khanna S. Glutamatergic dysfunction in OCD. *Neuropsychopharmacology* 2005;30:1735–40.
- [119] Whiteside SP, Port JD, Deacon BJ, Abramowitz JS. A magnetic resonance spectroscopy investigation of obsessive-compulsive disorder and anxiety. *Psychiatry Res* 2006;146:137–47.
- [120] Richter MA, De Jesus DR, Hoppenbrouwers S, Daigle M, Deluce J, Ravindran LN, et al. Evidence for cortical inhibitory and excitatory dysfunction in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2012;37:1144–51.
- [121] Hollander E, DeCaria C, Nitsescu A, Cooper T, Stover B, Gully R, et al. Noradrenergic function in obsessive-compulsive disorder: behavioral and neuroendocrine responses to clonidine and comparison to healthy controls. *Psychiatry Res* 1991;37:161–77.
- [122] Pauls DL, Alsobrook JP, Goodman W, Rasmussen S, Leckman JF. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:76–84.
- [123] Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ, Liang KY, Labuda M, et al. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:358–63.
- [124] Pauls DL. The genetics of obsessive compulsive disorder: a review of the evidence. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*
- [125] Lin PY. Meta-analysis of the association of serotonin transporter gene polymorphism with obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007;31:683–9.

- [126] Taylor S. Molecular genetics of obsessive-compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Mol Psychiatry*
- [127] Mattheisen M, Samuels JF, Wang Y, Greenberg BD, Fyer AJ, Mccracken JT, et al. Genome-wide association study in obsessive-compulsive disorder: results from the OCGAS. *Mol Psychiatry* 2015;20:337–44.
- [128] Stewart SE, Yu D, Scharf JM, Neale BM, Fagerness JA, Mathews CA, et al. Genome-wide association study of obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*
- [129] Stewart SE, Fagerness JA, Platko J, Smoller JW, Scharf JM, Illmann C, et al. Association of the SLC1A1 glutamate transporter gene and obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2007;144B:1027–33.
- [130] Arnold PD, Sicard T, Burroughs E, Richter MA, Kennedy JL. Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:769–76.
- [131] Willour VL, Shugart YY, Samuels J, Grados M, Cullen B, Bienvenu OJ, et al. Replication Study Supports Evidence for Linkage to 9p24 in Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Hum Genet* 2004;75:508.
- [132] Liang KY, Wang Y, Yin YS, Grados M, Fyer AJ, Rauch S, et al. Evidence for potential relationship between SLC1A1 and a putative genetic linkage region on chromosome 14q to obsessive-compulsive disorder with compulsive hoarding. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2008;147B:1000–2.
- [133] Pooley EC, Fineberg N, Harrison PJ. The met(158) allele of catechol-O-methyltransferase (COMT) is associated with obsessive-compulsive disorder in men: case-control study and meta-analysis. *Mol Psychiatry* 2007;12:556–61.
- [134] Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B, Tignol J, Bioulac B, Allard M, et al. Meta-analysis of brain volume changes in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2009;65:75–83.
- [135] Radua J, Mataix-Cols D. Voxel-wise meta-analysis of grey matter changes in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 2009;195:393–402.

- [136] De Wit SJ, Alonso P, Schweren L, Mataix-Cols D, Lochner C, Menchón JM, et al. Multicenter voxel-based morphometry mega-analysis of structural brain scans in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2014;171:340–9.
- [137] Baxter LR, Phelps ME, Mazziotta JC, Guze BH, Schwartz JM, Selin CE. Local cerebral glucose metabolic rates in obsessive-compulsive disorder. A comparison with rates in unipolar depression and in normal controls. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:211–8.
- [138] Baxter LR, Schwartz JM, Mazziotta JC, Phelps ME, Pahl JJ, Guze BH, et al. Cerebral glucose metabolic rates in nondepressed patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1988;145:1560–3.
- [139] Machlin SR, Harris GJ, Pearlson GD, Hoehn-Saric R, Jeffery P, Camargo EE. Elevated medial-frontal cerebral blood flow in obsessive-compulsive patients: a SPECT study. *Am J Psychiatry* 1991;148:1240–2. h
- [140] Rubin RT, Villanueva-Meyer J, Ananth J, Trajmar PG, Mena I. Regional xenon 133 cerebral blood flow and cerebral technetium 99m HMPAO uptake in unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder and matched normal control subjects. Determination by high-resolution single-photon emission computed tomography. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:695–702.
- [141] Adler CM, McDonough-Ryan P, Sax KW, Holland SK, Arndt S, Strakowski SM. fMRI of neuronal activation with symptom provocation in unmedicated patients with obsessive compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2000;34:317–24.
- [142] Fitzgerald KD, Welsh RC, Gehring WJ, Abelson JL, Himle JA, Liberzon I, et al. Error-related hyperactivity of the anterior cingulate cortex in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2005;57:287–94.
- [143] Maltby N, Tolin DF, Worhunsky P, O’Keefe TM, Kiehl KA. Dysfunctional action monitoring hyperactivates frontal-striatal circuits in obsessive-compulsive disorder: an event-related fMRI study. *Neuroimage* 2005;24:495–503.
- [144] Ursu S, Stenger VA, Katherine Shear M, Jones MR, Carter CS. Overactive action monitoring in obsessive-compulsive disorder: evidence from functional magnetic resonance imaging. *Psychol Sci* 2003;14:347–53.

- [145] Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:564–76.
- [146] Frydman I, de Salles Andrade JB, Vigne P, Fontenelle LF. Can Neuroimaging Provide Reliable Biomarkers for Obsessive-Compulsive Disorder? A Narrative Review. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18.
- [147] Del Casale A, Kotzalidis GD, Rapinesi C, Serata D, Ambrosi E, Simonetti A, et al. Functional neuroimaging in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychobiology* 2011;64:61–85.
- [148] Swedo SE. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). *Mol Psychiatry* 2002;7 Suppl 2:24–5..
- [149] Brambilla F, Perna G, Bellodi L, Arancio C, Bertani A, Perini G, et al. Plasma interleukin-1 beta and tumor necrosis factor concentrations in obsessive-compulsive disorders. *Biol Psychiatry* 1997;42:976–81.
- [150] Denys D, Fluitman S, Kavelaars A, Heijnen C, Westenberg H. Decreased TNF- α and NK activity in obsessive-compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29:945–52.
- [151] Ellul MA, Benjamin L, Singh B, Lant S, Michael BD, Easton A, et al. Neurological associations of COVID-19. *Lancet Neurol* 2020;19:767–83.
- [152] Muccioli L, Pensato U, Bernabè G, Ferri L, Tappatà M, Volpi L, et al. Intravenous immunoglobulin therapy in COVID-19-related encephalopathy. *J Neurol* 2021;268:2671–5.
- [153] Fontenelle LF, Miguel EC. The impact of coronavirus (COVID-19) in the diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2020;37:510.
- [154] Grant JE, Drummond L, Nicholson TR, Fagan H, Baldwin DS, Fineberg NA, et al. Obsessive-compulsive symptoms and the Covid-19 pandemic: A rapid scoping review. *Neurosci Biobehav Rev* 2022;132:1086–98.
- [155] Davide P, Andrea P, Martina O, Escelsior A, Davide D, Mario A. The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and

- remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry Res* 2020;291:113213.
- [156] Demaria F, Pontillo M, Di Vincenzo C, Di Luzio M, Vicari S. Hand Washing: When Ritual Behavior Protects! Obsessive–Compulsive Symptoms in Young People during the COVID-19 Pandemic: A Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine* 2022, Vol 11, Page 3191 2022;11:3191.
- [157] Pan KY, Kok AAL, Eikelenboom M, Horsfall M, Jörg F, Luteijn RA, et al. The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *Lancet Psychiatry* 2021;8:121–9.
- [158] Whitcroft KL, Hummel T. Olfactory Dysfunction in COVID-19: Diagnosis and Management. *JAMA* 2020;323:2512–4.
- [159] Graybiel AM, Rauch SL. Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *Neuron* 2000;28:343–7.
- [160] Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA, Robbins TW, Sahakian BJ. The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci Biobehav Rev* 2005;29:399–419.
- [161] Chamberlain SR, Menzies L, Hampshire A, Suckling J, Fineberg NA, Del Campo N, et al. Orbitofrontal dysfunction in patients with obsessive-compulsive disorder and their unaffected relatives. *Science (1979)* 2008;321:421–2.
- [162] Pallanti S, Grassi E, Makris N, Gasic GP, Hollander E. Neurocovid-19: A clinical neuroscience-based approach to reduce SARS-CoV-2 related mental health sequelae. *J Psychiatr Res* 2020;130:215–7.
- [163] Rao NP, Venkatasubramanian G, Ravi V, Kalmady S, Cherian A, Yc JR. Plasma cytokine abnormalities in drug-naïve, comorbidity-free obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2015;229:949–52..
- [165] Casas M, Alvarez E, Duro P, Garcia-Ribera C, Udina C, Velat A, et al. Antiandrogenic treatment of obsessive-compulsive neurosis. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:221–2.

- [166] Abramowitz JS, Schwartz SA, Moore KM, Luenzmann KR. Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *J Anxiety Disord* 2003;17:461–78. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00206-2](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00206-2).
- [167] McDougle CJ, Barr LC, Goodman WK, Price LH. Possible role of neuropeptides in obsessive compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology* 1999;24:1–24.
- [168] Brandes M, Soares CN, Cohen LS. Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:99–110.
- [169] Erkmen H. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları. Güncel Klinik Psikiyatri. İstanbul. 2008.
- [170] Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1986;143:317–22.
- [171] Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Gershon ES, Rapoport JL. Tics and Tourette's disorder: a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry* 1992;149:1244–51.
- [172] Denys D, Zohar J, Westenberg HG. The role of dopamine in obsessive-compulsive disorder: preclinical and clinical evidence. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 14:11-17.
- [173] Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2008;28:118–30.
- [174] Angst J, Gamma A, Endrass J, Hantouche E, Goodwin R, Ajdacic V, et al. Obsessive-compulsive syndromes and disorders: Significance of comorbidity with bipolar and anxiety syndromes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255:65–71.
- [175] Eisen JL, Sibrava NJ, Boisseau CL, Mancebo MC, Stout RL, Pinto A, et al. Five-year course of obsessive-compulsive disorder: predictors of remission and relapse. *J Clin Psychiatry* 2013;74:233–9.
- [176] Ferentinos P, Preti A, Veroniki AA, Pitsalidis KG, Theofilidis AT, Antoniou A, et al. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar spectrum disorders: Systematic review and meta-analysis of its prevalence. *J Affect Disord* 2020;263:193–208.

- [178] Sharma L, Reddy Y. Obsessive-compulsive disorder comorbid with schizophrenia and bipolar disorder. *Indian J Psychiatry* 2019;61:S140–8.
- [179] Gershuny BS, Baer L, Parker H, Gentes EL, Infield AL, Jenike MA. Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2008;25:69–71.
- [180] Adam Y, Meinschmidt G, Gloster AT, Lieb R. Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:339–49.
- [182] Gentil AF, Mathis MA de, Torresan RC, Diniz JB, Alvarenga P, Rosário MC do, et al. Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: The importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug Alcohol Depend* 2009;100:173–7.
- [183] Geller DA, Coffey B, Faraone S, Hagermoser L, Zaman NK, Farrell CL, et al. Does comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder impact the clinical expression of pediatric obsessive-compulsive disorder? *CNS Spectr* 2003;8:259–64.
- [184] Geller DA, Biederman J, Faraone S, Spencer T, Doyle R, Mullin B, et al. Re-examining comorbidity of Obsessive Compulsive and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder using an empirically derived taxonomy. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13:83–91.
- [185] Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Pfanner C, Arcangeli F. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Compr Psychiatry* 2006;47:42–7.
- [186] Banaschewski T, Neale BM, Rothenberger A, Roessner V. Comorbidity of tic disorders & ADHD: conceptual and methodological considerations. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16 Suppl 1.
- [187] Peterson BS, Pine DS, Cohen P, Brook JS. Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:685–95.
- [188] Schuerholz LJ, Baumgardner TL, Singer HS, Reiss AL, Denckla MB. Neuropsychological status of children with Tourette's syndrome with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Neurology* 1996;46:958–65.

- [190] Uğuz F, Çilli A, Aşkın R. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Eksen I ve Eksen II Bozuklukları ile Birlikteliği. *Türkiye’ de Psikiyatri*, 8 2006:1–5.
- [192] Kaplan A, Hollander E. A review of pharmacologic treatments for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Serv* 2003;54:1111–8.
- [193] Karamustafaloğlu, O. ve Akpınar, A. (2006). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, Psikiyatri*, 2(12), 30–4458.
- [194] Pallanti S, Quercioli L. Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30:400–12.
- [195] Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB; American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164(7 Suppl):5-53.
- [196] Pittenger C, Bloch MH, Williams K. Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacol Ther* 2011;132:314–32.
- [197] Sharma E, Math S. Course and outcome of obsessive-compulsive disorder. *Indian J Psychiatry* 2019;61:S43–50.
- [198] Dold M, Aigner M, Lanzenberger R, Kasper S. Antipsychotic Augmentation of Serotonin Reuptake Inhibitors in Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder: An Update Meta-Analysis of Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trials. *Int J Neuropsychopharmacol* 2015;18:1–11.
- [200] Rodriguez CI, Kegeles LS, Levinson A, Feng T, Marcus SM, Vermes D, et al. Randomized controlled crossover trial of ketamine in obsessive-compulsive disorder: proof-of-concept. *Neuropsychopharmacology* 2013;38:2475–83.
- [201] Bloch MH, Wasylink S, Landeros-Weisenberger A, Panza KE, Billingslea E, Leckman JF, et al. Effects of ketamine in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2012;72:964–70.
- [202] Emamzadehfard S, Kamaloo A, Paydary K, Ahmadipour A, Zeinoddini A, Ghaleiha A, et al. Riluzole in augmentation of fluvoxamine for moderate to severe

- obsessive-compulsive disorder: Randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2016;70:332–41.
- [203] Pittenger C, Bloch MH, Wasylink S, Billingslea E, Simpson R, Jakubovski E, et al. Riluzole augmentation in treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: a pilot randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2015;76:1075–84.
- [204] Paydary K, Akamaloo A, Ahmadipour A, Pishgar F, Emamzadehfard S, Akhondzadeh S. N-acetylcysteine augmentation therapy for moderate-to-severe obsessive-compulsive disorder: randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Pharm Ther* 2016;41:214–9.
- [205] Ghaleiha A, Entezari N, Modabbernia A, Najand B, Askari N, Tabrizi M, et al. Memantine add-on in moderate to severe obsessive-compulsive disorder: randomized double-blind placebo-controlled study. *J Psychiatr Res* 2013;47:175–80.
- [206] Bruno A, Micò U, Pandolfo G, Mallamace D, Abenavoli E, Di Nardo F, et al. Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol* 2012;26:1456–62.
- [207] Sayyah M, Boostani H, Pakseresht S, Malayeri A. A preliminary randomized double-blind clinical trial on the efficacy of celecoxib as an adjunct in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2011;189:403–6.
- [208] Heidari M, Zarei M, Hosseini SMR, Taghvaei R, Maleki H, Tabrizi M, et al. Ondansetron or placebo in the augmentation of fluvoxamine response over 8 weeks in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2014;29:344–50.
- [209] Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012;16:77–84.
- [210] Brakoulias V, Starcevic V, Belloch A, Dell’Osso L, Fer rão YA, Fontenelle LF, et al. International prescribing practices in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Hum Psychopharmacol* 2016;31:319–24.

