



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ŞİZOFRENİNİN EŞLİK ETTİĞİ VE ETMEDİĞİ
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK
HASTALARINDA SOSYAL BİLİŞ, EMPATİ VE
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Nihat Uçar

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Raşit Tükel

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca birçok alanda kendisinden pek çok şey öğrendiğim, her daim etik değerleri ve bilimsel yaklaşımı ile kendime örnek aldığım, tez danışmanım olmasının verdiği güveni kendisi ile çalışmanın her aşamasında hissettiren, bilgisini ve rehberliğini esirgemeyen hocam Prof. Dr. Raşit Tükel'e,

Akademik ve klinik deneyimlerini her zaman cömertçe ve sabırla paylaşan, pek çok hasta grubu ile çalışabilmemi, bilgi ve tecrübemi artırabilmemi sağlayan, kendilerinden hastalarımı dinlemeyi, anlamayı, değer vermeyi ve iyi bir psikiyatrist olmayı öğrendiğim tüm değerli hocalarıma,

Asistanlığım boyunca birlikte gelişip değiştiğim yol arkadaşlarım olan ve bu zorlu süreçte birbirimize destek olduğumuz asistan arkadaşlarıma, zorda kaldığım anlarda beni yalnız bırakmayan tüm dostlarıma ve Mono ekibine,

Sevgilerini ve desteklerini her an yanımda hissettiğim annem ve babama, sahip olduğum için kendimi hep çok şanslı hissettiğim, tezimin her aşamasında sevgi, bilgi ve tecrübeleri ile yanımda olan abilerim Halit Necmi ve Lütfi'ye, en stresli olduğum dönemlerde bile "amcacım" deyişiyile içimi ısıtan biricik yeğenim Beyzagül'e,

Sonsuz teşekkürlerimle.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER.....	II
KISALTMALAR.....	IV
TABLO DİZİNİ.....	V
EKLER DİZİNİ.....	VI
I. ÖZET.....	1
II. GİRİŞ ve AMAÇLAR.....	5
III. GENEL BİLGİLER.....	7
A. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	7
1. Tanım, Fenomenoloji ve Klinik Özellikler.....	7
2. Tanı ve Sınıflandırma.....	8
3. OKB Epidemiyolojisi ve Eştanıları.....	11
B. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Şizofreni Eştanısı.....	13
1. Fenomenoloji ve Klinik Özellikler.....	13
2. OKB ve Şizofreni Eştanısının Epidemiyolojisi.....	14
C. Sosyal Biliş, Empati ve Yaşam Kalitesi.....	15
1. Sosyal Biliş, Empati ve Yaşam Kalitesinin Tanımları.....	15
2. Sosyal Bilişin Bileşenleri.....	17
a. Zihin Kuramı.....	17
b. Sosyal Algı.....	17
c. Sosyal Bilgi.....	17
d. Atıfsal Yanlılık.....	17
e. Duygu Tanıma veya İşleme.....	18
D. OKB'de Sosyal Biliş.....	18
E. Şizofrenin Eşlik Ettiği OKB'de Sosyal Biliş.....	20
IV. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
A. Örneklem.....	22
1. İşleme Ölçütleri.....	22
2. Dışlama Ölçütleri.....	23
B. Veri Toplama Araçları.....	24
1. Tanı ve Hastalık Şiddetini Ölçmeye Yönelik Araçlar.....	24
2. Sosyal Biliş, Empati ve Yaşam Kalitesini Ölçmeye Yönelik Araçlar.....	25
C. Araştırma Protokolü.....	26
D. Veri Analizi.....	26

V. BULGULAR	27
A. Sosyodemografik Veriler	27
B. Klinik Veriler	28
C. Klinik Ölçekler	30
D. Klinik Değişkenler Arasındaki Bağlılıklar	32
1. Grup İçi Klinik Değişkenler Arasındaki Bağlılıklar	32
a. OKB grubu	32
b. OKB+şizofreni grubu	33
2. Tüm Hasta Grubunda Değişkenler Arasındaki Bağlılıklar	33
VI. TARTIŞMA	36
A. Sosyodemografik Veriler	37
B. Klinik Değişkenlerin Hasta Grupları Arasında Değerlendirilmesi	37
C. Sosyal Biliş, Empati ve Yaşam Kalitesinin Gruplar Arasında Değerlendirilmesi	38
D. Klinik Verilerin Birbirleriyle Olan İlişkilerinin Değerlendirilmesi	40
E. Kısıtlılıklar	43
VII. SONUÇ	44
KAYNAKLAR	46
EKLER	56
Özgeçmiş Formu	Error! Bookmark not defined.

KISALTMALAR

BİDÖ: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

DEZİTÖ: Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

EÖ: Empati Ölçeği

GZOT: Gözlerden Zihin Okuma Testi

HAMA: Hamilton Anksiyete Ölçeği

HAMD: Hamilton Depresyon Ölçeği

ICD: Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması

OK: Obsesif kompulsif

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk

SCID-5/CV: DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version)

WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organization Quality of Life-BREF)

YBOKÖ: Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Sosyodemografik değişkenlerden kategorik olan veriler

Tablo 2: Sosyodemografik değişkenlerden sürekli olan veriler

Tablo 3: Hasta gruplarının kategorik veriler açısından karşılaştırılması

Tablo 4: Hasta gruplarının sürekli değişkenler açısından karşılaştırılması

Tablo 5: Hasta gruplarının eştanılar açısından karşılaştırılması

Tablo 6: Üç grubun klinik değişkenler açısından karşılaştırılması

Tablo 7: Hasta gruplarının klinik değişkenler açısından karşılaştırılması

Tablo 8: OKB grubunda klinik değişkenler arasındaki bağıntılar

Tablo 9: OKB+şizofreni grubunda klinik değişkenler arasındaki bağıntılar

Tablo 10: Tüm hasta grubunda cinsiyet değişkeni kontrol edildiğinde klinik değişkenler arasındaki bağıntılar

EKLER DİZİNİ

Ek-1: Etik Kurul Onayı

Ek-2: Çalışmaya Katılan Hastalar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek-3: Çalışmaya Katılan Sağlıklı Kontroller İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek-4: Sosyodemografik Veri Formu ve Ölçekler

Ek-5: Özgeçmiş Formu



I. ÖZET

Şizofreninin Eşlik Ettiği ve Etmediği Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Sosyal Biliş, Empati ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Amaçlar: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) kişinin toplumsal etkinlikler ve ilişkilerinde önemli derecede bozulmaya neden olan bir hastalıktır. Şizofreni hastalarında ise Obsesif kompulsif (OK) belirtiler ve OKB yaygınlığı genel popülasyona göre çok daha yüksektir. Sosyal biliş, sosyal etkileşimin altında yatan zihinsel süreçleri ifade eder ve OKB hastalarında son yıllarda önemli bir çalışma hedefi haline gelmiştir. Sosyal bilişin OKB hastalarındaki bozulmuş sosyal işlevselliğe katkıda bulunabilecek süreçler olduğu ifade edilmektedir. Bu kişilerin başkalarının niyet ve düşüncelerini yanlış kavradıklarından dolayı günlük yaşamda güçlük yaşayabilecekleri düşünülmektedir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda şizofreninin eşlik ettiği ve etmediği OKB hastalarının sosyal biliş becerileri karşılaştırılmamıştır. Amacımız şizofreninin eşlik ettiği ve etmediği OKB hastalarının sosyal biliş ve empati düzeylerinin karşılaştırılması ve bu hasta gruplarında sosyal biliş, empati ve yaşam kalitesinin; OK belirti şiddeti ve içgörü düzeyleri ile olan ilişkilerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Çalışmamıza OKB tanısı konmuş 27 hasta (OKB grubu), şizofreni ile birlikte OKB tanısı konmuş 22 hasta (OKB+şizofreni grubu) ve 27 sağlıklı birey (kontrol grubu) alınmıştır. Hastalarla iki oturum halinde görüşme yapılmıştır. İlk görüşmede DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version, SCID-5/CV) ile hastaların tanıları kesinleştirilmiştir ve Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAMD), Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAMA) ve Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ) uygulanmıştır. İkinci görüşmede sosyal bilişi değerlendiren Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZİTÖ) ve Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT) uygulanmıştır. Ardından öz bildirime dayalı olan Empati Ölçeği (EÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organization Quality of Life-BREF, WHOQOL-BREF) tamamlamaları istenmiştir.

Bulgular: OKB+şizofreni grubu ile OKB grubu arasında, OK belirti şiddeti, depresyon ve anksiyete şiddeti ve yaşam kalitesi açısından fark bulunmadı. OK belirtilere yönelik içgörü bakımından OKB+şizofreni grubunun BİDÖ puanları OKB grubundan anlamı olarak daha yüksek saptanmıştır. Hasta ve sağlıklıların DEZİTÖ ve GZOT ölçek puanları karşılaştırılmıştır. DEZİTÖ

toplam ve GZOT toplam puanlarında kontrol grubu her iki hasta grubundan, OKB gurubu da OKB+şizofreni grubundan yüksek puan almıştır. OK belirti şiddetindeki artış ile OKB grubunda, DEZİTÖ empatik anlayış alt ölçek puanlarındaki azalma arasında, OKB+şizofreni grubunda ise DEZİTÖ metafor kavrama alt ölçek puanlarındaki azalma arasında ilişki bulunmuştur.

Sonuçlar: Sosyal biliş yetilerinin kontrol grubunda her iki gruptan daha iyi olduğu, OKB grubunda da OKB+şizofreni grubundan daha iyi olduğu ön plana çıkmaktadır. Sosyal bilişin OK belirti şiddeti ile, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile, içgörü düzeyleri ile ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu saptanmıştır. Çalışmamız OKB hastaları ile şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarını sosyal biliş açısından sağlıklı kontroller ile de karşılaştırarak değerlendiren ilk çalışmadır ve OKB hastalarında şizofreni eştanısı olduğunda sosyal bilişin şizofreni eştanısı olmayan OKB hastalarına göre daha fazla bozulduğunu, yaşam kalitesinin ise değişmediğini göstermiştir.

Evaluation of Social Cognition, Empathy and Quality of Life in Patients with Obsessive Compulsive Disorder with and without Schizophrenia

Objectives: Obsessive-compulsive disorder (OCD) causes significant impairment in social activities and relationships. Obsessive compulsive (OC) symptoms and OCD prevalence are much higher in patients with schizophrenia compared to the general population. Social cognition refers to the mental processes underlying social interaction and recently it has become an important research target in OCD patients. Social cognition is a process that may contribute to impaired social functioning in OCD patients. Studies conducted to date have not compared the social cognition skills of OCD patients with and without schizophrenia. Our aim is to compare the social cognition and empathy levels of OCD patients with and without schizophrenia, and to evaluate the relationship between social cognition, empathy and quality of life with OC symptom severity and insight levels in these groups.

Methods: 27 patients with OCD (OCD group), 22 patients with OCD and schizophrenia (OCD+schizophrenia group) and 27 healthy individuals (control group) were included in our study. The patients were interviewed in two sessions. In the first session, patients were examined with the Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version (SCID-5/CV) for definitive diagnoses, and the Yale-Brown Obsession and Compulsion Scale, Hamilton Depression Scale, Hamilton Anxiety Scale, and Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS) were applied. In the second session, Dokuz Eylül Theory of Mind Index (DEToMI) and Reading Mind in the Eyes Test (RMET), which evaluate social cognition, were applied. Then, they were asked to complete the self-report Empathy Quotient and the World Health Organization Quality of Life-BREF Scale.

Results: There was no difference between the OCD+schizophrenia group and the OCD group in terms of OC symptom severity, depression and anxiety severity, and quality of life. In terms of insight for OC symptoms, the BABS scores of the OCD+schizophrenia group were found to be significantly higher than the OCD group. DEToMI and RMET scale scores of patients and healthy subjects were compared. In DEToMI total and RMET total scores, the control group scored higher than both patient groups, and the OCD group scored higher than the OCD+schizophrenia group. A correlation was found in the OCD group, between the increase in OC symptom severity and the decrease in DEToMI empathetic understanding subscale scores. Another correlation was found in the OCD+schizophrenia group, between the increase in OC symptom severity and the decrease in DEToMI metaphor comprehension subscale scores.

Conclusions: Social cognition skills are better in the control group than both groups, and it is better in the OCD group than in the OCD+schizophrenia group. It was determined that social cognition was associated with OC symptom severity, anxiety and depression levels, insight levels and quality of life. Our study is the first to evaluate OCD patients and OCD patients with schizophrenia by comparing them with healthy controls in terms of social cognition, and showed that when OCD patients are diagnosed with schizophrenia, social cognition is impaired more than OCD patients without schizophrenia comorbidity, and the quality of life does not change.



II. GİRİŞ ve AMAÇLAR

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tekrarlayan obsesyonlar ve kompulsiyonlar ve bunların yol açtığı işlev kaybı özelliği gösteren bir hastalıktır. OKB'nin genel nüfustaki yaşam boyu yaygınlığının %1-3 olduğu saptanmıştır (1). Klinik ve epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen veriler, OKB'de psikiyatrik bozukluk eştanılarının sık görüldüğünü ortaya koymaktadır (1). Son çalışmalar, şizofreni popülasyonunda OKB için önceden bildirilenlerden daha yüksek eştanı oranları ortaya koymuştur. Son otuz yılda yapılan çalışmalarda, şizofreni popülasyonunda klinik olarak anlamlı obsesif kompulsif (OK) belirtilerin yaygınlık oranı %10-52, OKB'nin yaygınlık oranı ise %7,8-26 olarak bildirilmiştir (2).

OKB ve şizofreninin birlikte görülmesini incelemeye yönelik bir başka yaklaşım, başlangıçta OKB tanısı konulan hastaların klinik seyrinin gözlemlenmesine dayanır. 475 OKB hastasının yer aldığı bir çalışmada, hastaların %14'ünde psikoz saptanmış; hastaların %4'ü şizofreni ölçütlerini karşılamıştır (3). Başka bir çalışmada ise, ilk psikiyatrik başvurusunda OKB tanısı konulan 135 hastanın %5'ine daha sonra şizofreni tanısının konulduğu gösterilmiştir (4). OKB ve şizofreni eştanı oranları, bu hastalıkların her birinin yaşam boyu yaygınlık oranları ile karşılaştırıldığında (OKB için %2-3, şizofreni için %1), bu iki hastalığın birlikte görülmesinin rastlantı eseri olmadığını düşündürmektedir (2).

Sosyal biliş, sosyal bir bağlamda başarılı ve uyuma yönelik bir şekilde davranabilmeyi sağlayan çok çeşitli ve birbiriyle ilişkili bilişsel süreçleri içeren geniş bir terimdir. Bu terim, yüz ifadeleri gibi sosyal ipuçlarını anlayabilmeyi, başkalarının zihinsel durumlarını kavrayabilmeyi (zihin kuramı veya zihinselleştirme olarak bilinir) ve başkalarının deneyimlerini ve duygularını paylaşabilmeyi içerir (5). Empati, tüm kültürlerde insan doğasının temel bir bileşeni olarak kabul edilmiştir. Empati kurma yeteneği, diğer insanların duygusal durumlarını algılama ve bunlara karşı duyarlı olma konusunda içsel bir yeteneği yansıtır (6). Empatinin çeşitli tanımları önerilmiştir; ancak çok sayıdaki tanımlama arasında temelde iki kavram dikkati çekmektedir: Diğer insanların bakış açısını anlamaya yönelik bir bilişsel yetenek ve başkalarının duygularına yönelik duygulanımsal bir tepki (7). Şizofreni, otizm spektrum bozuklukları, beyin hasarı ve frontotemporal lob dejenerasyonu gibi çeşitli nöropsikiyatrik bozukluklar, empati eksikliklerinin farklı alt süreçlerine sahiptirler (8). OKB hastaları, zihinselleştirme görevlerinde sağlıklı kontrollere göre daha düşük performans göstermişlerdir (9). Çeşitli araştırmalar, OKB hastalarının duygusal algılama ve empatide güçlük yaşadığını göstermektedir (9,10). Kang ve arkadaşları, duygusal farkındalık eksikliğinin OK belirtilerinin sürdürülmesinde çok önemli olabileceğini vurgulamışlardır. Şizofreni hastaları da genellikle sosyal verileri işlemede belirgin bozukluklar

sergilerler. Bu da başkalarının sosyal amaçlarının ve niyetlerinin yanlış yorumlanmasına, sosyal geri çekilmeye ve günlük sosyal işlevselliğin bozulmasına neden olabilir (11). Buna göre hem OKB'si olan hem de şizofrenisi olan bireylerde duygunun tanınması ve işlenmesinin değerlendirilmesi, hastalıklarının birçok sosyal ve kişilerarası yönünü açıklayabilir.

Mevcut literatürde hem şizofreni için hem de OKB için sosyal biliş ve empatinin değerlendirilmesi üzerine çalışmalar mevcuttur (11,12). Ancak, şizofreninin eşlik ettiği OKB tanılı hastalarda sosyal biliş ve empatinin nasıl olduğunu ve bunların yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen bir çalışma yoktur. Bu çalışmada, şizofreninin eşlik ettiği ve etmediği OKB hastaları arasında OK belirti şiddeti, içgörü, sosyal biliş, empati ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması ve bu hasta gruplarında sosyal biliş, empati ve yaşam kalitesinin, OK belirti şiddeti ve içgörü düzeyleri ile olan ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

III. GENEL BİLGİLER

A. Obsesif Kompulsif Bozukluk

1. Tanım, Fenomenoloji ve Klinik Özellikler

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon ve kompulsiyonların birlikte ya da ayrı ayrı görüldüğü, hastada belirgin sıkıntıya ve zaman kaybına neden olan, hastanın olağan günlük işlerinde, mesleki ya da eğitimle ilgili işlevselliğinde, toplumsal etkinlikler ve ilişkilerinde önemli derecede bozulmaya neden olan bir bozukluktur (13).

“Obsesyon” kelimesi ele geçirilmek, kuşatılmak anlamlarına gelen Latince “obsidere” kelimesinden türetilmiş olup bireyin kendisini belli bir düşünce içeriğinden kurtaramaması olarak tanımlanmıştır (14). Obsesyonlar istemsiz olarak kişinin zihnine gelen, bireyi tedirgin eden, bilinçli çaba ile uzaklaştırılamayan, benliğe yabancı, tekrarlayan düşünce, imge ya da dürtülerdir (15).

“Kompulsiyon” sözcüğü ise, Latince “compellere” sözcüğünden gelmekte ve zorlanmış, köşeye sıkışmış anlamında kullanılmaktadır (14). Kompulsiyonlar ise bir obsesyonun yarattığı rahatsızlığı, kaygıyı gidermek, bazı korkulan olay ve durumların olmasını önlemek üzere yapılan tekrarlayıcı davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Bu davranışlar ya da zihinsel eylemler, etkisizleştirilmesi ya da korunmak istenen şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça aşırı düzeydedir (14,16).

OKB önemli derecede yeti yitimine sebep olan ve sık görülen bir bozukluktur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre işlevselliği bozan fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar arasında onuncu sıradadır. 15 - 45 yaşlar arasında kadın cinsiyette ise beşinci sıraya çıkmaktadır (17).

Klinik görünümde obsesyonlar ve kompulsiyonlar için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ) şiddet puanlarının analizi, hastaların %91,0'nun karışık obsesyon ve kompulsiyonlara sahip olduğunu, oysa sadece %8,5'inin ağırlıklı olarak obsesif olduğunu ve %1'den azının ağırlıklı olarak kompulsif olduğunu göstermiştir. Ayrıca, YBOKÖ belirti kontrol listesinin analizi de hastaların sadece %1,7'sinde obsesyonuz kompulsiyonların ve sadece %2,1'inde kompulsiyonsuz obsesyonların varlığını göstermiştir. Yine aynı çalışmada hastaların yaklaşık %80'inin hem zihinsel hem de davranışsal kompulsiyonlarının olduğunu bildirmesi dikkat çekicidir (18).

OKB'nin belirti boyutları incelendiğinde en yaygın obsesyonlar bulaş (%50), patolojik şüphe (%42), bedensel (%33), simetri ihtiyacı (%32), saldırganlık (%31) ve cinsel (%24) şeklinde sıralanır. En yaygın kompulsiyonlar ise kontrol etme (%61), temizleme (%50) ve sayma (%36) sırasıyla gelmektedir (19). Başka bir çalışmada en sık rastlanan obsesyonlar bulaş (%37), patolojik şüphe (%34), simetri ve kesinlik ihtiyacı (%19), saldırganlık (%11,5), bedensel (%5,5) ve cinsel (%3,5) iken, en sık görülen kompulsiyonlar ise kontrol etme (%50), yıkama (%45), düzenlilik veya kesinlik (%13,5) ve saymadır (%8) (20). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise en yaygın obsesyonlar bulaş (%74,1) ve saldırganlık (%60,5) iken, kontrol etme (%72,1) ve temizleme/yıkama (%65,3) en sık kompulsiyonlar olarak saptanmıştır (21). Hastaların önemli çoğunluğunda çoklu obsesyonların ve/veya çoklu kompulsiyonların olduğu gösterilmiştir (19,21).

OKB hastalarının yarısından fazlasında ani başlayan belirtiler vardır. Hastaların yaklaşık yüzde 50 ila 70'i için belirtilerin başlangıcı, hamilelik, cinsel bir sorun veya bir akrabanın ölümü gibi stresli bir olaydan sonra ortaya çıkar (22). Stresli yaşam olaylarının ise kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü gösterilmiştir (23). Ortalama hastalık süresi yaklaşık 9 yıl olmakla birlikte, çeşitli çalışmalarda tam remisyona olasılığı %6-20 ve kısmi remisyona olasılığı %24-50 olarak bildirilmiştir (1,24-26).

Erken başlangıç yaşı, hem obsesif hem de kompulsif belirtilerin olması, hastalık başlangıcındaki düşük sosyal işlevsellik, majik obsesyonlar ve/veya kompulsiyonlar, majör depresyon varlığı ve kronik seyir, daha kötü bir prognoz ile ilişkilendirilirken; evli olmak, obsesyon ve kompulsiyonlara karşı içgörü olması, geç başlangıç ve epizodik seyir ise iyi prognoz göstergeleri olarak ileri sürülmüştür (25-30).

2. Tanı ve Sınıflandırma

OKB, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (ICD)-10'da diğer anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluklarla beraber "Nevrotik, Stresle İlgili ve Somatoform Bozukluklar" grubu içinde (31), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)-IV ve DSM-IV-TR'de "Anksiyete Bozuklukları" başlığı altında sınıflandırılmışken (13), DSM-5'in yayımlanması ile OKB tanı ölçütlerinde ve sınıflandırılmasında önemli gözden geçirmeler olmuştur. Bu önemli değişikliklerden biri, OKB'nin, beden dismorfik bozukluğu, trikotillomani (saç yolma bozukluğu), deri yolma bozukluğu gibi bozukluklarla beraber yeni bir kategori olan "Obsesif-Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar" kategorisine yerleşmesi olmuştur. Bu değişiklik öncelikle, takıntılı düşüncelerin ve/veya tekrarlayan davranışların önde gelen özellik olarak görüldüğü bozuklukları

gruplandırmak için yapılmıştır. Diğer önemli nedenler olarak ise giderek artan sayıdaki çalışmalarda, OKB ve ilişkili bozuklukların, anksiyete bozukluklarından hem davranışsal fenotiplerdeki hem de altta yatan patofizyolojideki farklılıklarının gösterilmesi olmuştur (32–34).

DSM-5'te genel olarak, obsesyon ve kompulsiyon tanımları, birkaç güncelleme dışında aynı kalmıştır. DSM-IV'te obsesyonların tanımlanmasında kullanılan “impuls” (impulse) kelimesinin yerini “dürtü” (urge) kelimesi tercih edilmiştir. Saplantılı düşüncelerin içeriğini tanımlamak için kullanılan “uygunsuz” (inappropriate) kelimesinin yerini ise “istenmeyen” (unwanted) kelimesi kullanılmıştır. DSM-IV-TR'de olduğu gibi, OKB tanısı için obsesyonların ve/veya kompulsiyonların varlığı gerekirken, DSM-IV'teki bireylerin obsesyon ve kompulsiyonlarının aşırı ve anlamsız olduğunu kabul etmeleri ölçütü ile kişinin bunları kendi zihninin bir ürünü olarak görmesi ölçütü DSM 5'te kaldırılmıştır (32,35).