- [211] Rapinesi C, Kotzalidis GD, Ferracuti S, Sani G, Girardi P, Del Casale A. Brain Stimulation in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): A Systematic Review. *Curr Neuroparmacol* 2019;17:787–807.
- [213] Kammen A, Cavaleri J, Lam J, Frank AC, Mason X, Choi W, et al. Neuromodulation of OCD: A review of invasive and non-invasive methods. *Front Neurol* 2022;13.
- [214] Greenberg BD, Rauch SL, Haber SN. Invasive circuitry-based neurotherapeutics: stereotactic ablation and deep brain stimulation for OCD. *Neuropsychopharmacology* 2010;35:317–36.
- [215] Herrington TM, Cheng JJ, Eskandar EN. Mechanisms of deep brain stimulation. *J Neurophysiol* 2016;115:19–38.
- [216] Rosenthal DL, Leibu E, Aloysi AS, Kopell BH, Goodman WK, Kellner CH. Safety and efficacy of electroconvulsive therapy for depression in the presence of deep brain stimulation in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2016;77:689–90.
- [217] Fontenelle LF, Coutinho ESF, Lins-Martins NM, Fitzgerald PB, Fujiwara H, Yücel M. Electroconvulsive therapy for obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2015;76:949–57.
- [218] Öst LG, Havnen A, Hansen B, Kvale G. Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clin Psychol Rev* 2015;40:156–69.
- [219] Gava I, Barbui C, Aguglia E, Carlino D, Churchill R, De Vanna M, et al. Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007.
- [220] Ougrin D. Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2011;11.
- [221] Wootton BM. Remote cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive symptoms: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2016;43:103–13.

- [222] Berle D, Starcevic V. Thought-action fusion: review of the literature and future directions. *Clin Psychol Rev* 2005;25:263–84.
- [223] Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 1996;10: 379-91.
- [226] Birksted-Breen D, Quinodoz JM, Alcorn D. Notes upon a Case of Obsessional Neurosis (The 'Rat Man') (1909d). In: Reading Freud. Quinodoz JM. (ed) 1st Ed. London: Routledge, 2005.
- [227] "Totem and Taboo". Encyclopedia of Psychoanalysis. 2019. https://nosubject.com/Totem_and_Taboo (accessed June 22, 2023).
- [228] Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy* 1985;23:571–83.
- [229] Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy* 1993;31:149–54.
- [230] Rachman S, Shafran R, Mitchell D, Trant J, Teachman B. How to remain neutral: an experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy* 1996;34:889–98.
- [231] Clark DM. Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy* 1999;37 Suppl 1.
- [232] Rachman S, Thordarson DS, Shafran R, Woody SR. Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*. 1995: 33(7), 779–784.
- [233] van Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 1994;32:79–87.
- [234] Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy* 1989;27:677–82.
- [235] Shafran R. The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology* 1997;36:397–407.
- [236] Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical Effects of Thought Suppression. *J Pers Soc Psychol* 1987;53:5–13.

- [237] Wegner DM. White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control. New York: Viking/Penguin; 1989.
- [238] Smári J, Hólmsteinsson HE. Intrusive thoughts, responsibility attitudes, thought-action fusion, and chronic thought suppression in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2001;29:13–20.
- [240] Yilmaz AE. Examination of metacognitive factors in relation to anxiety and depressive symptoms: a cross-cultural study 2007.
- [243] Solem S, Myers SG, Fisher PL, Vogel PA, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: replication and extension. *J Anxiety Disord* 2010;24:79–86.
- [244] Rachman S, Thordarson DS, Shafran R, Woody SR. Perceived responsibility: structure and significance. *Behaviour Research and Therapy* 1995;33:779–84.
- [245] Bailey BE, Wu KD, Valentiner DP, McGrath PB. Thought-action fusion: Structure and specificity to OCD. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2014;3:39–45.
- [246] Yorulmaz O, Altin M, Karanci AN. Further support for responsibility in different obsessive-compulsive symptoms in Turkish adolescents and young adults. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 2008;36:605–17.
- [247] Abramowitz JS, Whiteside S, Lynam D, Kalsy S. Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder?: A mediating role of negative affect. *Behaviour Research and Therapy* 2003;41:1069–79.
- [248] Debbané M, Eliez S, Badoud D, Conus P, Flückiger R, Schultze-Lutter F. Developing psychosis and its risk states through the lens of schizotypy. *Schizophr Bull* 2015;41 Suppl 2:S396–407.
- [249] Nordentoft M, Thorup A, Petersen L, Øhlenschläger J, Melau M, Christensen TØ, et al. Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard treatment. *Schizophr Res* 2006;83:29–40.
- [250] Walter EE, Fernandez F, Snelling M, Barkus E. Genetic Consideration of Schizotypal Traits: A Review. *Front Psychol* 2016;7:1769.

- [251] Linscott RJ, Van Os J. Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:391–419.
- [252] Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Schizotypy: looking back and moving forward. *Schizophr Bull* 2015;41 Suppl 2:S366–73.
- [253] Tsuang MT, Stone WS, Tarbox SI, Faraone S V. An integration of schizophrenia with schizotypy: Identification of schizotaxia and implications for research on treatment and prevention. *Schizophr Res* 2002;54:169–75.
- [254] Samuel DB, Widiger TA. A Meta-Analytic Review of the Relationships Between the Five-Factor Model and DSM-IV-TR Personality Disorders: A Facet Level Analysis. *Clin Psychol Rev* 2008;28:1326.
- [259] van Kampen D. Personality and Psychopathology: a Theory-Based Revision of Eysenck's PEN Model. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009;5:9-21.
- [260] Shepherd GM. The synaptic organization of the brain 1998:638.
- [261] (Paris J. Schizotypy: Implications for Illness and Health. 2002.
- [262] Raine A, Reynolds C, Lencz T, Scerbo A, Triphon N, Kim D. Cognitive-perceptual, interpersonal, and disorganized features of schizotypal personality. *Schizophr Bull* 1994;20:191–201. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/20.1.191>.
- [263] Mason OJ. The assessment of schizotypy and its clinical relevance. *Schizophr Bull* 2015;41 Suppl 2:S374–85.
- [264] Pulay AJ, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Schizotypal Personality Disorder: Results From the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009;11:53.
- [265] Huang LC, Hwang TJ, Huang GH, Hwu HG. Outcome of severe obsessive-compulsive disorder with schizotypal features: a pilot study. *J Formos Med Assoc* 2011;110:85–92.

- [266] Jin Lee K, Wook Shin Y, Wee H, Youn Kim Y, Soo Kwon J. Gray matter volume reduction in obsessive-compulsive disorder with schizotypal personality trait. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2006;30:1146–9.
- [267] Poyurovsky M, Faragian S, Pashinian A, Heidrach L, Fuchs C, Weizman R, et al. Clinical characteristics of schizotypal-related obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2008;159:254–8.
- [269] Brakoulias V, Starcevic V, Berle D, Milicevic D, Hannan A, Viswasam K, et al. The clinical characteristics of obsessive compulsive disorder associated with high levels of schizotypy. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48:852–60.
- [270] Whitton AE, Henry JD. The relationship between sub-clinical obsessive-compulsive symptoms and social cognition in chronic schizophrenia. *Br J Clin Psychol* 2013;52:115–28.
- [272] Muris P, Merckelbach H. Thought-action fusion and schizotypy in undergraduate students. *Br J Clin Psychol* 2003;42:211–6.
- [273] Donvan J, Caren Z. *In a Different Key: The Story of Autism*. Crown; 2016.
- [274] Rosen NE, Lord C, Volkmar FR. The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. *J Autism Dev Disord* 2021;51:4253–70.
- [275] Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Acta Paedopsychiatr.* 1968;35(4):100-136.
- [276] Otistik Bozukluk In: Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Çuhadaroğlu Çetin F. (editör) Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008.
- [277] Piven J, Palmer P. Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *Am J Psychiatry* 1999;156:557–63.
- [278] Bolton PF, Pickles A, Murphy M, Rutter M. Autism, affective and other psychiatric disorders: patterns of familial aggregation. *Psychol Med* 1998;28:385–95.

- [279] Daniels JL, Forssen U, Hultman CM, Cnattingius S, Savitz DA, Feychting M, et al. Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. *Pediatrics* 2008;121.
- [280] Folstein S, Landa R, Lainhart J, Bolton P, Chase GA. Personality characteristics of the parents of autistic individuals. *Psychol Med* 1994;24:783–95.
- [281] Christensen L, Hutman T, Rozga A, Young GS, Ozonoff S, Rogers SJ, et al. Play and Developmental Outcomes in Infant Siblings of Children with Autism. *J Autism Dev Disord* 2010;40:946.
- [282] Mito H, Matsuura N, Mukai K, Yanagisawa Y, Nakajima A, Motoyama M, et al. The impacts of elevated autism spectrum disorder traits on clinical and psychosocial features and long-term treatment outcome in adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2014;55:1526–33.
- [283] Wikramanayake WNM, Mandy W, Shahper S, Kaur S, Kolli S, Osman S, et al. Autism spectrum disorders in adult outpatients with obsessive compulsive disorder in the UK. <https://doi.org/10.1080/1365150120171354029> 2017;22:54–62.
- [284] Gorgens KA. Structured Clinical Interview For DSM-IV (SCID-I/SCID-II). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* 2011:2410–7.
- [285] Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, et al. DSM-IV EksenI Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:233-6.
- [286] Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006–11.
- [287] Karamustafalıoğlu O, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. In: 29. National Psychiatry Congress Program and Abstract Book. Bursa: 1993, p. 86.
- [288] Tek C, Uluğ B, Rezaki BG, Tanriverdi N, Mercan S, Demir B, 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.

- [289] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561–71..
- [290] Şahin NH, Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 1988; p.118-26.
- [291] Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893–7.
- [292] Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterl*. 1998; Volume 12, Number 2; p.164-72.
- [293] Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Dev Disord* 2001;31:5–17.
- [294] Aydın C, Erermiş S, Köse S, Bora E. Otizm-Spektrum Anketi Türkçe formunun psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2010;11:253–60.
- [295] Wheelwright S, Auyeung B, Allison C, Baron-Cohen S. Defining the broader, medium and narrow autism phenotype among parents using the Autism Spectrum Quotient (AQ). *Mol Autism*. 2010;1.
- [296] Woodbury-Smith MR, Robinson J, Wheelwright S, Baron-Cohen S. Screening adults for Asperger Syndrome using the AQ: a preliminary study of its diagnostic validity in clinical practice. *J Autism Dev Disord* 2005;35:331–5.
- [299] Yorulmaz O, Yilmaz AE, Gençöz T. Psychometric properties of the Thought-Action Fusion Scale in a Turkish sample. *Behaviour Research and Therapy* 2004;42:1203–14..
- [300] Köklü N, BŞ& ÇBÖ. *Sosyal Bilimler için İstatistik*. Ankara: Pegem Yayınları.: 2006.
- [301] Valleni-Basile LA, Garrison CZ, Waller JL, Addy CL, McKeown RE, Jackson KL, et al. Incidence of Obsessive-Compulsive Disorder in a Community Sample of Young Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:898–906.

- [302] Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A, Harrington H, Grisham JR, Moffitt TE, et al. Obsessions and compulsions in the community: Prevalence, Interference, Help-Seeking, Developmental Stability, and Co-Occurring psychiatric conditions. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166:329–36.
- [303] Canals J, Hernández-Martínez C, Cosi S, Voltas N. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *J Anxiety Disord* 2012;26:746–52.
- [304] Fineberg NA, Hengartner MP, Bergbaum CE, Gale TM, Gamma A, Ajdacic-Gross V, et al. A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2013;17:170
- [305] Mathis MA, Alvarenga P, Funaro G, Torresan RC, Moraes I, Torres AR, Zilberman ML, Hounie AG. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2011;33(4), 390–9.
- [307] 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;76:79–86.
- [309] Lewin AB, Park JM, Jones AM, Crawford EA, DeNadai AS, Menzel J, et al. Family-based exposure and response prevention therapy for preschool-aged children with obsessive-compulsive disorder: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy* 2014;56:30–8.
- [310] Sharma E, Jacob P, Dharmendra A, Reddy YCJ, Seshadri SP, Girimaji SC, et al. Preschool-onset OCD: A review of literature and clinical experience. 2021;85:298–315.
- [311] Weiss AP, Jenike MA. Late-Onset Obsessive-Compulsive Disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12:265–8.
- [314] Rasmussen SA, Eisen JL. The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1992;15:743–58.
- [315] Amato PR, Previti D. People's Reasons for Divorcing: Gender, Social Class, the Life Course, and Adjustment. *Journal of Family Issues*. 2003;24(5), 602–626.

- [316] Samuels J, Joseph Bienvenu O, Riddle MA, Cullen BAM, Grados MA, Liang KY, et al. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behaviour Research and Therapy* 2002;40:517–28.
- [317] Abbey RD, Clopton JR, Humphreys JD. Obsessive-compulsive disorder and romantic functioning. *J Clin Psychol* 2007;63:1181–92.
- [318] Kalra H, Trivedi JK, Dalal PK, Sinha PK, Allet JL. Uncomplicated and complicated obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from India. *Compr Psychiatry* 2008;49:51–4.
- [319] Tükel R, Polat A, Özdemir Ö, Aksüt D, Türksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2002;43(3), 204-209.
- [320] Torres AR, Fontenelle LF, Shavitt RG, Ferrão YA, Do Rosário MC, Storch EA, et al. Comorbidity variation in patients with obsessive–compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *J Affect Disord*. 2016;190:508–16.
- [321] Mancebo MC, Garcia AM, Pinto A, Freeman JB, Przeworski A, Stout R, et al. Juvenile-onset OCD: clinical features in children, adolescents and adults. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:149–59.
- [322] Lochner C, Fineberg NA, Zohar J, Van Ameringen M, Juven-Wetzler A, Altamura AC, et al. Comorbidity in obsessive–compulsive disorder (OCD): A report from the International College of Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Compr Psychiatry* 2014;55:1513–9.
- [323] Viswanath B, Narayanaswamy JC, Rajkumar RP, Cherian A V., Kandavel T, Math SB, et al. Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2012;53:775–82.
- [324] Nestadt G, Grados M, Samuels JF. Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 2010;33:141–58.
- [325] Hasler G, Pinto A, Greenberg BD, Samuels J, Fyer AJ, Pauls D, et al. Familiality of Factor Analysis-Derived YBOCS Dimensions in OCD-Affected Sibling Pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biol Psychiatry* 2007;61:617–25.

- [326] Yang W, Tang Z, Wang X, Ma X, Cheng Y, Wang B, et al. The cost of obsessive-compulsive disorder (OCD) in China: a multi-center cross-sectional survey based on hospitals. *Gen Psychiatr* 2021;34
- [327] Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Chong SA. Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:2035–43.
- [328] Pérez-Vigil A, Mittendorfer-Rutz E, Helgesson M, Fernández De La Cruz L, Mataix-Cols D. Labour market marginalisation in obsessive-compulsive disorder: a nationwide register-based sibling control study. *Psychol Med* 2019;49:1015–24.
- [329] Albert U, De Ronchi D, Maina G, Pompili M. Suicide Risk in Obsessive-Compulsive Disorder and Exploration of Risk Factors: A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol* 2018;17:681–96.
- [330] Angelakis I, Gooding P, Tarrier N, Panagioti M. Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015;39:1–15.
- [331] 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;276:1001–21.
- [332] Ghamari Kivi H, Mohammadipour Rik N, Sadeghi Movahhed F. Explanation of obsessive-compulsive disorder and major depressive disorder on the basis of thought-action fusion. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2013;7(2):44-50.
- [333] Thompson-Hollands J, Farchione TJ, Barlow DH. Thought-action fusion across anxiety disorder diagnoses: specificity and treatment effects. *J Nerv Ment Dis* 2013;201:407–13.
- [335] Borkovec TD, Hazlett-Stevens H, Diaz ML. The Role of Positive Beliefs about Worry in Generalized Anxiety Disorder and its Treatment. *Clin Psychol Psychother* 1999;6:126–38.
- [336] Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Schmidt H. The thought-action fusion scale: further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy* 2001;39:537–44.