DSM-5'teki diğer bir değişiklik ise OKB belirtilerine yönelik içgörü belirleyicisinin 3 ayrı alt tip olarak tanımlanmasıdır; (1) içgörüsü iyi ya da oldukça iyi, (2) içgörüsü kötü, (3) içgörüsü yok/sanrısız inanışlar. Bu değişiklik, OKB'li kişilerin belirtilerinin anlamsızlığına ilişkin bir dizi farklı içgörüye sahip olduklarını vurgulayarak ayırıcı tanıyı iyileştirme umuduyla yapılmıştır. Ayrıca, yine içgörü belirleyicisi, içgörü yokluğunun veya sanrısız inançların varlığının hastada mutlaka şizofreni veya psikotik bir bozukluk olmadığını, tanının hala OKB olabileceğini vurgular (32,35).

DSM-5 OKB tanı ölçütleri:

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

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

1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

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

1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)

2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Başka bir eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi: Kişi OKB inançlarının kesinlikle ya da olasılıkla gerçek olmadığını farkındadır.

İç görüşü kötü: Kişi OKB inançlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

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

Varsa belirtiniz:

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

ICD-10 OKB tanı ölçütleri:

Kesin tanı koyabilmek için, obsesif belirtiler veya kompulsif hareketler en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı ve sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır. Obsesif belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

- a) Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar;
- b) Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır; hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler veya hareketler bulunabilir;
- c) Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik veya anksiyetenin giderilmesi söz konusudur);
- d) Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

Obsesif kompulsif bozukluğun ICD-10'da başlıca beş tipi tanımlanmıştır:

F42.0: Obsesif düşünceler veya ruminasyonların baskın olduğu tip

F42.1: Kompulsif hareketlerin (obsesif törenlerin) baskın olduğu tip

F42.2: Obsesif düşüncelerin ve hareketlerin birlikte bulunduğu karışık tip

F42.8: Başka obsesif kompulsif bozukluklar

F42.9: Obsesif kompulsif bozukluk, belirlenmemiş.

3. OKB Epidemiyolojisi ve Eştanıları

OKB'nin genel nüfustaki yaşam boyu yaygınlığı (prevalence) %2,3 iken, 12 aylık yaygınlığı %1,2'dir. Genel toplumun %28,2'nin ise hayatlarının bir döneminde obsesyon veya kompulsiyon yaşadığı bildirilmektedir (1). DSM-V'te, OKB'nin 1 yıllık yaygınlığının erişkinlerde %1,1 ile %1,8 arasında olduğu belirtilmiştir (16). Amerika Birleşik Devletleri'nde erişkinlerde OKB sıklığı her yıl için binde 0,55 olarak tahmin edilmiştir (36). Başka bir çalışmada OKB'nin 1 yıllık yaygınlığı % 1.2, yaşam boyu yaygınlık oranı % 2.3 olarak ortaya konmuştur (37). Türkiye'de yapılan çalışmalar ise OKB'nin ülkemizdeki 12 aylık yaygınlığının %0.5-5.6, yaşam boyu yaygınlığının %2.5-6.2 arasında olduğunu göstermiştir (38,39)

OKB'nin cinsiyetler arasındaki dağılımının yapılan bazı çalışmalara göre eşit olduğu (18,19,40), diğer bazı çalışmalara göre ise kadınlarda daha sık olduğu saptanmıştır (41-44). DSM-5'te kadınlarda küçük bir farkla daha sık görüldüğü belirtilmiştir (16). Çocuk ve ergenlerdeki cinsiyetler arası dağılım araştırıldığında ise OKB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü bulunmuştur (45,46).

OKB'nin başlangıç dönemi geç ergenlik ve erken erişkinlik olarak belirtilmektedir. Genel olarak başlangıç yaşı 20li yaşlar olarak belirtilirken, kadınlarda ortalama başlangıç yaşının erkeklere göre daha ileri olduğu saptanmıştır (23,28,47,48). Belirtilerin ilk ortaya çıkışı da başlangıç yaşı gibi kadınlarda (23,4) erkeklere (16,8) göre daha ileri yaşlarda olmaktadır (23). Hastaların çok büyük bir çoğunluğu ise belirtilerin ortaya çıkmasından yaklaşık 10 yıl sonra ilk psikiyatri başvurularını yapmaktadırlar (42).

Yapılan bir çalışma, OKB sıklığının zekâ ve eğitim durumu ile ilişkili olmadığını göstermiştir. Yine aynı çalışmada OKB'si olan bireylerin bekar kalma eğiliminde oldukları ancak evli OKB hastalarında ise beklenenden daha az boşanma olduğu saptanmıştır (19). Yine bir çalışmada OKB'nin evli olan kişilerde daha az görüldüğü bildirilirken, başka bir çalışmada da OKB, boşanmış veya ayrılmış ve işsiz katılımcılar arasında daha yaygın olduğu bulunmuştur (49,50). OKB fobiler, maddeye bağlı bozukluklar ve majör depresif bozukluktan sonra dördüncü en yaygın psikiyatrik tanı olarak değerlendirilmektedir (22).

Yapılan çalışmalarda OKB tanılı hastalarda yaşam boyu ek psikiyatrik bozukluk tanısı konulma oranları %57-86 olarak saptanmıştır (19,37,50). Yaşam boyu eştanı oranları ise majör depresyon için %31,7-67, özgül fobi için %22-46,5, sosyal fobi için %18-27, yaygın anksiyete bozukluğu için %12, panik bozukluğu için %12-13,8, alkol kötüye kullanımı için %9-24,1, yeme bozukluğu için %17 olarak bulunmuştur (19,37,50,51).

Tükel ve arkadaşları ise ülkemizde yaptıkları bir çalışmada OKB hastalarının %68,7'sinde en az bir eksen I bozukluk eştanısı saptamakla beraber; Eksen I bozukluk sayısı bir olan hastaların oranını %31,3, iki olan hastaların oranını %27,9, üç ve üzeri olan hastaların oranını %14,3 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada en sık eşlik eden hastalık mevcut majör depresyon (%39,5), eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ise sıklık sırasına göre distimi (%20,4), basit fobi (%17,7), sosyal fobi (%15,6), yaygın anksiyete bozukluğu (%12,2) ve panik bozukluğu (%9,5) olarak saptanmıştır (21).

OKB hastalarında yaşam boyu Tourette sendromu görülme oranı %7 iken (19), Tourette sendromlu hastalarda OKB görülme oranının %23, OK belirtilerinin görülme oranının %46 olduğu saptanmıştır (52).

OKB hastalarının %74-75'ine en az bir kişilik bozukluğu tanısı konulurken, %39'unun iki veya daha fazla kişilik bozukluğu tanısına sahip olduğu bulunmuştur. En sık konulan tanılar ise obsesif-kompulsif (%23-36), kaçınan (%27-31) ve paranoid (%31-35,3) kişilik bozuklukları olmuştur (53-55).

Birincil tanı OKB olduğunda, bipolar bozukluk yaygınlığının %5-20 arasında olduğu bildirilmektedir. Öte yandan, birincil tanısı bipolar bozukluk olan hastalar, %2 ile %39 arasında değişen bir oranda OKB eştanısı göstermektedirler (56–58).

OKB ve şizofreni eştanısına bir sonraki bölümde yer verilecektir.

B. Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Şizofreni Eştanısı

1. Fenomenoloji ve Klinik Özellikler

OKB ile şizofreni arasındaki ilişkiye dair ilk referanslar XIX. yüzyılın sonlarına kadar gitse de (59), iki hastalık arasında bağlantı fikrinin pekişmesi XX. yüzyılın ilk çeyreğinde olmuştur (60,61). Son zamanlarda, beklenenden daha yüksek eştanı oranlarının saptanması ve atipik antipsikotikler ile tedavi sırasında OK belirtilerinin ortaya çıkması ya da alevlenmesi gibi durumların saptanması nedeniyle bu alana ilgi önemli ölçüde artmıştır (62). Giderek artan sayıdaki çalışma göstermektedir ki, OKB ve şizofreni eştanılı hastalar şizofreni popülasyonunun özel bir alt grubu olarak “şizo-obsesif alt tipi”ni temsil ediyor olabilirler (2).

Şizofreni ve OKB, benzer cinsiyet dağılımı ve başlangıç yaşı özelliğine sahiptir. OK belirtileriler şizofrenili ergen, yetişkin ve yaşlı hastalarda yaşam boyu ortaya çıkabilir (63,64). Çalışmalar, OKB ve şizofreni eştanılı hastalarının çoğunda, OK belirtilerinin ilk psikotik belirtilerden önce başladığını göstermiştir (65). İlk atak şizofreni ve ilişkili bozukluklarla başvuran 172 hastanın 5 yıllık takibinde, %49'unda takip sırasında herhangi bir OK belirti görülmemiştir. Bu hastaların %15'inde sadece ilk değerlendirme sırasında OK belirtiler varken, %13'ünde kalıcı OK belirtiler görülmüştür. Daha sonraki takiplerde şizofrenili hastaların %16'sında aralıklı OK belirti gözlenmesi OK belirtilerinin seyrinin değişken olduğunu düşündürmüştür (66). Ayrıca bu çalışmada eştanılı OKB'nin varlığı, daha şiddetli depresyon, bozulmuş sosyal işlevsellik ve daha kötü premorbid işlevsellik ile ilişkili bulunmuştur (66).

Şizo-obsesif bozuklukta OK belirtilerinin fenomenolojisi birincil OKB hastalarındakine benzer, şiddeti ise tipik olarak ortadan ağıra doğru değişmektedir (67–70). Bir çalışma hastaların %85'inde OK belirtilere ilişkin iyi bir içgörü bildirirken (71), Hindistan'daki bir çalışmada vakaların yarısından azı iyi bir içgörüye sahip olarak bildirilmiştir (%46) (65). OK belirtilerinin şizofreninin klinik fenotipi üzerindeki etkisi belirsizdir. Birçok çalışmada OK belirtiler şizofreniye eşlik ettiğinde psikozun daha erken yaşta başladığı, daha uzun hastalık süresi, daha fazla pozitif ve negatif belirti, daha fazla depresif belirti ve intihar girişimi, daha fazla hastaneye yatış oranı, daha düşük nörobilişsel performans, daha az işe girme veya evlenme olasılığı, daha

düşük yaşam kalitesi, daha fazla yeti yitimi ve genel olarak daha kötü prognozun olduğu bildirilmiştir (72–74). Bununla birlikte, şizofrenide OK belirtilerinin etkisini değerlendiren iki kesitsel çalışmada ise, OK belirtiler eşlik ettiğinde daha az pozitif belirti, daha düşük enerji puanı ve daha yüksek depresyon puanı, daha yüksek Eksen II ve anksiyete bozuklukları eştanısı, daha az yeti yitimi, daha iyi yaşam kalitesi ve OKB için daha fazla aile yükünün olduğu bulunmuştur (65,70). Diğer bir çalışmada ise, şizo-obsesif bozukluğu olan hastalar majör depresif bozukluk, madde kötüye kullanımı veya anksiyete bozuklukları ile değil beden dismorfik bozukluk, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları ile eştanı göstererek şizofreniden farklı bir eştanı paternine sahip olma eğilimi göstermişlerdir (75). Sonuç olarak, literatüre bakıldığında “şizo-obsesif” ve “saf” şizofreni hastaları arasında fenomenoloji ve klinik özellikler açısından anlamlı farklılıklar olduğundan bahsedilebilir.

2. OKB ve Şizofreni Eştanısının Epidemiyolojisi

Şizofreni hastalarında OK belirtiler/OKB yaygınlığını değerlendiren çalışmaların çoğu, 37-400 katılımcı arasında değişen örneklem büyüklüğüne sahip, doğası gereği kesitsel olup yatan hasta/ayakta tedavi popülasyonundan alınan farklı yaş gruplarındaki (yetişkin, ergen, yaşlı) hastaları içermektedir. Bu çalışmalar, OKB tanısı için Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID) ve OK belirtiler/OKB şiddetinin değerlendirilmesi için YBOKÖ ile ölçümlere dayanmaktadır. Bu çalışmalar şizofreni hastalarında OK belirtiler ve OKB yaygınlığının genel popülasyona göre çok daha yüksek olduğunu, OK belirtilerinin yaygınlık aralığının %2,5-64 arasında olduğunu, OKB yaygınlık oranlarının ise %0 ile %37,5 arasında değiştiğini göstermektedir (76,77). Farklı ülkelerden gelen bu çalışmalar, bu belirtilerin tüm dünyada görüldüğünü öne sürerek, daha yüksek OK belirtiler/OKB oranlarıyla fenomenin evrensel olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Ayrıca veriler, ayakta tedavi gören hastalarda OK belirtiler/OKB yaygınlığının yatan hastalara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayaktan hastalardaki daha yüksek yaygınlık, OK belirtilerinin psikozun remisyonundan sonra daha kolay saptanabileceğini düşündürmektedir. Daha fazla veri, aynı zamanda, birden fazla epizodu olan hastalarda, ilk epizod psikozu olanlara kıyasla daha yüksek OK belirtiler/OKB oranları olduğunu düşündürmektedir (76). OK belirtiler/OKB sıklığını değerlendiren az sayıda çalışma vardır ve ilk epizod psikozlu hastalarda 24 aydaki sıklığın OK belirtiler için %3,5 ila %4,3 ve OKB için %0 ila %1,8 arasında değiştiği kaydedilmiştir (78,79). Çok az çalışma, farklı hastalık evrelerine sahip hastalar arasındaki yaygınlığı değerlendirmiştir. Schirmbeck ve Zink tarafından yapılan bir araştırmaya göre, ilk epizod psikoz ve genel şizofreni

hastalarında OK belirtiler ve OKB yaygınlığı sırasıyla %17,1 ve %7,3, %25 ve %12,1 idi (77). Şizofrenide OK belirtilerinin yaygınlık oranlarını araştıran 3978 denekle yapılan 43 çalışmanın bir meta analizinde, OKB ve OK belirtilerinin ortalama yaygınlığının sırasıyla %12,3 ve %30,7 olduğu bildirilmiştir (80).

Ayrıca, çok sayıda epidemiyolojik çalışma, başlangıçtaki OK belirtiler veya OKB tanısı ile psikotik geçiş riski arasındaki ilişkiyi tutarsız sonuçlarla ortaya koymuştur. Daha yakın zamanlarda, boylamsal ve çok kuşaklı bir çalışmada, Cederlöf ve arkadaşları OKB tanısı konulan hastaların genel nüfusa göre daha yüksek bir şizofreni oranı sergilediklerini göstermişlerdir (81). Daha spesifik olarak, OKB tanısı konulduktan sonra ortalama 2,4 yıl sonra şizofreni tanısı konulmasında anlamlı bir risk artışı görülmüştür. Bu çalışma ayrıca OKB'li hastaların birinci derece akrabalarının artmış şizofreni riski sergilediğini göstermiştir (81). Danimarka ve Hollanda'da ülke çapında yapılan iki çalışmada da benzer sonuçlar gösterilmiştir. İlginç bir şekilde, bu çalışmalar aynı zamanda şizofrenili hastalarda OKB riskinin arttığını göstermiştir. Bu çift yönlü ilişki, obsesif-kompulsif ve psikotik belirtiler ve bozukluklar arasındaki klinik ve fizyopatolojik bağlantılar olduğuna işaret etmektedir (82,83).

C. Sosyal Biliş, Empati ve Yaşam Kalitesi

1. Sosyal Biliş, Empati ve Yaşam Kalitesinin Tanımları

Sosyal biliş, sosyal etkileşimin altında yatan zihinsel işlemleri ifade eder. Bu süreçler genellikle diğer insanların duygularını, zihinsel durumlarını, niyetlerini ve sosyal ortamlardaki eylemlerini anlamaktan oluşur (5).

Sosyal biliş, diğerlerinin inançlarını ve niyetlerini anlayabilme aracılığıyla onların davranışlarının anlamını çıkarabilme, kendisinin dışındaki kişilerin kendininkinden farklı bir zihne sahip olduklarını fark edebilme, öngörebilme ve karmaşık sosyal çevreler ile etkileşime girebilme yeteneği olarak tanımlanabilir (84,85). Sosyal biliş ve sosyal bağlanma üzerine, otizm ve şizofreni, gibi çeşitli psikopatolojilerde çalışmalar yapılmıştır ve altta yatan nörokimyasal ve nöroanatomi süreçler anlaşılmasına çalışılmıştır (86).

Sosyal biliş bir bilgi işleme süreci olarak kabul edilmektedir. Bu özellik doğuştan gelen, aşamalı olarak gelişmiş bir modülü temsil eder. Sosyal biliş üzerine olan çalışmalar geniş bir alana yayılmıştır ve süreç çeşitli kuramlarla açıklanmaya çalışılmaktadır. Zihin kuramı da bunlardan birisidir. Diğer bireylerin zihinsel süreçlerini anlayabilme ve bunu sosyal başarıyı

arttırmak için kendi amacı doğrultusunda yönlendirebilme kapasitesi olarak tanımlanan zihin kuramı, büyük olasılıkla gittikçe karmaşıklaşan sosyal çevre ile baş edebilme ihtiyacına bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Sosyal anlayıştaki bireysel farklılıkların kökenleri tam anlaşılammıştır, fakat hem genetik hem çevresel etkilerinin katkıda bulunuyor olduğu gözlenmektedir (87).

Empati hakkındaki çoğu makale ve kitap, empatinin nasıl tanımlanacağı konusunda fikir birliğinden çok uzak olduğunu iddia ederek başlar. Örneğin, Coplan'e göre, “empati çalışmasında uzun süredir devam eden bir sorun, net ve üzerinde anlaşmaya varılmış bir tanımın olmamasıdır” (88), Engelen ve Röttger-Rössler “Alanda yazan hemen hemen herkes empatinin kabul edilmiş standart bir tanımının olmadığını beyan edecektir.” (89), De Vignemont ve Singer, “Muhtemelen konu üzerinde çalışan insanlar kadar empati tanımı vardır.” demişlerdir (90).

Empati, tüm kültürlerde insan doğasının temel bir bileşeni olarak kabul edilmiştir. Empati kurma yeteneği, diğer insanların duygusal durumlarını algılama ve bunlara karşı duyarlı olma konusunda içsel bir yeteneği yansıtır (6). Empatinin çeşitli tanımları önerilmiştir; ancak çok sayıdaki tanımlama arasında temelde iki kavram dikkati çekmektedir: Diğer insanların bakış açısını anlamaya yönelik bir bilişsel yetenek ve başkalarının duygularına yönelik her zaman olmasa da, genellikle o kişinin duygusal durumunu paylaşmayı gerektiren duygulanımsal bir tepki (7).

Yaşam kalitesi, sağlık ve tıp alanlarında araştırma ve uygulama için önemli bir kavram ve hedef haline gelmiştir (91). Geleneksel olarak, tıp ve sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi değil biyomedikal sonuçlar göz önüne alınmıştır. Bununla birlikte, son on yılda daha fazla araştırma hastaların yaşam kalitesine odaklanmış ve yaşam kalitesi değerlendirmelerinin kullanımı artmıştır (92). Yaşam kalitesinin sağlık ve tıptaki önemine rağmen, yaşam kalitesinin anlamı ve neyin ölçülmesi gerektiği konusunda devam eden bir kavramsal ve metodolojik tartışma vardır. Kavramın tek tip bir tanımı yoktur; bununla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesinin bir tanımını özetlemektedir; “Bireyin, içinde yaşadığı kültür bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumunu algılaması” (93). Ayrıca, “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” terimi genellikle şu şekilde tanımlanır: “Genellikle hastalık ve tedavinin engellilik ve günlük işlevsellik üzerindeki etkisini yansıttığı düşünülen yaşam kalitesinin sağlık yönlerine atıfta bulunan bir terim. Ayrıca algılanan sağlığın, bireyin tatmin edici bir yaşam sürme yeteneği üzerindeki etkisini yansıttığı düşünülmüştür (94).

2. Sosyal Bilişin Bileşenleri

Literatürde tipik olarak sosyal bilişin beş farklı fakat birbiriyle ilişkili alanı incelenir: Zihin kuramı, sosyal algı, sosyal bilgi, atıfsal yanlılık ve duygu tanıma veya işleme (95,96).

a. Zihin Kuramı

Zihin kuramı, tipik olarak başkalarının niyetleri, eğilimleri ve inançları hakkında çıkarımlar yapabilme yeteneğidir (97,98). Bireyin kendi zihinsel durumları ile karşısındakinin zihinsel durumu arasında bağlantı kurarak onun inanç, duygu ve niyetlerini kavramaya çalışmasıdır. Bu beceriye sahip kişiler, diğerlerinin davranışları hakkında bilgi edinme ve dolayısıyla ilerideki davranışlarını tahmin etme özelliği gösterebilirler (99). Bu alandaki ilk ilginin çoğu, çocuklardaki zihin kuramının normal ve anormal gelişimi üzerine olmuştur. Bu nedenle, bu alandaki birçok ölçüm başlangıçta çocuklarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Zihin kuramı ayrıca zihinselleştirme veya bilişsel empati olarak da adlandırılır (100).

b. Sosyal Algı

Sosyal algı, bireyin içinde bulunduğu duruma ait bilgi ve iletişimsel işaretlerden elde ettiği sosyal ipuçlarıyla zihinsel bir yargıya varabilmesi olarak tanımlanmaktadır (101). Sosyal algı testleri, kişinin sosyal rolleri, toplumsal kuralları ve sosyal bağlamı anlayabilme yeteneğini değerlendirir (102–104). Sosyal algı görevlerinde, katılımcılar karmaşık veya belirsiz sosyal durumlar hakkında çıkarımlarda bulunmak için sözel ve/veya sözel olmayan ipuçlarını değerlendirebilmelidir. Bu anlamda sosyal algı aynı zamanda kişiler arası ilişkilerin doğasının algılanması anlamında “ilişki algısı”nı da içerir (105,106)

c. Sosyal Bilgi

Bu alan, sosyal durumları gösteren ve sosyal etkileşimlere rehberlik eden rollerin, kuralların ve hedeflerin farkındalığına atıfta bulunur (101,107,108). Başarılı bir sosyal bilgi, tipik olarak belirli sosyal durumlarda hangi ipuçlarının ortaya çıktığını ve kişinin bunlara nasıl tepki vermesi gerektiğinin farkında olmasını gerektirir. Sosyal bilgi, sosyal yeterlilik için bir ilk adım ve ön koşul olarak değerlendirilir (107,109).

d. Atıfsal Yanlılık

Atıflar nedensel ifadelerdir; yani, "çünkü" kelimesini içeren veya ima eden ifadelerdir (110). Atıfsal yanlılık ise, insanların olumlu ve olumsuz olayların nedenlerini tipik olarak nasıl

açıkladıklarını tanımlar. Hem psikiyatrik hem de psikiyatrik olmayan araştırmalarda, atıfsal yanlılığın ayrımı “dışsal kişisel atıflar” (diğer insanlara atfedilen nedenler), “dışsal durumsal atıflar” (durumsal faktörlere yapılan atıflar) ve “içsel atıflar” (yani, kişinin kendisinden kaynaklanan nedenlere yapılan atıflar) şeklinde yapılır. Klinik örneklerde atıfsal yanlılık, kötülük görme sanrıları olan bireylerin olumsuz sonuçları genellikle durumlardan çok başkalarına atfetmeleri şeklinde ortaya çıkmaktadır (105,111,112).

e. Duygu Tanıma veya İşleme

Duygusal işleme, karşısındaki bireyin yüz ifadesinden, ses tonlamasından ya da bu ikisinin birleşiminden elde edilen duygusal bilgilerin yorumlanması ve bunların süreç içinde kullanılmasını ifade eder (105). Daha kapsamlı bir tanımda ise, duygusal işleme; duyguları tanımlamayı, düzenlemeyi, anlamayı ve onları yönetmeyi olmak üzere 4 bileşenden oluşan bir model olarak tanımlanır (113). Duygu işleme ölçümleri, yüzlerde veya seslerde algılanan duyguların derecelendirilmesi veya bireylerin duyguları nasıl yönettiği ve düzenlediğine ilişkin kısa skeçlerden alınan bilgilerin derecelendirmeleri ile yapılır (114).