- [337] Rassin E, Diepstraten P, Merckelbach H, Muris P. Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2001;39:757–64.
- [338] Hamidi Bagejan S, Poursharifi H, Mahmood Alilou M, Shirvani A. Thought-Action Fusion and Thought Suppression in People with Obsessive-Compulsive Symptoms, high Schizotypy and Overlapping Symptoms 2011;5:12–22.
- [340] Kabakci E, Demir B, Demirel H, Şevik AE. Thought-action fusion: Is it present in schizophrenia? *Behaviour Change* 2008;25:169–77.
- [341] Yorulmaz O, Inozu M, Gültepe B. The role of magical thinking in Obsessive-Compulsive Disorder symptoms and cognitions in an analogue sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011;42:198–203.
- [343] Lee HJ, Cogle JR, Telch MJ. Thought-action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy* 2005;43:29–41.
- [344] Einstein DA, Menzies RG. The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2004;42:539–49.
- [345] Kapp SK. Autistic community and the neurodiversity movement: Stories from the frontline. Springer Nature. 2020. p. 330
- [346] Chapple M, Worsley JD. Commentary: Considering nomenclature for autism – aligning with the language preferences of the autistic community – a commentary on Kehinde et al. (2021). *Child Adolesc Ment Health* 2021;26:284–5.
- [347] Happé F. Autism: cognitive deficit or cognitive style? *Trends Cogn Sci* 1999;3:216–22.
- [348] Corcoran R. Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind. *J Psychophysiol* 1999.
- [349] Baron-Cohen S. The extreme male brain theory of autism. *Trends Cogn Sci* 2002;6:248–54.
- [350] Baron-Cohen S. Autism: the empathizing-systemizing (E-S) theory. *Ann N Y Acad Sci* 2009;1156:68–80.

- [352] Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about Worry and Intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its Correlates. *J Anxiety Disord* 1997;11:279–96.
- [353] Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive–compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy* 1998;36:899–913.
- [354] Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, Coles ME, Amir N. The validation of a new obsessive–compulsive disorder scale: The Obsessive–Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*. 1998;10(3), 206–214.
- [355] Wells A, Morrison AP. Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: A comparative study. *Behaviour Research and Therapy* 1994;32:867–70.
- [356] Barrett PM, Healy LJ. An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2003;41:285–99.
- [357] Shafran R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 1996;10:379–91.
- [358] Cogle JR, Purdon C, Fitch KE, Hawkins KA. Clarifying relations between thought-action fusion, religiosity, and obsessive-compulsive symptoms through consideration of intent. *Cognit Ther Res* 2013;37:221–31.
- [359] Yorulmaz O, Gençöz T, Woody S. OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. *J Anxiety Disord* 2009;23:401–6.
- [361] Siev J, Cohen AB. Is thought–action fusion related to religiosity? Differences between Christians and Jews. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:829–37.
- [362] Okada T, Kubota Y, Sato W, Murai T, Pellion F, Gorog F. Common impairments of emotional facial expression recognition in schizophrenia across French and Japanese cultures. *Front Psychol*. 2015.
- [363] Rhodes G, Burton N, Jeffery L, Read A, Taylor L, Ewing L. Facial expression coding in children and adolescents with autism: Reduced adaptability but intact norm-based coding. *British Journal of Psychology* 2018;109:204–18.

- [364] Hubert B, Wicker B, Moore DG, Monfardini E, Duverger H, Da Fonséca D, et al. Brief report: Recognition of emotional and non-emotional biological motion in individuals with autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2007;37:1386–92.
- [365] Muralidharan A, Finch A, Bowie CR, Harvey PD. Thought, language, and communication deficits and association with everyday functional outcomes among community-dwelling middle-aged and older adults with schizophrenia. *Schizophr Res* 2018;196:29–34.
- [366] Baron-Cohen S. Theory of mind and autism: A review. *Int Rev Res Ment Retard* 2000;23:169–84.
- [367] Wakabayashi A, Baron-Cohen S, Ashwin C. Do the traits of autism-spectrum overlap with those of schizophrenia or obsessive-compulsive disorder in the general population? *Res Autism Spectr Disord* 2012;6:717–25.
- [368] schizotypy traits: An analysis using the Autism Spectrum Quotient and Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences. *Pers Individ Dif*. 2011;51:128–32.
- [369] Del Giudice M, Angeleri R, Brizio A, Elena MR. The evolution of autistic-like and schizotypal traits: A sexual selection hypothesis. *Front Psychol*. 2010;1:1775.
- [370] Hurst RM, Nelson-Gray RO, Mitchell JT, Kwapil TR. The relationship of Asperger's characteristics and schizotypal personality traits in a non-clinical adult sample. *J Autism Dev Disord*. 2007;37:1711–20.
- [371] Gong J bo, Wang Y, Lui SSY, Cheung EFC, Chan RCK. Childhood trauma is not a confounder of the overlap between autistic and schizotypal traits: A study in a non-clinical adult sample. *Psychiatry Res* 2017;257:111–7.
- [372] Rawlings D, Locarnini A. Dimensional schizotypy, autism, and unusual word associations in artists and scientists. *J Res Pers* 2008;42:465–71.
- [373] Claridge G, McDonald A. An investigation into the relationships between convergent and divergent thinking, schizotypy, and autistic traits. *Pers Individ Dif* 2009;46:794–9.
- [374] Dinsdale NL, Hurd PL, Wakabayashi A, Elliot M, Crespi BJ. How Are Autism and Schizotypy Related? Evidence from a Non-Clinical Population. *PLoS One*. 2013.

- [375] Crespi BJ, Hurd PL. Genetically based correlates of serum oxytocin and testosterone in autism and schizotypy. *Pers Individ Dif* 2015;79:39–43.
- [376] Crespi B, Badcock C. Psychosis and autism as diametrical disorders of the social brain. *Behavioral and Brain Sciences* 2008;31:241–61.
- [377] Hurst RM, Mitchell JT, Kimbrel NA, Kwapil TK, Nelson-Gray RO. Examination of the reliability and factor structure of the Autism Spectrum Quotient (AQ) in a non-clinical sample. *Pers Individ Dif* 2007;43:1938–49.
- [378] Happé F, Ronald A, Plomin R. Time to give up on a single explanation for autism. *Nature Neuroscience* 2006 9:10 2006;9:1218–20.
- [379] Andreasen NC, Arndt S, Miller D, Flaum M, Nopoulos P. Correlational Studies of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms and the Scale for the Assessment of Positive Symptoms: An Overview and Update. *Psychopathology* 1995;28:7–17.
- [380] Basso MR, Nasrallah HA, Olson SC, Bornstein RA. Neuropsychological correlates of negative, disorganized and psychotic symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 1998;31:99–111.
- [381] van Steensel FJA, Bögels SM, Dirksen CD. Anxiety and Quality of Life: Clinically Anxious Children With and Without Autism Spectrum Disorders Compared, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2012;41:6, p.731-738.
- [382] White SW, Oswald D, Ollendick T, Scahill L. Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Clin Psychol Rev* 2009;29:216–29.
- [383] Storch EA, Arnold EB, Lewin AB, Nadeau JM, Jones AM, De Nadai AS, et al. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy Versus Treatment as Usual for Anxiety in Children With Autism Spectrum Disorders: A Randomized, Controlled Trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:132-142.
- [384] Wood JJ, Ehrenreich-May J, Alessandri M, Fujii C, Renno P, Laugeson E, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Early Adolescents With Autism Spectrum Disorders and Clinical Anxiety: A Randomized, Controlled Trial. *Behav Ther* 2015;46:7–19.

- [385] van Steensel FJA, Heeman EJ. Anxiety Levels in Children with Autism Spectrum Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Child and Family Studies* 2017 26:7 2017;26:1753–67.
- [386] Hollocks MJ, Lerh JW, Magiati I, Meiser-Stedman R, Brugha TS. Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2019;49:559–72.
- [387] Lever AG, Geurts HM. Psychiatric Co-occurring Symptoms and Disorders in Young, Middle-Aged, and Older Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* 2016;46:1916–30.
- [388] Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Greden J. Depression in Persons with Autism: Implications for Research and Clinical Care. *J Autism Dev Disord* 2002;32:299–306.
- [389] Croen LA, Zerbo O, Qian Y, Massolo ML, Rich S, Sidney S, et al. The health status of adults on the autism spectrum. 2015;19:814–23.
- [390] Hudson CC, Hall L, Harkness KL. Prevalence of Depressive Disorders in Individuals with Autism Spectrum Disorder: a Meta-Analysis. *J Abnorm Child Psychol* 2019;47:165–75.
- [391] Geurts HM, Stek M, Comijs H. Autism Characteristics in Older Adults with Depressive Disorders. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2016;24:161–9.
- [392] Braunstein-Bercovitz H. Is the attentional dysfunction in schizotypy related to anxiety? *Schizophr Res* 2000;46:255–67.
- [393] Braunstein-Bercovitz H, Lubow RE. Are high-schizotypal normal participants distractible or limited in attentional resources? A study of latent inhibition as a function of masking task load and schizotypy level. *J Abnorm Psychol* 1998;107:659–70.
- [394] Höfer I, Casa V Della, Feldon J. The interaction between schizotypy and latent inhibition: modulation by experimental parameters. *Pers Individ Dif* 1999;26:1075–88.
- [395] Swerdlow NR, Braff DL, Hartston H, Perry W, Geyer MA. Latent inhibition in schizophrenia. *Schizophr Res* 1996;20:91–103.
- [396] Rossi A, Daneluzzo E. Schizotypal dimensions in normals and schizophrenic patients: a comparison with other clinical samples. *Schizophr Res.* 2002;54:67–75.

- [397] Roth RM, Baribeau J. The relationship between schizotypal and obsessive-compulsive features in university students. *Pers Individ Dif* 2000;29:1083–93.
- [398] Sobin C, Blundell ML, Weiller F, Gavigan C, Haiman C, Karayiorgou M. Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *J Psychiatr Res* 2000;34:15–24.
- [399] Debbané M, Van Der Linden M, Balanzin D, Billieux J, Eliez S. Associations among metacognitive beliefs, anxiety and positive schizotypy during adolescence. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:620–6.
- [400] Kwapil TR, Mielock A, Chun CA, Kemp KC, Sperry SH, Gross GM, et al. Association of multidimensional schizotypy with psychotic-like experiences, affect, and social functioning in daily life: Comparable findings across samples and schizotypy measures. *J Abnorm Psychol* 2020;129:492–504.
- [401] Kemp KC, Gross GM, Barrantes-Vidal N, Kwapil TR. Association of positive, negative, and disorganized schizotypy dimensions with affective symptoms and experiences. *Psychiatry Res* 2018;270:1143–9.
- [402] Dutton DG, Karakanta C. Depression as a risk marker for aggression: A critical review. *Aggress Violent Behav* 2013;18:310–9.
- [403] Fonseca-Pedrero E, Debbané M, Ortuño-Sierra J, Chan RCK, Cicero DC, Zhang LC, et al. The structure of schizotypal personality traits: a cross-national study. *Psychol Med* 2018;48:451–62.
- [404] Mason O, Claridge G, Jackson M. New scales for the assessment of schizotypy. *Pers Individ Dif* 1995;18:7–13.
- [405] Oezgen M, Grant P. Odd and disorganized-Comparing the factor structure of the three major schizotypy inventories. *Psychiatry Res*. 2018;267:289–95.
- [406] Duek O, Shahar G, Osher Y, Kofman O. Role of self-criticism in reward and punishment probabilistic learning. *Pers Individ Dif* 2018;134:155–63.
- [407] Coles ME, Mennin DS, Heimberg RG. Distinguishing obsessive features and worries: the role of thought–action fusion. *Behaviour Research and Therapy* 2001;39:947–59.

- [408] Miller CH, Hedges DW. Scrupulosity disorder: An overview and introductory analysis. *J Anxiety Disord* 2008;22:1042–58.
- [409] Abramowitz JS, Deacon BJ. Psychometric properties and construct validity of the Obsessive–Compulsive Inventory—Revised: Replication and extension with a clinical sample. *J Anxiety Disord* 2006;20:1016–35.
- [410] Nelson EA, Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ. Scrupulosity in patients with obsessive–compulsive disorder: Relationship to clinical and cognitive phenomena. *J Anxiety Disord* 2006;20:1071–86.



EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay Formu

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 12.10.2021-86809



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-53043469-050.04.04-86809
Konu : Kararlar

Sayın Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK
Anabilim Dalı Başkanı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.10.2021 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 6 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

KARAR: 6

Protokol No: 2021/168

Sorumlu Yürütücü: Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Levent SEVİNÇOK'un "**Obsesif kompulsif bozuklukta düşünce eylem füzyonu, şizotipi ve otistik özellikler ile ilişkisi**" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir. Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, **[Sonuç Raporu (web'te), (Olgu Rapor Formu/Anket)]** gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSLZ4L41K Pin Kodu : 15752 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSLZ4L41K&eS=86809>
Adres: ADÜ Merkez Kampüsü Aytepe Mevkii 09100 Efeler AYDIN
Telefon: 0256 225 31 66 / 4224 / 4225 Faks: 0256 212 31 69
e-Posta: goetiki@adu.edu.tr Web: akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/
Kop Adresi: adnanmenderesuniversitesi@hs01.kop.tr

Bilgi için: Necla YILDIZ
Unvanı: Memur



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2.Sosyodemografik Klinik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

Tarih:

- 1) Adı-soyadı:
- 2) Cinsiyeti: 1.Erkek 2.Kadın
- 3) Yaşı:
- 4) Medeni Durum: 1. Bekar 2.Evli 3. Dul 4. Boşanmış 5. Ayrı yaşıyor
- 5) Çocuk sayısı:
- 6) Toplam öğrenim yılı:
- 7) Çalışma durumu: 1. Çalışıyor 2. İşsiz 3. Evhanımı 4. Emekli 5. Öğrenci
- 8) Ailenin gelir düzeyi (tl):
- 9) Yetiştği çevre: 1. Şehir 2. Kırsal
- 10) Yaşadığı kişiler:(son 10 yıl ve çoğunlukla):
1. Eş/çocuklar 2. Anne/baba/kardeşler 3. Arkadaşlar 4. Yalnız 5. Yurt/kurum
- 11) Nikotin kullanım öyküsü:
a) Yaşam boyu: 1.Şu anda ve daha önce sigara içmedim
2. Şu anda sigara içmiyorum ama daha önce içiyordum
3. Şu anda sigara içiyorum
b) Şu anda var: Sigara..... (paket/yıl)
- 12) a) Alkol/Madde kullanımı: 1. Var 2. Yok
b) Var ise açıklayınız:
- 13) a)Yaşam boyu eştanı: 1. Var 2. Yok
b) Var ise açıklayınız:.....
- 14) a) Birinci derece akrabada psikiyatrik hastalık öyküsü: 1. Var 2. Yok
b) Varsa kimde ve hastalığın adı:

- 15) a) obsesif kompulsif bozukluk başlangıçyaşı:
b) obsesif kompulsif bozukluk süresi (yıl):
- 16) a) Obsesif kompulsif bozukluk ilk tedavi yaşı:
b) Obsesif kompulsif bozukluk tedavi süresi (yıl) :
c) Hastalık belirtileri başladıktan sonra tedaviye kadar geçen süre (ay):
- 17) a) İntihar girişimi: 1. Var 2. Yok
b) Sayısı:
c) Yaşı:.....
d) Türü:
- 18) Hastaneye yatış sayısı:
- 19) a) Şu anda tedavi alıyor: 1. Evet 2. Hayır
b) Tedavi alıyorsa ne kadar süredir tedavi almakta:
c) İlaçlar:

Ek 3. Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

Y-BOCS SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

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

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

CİNSEL OBSESYONLAR

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

BİRİKTİRME/SAKLAMA OBSESYONLARI

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

DİNİ OBSESYONLAR

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

EŞYALARIN SİMETRİKLİĞİ VE DÜZENİ İLE İLGİLİ OBSESYONLAR

- _____ Doğüstü düşünce ile birlikte (örn. eşyaların yerinde olmaması halinde annesinin başına kaza geleceğı)
- _____ Doğüstü düşünceler olmadan

DİĞER OBSESYONLAR

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

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS)

SOMATİK OBSESYONLAR

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

TEMİZLEME/YIKAMA KOMPULSİYONLARI

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

KONTROL ETME KOMPULSİYONLARI

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

TEKRARLAYICI TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

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

SAYMA KOMPULSİYONLARI

SIRALAMA/DÜZENLEME KOMPULSİYONLARI

BİRİKTİRME/TOPLAMA KOMPULSİYONLARI

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

DİĞER KOMPULSİYONLAR

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

HEDEF SEMPTOM LİSTESİ

OBSESYONLAR:

1.