D. OKB'de Sosyal Biliş

OKB genellikle sosyal ilişkileri olumsuz etkiler (1,115). OKB belirtileri sosyalleşmeyi, yakın ilişkileri, eğitim ve çalışma becerisini olumsuz yönde etkilediği için psikososyal işlevsellikte ciddi bozulmalar gösterirler (116,117). Bu da sosyal anksiyete bozukluğu veya panik bozukluğu gibi diğer bozuklukları olan kişilere kıyasla aile yaşamlarında daha fazla bozulmaya neden olur (116). Sıklıkla, OKB'si olan kişiler belirtilerine başkalarını da dahil ederek onları kompulsif ritüellere ve kaçınma davranışlarına uyum sağlamaya zorlar (118).

OKB'li kişilerin ailelerine ve arkadaşlarına yüklediği bu rahatsızlık, OKB'de tekrarlayan obsesif düşüncelerin konusu olan başkalarının iyiliği için fazlaca endişe duymak ve sorumluluk hissetmekle çelişiyor gibi görünmektedir (119). Bu çelişkinin, başkalarıyla başarılı sosyal etkileşimler için temel olan sosyal anlayıştaki farklılıklarla açıklanabileceği ileri sürülmüştür (120).

Sosyal biliş, diğer alanlarda da işlevsel sonuçların önemli bir değişkeni olarak kabul edildiğinden, OKB araştırmalarında da önemli bir çalışma hedefi haline gelmiştir (121). Bununla birlikte, OKB'li bireylerde sosyal biliş ile ilgili çalışmalar hala nispeten azdır.

Farklı anksiyete bozukluklarındaki sosyal biliş performanslarının değerlendirildiği bir meta analiz çalışmasında, OKB'li bireylerde sağlıklı kontrollere kıyasla duygu tanıma, zihin kuramı ve atıf tarzında eksiklikler gösterilmiştir (121). Bu meta analizdeki çalışmaların çoğu duygu tanımayı değerlendirirken (s = 14), sadece iki çalışma zihin kuramını değerlendirmiş ve bir çalışma atıf tarzını değerlendirmiştir. Bu kısıtlılıklar nedeniyle bulguların, OKB hastalarının genel sosyal biliş performansını tam olarak yansıtmadığı sonucuna varılmıştır.

Bu meta analizdeki çalışmalardan biri (9), OKB hastalarının çeşitli zihin kuramı görevlerindeki performanslarının sağlıklı kontrollerdekinden daha kötü olduğunu ve üçüncü düzey yani “ileri” zihin kuramı becerilerinde önemli farklılıklar ortaya çıkardığını bulmuştur. Birinci ve ikinci derece zihin kuramı görevleriyle değerlendirilen “temel” zihin kuramı becerilerinde ise farklılık bulunmamıştır.

Daha yakın zamanlı çalışmalar da, OKB'nin zihin kuramı bozukluğu ile ilişkili olduğu fikrini desteklemektedir ve OKB'li bireylerde sağlıklı kontrollere göre önemli ölçüde daha zayıf zihin kuramı yeteneklerine işaret etmektedir (122–124). Yapılan çalışmalarda OKB hastalarında gözlenen zihin kuramı eksikliklerinin diğer nörobilişsel işlev bozukluklarına atfedilemeyeceği belirtilmiş ve bunun da sosyal ve sosyal olmayan bilişin birbiriyle ilişkili olsa da, ampirik ve nörobiyolojik olarak birbirinden farklı olduğuna işaret ediyor olabileceği ifade edilmiştir (11,122,125,126).

Salazar ve arkadaşları 2021 yılında yaptığı güncel bir çalışmada 62 OKB'li hasta ve 64 sağlıklı birey empati ve zihin kuramı açısından karşılaştırılmış, OKB'si olan kişiler, daha yüksek empati seviyeleri sergilerken, zihin kuramı açısından iki grup arasında bir fark gözlenmemiştir (127).

2020 yılında Jansen ve arkadaşları tarafından yazılan gözden geçirmede OKB'de sosyal biliş dört alt başlık halinde incelenmiştir (12). Bunlar; sosyal ipucu algısı, zihin kuramı, deneyim paylaşımı ve empati, duygu deneyimi ve düzenlenmesi olarak sıralanmıştır. Gözden geçirmenin ilk bölümünde sosyal ipucu algısı, “duygulanımsal sosyal ipucu algısı” ve “duygulanımsal olmayan sosyal ipucu algısı” olmak üzere ikiye ayrılarak incelenmiştir. OKB hastalarının duygulanımsal sosyal ipuçlarını nasıl işlediğine dair çalışmalar, yüz ifadelerindeki ipuçlarından başkalarının duygulanımsal durumlarını anlayabilme yetilerine odaklanmıştır. Duygulanımsal olmayan sosyal ipuçlarına dair çalışmalar ise daha az sayıda olmakla birlikte, OKB'li bireylerin biyolojik hareket ki, bu canlı varlıkların hareketlerini tanımlama yeteneği olarak tanımlanır ve vücut postürleri gibi sosyal ipuçlarına odaklanmışlardır. Deneyim paylaşımı, başkalarının

davranışlarını gözlemleyerek tetiklenen dolaylı deneyim ve beyin aktivitesini ifade eder. Bu kavram ise “motor rezonans” ve “duygulanım paylaşımı” olarak ayrılmıştır. Motor rezonans, diğerlerindeki motor durum ile benliğin motor durumu arasındaki işlevsel iletişim olarak tanımlanır ve ayna nöron sistemi denilen aşağıdan yukarıya bir süreci temsil ettiğine inanılır. Deneyim paylaşımının ikinci yönü olan “duygulanım paylaşımı”, başkalarında duygusal ifadelerin gözlemlenmesi ve bu duyguların deneyimlenmesinin yanı sıra benlikte duygu ile ilgili beyin alanlarının aktivasyonunu ifade eder. “Duygu deneyimi” terimi ise, bireylerin olumlu veya olumsuz uyaranlara karşı deneyimledikleri (öznel, gözlemlenebilir veya nörofizyolojik düzeydeki) duygusal tepkileri ifade eder. Bu duyguların nasıl ve ne zaman deneyimlendiği ve ifade edildiği üzerinde kontrol uygulama becerisine de “duygu düzenleme” denir.

Gözden geçirilen çalışmalar sonucunda, OKB hastalarında özellikle içlenme şeklindeki yüz ifadelerinin tanınmasında bozulma ile kendini gösteren sosyal işaret algısında değişiklikler olduğu, daha zayıf zihin kuramı becerileri, muhtemelen yetersiz motor rezonans ve zayıf duygu düzenleme becerilerinin izlendiği kanısına varılmıştır. Tüm bunların da OKB hastalarındaki bozulmuş sosyal işlevselliğe katkıda bulunabilecek süreçler olduğu ifade edilmiştir (12).

E. Şizofrenin Eşlik Ettiği OKB'de Sosyal Biliş

Birincil şizofreni tanısı konan bireylerde OK belirtilerinin eşlik etmesinin, daha düşük bilişsel performans ve işlevsel sonuçlarla ilişkili olduğu bilinmektedir. Özellikle yürütücü işlev, sözel olmayan bellek ve görsel-uzaysal beceriler gibi bilişsel işlevlerde, OK belirtilerinin eşlik ettiği şizofreni hastalarında, tek başına şizofrenisi olan hastalara göre daha fazla bozulmalar gözlenmiştir (128). Bununla birlikte, bu psikiyatrik eştanıya sahip kişilerin aynı zamanda daha fazla sosyal bilişsel bozukluk gösterip göstermediği, literatürde belirsizliğini korumaktadır (129).

Whitton ve Henry tarafından yapılan bir çalışmada (129), 34 şizofreni hastası ve demografik olarak eşleştirilmiş 44 sağlıklı kontrol, standart bilişsel işlev ölçümlerinin yanında sosyal bilişsel işlev açısından, yüz ifadesi tanıma ve zihin kuramı üzerinden değerlendirilmiş ve yazarlar şizofrenide OK belirtilerinin varlığının, yalnızca artan bilişsel bozulma ile ilişkili olmadığını, aynı zamanda sosyal bilişsel işlevin en azından bazı yönleriyle ilgili bozulmalarla da ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Daha güncel bir çalışmada ise Lopez del-Hoyo ve arkadaşları (130), 30 şizofreni, 31 OKB hastası ve 30 sağlıklı bireyi sosyal biliş ve empati açısından karşılaştırmış olup, sonuç olarak

sosyal biliş yeteneklerinin sağlıklı bireylere kıyasla şizofreni ve OKB gruplarında bozulduğunu ortaya koymuş ve her iki klinik grupta da benzer bir bozuk paterni olduğunu ifade etmişlerdir.

Mısır ve arkadaşları da (123) OKB hastalarında sosyal biliş ile şizotipal özellikler ve içgörü düzeyinin ilişkisini araştırdıkları bir çalışmada, OKB'nin zihin kuramı bozukluğu ile ilişkili olduğu ve bu bozulmanın da şizotipal özellikler, hastalık şiddeti ve zayıf içgörü ile ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Ancak nörobilişsel eksikliklerin de bu sonuca önemli ölçüde katkıda bulunuyor olduğunu eklemişlerdir.

Mevcut literatürde hem şizofreni için hem de OKB için sosyal biliş ve empatinin değerlendirilmesi üzerine çalışmalar mevcuttur (11,12). Ancak, şizofreninin eşlik ettiği OKB tanılı hastalarda sosyal biliş ve empatinin nasıl olduğunu ve bunların yaşam kalitesi ile ilişkisini inceleyen bir çalışma yoktur. Bu çalışmada, şizofreninin eşlik ettiği ve etmediği OKB hastaları arasında OK belirti şiddeti, içgörü, sosyal biliş, empati ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması ve bu hasta gruplarında sosyal biliş, empati ve yaşam kalitesinin, OK belirti şiddeti ve içgörü düzeyleri ile olan ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

IV. GEREÇ VE YÖNTEM

A. Örneklem

Çalışmamıza 1 Ağustos 2021 – 31 Ocak 2022 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran veya Psikotik Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları polikliniklerinde takip edilmekte olan, çalışmamıza katılmayı kabul eden ve işleme ölçütlerini karşılayan OKB tanısı konmuş 27 hasta (OKB grubu), şizofreni ile birlikte OKB tanısı konmuş 22 hasta (OKB+şizofreni grubu) ve psikiyatrik bozukluğu olmayan, OKB grubu ile yaş, cinsiyet ve eğitim yönünden eşlenen 27 sağlıklı birey (kontrol grubu) alınmıştır.

Araştırma Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen etik ilkeler doğrultusunda yürütüldü. Veri toplama işlemi başlamadan, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak onay alındı (Etik kurul dosya numarası: 2021/818). Katılımcılara çalışmanın amacı, uygulanacak yöntem ve olası riskler ile ilgili sözel ve yazılı bilgi verildi. Katılmayı kabul eden katılımcılardan yazılı aydınlatılmış onam alındı (Ek-2 ve 3).

1. İşleme Ölçütleri

Hastalar için işleme ölçütleri:

1. DSM-5 İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinisyen Versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version, SCID-5/CV) ile şizofreni olmaksızın OKB ve şizofreni ile birlikte OKB tanılarının konulması,
2. YBOKÖ puanlarının 16 ya da daha fazla olması,
3. 18 - 65 yaşları arasında olmak,
4. Okuma-yazma biliyor olmak,
5. Aydınlatılmış onam formunu imzalamış olmak.

Kontrol grubu için işleme ölçütleri:

1. 18 - 65 yaşları arasında olmak,

2. Okuma-yazma biliyor olmak,
3. Aydınlatılmış onam formunu imzalamış olmak.

2. Dışlama Ölçütleri

Hastalar için dışlama ölçütleri:

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

Kontrol grubu için dışlama ölçütleri:

1. SCID-5/CV ile herhangi bir psikiyatrik bozukluğun olması,
2. Genel tıbbi durumu bozan akut ya da kronik fiziksel bir hastalığın (neoplastik, endokrin ve immun bozukluklar, enfeksiyon, epilepsi ya da herhangi bir nörolojik hastalık vb.) olması,
3. Okuma-yazma bilmiyor olmak.
4. Klinik görüşmenin ve özbildirim ölçeklerinin anlaşılmasını ve doldurulmasını engelleyecek nitelikte zihinsel veya fiziki engelliliğin olması.

B. Veri Toplama Araçları

1. Tanı ve Hastalık Şiddetini Ölçmeye Yönelik Araçlar

Sosyodemografik Veri Formu: Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik verilerini ve hastalık öyküsü, soygeçmiş ve alışkanlıklar gibi klinik bilgilerini kaydetmek için oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu (Ek-?) kullanıldı.

SCID-5/CV: Amerikan Psikiyatri Derneği tarafından geliştirilmiştir (131). DSM-5 I. Eksen bozukluklarının tanısallık değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş yapılandırılmış bir görüşme formudur. Bu yapılandırılmış görüşmede 32 tanısallık kategori ayrıntılı tanı ölçütleriyle, 16 tanısallık kategori ise yalnızca araştırmacı sorularıyla yer almaktadır. Duygudurum dönemleri, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, OKB ve ilişkili bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozuklukları olmak üzere toplam 10 modülden oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (132). Katılımcılarda klinik tanıları taramak amacıyla kullanılmıştır.

Yale-Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Ölçeği (YBOKÖ): Goodman ve arkadaşları tarafından geliştirilen OKB belirtilerinin düzeyini ölçen 19 maddelik bir testtir (133). Çalışmamızda ilk 10 madde ve içgörüyü derecelendiren 11. madde kullanılmıştır. İlk 5 madde obsesyonlar ile sonraki 5 madde kompulsiyonlar ile ilgilidir. Her madde 0'dan 4'e kadar puanlanmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karamustafalıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (134).

Hamilton Depresyon Ölçeği (HAMD): Hastalarda depresif belirtilerin şiddetini ölçmek üzere Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiştir (135). Görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. 17 sorudan oluşur. Ölçek soruları 0 ile 4 arasında puanlanır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır (136).

Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAMA): Hamilton (1959) tarafından geliştirilmiştir (137). Anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını ölçen görüşmeci tarafından doldurulan bir ölçektir. 14 sorudan oluşur, beşli likert tipi bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (138).

Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ): Eisen ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir ölçektir (139). Bu ölçek psikiyatrik bozukluklarda sanrıları değerlendirmek için

geliştirilmiş olup belli bir psikiyatrik hastalığa özgü değildir. Hastanın kendi düşüncesine olan inancı, diğerlerinin bakış açısına olan inancı, farklı bakış açılarının açıklanması, inançların sabitliği, inançların çürütülmesi girişimi, içgörü seviyesi ve referans sanrılar olmak üzere yedi maddeden oluşmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özcan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (140).

2. Sosyal Biliş, Empati ve Yaşam Kalitesini Ölçmeye Yönelik Araçlar

Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeği (DEZİTÖ): Görüşmeci hastaya öykü ve resimlerin olduğu formun bir örneğini vererek, yönergeye göre öyküleri okuyarak ve resimleri göstererek öyküdeki kişilerin düşünceleri hakkında sorular sormaktadır. 16 maddede puanlanmaktadır. Sorular birinci derece yanlış inanç (1°Yİ) (4 soru), ikinci derece yanlış inanç (2°Yİ) (3 soru), metafor kavrama (2 soru), ironi kavrama (3 soru), faux-pas kavrama (1 soru) ve empatik anlayış (3 soru) alanlarını ölçmektedir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Değirmencioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (141).

Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT): Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (97). GZOT, kişilerin sadece göz çevresini gösteren otuz iki adet resimden oluşmaktadır. Katılımcılardan, kendilerine sunulan dört öge arasından kişinin zihinsel durumunu en iyi anlatan birini seçmeleri istenmektedir. Özgün formatı 36 madde olan test, Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması sonucu 32 maddeye indirilmiştir. Resimlerde 6 tanesi olumlu duyguların, 11 tanesi olumsuz duyguların, 15 tanesi yansız (neutral) duyguların altında yatan zihinsel temsilleri test etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (142).

Empati Ölçeği (EÖ): Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ve empatiyi ölçen 40 soru ve çeldirici özellikte 20 soruyu içeren bir öz bildirim ölçeğidir (143). Türkçe geçerlilik güvenilirliği Boran ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (144).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organization Quality of Life-BREF, WHOQOL-BREF): 26 global ve ulusal soru olmak üzere 27 sorudan oluşan yaşam kalitesini niceliksel olarak değerlendirebilmeyi sağlayan öz bildirim dayalı bir araçtır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş (145) ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (146).

C. Araştırma Protokolü:

Hasta ve sağlıklı gönüllülerle görüşmeler yaklaşık 45 dakikalık iki oturumda gerçekleştirilmiştir. Birincisinde katılımcılar ile klinik görüşme yapılarak, ön tanılar belirlenmiştir. Ardından hastanın olası tanı ve ek tanılarını kesinleştirmek için SCID-5/CV uygulanmıştır. Bu aşamada yapılan klinik görüşme ve SCID-5/CV'e göre hasta grubunda dışlama ölçütlerinde geçen tanıların konduğu hastalar ve kontrol grubunda herhangi bir majör psikopatoloji saptanan kişiler çalışmadan çıkartılmıştır. Tanı grubu belirlendikten sonra kişilere YBOKÖ, HAMD, HAMA ve BİDÖ uygulanıp ilk oturum sonlandırılmıştır.

İkinci oturumda ise katılımcılara DEZİTÖ ve GZOT uygulanmıştır. Ardından özbildirime dayalı olan EÖ ve WHOQOL-BREF tamamlamaları istenmiştir.

D. Veri Analizi

Bütün veriler SPSS-22 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Kategorik verilerin sıklık dağılımları verilerek gruplar arasında Ki-kare testi kullanıldı ve post-hoc analizleri yapıldı. Normal dağılımı kanıtlamak için -2 ile +2 arasındaki çarpıklık ve basıklık değerleri kullanıldı (147). İkili grupların normal dağılıma uyan belli bir değişkene ait ölçümlerini karşılaştırmak için Student-t testi yapıldı. Normal dağılıma uymayanlar için Mann-Whitney U testi yapıldı. Gruplar arasında karşılaştırma yaparken normal dağılıma uyan verilerde One-way ANOVA testi yapılırken normal dağılıma uymayan verilerde Kruskal-wallis testi uygulandı. İkili grupların karşılaştırması, One-way ANOVA testinde LSD post-hoc test, Kruskal-wallis testinde Dunn'ın post-hoc testi kullanılarak yapıldı. Analizlerde %95 güven aralığında anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Bağıntı için normal dağılıma uyan verilerde Pearson testi ve normal dağılıma uymayan verilerde Spearman testi kullanıldı.

V. BULGULAR

A. Sosyodemografik Veriler

Çalışma grubu 18-65 yaşları arasında olan 44 kadın, 32 erkek katılımcıdan oluştu. OKB+şizofreni grubu 22, OKB grubu 27 ve kontrol grubu 27 katılımcıdan oluştu. Çalışma gruplarındaki kategorik değişkenler olan kadın erkek dağılımı, eğitim durumu, çalışma durumu ve medeni durumları Tablo 1’de gösterilmiştir. Çalışma grupları arasında eğitim düzeyleri açısından anlamlı farklılık yok iken cinsiyet dağılımı, medeni durum ve çalışma durumları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Cinsiyet dağılımına bakıldığında kontrol grubu ve OKB grubu cinsiyet ve çalışma durumu açısından eşlendiği için farkın OKB+şizofreni grubu ile bu iki grup arasında olduğu anlaşılırken, medeni durum ve çalışma duruma bakıldığında yapılan post-hoc analizlerde farkın sadece OKB+şizofreni grubu ile kontrol grubu arasında olduğu, diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır.

Tablo 1: Sosyodemografik değişkenlerden kategorik olan veriler

		Kontrol grubu	OKB grubu	OKB+şizofreni grubu	p
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
Cinsiyet	Kadın	19 (70,4) a	19 (70,4) a	6 (27,3) b	0,003
	Erkek	8 (29,6)	8 (29,6)	16 (72,7)	
Medeni durum	Evli	12 (44,4) a	6 (22,2) a,b	2 (9,1) b	0,017
	Bekar	15 (55,6)	21 (77,8)	20 (90,9)	
Eğitim durumu	Orta okul ve altı	6 (22,2) a	6 (22,2) a	3 (13,6) a	0,904
	Lise	14 (51,9)	14 (51,9)	14 (63,6)	
	Üniversite	7 (25,9)	7 (25,9)	5 (22,7)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	15 (55,6) a	10 (37) a,b	4 (18,2) b	0,027
	Çalışmıyor	12 (44,4)	17 (63)	18 (82,8)	

Her satırdaki aynı harfler o sütundaki değerlerin arasında istatistiksel olarak fark olmadığını ifade eder.

Çalışma gruplarındaki sürekli değişkenler olan yaş, kardeş sayısı, kaçınıcı kardeş olduğu ve eğitim yılı verileri Tablo 2’de gösterilmiştir. Üç grup arasında bu veriler açısından anlamlı bir farklılık yoktu.

Tablo 2: Sosyodemografik değişkenlerden sürekli olan veriler

	Kontrol grubu	OKB grubu	OKB+şizofreni grubu	F	p
	Ortalama ±SS	Ortalama ±SS	Ortalama ±SS		
Yaş	32,29 ±11,23	32,40 ±11,07	35,00 ±9,46	0,480	0,621
Kardeş sayısı	3,40 ±1,27	3,7 ±2,79	3,00 ±1,82	0,769	0,467
Kaçınıcı kardeş	2,29 ±1,38	2,61 ±1,94	1,8 ±1,20	1,455	0,240
Eğitim yılı	13,62 ±4,00	12,44 ±3,92	12,13 ±3,12	1,131	0,328

B. Klinik Veriler

Hasta gruplarındaki kategorik değişkenler olan içgörü, eştanı ve intihar girişimi varlığı durumları Tablo 3’de gösterilmiştir. Hasta grupları arasında eştanı varlığı ve intihar girişimi öyküsü açısından anlamlı farklılık yok iken, içgörü açısından anlamlı bir farklılık bulundu. İç görüşü iyi olanların oranı OKB grubunda diğer gruba göre anlamlı şekilde daha yüksekti.

Tablo 3: Hasta gruplarının kategorik veriler açısından karşılaştırılması

		OKB grubu	OKB+şizofreni grubu	p
		Sayı (%)	Sayı (%)	
İçgörü	İyi	21 (77,8)	4 (18,2)	<0,001
	Kötü	6 (22,2)	11 (50,0)	
	Yok	0 (0,0)	7 (31,8)	
Eştanı	Yok	12 (44,4)	13 (59,1)	0,232
	Var	15 (55,6)	9 (40,9)	
İntihar girişimi	Yok	18 (66,7)	15 (68,2)	0,578
	Var	9 (33,3)	7 (31,8)	

Hasta gruplarındaki sürekli değişkenler olan OKB belirti başlangıç yaşı, OKB tanı konulma yaşı, hastalık süresi ve kesintisiz OK belirti süresi Tablo 4’de gösterilmiştir. Hasta grupları arasında bu veriler açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 4: Hasta gruplarının sürekli değişkenler açısından karşılaştırılması

	OKB grubu	OKB+şizofreni grubu		
	Ortalama ±SS	Ortalama ±SS	t	p
OKB belirti başlangıç yaşı	21,29 ±8,13	19,18 ±7,66	0,929	0,358
OKB tanı konulma yaşı	24,51 ±9,28	22,04 ±7,73	0,998	0,323
Hastalık süresi	9,87 ±9,39	14,68 ±10,18	-1,714	0,093
Kesintisiz OK belirti süresi	9,50 ±8,63	13,36 ±9,95	-1,451	0,153

SCID-5/CV ile saptanan eştanılar Tablo 5’te verilmiştir. Özgül fobi ve sosyal anksiyete bozukluğu tanılarının OKB grubuna sırasıyla %22 ve %18,2 oranlarında eşlik ettiği ve bu oranların OKB+şizofreni grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 5: Hasta gruplarının eştanılar açısından karşılaştırılması

Eştanılar	OKB grubu	OKB+şizofreni grubu	p
	(n=27)	(n=22)	
	Sayı (%)	Sayı (%)	
Özgül fobi	6 (22,2)	0 (0,0)	0,018
Majör depreif boz.	5 (18,5)	3 (13,6)	0,646
Sosyal anksiyete boz.	5 (18,5)	0 (0,0)	0,033
Yaygın anksiyete boz.	3 (11,1)	5 (22,7)	0,274
Panik bozukluğu	1 (3,7)	4 (18,2)	0,096
Agorafobi	0 (0,0)	4 (18,2)	0,021
Distimik bozukluk	2 (7,4)	1 (4,5)	0,678
Hipokondriyazis	1 (3,7)	1 (4,5)	0,882
Beden dismorfik boz.	1 (3,7)	0 (0)	0,362
Trikotillomani	1 (3,7)	0 (0)	0,362
Anoreksia nervoza	0 (0)	0 (0)	
Alkol kullanım boz.	0 (0)	0 (0)	
Kumar oynama boz.	0(0)	0 (0)	

C. Klinik Ölçekler

Çalışma gruplarının klinik değişkenler açısından karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir. Post-hoc karşılaştırmalara göre HAMA ve HAMD ölçeklerine bakıldığında OKB grubunun ve OKB+şizofreni grubunun kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. DEZİTÖ 1°Yİ puanları açısından OKB grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark görülmemiş iken hem OKB grubunun hem de kontrol grubunun OKB+şizofreni grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. DEZİTÖ 2°Yİ ve metafor kavrama puanları açısından ise OKB ve OKB+Şizofreni grupları arasında anlamlı bir fark görülmemiş iken, kontrol grubu puanlarının hem OKB hem de OKB+Şizofreni gruplarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. DEZİTÖ ironi kavrama puanları açısından üç grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. DEZİTÖ empatik anlayış puanlarına bakıldığında OKB grubunun hem kontrol grubundan hem de OKB+Şizofreni grubundan anlamlı bir farkı yok iken, kontrol grubu puanları OKB+Şizofreni grubundan anlamlı şekilde yüksekti. DEZİTÖ faux pas kavrama puanında ise, OKB grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark görülmemiş iken hem OKB grubunun hem de kontrol grubunun OKB+Şizofreni grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. DEZİTÖ için son olarak toplam puanlara baktığımızda, kontrol grubunun OKB grubundan, OKB grubunun da OKB+Şizofreni grubundan anlamlı olarak daha yüksek puanlarda olduğu bulunmuştur.

GZOT alt ölçek puanlarına baktığımızda, olumsuz yüz ifadelerini tanıma puanlarında, OKB grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark görülmemiş iken hem OKB grubunun hem de kontrol grubunun OKB+şizofreni grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Olumlu yüz ifadelerini tanıma puanları açısından üç grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yansız yüz ifadelerini tanımada ise kontrol grubunun OKB grubundan, OKB grubunun da OKB+şizofreni grubundan anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu bulunmuştur. GZOT toplam puanlarına baktığımızda ise yansız yüz ifadelerini tanıma alt puanlarında olduğu gibi, kontrol grubunun OKB grubundan, OKB grubunun da OKB+şizofreni grubundan anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu saptanmıştır.

EÖ puanlarında üç grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı. WHOQOL-BREF ölçeğinde OKB ve OKB+Şizofreni grupları arasında anlamlı bir fark görülmemiş iken, kontrol grubu puanlarının hem OKB hem de OKB+Şizofreni gruplarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 6: Üç grubun klinik değişkenler açısından karşılaştırılması

	Kontrol grubu A	OKB grubu B	OKB+şizofreni grubu C	F p	Post-hoc karşılaştırmalar
	Ortalama ±SS	Ortalama ±SS	Ortalama ±SS		
HAMA	3,25 ±3,10	14,70 ±9,26	15,95 ±9,66	20,766 <0,001	A<B (p<0,001) A<C (p<0,001) B=C (p=0,578)
HAMD	4,29 ±3,79	12,25 ±7,30	15,81 ±8,72	18,942 <0,001	A<B (p<0,001) A<C (p<0,001) B=C (p=0,072)
DEZİTO 1°Yİ	3,74 ±0,52	3,11 ±1,12	2,31 ±1,21	12,679 <0,001	A>B (p=0,021) A>C (p<0,001) B>C (p=0,006)
DEZİTO 2°Yİ	2,03 ±0,97	1,40 ±0,97	1,00 ±0,92	7,305 0,001	A>B (p=0,019) A>C (p<0,001) B=C (p=0,144)
DEZİTO İroni	2,51 ±0,97	2,18 ±1,11	2,00 ±1,06	1,552 0,219	A=B (p=0,248) A=C (p=0,090) B=C (p=0,542)
DEZİTO metafor	1,85 ±0,45	1,44 ±0,80	1,13 ±0,71	7,079 0,002	A>B (p=0,028) A>C (p<0,001) B=C (p=0,113)
DEZİTO empati	2,96 ±0,19	2,74 ±0,65	2,45 ±0,80	*9,203 **0,01 0	A=B (p=0,505) A>C (p=0,007) B=C (p=0,252)
DEZİTO faux pas	0,88 ±0,32	0,81 ±0,39	0,50 ±0,51	5,991 0,004	A=B (p=0,508) A>C (p=0,001) B>C (p=0,009)
DEZİTO toplam	14,00 ±1,92	11,70 ±2,99	9,40 ±3,36	16,511 <0,001	A>B (p=0,003) A>C (p<0,001) B>C (p=0,005)
GZOT olumsuz	8,70 ±1,23	7,81 ±1,98	6,45 ±1,79	10,746 <0,001	A=B (p=0,058) A>C (p<0,001) B>C (p=0,007)
GZOT olumlu	4,37 ±1,27	4,00 ±1,30	3,90 ±1,15	0,973 0,383	A=B (p=0,280) A=C (p=0,203) B=C (p=0,801)
GZOT yansız	12,18 ±1,44	9,96 ±2,54	8,50 ±2,40	18,035 <0,001	A>B (p<0,001) A>C (p<0,001) B>C (p=0,022)
GZOT toplam	25,22 ±1,98	21,77 ±4,19	18,90 ±3,30	22,646 <0,001	A>B (p<0,001) A>C (p<0,001) B>C (p=0,003)
EÖ	29,55 ±9,77	28,55 ±11,52	24,13 ±12,03	1,593 0,210	A=B (p=0,741) A=C (p=0,093) B=C (p=0,169)
WHOQOL- BREF	95,37 ±11,14	80,92 ±14,70	80,13 ±17,48	9,128 <0,001	A>B (p<0,001) A>C (p<0,001) B=C (p=0,850)

*Kruskal-wallis testi Chi-square değeri

** Kruskal-wallis testi p değeri

Sadece hasta gruplarında uygulanan OK belirti şiddetini gösteren YBOKÖ puanlarının ve OK belirtilerine yönelik içgörüyü puanlayan YBOKÖ 11. sorusu ve BİDÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir. YBOKÖ obsesyon ve kompulsiyon alt ölçek puanları ve toplam puanları açısından hasta grupları arasında anlamlı bir fark bulunmaz iken, hem YBOKÖ 11. sorusu hem de BİDÖ puanları açısından OKB+şizofreni grubunun OKB grubundan anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 7: Hasta gruplarının klinik değişkenler açısından karşılaştırılması

	OKB grubu	OKB+şizofreni grubu		
	Ortalama ±SS	Ortalama ±SS	t	p
YBOKÖ obsesyon	12,96 ±3,92	11,63 ±3,52	1,231	0,225
YBOKÖ kompulsiyon	12,74 ±3,82	11,45 ±3,69	1,187	0,241
YBOKÖ toplam	25,70 ±6,72	23,09 ±5,55	1,461	0,151
YBOKÖ 11. soru	0,81 ±1,17	2,18 ±1,22	-3,976	<0,001
BİDÖ	3,62 ±5,58	13,13 ±5,97	-5,740	<0,001

D. Klinik Değişkenler Arasındaki Bağlılıklar

1. Grup İçi Klinik Değişkenler Arasındaki Bağlılıklar

a. OKB grubu

OKB hasta popülasyonundaki klinik parametrelerin bağıntı analizleri Tablo 9’da gösterilmiştir. Normal dağılan değişkenlerin analizinde Pearson bağıntı testi, normal dağılıma uymayan değişkenlerin analizinde Spearman bağıntı testi kullanılmıştır.

Tablo 9: OKB grubunda klinik değişkenler arasındaki bağıntılar

		YBOKÖ obsesyon	YBOKÖ kompulsiyon	YBOKÖ toplam	HAMA	HAMD	BİDÖ	WHOQOL- BREF
DEZİTO 1°Yİ	r	0,001	0,034	0,020	-0,086	-0,234	-0,208	-0,086
	p	0,996	0,867	0,922	0,671	0,241	0,298	0,670
DEZİTO 2°Yİ	r	0,216	-0,012	0,119	0,057	-0,173	-0,106	0,021
	p	0,279	0,953	0,553	0,779	0,389	0,600	0,917
DEZİTO İroni	r	-0,175	-0,043	-0,126	0,166	0,008	-0,007	0,093
	p	0,383	0,833	0,530	0,407	0,968	0,972	0,646
DEZİTO metafor	r	0,164	-0,049	0,068	0,101	0,045	0,150	0,098
	p	0,412	0,809	0,735	0,615	0,823	0,455	0,628
DEZİTO empati	r*	-0,348	-0,618	-0,514	-0,164	-0,318	0,125	0,342
	p**	0,076	0,001	0,006	0,414	0,106	0,534	0,080
DEZİTO faux pas	r	0,020	-0,134	-0,065	-0,152	-0,036	-0,189	0,011
	p	0,920	0,504	0,748	0,449	0,859	0,346	0,957
DEZİTO toplam	r	-0,040	-0,181	-0,127	-0,020	-0,235	-0,115	0,143
	p	0,842	0,366	0,529	0,921	0,238	0,569	0,475
GZOT olumsuz	r	-0,036	-0,214	-0,143	0,041	-0,092	-0,118	0,219
	p	0,860	0,283	0,477	0,839	0,648	0,559	0,273
GZOT olumlu	r	0,128	0,309	0,251	0,067	0,040	-0,026	0,153
	p	0,525	0,117	0,207	0,740	0,841	0,896	0,447
GZOT yansız	r	-0,211	-0,202	-0,238	0,008	0,116	-0,060	0,529
	p	0,290	0,312	0,231	0,970	0,564	0,765	0,005
GZOT toplam	r	-0,106	-0,128	-0,135	0,045	0,040	-0,101	0,473
	p	0,600	0,523	0,503	0,824	0,844	0,618	0,013
EÖ	r	-0,140	-0,292	-0,248	0,316	0,149	-0,185	-0,120
	p	0,487	0,139	0,212	0,108	0,457	0,356	0,550
WHOQOL-BREF	r	-0,523	-0,525	-0,604	-0,239	-0,409	-0,138	-
	p	0,005	0,005	0,001	0,229	0,034	0,493	-

*Spearman testi rho katsayısı

**Spearman testi p değeri

b. OKB+şizofreni grubu

OKB+şizofreni hasta popülasyonundaki klinik parametrelerin bağıntı analizleri Tablo 10'da gösterilmiştir.

2. Tüm Hasta Grubunda Değişkenler Arasındaki Bağıntılar

Tüm hasta popülasyonundaki klinik parametrelerin cinsiyet değişkeni kontrol edilerek yapılan kısmi bağıntı analizleri Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 10: OKB+şizofreni grubunda klinik değişkenler arasındaki bağıntılar

		YBOKÖ obsesyon	YBOKÖ kompulsiyon	YBOCS toplam	HAMA	HAMD	BİDÖ	WHOQOL -BREF
DEZİTO 1°Yİ	r	0,051	0,221	0,180	0,205	0,150	-0,033	-0,299
	p	0,823	0,322	0,424	0,361	0,505	0,885	0,176
DEZİTO 2°Yİ	r	-0,131	-0,014	-0,093	0,154	0,047	-0,112	0,050
	p	0,560	0,951	0,682	0,493	0,835	0,620	0,825
DEZİTO İroni	r	0,404	-0,157	0,152	0,557	0,505	-0,007	-0,143
	p	0,062	0,487	0,498	0,007	0,016	0,974	0,527
DEZİTO metafor	r	-0,493	-0,188	-0,438	-0,228	-0,380	-0,453	0,317
	p	0,020	0,403	0,042	0,308	0,081	0,034	0,151
DEZİTO empati	r*	-0,148	-0,385	-0,355	0,266	0,253	-0,076	0,071
	p**	0,510	0,077	0,105	0,232	0,256	0,737	0,755
DEZİTO faux pas	r	-0,185	0,075	-0,067	0,111	-0,075	0,054	0,061
	p	0,411	0,739	0,767	0,624	0,741	0,810	0,787
DEZİTO toplam	r	-0,075	-0,104	-0,117	0,297	0,134	-0,136	-0,029
	p	0,739	0,646	0,605	0,180	0,552	0,547	0,897
GZOT olumsuz	r	0,178	0,190	0,240	0,205	0,066	-0,108	-0,168
	p	0,428	0,397	0,283	0,361	0,769	0,631	0,456
GZOT olumlu	r	0,167	-0,258	-0,066	0,162	0,141	0,528	-0,059
	p	0,456	0,246	0,771	0,471	0,533	0,012	0,796
GZOT yansız	r	-0,152	0,203	0,039	-0,038	0,075	-0,045	0,218
	p	0,501	0,364	0,862	0,867	0,741	0,843	0,330
GZOT toplam	r	0,026	0,155	0,120	0,116	0,115	0,080	0,056
	p	0,910	0,490	0,596	0,607	0,611	0,723	0,804
EÖ	r	0,055	0,036	0,059	-0,106	-0,019	0,290	0,164
	p	0,808	0,874	0,794	0,638	0,932	0,191	0,466
WHOQOL-BREF	r	-0,605	-0,188	-0,509	-0,448	-0,365	0,047	-
	p	0,003	0,402	0,016	0,036	0,095	0,836	-

*Spearman testi rho katsayısı

**Spearman testi p değeri

Tablo 11: Tüm hasta grubunda cinsiyet değişkeni kontrol edildiğinde klinik değişkenler arasındaki bağıntılar

		YBOKÖ obsesyon	YBOKÖ kompulsiyon	YBOKÖ toplam	HAMA	HAMD	BİDÖ	WHOQOL -BREF
DEZİTO 1°Yİ	r	0,119	0,170	0,173	0,063	-0,042	-0,234	-0,207
	p	0,422	0,249	0,240	0,672	0,777	0,110	0,159
DEZİTO 2°Yİ	r	0,119	0,023	0,085	0,092	-0,098	-0,211	0,033
	p	0,422	0,874	0,567	0,532	0,507	0,150	0,822
DEZİTO ironi	r	0,098	-0,077	0,012	0,358	0,270	-0,013	-0,032
	p	0,508	0,602	0,937	0,013	0,063	0,928	0,831
DEZİTO metafor	r	-0,044	-0,068	-0,067	-0,043	-0,174	-0,201	0,191
	p	0,766	0,644	0,649	0,773	0,237	0,171	0,192
DEZİTO empati	r	-0,258	-0,502	-0,456	-0,081	-0,207	-0,088	0,287
	p	0,077	<0,001	0,001	0,585	0,159	0,552	0,048
DEZİTO faux pas	r	0,002	0,029	0,019	-0,023	-0,103	-0,238	0,035
	p	0,992	0,842	0,900	0,876	0,488	0,103	0,814
DEZİTO toplam	r	0,044	-0,079	-0,022	0,137	-0,056	-0,253	0,038
	p	0,768	0,593	0,883	0,353	0,705	0,083	0,799
GZOT olumsuz	r	0,151	0,013	0,097	0,123	-0,018	-0,226	0,019
	p	0,305	0,933	0,510	0,405	0,901	0,122	0,899
GZOT olumlu	r	0,127	0,085	0,127	0,084	0,029	0,084	0,074
	p	0,391	0,565	0,391	0,571	0,843	0,569	0,616
GZOT yansız	r	-0,131	0,021	-0,065	-0,035	0,020	-0,250	0,375
	p	0,375	0,889	0,659	0,813	0,895	0,086	0,009
GZOT toplam	r	0,018	0,042	0,036	0,052	0,002	-0,244	0,273
	p	0,901	0,778	0,807	0,724	0,988	0,095	0,060
EÖ	r	0,008	-0,112	-0,063	0,134	0,081	-0,019	0,007
	p	0,957	0,448	0,671	0,365	0,584	0,898	0,965
WHOQOL-BREF	r	-0,536	-0,354	-0,532	-0,335	-0,370	-0,014	
	p	<0,001	0,014	<0,001	0,020	0,010	0,925	

VI. TARTIŞMA

Çalışmamızda OKB grubu ve OKB+şizofreni grubu; sosyodemografik ve klinik özellikleri, sosyal biliş ve empati düzeyleri ve şizofreninin OKB hastalarındaki sosyal biliş, empati ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisi kontrol grubu ile de karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. OKB grubu ve OKB+şizofreni grubunun sosyal bilişleri kontrol grubu ile kıyaslandığında anlamlı olarak daha fazla bozulmuş olduğu görülmüştür. Ayrıca OKB+şizofreni grubunun sosyal bilişlerinin de OKB hastalarının sosyal bilişlerinden anlamlı şekilde daha fazla bozulmuş olduğu gözlenmiştir. Yaşam kalitesi açısından ise OKB grubu ile OKB+şizofreni grubu arasında anlamlı bir fark yok iken, her iki grubun da kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Hasta grupları kendi içinde bozukluk şiddeti açısından karşılaştırıldığında, OKB+şizofreni grubunun OK belirtilerine yönelik içgörülerinin OKB grubuna göre anlamlı olarak daha kötü olduğu görülmüştür.

OKB grubunda yapılan bağıntı analizlerinde OKB şiddeti arttıkça DEZİTÖ ile değerlendirilen empatik anlayış düzeyinin azaldığı gözlemlenirken, OKB+şizofreni grubunda OKB şiddeti arttıkça DEZİTÖ ile değerlendirilen metaforu kavrama düzeyinin azaldığı görülmüştür. Cinsiyeti kontrol ederek hasta grupların tümünde yapmış olduğumuz kısmi bağıntı analizlerinde ise, OKB şiddeti ile empatik anlayış düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. OKB+şizofreni grubunda anksiyete ve depresyon düzeyleri arttıkça metaforu kavrama düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Tüm hasta grubunda yapılan kısmi bağıntı analizinde ise sadece anksiyete düzeyi ile DEZİTÖ ile değerlendirilen ironiyi kavrama arasında benzer bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca OKB ve OKB+şizofreni gruplarında OKB şiddeti arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanırken, OKB grubunda yaşam kalitesinin depresyon düzeyleri ile negatif yönlü bir ilişki içerisinde olduğu, OKB+şizofreni grubunda aynı ilişkinin anksiyete düzeyleri ile olduğu gözlemlendi. OKB grubunda GZOT ile değerlendirilen sosyal biliş becerileri arttıkça yaşam kalitesi artarken, tüm hasta grubunda empatik anlayış arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür. Son olarak sadece OKB+şizofreni grubunda içgörü düzeyi ile metaforu kavrama arasında negatif yönlü bir ilişki saptanırken, GZOT ile değerlendirilen olumlu göz ifadelerini tanıma arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Çalışmamız OKB hastaları ile şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarını sosyal biliş açısından sağlıklı kontroller ile de karşılaştırarak değerlendiren ilk çalışmadır ve OKB hastalarında şizofreni eştanısı olduğunda sosyal bilişin şizofreni eştanısı olmayan OKB hastalarına göre daha fazla bozulduğunu, yaşam kalitesinin ise değişmediğini göstermiştir.

A. Sosyodemografik Veriler

Çalışma grubumuzda, literatürdeki çalışmalarla (3,148,149) benzer şekilde, OKB+şizofreni grubunda erkek hastaların sayısının kadınlardan daha fazla olduğu gözlenirken, yine daha önceki çalışmalar ile (41–44) benzer şekilde OKB hasta grubunda kadın hasta sayısının erkek hasta sayısından fazla olduğu saptanmıştır. Önceki çalışmalarda OKB+şizofreni grubunda evli olma oranının daha düşük bulunduğu gibi (3,148), çalışmamızda da bu oran OKB+şizofreni grubunda kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Yaş, eğitim durumu ve eğitim yılı açısından çalışmamızda önceki çalışmalarla uyumlu şekilde (148,149) gruplar arasında fark saptanmaz iken, sadece çalışma durumu bakımından OKB+şizofreni grubunda çalışma oranlarının kontrol grubundan daha düşük olduğu saptanmıştır. Hem medeni durumun hem de çalışma durumunun şizofreninin eşlik etmesi ile anlamlı şekilde kötüye gitmesi, çalışmamızda şizofreni eştanısının işlevselliği bozan bir faktör olduğu şeklinde yorumlandı.

Hasta grupları hastalık verileri açısından karşılaştırıldığında OK belirtilerinin başlangıç yaşı, OKB tanı konulma yaşı, hastalık süresi ve OK belirtilerinin kesintisiz devam edegeldiği süre bakımından OKB grubu ile OKB+şizofreni grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgunun mevcut literatür ile de uyumlu olduğu görülmüştür (148,149).

B. Klinik Değişkenlerin Hasta Grupları Arasında Değerlendirilmesi

Çalışmamızda mevcut literatür ile uyumlu şekilde (148,150), OKB grubu ile OKB+şizofreni grubu arasında OK belirti şiddetini ölçen YBOKÖ puanları açısından fark saptanmamıştır. Depresyon ve anksiyete şiddeti bakımından her iki grup arasında bir fark saptanmazken, her iki grubun da anksiyete ve depresyon puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu daha önceki yapılan çalışmalarda da benzer şekildedir (148,150).

OKB grubu ile OKB+şizofreni grubu arasında YBOKÖ içgörü puanları ve yine içgörüyü ölçen BİDÖ puanları açısından anlamlı bir fark görüldü. OKB grubunun OK belirtilerine yönelik içgörüsü OKB+şizofreni grubuna göre daha iyi olarak değerlendirildi. Literatüre bakıldığında OKB+şizofreni hastalarında, OK belirtilerine yönelik içgörüyü dair farklı sonuçlar dikkati çekmektedir. Bir çalışmada, OKB+şizofreni hastalarında OK belirtilerine yönelik içgörünün, sadece OKB'si olan hastalara göre daha iyi olduğu bulunmuştur (148). Diğer bir çalışmada ise

şizofreni eştanısı olan OKB hastalarında sadece OKB hastalarına göre daha kötü bir içgörü olduğu ifade edilmiştir (151). Poyurovsky ve arkadaşları ise çalışmalarında, OKB+şizofreni grubunda kötü içgörü oranının %10 ile %36 arasında olduğunu ifade etmişlerdir (71). Bu oran Brown Uzunlamasına OKB çalışmasındaki (152) saf OKB hastalarında saptanan kötü içgörü oranıyla da (%12) uyumludur. Biz de çalışmamızda, OKB'ye eşlik eden şizofreninin OK belirtilerine yönelik içgörü üzerinde olumsuz bir etkisinin olduğu sonucuna vardık.

Çalışmamızda intihar girişimi oranları OKB grubunda %33,3 olarak, OKB+şizofreni grubunda ise %31,8 oranında saptanmış olup iki grup arasında fark bulunmadı. Daha önce yapılan bir çalışmada bu oran OKB+şizofreni eştanı grubunda %50 ve şizofreni grubunda %21,2 olarak saptanmıştır (153). Daha güncel tarihli bir çalışmada ise bu oran OKB hastalarında %11,6 olarak saptanmıştır (154). Şizofreni hastalarında bildirilen intihar girişimi oranları ise %18 ile %55 arasında değişmektedir (155).