2.

3.

KOMPULSIYONLAR:

1.

2.

3.

KAÇINMA:

1.

2.

3.

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (Y-BOCS)

"Şimdi, obsesif düşünceleriniz hakkında bazı sorular soracağım." (Hastanın hedef obsesyonlarına yönelik olarak sorunuz.)

1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN

Soru: Obsesif düşünceler ne oranda zamanınızı alıyor? [Obsesyonlar kısa ve gelip geçici ise, saat olarak belirtilmesi güç olabilir. Bu durumlarda, obsesyonların oluş sıklığına göre süreyi tahmin etmelisiniz. İstenmeyen olayların görülme sıklığını ve bu durumun günde kaç saat sürdüğünü göz önüne almalısınız. Sorun:] Obsesif düşünceler ne sıklıkla oluşuyor? [Düşünceye dalma gibi ego ile uyumlu ve rasyonel olan (abartılı olmayan) düşüncelerin saf dışı bırakıldığından emin olunuz.]

- 0: Yok.
- 1: Hafif, günde 1 saatten az veya seyrek.
- 2: Orta, günde 1-3 saat veya sık.
- 3: Ciddi, günde 3-8 saat veya çok sık.
- 4: İleri boyutlarda, günde 8 saatten fazla veya yaklaşık sürekli.

1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (toplam puanlamaya katılmaz)

Soru: Ortalama olarak, bir gün içinde birbirini izleyen kaç saat süreyle obsesif düşüncelerden kurtuluyorsunuz? [Gerekliyse sorunuz:] Obsesif düşüncelerden kurtulduğunuz en uzun süre ne kadardır?

- 0: Yok.
- 1: Uzun, her gün, aralıksız 8 saatten uzun semptomsuz dönem.
- 2: Orta, her gün, 3-8 saat süren aralıksız semptomsuz dönem.
- 3: Kısa, her gün 1-3 saat süren aralıksız semptomsuz dönem.
- 4: İleri derecede kısa, günde 1 saatten az süren semptomsuz dönem.

2. OBSESİF DÜŞÜNCELERDEN ETKİLENME

Soru: Obsesif düşünceleriniz sosyal yaşantınızı veya iş hayatınızı ne oranda etkilemektedir? Bu nedenle gerçekleştirmediğiniz herhangi bir şey oluyor mu? [Hasta o anda çalışmıyorsa, çalışması halinde performansının ne kadar etkilenebileceğini gözönünde bulundurunuz.]

- 0: Hiç.
- 1: Hafif, sosyal veya mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok.
- 2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hâlâ başa çıkılabilir durumda.
- 3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.
- 4: İleri derecede, iş göremez durumda.

3. OBSESİF DÜŞÜNCELERE KARŞI DUYULAN RAHATSIZLIK

Soru: Obsesif düşünceler sizi ne kadar rahatsız ediyor? [Çoğu zaman, rahatsızlık anksiyete ile eşdeğerdir. Buna rağmen hastalar, obsesyonlarının "rahatsız edici" olduklarını kabul etmelerine karşın "anksiyete"yi reddederler. Burada, sadece obsesyonların doğurduğu anksiyeteden bahsedilmektedir. Yaygın anksiyete ve diğer semptomlarla birlikte görülen anksiyetelerin bu bölümün kapsamı içine alınmaları gerekir.]

- 0: Hiç.
- 1: Hafif, fazla rahatsızlık vermeyen.
- 2: Orta, rahatsız edici, fakat başedilebilir.
- 3: Ciddi, çok fazla rahatsız edici.
- 4: İleri derecede, yaklaşık sürekli ve kısıtlayıcı rahatsızlık.

4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME

Soru: Obsesif düşüncelere karşı direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? Aklınıza geldiklerinde, hangi sıklıkla önemsemiyor veya başka şeylere dikkat etmeye çalışıyorsunuz? [Sadece obsesyonları önleme çabalarını değerlendiriniz. Bu konudaki başarı veya başarısızlıkları gözönüne almayınız. Hastanın obsesyonlara karşı ne kadar direndiği, onları kontrol etme yeteneği ile ilişkili olabilir veya olmayabilir. Bu madde, istenmeyen düşüncelerin ciddiyet derecesinin doğrudan değerlendirilmesi yerine sağlık göstergesini, örneğin, kaçınma ve kompulsiyonu gerçekleştirme dışında kalan yöntemlerle hastanın obsesyonlara karşı çabalamasını, değerlendirmektedir. Bu yüzden, hastanın çabası arttıkça, işlevlerindeki etkilenme o miktarda azalacaktır. Direnmenin "aktif" ve "pasif" türleri vardır. Davranış terapisindeki hastalar, obsesif semptomlar ile hiç mücadele etmeyerek (örn. "bırak, düşünceler gelsin"; pasif direnme) veya istemli olarak bu düşünceleri aklına getirerek, başa çıkmaya çalışıyor olabilirler. Bu maddede, bu tür davranış tekniklerinin kullanılıyor olmasını direnme olarak kabul ediniz. Obsesyonların çok az olması halinde, hasta onlara karşı direnme gereksinimi duymayabilir. Böyle durumlarda "0" puan veriniz.]

- 0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki, çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.
- 1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.
- 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
- 3: Çaba göstermeden tüm obsesyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.
- 4: Tam ve gönüllü olarak obsesyonlara boyun eğmiş durumdadır.

5. OBSESİF DÜŞÜNCELERİ KONTROL ETME DERECEİ

Soru: Obsesif düşüncelerinizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz? Obsesif düşüncelerinizi önlemede veya dikkatinizi başka yöne çekmede ne kadar başarılısınız? Aklınızdan çıkarabiliyor musunuz? [Bir önceki maddede yer alan direnmenin aksine, hastanın obsesyonlarını kontrol etme yeteneği, istenmeyen düşüncelerin ciddiyeti ile daha yakından ilgilidir.]

- 0: Tam olarak kontrol edebiliyor.
- 1: Büyük oranda kontrol edebiliyoruz, genellikle biraz çaba ve dikkatini toplayarak obsesyonları durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.
- 2: Orta derecede kontrol edebiliyor, obsesyonları bazen durdurabiliyor veya aklından çıkarabiliyor.
- 3: Az miktarda kontrol edebiliyor, obsesyonları durdurmada veya aklından çıkarmada nadiren başarılı oluyor. Dikkatini sadece zorlukla başka konulara yönltebiliyor.
- 4: Kontrol edemiyor, tamamıyla istemsiz olarak obsesyonlar mevcuttur. Bir an bile aklından çıkaramamaktadır.

"Bundan sonra yer alan bazı sorular, kompulsif davranışlarınız ile ilgilidir." [Hastanın hedef kompulsiyonunu spesifik olarak belirtiniz.]

6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN ZAMAN

Soru: Kompulsif davranışlar için ne kadar zaman harcıyorsunuz? [Günlük yaşam etkinlikleri törensel olarak uygulama varsa, şu soruyu sorunuz:] Bu inançlarınız nedeniyle, günlük sıradan etkinlikler için diğer insanlardan ne kadar fazla zaman harcıyorsunuz? [Kompulsiyonlar kısa süreli ve gelip geçici ise, bunların uygulanması sırasında geçen sürenin toplam şu kadar saat şeklinde ifade edilebilmesi olanaksız olabilir. Bu durumda, ne sıklıkta uygulandığına göre harcanan süreyi tahmin ediniz. Kompulsiyonların günde kaç kez olduğunu ve günde kaç saat etkilendiğini birlikte değerlendiriniz. Kompulsif davranışların günde kaç kez tekrarlandığı değil,

hangi sıklıkta oluştuğu dikkate alınmalıdır. Örneğin, günde 20 kez banyoya giderek, her seferinde ellerini 5 kez hızla yıkayan bir hasta, 5 veya $5 \times 20 = 100$ değil, 20 kez kompulsif davranış gösteriyor demektir. Şu soruyu sorunuz:] Kompulsiyonları ne sıklıkta yapıyorsunuz? [Çoğu zaman kompulsiyonlar gözlemlenebilir davranışlardır (örn. el yıkama), fakat bazı kompulsiyonlar görülebilir değildir (örn. içten kontrol etme).]

- 0: Hiç.
- 1: Hafif (günde 1 saatten az) veya seyrek olarak.
- 2: Orta (günde 1-3 saat) veya sık sık kompulsif davranışlar.
- 3: Ciddi (günde 3-8 saat) veya çok sık kompulsif davranışlar.
- 4: İleri derecede (günde 8 saatten fazla) veya nerdeyse sürekli olarak kompulsif davranışlar (sayılamayacak kadar fazla).

6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN SÜRE (Toplam puanlamaya katılmaz)

Soru: Ortalama olarak, bir gün içinde birbirini izleyen kaç saat süreyle kompulsif davranışlardan kurtuluyorsunuz? [Gerekliyorsa sorunuz:] Kompulsif davranışlardan kurtulduğunuz en uzun süre ne kadardır?

- 0: Hiç semptom yok.
- 1: Uzun, her gün, aralıksız 8 saatten uzun süren semptomsuz dönem.
- 2: Orta, her gün, 3-8 saat süren aralıksız semptomsuz dönem.
- 3: Kısa, her gün, 1-3 saat süren aralıksız semptomsuz dönem.
- 4: İleri derecede kısa, günde 1 saatten az süren semptomsuz dönem.

7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ

Soru: Kompulsif davranışlarınız sosyal yaşantınızı veya iş hayatınızı ne oranda etkilemektedir? Bu nedenle gerçekleştiremediğiniz herhangi bir şey oluyor mu? [Hasta o anda çalışmıyorsa, çalışması halinde performansının ne kadar etkilenebileceğini gözönünde bulundurunuz.]

- 0: Hiç.
 - 1: Hafif, sosyal veya mesleki uğraşlar çok hafif olarak etkilenmekle birlikte, genel performansta değişiklik yok.
 - 2: Orta, sosyal ve mesleki uğraşlar kesin olarak etkilenmiş olmakla birlikte hâlâ başa çıkılabilir durumda.
 - 3: Ciddi, sosyal ve mesleki performans belirgin olarak azalmış.
 - 4: İleri derecede, iş göremez durumda.
-

8. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DUYULAN RAHATSIZLIK

Soru: Kompulsif davranışlarınız engellenseydi neler hissederdiniz? [Duraklayınız] Ne kadar rahatsız olurdunuz? [Kompulsif davranış ikna edilmeden aniden kesilmesi halinde, hastanın duyacağı rahatsızlık derecesini değerlendiriniz. Her zaman olmamakta birlikte, çoğunlukla, kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi huzursuzluğu azaltır. Görüşmeyi yapan kişi, kompulsiyonun yukarıda bahsedildiği şekilde engellenmesi durumunda anksiyetenin azaldığı kanısına ulaşıyorsa, şu soru sorulmalıdır:] Tamamlandığına ikna olana kadar kompulsif davranışınızı sürdürürken ne kadar anksiyete duyarsınız?

0: Hiç.

- 1: Kompulsif davranışın engellenmesi halinde veya kompulsif davranışın gerçekleştirilmesi esnasında hafif anksiyete.
- 2: Orta, kompulsif davranışın engellenmesi halinde sıkıntı duyduğunu, fakat başedilebilir düzeyde olduğunu veya kompulsiyonun gerçekleştirilmesi sırasında anksiyetenin artabildiğini fakat başa çıkabildiğini bildirmektedir.
- 3: Ciddi kompulsiyonların engellenmesi halinde veya kompulsif davranışlar sırasında, anksiyete belirgin şekilde artmaktadır.
- 4: İleri derecede, kompulsif davranışa en ufak bir müdahale halinde veya kompulsiyon sırasında iş göremez duruma sokan anksiyete.

9. KOMPULSİF DAVRANIŞLARA KARŞI DİRENME

Soru: Kompulsif davranışlara karşı direnmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz? [Sadece direnme çabalarını değerlendiriniz. Kompulsiyonları kontrol başarılarını veya başarısızlıklarını dikkate almayınız. Hastanın kompulsiyona karşı ne kadar direndiği, onları kontrol etme yeteneği ile paralellik gösterebilir veya göstermeyebilir. Bu madde, kompulsiyonların ciddiyetini doğrudan ölçüm yerine, sağlık göstergesini değerlendirmektedir (örn. hastanın kompulsiyona karşı gösterdiği çabalar). Hastanın direnme çabaları arttıkça, işlevleri o derece az etkilenecektir. Kompulsiyonlar çok azsa, hasta onlara karşı direnme gereksinimi duymayabilir. Bu durumda "0" puan veriniz.]

- 0: Her zaman direnmeye çalışmaktadır veya semptomlar o kadar azdır ki, çaba harcama gereksinimi duymamaktadır.
- 1: Çoğu zaman direnmeye çalışmaktadır.
- 2: Direnmek için bir miktar çabalamaktadır.
- 3: Çaba göstermeden tüm kompulsiyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.
- 4: Kompulsiyonlara tam ve gönüllü olarak boyun eğmiştir.

- 3: Çaba göstermeden tüm kompulsiyonlara teslim olmuştur, fakat bu durumdan bir miktar hoşnutsuzluk duymaktadır.
- 4: Kompulsiyonlara, tam ve gönüllü olarak boyun eğmiştir.

10. KOMPULSİF DAVRANIŞLARI KONTROL ETME DERECEİ

Soru: Sizi kompulsif davranış yapmaya iten şey ne kadar güçlü? [Duraklayınız] Kompulsiyonlar üzerine ne kadar kontrolünüz var? (Bir önceki maddede yer alan direnmenin aksine, hastanın kompulsiyonları kontrol etme yeteneği, kompulsiyonların ciddiyeti ile daha yakından ilgilidir.)