Çalışmamızda en sık saptanan eştanı, OKB grubunda özgül fobiler olurken OKB+şizofreni grubunda yaygın anksiyete bozukluğu olarak saptanmıştır. İkinci sırada ise OKB grubunda majör depresif bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu, OKB+şizofreni grubunda panik bozukluğu ve agorafobi yer almıştır. İki grup arasında eştanı varlığı açısından fark olmadığı gözlemlendi, ancak özgül fobi ve sosyal anksiyete bozukluğu tanılarının OKB grubunda anlamlı şekilde daha yüksek oranda olduğu bulundu. Literatüre bakıldığında ise, yapılan bir çalışmada da (148), iki grup arasında eştanı varlığı açısından fark saptanmazken, hem OKB grubunda hem de OKB+şizofreni grubunda en sık saptanan eştanı majör depresif bozukluk olmuştur. Aynı çalışmada, ikinci sırada, OKB grubunda basit fobiler ve OKB+şizofreni grubunda ise sosyal anksiyete bozukluğu yer almıştır.

C. Sosyal Biliş, Empati ve Yaşam Kalitesinin Gruplar Arasında Değerlendirilmesi

Yapılan güncel bir gözden geçirmede OKB hastalarında sosyal bilişsel işlevde; yüz ifadelerinin tanınmasında bozulma, zayıf zihin kuramı becerileri ve zayıf duygu düzenleme becerilerine bağlı olarak yetersizlikler olduğu ve bunun da sosyal işlevsellikteki bozulmaya katkı yapıyor olabileceği bildirilmiştir (12). Yine aynı gözden geçirmede, OKB hastalarında iğrenme yüz ifadesi başta olmak üzere olumsuz yüz ifadelerini tanımada bozulmalar olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda GZOT ile yapılan değerlendirmede, OKB+şizofreni grubunda olumsuz

duygu ifadelerini tanımada, OKB grubunda ise yansız duygu ifadelerini tanımada bozulma olduğunu bulduk.

Del-Hoyo ve arkadaşları (130) OKB ve şizofreni hastalarını sağlıklı kontrollerle de karşılaştırarak yaptıkları çalışmalarında, iki hasta grubu arasında sosyal bilişin GZOT ile baktıkları duygu tanıma alanı ve zihin kuramı alanında fark saptamamışlar iken, her iki grubun da kontrol grubuna göre bu alanlarda bozulmalar gösterdiğini bulmuşlardır. Yazarlar, sosyal bilişteki bozulmaları, özgül tanılardan ziyade genel etki mekanizmalarını ele alan transdiagnostik müdahaleler oluşturmaya hizmet edebilecek potansiyel klinik belirteçler olarak yorumlamışlardır.

Whitton ve arkadaşları (129) ise, şizofreni hastalarında OK belirtileri varlığının sosyal bilişsel işlevin yine duygu tanıma alanında bozulmalar ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Ancak şizofreni ile ilgili genel psikopatoloji düzeyini kontrol ettiklerinde bu ilişkinin önemini yitirdiğini bulmuşlar ve sonuç olarak bu hasta grubunda sosyal bilişin bozulmasını sadece OK belirti varlığına değil genel psikopatoloji düzeyindeki bozulmaya bağlamışlardır.

Çalışmamızda sosyal bilişin duygu tanıma ve zihin kuramı alanını değerlendirmek amacı ile kullandığımız GZOT ve DEZİTÖ sonuçlarına göre, üç grup arasında anlamlı farklar bulunmuş olup OKB grubunun bu her iki alandaki sosyal bilişlerinin kontrol grubuna göre, OKB+şizofreni grubunun sosyal bilişlerinin ise hem OKB grubuna hem de kontrol grubuna göre bozulmuş olduğu görülmüştür (OKB+şizofreni<OKB<kontrol grubu). Literatürde OKB ve şizofrenideki sosyal bilişsel yetilerdeki bozulmanın benzer olduğundan bahsedilmiş olsa da (130), iki hasta grubu arasında OK belirti şiddetinin değişmediği dikkate alındığında, şizofreni eştanısının, OKB hastalarında bozulan sosyal bilişsel yetileri OKB şiddetinden bağımsız olarak olumsuz yönde etkilediği düşünülmüştür.

OKB ve şizofreni eştanısının klinik etkileri olabilir. Önceki çalışmalarda, bu eştanının daha fazla işlev bozukluğu, daha düşük yaşam kalitesi, daha ciddi bilişsel eksiklikler, daha fazla sosyal izolasyon ve tedaviye daha fazla direnç ile ilişkili olduğu bulunmuştur (66,73,156,157). Bir çalışmada (158), şizofreni/şizoaffektif bozuklukla birlikte OKB'si olan hastalar, OKB'si olmayan şizofreni hastaları ve şizofreni eşlik etmeyen OKB hastaları psikopatoloji şiddeti ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmıştır. Şizo-obsesif hastalar, OKB'si olmayan şizofreni hastaları ile karşılaştırıldığında, psikopatoloji şiddeti ve yaşam kalitesi açısından farklılık olmadığı ifade edilirken, "şizofrenik olmayan OKB" grubunun her iki psikotik gruba göre daha düşük psikopatoloji şiddetine ve daha yüksek yaşam kalitesine sahip olma eğiliminde olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda ise OKB grubu ile OKB+şizofreni grubu arasında yaşam

kalitesi açısından bir fark bulunmamakla birlikte, bu her iki grubun da sağlıklı kontrollere göre daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır (OKB+Şizofreni=OKB<kontrol grubu). Bu sonuçlar, OKB hastalarına şizofreninin eşlik etmesinin, OK belirti şiddetini etkilemediği gibi yaşam kalitesini de etkilemediği ve yaşam kalitesinin bozulmasında OKB'nin daha önemli bir role sahip olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

OKB ve şizofreni hastaları ile birlikte sağlıklı kontrollerin dahil edildiği empati konusunda yapılan bir çalışmada, sağlıklı kontroller şizofreni hastalarından sadece empatik endişe alanında daha yüksek puanlar alırlarken diğer gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (130). Kang ve arkadaşları da OKB hastalarını sağlıklı kontroller ile karşılaştırdıkları çalışmalarında, empatik endişe alanında iki grup arasında fark bulmamışlardır (10). Salazar ve arkadaşları tarafından OKB hastalarında empati ve zihin kuramının değerlendirildiği güncel bir çalışmada ise (127), sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında OKB grubunda daha yüksek empati düzeyleri saptanmıştır. Bu sonuç önceki bir çalışmada da benzer şekilde bulunmuştur (159). Bizim çalışmamızda üç grup arasında EÖ puanları açısından fark saptanmazken, DEZİTÖ empatik anlayış alt ölçeği puanlarının kontrol grubunda OKB+şizofreni grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu Del-Hoyo (130) ve Kang'ın (10) empatik endişe alanındaki buldukları sonuç ile uyumludur. Literatürdeki bilgiler de dikkate alındığında, OKB+şizofreni hastalarında sosyal bilişin empati alanındaki bozulmanın daha çok şizofreninin mevcudiyeti ile ilişki olduğu düşünülmüştür.

D. Klinik Verilerin Birbirleriyle Olan İlişkilerinin Değerlendirilmesi

Literatürde OK belirti şiddeti ve sosyal biliş arasındaki ilişkiyi değerlendiren araştırmalar mevcuttur. Mısır ve arkadaşları (123) OK belirti şiddeti ile DEZİTÖ toplam puanı arasında orta derecede negatif yönlü bir ilişki bulmuşken, İnanç ve Altıntaş (160), OKB hastalarında belirti şiddeti ile GZOT performansı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu saptamıştır. OKB hastalarında yapılan diğer bazı çalışmalarda ise OK belirti şiddeti ve sosyal biliş arasında ilişki bulunmamıştır (8,9,122,161). Sosyal bilişi yüz ifadesinden duygu tanıma ile değerlendiren bir çalışmada (162) YBOKÖ ile ölçülen ve şiddetli semptomları olan hastaların iğrenme ifadesini tanımada belirgin bozulmalar gösterdiği bulunmuşken, başka bir çalışmada iğrenme algısı bozukluğu olan hastaların kontrol grubuna göre YBOKÖ puanlarının daha yüksek olduğu ve global işlevsellik ölçeğinde anlamlı olarak daha düşük puan aldıkları görülmüştür (163). Lochner ve arkadaşları da (164), OK belirti şiddeti ile iğrenme algısı arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir.

OKB hastalarında yapılan güncel bir çalışmada (127), OKB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek saptanan empatik endişe düzeylerinin YBOKÖ ile değerlendirilen OK belirti şiddeti ile anlamlı bir negatif yönlü ilişki içerisinde olduğu ifade edilmiştir. Başka bir çalışmada empatik endişe puanlarının yine OKB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunurken OKB şiddeti ile empati arasında pozitif yönlü bir ilişki gözlenmiştir (159). Diğer bir çalışmada ise, empatik endişe bakımından OKB grubu ile kontrol grubu arasında bir fark saptanmadığı gibi, OKB şiddeti ile empati arasında bir ilişki de bulunmamıştır (10). Bizim çalışmamızda da her ne kadar OKB grubu ile kontrol grubu arasında EÖ ve DEZİTÖ empatik anlayış alt ölçeği ile bakılan empati düzeylerinde bir fark saptanmamış ise de, OKB grubunda OK belirti şiddeti artışının empatik anlayışı olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Şizofreni hastalarında OK belirti şiddeti ile sosyal biliş arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada, daha yüksek OK belirti şiddeti, daha zayıf yüz ifadesinden duygu tanıma ile ilişkilendirilmiştir (129). Benzer şekilde Ntoulos ve arkadaşları da şizofrenide OK belirti varlığını, şizofreni hastalarında daha zayıf sosyal bilişsel yeteneklerle ilişkilendirmişlerdir (165). Buna karşın, Mısır ve arkadaşları OKB hastalarında şizotipal özellikler ile sosyal biliş arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmalarında, DEZİTÖ toplam puanı ile şizotipal özellikler arasında bir ilişki olmadığını bulmuşlardır (123).

Çalışmamızda, OKB ve OKB+şizofreni grubu arasında DEZİTÖ metafor kavrama alt ölçek puanları açısından bir fark saptanmamışken, her iki grubunda bu alanda kontrol grubundan daha düşük bir performans sergilediği bulundu. Bu bulgunun yanında yapılan bağıntı analizlerinde, OKB+şizofreni grubunda DEZİTÖ metafor kavrama alt ölçek puanları ile OK belirti şiddeti arasında negatif yönlü bir ilişki görülmüştür. Literatürde şizofreni hastalarında metafor kavrama üzerine birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda şizofreni hastalarındaki metafor kavrama yetisindeki bozulma, mecazi (figüratif) dili anlama bozukluğunun bir işareti olan somutlaştırma olarak ele alınmıştır (166–169). Somutlaştırmayı analiz eden bu çalışmalar, metaforik kavrayışı değerlendirerek sağlıklı kontrollere kıyasla şizofreni hastalarında soyutlama kapasitesinin azaldığını göstermiştir (166–169). Öte yandan, Champagne ve arkadaşları şizofreni hasta grubunda yaptıkları bağıntı analizlerinde, metafor kavrama ile yaş, eğitim düzeyi, PANSS pozitif, negatif ve genel puanları arasında bir ilişki olmadığını (167), Mossaheb ve arkadaşları da PANSS puanı ile metafor kavrama arasında bağıntı olmadığını ortaya koymuşlardır (168). Tavano ve arkadaşları da, şizofreni hastaları için metaforik ifadeler erişimde önemli eksiklikler olduğunu ancak bununla şizofreni belirti şiddeti arasında bir ilişki olmadığını bulmuşlardır (169).

Mecazi dili anlamak sosyal etkileşimin önemli bir parçasıdır (168). Şizofreni hastalarında soyutlama kapasitesinin bir göstergesi olan metaforu kavrama becerisindeki bozulma ile şizofreni belirti şiddeti arasında bir ilişki bulunmamış iken (167–169), OKB ve şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarında metaforu kavrama becerisinin kontrol grubuna göre daha bozuk olması, şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarında metaforu kavrama becerisinin bozulmasının OK belirti şiddeti ile ilişkili olması dikkat çekici bir bulgu olarak değerlendirilebilir. OKB ve şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarında soyutlama kapasitesinin daha iyi anlaşılması, sosyal bilişsel bozuklukların bu hastalıklarla ilişkisi ve özgüllükleri hakkında daha fazla bilgi edinmemizi sağlayacaktır.

Literatürde hastaların OK belirtilerine yönelik içgörü düzeylerinin sosyal biliş yetenekleriyle ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar vardır. Tulacı ve arkadaşları (124), içgörü düzeyi ile tüm zihin kuramı görevleri arasında anlamlı pozitif yönlü ilişkiler bulmuşlardır. Mısır ve arkadaşları da (123) içgörü düzeyi ile DEZİTÖ toplam puanları arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. İnanç ve Altıntaş (160), GZOT performansı ile içgörü düzeyi arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulmuşlardır. Çalışmamızda, OKB+şizofreni grubunda yaptığımız bağıntı analizlerinde, DEZİTÖ metafor kavrama alt ölçek puanları ile OK belirti şiddeti ve BİDÖ ölçek puanları arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlar, OKB'ye şizofreninin eşlik etmesi durumunda, metaforu kavrama becerisinin bozulmasının OK belirti şiddeti ve OK belirtilere yönelik içgörü düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu ilişkinin sadece OKB+şizofreni grubunda olup OKB grubunda olmaması ise, çalışmamızda OKB grubunda içgörü düzeyinin OKB+şizofreni grubundan daha iyi olması ile uyumlu görünmektedir. Diğer taraftan, bağıntı analizlerinde BİDÖ ölçek puanları ile GZOT olumlu duygular alt ölçek puanları arasında da pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgunun çalışmamızdan elde ettiğimiz diğer sonuçlarla uyumlu olmadığı görülmüştür.

OKB hastalarındaki yaşam kalitesine bakıldığında, düşük eğitim yılı, yüksek HAMD ve HAMA puanları, yüksek YBOKÖ puanları ve eşanlı duygudurum bozukluğunun varlığı yaşam kalitesindeki düşüklük ile ilişkili bulunmuştur (170). Çalışmamızda OKB grubunda yaşam kalitesi ile GZOT yansız duygular alt ölçeği puanları ve GZOT toplam puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanırken, tüm hasta grubunda cinsiyet kontrol edilerek yapılan kısmi bağıntı analizinde yaşam kalitesi ile GZOT yansız duygular alt ölçeği ve DEZİTÖ empatik anlayış alt ölçek puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulundu. Bu bulgu, OKB hastalarında yaşam kalitesinin sosyal bilişsel işlevlerdeki bozulmadan olumsuz etkilenebileceğini düşündürmüştür.

Literatürde ironi kavrama üzerine olan çalışmalar çok büyük oranda şizofreni hastaları ile yapılmıştır. Şizofrenide ironinin anlaşılmasına ilişkin araştırma verilerinin tutarlı olmadığı görülmektedir. Varga ve arkadaşları (171) ironi kavrama görevlerinde şizofreni ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiş iken, Langdon ve arkadaşları (172) şizofrenide ironi kavramanın etkilendiğini bulmuşlardır. Bunun yanında, remisyondaki şizofreni hastalarında yapılan bir çalışmada (173) ironi kavrama görevlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir bozulma bulunmuştur. Mo ve arkadaşları da (174), remisyona giren şizofrenide ironi kavrayışının bozulduğunu ifade etmişlerdir. Öte yandan, Varga ve arkadaşları (171) ironi kavrama ile şizofreni belirti şiddeti arasındaki bağıntıya bakmışlardır ve bir ilişki bulmamışlardır. Bu araştırmaların yanında, ayaktan psikiyatri kliniğine başvuran psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, alkol ve madde bağımlılığı hastalarının dışlandığı 20 hasta ve 35 sağlıklı kontrol ile yapılan bir çalışmada, ironi kavrama ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır (175). Yine Kılınçel ve arkadaşlarının major depresyon tanılı ergen hastalar ile yaptıkları başka bir çalışmada da, ironi kavrama ile depresyon düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır (176). Çalışmamızda DEZİTÖ ironi kavrama alt ölçek puanlarında üç grup arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuş iken, OKB+şizofreni grubunda yapmış olduğumuz bağıntı analizlerinde DEZİTÖ ironi kavrama alt ölçek puanları ile HAMA ve HAMD ölçek puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulgu, OKB ve şizofreni eştanısı olan hastaların daha depresif ve anksiyeteli olduklarında ironik ifadeleri daha iyi kavrayabildiklerini göstermektedir.

E. Kısıtlılıklar

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Örneklem grubunun küçük olması bu kısıtlılıklardan biridir. Küçük örneklem grubu ile yapmak durumunda olduğumuz çok sayıdaki analiz çalışmamızın gücünü azaltmıştır. Çalışmamızın diğer bir kısıtlılığı ise, kesitsel bir çalışma olmasıdır. Doğası gereği dalgalı bir gidiş gösteren OKB'nin seyri ve fenomenolojisi ve bu seyrin sosyal bilişe olan etkisi süreç içerisinde değerlendirilememiştir. Çalışmamızda, şizofreninin eşlik ettiği ve etmediği OKB hastalarının yer alması ve tüm hastalara uygulanabilecek ölçeklerin kullanılması nedeniyle şizofreninin şiddetinin ölçülmemiş olması bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Şizofreni grubunda klozapin veya diğer atipik antipsikotikleri kullanan hastalarda ortaya çıkmış olması muhtemel OK belirtilerin dışlanmamış olması, bir diğer bir kısıtlılık olarak görülebilir.

VII. SONUÇ

Çalışmamıza 27 OKB ve 22 OKB+şizofreni hastası ile 27 sağlıklı birey alınmıştır. OKB ve kontrol grubu yaş, eğitim yılı ve cinsiyet açısından eşleştirilmiştir. Yapılan analizlerde üç grup arasında yaş, eğitim durumu bakımından bir farklılık bulunmaz iken, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu bakımından anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda şizofreninin eşlik ettiği ve etmediği OKB hastalarının sosyal biliş, empati ve yaşam kalitesi düzeyleri sağlıklı kontroller ile karşılaştırılarak değerlendirilmiş ve şizofreninin OKB hastalarındaki sosyal biliş, empati ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisi incelenmiştir.

Hasta grupları klinik özellikler açısından karşılaştırıldığında, iki grubun OKB belirti şiddeti düzeyleri benzer bulunmuş, içgörü düzeylerinin ise OKB grubunda OKB+şizofreni grubuna göre daha iyi olduğu görülmüştür. Hasta grupları anksiyete ve depresyon puanları açısından anlamlı bir fark göstermemiş, her iki hasta grubunda anksiyete ve depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Sosyal biliş yetileri açısından her üç grup arasında alt yetilerde bazı benzerlikler ve farklılıklar olduğu bulunmuştur. Ancak genel bir eğilim olarak Sosyal biliş yetilerinin kontrol grubunda her iki hasta grubundan, OKB grubunda OKB+şizofreni grubundan daha iyi olduğu gözlenmiştir. OKB şiddetinin aynı olmasına karşın OKB+şizofreni grubunda içgörünün daha kötü, sosyal biliş yetilerinin daha yetersiz olması, şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarının klinik değerlendirilmesi ve izleminde dikkate alınması gereken bir bulgu olarak alınabilir.

Yaptığımız bağıntı analizleri, sosyal bilişin; OKB belirti şiddeti, anksiyete ve depresyon düzeyleri, içgörü düzeyleri ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir. OKB grubunda OKB şiddeti arttıkça empatik anlayış düzeyinin azaldığı gözlemlenirken, OKB+şizofreni grubunda OKB şiddeti arttıkça metaforu kavrama düzeyinin azaldığı görülmüştür. Yine OKB grubunda göz ifadelerini tanıma becerileri arttıkça yaşam kalitesi artarken, tüm hasta grubunda empatik anlayış arttıkça yaşam kalitesinin arttığı gözlenmiştir. Son olarak OKB+şizofreni grubunda içgörü düzeyleri arttıkça metaforu kavrama becerilerinin arttığı saptanmıştır.

Çalışmamız, OKB hastaları ile şizofreninin eşlik ettiği OKB hastalarını sosyal biliş açısından sağlıklı kontroller ile de karşılaştırarak değerlendiren ilk çalışmadır ve sonuçlarımız OKB hastalarında şizofreni eştanısı olduğunda sosyal bilişin şizofreni eştanısı olmayan OKB hastalarına göre daha fazla bozulduğunu, yaşam kalitesinin ise değişmediğini göstermiştir.



KAYNAKLAR

1. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010;15(1):53–63.
2. Bottas A, Cooke RG, Richter MA. Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: Is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? Vol. 30, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2005. p. 187–93.
3. Khess CRJ, Das J, Parial A, Kothari S, Joseph T. Obsessive compulsive disorder with psychotic features: - A phenomenological study. *Hong Kong J Psychiatry*. 1999;9(1):21–5.
4. Thomsen PH, Jensen J. Obsessive-compulsive disorder: admission patterns and diagnostic stability: A case-register study. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90(1):19–24.
5. Green MF, Horan WP, Lee J. Social cognition in schizophrenia. Vol. 16, *Nature Reviews Neuroscience*. *Nat Rev Neurosci*; 2015. p. 620–31.
6. Decety J, Cowell JM. The complex relation between morality and empathy. Vol. 18, *Trends in Cognitive Sciences*. *Trends Cogn Sci*; 2014. p. 337–9.
7. Jackson PL, Meltzoff AN, Decety J. How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *Neuroimage*. 2005 Feb 1;24(3):771–9.
8. Pino MC, De Berardis D, Mariano M, Vellante F, Serroni N, Valchera A, et al. Two systems for empathy in obsessive-compulsive disorder: Mentalizing and experience sharing. *Rev Bras Psiquiatr*. 2016 Oct 1;38(4):307–13.
9. Sayin A, Oral N, Utku Ç, Baysak E, Candansayar S. Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls. *Eur Psychiatry*. 2010 Mar;25(2):116–22.
10. Kang JI, Namkoong K, Yoo SW, Jung K, Kim SJ. Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord*. 2012 Dec 10;141(2–3):286–93.
11. Fett AKJ, Viechtbauer W, Dominguez M de G, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. Vol. 35, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. *Neurosci Biobehav Rev*; 2011. p. 573–88.
12. Jansen M, Overgaauw S, De Bruijn ERA. Social Cognition and Obsessive-Compulsive Disorder: A Review of Subdomains of Social Functioning. Vol. 11, *Frontiers in Psychiatry*. *Front Psychiatry*; 2020.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. *Encyclopedia of Applied Psychology, Three-Volume Set*. 2004. 607–614 p.
14. Tükel R, Demet MM. Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar. In: *Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar*. 1st ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2017. p. 1–2.
15. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. In: *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 14th ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. p. 364–78.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 2013.
17. Organization WH. Making a difference. *The World Health Report 1999*. *Health Millions*. 1999;25(4):3–5.
18. EB F, MJ K, WK G, E H, MA J, SA R. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(1):90–6.
19. Rasmussen SA, Eisen JL. The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Vol. 15, *Psychiatric Clinics of North America*. 1992. p. 743–58.