- 0: Tam olarak kontrol edebiliyor.
- 1: Büyük oranda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için bir miktar baskı hissediyor, fakat genellikle kontrol edebiliyor.
- 2: Orta derecede kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için büyük baskı hissediyor, zorlukla kontrol edebiliyor.
- 3: Az miktarda kontrol edebiliyor, gerçekleştirmek için çok büyük baskı hissediyor, tamamlamak zorunda kalıyor, sadece güçlüklerle geciktirebiliyor.
- 4: Kontrol edemiyor, tamamiyle istemsiz olarak kompulsiyonları gerçekleştirmektedir, bir an için bile geciktirememektedir.

"Bundan sonra yer alan sorular, hem obsesyonlar, hem de kompulsiyonlar hakkındadır. Sorunlarla ilgili bazı sorular bulunmaktadır." Bu sorular deneyseldir ve toplam Y-BOCS puanlamasına dahil edilmezler, fakat semptomların değerlendirilmesinde yardımcı olabilirler.

11. HAFTANIN OBSESYONLARI VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA İÇGÖRÜSÜ

Soru: Düşünceleriniz ve davranışlarınızın mantıklı olduğunu düşünüyor musunuz? [Duraklayınız] Kompulsiyonlarınızı gerçekleştiremediğiniz takdirde ne olacağını tahmin ediyorsunuz? Gerçekten birşeyler olacağına inanıyor musunuz? [Görüşme sırasında izlediğiniz hastanın inançlarına dayanarak hastanın obsesyonu/obsesyonları hakkındaki içgörüsünü değerlendiriniz.]

- 0: Mükemmel içgörü, tümüyle mantıklı.
- 1: İyi bir içgörü. Düşünce ve davranışlarının saçmalığını ve aşırılığını kabul etmekle birlikte anksiyete dışında dikkate alınacak bir şey olmadığı konusunda tatmin olmuş değil (örn. uzun süre şüpheleri vardır).
- 2: Orta derecede bir içgörü. İsteksizce de olsa düşünce veya davranışlarının saçmalığını veya aşırılığını kabul etmekle birlikte kararsızdır. Gerçekçi olmayan korkuları olabilir, fakat değişmeyen inançları yoktur.

- 3: Zayıf içgörü. Düşünce davranışlarının mantıksız veya aşırı olmadığına inanmaktadır, fakat karşı kanıtların geçerliliğini de kabul etmektedir.
- 4: İçgörüsü kaybolmuş, hayal dünyasında. Düşünce ve davranışlarının mantıklı olduğuna tam olarak inanmış durumdadır, karşı kanıtlara karşı tepkisizdir.

12. KAÇINMA

Soru: Obsesyonel düşünceleriniz nedeniyle veya istemeden kompulsif hareketler yapacağınız endişesi ile herhangi bir şeyi yapmaktan, herhangi bir yere gitmekten veya herhangi biri ile birlikte olmaktan kaçındığınız oluyor mu? [Yanıt "evet" ise şu soruyu sorunuz:] Bu kaçınma ne oranda oluyor? [Hastanın ne kadar kaçındığını değerlendiriniz. Bazen kompulsiyonlar, hastanın korktuğu bir şey ile temastan "kaçınma" şeklinde olabilir. Örneğin, törensi bir tarzda elbise yıkama, kaçınma davranışı değil, kompulsiyon olarak kabul edilmelidir. Hasta çamaşır yıkamıyor ise, bu durum kaçınma olarak kabul edilmelidir.]

- 0: Görünen bir kaçınma yok.
- 1: Hafif, en alt düzeyde kaçınma var.
- 2: Orta, görülen, açık bir kaçınma var.
- 3: Ciddi, çok fazla kaçınma var.
- 4: İleri derecede, aşırı boyutlarda kaçınma, semptomları başlatabilecek olan hemen her şeyi yapmaktan kaçınmaktadır.

13. KARARSIZLIK DERECESESİ

Soru: Diğer kişilerin bir seferde karar verdikleri ufak şeyler hakkında karar verirken zorlanıyor musunuz (örn. sabahları hangi kıyafetleri giyeceğiniz hakkında)? [Derin düşünceyi gösteren karar verme güçlüklerini değerlendirmeyiniz. Rasyonel olarak karar vermenin güç olduğu karmaşıklık durumlarını da değerlendirmeyiniz.]

- 0: Kararsızlık yok.
 - 1: Hafif, bazı küçük şeyler hakkında karar verme güçlüğü.
 - 2: Orta, başkalarının ikinci bir kez düşünmeyecekleri şeyler hakkında bile karar verirken güçlük çektiğini belirtmektedir.
 - 3: Ciddi, önemli olmayan konularda bile sürekli yarar/zarar değerlendirmesi yapmaktadır.
 - 4: İleri derecede, karar verme yetisi kaybolmuş, iş göremez durumdadır.
-

14. AŞIRI SORUMLULUK HISSİ

Soru: Yaptıklarınız sonucunda olanlar hakkında kendinizi çok fazla sorumlu hissediyor musunuz? Hiçbir şekilde kontrolünüz altında olmayan olayların sonucu hakkında kendinizi suçlu hissediyor musunuz? [Normal sorumluluk duygusu, değersiz hissedilme duygusu ve patolojik suçluluk ile karıştırılmamalıdır. Suçluluk duyan bir kişi, kendini veya yaptıklarını kötü, şeytani olarak nitelendirir.]

- 0: Yok.
- 1: Hafif, sadece sorulduğunda bahsedilen hafif sorumluluk artışı.
- 2: Orta, hastanın kendiliğinden bahsettiği, açıkça görülen düşünceler; hasta kendi kontrol edebileceği olayların dışında kalanlar için aşırı sorumluluk hissetmektedir.
- 3: Ciddi, bu tür duygular yaygındır ve önde gelmektedir; kesinlikle kendi kontrolü dışında kalan olaylardan bile kendini sorumlu hissetmektedir. Kendini anlamsız, hatta saçma bir şekilde suçlamaktadır.
- 4: İleri, delilik derecesinde sorumluluk (örn. kompulsyonlarını gerçekleştiremediği için, binlerce kilometre ötede olan bir depresyondan kendini suçlu hissetmek).

15. HAREKETLERDE BELİRGİN YAVAŞLAMA VE RAHATSIZLIK HISSİ

Soru: Size verilen görevlere başlarken veya bitirirken güçlük çekiyor musunuz? Birçok olağan iş, olması gerekenden daha uzun sürüyor mu? [Depresyona bağlı ikincil psikomotor yavaşlama ile karıştırmayınız. Özel bir obsesyon saptanmasa bile, olağan işlerin gerçekleştirilmesi için harcanan zaman artışını değerlendiriniz.]

- 0: Yok.
- 1: Hafif, bazen başlarken veya bitirirken gecikme.
- 2: Orta, sıklıkla olağan işlerin uzun sürmesi, ancak genellikle tamamlanması. Sıklıkla geç olması.
- 3: Ciddi, olağan görevlerin başlanmasında ve bitirilmesinde yaygın ve belirgin zorlanma. Genellikle geç olması.
- 4: İleri derecede, işlemin tümünde yardım görmeden, olağan işlemlere başlayamama ve bitirememe.

16. PATOLOJİK KUŞKU

Soru: Bir işi tamamladığınız zaman, onu doğru olarak yaptığınızdan şüpheleniyor musunuz? Onu başardığınızdan şüpheleniyor musunuz? Olağan şeyleri yaparken, algılarınıza (örn. gördüklerinize, duyduklarınıza ve dokunma duyunuza) güvenmediğiniz oluyor mu?

- 0: Hiç.
- 1: Hafif, sadece sorulduğu zaman bahsedilen hafif patolojik kuşku. Verilen örnekler normal sınırlar içinde olabilir.
- 2: Orta, hasta bu düşünceleri kendisi belirtir, hastanın bazı davranışlarında açık olarak vardır; hasta patolojik kuşkudan rahatsızdır. Performansını bir miktar etkilemekle birlikte bahsedilebilir boyutlardadır.
- 3: Ciddi, algıları hakkındaki kuşkuları belirgindir; patolojik kuşku sıklıkla performansını etkilemektedir.
- 4: İleri derecede, algıları hakkındaki kuşkuları süreklidir; patolojik kuşkuları hemen her tür faaliyetini belirgin olarak etkilemektedir. İşgöremez durumdadır (örn. hasta "gördüklerime inanmıyorum." diye belirtmektedir).

(Madde 17 ve 18 hastalığın global ciddiyeti ile ilgilidir. Görüşmecinin sadece obsesif kompulsif semptomlarının ciddiyetini değil, global işlevselliği de dikkate alması gereklidir.)

17. GLOBAL CİDDİYET: Hastanın hastalığının ciddiyeti hakkında görüşmecinin edindiği kanı. 0'dan (hastalığın olmaması durumunda), 6'ya (en ciddi hastalık durumu) kadar derecelendirilir. [Hasta tarafından belirtilen rahatsızlık duyumunu, gözlenen belirtileri ve hastanın belirttiği işlevsel yetersizlikleri dikkate alınız. Sizin kanınız, hem bu bilgilerin ortalama puanlaması, hem de edinilen bilgilerin doğruluğu ve güvenirliliğinin değerlendirilmesi için gereklidir. Bu kanıya, görüşmeyi yaparken edindiğiniz bilgilerin ışığı altında varmalısınız.]

- 0: Hastalık yok.
- 1: Hafif, şüpheli, gelip geçici hastalık; işlevsel bozukluk yok.
- 2: Hafif semptomlar, işlevsel bozukluk az.
- 3: Orta derecede semptomlar, çabayla işlevsel olabiliyor.
- 4: Orta-ciddi derecede semptomlar, işlevsellik kısıtlanmış.
- 5: Ciddi semptomlar, büyük oranda yardımla işlevsel olabiliyor.
- 6: İleri boyutlarda ciddi semptomlar, işgöremez durumda.

18. GLOBAL DÜZELME: Kendi kanınıza göre, ilaç tedavisine bağlı olsun veya olmasın, İLK DEĞERLENDİRMENİN YAPILDIĞI DÖNEMDEN BUGÜNE kadar meydana gelen iyileşmeyi derecelendiriniz.

- 0: Çok daha kötü.
- 1: Daha kötü.

- 2: Biraz daha kötü.
- 3: Değişiklik yok.
- 4: Bir miktar iyileşme var.
- 5: Daha iyi.
- 6: Çok daha iyi.

19. GÜVENİRLİK: Derecelendirme puanlarının güvenilirliğini değerlendiriniz. Güvenirliği etkileyen faktörler arasında hastanın doğal iletişim kurma yeteneği ve hasta ile kooperasyon kurulmaması bulunur. Obsesif-kompulsif semptomların tipi ve ciddiyeti, hastanın düşüncelerini yoğunlaştırmasını, dikkatini ve rahat konuşmasını etkileyebilir (örn. bazı obsesyonlar, hastanın kullandığı kelimeleri çok dikkatli olarak seçmesine neden olabilir.).

- 0: Mükemmel, edinilen bilgilerden şüphelenmek için hiçbir neden yok.
- 1: İyi, güvenilirliği kötü yönde etkileyebilecek faktör(ler) var.
- 2: Orta, güvenilirliği kesin olarak azaltan faktör(ler) var.
- 3: Zayıf, güvenilirlik çok az.

17 ve 18'inci maddeler, Clinical Global Impression Scale'den uyarlanmıştır. (Guy W: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology: Publication 76-338. Washington, D.C., U.S. Department of Health, Education, and Welfare (1976)).

Y-BOCS'un geliştirilmesi, kullanılması ve psikometrik özellikleri hakkında şu kaynaklardan daha ayrıntılı bilgi edinilebilir. [Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability, Arch Gen Psychiatry (46: 1006-1011, 1989)] ve [Goodman WK, Price LP, Rasmussen SA, et al.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part II. Validity. Arch Gen Psychiatry (46: 1012-1016, 1989)].

Y-BOCS'un çocuklar için uyarlanmış olan düzenlemesinin [Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) (Goodman WK, Rasmussen SA, Price LH, Mazure C, Rapoport JL, Heninger GR, Charney DS) kopyaları, Dr. Goodman'dan temin edilebilir.

YALE-BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ (9/89)

HASTA ADI: _____ Y-BOCS TOPLAM PUANI (Madde 1-10 toplamı) _____
 PROTOKOL : _____ TARİH: _____
 HEKİM: _____

	Yok 0	Hafif 1	Orta 2	Ciddi 3	İleri 4						
1. OBSESYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0	1	2	3	4						
1b. OBSESYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 10%;">Semptom yok 0</td> <td style="width: 10%;">Ortalama uzun 1</td> <td style="width: 10%;">Uzun 2</td> <td style="width: 10%;">Çok kisa 3</td> <td style="width: 10%;">Kısa 4</td> </tr> </table>							Semptom yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kisa 3	Kısa 4
	Semptom yok 0	Ortalama uzun 1	Uzun 2	Çok kisa 3	Kısa 4						
2. OBSESYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4						
3. OBSESYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4						
4. OBSESYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0	1	2	3	Tam teslimiyet 4						
5. OBSESYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4						
OBSESYON ALITTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____											
6. KOMPULSİYONLARLA GEÇEN ZAMAN	0	1	2	3	4						
6b. KOMPULSİYONSUZ GEÇEN DÖNEM (Toplam ve alttoplamlara eklemeyiniz) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 10%;">Semptom yok 0</td> <td style="width: 10%;">Uzun 1</td> <td style="width: 10%;">Ortalama uzun 2</td> <td style="width: 10%;">Kısa 3</td> <td style="width: 10%;">Çok kisa 4</td> </tr> </table>							Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kisa 4
	Semptom yok 0	Uzun 1	Ortalama uzun 2	Kısa 3	Çok kisa 4						
7. KOMPULSİYONLARDAN ETKİLENME	0	1	2	3	4						
8. KOMPULSİYONLARDAN RAHATSIZ OLMA	0	1	2	3	4						
9. KOMPULSİYONLARA KARŞI DİRENME	Sürekli direnme 0	1	2	3	Tam teslimiyet 4						
10. KOMPULSİYONLARIN KONTROLÜ	Tam kontrol 0	Yeterli kontrol 1	Orta kontrol 2	Az kontrol 3	Kontrol yok 4						
KOMPULSİYON ALITTOPLAMI (madde 1-5 toplamı) _____											
11. OBSESYON VE KOMPULSİYONLARI HAKKINDA HASTANIN İÇGÖRÜSÜ	Mükemmel 0	1	2	3	Yok 4						
12. KAÇINMA	0	1	2	3	4						
13. KARARSIZLIK	0	1	2	3	4						
14. PATOLOJİK SORUMLULUK	0	1	2	3	4						
15. YAVAŞLAMA	0	1	2	3	4						
16. PATOLOJİK KUŞKU	0	1	2	3	4						
17. GLOBAL CİDDET	0	1	2	3	4	5	6				
18. GLOBAL DÜZELME	0	1	2	3	4	5	6				

Ek 4. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

- 1 (0) Üzgün ve uykusuz değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve uykusuz hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve uykusuzum. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve uykusuzum ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve kararlı değilim.
(1) Gelecek için kararlıyım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzenlenmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başımsız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başımsız olduğumu hissediyorum.
(2) Çoğu kişi baktığında başımsızlıklarla dolu olduğumu görüyor.
(3) Kendimi tümüyle başımsız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunuz.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kaba hat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek istedim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliydim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha can sıkıcı ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkıcı şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyse kolayca karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yalanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufak bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyse oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İhtiyam her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha ihtiyasızım.
(2) İhtiyam çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıfladım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancılar, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tıkanıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Seksle ilgili her hangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seksle ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarından dolayı cezalandırılabilirceğimi düşünüyorum.
(2) Cezami çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 5. Beck Anksiyete Ölçeği

BECK ANKSIYETE ÖLÇEĞİ

İSİM:

TARİH:

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

Ek 6. Düşünce Eylem Kaynaşması Ölçeği

DÜŞÜNCE EYLEM KAYNAŞMASI ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı düşünce ve davranışlara ilişkin ifadeler yer almaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra bu ifadeye ne kadar katıldığınızı belirtiniz. **Tamamen katılıyorsanız 4, Hiç katılmıyorsanız 0** rakamını işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya özen gösteriniz.