20. Juang YY, Liu CY. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;55(6):623–7.
21. Tükel R, Polat A, OÖzdemir Oö, Aksüt D, Tuürksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2002 May 1;43(3):204–9.
22. Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock PR. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th editi. Wolters Kluwer; 2015.
23. Bogetto F, Venturello S, Albert U, Maina G, Ravizza L. Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 1999;14(8):434–41.
24. Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, Dyck IR, Orlando ME, Rasmussen SA. A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010 Aug;71(8):1033–9.
25. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder [see commetns]. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Feb;56(2):121–7.
26. Steketee G, Eisen J, Dyck I, Warshaw M, Rasmussen S. Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 1999 Dec 27;89(3):229–38.
27. TOT Ş, YAZICI K, YAZICI A, ERDEM P, BAL N, BUTURAK ŞV. Obsesif kompulsif bozuklukta tedaviye cevapla ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatı Derg*. 2003;4(4):197–200.
28. Ravizza L, Maina G, anxiety FB-D and, 1997 undefined. Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. Wiley Online Libr.
29. L Ravizza, G Maina, R Torta FB. Are serotonergic antidepressants more effective in episodic' obsessive-compulsive disorder. *R Soc Med Serv London*. 1991;
30. Perugi G, Akiskal HS, Gemignani A, Pfanner C, Presta S, Milanfranchi A, et al. Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1998 Oct;248(5):240–4.
31. Organization WH. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva; 1992.
32. Abramowitz JS, Jacoby RJ. Obsessive-Compulsive Disorder in the DSM-5. *Clin Psychol Sci Pract*. 2014 Sep 1;21(3):221–35.
33. Abramowitz JS, Jacoby RJ. Obsessive-compulsive and related disorders: a critical review of the new diagnostic class. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015 Mar 1;11:165–86.
34. Van Ameringen M, Patterson B, Simpson W. DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: clinical implications of new criteria. *Depress Anxiety*. 2014;31(6):487–93.
35. Stein DJ, Craske MA, Friedman MJ, Phillips KA. Anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, trauma- and stressor-related disorders, and dissociative disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2014 Jun 1;171(6):611–3.
36. Nestadt G, Bienvenu OJ, Cai G, Samuels J, Eaton WW. Incidence of obsessive-compulsive disorder in adults. *J Nerv Ment Dis*. 1998 Jul;186(7):401–6.
37. Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*. 2001;110(4):585–99.
38. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M TŞZ. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara; 1998.
39. CilliÇilli A, Telcioğlu M, Aşkın R, ... NK-C, 2004 U. Twelve-month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey. Elsevier.
40. Kolada JL, Bland RC, Newman SC. Obsessive-Compulsive Disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89:24–35.
41. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Chung Kyoon Lee, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry*. 1994. p. 5–10.

42. Rasmussen SA, Tsuang MT. Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1986;143(3):317–22.
43. Tükel R, Polat A, Genç A, Bozkurt O, Atli H. Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2004;45(5):362–6.
44. Noshirvani H, Kasvikis Y, ... IM-TBJ of, 1991 U. Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *cambridge.org*.
45. Hanna GL. Demographic and Clinical Features of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 Jan 1;34(1):19–27.
46. Geller DA, Biederman J, Faraone S, Agranat A, Craddock K, Hagermoser L, et al. Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(7):471–7.
47. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry*. 1996;169(1):101–7.
48. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantaş B, et al. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2005;21(3):112–7.
49. Fontenelle LF, Mendlowicz M V., Marques C, Versiani M. Trans-cultural aspects of obsessive-compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *J Psychiatr Res*. 2004 Jul 1;38(4):403–11.
50. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Five US Communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Dec 1;45(12):1094–9.
51. Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, Bernstein S, Murphy DL, Greist, et al. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*. 1994 Oct 1;55 Suppl(10 SUPPL.):15–27; discussion 28.
52. Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, Pauls DL, Cohen DJ. “Just right” perceptions associated with compulsive behavior in Tourette’s syndrome. *Am J Psychiatry*. 1994;151(5):675–80.
53. Torres AR, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Bhugra D, Coid JW, et al. Obsessive-compulsive disorder and personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Nov 15;41(11):862–7.
54. Bejerot S, Ekselius L, Von Knorring L. Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1998 Jun 1;97(6):398–402.
55. Mancebo MC, Eisen JL, Grant JE, Rasmussen SA. Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Ann Clin Psychiatry*. 2005 Oct;17(4):197–204.
56. Marazziti D, Mucci F, Avella MT, Dell’Oste V, Baroni S, Dell’Osso L. Treatment of the obsessive-compulsive and bipolar disorders comorbidity: pharmacodynamic and pharmacokinetic evaluation. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2019 Aug 3;15(8):619–31.
57. Mucci F, Toni C, Favaretto E, Vannucchi G, Marazziti D, Perugi G. Obsessive-compulsive Disorder with Comorbid Bipolar Disorders: Clinical Features and Treatment Implications. *Curr Med Chem*. 2019 Jan 7;25(41):5722–30.
58. Vázquez GH, Baldessarini RJ, Tondo L. CO-OCCURRENCE OF ANXIETY AND BIPOLAR DISORDERS: CLINICAL AND THERAPEUTIC OVERVIEW. *Depress*

- Anxiety. 2014 Mar 1;31(3):196–206.
59. Berrios GE. Obsessive-compulsive disorder: Its conceptual history in France during the 19th century. *Compr Psychiatry*. 1989 Jul 1;30(4):283–95.
 60. (Berlin) WJ-APN, 1926 undefined. Obsessions during schizophrenia. *ci.nii.ac.jp*.
 61. Frías-Ibáñez A, ... CP-S-A españolas, 2014 undefined. Comorbidity between obsessive-compulsive disorder and schizophrenia: prevalence, explanatory theories, and nosological status. *pubmed.ncbi.nlm.nih.gov*.
 62. Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia ED, Cantisani A, Pellegrini M. Obsessive–Compulsive Disorder Comorbidity: Clinical Assessment and Therapeutic Implications. *Front Psychiatry*. 2011;2(DEC).
 63. Rabe-Jabłońska J. [Obsessive-compulsive disorders in adolescents with diagnosed schizophrenia]. *Psychiatr Pol*. 35(1):47–57.
 64. Poyurovsky M, Bergman J, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in elderly schizophrenia patients. *J Psychiatr Res*. 2006 Apr;40(3):189–91.
 65. Devi S, Rao NP, Badamath S, Chandrashekhar CR, Janardhan Reddy YC. Prevalence and clinical correlates of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2015 Jan 1;56:141–8.
 66. De Haan L, Sterk B, Wouters L, Linszen DH. The 5-year course of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in first-episode schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull*. 2013 Jan;39(1):151–60.
 67. Kim SW, Jeong BO, Kim JM, Shin IS, Hwang MY, Paul Amminger G, et al. Associations of obsessive-compulsive symptoms with clinical and neurocognitive features in schizophrenia according to stage of illness. *Psychiatry Res*. 2015 Mar 30;226(1):368–75.
 68. Faragian S, Pashinian A, Fuchs C, Poyurovsky M. Obsessive-compulsive symptom dimensions in schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009 Aug 31;33(6):1009–12.
 69. Devulapalli KK, Welge JA, Nasrallah HA. Temporal sequence of clinical manifestation in schizophrenia with co-morbid OCD: review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2008 Oct 30;161(1):105–8.
 70. Rajkumar RP, Reddy YCJ, Kandavel T. Clinical profile of “schizo-obsessive” disorder: a comparative study. *Compr Psychiatry*. 2008 May;49(3):262–8.
 71. Poyurovsky M, Faragian S, Kleinman-Balush V, Pashinian A, Kurs R, Fuchs C. Awareness of illness and insight into obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia patients with obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2007 Sep;195(9):765–8.
 72. Byerly M, Goodman W, Acholonu W, Bugno R, Rush AJ. Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia: frequency and clinical features. *Schizophr Res*. 2005 Jul 15;76(2–3):309–16.
 73. Lysaker PH, Whitney KA. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: prevalence, correlates and treatment. *Expert Rev Neurother*. 2009 Jan;9(1):99–107.
 74. Hwang MY, Kim SW, Yum SY, Opler LA. Management of schizophrenia with obsessive-compulsive features. *Psychiatr Clin North Am*. 2009 Dec;32(4):835–51.
 75. Poyurovsky M, Fuchs C, Faragian S, Kriss V, Weisman G, Pashinian A, et al. Preferential aggregation of obsessive-compulsive spectrum disorders in schizophrenia patients with obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 2006;51(12):746–54.
 76. Haan L De, Schirmbeck F, Zink M. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. Springer.
 77. Schirmbeck F, Zink M. Comorbid obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: contributions of pharmacological and genetic factors. *Front Pharmacol*. 2013;4.
 78. de Haan L, Sterk B, van der Valk R. Presence of obsessive compulsive symptoms in

- first-episode schizophrenia or related disorders is associated with subjective well-being and quality of life. *Early Interv Psychiatry*. 2013 Aug 1;7(3):285–90.
79. De Haan L, Sterk B, Wouters L, Linszen DH. The 5-Year Course of Obsessive-Compulsive Symptoms and Obsessive-Compulsive Disorder in First-Episode Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr Bull*. 2013 Jan;39(1):151.
 80. Swets M, Dekker J, van Emmerik-van Oortmerssen K, Smid GE, Smit F, de Haan L, et al. The obsessive compulsive spectrum in schizophrenia, a meta-analysis and meta-regression exploring prevalence rates. *Schizophr Res*. 2014 Feb 1;152(2–3):458–68.
 81. Cederlöf M, Lichtenstein P, Larsson H, Boman M, Rück C, Landén M, et al. Obsessive-Compulsive Disorder, Psychosis, and Bipolarity: A Longitudinal Cohort and Multigenerational Family Study. *Schizophr Bull*. 2015 Sep 1;41(5):1076.
 82. Van Dael F, Van Os J, De Graaf R, Ten Have M, Krabbendam L, Myin-Germeys I. Can obsessions drive you mad? Longitudinal evidence that obsessive-compulsive symptoms worsen the outcome of early psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Feb;123(2):136–46.
 83. Meier SM, Petersen L, Pedersen MG, Arendt MCB, Nielsen PR, Mattheisen M, et al. Obsessive-compulsive disorder as a risk factor for schizophrenia: a nationwide study. *JAMA psychiatry*. 2014 Nov 1;71(11):1215–21.
 84. Grady CL, Keightley ML. Studies of altered social cognition in neuropsychiatric disorders using functional neuroimaging. *Can J Psychiatry*. 2002;47(4):327–36.
 85. Sayın A. Şizofrenide Zihin Kuramı. Vol.46. In *Yeni Symp*; 2008. 74–9 p.
 86. Özbaran B, Köse S, and SE-P, 2009 undefined. Yaygın gelişimsel bozukluklarda sosyal bilis. *psychiatry-psychopharmacology* 2009;19(3):19.
 87. Hughes C, Cutting AL. Nature, Nurture, and Individual Differences in Early Understanding of Mind: <https://doi.org/10.1111/1467-928000181>. 2016 May 6;10(5):429–32.
 88. Coplan A. WILL THE REAL EMPATHY PLEASE STAND UP? A CASE FOR A NARROW CONCEPTUALIZATION. *South J Philos*. 2011 Sep;49(SUPPL. 1):40–65.
 89. Engelen EM, Röttger-Rössler B. Current Disciplinary and Interdisciplinary Debates on Empathy: <http://dx.doi.org/10.1177/1754073911422287>. 2012 Jan 24;4(1):3–8.
 90. de Vignemont F, Singer T. The empathic brain: how, when and why? *Trends Cogn Sci*. 2006 Oct 1;10(10):435–41.
 91. Fayers P, Machin D. Quality of life: The assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes. 2015.
 92. Staquet M, Berzon R, Osoba D, Machin D. Guidelines for reporting results of quality of life assessments in clinical trials. *Qual Life Res* 1996 55. 1996;5(5):496–502.
 93. Medicine WG-S science &, 1995 U. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.
 94. Mayo N. Dictionary of Quality of Life and Health Outcomes Measurement, Version 1. 2015.
 95. Pinkham AE, Penn DL, Green MF, Buck B, Healey K, Harvey PD. The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel. *Schizophr Bull*. 2014;40(4):813–23.
 96. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities. *Schizophr Bull*. 2008 Nov;34(6):1211.
 97. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001

- Feb;42(2):241–51.
98. Frith CD. The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia. *Cogn Neuropsychol Schizophr*. 2014 Jun 3;
 99. Brüne M. “Theory of Mind” in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophr Bull*. 2005 Jan 1;31(1):21–42.
 100. Shamay-Tsoory SG. The neural bases for empathy. *Neuroscientist*. 2011 Feb;17(1):18–24.
 101. Corrigan PW, Green MF. Schizophrenic patients’ sensitivity to social cues: the role of abstraction. *Am J Psychiatry*. 1993;150(4):589–94.
 102. Toomey R, Schuldberg D, Corrigan P, Green MF. Nonverbal social perception and symptomatology in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2002 Jan 1;53(1–2):83–91.
 103. Sergi MJ, Green MF. Social perception and early visual processing in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003 Feb 1;59(2–3):233–41.
 104. Penn DL, Ritchie M, Francis J, Combs D, Martin J. Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatry Res*. 2002;109(2):149–59.
 105. Yıldırım E, Psychiatry KA-DAJ of, 2012 undefined. Şizofrenide Öne Çıkan Yeni Bir Boyut: Sosyal Biliş. search.ebscohost.com.
 106. Fiske AP. The four elementary forms of sociality: framework for a unified theory of social relations. *Psychol Rev*. 1992;99(4):689–723.
 107. Corrigan PW, Wallace CJ, Green MF. Deficits in social schemata in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1992 Dec 1;8(2):129–35.
 108. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Green MF, Horan WP, Nienow TM, Ventura J, et al. Neurocognitive and social cognitive correlates of formal thought disorder in schizophrenia patients. *Schizophr Res*. 2006 Jul;85(1–3):84–95.
 109. Bellack AS, Sayers M, Mueser KT, Bennett M. Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 1994;103(2):371–8.
 110. Zullow HM, Oettingen G, Peterson C, Seligman MEP. Pessimistic explanatory style in the historical record: CAVing LBJ, presidential candidates, and East versus West Berlin. psycnet.apa.org. 1988;
 111. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev*. 2001;21(8):1143–92.
 112. Garety PA, Freeman D. Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *Br J Clin Psychol*. 1999 Jun;38(2):113–54.
 113. Mayer J, Salovey P, Caruso D, Sitarenios G. Emotional intelligence as a standard intelligence. 2001;
 114. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment, and Research Opportunities. *Schizophr Bull*. 2008 Nov 1;34(6):1211–20.
 115. 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 Mar;47(3):339–49.
 116. Lochner C, Mogotsi M, Du Toit PL, Kaminer D, Niehaus DJ, Stein DJ. Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathology*. 2003;36(5):255–62.
 117. Mavrogiorgou P, Akyol M, Siebers F, ... TK-J of O, 2015 undefined. Low psychosocial functioning in obsessive–compulsive disorder and its clinical implications. Elsevier.
 118. Abramowitz JS, Baucom DH, Wheaton MG, Boeding S, Fabricant LE, Paprocki C, et al. Enhancing exposure and response prevention for OCD: a couple-based approach. *Behav Modif*. 2013 Mar;37(2):189–210.

119. Abramowitz JS. The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry*. 2006;51(7):407–16.
120. Kanske P, Böckler A, Trautwein FM, Singer T. Dissecting the social brain: Introducing the EmpaToM to reveal distinct neural networks and brain-behavior relations for empathy and Theory of Mind. *Neuroimage*. 2015 Nov 5;122:6–19.
121. Plana I, Lavoie MA, Battaglia M, Achim AM. A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2014 Mar 1;28(2):169–77.
122. Liu W, Fan J, Gan J, Lei H, Niu C, Chan RCK, et al. Disassociation of cognitive and affective aspects of theory of mind in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2017 Sep 1;255:367–72.
123. Mısır E, Bora E, Akdede BB. Relationship between social-cognitive and social-perceptual aspects of theory of mind and neurocognitive deficits, insight level and schizotypal traits in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2018 May 1;83:1–6.
124. Tulacı RG, Cankurtaran EŞ, Özdel K, Öztürk N, Kuru E, Özdemir İ. The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder. *Nord J Psychiatry*. 2018 May 19;72(4):273–80.
125. Mancuso F, Horan WP, Kern RS, Green MF. Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophr Res*. 2011 Feb;125(2–3):143–51.
126. van Hooren S, Versmissen D, Janssen I, Myin-Germeys I, à Campo J, Mengelers R, et al. Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis. *Schizophr Res*. 2008 Aug;103(1–3):257–65.
127. Salazar Kämpf M, Kanske P, Kleiman A, Haberkamp A, Glombiewski J, Exner C. Empathy, compassion, and theory of mind in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Psychother Theory, Res Pract*. 2022 Mar 1;95(1):1–17.
128. Berman I, Merson A, Viegner B, Losonczy MF, Pappas D, Green AI. Obsessions and compulsions as a distinct cluster of symptoms in schizophrenia: a neuropsychological study. *J Nerv Ment Dis*. 1998 Mar;186(3):150–6.
129. Whitton AE, Henry JD. The relationship between sub-clinical obsessive-compulsive symptoms and social cognition in chronic schizophrenia. *Br J Clin Psychol*. 2013;52(2):115–28.
130. López-Del-Hoyo Y, Panzano MG, Lahera G, Herrera-Mercadal P, Navarro-Gil M, Campos D, et al. Differences between individuals with schizophrenia or obsessive-compulsive disorder and healthy controls in social cognition and mindfulness skills: A controlled study. *PLoS One*. 2019 Dec 1;14(12):e0225608.
131. First MB, Williams JB., Karg RS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV). 2016;94.
132. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Zülkif Topak O, Çetin Ş, et al. Adaptation and reliability of the structured clinical interview for DSM-5-disorders - clinician version (SCID-5/CV) to the Turkish language. *Turk Psikiyatr Derg*. 2019;30(1).
133. Goodman W, Price L, ... SR-A of general, 1989 undefined. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *jamanetwork.com*.
134. Karamustafaloğlu K, Üçışık A, Uludoy M, Erkmen H. Yale-Brown obsesyon-kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bursa Savaş Ofset*. 1993;86.
135. neurology MH-J of, neurosurgery undefined, psychiatry and, 1960 undefined. A rating scale for depression. *ncbi.nlm.nih.gov*.

136. Akdemir A, Türkçapar M, Örsel S, ... ND-C, 2001 undefined. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. Elsevier.
137. HAMILTON M. THE ASSESSMENT OF ANXIETY STATES BY RATING. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50–5.
138. Psychiatry MY-TJ, 1998 undefined. Hamilton anxiety rating scale: interrater reliability and validity study. *ci.nii.ac.jp.*
139. Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The brown assessment of beliefs scale: Reliability and validity. *Am J Psychiatry.* 1998;155(1):102–8.
140. Özcan T, Erkan K, KARADERE M, ... KY-J of C, 2013 undefined. Brown assessment of beliefs scale: a study of reliability and validity. *jcbpr.org.*
141. Değirmencioglu B. İlk kez geliştirilecek olan Dokuz Eylül Zihin Teorisi Ölçeğinin (DEZTÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 2008;
142. Psikiyatri T, Akgün YILDIRIM E, Kaşar M, Güdük M, Ateş E, Küçükparlak İ, et al. Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe Güvenirlik Çalışması. *turkpsikiyatri.com.* 2011;22(3):177–86.
143. Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: An investigation of adults with asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disord.* 2004 Apr;34(2):163–75.
144. Bora E, Bulteni LB-KP, 2009 undefined. Empati Ölçeği-Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özellikleri. *psikofarmakoloji.org.* 2009;19(1):19.
145. medicine WG-P, 1998 undefined. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *cambridge.org.*
146. Eser S, Saatlı G, Eser E, ... HB-TJ of, 2010 undefined. The Reliability and Validity of the Turkish Version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-Old). *toad.halileksi.net.*
147. George D. SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference. 17.0 updat. Pearson Education India; 2011.
148. Özdemir Ö, Tükel R, Türksoy N, Üçok A. Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2003 Jul 1;44(4):311–6.
149. Sevincok L, Akoglu A, Arslantas H. Schizo-obsessive and obsessive-compulsive disorder: Comparison of clinical characteristics and neurological soft signs. *Psychiatry Res.* 2006 Dec 7;145(2–3):241–8.
150. GÜLEÇ G, GÜNEŞ E, YENİLMEZ Ç. Obsesif kompulsif belirtileri olan şizofreni hastalarının şizofreni ve obsesif kompulsif bozukluk hastaları ile karşılaştırılması. *Türk Psikiyatr Derg.* 2008;19(3):247–56.
151. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Iwasaki Y, Koshimune K, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry.* 2002;43(2):150–7.
152. Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical Features and Symptoms of the Sample at Intake. *J Clin Psychiatry.* 2006 May 15;67(5):2146.
153. Sevincok L, Akoglu A, Kokcu F. Suicidality in schizophrenic patients with and without obsessive-compulsive disorder. *Schizophr Res.* 2007 Feb 1;90(1–3):198–202.
154. Cruz LF de la, Rydell M, ... BR-M, 2017 undefined. Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients. *nature.com.*
155. Sher L, Kahn RS. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Med* 2019, Vol 55, Page 361. 2019 Jul 10;55(7):361.
156. Lysaker PH, Bryson GJ, Marks KA, Greig TC, Bell MD. Association of obsessions and compulsions in schizophrenia with neurocognition and negative symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2002;14(4):449–53.

157. Michalopoulou PG, Konstantakopoulos G, Typaldou M, Papageorgiou C, Christodoulou GN, Lykouras L, et al. Can cognitive deficits differentiate between schizophrenia with and without obsessive-compulsive symptoms? *Compr Psychiatry*. 2014;55(4):1015–21.
158. Frías Á, Palma C, Farriols N, Salvador A, Bonet J, Bernáldez I. Psychopathology and quality of life among patients with comorbidity between schizophrenia spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder: no evidence for a “schizo-obsessive” subtype. *Compr Psychiatry*. 2014 Jul 1;55(5):1165–73.
159. Fontenelle LF, Soares ID, Miele F, Borges MC, Prazeres AM, Rangé BP, et al. Empathy and symptoms dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res*. 2009 Jan 1;43(4):455–63.
160. İnanç L, Altıntaş M. Are Mentalizing Abilities and Insight Related to the Severity of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Investig*. 2018;15(9):843.
161. Mavrogiorgou P, Bethge M, Luksnat S, Nalato F, Juckel G, Brüne M. Social cognition and metacognition in obsessive-compulsive disorder: an explorative pilot study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016 Apr 1;266(3):209–16.
162. Parker HA, McNally RJ, Nakayama K, Wilhelm S. No disgust recognition deficit in obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2004 Jun 1;35(2):183–92.
163. Corcoran KM, Woody SR, Tolin DF. Recognition of facial expressions in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2008 Jan 1;22(1):56–66.
164. Lochner C, Simmons C, Kidd M, Chamberlain SR, Fineberg NA, van Honk J, et al. Differential effects of escitalopram challenge on disgust processing in obsessive-compulsive disorder. *Behav Brain Res*. 2012 Jan 1;226(1):274–80.
165. Ntouros E, Bozikas VP, Andreou C, Kourbetis D, Lavrentiadis G, Garyfallos G. Emotional perception and theory of mind in first episode psychosis: The role of obsessive-compulsive symptomatology. *Psychiatry Res*. 2014 Dec 15;220(1–2):112–7.
166. Rossetti I, Brambilla P, Papagno C. Metaphor comprehension in schizophrenic patients. *Front Psychol*. 2018 May 9;9(MAY):670.
167. Champagne-Lavau M, Stip E. Pragmatic and executive dysfunction in schizophrenia. *J Neurolinguistics*. 2010 May 1;23(3):285–96.
168. Mossaheb N, Aschauer HN, Stoettner S, Schmoeger M, Pils N, Raab M, et al. Comprehension of metaphors in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Compr Psychiatry*. 2014 May 1;55(4):928–37.
169. Tavano A, Sponda S, Fabbro F, Perlini C, Rambaldelli G, Ferro A, et al. Specific linguistic and pragmatic deficits in Italian patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2008 Jul 1;102(1–3):53–62.
170. Albert U, Maina G, Bogetto F, Chiarle A, Mataix-Cols D. Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2010 Mar 1;51(2):193–200.
171. Varga E, Schnell Z, Tényi T, Németh N, Simon M, Hajnal A, et al. Compensatory effect of general cognitive skills on non-literal language processing in schizophrenia: A preliminary study. *J Neurolinguistics*. 2014 May 1;29(1):1–16.
172. Langdon R, Coltheart M, Ward B, Catts V. Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading. 2006;
173. Herold R, Nyi " T T E;, Le; K, Rd N;, Trixler □□□ M. Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychol Med*. 2005;32:1125–9.
174. Mo S, Su Y, Chan RCK, Liu J. Comprehension of metaphor and irony in schizophrenia during remission: The role of theory of mind and IQ. *Psychiatry Res*. 2008 Jan 15;157(1–3):21–9.