	<i>Hiç Katılmıyorum</i> <i>Tamamen Katılıyorum</i>				
1.Eğer birinin zarar görmesini istersem, bu neredeyse ona zarar vermem kadar kötüdür.	0	1	2	3	4
2. Bir akrabamın ya da arkadaşımın trafik kazası geçirdiğini düşünürsem, bu onun kaza geçirme riskini artırır.	0	1	2	3	4
3.Düşerek yaralandığımı düşünürsem, bu benim düşüp yaralanma riskimi artırır.	0	1	2	3	4
4.Din karşıtı bir düşünceye sahip olmak, bence neredeyse böyle davranmak kadar günahdır.	0	1	2	3	4
5 Başka birine küfretmeyi akıldan geçirmek, bence neredeyse gerçekten küfür etmek kadar kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
6.Bir arkadaşım hakkında kaba şeyler düşündüğümde, ona neredeyse kaba davranmış kadar vefasızlık etmiş olurum	0	1	2	3	4
7.Bir insanla ilişkimde onu kandırmayı düşünmek, bence neredeyse gerçekten kandırmak kadar ahlaksızlıktır.	0	1	2	3	4
8. Bir akrabamın ya da arkadaşımın işini kaybettiğini düşünürsem, bu onun işini kaybetme riskini artırır.	0	1	2	3	4
9.Bir başkasıyla ilgili müstahcen şeyler düşünmem, neredeyse bu şekilde davranmam kadar kötüdür.	0	1	2	3	4

10.Bir akrabamın ya da arkadaşımın hastalandığını düşünürsem, bu onun hastalanma riskini artırır.	0	1	2	3	4
11.Saldırganlık içeren düşüncelere sahip olmak, bence neredeyse saldırgan davranmak kadar kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
12.Kıskançlık içeren bir düşüncem olduğunda, bu durum neredeyse bunu söylemiş olmamla aynıdır.	0	1	2	3	4
13.Trafik kazası geçirdiğimi düşünürsem, bu benim kaza geçirme olasılığımı artırır.	0	1	2	3	4
14.Bir başkasına müstehcen hareketler yapmayı düşünürsem, bu neredeyse öyle davranmam kadar kötüdür.	0	1	2	3	4
15.Kutsal yerlerde müstehcen şeyler düşünmek, bence kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
16.Bir akrabamın ya da arkadaşımın düşerek yaralandığını düşünürsem, bu onun düşüp yaralanma riskini artırır.	0	1	2	3	4
17.Hastalandığımı düşünürsem, bu benim hasta olma riskimi artırır.	0	1	2	3	4
18.Bir arkadaşla olumsuz bir eleştiride bulunmayı akıldan geçirmek, bence neredeyse bunu söylemek kadar kabul edilemez bir durumdur.	0	1	2	3	4
19.Kutsal yerlerde müstehcen şeyler düşünmem, neredeyse oralarda böyle şeyleri gerçekten yapmam kadar günahdır.	0	1	2	3	4

ŞİZOTİPAL KİŞİLİK ÖLÇEĞİ

Ad Soyad: _____
 Yaş: _____
 Cinsiyet: _____
 Eğitim (Okul): _____

Lütfen her soruyu evet ya da hayır seçeneklerinden birini işaretleyerek yanıtlayınız. Bu testte doğru ya da yanlış cevap ve şaşırtmaca soru yoktur. Lütfen her sorunun gerçek anlamının ne olacağını çok düşünmeden çabucak yanıt veriniz. Teşekkürler.

- | | | |
|--|------|-------|
| 1. Zaman zaman televizyonda gördükleriniz ya da gazetede okuduklarınızın sizin için özel bir anlam taşıdıklarını hissedersiniz mi? | Evet | Hayır |
| 2. Çok sayıda kişinin olacağı yerlere bazen huzursuz olacağınızı düşünerek giderim. | Evet | Hayır |
| 3. Hiç doğaüstü bir yaşantınız oldu mu? | Evet | Hayır |
| 4. Hiç nesne ya da gölgeleri insan sandığınız veya gürültüyü konuşma sandığınız oldu mu? | Evet | Hayır |
| 5. Diğer insanlar beni biraz sıradışı (acıyıp) bulurlar. | Evet | Hayır |
| 6. Diğer insanları tanımak için çok az istegim var. | Evet | Hayır |
| 7. Diğer insanlar bazen ne söylediğimi anlamayı zor buluyorlar. | Evet | Hayır |
| 8. İnsanlar bazen beni ilgisiz ve mesafeli bulurlar. | Evet | Hayır |
| 9. Arkamdan konuşulduğundan eminim. | Evet | Hayır |
| 10. Yemek veya sinema için dışarı çıktığımda insanların beni fark ettiklerini biliyorum. | Evet | Hayır |
| 11. Resmi bir ortamda görüşme yapmam gerektiğinde huzursuz olurum. | Evet | Hayır |
| 12. Telepatiye inanır mısınız? | Evet | Hayır |
| 13. Hiç, göremeseniz bile belli bir insan ya da gücün çevrenizde olduğunu hissettiğiniz oldu mu? | Evet | Hayır |
| 14. Diğer insanlar bazen benim sıradışı alışkanlık ya da hareketlerim hakkında yorumda bulunurlar. | Evet | Hayır |
| 15. Birçok şeyi kendime saklamayı tercih ederim. | Evet | Hayır |
| 16. Bazen konuşurken çabucak bir konudan başkasına atlanırım. | Evet | Hayır |
| 17. Konuşmam ve bakışlarımla gerçek duygularımı ifade etmekte pek iyi değilimdir. | Evet | Hayır |
| 18. Sıklıkla insanların size zarar vermek istediklerini hissedersiniz mi? | Evet | Hayır |

19. Bazı insanlar halükârda imalı ya da çift anlamlı sözler söylüyor mu?	Evet	Hayır
20. Arkanızda birisi yürürken huzursuz olur musunuz?	Evet	Hayır
21. İnsanların bazen sizin ne düşündüğünüzü bildiklerinden emin olduğunuz anlar var mıdır?	Evet	Hayır
22. Bir kişiye ya da aynada kendinize bakarken hiç yüzün değiştiğini algıladınız mı?	Evet	Hayır
23. Bazen insanlar benim biraz garip olduğumu düşünürler.	Evet	Hayır
24. Başka insanlarla birlikteyken genellikle sessizimdir.	Evet	Hayır
25. Bazen ne söylemeye çalıştığımı unutuyorum.	Evet	Hayır
26. Nadiren kahkaha atar ya da gülümserim.	Evet	Hayır
27. Bazen iş arkadaşları ve dostlarınızın gerçekten sadık ve güvenilir olmadıklarından kaygılanır mısınız?	Evet	Hayır
28. Hiç sıradan bir olay ya da nesnenin sizin için özel bir işaret olduğunu düşündüğünüz oldu mu?	Evet	Hayır
29. İnsanlarla ilk kez tanışırken huzursuz olurum.	Evet	Hayır
30. Paranormal olaylara (gelecekte haber verme, psişik güçler, büyü) inanır mısınız?	Evet	Hayır
31. Sıklıkla düşüncelerimi sesli dile getiren bir ses duyarım.	Evet	Hayır
32. Bazı insanlar benim çok garip bir insan olduğumu düşünürler.	Evet	Hayır
33. Başka insanlara duygusal olarak yakınlaşmaya zor bulurum.	Evet	Hayır
34. Konuşurken sıklıkla konudan çok fazla saparım.	Evet	Hayır
35. Sözel olmayan iletişimde (gülümsemek ve bir sohbet sırasında başını sallamak gibi) beceriksizim.	Evet	Hayır
36. Arkadaşlarımla yanında bile savunmada olmam gerektiğini hissedirim.	Evet	Hayır
37. Bazen reklâmlardan ya da mağaza camlarındaki ilânlardan özel anlamlar çıkarır ya da çevrenizdeki şeylerin size yönelik düzenlendiğini düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
38. Yabancı insanlar arasında olduğunuzda sıklıkla kendinizi huzursuz hisseder misiniz?	Evet	Hayır
39. İnsanlar yanınızda değilken düşüncelerinizi hissedebilir mi?	Evet	Hayır
40. Hiç diğer insanların gözüne gözükemeyen şeyler gördünüz mü?	Evet	Hayır
41. En yakın aile bireyleri dışında kimsenin gerçekten size yakın olmadığını düşünür müsünüz?	Evet	Hayır
42. Bazı insanlar beni konuşma esnasında belirsiz ve anlaşılması zor bulurlar.	Evet	Hayır
43. İncelikli davranış ve jestlere karşılık vermede zorlanırım.	Evet	Hayır
44. İnsanların söyledikleri ve yaptıklarından gizli bir tehdit ya da aşığılana sezdiğiniz oldu mu?	Evet	Hayır
45. Alışveriş sırasında, diğer insanların sizi izlediği hissine kapılır mısınız?	Evet	Hayır
46. Tanımadığım insanların olduğu sosyal ortamlarda kendimi çok rahatsız hissedirim.	Evet	Hayır

Ek 8. Otizm Spektrum Anketi

1 . İşleri tek başıma yaptıktan başkaları ile birlikte yapmayı tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
2 . İşleri tekrar tekrar aynı şekilde yapmayı tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
3 . Hayal ederek zihnimde bir resim yaratmak benim için kolaydır.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
4 . Sıklıkla bir işe diğer işleri gözden kaçırarak kadar kendimi kaptırıyorum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
5 . Sıklıkla diğerlerinin dikkat etmedikleri durumlarda, ben küçük gürültülere dikkat ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
6 . Genellikle araba plakalarına veya benzer sıralı bilgilere dikkat ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
7 . Ben nazik olduğumu düşünsem de, diğer insanlar sıklıkla söylediklerimin kaba olduğunu belirtiyorlar.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
8 . Bir hikaye okurken, karakterlerin neye benzediklerini kolaylıkla hayal edebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
9 . Olayların tarihlerini bilmekten çok hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
10. Sosyal bir ortamda, farklı insanların konuşmalarını kolaylıkla takip edebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
11 . Sosyal ortamlarda rahat ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
12. Diğerlerinin dikkat etmediği ayrıntılara dikkat etme eğilimindeyim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
13. Kütüphaneye gitmeyi bir partiye tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

14. Hikaye uydurmak bana kolay gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
15. Cansız şeylerden çok insanlar ilgimi çeker.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
16. Derin ilgi alanlarım vardır ancak ya sürdüremezsem diye üzülürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
17. Sosyal muhabbetten (lak-lak) hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
18. Ben konuşurken, başkalarının söze girmek istediklerini hiç fark etmiyorum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
19. Rakamlarla ilgilenirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
20. Bir hikaye okurken karakterlerin niyetlerini çıkarsamak bana zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
21. Kurgu okumaktan özellikle hoşlanmam (yazar tarafından hayal edilerek yazılmış hikaye, roman gibi eserler).	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
22. Yeni arkadaşlar edinmeyi zor bulurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
23. Her zaman işlerdeki kalıplara dikkat ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
24. Tiyatroya gitmeyi, müzeye gitmeye tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
25. Günlük rutinim (alıştığım günlük düzenimin) bozulması beni üzmez.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
26. Sık sık sohbetin akışını nasıl sürdüreceğimi bilmediğimi düşünürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

27. Birisi benimle konuşuyorken "satır aralarını okumayı" kolay bulurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
28. Resmin bütününe, genellikle küçük ayrıntılardan daha çok konsantre olurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
29. Telefon numaralarını hatırlamada çok iyi değilimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
30. Bir durum veya bir insanın görünüşündeki küçük değişikliklere sıklıkla dikkat etmem.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
31. Beni dinleyen biri sıkılmaya başladıysa bunu hissedebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
32. Bir defada birden çok şey yapmak bana kolay gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
33. Telefonda konuşurken, konuşma sırasının ne zaman bende olduğundan emin olamam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
34. İşleri spontan (içimden geldiği gibi) olarak yapmaktan hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
35. Şakanın püf (can alıcı) noktasını en son anlayan sıklıkla benimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
36. Kişinin sadece yüzüne bakarak, ne düşündüğünü veya hissettiğini çıkarsamayı kolay bulurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
37. Eğer birisi yapmakta olduğum işi bölerse o işe çok çabuk geri dönebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
38. Sosyal muhabbette iyiyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
39. İnsanlar sıklıkla sürekli aynı şey üzerinde uğraştığını söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

40. Küçükken, diğer çocuklar ile rol yapmayı da içeren oyunlar oynamaktan hoşlanırdım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
41. Bazı şeylerin kategorileri (sınıfları) hakkında bilgi toplamayı severim (örn; araba tipleri, kuş tipleri, tren tipleri, bitki tipleri vs..).	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
42. Başka biri gibi olmanın neye benzeyebileceğini hayal etmek bana zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
43. Katıldığım etkinlikleri özenle planlamaktan hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
44. Önemli günlerden (doğum günü partisi, düğün,...) hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
45. İnsanların niyetlerini anlamak bana zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
46. Yeni durumlar beni kaygılandırır.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
47. Yeni insanlarla tanışmaktan hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
48. İyi bir diplomatımdır (insan ilişkilerinde her iki tarafı da idare edip çıkarlarımı korumayı bilirim).	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
49. İnsanların doğum günlerini hatırlamakta iyi değilimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
50. Çocuklarla rol yapmayı da içeren oyunlar oynamak bana çok kolay gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

Ek 9. Eksen I bozuklukları için DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme-I (SCID-I)

A. DUYGUDURUM EPİZODLARI				
Majör Depresif Epizod				
A. En az 2 hafta süresle				
A1	Depresif duygudurum	?	-	+
A2	Anlatım ilgi yada zevk alınmama	?	-	+
A3	Kilo veya iştah değişimi	?	-	+
A4	Insomnia/hipersomnia	?	-	+
A5	Pulsanactor aşırıyol/retardasyon	?	-	+
A6	Yorgunluk/enerji kaybı	?	-	+
A7	Değerlilik/ Uygun olmayan suçluluk duyguları	?	-	+
A8	Düştüncel/ konsantrasyon güçlüğü ya da kararlılık	?	-	+
A9	Ölüm veya intihar etme düşünceleri	?	-	+
A10	A1-A9 arası maddelerden en az 5 i + kodlanmıştır.	?	-	+
A11	Belirtilerin uykusu yada berraklığa neden olması	?	-	+
A12	Madde kullanımı yada genel tıbbi bağlı değildir	?	-	+

A13	Yas ile açıklanamaz	?	-	+
A14	A10, A11, A12, A13 + kodlanmıştır Tam geçen ay kaydedilmişse bu ayrıla ile	?	-	+ MDE
A15	MD Epizodları sayısız			
	Epizodun başlangıcı			
	Kontrol ediniz:			
	ya anda			
	Geçmiş			
	Geçmişte ise sorunuz			
Manik Epizod				
A16	A. Elere, ayaklara yada imitabl duygularına	?	- Gir A45	+
A17	En az 1 hafta süreyle	?	- Gir A45	+
A18	B.1 Benlik sayısında artışta artma ya da grandiozite	?	-	+
A19	B.2 Uyku performansında azalma	?	-	+
A20	B.3 Daha konuşkan olma	?	-	+
A21	B.4 Fikir uçuşları ya da düşüncelerin yavaş yavaş gibi olma	?	-	+
A22	B.5 Distraktibilite	?	-	+
A23	B.6 Amaca yönelik etkinlikte artma ya da pulsomotor aktivasyon	?	-	+
A24	B.7 Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, azık veren etkinliklere aşırı katılma	?	-	+
A25	B1-B7 arası semptomlardan en az üçü (duyguların imitabl ise ve katılma) değilse 4 ü *	?	- Gir A45	+
A26	C. Şiddetli belirgin klinik bozukluğa neden olacak kadar ağır	?	- Gir A29	+
A27	D. Madde kullanma ya da genel tıbbi bağlı değildir	?	- Gir A45	+
A28	A, B, C, D ölçütleri + Tam geçen ay kaydedilmişse bu ayrıla ile	?	-	+ Manik Epizod
A29	Manik epizodların toplam sayısı			
	Epizodun başlangıcı			
	Kontrol ediniz:			
	ya anda			
	Geçmiş			
	Geçmişte ise sorunuz			
Hipomanik Epizod				
A30	A. En az 4 gün boyunca süren katılma, ayaklar ya da imitabl duygularına	?	- Gir A45	+
A31	B.1 Benlik sayısında artışta artma ya da grandiozite	?	-	+
A32	B.2 Uyku performansında azalma	?	-	+
A33	B.3 Daha konuşkan olma	?	-	+
A34	B.4 Fikir uçuşları ya da düşüncelerin yavaş yavaş gibi birbirlerinin peşini gelmesi	?	-	+
A35	B.5 Distraktibilite	?	-	+
A36	B.6 Amaca yönelik etkinlikte artma ya da pulsomotor aktivasyon	?	-	+
A37	B.7 Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, azık veren etkinliklere aşırı katılma	?	-	+
A38	B1-B7 arası semptomlardan en az üçü (ya da duyguların katılma ya da dördü) + dir	?	- Gir A45	+
A39	C. İşlevsellikte değişiklik olma	?	- Gir A45	+
A40	D. Değişikliklerin başkaları tarafından gözlemleniyor olma	?	- Gir A45	+
A41	E. Belirgin bozukluğa yol açacak ya da hastaneye yatırma gerektirecek derecede ağır değildir ya da psikotik özellik göstermez	?	- Gir A26	+
A42	F. Madde kullanma ya da genel tıbbi bağlı değildir	?	- Gir A45	+
A43	A, B, C, D, E, F ölçütleri + Tam geçen ay kaydedilmişse bu ayrıla ile	?	-	+ Hipo M Epizod
A44	Hipomanik epizodların toplam sayısı			
Düzensizlik Bozukluğu				
A45	A. 2 yıl depresif duygudurum	?	-	+
A46	B. 1 İhtiyaşlılık ya da aşırı yeme	?	-	+

A47	B. 2 Uyumsuzluk ya da aşırı uyku	?	-	+
A48	B. 3 Düşük enerji düzeyi	?	-	+
A49	B. 4 Düşük benlik saygısı	?	-	+
A50	B. 5 Düşünceleri yoğunlaştırma güçlüğü	?	-	+
A51	B. 6 Uyumuzluk duyguları	?	-	+
A52	B semptomların dan en az 2 si + dir	?	-	+
A53	C. 2 yıllık strede 2 aydan daha uzun semptomuz dösem olmamıştır	?	-	+
A54	O sıradaki distimik bozukluğun başlama yaşı	?	-	+
A55	D. bozukluğun ilk 2 yılı boyunca MDE geçirilmemiştir	?	-	+
A56	E. daha önce manik mixt ya da hipomanik epizod geçirilmemiştir.	?	-	+
A57	F Belirtiler sadece psikotik bozukluğun gidişi sırasında görülmez	?	-	+
A58	G. Madde kullanımına yada genel tıbbi bağla değildir	?	-	+
A59	H. Belirtilerin sıkıntı yada bozulmaya neden olması	?	-	+
A60	A. B. C. D. E. F. G ve H ölçütleri +	?	-	+ Dist Bzık Git A61
Genel Tıbbi Duruma bağli Duygudurum bozukluğu				
A61	A. Duygudurumunda bozukluğun olması	?	- Git A 65	+
A62	B. Bu bozukluk: genel tıbbi durumdan doğrudan sonucudur	?	- Git A 65	+
A63	C. Klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden olma	?	-	+
A64	A. B. C + Genel Tıbbi Durumun belirtiriz: Tip Major depresif benzeri epizod Diğer depresif belirtiler Manik Mixt Tam ölçütleri geçen ay karılanmıya iparetle	?	-	+ GTD bağli Duyg. Bozukluğu Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18
Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu				
A65	A. Duygudurumunda bozukluğun olması	?	-	+
A66	B. 1 Belirtiler madde entokükasyonu yada yokmalığı sırasında yada sonraki 1 ay içinde ortaya çıkmıştır B. 2 İlaç kullanımı bu bozukluk ile doğrudan ilişkilidir.	?	- Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18	+
A67	C. Bu bozukluk madde kullanımı ile açıklanamaz	?	- Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18	+
A68	D. Klinik açıdan belirgin sıkıntıya neden olma	?	-	+
A69	A. B. C. D + Tip Major depresif benzeri epizod Diğer depresif belirtiler Manik Mixt Tam ölçütleri geçen ay karılanmıya iparetle	?	-	+ GTD B Duyg Bozuk Git A 12 Git A 27 Git A 42 Git A 58 Git D 11 Git D 18
B. PSİKOTİK VE EŞLİK EDEN SEMPTOMLAR				
Hezeyanlar				
B1	Referans hezeyanları (tanımlayınız)	?	-	+
B2	Persektivar hezeyanları (tanımlayınız)	?	-	+
B3	Grandiyör hezeyanları (tanımlayınız)	?	-	+
B4	Somatik hezeyanları (tanımlayınız)	?	-	+
B5	Diğer hezeyanlar (tanımlayınız)	?	-	+
B6	İşitme halüsinasyonlar	?	-	+
B7	Görsel halüsinasyonlar	?	-	+

C24	Toplam hastalıkta duygudurum epizodlarının süresi hezeyanların süresine göre daha kısadır	?	- Gir C39	+
C25	Madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı olmaması	?	- Gir D1	+
C26	A, B, C, D ve E ölçütleri karşılandı Tüm ölçütleri geçen ay kayıtlarına işaretler	?	-	+ Savr. Bak. Gir D1
Kısa Psikotik Bozukluk				
C27	A. Bir veya daha fazla psikotik semptomun bulunması	?	- Gir C39	+
C28	B. Belirtilerin süresi en az 1 gün ancak 1 aydan daha kısadır	?	- Gir C39	+
C29	Duygudurum bozukluğu, şizofrenik bozukluk ya da şizofreni değildir	?	- Gir C39	+
C30	Madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı olmaması	?	- Gir D1	+
C31	A, B, C, D ve E ölçütleri karşılandı Tüm ölçütleri geçen ay kayıtlarına işaretler	?	-	+ K. Psik. Boz. Gir D1
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluklar				
C32	Belirgin halitüsinasyonlar ya da hezeyanlar	?	- Gir C35	+
C33	B/C Genel tıbbi bir duruma doğrudan fizyolojik bir sonuçtur ve başka bir mental bozuklıkla daha iyi açıklanamaz	?	- Gir C35	+
C34	A ve B/C tüm ölçütleri karşılanmıştır Hezeyanlarla giden Halitüsinasyonlarla giden Genel tıbbi durum belirtilir Tüm ölçütleri geçen ay kayıtlarına işaretler	?	-	+ GTD B Psik. B. Gir C6 Gir C14 Gir C19 Gir C25 Gir C30
Madde Kullanımına Bağlı Psikotik Bozukluklar				
C35	A. Belirgin halitüsinasyonlar veya hezeyanlar	?	-	+
C36	B. İkiinden biri (1)belirtiler madde intoksikasyonu ya da yoksunluğu sırasında (2)ilaç kullanımının bozuklukta etyolojik olarak açıklanır.	?	- Gir C6, C14 Gir C19, C25 Gir C30	+
C37	Madde kullanımının yol açmadığı bir psikotik bozuklıkla açıklanamaz	?	- Gir C6 Gir C14 Gir C19 Gir C25 Gir C30	+
C38	A, B, C kriterleri karşılanmıştır Alkole bağlı psikotik bozukluk hezeyanlarla giden Alkole bağlı psikotik bozukluk halitüsinasyonlarla giden Diğer maddelere bağlı psikotik bozukluk hezeyanlarla giden Diğer maddelere bağlı psikotik bozukluk halitüsinasyonlarla giden Tüm ölçütleri geçen ay kayıtlarına işaretler	?	-	+ Madde K.B. Psik. B. Gir C6 Gir C14 Gir C19 Gir C25 Gir C30
C39	Başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk Tüm ölçütleri geçen ay kayıtlarına işaretler	?	-	+ Gir D1
D. Duygudurum Bozuklukları				
Bipolar I Bozukluk				
D1	Bir veya daha fazla manik ya da mistik epizod öyküsü	?	- Gir D5	+
D2	Genel tıbbi bir duruma ya da bir maddeye bağlı olmayan en az bir manik ya da mistik epizod	?	- Gir D5	+
D3	Şizofrenik bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Şizofreni, şizofreniform bozukluk BTA psikotik bozukluk türüne bınmay değildir.	?	- Gir D5	+
D4	Bipolar I Bozukluğu Tüm ölçütleri geçen ay kayıtlarına işaretler Enson epizod hipomanik Tek manik epizod Enson epizod manik Enson epizod mistik Enson epizod depresif Enson epizod belirtilmemiş Şiddet	?	- Gir E1	+

	1-Hafif 2-Orta 3-Ağır. Psikotik özellikleri olmayan 4-Ağır. psikotik özellikleri olan 5-Kronik Remisyonunda 6-Tam Remisyonunda 0-Belirlenmemiş		
Bipolar II Bozukluk			
D5	Genel tıbbi durumu ya da Madde kullanımına bağlı olmayan en az bir hipomanik epizod	?	– Gör D10
D6	Genel tıbbi durumu ya da Madde kullanımına bağlı olmayan en az bir majör depresif epizod	?	– Gör D10
D7	Hiçbir zaman bir manik epizod ya da bir majör epizod geçirilmemiştir	?	– Gör D10
D8	Şizofrenik bozuklukta daha iyi açıklanamaz. Şizofreni, Şizofreniform bozukluk, BTA psikotik bozukluk üzerine bütünüyle değişir.	?	– Gör D10
D9	En son epizod Bipolar II Bozukluğu, Hipomanik Bipolar II Bozukluğu, Depresif Tam ölçütleri geçen ay karışıklığına işaretler	?	– Gör E1
Diğer Bipolar Bozukluklar			
D10	Klinik açıdan belirgin manik ya da hipomanik semptomlar	?	– Gör D13
D11	Genel tıbbi bir durumu ya da bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı değildir	?	– Gör D13
D12	Tipi belirle Siklotimik bozukluk Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk Tam ölçütleri geçen ay karışıklığına işaretler	?	– Gör E1
Majör Depresif Bozukluk			
D13	Genel tıbbi durumu ya da bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı olmayan en az bir majör depresif epizod	?	– Gör D17
D14	Şizofrenik bozuklukta daha iyi açıklanamaz. Şizofreni, Şizofreniform bozukluk, BTA psikotik bozukluk üzerine bütünüyle değişir.	?	– Gör D17
D15	Hiçbir zaman bir manik, majör ya da hipomanik epizod geçirilmemiştir	?	– Gör D17
D16	Majör Depresif Bozukluk Tam ölçütleri geçen ay karışıklığına işaretler Majör Depresif Bozukluk, tek epizod Majör Depresif Bozukluk, rekürren Şiddet 1-Hafif 2-Orta 3-Ağır. Psikotik özellikleri olmayan 4-Ağır. psikotik özellikleri olan 5-Kronik Remisyonunda 6-Tam Remisyonunda 0-Belirlenmemiş	?	– Gör E1
BTA Depresif Bozukluklar			
D17	Klinik olarak belirgin depresif semptomlar	?	– Gör E1
D18	Genel tıbbi bir durumu ya da bir maddenin doğrudan etkilerine bağlı değildir	?	– Gör E1
D19	BTA Depresif Bozukluk Tam ölçütleri geçen ay karışıklığına işaretler	?	– Gör E1
E.ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI			
E1	Bir ayın içi içme düzeni ya da alkol ile ilgili sorun olduğuna yönelik bir kavram olması	?	– Gör E17
Alkol Kötüye Kullanım tanı ölçütleri			
E2	Alkol kullanımına bağlı olarak işte, okulda ya da evde sorumluluklarını alamama	?	–
E3	Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma(alkolü ile araba, makine vb kullanma)	?	–
E4	Alkole bağlı yineleyici yasal sorunlar	?	–
E5	Alkolün etkilerine bağlı sosyal sorunlara rağmen içme	?	–
E6	KÖTÜYE KULLANIM MADDELERİNDEN ENAZ BİRİ +	?	– Gör E17