175. Dimaggio G, Paviglianiti A, Carcione A, Lysaker PH, Pedone R, Riccardi I, et al. Alexithymia and irony comprehension and their relations with depression, anxiety, general symptomatology and personality disorders: A comparison between clinical and non-clinical participants. *Psychol Belg.* 2011;51(3-4):275-93.
176. Kiliñel Ş, Vural AP, Kiliñel O. 58 Theory of mind deficit in adolescents with major depressive disorder Theory of mind deficit in adolescents with major depressive disorder.



Ek-2: Çalışmaya Katılan Hastalar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER

İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın yürütmekte olduğu “**Şizofreninin Eşlik Ettiği ve Etmediği Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Sosyal Biliş, Empati ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**” isimli bu klinik araştırmada, şizofreni tanısı olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılı kişiler psikiyatrik açıdan incelenecek ve bulgular karşılaştırılacaktır. Bu araştırmayla bahsi geçen iki hastalık için de önemli olan sosyal biliş ve empati kavramları konusundaki bilgilerimizin artırılması amaçlanmaktadır. Çalışmayı OKB tanısı alan 31 kişi, şizofreni ve OKB tanılarının her ikisini de alan 31 kişi ve psikiyatrik bozukluğu olmayan kontrol grubunu oluşturan genel toplum bireylerinden 31 sağlıklı kişi ile yapmayı planlıyoruz. Elde edeceğimiz sonuçlarla, bu hastalıkların özelliklerinin daha iyi tanınması ve böylece gelecekte daha etkin tedavi olanaklarının bulunmasına katkıda bulunmayı hedefliyoruz.

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

2. GÖNÜLLÜNÜN HAKLARIYLA İLGİLİ BİLGİLER

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

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

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

3. KATILIMCININ BEYANI

Dr. Nihat Uçar tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya 'katılımcı' olarak kabul edildim. Eğer bu çalışmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel

amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

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

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

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

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

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

4. GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

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

Gönüllünün

Adı-soyadı:

İmzası:

Tarih: Adres:

Tel:

Araştırmacının

Adı-soyadı:

İmzası:

Tarih: Adres:

Tel:

Ek-3: Çalışmaya Katılan Sağlıklı Kontroller İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

1. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER

İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın yürütmekte olduğu “**Şizofreninin Eşlik Ettiği ve Etmediği Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Sosyal Biliş, Empati ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**” isimli bu klinik araştırmada, şizofreni tanısı olan ve olmayan obsesif kompulsif bozukluk (OKB) tanılı kişiler psikiyatrik açıdan incelenecek ve bulgular karşılaştırılacaktır. Bu araştırmayla bahsi geçen iki hastalık için de önemli olan sosyal biliş ve empati kavramları konusundaki bilgilerimizin artırılması amaçlanmaktadır. Çalışmayı OKB tanısı alan 31 kişi, şizofreni ve OKB tanılarının her ikisini de alan 31 kişi ve psikiyatrik bozukluğu olmayan kontrol grubunu oluşturan genel toplum bireylerinden 31 sağlıklı kişi ile yapmayı planlıyoruz. Elde edeceğimiz sonuçlarla, bu hastalıkların özelliklerinin daha iyi tanınması ve böylece gelecekte daha etkin tedavi olanaklarının bulunmasına katkıda bulunmayı hedefliyoruz.

Sizi bu araştırmaya her hangi bir psikiyatrik bozukluğunuz bulunmadığı için sağlıklı kontrol örneklem grubunda yer almak üzere davet ediyoruz. Eğer bu araştırmada yer almayı kabul ederseniz, size İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda bir takım ölçekler uygulanacaktır.

2. GÖNÜLLÜNÜN HAKLARIYLA İLGİLİ BİLGİLER

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

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

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

3. KATILIMCININ BEYANI

Dr. Nihat Uçar tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya 'katılımcı' olarak kabul edildim. Eğer bu çalışmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel

amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

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

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

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

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

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

4. GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

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

Gönüllünün

Adı-soyadı:

İmzası:

Tarih: Adres:

Tel:

Araştırmacının

Adı-soyadı:

İmzası:

Tarih: Adres:

Tel:

Ek-4: Sosyodemografik Veri Formu ve Ölçekler

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Ad ve Soyad:

Tarih:

Adres:

Tel:

1) Sıra No:

2) Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek

3) Yaş:

4) Kardeş sayısı (kendisi dahil):

5) Kendisi kaçınıcı kardeş:

6) Medeni Durum: 1) Evli 2) Bekar

7) Eğitim Durumu: 1)Yok 2) İlk 3) Orta 4) Lise 5) Yüksek

8) Eğitim (Yıl olarak):

9) Meslek: 1) Köylü/Çiftçi 2) İşçi 3) Memur 4) Esnaf/Tüccar
5) Profesyonel/Serbest 6) Ev Kadını 7) Öğrenci 8) Yok

10) Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Hastalığı nedeniyle çalışmıyor

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

11) Psikiyatriste başvuru nedeni:

1) OKB 2) Şizofreni 3) Başka bir hastalık (belirtiniz):

12) 1) Daha önce OKB tanısı konulmuş 2) İlk başvuru

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

14) DSM-5'e göre obsesif-kompulsif bozukluk tanı ölçütlerinin karşılandığı yaş:

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

16) Bugün itibariyle obsesif kompulsif belirtilerin kesintisiz olarak devam edegeldiği süre:

17) Gidiş boyutu:

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

18) Epizodik gidişli ise:

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

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

..... /

19) DSM-5'e göre;

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

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

- | | | |
|-------------|--------------------------------------|-----|
| 21) Eştanı: | Eştanı yok | () |
| | Agorafobi | () |
| | Panik bozukluğu | () |
| | Özgül fobi | () |
| | Sosyal anksiyete bozukluğu | () |
| | Yaygın anksiyete bozukluğu | () |
| | Major depresif bozukluk | () |
| | Distimik bozukluk | () |
| | Alkol kötüye kullanımı / bağımlılığı | () |
| | Diğer (belirtiniz): | () |

22) Obsesif kompulsif spektrum bozuklukları:

- | | |
|---------------------------|-----|
| Yok | () |
| Anoreksiya nevroza | () |
| Beden dismorfik bozukluğu | () |
| Hipokondriyazis | () |
| Trikotilomani | () |
| Patolojik kumar | () |

Diğer (belirtiniz):

23) Şizofreni:

- 1) Şizofreni yok ()
2) Şizofreni var ()

24) Şizofreni varsa; tipi:

- 1) Paranoid
2) Katatonik
3) Dezorganize
4) Ayrışmamış

25) Şizofreni varsa: 1) OKB'den önce 2) OKB'den sonra 3) OKB ile birlikte

26) Tik bozuklukları (şimdiki durum)

- 1) Tik / Tourette bozukluğu yok
2) Tik / Tourette bozukluğu var

27) Tik bozuklukları (geçirilmiş)

- 1) Tik / Tourette bozukluğu yok
2) Tik / Tourette bozukluğu var

28) Tik / Tourette bozukluğu varsa, başlama yaşı:

29) İntihar girişimi: 1) Yok 2) Var

30) Fiziksel hastalıkları:

31) OKB'si olan aile bireyleri (anne, baba, kardeşler, kuzenler, teyzeler, amcalar, büyükanneler ve büyükbabalar dahil olmak üzere):

32) Psikotik bozukluğu olan aile bireyleri (anne, baba, kardeşler, kuzenler, teyzeler, amcalar, büyükanneler ve büyükbabalar dahil olmak üzere) ve psikotik bozukluğun DSM-V tanısı:

33) Şimdiye kadar psikiyatrik tedavi gördü mü? 1) Evet 2) Hayır

34) Kullanılan antiobsesif ilaçların dozları ve süreleri:

35) Kullanılan antipsikotik ilaçların dozları ve süreleri:

36) Şimdiki ilaç tedavisi:

- 1) Özgül OKB ilaç tedavisi altında
- 2) Özgül OKB ilaç tedavisi + antipsikotik tedavi altında
- 3) İlaçsız

37) Bilişsel-davranışçı tedavi:

- 1) Uygulanmış
 - 2) Uygulanmamış
- Uygulanmış ise, tarih ve süre / seans sayısı:

38) Hamilton Anksiyete:

39) Hamilton Depresyon:

40) YBOKÖ (obsesyon):

41) YBOKÖ (kompulsiyon):

42) YBOKÖ (toplam):

43) YBOKÖ (soru 11/ içgörü):

Obsesyonlar

- | | | |
|------------------------|--------|--------|
| 44) Saldırganlık | 1) Yok | 2) Var |
| 45) Kirlenme | 1) Yok | 2) Var |
| 46) Cinsel | 1) Yok | 2) Var |
| 47) Biriktirme/Saklama | 1) Yok | 2) Var |
| 48) Dini | 1) Yok | 2) Var |
| 49) Simetri/Düzen | 1) Yok | 2) Var |
| 50) Bedensel | 1) Yok | 2) Var |
| 51) Diğer | 1) Yok | 2) Var |

Kompulsiyonlar

- | | | |
|---------------------------|--------|--------|
| 52) Temizleme/Yıkama | 1) Yok | 2) Var |
| 53) Kontrol etme | 1) Yok | 2) Var |
| 54) Tekrarlayıcı törensel | 1) Yok | 2) Var |
| 55) Sayma | 1) Yok | 2) Var |

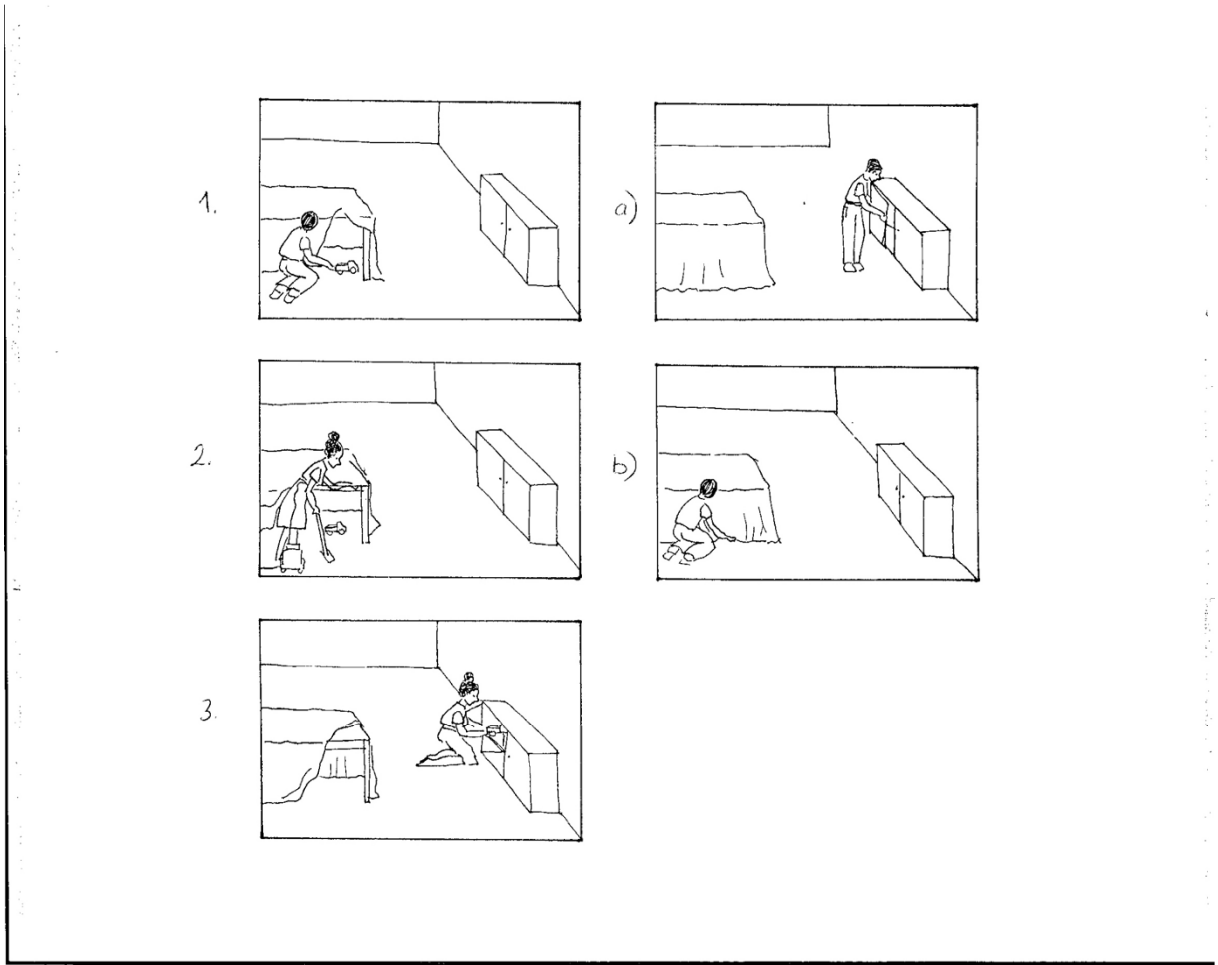
- 56) Sıralama/Düzenleme 1) Yok 2) Var
- 57) Biriktirme/Toplama 1) Yok 2) Var
- 58) Diğer 1) Yok 2) Var
- 59) Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği:
- 60) DEZİTO-1. derece yanlış inanç
- 61) DEZİTO -2. derece yanlış inanç
- 62) DEZİTO -İroni
- 63) DEZİTO -Metafor
- 64) DEZİTO -Empatik anlayış
- 65) DEZİTO -Faux pas
- 66) DEZİTO-Toplam
- 67) Gözlerden Zihin Okuma Testi-Toplam
- 68) Gözlerden Zihin Okuma Testi-Negatif
- 69) Gözlerden Zihin Okuma Testi-Pozitif
- 70) Gözlerden Zihin Okuma Testi-Nötral
- 71) Empati Ölçeği
- 72) WHOQOL-BREF

DOKUZ EYLÜL ZİHİN TEORİSİ ÖLÇEĞİ

(DEZİTÖ) :

HİKAYE 1

Selma Hanım mutfakta, pişirdiği börekleri bir kap içinde masanın üstüne koyar. O sırada çalan telefona bakmak için salona gider. Selma Hanım, mutfakta değilken, mutfağa giren kızı Gül, masanın üstünde duran börek kabını, böreklerin bozulmaması için buzdolabına kaldırır ve mutfaktan çıkıp, kendi odasına gider.

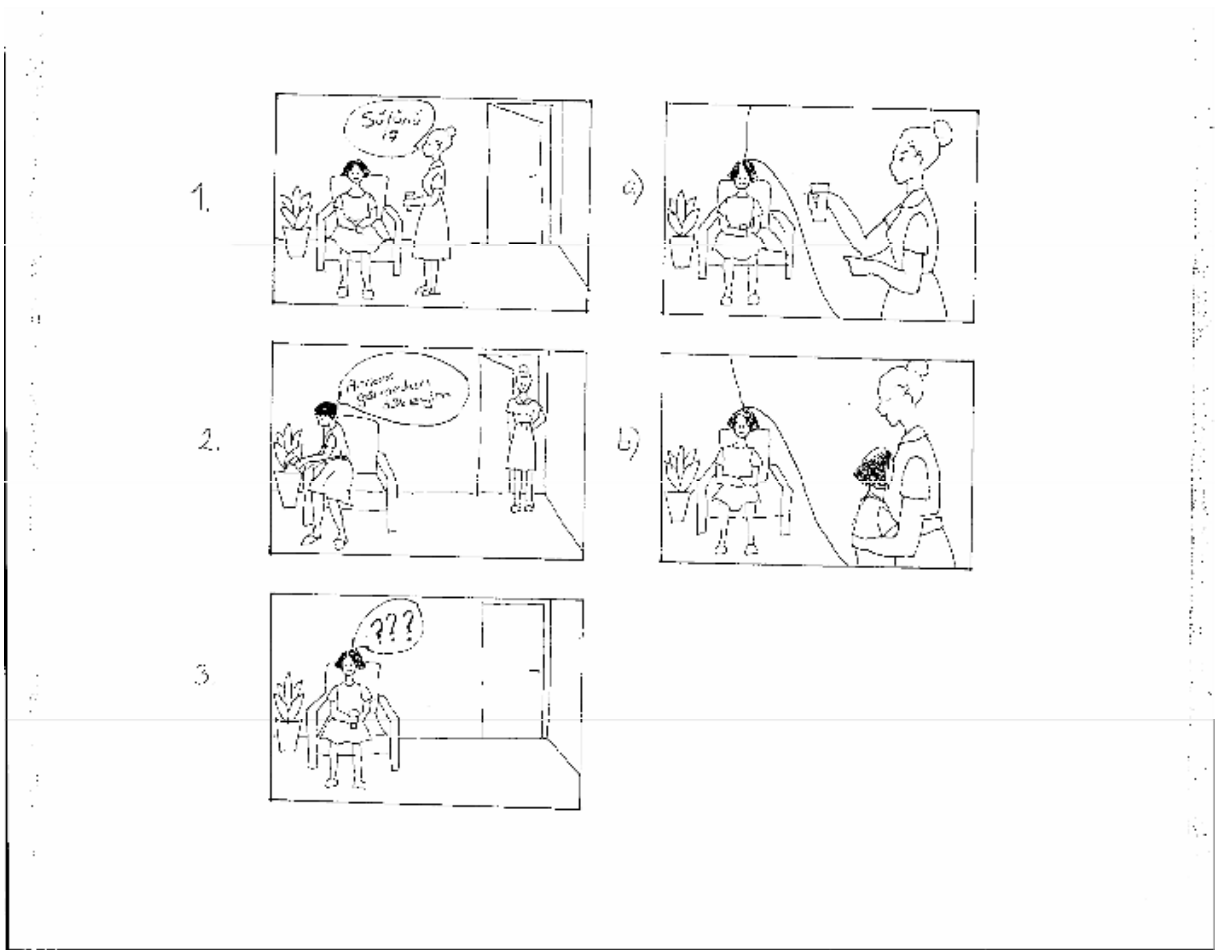


HİKAYE 2

Ayşe Hemşire ve Mine Hemşire, doktorlar odasında yapacakları işler hakkında konuşmaktadır. Ayşe Hemşire, Doktor Ahmet Bey'in, o günkü hastalara ait tahlil sonuçlarını doktorlar odasından alacağını söyler. Ayşe Hemşire: " Ben şimdi, Doktor Ahmet Bey ile vizite çıkacağım. Sen de sonuçlarını laboratuardan alıp, buraya getirir misin? " der. Mine Hemşire laboratuara, Ayşe Hemşire vizite gitmek üzere odadan ayrılır.

Ayşe Hemşire ziyaret sırasında, Doktor Ahmet Bey ile karşılaşır. Doktor Ahmet Bey, ziyaretin bitiminde, tahlil sonuçlarının hemen polikliniğe getirilmesini ister ve polikliniğe doğru yola çıkar. Doktor Ahmet Bey, yolda tahlil sonuçlarını almaya giden Mine Hemşire'yi görür. Mine Hemşire, sonuçları almaya gittiğini söyler. Doktor Ahmet Bey, Mine Hemşire'ye sonuçları hemen polikliniğe getirmesini söyler ve polikliniğe gider. Ayşe Hemşire, Mine Hemşire'nin Doktor Ahmet Bey ile konuştuğunu bilmemektedir.

Laboratuardan çıkmadan Mine Hemşire'yi bulmak için, ziyaret sonrası acele ile laboratuara giden Ayşe Hemşire, laboranta Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alıp almadığını sorar. Laborant, Mine Hemşire'nin tahlil sonuçlarını alarak çıktığını söyler.

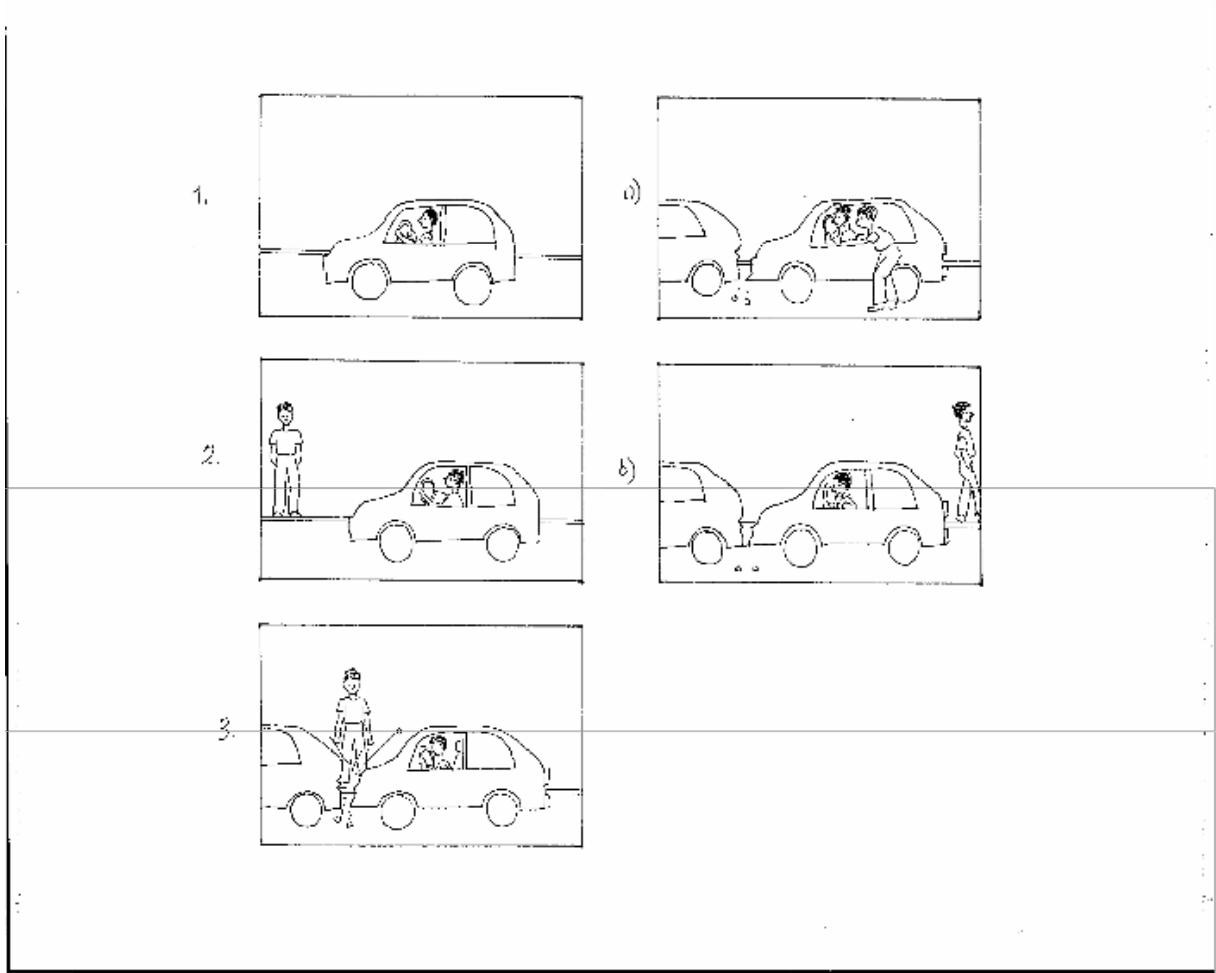


HİKAYE 3

Yıl sonunda, derslerinden çok düşük notlar alan Ahmet'in karnesine bakan annesi Ahmet'e " Ne kadar da başarılı bir öğrencisin! " der.

HİKAYE 4

Melek iş dönüşü, yolda gördüğü bir dilenci çocuğun ağladığını fark eder. Çocuğun ağlamasından çok etkilenen Melek, eve geldiğinde bu çocuktan eşine bahseder : “ Küçük dilenci bir çocuk gördüm; gözlerinde dev dalgalar vardı. ”



HİKAYE 5

Osman ve Zeynep, evli bir çifttir. Her hafta sonu, birlikte gezmeye gitmek isterler. Ancak, farklı yerlere gitmekten hoşlandıkları için, bu konuda sürekli tartışıp nereye gideceklerine karar veremezler. Osman, deniz kıyısına gidip balık tutmak ve mangal yapmaktan hoşlanmaktadır. Zeynep ise, alışveriş merkezlerinde gezmeyi ve sinemaya gitmeyi sevmektedir. Zeynep, Osman'ı mutlu etmek için çoğunlukla, deniz kıyısına gitmeyi kabul eder.