Alkol Bağımlılığı								
E7	Tasarlanmadığında daha yüksek miktarlarda ya da uzun bir dönem süresince içme	?	-	+				
E8	Alkol kullanımına denetim altına almak için sürekli istek ya da boşa çıkan çabalar vardır	?	-	+				
E9	Alkoli sağlamak, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama	?	-	+				
E10	Önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması	?	-	+				
E11	Fiziki ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilmesine karşın alkol kullanımı	?	-	+				
E12	Tolerans	?	-	+				
E13	Yoksunluk	?	-	+				
E14	BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ + DİR VE 12 AYLIK DÖNEM İÇERİSİNDE ORTAYA ÇIKAR.	?	- Gir E2 Gir E16	+				
E15	Alkol Bağımlılığı Tam ölçütleri geçen ay karabulmuşuza işaretler	?	-	+ Gir E17				
E16	Alkol Kötüye kullanımı Tam ölçütleri geçen ay karabulmuşuza işaretler	?	-	+ Gir E17				
ALKOLDİŞİ MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI								
E17	Herhangi bir zamanda kullanılan ilacın adını işaretleyiniz	En ağır kullanım dönemi(Yaş, tarih, süre) ve kullanım şeklini tanımlayınız.						
	Sedatif/hipnotik/ Anksiyolitik Kullanış Uyuncular: Amfetamin ve diğerleri Opioid Kokain Hallüsinogen/ Fensiklidin: LSD, Meskalin, ekstazi, ketamin Diğer madde: Stereoidler, tıkalı inhalanslar, nötröz ilaç vb							
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Madde kullanımı</th> </tr> <tr> <th>YOK Gir F1</th> <th>VAR Gir E23</th> </tr> </thead> </table>			Madde kullanımı		YOK Gir F1	VAR Gir E23
Madde kullanımı								
YOK Gir F1	VAR Gir E23							
Alkol dışı maddeleri kötüye kullanıma tam ölçütleri								
E18	1. Madde kullanımına bağlı işte, okulda ya da evde sorumlulukların alınması	?	-	+				
E19	2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda kullanma/madde etkisinde araba, makine vb kullanma)	?	-	+				
E20	3. Maddeye bağlı başlı başlı yitirici yasal sorunlar	?	-	+				
E21	4. Maddelerin etkilerine bağlı sosyal sorunlara rağmen içme	?	-	+				
E22	5. KÖTÜYE KULLANDI MADDELERİNDEN ENAZ BİRİ +	?	- Gir E17, F1	+ Gir E32				
Alkol dışı maddelere bağımlılık tam ölçütleri								
E23	3. Tasarlanmadığında daha yüksek miktarlarda ya da uzun bir dönem süresince madde alma	?	-	+				
E24	4. Madde kullanımına denetim altına almak için sürekli istek ya da boşa çıkan çabalar vardır	?	-	+				
E25	5. Maddeyi sağlamak, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama	?	-	+				
E26	6. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanlarını değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması	?	-	+				
E27	7. Fiziki ya da psikolojik bir sorunun olduğu bilmesine karşın madde kullanımına sürdürülmesi	?	-	+				
E28	1. Tolerans	?	-	+				
E29	2. Yoksunluk	?	-	+				
E30	BAĞIMLILIK MADDELERİNDEN EN AZ 3 TANESİ + DİR VE 12 AYLIK DÖNEM İÇERİSİNDE ORTAYA ÇIKAR.	?	- Gir E18, E32	+ Madde Bağı, Gir F1				
E31	Amfetamin Bağımlılığı Kokain Bağımlılığı Kokain Bağımlılığı Hallüsinogen Bağımlılığı Inhalan Bağımlılığı Opioid Bağımlılığı Fensiklidin Bağımlılığı Sedatif/hipnotik/ Anksiyolitik Bağımlılığı Diğer madde Bağımlılığı Tam ölçütleri geçen ay karabulmuşuza işaretler							
E32	Amfetamin Kötüye kullanımı Kokain Kötüye kullanımı Kokain Kötüye kullanımı Hallüsinogen Kötüye kullanımı Inhalan Kötüye kullanımı			Madde Kötüye kullanımı Gir F1				

	Opoid kötüye kullanımı Feniklidin kötüye kullanımı Sedatif/hipnotik/ Anksiyolitik kötüye kullanımı Diğer madde kötüye kullanımı Tam ölçütleri geçen ay kullanılmaya iparetle		
--	--	--	--

FANKSİYETE BOZUKLUKLARI			
Panik Bozukluğu			
F1	A(1)Yineleyen beklenmedik panik ataklar	?	Gör F25
F2	A(2) Aşağıdakilerden en az biri vardır a. Panik ataktan önceki ile ilgili endişe b. Başka nöbet geçirme korkusu c. Nöbetlere bağlı davranış değişikliği	?	Gör F25
F3	Aşağıdaki panik atak semptomlarının en az dördünün birinin başlaması ve 10 dk. içinde en yüksek düzeye ulaşması.	?	Gör F25
F4	(1)Çarpıntı	?	-
F5	(2)Terleme	?	-
F6	(3)Titreme yada sarsılma	?	-
F7	(4)Nefes darlığı yada boğuluyor gibi olma	?	-
F8	(5)Solunum kısılanması	?	-
F9	(6)Göğüs ağrısı yada göğüsste sıkıntı hissi	?	-
F10	(7)Bulantı yada karın ağrısı	?	-
F11	(8)Baş dönmesi sersemlik hissi	?	-
F12	(9)Derealizasyon yada depersonalizasyon	?	-
F13	(10)Kontrolünü kaybetme yada çıldırma korkusu	?	-
F14	(11)Ötün korkusu	?	-
F15	(12)Paresteziler	?	-
F16	(13)Üriner idrara yada sıvı boşaltma	?	-
F17	1-13 arası maddelerden en az dört tanesi "+" kodlanmıştır	?	Gör F25
F18	C Madde kullanımı veya genel tıbbi bir duruma bağlı değildir	?	Gör F25
F19	D.Başka bir mental bozuklukta daha iyi açıklanamaz	?	Gör F25
Agorafobi ile birlikte Panik Bozukluğu			
F20	(1)Agorafobi varlığı	?	Gör F24
F21	(2)Agorafobik durumlardan kaçınma yada belirgin sınırlı ya da anksiyete ile kısıtlama	?	Gör F24
F22	(3)Anksiyete ya da fobik kaçınma başka bir mental bozuklukta açıklanamaz	?	Gör F24
F23	Agorafobi vardır Agorafobi ile birlikte Panik Bozukluğu Tam ölçütleri geçen ay kullanılmaya iparetle	?	-
F24	Agorafobi yoktur Agorafobi olmadan Panik Bozukluğu Tam ölçütleri geçen ay kullanılmaya iparetle	?	-
Obsesif Kompulsif Bozukluk			
F25	Obsesyonlar (1)Yineleyici düşünceler, dürtüler yada düşlenler	?	Gör F30
F26	(2)Obsesyonlar gerçek yaşam sorunları hakkında dayalıdır ayrı türüstür değildir	?	Gör F30
F27	(3)Kişi bu düşünceleri, dürtileri yada düşlenlerine önem vermemeye yada bunları bastırmaya çalışır yada başka düşünce yada eylemlerle bunları etkisizleştirmeye çalışır	?	Gör F30
F28	(4)Kişi obsesyonlarına kendi zihninin bir ürünü olarak gözetir	?	Gör F30
F29	Obsesyonlardan 1, 2, 3 ve 4 +	?	-
F30	Kompulsyonlar (1)Kişinin yapmaktan kendini alamadığı yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemler	?	Gör F33
F31	(2)Davranışlar yada zihinsel eylemler sınırlıdır kısıtlıdır yolaştır	?	Gör F33

F32	Kompulsiyonlardan 1 ve 2 +	?	-	+
F33	A. Obsesyonlar(F29) yada kompulsiyonlar(F32) vardır	?	Gir F39	+
F34	B. Kişi obsesyon yada kompulsiyonların aşırı yada anlamsız olduğunu kabul eder	?	Gir F39	+
F35	Obsesyon yada kompulsiyonlar belirgin bir şekilde sınırlıdır	?	Gir F39	+
F36	Başka bir eksen I Bozukluğu varsa obsesyon yada kompulsiyonların içeriği bununla uyumlu değildir	?	Gir F39	+
F37	Bir maddenin yada genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir	?	Gir F39	+
F38	A,B,C,D,E kriterleri "+" ile kodlanmıştır Taza ölçütleri geçen ay karşılanmayan ifadeyle	?	-	OKB
F39	TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARI LİSTESİ			
Kısa Tanımlama			Tarih	Yaş
Posttravmatik Stres Bozukluğu				
A. Aşağıdakilerden ikisinin olduğu travmatik olay yaşanmıştır				
F40	1. Kişi gerçek bir ölüm yada ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin yada başkasının fizik bütünlüğünün bir tehdidi olmasına ya da tanık olmuştur	?	Gir F45	+
F41	2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır	?	Gir F45	+
B. Travmatik olaylar aşağıdakilerden biri yoluyla sürekli yaşanır.				
F42	1. Olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanması sıkıntı veren anıları	?	-	+
F43	2. Olaya sık sık atıfta bulunma	?	-	+
F44	3. Travmatik olay anıları yeniden deneyim gibi davranışa yada hissetme	?	-	+
F45	4. Olaya hatırlanan iç yada dış olaylarla karşılanma yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma	?	-	+
F46	5. Olaya hatırlanan iç yada dış olaylarla karşılanma fizyolojik bir tepki gösterme	?	-	+
F47	B semptomlarından en az biri "+" ile kodlanmıştır	?	Gir F45	+
C. Aşağıdakilerden en az 3 tanesinin varlığı ile travmaya eşlik etmiş olan uyumsuzluktan sürekli kaçınma ve tepki gösterme düzeyinde azalma				
F48	1. Travma ile ilgili düşünce, duygu ya da davranışlardan kaçınma	?	-	+
F49	2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler yada kişilerden uzak durma çabaları	?	-	+
F50	3. Travmanın önemli bir yönünü anımsayamama	?	-	+
F51	4. Önemli etkinliklerde veya ilginin yada bunlara katılmanın belirgin olarak azalması	?	-	+
F52	5. İnsanlardan uzaklaşma yada insanlara yabancılaşmış duyguları	?	-	+
F53	6. Duygulanımda kısıtlılık	?	-	+
F54	7. Bir geleceği kalmadığı duygusunun yaşama	?	-	+
F55	C belirtilerinden en az 3' ü "+" ile kodlanmıştır	?	Gir F45	+
D. Aşağıdakilerden en az ikisinin bozulması ile belirli, artmış uyarılabilirlik belirtilerinin sürekli olması				
F56	1. Uykuya dalmakta yada uykuyu sürdürmekte güçlük	?	-	+
F57	2. İritabilite yada ofis performans	?	-	+
F58	3. Duygularını belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma zorluk çekme	?	-	+
F59	4. Hipervijilans	?	-	+
F60	5. Aşırı uykuya tepkisi gösterme	?	-	+
F61	D belirtilerinden en az 2 semptom "+" ile kodlanmıştır	?	Gir F45	+
F62	Bu bozukluk 1 aydan daha uzun sürer	?	Gir F45	+
F63	Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir şekilde sınırlıdır, mesleki alanlarda bozulma	?	Gir F45	+
F64	A, B, C, D, E, F ölçütleri "+" ile kodlanmıştır. Taza ölçütleri geçen ay karşılanmayan ifadeyle	?	-	PTSD
DİĞER ANKSİYETE BOZUKLUKLARI				
F65	Panik Bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi Taza ölçütleri geçen ay karşılanmayan ifadeyle	?	-	+
F66	Sosyal Fobi Taza ölçütleri geçen ay karşılanmayan ifadeyle	?	-	+

F67	Özgül Fobi Tam ölçütleri geçen ay karşılanmıyorsa işaretleyin	?	-	+
F68	Genel Anksiyete Bozukluğu Tam ölçütleri geçen ay karşılanmıyorsa işaretleyin	?	-	+
BTA Anksiyete Bozukluğu				
F69	Bu kategori herhangi bir özgül anksiyete bozukluğu, anksiyete ile giden uyum bozukluğu ya da kompulsif anksiyete ve depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğundan tam ölçütlerini karşılamayan belirgin anksiyete fobik kaçınma gösteren bozukluktan kapsar	?	- Gör F72	+
F70	Genel tıbbi diğer durumun ya da bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir	?	-	+
F71	BTA Anksiyete Bozukluğu Tam ölçütleri geçen ay karşılanmıyorsa işaretleyin	?	-	+
GENEL TIBBİ DURUMA BAĞLI ANKSİYETE BOZUKLUĞU				
F83	A. Belirgin anksiyete, panik ataklar, obsesyonlar ya da kompulsiyonlar	?	-	+
F84	B. C. Bozukluk genel tıbbi duruma bağlıdır ve başka mental bozuklukla açıklanamaz	?	- Gör F87	+
F85	E. Belirtiler klinik açıdan sıkıntıya neden olur	?	-	+
F86	A.B.C ve E ölçütleri + Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu Neden olan genel tıbbi durum belirtiniz Tipi Yaygın anksiyete gösteren Panik atakları gösteren Obsesif kompulsif semptomlar gösteren Tam ölçütleri geçen ay karşılanmıyorsa işaretleyin	?	-	+
MADDE KULLANIMININ YOLAÇTIĞI ANKSİYETE BOZUKLUĞU				
F87	A. Belirgin anksiyete, panik ataklar, obsesyonlar ya da kompulsiyonlar	?	-	+
F88	B. İkisinden biri 1. Belirtiler madde kullanımına ya da yokluğu sırasında ya da sonraki bir ay içerisinde ortaya çıkmıştır 2. İlaç kullanımı belirtilerle etyolojik açıdan ilişkilidir	?	- Gör F18 Gör F37 Gör F70	+
F89	C. Belirtiler madde kullanımının yol açtığı bir anksiyete bozukluğu ile açıklanamaz	?	- GTB Ank B. Gör F18,37,70	+
F90	E. Belirtiler klinik açıdan sıkıntıya neden olur	?	- GTB Ank B. Gör F18,37,70	+
F91	A.B. C ve E ölçütleri + Madde kullanımının yol açtığı bir anksiyete bozukluğu Neden olan genel maddeyi belirtiniz Tipi Yaygın anksiyete gösteren Panik atakları gösteren Obsesif kompulsif semptomlar gösteren Tam ölçütleri geçen ay karşılanmıyorsa işaretleyin	?	-	+
Somatoform Bozuklukları				
F72	Somatizasyon Bozukluğu Birkaç yıllık bir dönem içinde ortaya çıkan 30 yaşımdan önce ortaya çıkan en az 8 adet açıklanamayan bedensel yakınması Tam ölçütleri geçen ay karşılanmıyorsa işaretleyin Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk Somatoform bozukluk için tam ölçütlerini karşılamayan açıklanamayan bedensel yakınmalar Tam ölçütleri geçen ay karşılanmıyorsa işaretleyin	?	-	+
F73	Hipokondriyazis Yeterli tıbbi değerlendirme yapılmamış ve güvence verilmesine karşın ciddi bir hastalık olduğu düşünülmesi Tam ölçütleri geçen ay karşılanmıyorsa işaretleyin	?	-	+
F74	Vücut Dismorfik Bozukluğu Görüntüsündeki hayali bir kusur ile uğraşarak durma Tam ölçütleri geçen ay karşılanmıyorsa işaretleyin	?	-	+
H.Yeme Bozuklukları				
F75	Anoreksiya Nervosa Şişman biri olmaksızın aşırı korkuya eşlik eden olağan ağırlık kiloda ya da bunun biraz üzerinde bir vücut	?	-	+

	ağrısına sahip olmayı kabul etmeme Tam ölçütleri geçen ay karplanmaya işaretle			
F76	Bolivia Nervosa Yaslayan tikarcıların yeni epizodlarının olması Tam ölçütleri geçen ay karplanmaya işaretle	?	-	+
Uyum Bozuklukları				
F77	A. Stres etkenlerinin başlangıcından sonraki 3 ay içinde gösterebilir stres etkenlerine bir tepki olarak duygusal yada davranışsal semptomların gelişimi	?	- SCID Bini	+
F78	B. Aşağıdakilerden birinin varlığı ile kanıtlandığı üzere bu semptomlar yada davranışlar klinik açıdan önemlidir.	?	- SCID Bini	+
F79	C. Stresle ilgili bozukluk başka türlü bir eksen I bozukluğu için tam ölçütlerini karplanmaz ve önceden var olan eksen I yada eksen II bozukluğunun alevlenmesi değildir.	?	- SCID Bini	+
F80	D. Bu semptomlar yarı göstermektedir	?	- SCID Bini	+
F81	E. Stres etkeni bir kez sonlanınca semptomlar ek bir 6 aylık süreden daha uzun sürmez	?	- Gü D17, F80	+
F82	A,B,C,D,E kriterleri "+" ile kodlanmıştır Depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu Anksiyete ile giden uyum bozukluğu Karıyık anksiyete ve depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu Davranış bozukluğu ile giden uyum bozukluğu Karıyık duyg ve davranış bozukluğu ile giden uyum bozukluğu Belirsizleşmiş uyum bozukluğu	?	-	+
			Uyum Boz SCID BİTTİ	