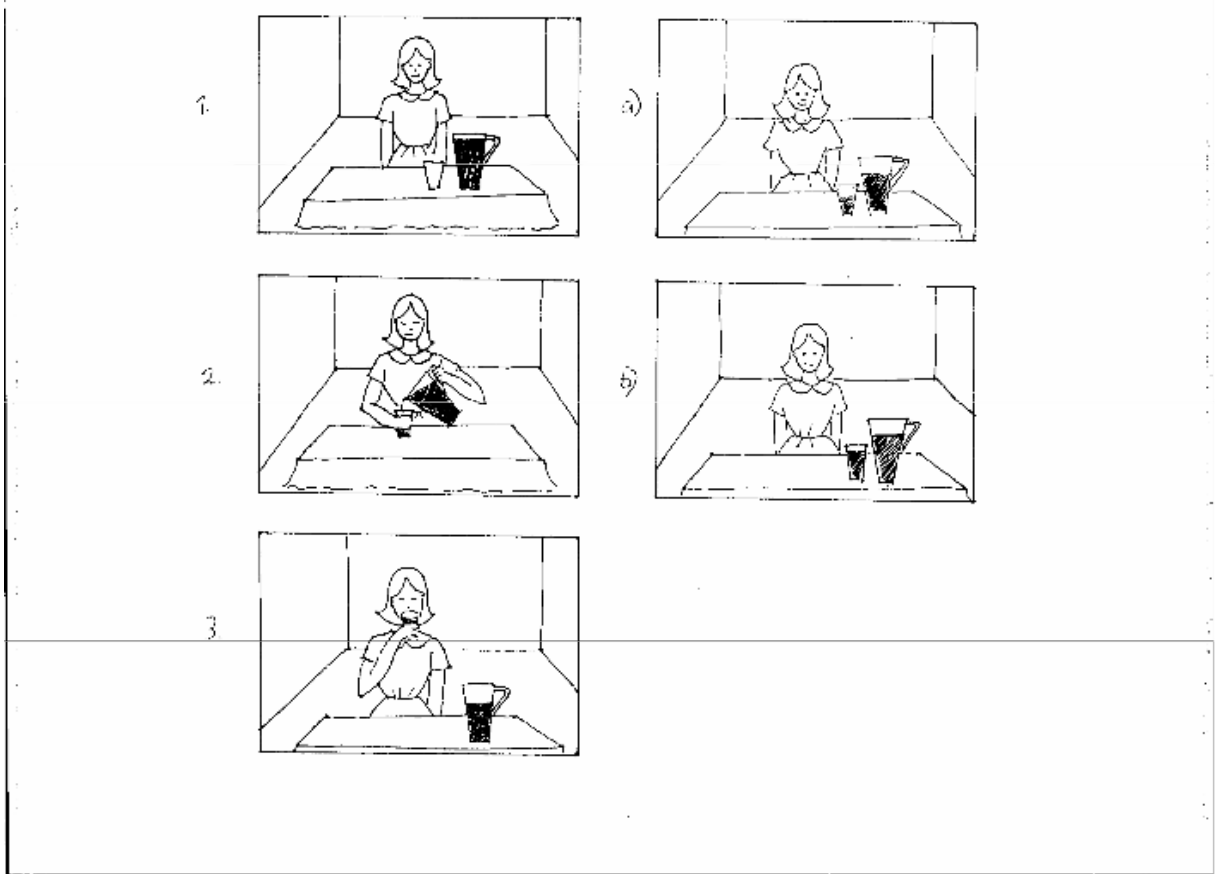
Bu hafta sonu için ne yapacaklarını konuşurken, Osman Zeynep'e alışveriş merkezine gitmeyi teklif eder.

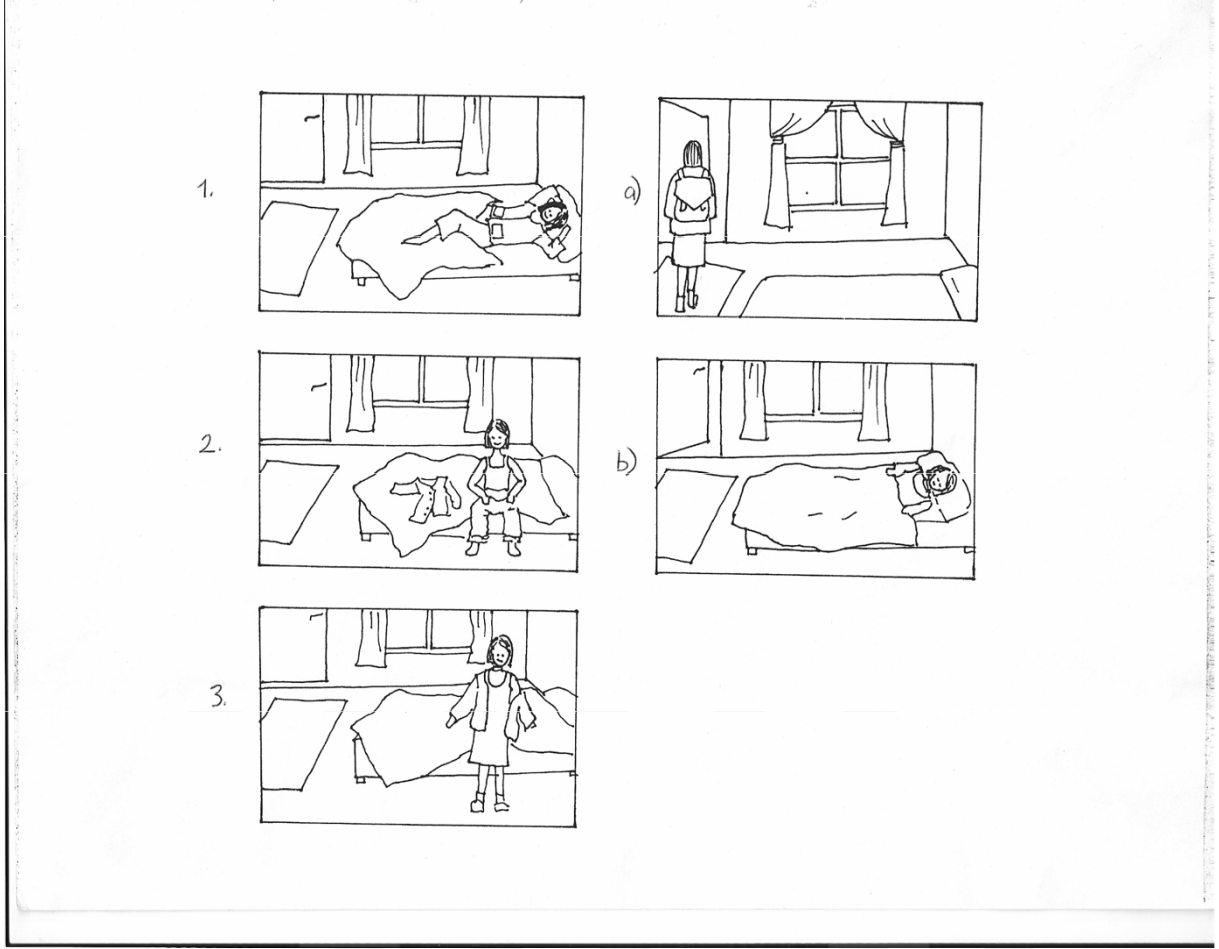
Osman ve Zeynep evden çıkmak üzere hazırlanırlar. Osman arka odaya sobayı söndürmeye gider.

Bu sırada Zeynep, unutmamak için araba anahtarını, Osman'ın anahtarı her zaman bıraktığı vestiyerden alarak çantasına koyar.

Evden çıkıp arabalarına binen Osman ve Zeynep, alışveriş merkezine gider. Arabayı kullanmakta olan Osman, arabayı park etmek için uzun bir süre yer bulamayınca çok sinirlenir.

Arabayı park ettikten sonra alışveriş merkezine girerler. Zeynep, büyük bir keyifle gezerken, bir süre sonra Osman söylenmeye başlar. Kapalı yerlerde gezmekten hoşlanmayan Osman, Zeynep'in hala hevesle her dükkana girmek istemesi üzerine Zeynep'e " İnan hiç bu kadar eğlenmemiştim! " der.





HİKAYE 6

Selim ve Ali bir dergide çalışan iki yazardır. Selim, uzun yıllardır yazarlık yapmaktadır ve işe yeni başlayan Ali'den daha deneyimlidir. Ali yazılarında sık sık hata yapar. Bu nedenle Selim, Ali'nin yazılarını sürekli kontrol eder. Akşam müdürle yapacakları toplantıdan önce, Selim Ali'nin yazısını kontrol etmiş ve her zaman olduğu gibi birçok hata bulmuştur. Bu durumla ilgili olarak Ali'ye dönerek : “ Yine kusursuz bir iş çıkarmışsın! ” der.

Selim düzeltmeleri yaptıktan sonra, tüm yazıları masasının üstünde bırakarak odadan ayrılır. Ali, yazılara herhangi bir zarar gelmemesi için, hepsini bir dosyaya koyarak kendi çekmecesine kaldırır.

Toplantı saati geldiğinde Ali ve Selim müdürün odasına gider. Müdür toplantı boyunca yazarlıkla ilgili konuşur. Bir yazarın her zaman yaratıcı olması gerektiğini söyler. Her yazının, yepyeni bir eser olduğunu açıklar ve şöyle der: “ Sizler birer bebek dünyaya getiriyorsunuz! ”

Toplantı bittikten sonra herkes odadan çıkar. Selim Ali'ye Orhan'ın odasına gideceğini söyler ve Ali'nin yanından ayrılır. Ali, Selim ile birlikte paylaştıkları odasına vardığında, oda telefonu çalar. Arayan kişi Selim'in karısıdır. Ali'ye, Selim'in bir an önce eve gelmesi gerektiğini, çok önemli olduğunu söyler ve telefonu kapatır. Ali telaşla Selim'e haber vermek ister. Bu sırada Selim Orhan'ın odasındadır. Karısının Ali ile konuştuğundan habersiz olarak

karısını arar. Hemen eve gitmesi gerektiğini öğrenen Selim apar topar iş yerinden ayrılır ve evine gitmek üzere yola çıkar.

HİKAYE 7

Canan, bayramda bir arada olmak için bütün akrabalarını evinde yemeğe davet eder. Canan'ın o kadar kalabalığa yetecek miktarda yemek yapması mümkün olmayacağından, her gelen kendi evinde pişirdiği bir çeşit yemeği getirir. Yemekten sonra bulaşıkları yıkayan Canan'a kuzeni Merve yardım eder. İki bayan, yapılan yemeklerin ne kadar lezzetli olduğundan bahsederken; Canan, bilmeden, Merve'nin getirmiş olduğu “ karnıyarık ” yemeğini kast ederek: “ Ama o karnıyarığı kim yaptıysa o kadar yağlı yapmış ki görüntüsü bile midemi bulandırdı! ” der.



EMPATİ ÖLÇEĞİ
(CAMBRIDGE DAVRANIŞ ÖLÇEĞİ)

Empati ölçeği, bireylerin empati düzeylerini ve belirli bazı ruhsal hastalıklardaki (otizm vb.) sosyal bozukluk düzeyini belirlemek amacıyla kullanılır. Aşağıda bazı ifadelerin listesi bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi çok dikkatli okuyunuz ve hangi şiddetle kabul veya red ettiğinizi, cevabınızı daire içine alarak oranlayınız. Bu testte doğru veya yanlış cevap yoktur. Lütfen aşağıdaki hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız.

Örnek :

Ö.1 : Eğer her gün müzik dinleyemezsem kendimi üzgün hissederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Ö.2 : Arkadaşıma mektup yazmaktansa onlarla telefonda görüşmeyi tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Ö.3 : Dünyanın farklı bölgelerine seyahat etme isteğim yoktur.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Ö.4 : Kitap okumayı dans etmeye tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

1. Başka birisi sohbete katılmak istediğinde bu durumu kolaylıkla anlayabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
2. Hayvanları insanlara tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
3. Güncel eğilimler ve modayı takip etmeye çalışırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
4. Benim kolaylıkla anladığım şeyleri anlamadıklarında, onlara açıklama yapmak bana zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
5. Çoğu gece rüya görürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

	e katılıyorum	katılıyorum	katılıyorum	katılmıyorum
6. Diğer insanlarla ilgilenmekten hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
7. Problemlerimi diğerleri ile tartışmaktansa kendi başıma çözmeye çalışırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
8. Sosyal ortamlarda ne yapacağımı bilmekte zorlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
9. Sabahları günün kendimi en iyi hissettiğim vaktidir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
10. İnsanlar sıklıkla tartışmada kendi görüşümü söylerken çok ileri gittiğimi söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
11. Bir arkadaşımın buluşmaya geç kalırsa bu durumdan çok rahatsız olmam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
12. Arkadaşlıklar ve ilişkiler benim için çok zordur, bu nedenle onlarla canımı sıkmam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
13. Ne kadar küçük olursa olsun, asla kuralları/kanunları çiğnemem.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
14. Bir şeyin kaba ya da nazik olup olmadığına karar vermek bana sıklıkla zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
15. Sohbet sırasında dinleyenin ne düşünüyor	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

olabileceğinden çok kendi fikirlerime odaklanma eğilimindeyimdir.	e katılıyorm	katılıyorm	katılıyorm	katılmıyorm
16. Sözlü şakalardansa el şakalarını tercih ederim.	Kesinlikle e katılıyorm	Sıklıkla katılıyorm	Bazen katılıyorm	Kesinlikle katılmıyorm
17. Hayatı gelecekte çok bugün için yaşarım.	Kesinlikle e katılıyorm	Sıklıkla katılıyorm	Bazen katılıyorm	Kesinlikle katılmıyorm
18. Çocukken ne olacağını görmek için solucanları kesmeyi severdim.	Kesinlikle e katılıyorm	Sıklıkla katılıyorm	Bazen katılıyorm	Kesinlikle katılmıyorm
19. Eğer bir kişi bir şey söylüyor fakat görünürde söylediğinden başka bir şeyi kastediyorsa bunu çok çabuk kavrarım.	Kesinlikle e katılıyorm	Sıklıkla katılıyorm	Bazen katılıyorm	Kesinlikle katılmıyorm
20. Ahlaki konularda çok katı fikirlerim vardır.	Kesinlikle e katılıyorm	Sıklıkla katılıyorm	Bazen katılıyorm	Kesinlikle katılmıyorm
21. Bazı şeylerin insanları neden çok üzdüğünü anlamak benim için zordur.	Kesinlikle e katılıyorm	Sıklıkla katılıyorm	Bazen katılıyorm	Kesinlikle katılmıyorm
22. Kendimi başka birinin yerine koymak benim için kolaydır.	Kesinlikle e katılıyorm	Sıklıkla katılıyorm	Bazen katılıyorm	Kesinlikle katılmıyorm
23. İyi davranışların bir ailenin çocuğuna öğreteceği en önemli şey olduğunu düşünürüm.	Kesinlikle e katılıyorm	Sıklıkla katılıyorm	Bazen katılıyorm	Kesinlikle katılmıyorm
24. Anlık kararlarla bir şeyler yapmayı severim.	Kesinlikle e katılıyorm	Sıklıkla katılıyorm	Bazen katılıyorm	Kesinlikle katılmıyorm
25. Bir kişinin nasıl hissedeceğini tahmin etmekte iyiyimdir.	Kesinlikle e katılıyorm	Sıklıkla katılıyorm	Bazen katılıyorm	Kesinlikle katılmıyorm
26. Gruptan bir kişinin kendini huzursuz ya da	Kesinlikle	Sıklıkla	Bazen	Kesinlikle

mağcup hissettiğini çok çabuk fark ederim.	e katılıy m	katılıy m	katılıy m	katılmı y o r u m
27. Başka birinin güceneceği bir şey söylersem, bu durumun benim değil onların problemi olduğunu düşünürüm.	Kesinlikl e katılıy m	Sıklıkla katılıy m	Bazen katılıy m	Kesinlikle katılmı y o r u m
28. Eğer birisi yeni saç kesimini nasıl bulduğunu sorarsa, beğenmemiş de olsam doğruyu söylemeyi tercih ederim.	Kesinlikl e katılıy m	Sıklıkla katılıy m	Bazen katılıy m	Kesinlikle katılmı y o r u m
29. Neden bazılarının tek bir söz ile gücenebileceğini anlayamam.	Kesinlikl e katılıy m	Sıklıkla katılıy m	Bazen katılıy m	Kesinlikle katılmı y o r u m
30. İnsanlar sıklıkla sağımın solumun belli olmadığını söylerler.	Kesinlikl e katılıy m	Sıklıkla katılıy m	Bazen katılıy m	Kesinlikle katılmı y o r u m
31. Herhangi bir sosyal faaliyette ilgi odağı olmayı severim.	Kesinlikl e katılıy m	Sıklıkla katılıy m	Bazen katılıy m	Kesinlikle katılmı y o r u m
32. Ağlayan insanları görmek beni üzmez.	Kesinlikl e katılıy m	Sıklıkla katılıy m	Bazen katılıy m	Kesinlikle katılmı y o r u m
33. Politika hakkında tartışmalara katılmayı severim.	Kesinlikl e katılıy m	Sıklıkla katılıy m	Bazen katılıy m	Kesinlikle katılmı y o r u m
34. Kötü bir niyetim olmamasına rağmen son derece açık sözlü biriyim ve bazı insanlar bunu kabalık olarak görüyor.	Kesinlikl e katılıy m	Sıklıkla katılıy m	Bazen katılıy m	Kesinlikle katılmı y o r u m
35. Sosyal ortamlarda ne yapacağımı bilmekte zorlanmam.	Kesinlikl e katılıy m	Sıklıkla katılıy m	Bazen katılıy m	Kesinlikle katılmı y o r u m
36. İnsanlar onların nasıl hissettiklerini ve ne düşündüklerini anlamada iyi olduğumu söylerler.	Kesinlikl e katılıy m	Sıklıkla katılıy m	Bazen katılıy m	Kesinlikle katılmı y o r u m

	m			
37. İnsanlarla konuşurken kendimle ilgili şeylerden çok onlarla ilgili konulardan bahsetmeye eğilimliyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
38. Bir hayvanı acı içinde görmek beni mutsuz eder.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
39. Diğer insanların düşüncelerinden etkilenmeden kararlar verebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
40. O gün için planladığım her şeyi yapmadan rahatlayamam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
41. Ben konuşurken birisi ilgilenir ya da sıkılırsa bunu kolayca anlarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
42. Haberlerde acı çeken insanlar gördüğümde mutsuz olurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
43. Arkadaşlarım çoğunlukla problemlerini bana açarlar çünkü benim çok anlayışlı birisi olduğumu söylüyorlar.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
44. Eğer birini rahatsız ediyorsam, o kişi bunu bana söylemese bile ben bunu anlarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
45. Sürekli yeni hobilere başlarım ama onlardan kolaylıkla sıkılıp başka şeyler aramaya yönelirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
46. İnsanlar bazen çok fazla alay edip ileri gittiğimi söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

47. Gerçekten büyük bir hızlı trene binecek olsaydım çok sınırlı ve tedirgin olurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
48. Nedenin anlayamama rağmen insanlar çoğu kez duygusuz biri olduğumu söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
49. Eğer gruba yeni birisi katılırsa ortamla kaynaşmak için çabalaması gereken odur.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
50. Bir filmi genellikle karakterlerin duygularına kendimi kaptırmaksızın izlemeyi beceririm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
51. Günlük yaşamda organize olmayı çok severim ve sıklıkla yapmam gereken gündelik işlerin bir listesini çıkarırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
52. Başka birinin belli bir durumda ne hissettiğini kolayca anlayabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
53. Risk almayı sevmem.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
54. Karşımdaki kişinin ne hakkında konuşmak isteyebileceğini kolaylıkla tahmin edebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
55. Birisinin gerçek duygularını saklıyor olduğunu anlayabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
56. Karar vermeden önce destekleyen ve karşıt olan yönleri tartarım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
57. Sosyal ortamlarda doğru davranabilmeyi çaba harcamaksızın başarabilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

	katılıyoru m m um m
58. Birisinin ne yapacağını tahmin etmekte iyiyimdir.	Kesinlikl e katılıyoru m Sıklıkla katılıyoru m Bazen katılıyoru m Kesinlikle katılmıyor um
59. Arkadaşlarımın problemleri olduğunda, duygusal olarak etkilenirim.	Kesinlikl e katılıyoru m Sıklıkla katılıyoru m Bazen katılıyoru m Kesinlikle katılmıyor um
60. Diğer kişilerin bakış açlarına katılmasam da genellikle değer veririm.	Kesinlikl e katılıyoru m Sıklıkla katılıyoru m Bazen katılıyoru m Kesinlikle katılmıyor um

Türkçe Kaynak (Türkçe Uyarlama):

Bora E, **Baysan-Arabacı L.** Empati ölçeği Türkçe formunun üniversite öğrencilerinde psikometrik özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni (Bulletin of Clinical Psychopharmacology - BCP)* 2009; 19 (1): 39-47. www.psikofarmakoloji.org

Orijinal Kaynak:

1. S Baron-Cohen, S Wheelwright. *The Empathy Quotient: An Investigation Of Adults With Asperger Syndrome Or High Functioning Autism, And Normal Sex Differences.* 34(2): J Autism Dev Disord 163-75. 2004.
2. VL Ruggieri. [*Empathy, Social Cognition And Autism Spectrum Disorders*]. 56 Suppl 1: Rev Neurol S13-21. 2013.
3. E Sucksmith, C Allison, S Baron-Cohen, B Chakrabarti, RA Hoekstra. *Empathy And Emotion Recognition In People With Autism, First-degree Relatives, And Controls.* 51(1): Neuropsychologia 98-105. 2013.

Puanlama Yönergesi:

Alt boyut ve madde sayısı: EÖ 60 (40 asil - 20 çeldirici) madde

Asil maddeler (40 madde) : 1, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 46, 48, 49,50, 52, 54, 55, 57, 58, 59 ve 60. maddeler

Çeldirici maddeler (20 madde): 2, 3, 5, 7, 9, 13, 16, 17, 20, 23, 24, 30, 31, 33, 40, 45, 47, 51, 53 ve 56. maddeler (Kişinin testin amacına odaklanmasına engel olmaya yönelik maddelerdir).

Orjinalinde 3 alt boyut 40 madde olan EÖ, Türkçe uyarlama çalışmasında 4 alt boyut ve 26 madde olarak geçerli-güvenilir bulunmuştur.

1. **Bilişsel Empati** (11madde): 19, 22, 25, 26, 36, 41, 43, 44, 52, 54 ve 55. maddeler
2. **Empatik İlgi-Sempati** (Duygusal Empati)(7 madde): 10, 15, 27, 29, 34, 46 ve 48. maddeler
3. **Emosyonel Yanıt** (Duygusal Empati) (5 madde): 32, 38, 42, 50 ve 59. maddeler
4. **Sosyal Yeti** (3 madde): 8, 35 ve 57. maddeler

Ölçekte bulunan ters maddeler: Ölçeğin ters maddesi yoktur.

Ölçeğin Değerlendirmesi: Maddeler;

- “Kesinlikle katılıyorum” 2 puan
- “Sıklıkla katılıyorum” 1 puan
- “Bazen katılıyorum 0 puan
- “Kesinlikle katılmıyorum” 0 puan

olacak biçimde puanlanmaktadır.

Ölçekten elde edilecek en yüksek puan 80, en düşük puan 0’dır. Yüksek puan empati düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir.

İzin için iletişim adresi:

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş ayrılmış
evli boşanmış
evli gibi yaşıyor eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçüğünde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

GÖZLERDEN ZİHİN OKUMA: (Örnek soru)

kıskanç

paniklemiş



kibirli

nefret dolu

